

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego

Wydział Psychologii

Paweł Larionow

**Wybrane czynniki psychologiczne a jakość życia kobiet z
pierwotnym nadciśnieniem tętniczym**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. Romana Ossowskiego

Bydgoszcz 2023

Podziękowania

Dziękuję Profesorowi **Romanowi Ossowskiemu** za wsparcie i cenne rady

Dziękuję Profesor **Barbarze Ciżkowicz** za merytoryczne wskazówki i zaufanie

Dziękuję Profesorowi **Januszowi Trepale** za możliwość rozwoju naukowego

Dziękuję Profesor **Ekaterinie Ageenkovej** za bycie moim Nauczycielem i wskazanie drogi do nauki

Dziękuję **Davidowi Precemu** za skuteczną współpracę międzynarodową

Dziękuję **Maciejowi Michalakowi** za miłą atmosferę, okazaną pomoc i ciekawe rozmowy

Dziękuję Karolinie **Mudło-Głagolskiej** za serdeczność i wspólne dążenie do nowych osiągnięć naukowych

Pracę poświęcam śp. Profesorowi **Pawłowi Izdebskiemu**

Spis treści

Wstęp	4
Rozdział 1. Podstawy teoretyczne badań	10
1.1. Medyczne aspekty nadciśnienia tętniczego pierwotnego (NTP).....	10
1.2. Jakość życia w NTP i związane z nią czynniki medyczne i socjodemograficzne.....	13
1.2.1. Pojęcie jakości życia i jej pomiar.....	13
1.2.2. Jakość życia w NTP. Rola czynników socjodemograficznych i medycznych.....	18
1.3. Wybrane czynniki psychologiczne związane z NTP i jakością życia.....	23
1.3.1. Reaktywność emocjonalna.....	25
1.3.2. Wrogość.....	31
1.3.3. Symptomy depresji i lęku.....	34
1.3.4. Ruminacja.....	37
1.3.5. Percepcja choroby.....	39
1.3.6. Relacje pomiędzy reaktywnością emocjonalną, wrogością, symptomami depresji i lęku, ruminacją i percepcją choroby.....	43
1.3.7. Synteza wniosków z badań dotyczących czynników psychologicznych w NTP i możliwe mechanizmy związku tych czynników z jakością życia.....	46
Rozdział 2. Metodologiczne podstawy badań własnych	49
2.1. Cel badań.....	49
2.2. Model badań własnych.....	49
2.3. Pytania i hipotezy badawcze.....	51
2.4. Zmienne badawcze i ich operacjonalizacja.....	54
2.5. Organizacja badań.....	56
2.6. Charakterystyka badanej próby.....	61
2.7. Narzędzia badawcze.....	63

2.8. Zastosowane analizy statystyczne.....	68
Rozdział 3. Wyniki badań własnych.....	69
3.1. Statystyki opisowe otrzymanych wyników.....	69
3.2. Związki reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości i percepcji choroby z jakością życia kobiet z NTP.....	79
3.3. Określenie predyktorów jakości życia kobiet z NTP.....	81
3.4. Związki zmiennych medycznych z jakością życia kobiet z NTP.....	83
3.5. Związki zmiennych socjodemograficznych z jakością życia kobiet z NTP.....	87
Rozdział 4. Dyskusja wyników.....	90
4.1. Związki reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości i percepcji choroby z jakością życia kobiet z NTP.....	93
4.2. Psychologiczne predyktory jakości życia kobiet z NTP.....	97
4.3. Rola zmiennych medycznych w jakości życia kobiet z NTP.....	100
4.4. Rola zmiennych socjodemograficznych w jakości życia kobiet z NTP.....	104
4.5. Ograniczenia badań.....	106
4.6. Praktyczne implikacje.....	107
4.7. Wnioski i kierunki przyszłych badań.....	108
Spis tabel.....	112
Spis rysunków.....	114
Bibliografia.....	115
Załączniki.....	143
Skrócony kwestionariusz jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia.....	143
Skrócona wersja skali reaktywności emocjonalnej Perth.....	149
Kwestionariusz zdrowia pacjenta-4.....	152

Podskala Ruminacji z Kwestionariusza poznawczej regulacji emocji.....	153
Podskala Wrogości z Kwestionariusza agresji Bussa i Perry'ego.....	154
Skrócony kwestionariusz percepcji choroby.....	155
Informacja dla uczestniczek badania.....	158
Zgoda uczestniczki badania na udział w badaniu naukowym pt. „Wybrane czynniki psychologiczne a jakość życia kobiet z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym”.....	160
Metryczka.....	161
Streszczenie rozprawy doktorskiej w języku polskim.....	165
Streszczenie rozprawy doktorskiej w języku angielskim.....	168

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze to choroba charakteryzująca się, stale lub okresowo, podwyższonym ciśnieniem krwi, czyli ciśnieniem tętniczym o wartości 140/90 mm Hg lub więcej (Williams i in., 2019; Wojciechowska i Izdebska, 2014). Nadciśnienie tętnicze występuje w dwóch formach: nadciśnienie tętnicze pierwotne (NTP) i nadciśnienie tętnicze wtórne. NTP jest najpowszechniejszą postacią nadciśnienia (występuje u 95% chorych), a jego bezpośrednia przyczyna nie została ustalona (Gaciong i in., 2008; Wojciechowska i Izdebska, 2014). Nadciśnienie wtórne (objawowe) spowodowane jest konkretnymi jednostkami chorobowymi, wśród których najczęściej wymienia się: obturacyjny bezdech senny, choroby nerek i pierwotny hiperaldosteronizm (Gaciong i in., 2008).

Niniejsza rozprawa doktorska poświęcona jest NTP (samoistnemu nadciśnieniu tętniczemu), którego przyczyny nie można w sposób jednoznaczny ustalić, ani jej usunąć (Gaciong i in., 2008). NTP, w odróżnieniu od spowodowanego określonym procesem chorobowym nadciśnienia wtórnego, jest chorobą psychosomatyczną (Chachaj i Małyszczak, 2008; Mann, 2012), i dlatego jest przedmiotem niniejszej dysertacji poświęconej psychosomatycznym aspektom NTP. Jako choroba przewlekła, NTP wymaga leczenia i kontroli przez całe życie pacjenta oraz wiąże się z obniżeniem jakości życia (Gaciong i in., 2008; Pawlak i Sierakowska, 2022; Trevisol i in., 2011). W badaniach podkreśla się, że czynniki natury psychologicznej mogą odgrywać istotną rolę w procesie powstawania, przebiegu i leczenia choroby, a także mogą mieć wpływ na rehabilitację i jakość życia osób z NTP (Kowalczyk, 2021; Sahoo i in., 2018; Suls i Bunde, 2005; Trevisol i in., 2011).

W ostatnim czasie obserwuje się wzrost liczby badań nad jakością życia. Rozwój badań naukowych nad jakością życia skłania się ku holistycznemu podejściu do zdrowia człowieka w ramach biopsychospołecznego modelu zdrowia. Odzwierciedla to obecność trendu humanizacji medycyny i świadczy o zwróceniu większej uwagi na rolę czynników psychospołecznych, które mogą być związane z etiopatogenetycznymi aspektami powstania, przebiegu i leczenia chorób, a także jakości życia pacjentów, zwłaszcza z chorobami psychosomatycznymi, w tym NTP (Dolińska-Zygmunt, 1996b; Juczyński, 2010; Shchelkova i in., 2017).

Jakość życia osób z NTP jest niższa w porównaniu do osób zdrowych (Trevisol i in., 2011; Ye i in., 2018; Zhang i in., 2017). Chroniczny charakter choroby wiąże się z doświadczeniem poczucia choroby, a także wymaga przewlekłego stosowania leków i wizyt u lekarza (Szyguła-Jurkiewicz i in., 2011). Pacjenci z NTP często doświadczają symptomów somatycznych, w tym zmęczenia, bólu i zawrotów głowy, duszności, kołatania serca i zaburzeń snu, które również są skutkiem występowania działań niepożądanych z powodu leczenia farmakologicznego (Paczkowska i in., 2013; Szyguła-Jurkiewicz i in., 2011). Najważniejszym celem terapii przeciwnadciśnieniowej jest kontrola NTP, tj. obniżenie ciśnienia

krwi do wartości uznawanych za docelowe (poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia) lub do wartości do nich zbliżonych (Tykarski i in., 2019). Z kolei utrzymanie lub polepszenie jakości życia pacjentów z NTP i ich subiektywnego stanu zdrowia są związane z odpowiedzialnym leczeniem, stosowaniem się do zaleceń lekarskich, regularnym zażywaniem leków i redukcją ryzyka wystąpienia poważnych powikłań klinicznych (Szyguła-Jurkiewicz i in., 2011).

Do tej pory, czynniki wpływające na jakość życia pacjentów z NTP nie były poddawane urozmaiconym badaniom i analizom. Większość badań koncentrowała się na rozpatrywaniu związku jakości życia z czynnikami medycznymi i cechami socjodemograficznymi, podczas gdy realizacja zadań związanych z podwyższeniem jakości życia nie jest możliwa bez uwzględnienia także czynników natury psychologicznej (Larionov, 2022, 2023a, 2023b; Shchelkova i in., 2017). W polskiej *medycznej* literaturze naukowej aspekt psychologiczny w NTP jest niedoceniany. Na przykład, w Zasadach postępowania w nadciśnieniu tętniczym 2019 roku opracowanych przez Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego wspomniano jedynie, że u osób młodych podwyższenie wartości ciśnienia tętniczego może mieć związek z sytuacją stresową, a także opisano specyficzną formę NTP białego fartucha (Tykarski i in., 2019). Z kolei utrudnia to tworzenie programów pomocy psychologicznej i promocji zdrowia w NTP, a także ogranicza możliwość realizacji bardzo istotnego zadania, jakim jest ocena i podwyższenie jakości życia ludzi, w tym osób z NTP (Larionov, 2021a, 2021b; Larionov, 2022; Szyguła-Jurkiewicz i in., 2011).

Natomiast w psychologicznej literaturze naukowej rola różnorodnych czynników psychologicznych (np. cech osobowości, wzoru zachowania A, poczucia sensu życia i in.) w rozwoju, przebiegu i leczeniu chorób psychosomatycznych została bardzo dobrze opisana (Basińska i Ratajska, 2010; Basińska, 2009; Dolińska-Zygmunt, 1996b; Juczyński i Ogińska-Bulik, 2008; Kirenko i Byra, 2011; Mann, 2012; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010; Ostrowski, 2008; Poprawa, 1996; Wrześniewski i Włodarczyk, 2004). Bogactwo polskiej literatury naukowej wyraża się również w pracach naukowych dotyczących metod pomocy psychologicznej w chorobach psychosomatycznych (Kaczmarek, 2020; Larionov, 2021a, 2021b; Miniszewska, 2019).

Wśród najbardziej relewantnych czynników psychologicznych związanych z rozwojem, przebiegiem i leczeniem NTP badacze wyróżnili: stres (Moryś i in., 2005; Sparrenberger i in., 2009; Spruill, 2010), neurotyzm/neurotyczność (Chachaj i in., 2009; Małyszczak i in., 2007b; Szcześniak i in., 2019), wzór zachowania A (Saleem i in., 2016; Sirri i in., 2012), typ osobowości D (Kupper i Denollet, 2007; Oliva i in., 2016), aleksytymię (Casagrande i in., 2019) i wrogość (Chachaj i in., 2006; Chachaj i Małyszczak, 2008), gniew i złość (García-Batista i in., 2020; García-Vera i in., 2010; Sanz i in., 2010), zaburzenia psychiczne (Kretchy i in., 2014; Spruill, 2010; Stein i in., 2014), w tym depresję i lęk (Cohen i in., 2015; Lim i in., 2021; Pan i in., 2015), reaktywność emocjonalną (Ifeagwazi i in., 2018; Małyszczak i in., 2007b), trudności z

regulacją emocji (Consoli i in., 2010; Symonides i in., 2014), w tym ruminację (Trudel-Fitzgerald i in., 2015). Analiza natury tych czynników wskazuje na ich związek ze sferą emocjonalną. Z tego powodu ważne staje się rozpatrywanie sfery emocjonalnej jako wiodącego czynnika psychologicznego w przebiegu i leczeniu NTP, a także jakości życia pacjentów (Larionov, 2020a; Larionov i Izdebski, 2020; Larionow, 2022, 2023a; Levine i in., 2021; Trudel-Fitzgerald i in., 2015; Zboralski i in., 2008). Równie ważne jest badanie percepcji choroby, na którą składa się wiedza o istocie choroby, jej przebiegu, konsekwencjach i przyczynach (poznawcza reprezentacja choroby), a także zamartwianie się chorobą i jej wpływ na stan emocjonalny (emocjonalna reprezentacja choroby; Broadbent i in., 2006; Dolińska-Zygmunt, 1996a; Ziarko, 2014). Percepcja choroby jest ważnym wskaźnikiem przystosowania się do przewlekłych chorób somatycznych i jest związana z obiektywnym przebiegiem tych chorób (Miniszewska, 2019), dlatego jej określenie jest szczególnie przydatne w praktyce psychologiczno-medycznej w celu oceny funkcjonowania pacjentów i przeprowadzenia dla nich skutecznych interwencji skierowanych na bardziej adaptacyjne funkcjonowanie.

Osiągnięcia psychologii zdrowia w poszukiwaniu najbardziej znaczących czynników psychologicznych związanych z NTP zostały uwzględnione w Wytycznych dotyczących Profilaktyki Chorób Układu Krążenia w Praktyce Klinicznej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego opublikowanych w 2016 roku (Piepoli i in., 2016) i w 2021 roku (Visseren i in., 2021), a także w stanowisku naukowym Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego opublikowanym w 2021 roku (Levine i in., 2021). Bazując na powyżej zacytowanych pracach naukowych można odnotować, że „negatywne” czynniki psychologiczne, takie jak depresja, lęk, stres, wrogość, reaktywność emocjonalna (w odniesieniu do negatywnych emocji), samotność, krytyczne lub traumatyczne zdarzenia życiowe są najbardziej znaczącymi czynnikami ryzyka chorób kardiologicznych. Natomiast „pozytywne” czynniki psychologiczne, takie jak optymizm, poczucie sensu życia i szczęścia są czynnikami chroniącymi przed chorobami kardiologicznymi. Ocena tych czynników psychologicznych rekomendowana jest podczas prowadzenia kompleksowego leczenia NTP (Levine i in., 2021; Piepoli i in., 2016; Visseren i in., 2021).

Pacjent jest najważniejszym podmiotem w procesie leczenia, a jego subiektywna ocena jakości życia, która może również zależeć od czynników psychologicznych, jest najistotniejsza. W związku z tym, że jakość życia jest niższa w grupie kobiet z NTP w porównaniu z grupą mężczyzn (Liang i in., 2019; Riley i in., 2019; Xiao i in., 2019), niniejsza rozprawa doktorska skoncentrowana jest wokół potencjalnie związanych z jakością życia kobiet z NTP wybranych czynników psychologicznych. Uwzględniając rekomendacje towarzystw naukowych i konieczność oceny licznych czynników psychologicznych w praktyce medycznej, pojawiają się ważne pytania: (1) jakie czynniki psychologiczne są najsilniej związane z jakością życia, a jakie najslabiej?, (2) które z nich są najistotniejszymi predyktorami jakości życia?, (3)

ocena których czynników powinna być pierwszorzędna, a których drugorzędna lub w ogóle pominięta, ze względu na ich małą relewantność i ograniczenia czasowe w trakcie wizyt lekarskich? W niniejszej rozprawie doktorskiej poszukiwano odpowiedzi na te pytania w odniesieniu do analizowanych czynników psychologicznych, zarówno „pozytywnych”, jak i „negatywnych”, wśród których uwzględniono reaktywność emocjonalną (w odniesieniu do pozytywnych i negatywnych emocji oddzielnie), ruminację, symptomy depresji i lęku, wrogość i percepcję choroby.

Bazując zarówno na biomedycznym, jak i holistycznym podejściu do zdrowia, a także systemowym modelu człowieka (Dolińska-Zygmunt, 1996c), w pracy doktorskiej uwzględniono rolę sprzyjających zdrowiu i wysokiej jakości życia, jak i sprzyjających chorobie i niskiej jakości życia czynników psychologicznych. Jako istotne czynniki psychologiczne potencjalnie sprzyjające zdrowiu i wysokiej jakości życia wybrano cechę temperamentalną reaktywność emocjonalną pozytywnych emocji i adaptacyjne wymiary percepcji choroby, z kolei za czynniki psychologiczne sprzyjające chorobie i niskiej jakości życia uznano reaktywność emocjonalną negatywnych emocji, ruminację, wrogość, symptomy depresji i lęku, a także nieadaptacyjne wymiary percepcji choroby. Wśród zmiennych medycznych szczególną uwagę skierowano na kontrolę NTP, tj. obecność docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia, a także na obecność chorób współistniejących. Zbadano także rolę zmiennych socjodemograficznych, w tym wieku, w różnicowaniu jakości życia kobiet z NTP, a także kontrolowano rolę tych zmiennych w predykcji jakości życia.

Biorąc pod uwagę fakt, że reaktywność emocjonalna, ruminacja, symptomy depresji i lęku, wrogość i percepcja choroby są związane z rozwojem, przebiegiem i leczeniem NTP, a także to, że czynniki te są dobrze zoperacjonalizowane i niezależne (ortogonalne) wobec siebie, w tej rozprawie zakłada się, że (1) czynniki te będą związane z jakością życia, (2) niektóre z nich będą mniej lub bardziej znaczącymi predyktorami jakości życia, a także (3) będą związane z kontrolą NTP i współchorobowością. Poszczególne badania poświęcone tym czynnikom psychologicznym potwierdziły ich znaczącą rolę w NTP, natomiast niniejsza rozprawa doktorska miała na celu uwzględnienie wszystkich tych czynników w predykcji jakości życia kobiet z NTP. Pozwoliło to na wyłonienie najbardziej znaczących predyktorów jakości życia, a także na określenie tych czynników, które były istotnie związane z ważnymi zmiennymi medycznymi — kontrolą NTP i współchorobowością.

Cel badań i jego uzasadnienie. Celem niniejszej rozprawy doktorskiej jest analiza związków między reaktywnością emocjonalną, ruminacją, symptomami depresji i lęku, wrogością i percepcją choroby a jakością życia kobiet z NTP. Ponadto planuje się (1) wskazać najistotniejsze predyktory jakości życia kobiet z NTP spośród badanych czynników psychologicznych, (2) zbadać związki tych czynników psychologicznych z kontrolą NTP (obecnością docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej

140/90 mm Hg w trakcie leczenia) i współchorobowością, a także (3) zbadać związki zmiennych socjodemograficznych i medycznych z jakością życia kobiet z NTP.

Zgodnie z wnioskami licznych prezentowanych powyżej badań, analizowane w pracy doktorskiej czynniki psychologiczne odgrywają ważną rolę w rozwoju, przebiegu i leczeniu NTP, a ich ocena rekomendowana jest podczas prowadzenia praktyki medycznej. Natomiast kompleksowa analiza wszystkich znaczących czynników rekomendowanych przez różne oficjalne towarzystwa medyczne i naukowe, a także europejskie i państwowe wytyczne na temat leczenia NTP, nie jest w pełni możliwa w trakcie ograniczonych czasowo wizyt lekarskich bądź konsultacji psychologicznych. Dlatego wiedza o najsilniejszych predyktorach jakości życia, a także uwzględnienie ich roli w procesie leczenia, mogą znacznie ułatwić prowadzenie pomocy psychologicznej dla kobiet z NTP, a także skutkować zmniejszeniem ryzyka rozwoju innych poważnych chorób kardiologicznych oraz zapewnieniem długiego i szczęśliwego życia kobietom z NTP.

Specyfika badań w trakcie pandemii COVID-19. Autor niniejszej pracy chciałby podkreślić specyfikę tych badań wynikającą z obecności pandemii COVID-19 w trakcie przygotowania rozprawy doktorskiej. Początkowo badanie było zaplanowane pod opieką prof. dra hab. Pawła Izdebskiego i od 2019 roku przeprowadzane tradycyjnie, tj. twarzą w twarz w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Bizuela i Przychodni „Bolesława Chrobrego” w Bydgoszczy (po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy). W związku z niemożnością prowadzenia badań w tych jednostkach medycznych podczas pandemii COVID-19 zdecydowano o przeprowadzeniu badania online, co wiązało się również ze zmianą początkowego modelu badania, tj. z rezygnacją z niektórych testów psychologicznych, których nie można było wykorzystać podczas badań internetowych ze względu na prawa autorskie. Przeprowadzenie badania w formie online uniemożliwiło zastosowanie takich metod, jak rozmowa kliniczna i/lub obserwacja, w celu wzbogacenia tego badania. Niemniej, autor tej rozprawy doktorskiej, jeszcze przed pandemią, zdążył przeprowadzić tradycyjne badanie na 30 pacjentach z NTP, które dotyczyło związku strategii radzenia sobie ze stresem, w tym ruminacji, z jakością życia. Wyniki tamtego badania zostały opublikowane w „Arterial Hypertension” (Larionow, 2022), czyli oficjalnym czasopiśmie Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. W czasie pandemii COVID-19 przeprowadzenie badania klinicznego online, które było związane z doborem specyficznej grupy chorych, było pewnym wyzwaniem. Jednak została zebrana dosyć liczna próba kobiet z NTP, które rzetelnie wypełniły wszystkie kwestionariusze i odpowiedziały na pytania socjodemograficzne.

Chociaż brak dostępu do jednostek medycznych w trakcie pandemii COVID-19 uniemożliwił wykorzystanie indywidualnego podejścia, które jest istotą praktyki medycznej i psychologicznej, autor

rozprawy włączył elementy badań jakościowych do niniejszej dysertacji w celu pogłębiania wiedzy o funkcjonowaniu kobiet z NTP. W ten sposób zebrano i przeanalizowano dane jakościowe kobiet z NTP na temat przyczyn ich choroby.

Niestety, procesowi pisania tej pracy doktorskiej towarzyszyła bardzo przykra sytuacja — we wrześniu 2021 roku zmarł prof. dr hab. Paweł Izdebski, który był pierwszym promotorem niniejszej pracy doktorskiej. Po Jego śmierci prof. dr hab. Roman Ossowski został wyznaczony drugim promotorem tej rozprawy i pod Jego kierunkiem dysertacja ta została ukończona.

Struktura pracy. Rozprawa doktorska ma tradycyjną strukturę i składa się z części teoretycznej, metodologicznej i empirycznej, a także dyskusji wyników badań. Część teoretyczna (rozdział 1) zawiera teoretyczne podstawy badań własnych. Przedstawiono w niej medyczne aspekty NTP, w tym etiologię i epidemiologię choroby, a także kategorie zaawansowania i leczenia. Następnie rozpatrzono pojęcie jakości życia i zaprezentowano wyniki badań dotyczące jakości życia w NTP. Opiszano rolę wybranych relewantnych czynników psychologicznych w etiopatogenezie i leczeniu NTP, a także w jakości życia pacjentów, w tym możliwe mechanizmy związku tych czynników z chorobą. Odnotowano także współzależności analizowanych czynników psychologicznych. Część metodologiczna (rozdział 2) zawiera metodologiczne podstawy badań własnych. Zaprezentowano model badań, pytania i hipotezy badawcze, zmienne badawcze i ich operacjonalizację. Opiszano narzędzia badawcze, organizację badań i charakterystyki badanej próby. W części empirycznej (rozdział 3) zaprezentowano wyniki badań i przeprowadzono statystyczną weryfikację hipotez. W dyskusji wyników (rozdział 4) przedstawiono dyskusję uzyskanych wyników badań własnych, ograniczenia badań, praktyczne implikacje, a także wnioski i kierunki przyszłych badań. Na końcu rozprawy doktorskiej zamieszczono spis tabel i rysunków, bibliografię (318 pozycji bibliograficznych), załączniki, a także streszczenia w języku polskim i angielskim.

Rozdział 1. Podstawy teoretyczne badań

1.1. Medyczne aspekty NTP

Niniejszy podrozdział zawiera niezbędne informacje medyczne dotyczące NTP jako jednostki chorobowej. Rozpatrzono definicję i kategorie zaawansowania NTP, odnotowano etiologiczne i epidemiologiczne aspekty NTP, w tym przedstawiono dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechniania NTP na świecie i w Polsce. Rozpatrzono farmakologiczne leczenie przeciwnadciśnieniowe, a także metody pomocy psychologicznej w leczeniu NTP.

Definicja i kategorie zaawansowania NTP. Nadciśnienie tętnicze to przewlekła choroba charakteryzująca się, stale lub okresowo, podwyższonym ciśnieniem krwi, czyli ciśnieniem tętniczym o wartości 140/90 mm Hg lub więcej (Williams i in., 2019; Wojciechowska i Izdebska, 2014). Nadciśnienie tętnicze ma dwie formy: NTP (samoistne nadciśnienie tętnicze) i nadciśnienie tętnicze wtórne. NTP różni się od nadciśnienia tętniczego wtórnego (objawowego). NTP jest chorobą o niejasnej etiologii, natomiast nadciśnienie tętnicze wtórne spowodowane jest konkretną jednostką chorobową. Innymi słowy, wtórna postać nadciśnienia tętniczego jest następstwem innej choroby, w przebiegu której dochodzi do podwyższenia ciśnienia tętniczego (Gaciong i in., 2008). NTP występuje u 95% chorych na nadciśnienie tętnicze i jest najpowszechniejszą postacią nadciśnienia tętniczego (Gaciong i in., 2008; Wojciechowska i Izdebska, 2014). Niniejsza praca doktorska poświęcona jest psychosomatycznym aspektom NTP.

W Zasadach postępowania w nadciśnieniu tętniczym 2019 roku opublikowanych przez Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego określono, iż nadciśnienie tętnicze można rozpoznać, jeśli (1) średnie wartości ciśnienia tętniczego (wyliczone co najmniej z dwóch pomiarów dokonanych podczas co najmniej dwóch różnych wizyt) są równe lub wyższe niż 140 mm Hg dla skurczowego ciśnienia tętniczego i/lub 90 mm Hg dla rozkurczowego ciśnienia tętniczego; (2) średnie wartości ciśnienia tętniczego w gabinecie lekarskim (wyliczone z dwóch pomiarów dokonanych podczas jednej wizyty) są równe lub wyższe niż 180 mm Hg dla skurczowego ciśnienia tętniczego i/lub 110 mm Hg dla rozkurczowego ciśnienia tętniczego, po wykluczeniu czynników podwyższających wartości ciśnienia tętniczego, na przykład: lęku, bólu, spożycia alkoholu; (3) rozpoznanie nadciśnienia tętniczego jest również dopuszczalne na podstawie danych z wywiadu lub dokumentacji pacjenta, uwzględniając wartości ciśnienia tętniczego lub zażywanie leków hipotensyjnych oraz powikłania narządowe typowe dla nadciśnienia tętniczego (Tykarski i in., 2019). Po rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego pacjenta poddaje się całościowej ocenie klinicznej, celem ustalenia (1) przyczyny podwyższonego ciśnienia tętniczego i wskazań do badań diagnostycznych w kierunku postaci wtórnych, (2) istnienia ewentualnych powikłań narządowych i innych chorób, w tym układu sercowo-naczyniowego i nerek, a także stopnia ich zaawansowania, (3) współistnienia cukrzycy i jej powikłań, a także (4) współistnienia innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego (Tykarski i in.,

2019). Ważnym elementem oceny klinicznej jest rozpoznanie ewentualnego nadciśnienia tętniczego wtórnego i przyczyn, które go powodują. Jest to ważne w celu leczenia zasadniczej choroby powodującej podwyższenie nadciśnienia tętniczego. Warto podkreślić, że nadciśnienie tętnicze wtórne jest bardzo rzadką formą nadciśnienia tętniczego (występuje u 5% chorych) i nie jest uznawane za chorobę psychosomatyczną (w porównaniu do NTP).

W Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego dotyczących postępowania w nadciśnieniu tętniczym wyróżniono trzy stopnie nadciśnienia tętniczego (Williams i in., 2018). Nadciśnienie tętnicze 1. stopnia może być zdiagnozowane, gdy zmierzone w gabinecie lekarskim skurczowe ciśnienie krwi wyniesie 140–159 mm Hg i/lub rozkurczowe ciśnienie krwi 90–99 mm Hg. Z kolei nadciśnienie tętnicze 2. stopnia diagnozuje się wtedy, gdy wartości skurczowego ciśnienia krwi wynoszą 160–179 mm Hg i/lub rozkurczowego ciśnienia krwi 100–109 mm Hg. Nadciśnienie tętnicze 3. stopnia charakteryzuje się skurczowym ciśnieniem krwi ≥ 180 mm Hg i/lub rozkurczowym ciśnieniem krwi ≥ 110 mm Hg. Klasyfikacja ta stosowana jest dla osób dorosłych, a także u młodzieży od 16. roku życia (Williams i in., 2018).

Z NTP związane są określone objawy, w tym zawroty i bóle głowy, dławica piersiowa oraz duszności, a częstość ich występowania wzrasta wraz z zaawansowaniem choroby (Middeke i in., 2008). W badaniach zaobserwowano następującą prawidłowość: zwiększenie stopnia zaawansowania NTP związane jest z nasileniem somatyzacji, natręctwa, nadwrażliwości interpersonalnej, depresji, lęku, wrogości, fobii, myślenia paranoidalnego i psychotyczności (Chachaj i in., 2009).

Etiologia i epidemiologia NTP. NTP jest postrzegane jako psychosomatyczna i polietiologiczna jednostka chorobowa ze skomplikowanym mechanizmem powstawania (Chachaj i Małyszczak, 2008). Etiopatogenetyczne mechanizmy rozwoju NTP pozostają nie do końca wyjaśnione. Do modyfikowalnych czynników ryzyka NTP należą: palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, niezdrowa dieta, niska aktywność fizyczna, otyłość itd. Natomiast czynnikami niemodyfikowalnymi są: podeszły wiek, predyspozycje dziedziczne i współwystępowanie innych poważnych chorób, np. cukrzycy (Knieć i Kujawska-Łuczak, 2012; Williams i in., 2019; World Health Organization, 2013b).

Według Światowej Organizacji Zdrowia NTP jest globalnym problemem zdrowia publicznego (World Health Organization, 2013a). Częstość występowania NTP na świecie w 2015 roku wśród osób dorosłych, po standaryzacji względem wieku, wyniosła 24,1% u mężczyzn i 20,1% u kobiet (NCD Risk Factor Collaboration, 2017). Według epidemiologicznego badania NATPOL 2011 w Polsce chorych na NTP jest około 10 milionów osób (Tykarski i in., 2015). W całej populacji dorosłych Polaków rozpowszechnienie NTP wynosi około 34% (Zdrojewski i in., 2015). Zgodnie z Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego opublikowanymi w 2015 roku liczba pacjentów z NTP zwiększy się o 50% do 2035

roku (Tykarski i in., 2015). Wyniki polskiego badania epidemiologicznego WOBASZ II wykazały, iż rozpowszechnienie NTP jest wyższe u mężczyzn (46,2%) niż u kobiet (40,4%; Niklas i in., 2018). Rozpowszechnienie NTP wzrasta z wiekiem i nieco obniża się w grupie wiekowej ≥ 80 lat (19–49 lat [22,1%], 50–59 [56,8%], 60–69 [71,5%], 70–79 [80,3%], ≥ 80 [78,0%]; Niklas i in., 2018). Częstość kontroli NTP w Polsce wynosi 23% (Niklas i in., 2018). Biorąc pod uwagę fakt, że średnia długość życia w Polsce jest wyższa u kobiet niż u mężczyzn, a także dłuższy czas życia kobiet w podeszłym wieku, badanie NTP u kobiet nabiera coraz większego znaczenia (Kawecka-Jaszcz i in., 2007).

Pomimo opracowania skutecznych leków i metod leczenia, prowadzenia programów mających na celu zmniejszenie częstości występowania NTP, poziom zachorowalności wciąż pozostaje wysoki. Wyniki badania NATPOL 2011 wykazały, że mieszkańcy Polski nie posiadali dostatecznej wiedzy na temat kryteriów NTP i jego powikłań (Suligowska i in., 2014). Obserwuje się także niesystematyczne stosowanie leków na NTP (Wojarska i in., 2017) oraz niewystarczającą prewencję chorób układu sercowo-naczyniowego (Piwońska i in., 2018). Sprzyja temu sama natura choroby i jej etiologia, która pozostaje ciągle nierozpoznana. Światowa Organizacja Zdrowia w przenośni nazwała NTP „cichym zabójcą”, ponieważ choroba ta rzadko powoduje objawy w początkowej fazie, wskutek czego wcześniejsza diagnoza staje się bardziej skomplikowana (World Health Organization, 2013a). Biorąc powyższe pod uwagę, wysokie rozpowszechnienie NTP w Polsce jest znaczącym problemem medycznym, również ze względu na ryzyko wystąpienia poważnych powikłań klinicznych, w tym udaru mózgu, niewydolności serca, zawału serca, choroby wieńcowej itp. (Williams i in., 2019). Obecność NTP jest związana z procesem przedwczesnego starzenia się mózgu i może negatywnie wpływać także na funkcje poznawcze (Witkowska i in., 2015).

Leczenie NTP. NTP wymaga leczenia i kontroli przez całe życie pacjenta (Gaciong i in., 2008). W Zasadach Postępowania w Nadciśnieniu Tętnicznym z 2019 roku opublikowanych przez Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętnicznego określono, iż podstawowym celem terapii NTP jest zmniejszenie śmiertelności oraz globalnego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych i nerkowych, a także obniżenie ciśnienia krwi do wartości uznanych za docelowe lub do wartości do nich zbliżonych (Tykarski i in., 2019).

Leczenie przeciwnadciśnieniowe wdraża się w zależności od wartości ciśnienia tętniczego oraz globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego (Skrypnik i in., 2015; Tykarski i in., 2019). Zawiera leczenie niefarmakologiczne (modyfikację stylu życia) i farmakoterapię. Przeciwnadciśnieniowe leczenie farmakologiczne niesie ze sobą ryzyko występowania skutków ubocznych. Czterech na pięciu pacjentów z NTP zgłaszało występowanie działań niepożądanych, wśród których Paczkowska i in. (2013) wymieniła: bóle głowy (co druga osoba), senność (około 40% badanych), prawie co trzecia osoba zgłosiła występowanie częstomoczu i uczucia gorąca na twarzy i szyi, a suchy kaszel i problemy z koncentracją

odnotowano, odpowiednio, u 22,5% i 21,3% badanych. Ważne staje się skorygowanie modyfikowalnych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego (ograniczenie spożycia alkoholu i soli, zwiększenie spożycia warzyw i owoców, utrzymanie prawidłowej masy ciała, regularne ćwiczenia fizyczne aerobowe, zaprzestanie palenia tytoniu; Tykarski i in., 2018; Tykarski i in., 2019).

Analiza badań dotyczących najczęściej stosowanych metod pomocy psychologicznej w leczeniu osób chorych na NTP została przedstawiona w artykułach autora rozprawy (Larionov, 2021a, 2021b), wraz z wnioskami na temat skuteczności technik relaksacyjnych i medytacyjnych, treningu uważności, muzykoterapii, jogi, aromaterapii oraz technik bazujących na metodzie biofeedback w leczeniu NTP. Stwierdzono, że odpowiedzialne stosowanie indywidualnie dobranych wspomagających leczenie metod pomocy psychologicznej może być pomocne dla osób z NTP (Larionov, 2021a, 2021b). W związku z tym, że relacja między zdrowiem psychicznym a NTP jest złożona i modulowana przez czynniki fizjologiczne i środowiskowe (Hamam i in., 2020), bardzo duże znaczenie ma kompleksowe leczenie NTP, w tym farmakologiczne i nefarmakologiczne (Basińska i Andruszkiewicz, 2013).

Obecnie, w najnowszych europejskich wytycznych dotyczących postępowania w NTP (Williams i in., 2019) nie poświęca się wystarczająco dużo uwagi czynnikom natury psychologicznej, co utrudnia kompleksowe rozpatrzenie problemu NTP z pozycji biopsychospołecznego modelu zdrowia i podjęcie działań skierowanych na profilaktykę i leczenie NTP (Larionov, 2020a, 2021a, 2021b; Larionow, 2022). W psychologicznej literaturze naukowej jest dosyć dużo badań, w których rozpatrzono rolę czynników natury psychologicznej w jakości życia pacjentów z NTP, natomiast większość z nich dotyczyła roli poszczególnych czynników. Z kolei w medycznej literaturze naukowej liczba badań uwzględniających psychologiczne aspekty w NTP jest znacznie mniejsza. Głównym celem następnego podrozdziału jest opisanie konstruktów jakości życia, a także prezentacja wyników badań dotyczących psychologicznych, medycznych i socjodemograficznych czynników związanych z jakością życia u osób z NTP.

1.2. Jakość życia w NTP i związane z nią czynniki medyczne i socjodemograficzne

1.2.1. Pojęcie jakości życia i jej pomiar

Definicja jakości życia. Według Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia to „*postrzeganie przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kultury i systemu wartości oraz w odniesieniu do celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań*” (World Health Organization, 1998, s. 3). Pojęcie to bazuje na definicji zdrowia, które określa się jako „*stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niedomagania*” (World Health Organization, 1998, s. 2). Polska badaczka de Walden-Gałuszko (1994) zdefiniowała jakość życia jako „*obraz własnego położenia życiowego w pewnym okresie. Jest to, inaczej mówiąc, ocena pewnego fragmentu życia, który się wydarza pomiędzy człowiekiem-podmiotem a otaczającym go środowiskiem zewnętrznym (przestrzeń geograficzna,*

architektoniczna, społeczna) oraz jego środowiskiem wewnętrznym (np. doznania pochodzące z własnego ciała)” (s. 14).

Zintegrowana koncepcja jakości życia zawiera główne aspekty funkcjonowania jednostki: fizyczne (somatyczne), psychiczne, społeczne i środowiskowe, a także elementy duchowości (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996). Pod tym względem ocena jakości życia wymaga wszechstronnej analizy związanych z nią różnorodnych czynników, w tym somatycznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych (Majkovicz, 2017; Sęk, 1993; Sosnowski i in., 2017).

Ogólna jakość życia składa się z domen, a domeny z kolei składają się z poszczególnych elementów (tzw. składowych jakości życia). Światowa Organizacja Zdrowia wymienia sześć domen jakości życia, które podlegają ocenie: (1) *zdrowie fizyczne* i jego składowe/wskaźniki (np. ból i dyskomfort, odpoczynek, sen); (2) *stan psychiczny* (np. pozytywne i negatywne uczucia, poczucie własnej wartości); (3) *poziom niezależności* (np. zdolności do pracy); (4) *relacje społeczne* (np. wsparcie społeczne); (5) *warunki środowiskowe* (np. bezpieczeństwo, zasoby finansowe); (6) *przekonania osobiste, w tym religijne i duchowe* (World Health Organization, 1998). Warto podkreślić, że jakość życia nie jest synonimem zdrowia, ponieważ zdrowie jest składową jakości życia, a jego waga dla jakości życia różnych ludzi może znacznie się różnić (Sęk, 1993).

Jakość życia związana ze zdrowiem. W naukach medycznych szeroko posługiwano się pojęciem jakości życia związanej ze zdrowiem, którą określa się jako postrzegany przez pacjenta wskaźnik własnej pozycji życiowej w związku z przebiegiem choroby i jej leczenia (Sosnowski i in., 2017). Humanistyczną istotą koncepcji jakości życia jest podkreślenie subiektywnego i fenomenologicznego znaczenia przeżywania przez pacjenta sytuacji chorobowej, świadomości jego roli w poprawie jakości życia w różnych obszarach życia, w szczególności w funkcjonowaniu społecznym. Pod tym względem ocena jakości życia przez pacjenta cechuje się subiektywnym charakterem (Majkovicz, 2017; Telka, 2013). Zależy ona jednak, zarówno od czynników obiektywnych (np. stopnia zaawansowania choroby, obecności powikłań lub warunków życia), jak i czynników subiektywnych, w tym osobowości, stanu psychicznego, oczekiwań i wartości. Na przykład, występowanie takiego samego objawu może mieć zupełnie inne znaczenie dla dwóch pacjentów. Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym i związanym z wielokierunkowym wzajemnym oddziaływaniem na siebie tych czynników (Majkovicz, 2017; Telka, 2013). Ocena jakości życia pozwala na określenie subiektywnego wpływu choroby na funkcjonowanie pacjenta w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym (z punktu widzenia pacjenta), w tym ocenę skuteczności leczenia i obecność problemów zdrowotnych i psychospołecznych (Szyguła-Jurkiewicz i in., 2011).

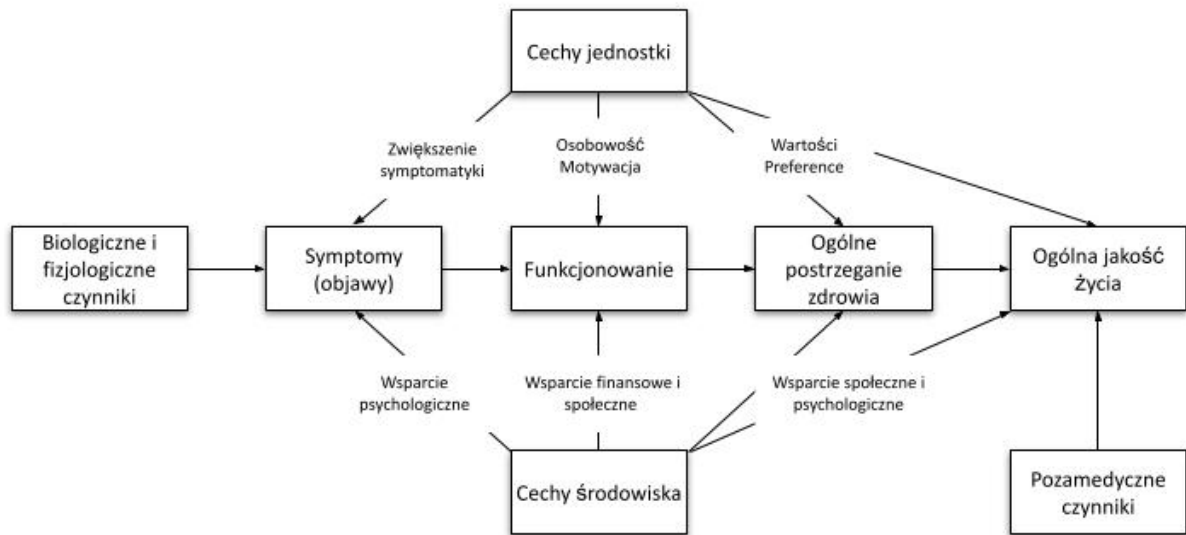
Jakość życia związana ze zdrowiem jest zmienna w czasie, a jej zmiana może być spowodowana wpływem różnych czynników, np. zmianą stanu zdrowia lub statusu socjoekonomicznego, zmianą

hierarchii wartości (Turska i Skowron, 2009). Jak wskazuje Oleś (2016), jakość życia zmienia się stosownie do wieku, stadium rozwoju, poziomu samoświadomości, nowych zadań i ról społecznych, tj. ulega zmianom wraz z rozwojem, na którego poszczególnych etapach, o jakości życia decydują różne czynniki, mechanizmy i kryteria oceny. Na przykład, jeden i ten sam człowiek może różnie oceniać jakość życia w poszczególnych okresach życia: będąc chorym widzi szczęście w zdrowiu, a będąc zdrowym — w czymś innym, np. w rozwoju, rodzinie lub bogactwie. W ocenie jakości życia jednostka wykorzystuje wiele źródeł informacji, w tym przeszłe doświadczenia, stany afektywne, oczekiwania i porównania społeczne (Bańka, 2005).

Teoretyczne modele jakości życia. Opracowano różne teoretyczne modele jakości życia, z których najpopularniejszym modelem, zgodnie z wynikami meta-analizy Bakas i in. (2012), jest model jakości życia związanej ze zdrowiem, autorstwa Wilsona i Cleary'ego (1995). W tym modelu ogólna jakość życia jest postrzegana jako subiektywne poczucie szczęścia i zadowolenia z życia, które jest determinowane przez (1) *biologiczne i fizjologiczne czynniki* (np. funkcjonowanie genów, komórek, narządów), (2) *cechy jednostki* (np. płeć, wykształcenie), (3) *cechy środowiska* (np. praca i system wsparcia), (4) *symptomy (objawy) zdrowia psychicznego i somatycznego*, (5) *funkcjonowanie w wymiarze biopsychospołecznym* (np. zdolność do pracy), (6) *ogólne postrzeganie zdrowia* (subiektywna ocena swojego zdrowia), a także *pozamedyczne czynniki* (np. infrastruktura miasta, klimat; Wilson i Cleary, 1995). Jak odnotowali Wilson i Cleary (1995), obecność jednokierunkowych strzałek w tym modelu nie oznacza braku współzależności między badanymi czynnikami, ale podkreśla zachodzące między tymi czynnikami dominujące zależności (rysunek 1). Model jakości życia związanej ze zdrowiem Wilsona i Cleary'ego wykazał wysoką skuteczność w identyfikowaniu predyktorów jakości życia w populacjach chorych somatycznie (Ojelabi i in., 2017). W próbach pacjentów z chorobami przewlekłymi empirycznie dowiedziono, że symptomy są głównymi wyznacznikami jakości życia wśród innych czynników (determinant) w tym modelu. Szczególnie podkreślono negatywną rolę symptomów depresji w obniżeniu jakości życia (Ojelabi i in., 2017).

Rysunek 1

Model jakości życia związanej ze zdrowiem autorstwa Wilsona i Cleary'ego (1995)



Adnotacja. Źródło: opracowano w języku polskim na podstawie pracy Wilsona i Cleary'ego (1995).

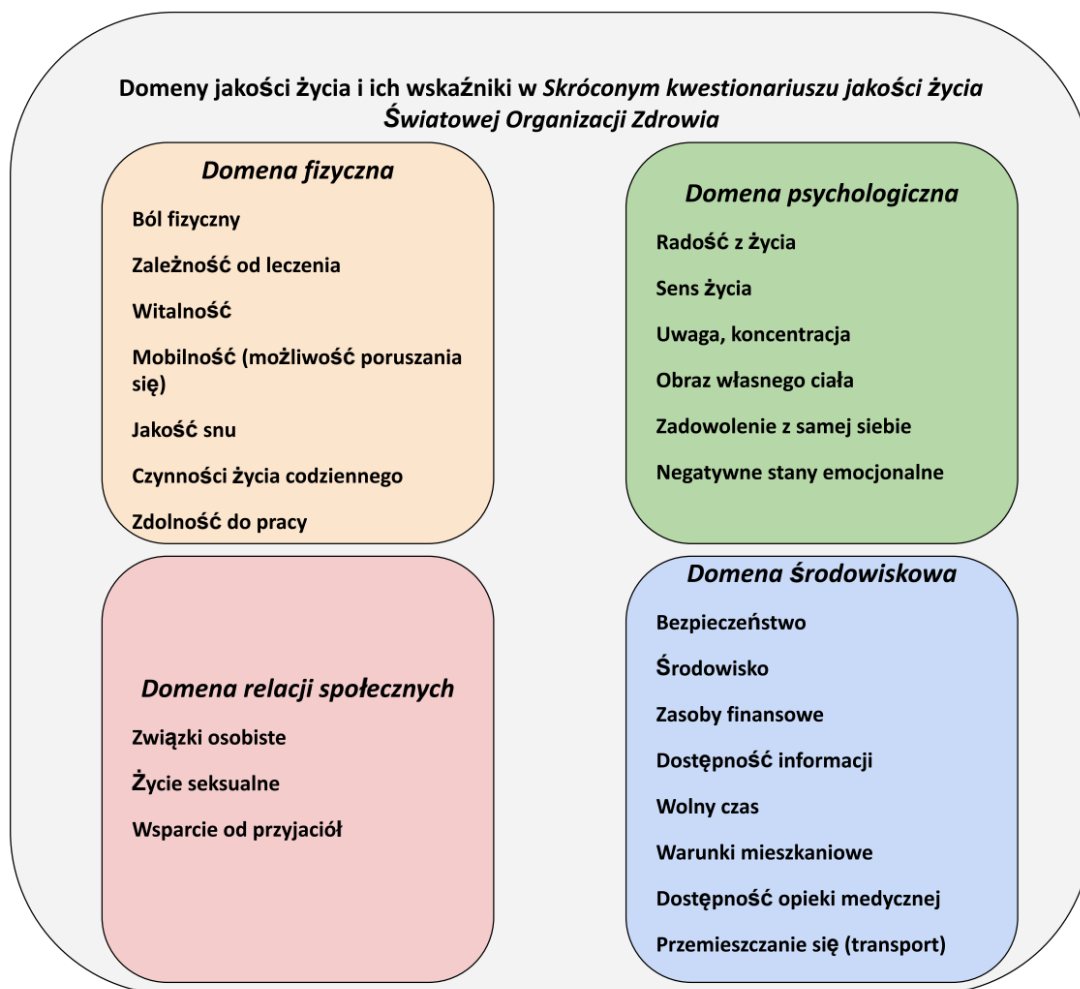
Ocena jakości życia pozwala na określenie stopnia wpływu choroby na normalne funkcjonowanie i pełnienie ról społecznych, służy do wyłonienia czynników wywołujących stres u pacjenta, a także pomaga w zaangażowaniu pacjenta w proces radzenia sobie z chorobą. W ramach medycyny spersonalizowanej ocena jakości życia pozwala na ustalenie przyczyny niskiej skuteczności leczenia, a także sprzyja dostosowaniu leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta, w celu najskuteczniejszego leczenia i zapewnienia wysokiej jakości życia.

Pomiar jakości życia. Oceny jakości życia dokonuje się za pomocą metod jakościowych (np. wywiadów pogłębionych; Maciejasz i in., 2015; Sęk, 1993) i ilościowych (np. kwestionariuszy, drabinka Cantrila; Derbis i Bańka, 1998; Kłak i in., 2012). Jakość życia może być oceniona na bazie samoopisu lub przez lekarza czy innych obserwatorów (Majkowicz, 2017). W celu bardziej wnikliwej analizy jakości życia rekomendowano łączenie metod jakościowych i ilościowych, a także samoocen i ocen dokonanych przez innych (Frazer i Mobley, 2017; Majkowicz, 2017). Należy stosować tylko wystandaryzowane kwestionariusze, które mają dobre właściwości psychometryczne, w tym trafność i rzetelność (Majkowicz, 2017). Istnieją kwestionariusze specyficzne, które służą do oceny jakości życia w określonych chorobach, a także niespecyficzne stosowane do badania pacjentów z różnymi chorobami lub osób zdrowych (Kłak i in., 2012; Majkowicz, 2017; Papuć, 2011). Jednym z najpopularniejszych niespecyficznych kwestionariuszy

samoopisowych w Polsce jest 26-punktowy *Skrócony kwestionariusz jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia*, który charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (Jaracz i in., 2006; Kłak i in., 2012) i może być stosowany w różnych grupach wiekowych, w tym wśród seniorów (Błachnio, 2019). Struktura domen i ich wskaźników w tym kwestionariuszu została przedstawiona na rysunku 2.

Rysunek 2

Domeny jakości życia i ich wskaźniki w Skróconym kwestionariuszu jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia



Adnotacja. Źródło: opracowanie własne na bazie materiałów Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, 1998).

Kwestionariusz zawiera cztery podskale charakteryzujące cztery domeny jakości życia: (1) *domenę fizyczną* (np. *Czy masz wystarczająco sił – „energii” do prowadzenia normalnego życia?* – pytanie do

wskaźnika witalności), (2) domenę relacji społecznych (np. *Jak bardzo jesteś zadowolony ze swoich związków osobistych?* — pytanie do wskaźnika związków osobistych), (3) domenę psychologiczną (np. *W jakim stopniu odczuwasz, że Twoje życie ma sens, znaczenie?* — pytanie do wskaźnika sensu życia), także (4) domenę środowiskową (np. *Na ile zdrowa wydaje Ci się okolica, w której żyjesz?* — pytanie do wskaźnika środowiska). Jako że ten kwestionariusz jest psychometrycznie dobrym narzędziem, został on użyty w niniejszej pracy doktorskiej.

1.2.2. Jakość życia w NTP. Rola czynników socjodemograficznych i medycznych

Badając rolę czynników medycznych i psychologicznych w różnicowaniu jakości życia pacjentów z chorobami układu krążenia, Żołnierczuk-Kieliszek i in. (2014) wywnioskowała, że większa liczba rozpoznanych chorób i dłuższy czas ich trwania wiążą się z obniżeniem jakości życia. Stwierdzono, że klasyczne czynniki ryzyka chorób układu krążenia, takie jak palenie tytoniu i niska aktywność fizyczna, mogą przyczynić się do obniżenia jakości życia, natomiast uczestnictwo w zajęciach rehabilitacji kardiologicznej może tę jakość podnieść. Udokumentowano też, iż przewlekły stres i obecność negatywnych stanów emocjonalnych wiążą się z obniżeniem jakości życia u pacjentów z chorobami układu krążenia. Ponadto, obecność problemów emocjonalnych może być związana z niższą samooceną stanu zdrowia, która z kolei przyczynia się do obniżenia jakości życia (Żołnierczuk-Kieliszek i in., 2014).

Przeprowadzone meta-analizy dowiodły, iż jakość życia osób z NTP jest niższa w porównaniu do osób zdrowych (Trevisol i in., 2011; Ye i in., 2018; Zhang i in., 2017). Biorąc pod uwagę ten fakt, ważne wydaje się określenie różnego rodzaju czynników różnicujących jakość życia osób z NTP. Poniżej zaprezentowano wnioski z badań dotyczących jakości życia pacjentów z NTP. Wyniki badań zostały zaprezentowane w formie tabeli, a następnie poddane analizie (tabela 1).

Tabela 1*Opis wyników badań dotyczących jakości życia pacjentów z NTP*

Lp.	Badania	Kraj	Liczba osób badanych	Narzędzia badawcze	Wnioski z badań
1	Riley i in. (2019)	Stany Zjednoczone Ameryki	13933, wśród których chorych na NTP było 2469	12-Item Short Form Health Survey	(1) osoby z NTP charakteryzowały się niższą jakością życia w aspekcie zdrowia somatycznego i psychicznego niż osoby zdrowe (2) kobiety z NTP miały niższą jakość życia niż mężczyźni z NTP (3) osoby z NTP pozostające w związku małżeńskim miały wyższą jakość życia w aspekcie psychicznym niż osoby z NTP niepozostające w związku (4) osoby z NTP z wykształceniem wyższym miały wyższą jakość życia w domenie somatycznej niż osoby z NTP z wykształceniem poniżej wyższego (5) osoby z NTP charakteryzujące się wysokim wskaźnikiem masy ciała $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ wykazały znacznie niższą jakość życia niż osoby z NTP z normalnym wskaźnikiem masy ciała
2	Xiao i in. (2019)	Chiny	567	36-Item Short Form Survey	(1) kobiety miały niższą jakość życia niż mężczyźni (2) niski dochód był związany z obniżeniem witalności i jakości życia w domenie psychicznym u mężczyzn (3) obciążenie finansowe spowodowane NTP było związane z obniżeniem jakości życia (4) regularne wykonanie ćwiczeń fizycznych było związane z wyższą jakością życia zarówno w domenie funkcjonowania somatycznego, jak i społecznego (5) osoby mieszkające z członkami rodziny miały wyższą jakość życia niż osoby samotne
3	Liang i in. (2019)	Chiny	16596	EuroQol-5 Dimension	(1) kobiety, osoby w podeszłym wieku, osoby zamieszkujące na wsi, byli palacze, pacjenci z dłuższym czasem trwania NTP lub chorobami współistniejącymi mieli niższą jakość życia (2) najbardziej znaczącymi chorobami współistniejącymi wywierającymi wpływ na obniżenie jakości życia u osób z NTP były udar mózgu, niewydolność serca i choroba niedokrwienna serca. Z kolei mniej znaczący wpływ wywierały przewlekłe choroby nerek, cukrzyca oraz choroby nowotworowe
4	Zhang i in. (2017)	Chiny	3509	EuroQol-5 Dimension	(1) obecność powikłań NTP, niski dochód w rodzinie i niski poziom wykształcenia były znaczącymi czynnikami związanymi z obniżeniem jakości życia osób z NTP
5	Klarkowska i Antczak (2017)	Polska	100	The World Health Organization Quality of Life-BREF	(1) pacjenci z NTP ocenili jakość swojego życia jako dobrą (2) płeć i miejsce zamieszkania nie różnicowały jakości życia (3) wiek powyżej 60 lat, nadwaga lub otyłość oraz czas trwania choroby powyżej 20 lat były znaczącymi determinantami obniżenia jakości życia
6	Kurowska i Ratajczyk (2012)	Polska	100	The World Health Organization Quality of Life-BREF	(1) jakość życia pacjentów z NTP była przeciętna (2) starszy wiek był związany z obniżeniem jakości życia (3) płeć nie różnicowała jakości życia (4) pacjenci z wykształceniem wyższym wykazali wyższą jakość życia (5) czas trwania choroby był związany z obniżeniem jakości życia

Kontynuacja tabeli 1 na następnej stronie

Kontynuacja tabeli 1

Opis wyników badań dotyczących jakości życia pacjentów z NTP

Lp.	Badania	Kraj	Liczba osób badanych	Narzędzia badawcze	Wnioski z badań
7	Stachowska i in. (2014)	Polska	287	36-Item Short Form Survey	(1) jakość życia u chorujących na NTP kobiet była niższa niż u mężczyzn (2) lepsza sytuacja materialna wiązała się z wyższą jakością życia (3) wysokość ciśnienia tętniczego, wysoki wskaźnik masy ciała i dłuższy czas trwania choroby przyczyniały się do obniżenia jakości życia osób chorych (4) obecność powikłań była związana z niższą jakością życia (5) jakość życia osób z NTP niepowikłanym nie różniła się istotnie od jakości życia osób zdrowych
8	Humańska i in. (2019)	Polska	100	The World Health Organization Quality of Life-BREF	(1) czas trwania NTP był związany z obniżeniem jakości życia
9	Sawicka i in. (2016)	Polska	103	The World Health Organization Quality of Life-BREF	(1) ogólna percepcja jakości życia i własnego zdrowia u kobiet z NTP była wyższa niż u mężczyzn z NTP (2) mężczyźni charakteryzowali się wyższymi wynikami jakości życia w zakresie fizycznej i środowiskowej (3) wraz ze wzrostem wieku i czasu trwania choroby u osób chorych na NTP obniżała się jakość życia (4) osoby przyjmujące tylko jeden lek na NTP charakteryzowały się wyższą jakością życia (5) miejsce zamieszkania, wykształcenie i status społeczny nie różnicowały jakości życia osób chorych na NTP
10	Paczkowska i in. (2013)	Polska	80	The World Health Organization Quality of Life-BREF	(1) wraz ze wzrostem liczby zgłaszanych objawów dotyczących działań niepożądanych leków obniżała się jakość życia w zakresie fizycznej, psychologicznej i środowiskowej
11	Paczkowska i in. (2017)	Polska	112	The World Health Organization Quality of Life-BREF	(1) jakość życia osób chorych na NTP w dziedzinie fizycznej i psychologicznej była niższa w porównaniu do odpowiadających im wiekiem osób zdrowych
12	Woźnicka i in. (2008)	Polska	96	36-Item Short Form Survey	(1) jakość życia niezależnie od obecności powikłań była niższa u kobiet niż u mężczyzn (2) jakość życia u osób z niepowikłanym NTP była wyższa niż w grupie osób z NTP powikłanym (3) ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych było niższe u kobiet bez towarzyszących NTP powikłań, w porównaniu do mężczyzn
13	Jankowska-Polańska i in. (2014)	Polska	105	The World Health Organization Quality of Life-BREF	(1) wraz ze wzrostem akceptacji choroby zwiększała się jakość życia w dziedzinie somatycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej (2) obecność choroby niedokrwiennej serca oraz miażdżycy/chorób naczyń była związana z obniżeniem stopnia akceptacji choroby, podczas gdy współwystępowanie cukrzycy, astmy, niewydolności nerek i reumatoidalnego zapalenia stawów nie wiązało się z obniżeniem stopnia akceptacji choroby

Kontynuacja tabeli 1 na następnej stronie

Kontynuacja tabeli 1

Opis wyników badań dotyczących jakości życia pacjentów z NTP

Lp.	Badania	Kraj	Liczba osób badanych	Narzędzia badawcze	Wnioski z badań
14	Cegła i in. (2012)	Polska	185	Kwestionariusz jakości życia chorych z nadciśnieniem tętniczym	(1) średnia jakość życia pacjentów z NTP była przeciętna (0,58; najwyższa możliwa wartość 1) (2) badani pacjenci prowadzili mało aktywny tryb życia (3) aktywni fizycznie pacjenci z NTP cechowali się zdecydowanie wyższą średnią jakością życia (0,67) w porównaniu do pacjentów prowadzących bierny tryb życia (0,45)
15	Snarska i in. (2020)	Polska	100	The World Health Organization Quality of Life-BREF	(1) jakość życia w zakresie zdrowia fizycznego była oceniana najwyżej, z kolei jakość życia w zakresie społecznej – najniżej (2) płeć nie różnicowała wyników jakości życia
16	Zygmuntowicz i in. (2012)	Polska	12525	12-Item Short Form Health Survey	(1) choroby współistniejące były obecne u 63,8% pacjentów z NTP (2) wiek i czas trwania leczenia NTP były związane z obniżeniem jakości życia (3) wyższą jakość życia mieli mężczyźni oraz osoby z wyższym wykształceniem (4) terapia hipotensyjna była skuteczna u co czwartego pacjenta z NTP

Adnotacja. Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań zagranicznych przeprowadzonych na dużych próbach wykazały, że jakość życia osób chorych na NTP jest niższa w porównaniu do osób zdrowych, a w jej różnicowaniu ważną rolę odgrywają czynniki psychospołeczne oraz medyczne (tabela 1). Tak więc płeć żeńska, starszy wiek, zamieszkanie na wsi, niskie wykształcenie i dochód, obciążenie finansowe spowodowane NTP i życie samotne były istotnymi czynnikami związanymi z obniżeniem jakości życia osób z NTP. W praktyce lekarskiej znaczenie tych czynników powinno być brane pod uwagę w celu określenia zagrożeń zdrowotnych (Matei i in., 2018). Wnioski z zagranicznych i polskich badań dotyczących jakości życia osób z NTP były w większości spójne. Jednak w polskich badaniach wykazano nieco niejednoznaczne wnioski dotyczące roli płci, wykształcenia i statusu społecznego. Bazując na wynikach badań zagranicznych przeprowadzonych na dużych próbach, można wywnioskować, że mężczyźni, a także osoby z lepszym statusem społecznym oraz wykształceniem wyższym, charakteryzowali się wyższą jakością życia (tabela 1).

Rozpatrując rolę czynników medycznych NTP, można odnotować, że brak kontroli NTP, występowanie związanych z nim powikłań i chorób współwystępujących, dłuższy czas trwania NTP, większa liczba przyjmowanych leków na NTP i wysoki wskaźnik masy ciała, były związane z obniżeniem jakości życia (tabela 1). Warto podkreślić, że obecność docelowych parametrów ciśnienia krwi, o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia (kontrola NTP), jest jednym z najważniejszych celów terapii. Nieprawidłowe leczenie, nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, występowanie nierozpoznanego nadciśnienia wtórnego lub NTP opornego na leczenie są głównymi przyczynami niedostatecznej kontroli NTP (Wofford i Minor, 2009). Nieskuteczne leczenie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych i śmiertelności, a także powoduje wysokie obciążenie ekonomiczne (Wilimski i Niewada, 2006). W literaturze naukowej coraz częściej pojawia się zagadnienie opornego NTP, kiedy mimo wyznaczonego leczenia hipotensyjnego nie udaje się obniżyć ciśnienia tętniczego do wartości docelowych (Kowalczyk, 2019). Istnieją dowody, iż czynniki natury psychologicznej, w tym negatywne stany emocjonalne, mogą być związane z niedostateczną kontrolą NTP (Sanz i in., 2010). Tak więc badania dowiodły, że osoby z niekontrolowanym NTP miały wyższe nasilenie depresji i stresu niż osoby z kontrolowanym NTP (Kowalczyk, 2019; Sanz i in., 2010).

Obecność chorób współistniejących również jest ważnym klinicznym aspektem NTP. Wykazano, że pacjenci z NTP i chorobami współistniejącymi byli skłonni do nieprzestrzegania zaleceń lekarskich (Tavares i in., 2016). Współchorobowość również wiąże się ze słabą kontrolą NTP (Mohamed i in., 2021). Brak kontroli NTP i obecność chorób współistniejących są związane z obiektywnie mniej adaptacyjnym funkcjonowaniem w chorobie i gorszym statusem psychosomatycznym. Zgodnie z opisanym powyżej modelem jakości życia związanej ze zdrowiem autorstwa Wilsona i Cleary'ego (1995), te medyczne czynniki będą sprzyjały obniżeniu jakości życia poprzez nasilenie objawów i wpływ na funkcjonowanie jednostki. Badanie osób z NTP z współchorobowością i/lub różnorodnymi powikłaniami jest trudne,

ponieważ należy określić ich rolę w różnicowaniu jakości życia, z kolei taka ocena wymaga dosyć dużych prób badawczych. W związku z tym kontrola czynników medycznych w przypadku NTP, które często występuje w zespole z innymi chorobami (np. cukrzycą), nie jest łatwa.

Podsumowując wyniki zaprezentowanych w tym podrozdziale badań, można wyciągnąć następujące wnioski o roli zmiennych socjodemograficznych i medycznych w różnicowaniu jakości życia u chorych na NTP: (1) osoby chore na NTP miały niższą jakość życia niż osoby zdrowe; (2) wraz z wiekiem obniżała się jakość życia; (3) płeć żeńska, zamieszkanie na wsi, niskie wykształcenie i niski dochód oraz obciążenie finansowe spowodowane NTP były związane z obniżeniem jakości życia; (4) czas trwania NTP, stopień jego zaawansowania, obecność chorób współwystępujących oraz powikłań i objawów psychosomatycznych, a także wysoki wskaźnik masy ciała, wiązały się z obniżeniem jakości życia; (5) w Polsce, osoby chore na NTP charakteryzowały się przeciętną/dobłą jakością życia.

1.3. Wybrane czynniki psychologiczne związane z NTP i jakością życia

Modele teoretyczne wyjaśniające związek cech osobowości i innych czynników psychologicznych ze zdrowiem. We współczesnej literaturze naukowej istnieje pogląd, że niektóre cechy osobowości mogą być związane z rozwojem chorób kardiologicznych (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010; Sahoo i in., 2018). Można wymienić kilka prawdopodobnych mechanizmów (modeli teoretycznych) wyjaśniających związek cech osobowości ze zdrowiem. Są to: (1) model nadpobudliwości indukowanej osobowością (*personality-induced hyperactivity model*), (2) model moderacji stresu transakcyjnego (*transactional stress moderation model*), (3) model zachowań niebezpiecznych (*dangerous behaviors model*), (4) model predyspozycji konstytucyjnych (*constitutional predisposition model*; Sahoo i in., 2018).

Pierwszy model, *model nadpobudliwości indukowanej osobowością*, sugeruje, że niektóre cechy osobowości mogą prowadzić do kształtowania się nieadekwatnych mechanizmów neurohormonalnych i nieodpowiednich reakcji współczulnego układu nerwowego, co z kolei może skutkować intensywnymi reakcjami fizjologicznymi (Sahoo i in., 2018). Na przykład, wrogość jest związana z doświadczaniem większego stresu, co może skutkować nadmierną aktywnością współczulnego układu nerwowego i prowadzić do rozwoju chorób kardiologicznych (Esler i Kaye, 2000; Suls i Wan, 1993).

Drugi model, *model moderacji stresu transakcyjnego*, opisuje, w jaki sposób cechy psychologiczne mogą prowadzić do rozwoju chorób i ich ciężkiego przebiegu (Smith, 2006). Zgodnie z tym modelem określone cechy osobowości mogą narażać jednostkę na doświadczanie sytuacji stresowych. Model moderacji stresu transakcyjnego sugeruje także, że niektóre cechy psychologiczne, poprzez nieadaptacyjne radzenia sobie ze stresem prowadzące do rozwoju negatywnych stanów emocjonalnych, mogą wywoływać niekorzystne fizjologiczne i behawioralne konsekwencje (Sahoo i in., 2018). Na przykład, rozpatrując rolę wrogości w tym drugim modelu, można odnotować, że jest ona związana ze zwiększoną ekspozycją na stresory interpersonalne i zmniejszony poziom wsparcia społecznego (Smith,

2006), co może skutkować kształtowaniem się przewlekłego negatywnego afektu (Sahoo i in., 2018), który z kolei prowadzi do obniżenia jakości życia (Hu i Gruber, 2008).

Trzeci model, *model zachowań niebezpiecznych*, sugeruje, że określone cechy osobowości są pośrednio związane ze zdrowiem poprzez nieprawidłowe zachowania zdrowotne i/lub brak zachowań prozdrowotnych (Chachaj i Małyszczak, 2008; Sahoo i in., 2018). Na przykład, wrogość związana jest z niezdrowym stylem życia i w ten sposób prowadzi do ciężkiego przebiegu chorób kardiologicznych (Wong i in., 2013).

Czwarty model, *model predyspozycji konstytucyjnych (dziedzicznych)*, nie sugeruje obecności kausalnego związku między cechami osobowości a zdrowiem, natomiast podkreśla istnienie wspólnego czynnika genetycznego lub konstytucyjnego, który powoduje zarówno fizjologiczną podatność na choroby, jak i kształtowanie się osobowości o określonych cechach behawioralnych, emocjonalnych i poznawczych (Sahoo i in., 2018). Na przykład, w badaniach nad bliźniętami odnotowano udział wspólnego czynnika genetycznego w rozwoju NTP i symptomów depresji (Scherrer i in., 2003).

W niniejszej pracy doktorskiej rozpatrzono rolę analizowanych czynników psychologicznych, w tym reaktywności emocjonalnej, wrogości i ruminacji, z perspektywy opisanego powyżej modelu moderacji stresu transakcyjnego, a także podano dodatkowe informacje dotyczące tych cech z perspektywy modelu nadpobudliwości indukowanej osobowością i modelu zachowań niebezpiecznych. Większy nacisk na rozpatrywanie tych cech psychologicznych z pozycji modelu moderacji stresu transakcyjnego wynika z tego, że najbardziej ogólnym „skutkiem” wysokiego nasilenia tych czynników psychologicznych jest stres i negatywne stany emocjonalne, w tym depresja i lęk, które z kolei są najważniejszymi czynnikami psychologicznymi prowokującymi rozwój chorób psychosomatycznych, co w swoim stanowisku naukowym podkreśla Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (Levine i in., 2021).

Rola czynników psychologicznych w NTP. W Wytycznych dotyczących Profilaktyki Chorób Układu Krążenia w Praktyce Klinicznej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego opublikowanych w 2016 roku odnotowano czynniki psychospołeczne zwiększające ryzyko chorób kardiologicznych, w tym niski status socjoekonomiczny, brak wsparcia społecznego, stres w pracy i w życiu rodzinnym, wrogość, depresję, lęk i inne zaburzenia psychiczne (Piepoli i in., 2016). Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne w 2021 roku opublikowało stanowisko naukowe dotyczące roli wybranych pozytywnych (optymizm, poczucie sensu życia i szczęścia itp.) i negatywnych (np. depresji, lęku, stresu w pracy, samotności, wrogości itp.) czynników psychologicznych w rozwoju, przebiegu i leczeniu chorób kardiologicznych (Levine i in., 2021).

W zaktualizowanych Wytycznych dotyczących Profilaktyki Chorób Układu Krążenia w Praktyce Klinicznej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego opublikowanych w 2021 roku odnotowano negatywny wpływ stresu i zaburzeń psychicznych, krytycznych lub traumatycznych zdarzeń życiowych,

samotności i behawioralnych czynników ryzyka, w tym niezdrowego stylu życia i nieprzestrzegania zaleceń lekarskich w rozwoju chorób kardiologicznych (Visseren i in., 2021). Podkreślono za to pozytywną rolę optymizmu i poczucia sensu życia, jako czynników chroniących przed rozwojem chorób układu krążenia (Visseren i in., 2021). Pod względem praktycznym badanie zarówno czynników ryzyka, jak i czynników chroniących w chorobach kardiologicznych (Górska i Basińska, 2020), w tym NTP, jest bardzo ważne.

Głównym celem następujących podrozdziałów jest analiza roli reaktywności emocjonalnej, wrogości, symptomów depresji i lęku, ruminacji i percepcji choroby w NTP. Najpierw rozpatrzono teoretyczne podstawy badanych konstruktów, ich sens empiryczny, wskaźniki i metody pomiaru, a następnie przeanalizowano rolę tych czynników psychologicznych w NTP, w tym ich możliwe związki z jakością życia pacjentów z NTP. Opis relacji zachodzących pomiędzy analizowanymi czynnikami psychologicznymi i synteza wniosków z przedstawionych badań kończą rozdział teoretyczny.

1.3.1. Reaktywność emocjonalna

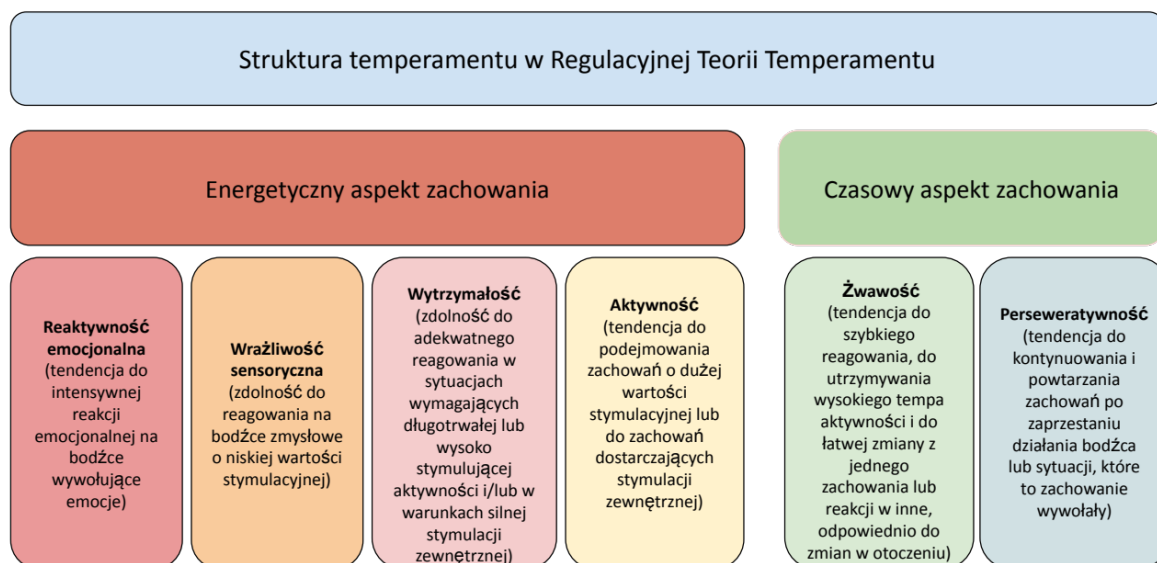
Reaktywność emocjonalna jako cecha temperamentu. Badania relacji psychosomatycznych i somatopsychicznych stwarza nowe możliwości zrozumienia mechanizmów leżących u podstaw chorób psychosomatycznych. W badaniach psychosomatycznych szczególną uwagę zwraca się na określenie roli cech temperamentu i mających biologiczne podłoże cech osobowości, które są względnie stabilne, mało podatne na zmiany w toku życia i przejawiają się już od wczesnego niemowlęstwa. Cechy te mogą być związane z rozwojem chorób somatycznych i psychicznych oraz modyfikować ich przebieg (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010; Strelau, 2006).

W tej rozprawie doktorskiej rozpatrywano rolę reaktywności emocjonalnej jako czynnika psychologicznego, który może być związany z jakością życia kobiet z NTP. Reaktywność emocjonalna w polskiej literaturze naukowej określana jest jako cecha temperamentu. W Regulacyjnej Teorii Temperamentu Strelaua, temperament odnosi się do względnie stałych cech osobowości, występujących u człowieka od wczesnego dzieciństwa i mających swoje odpowiedniki w świecie zwierząt. Będąc pierwotnie zdeterminowany przez wrodzone mechanizmy neurobiochemiczne, temperament podlega powolnym zmianom spowodowanym procesem dojrzewania oraz indywidualnie specyficznym oddziaływaniami pomiędzy genotypem a środowiskiem (Strelau, 2006, s. 115–116).

Temperament dotyczy formalnej charakterystyki zachowania (sposobu zachowania i jego dynamiki), natomiast osobowość odnosi się bardziej do treści zachowania. W Regulacyjnej Teorii Temperamentu wyodrębniono sześć cech temperamentu: (1) reaktywność emocjonalną, (2) aktywność, (3) wrażliwość sensoryczną, (4) wytrzymałość, (5) perseweracyjność i (6) żwawość. Pierwsze cztery cechy odnoszą się do energetycznych (np. siły, intensywności), z kolei ostatnie dwie do czasowych charakterystyk (np. tempa) zachowania (Strelau, 2006; zob. rysunek 3).

Rysunek 3

Struktura temperamentu w ujęciu Regulacyjnej Teorii Temperamentu



Adnotacja. Źródło: opracowanie własne na podstawie pracy Zawadzkiego i Cyniak-Cieciury (2022) za zgodą autorów.

Reaktywność emocjonalna w Regulacyjnej Teorii Temperamentu zdefiniowana jest jako tendencja do intensywnego reagowania na bodźce wywołujące emocje, wyrażająca się w (1) wrażliwości emocjonalnej (przejawiającej się w łatwości pojawienia się emocji w przypadku słabej stymulacji) i (2) odporności emocjonalnej, która przejawia się w wysokiej intensywności emocji w odpowiedzi na silną stymulację. Osoba o wysokiej reaktywności emocjonalnej charakteryzuje się dużą pobudliwością emocjonalną i łatwością reagowania intensywnymi emocjami na bodźce emotogenne (Strelau, 2006). Ogólnie, wysoka reaktywność emocjonalna może być traktowana jako cecha temperamentu sprzyjająca chorobom somatycznym, szczególnie kardiologicznym (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Zgodnie z wynikami badań reaktywność emocjonalna jest relewantnym czynnikiem psychologicznym związanym z rozwojem, przebiegiem i leczeniem tej choroby, a także może być związana z jakością życia pacjentów z NTP (Chachaj i in., 2009; Ifeagwazi i in., 2018; Małyszczak i in., 2007a, 2007b). Bazując na naukowych osiągnięciach Regulacyjnej Teorii Temperamentu, niniejsza rozprawa doktorska ma na celu poszerzenie wiedzy w zakresie roli reaktywności emocjonalnej w jakości życia kobiet z NTP, a także przedstawia alternatywną teoretyczną koncepcję reaktywności emocjonalnej (Becerra i Campitelli, 2013;

Davidson, 1998) oraz adaptowane do warunków polskich narzędzie psychometryczne do badania reaktywności emocjonalnej w odniesieniu do zarówno emocji pozytywnych, jak i negatywnych.

Ocena reaktywności emocjonalnej. Pomiaru reaktywności emocjonalnej można dokonać w warunkach laboratoryjnych lub za pomocą kwestionariuszy. W ramach Regulacyjnej Teorii Temperamentu opracowano charakteryzujące się dobrymi właściwościami psychometrycznymi 100-pozycyjne narzędzie *Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu w wersji zrewidowanej* (FCZKT-R), które pozwala na zbadanie cech temperamentu, w tym reaktywności emocjonalnej (Cyniak-Cieciura i in., 2016). Podskala *Reaktywności emocjonalnej* składa się z 15 stwierdzeń (np. „Często załamuję się w ciężkich chwilach”; „Często zbiera mi się na łzy, kiedy widzę kogoś, kto płacze”; „Bardzo się denerwuję przed egzaminami czy ważnymi spotkaniami”). Analiza treści tych stwierdzeń wskazuje na to, że mierzą one reaktywność emocjonalną w odniesieniu do emocji negatywnych. Pod tym względem podskala *Reaktywności emocjonalnej* z kwestionariusza FCZKT-R pozwala na zbadanie specyfiki odpowiedzi emocjonalnej na pojawienie się bodźców wywierających negatywne emocje, natomiast nie pozwala na zbadanie reaktywności emocjonalnej w odniesieniu do emocji pozytywnych. Mimo to prowadzenie badań nad reaktywnością negatywnych emocji za pomocą FCZKT-R przyczyniło się do dużych postępów w psychologii różnic indywidualnych i psychologii zdrowia (Fajkowska i in., 2022).

Regulacyjna rola reaktywności emocjonalnej. Cechy temperamentu pełnią funkcję regulacyjną, która ujawnia się przede wszystkim w sytuacjach trudnych (stresowych) lub w zachowaniach ekstremalnych, a także mogą w pewnym stopniu określać podatność człowieka na różnego rodzaju psychosomatyczne konsekwencje oraz modyfikować ich przebieg (Strelau, 2006). Wykazano wyższą negatywną reaktywność emocjonalną u kobiet niż u mężczyzn (Cyniak-Cieciura i in., 2016). Empirycznie udowodniono, że reaktywność emocjonalna silnie dodatnio koreluje z neurotyzmem (Cyniak-Cieciura i in., 2018) i w największym stopniu związana jest z psychopatologią, w tym z symptomami lęku niż inne cechy temperamentu w Regulacyjnej Teorii Temperamentu (Strelau i Zawadzki, 2011).

Polscy badacze odnotowali zależności pomiędzy reaktywnością emocjonalną a cechami temperamentu według koncepcji Pawłowa, w tym silny negatywny związek reaktywności emocjonalnej z siłą pobudzenia, nieco słabszy negatywny związek z ruchliwością procesów nerwowych i najslabszy negatywny związek z siłą procesów hamowania (Cyniak-Cieciura i in., 2018). Wyniki powyższych badań świadczą o tym, że wysoka reaktywność negatywnych emocji (reaktywność emocjonalna wobec negatywnych emocji) odzwierciedla cechy słabego typu układu nerwowego i może predysponować do zaburzeń psychicznych.

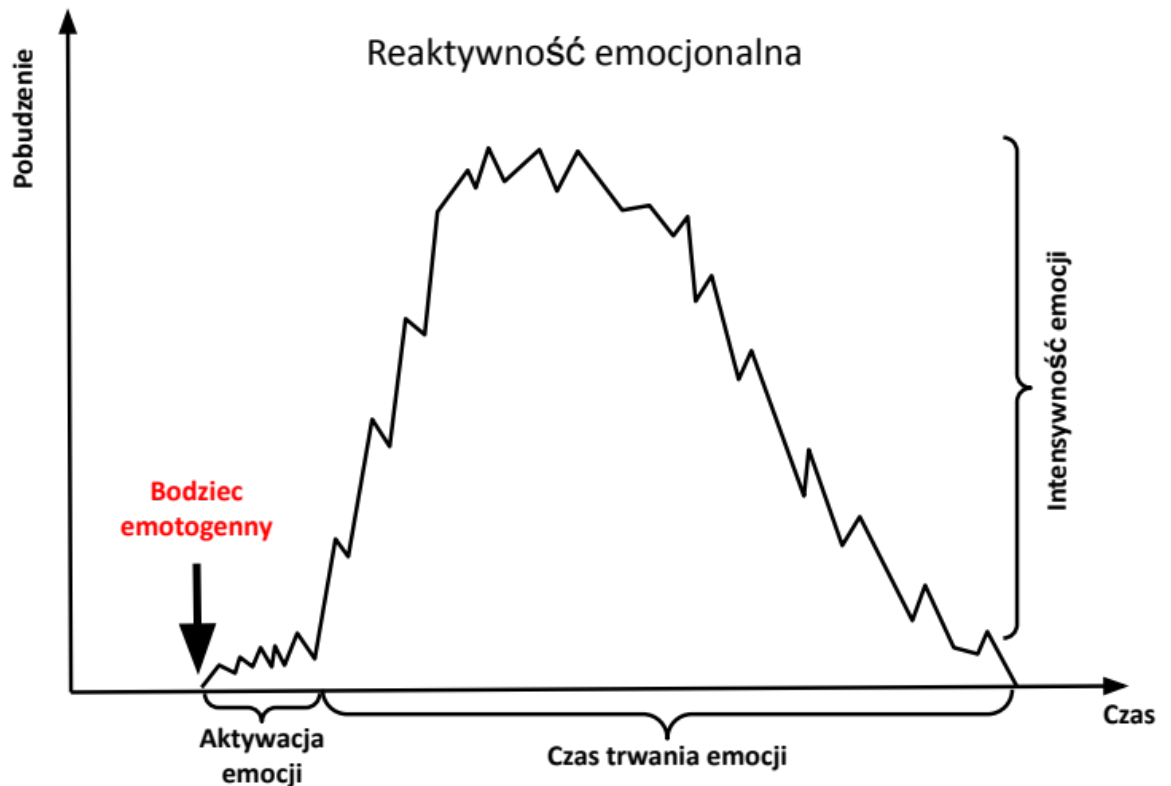
Reaktywność negatywnych emocji i reaktywność pozytywnych emocji. Osiągnięcia naukowe dokonane w ramach Regulacyjnej Teorii Temperamentu posłużyły za pewną bazę i inspirację do dalszych poszukiwań w zakresie roli reaktywności emocjonalnej w chorobach psychosomatycznych. W związku z

tym, że badacze coraz częściej podkreślają rolę pozytywnych emocji w psychologii zdrowia (Dolińska-Zygmunt, 1996b; Fredrickson, 2001; Preece, 2019), w ramach tej pracy doktorskiej bazowano na koncepcji reaktywności emocjonalnej Davidsona (1998) oraz Becerry i Campitellego (2013), w której reaktywność emocjonalną rozpatruje się z perspektywy zarówno negatywnych, jak i pozytywnych emocji. Według tych autorów reaktywność emocjonalna to różnica indywidualna (względnie stała cecha), która wyraża się w łatwości/szybkości pojawienia się, intensywności i trwaniu odpowiedzi emocjonalnej na bodźce wywierające emocje (rysunek 4).

W związku z tym, że emocje mają określoną walencję (pozytywne i negatywne), konstrukt reaktywności emocjonalnej dotyczy zarówno negatywnych (np. smutku), jak i pozytywnych (np. radości) emocji. Obecnie badacze wyróżniają cztery właściwości reaktywności emocjonalnej: (1) *walencję emocji* (negatywną i pozytywną), (2) *aktywację*, która odzwierciedla szybkość pojawienia się reakcji emocjonalnej, (3) *intensywność* oraz (4) *długość (czas) trwania* reakcji emocjonalnej (Becerra i Campitelli, 2013; Preece, 2019). Badanie reaktywności emocjonalnej w tej koncepcji pozwala na określenie trzech aspektów reakcji emocjonalnej: (1) *aktywacji* emocji, tj. tego, jak łatwo aktywuje się reakcja emocjonalna, czyli progu określającego, jak silny bodziec jest wymagany do wywołania reakcji emocjonalnej i jak szybko poziom pobudzenia emocjonalnego osiąga szczytu amplitudy, (2) *intensywności*, tj. tego, jak intensywna jest reakcja emocjonalna, czyli szczytowej amplitudy tego poziomu pobudzenia emocjonalnego, (3) *czasu trwania* reakcji emocjonalnej, czyli czasu trwania pobudzenia od początku reakcji emocjonalnej aż do jej zakończenia (Becerra i Campitelli, 2013; Davidson, 1998; Preece, 2019).

Rysunek 4

Struktura konstruktów reaktywności emocjonalnej w ujęciu Davidsona (1998) oraz Becerry i Campitellego (2013)



Adnotacja. Źródło: opracowanie własne na podstawie pracy Becerry i Campitellego (2013) oraz Preece'a (2019) za zgodą autorów.

Ocena reaktywności negatywnych emocji i reaktywności pozytywnych emocji. W celu badania tego konstruktów, australijscy naukowcy Preece i in. (2019) opracowali dwie — dłuższą 30-pozycyjną i krótszą 18-pozycyjną, wersje *Skali reaktywności emocjonalnej Perth*, które pozwalają na badanie aktywacji (np. *Momentalnie dobrze się czuję, gdy dzieje się coś pozytywnego*), intensywności (np. *Jeśli jestem smutny, odczuwam to intensywniej niż inni*) i czasu trwania (np. *Kiedy jestem smutny, zajmuje mi sporo czasu, zanim się od tego uwolnię*) reakcji emocjonalnych osobno w odniesieniu do emocji pozytywnych i negatywnych. Na podstawie analizy psychometrycznej udowodniono trafność i rzetelność tych narzędzi, a także skuteczność wyodrębnienia trzech charakterystyk reaktywności emocjonalnej i ich walencji emocjonalnej (Becerra i in., 2019; Preece i in., 2019).

Adaptacja polska Skróconej wersji skali reaktywności emocjonalnej Perth na potrzeby rozprawy doktorskiej. Dłuższa i krótsza wersja Skali reaktywności emocjonalnej Perth zostały opracowane w języku polskim przez autora tej pracy doktorskiej, a także przez współautorów, w tym autora oryginalnej wersji skali z Australii, Davida Preece'a (Larionow i Mudło-Gągolska, 2022; Larionow i in., 2023). Krótsza wersja skali była poddana walidacji w próbie polskiej ($n = 675$), ma dobre właściwości psychometryczne, w tym charakteryzuje się dobrą trafnością, rzetelnością i równoważnością pomiaru (*measurement invariance*) według kategorii płci, wykształcenia i wieku, a także ma osobne normy stenowe dla kobiet i mężczyzn (Larionow i Mudło-Gągolska, 2022). *Skrócona wersja skali reaktywności emocjonalnej Perth* została użyta w pracy doktorskiej w celu badania wielowymiarowych charakterystyk reaktywności emocjonalnej u kobiet z NTP. Szczegółowy opis właściwości psychometrycznych tej skali został przedstawiony w artykule Larionowa i Mudło-Gągolskiej (2022), a także części metodologicznej tej rozprawy.

Rola reaktywności emocjonalnej w NTP. W związku z tym, że reaktywność emocjonalna przez długi czas była rozpatrywana jako cecha jednowymiarowa i postrzegana w kategoriach emocji negatywnych, a większości badań były zastosowane skale dotyczące reaktywności negatywnych emocji, za pomocą których badanie cech reaktywności pozytywnych emocji było niemożliwe (Preece, 2019), nie przeprowadzono badań dotyczących roli reaktywności pozytywnych emocji w NTP. Natomiast można odnotować pewne prawidłowości w zakresie reaktywności negatywnych emocji, które zostały opisane poniżej.

Badacze wnioskowali o istnieniu silnego związku między reaktywnością emocjonalną a diagnozą NTP (Ifeagwazi i in., 2018). Polscy naukowcy odnotowali, iż osoby z NTP charakteryzowały się większą reaktywnością emocjonalną i skłonnością do przeżywania negatywnych emocji, a także mniejszą umiejętnością rozpoznawania i werbalizowania własnych emocji (Chachaj i in., 2009; Małyszczak i in., 2007a, 2007b). Należy podkreślić, że osoby z NTP wykazały wysokie nasilenie drażliwości i charakteryzowały się skłonnością do łatwego wpadnięcia w złość (García-Batista i in., 2020), co może wskazywać na wysoką reaktywność emocjonalną u osób z NTP. Z kolei polscy badacze Małyszczak i in. (2007b) stwierdzili, że diagnoza NTP była związana z nadmierną wrażliwością emocjonalną, skłonnością do zamartwiania się, z myślami depresyjnymi i bezsennością, co również może świadczyć o tym, że dla pacjentów z NTP charakterystyczne jest szybkie reagowanie na bodźce wywołujące emocje oraz długie przeżywanie negatywnych emocji.

Badacze Ifeagwazi i in. (2018) opisali mechanizm, który wiąże reaktywność emocjonalną z NTP. Przypuścili oni, że osoby charakteryzujące się wysokim poziomem negatywnej reaktywności emocjonalnej mogą doświadczać wysokiego lęku, który może zwiększyć ich ciśnienie krwi i w konsekwencji doprowadzić do NTP i jego ciężkiego przebiegu. Ponadto w badaniach wykazano, że reaktywność negatywnych emocji silnie dodatnio koreluje z symptomami psychopatologii (np. depresji, lęku) i negatywnym afektem

(Larionov i in., 2021; Larionow i in., 2022; Larionow i Mudło-Głagolska, 2022; Preece i in., 2019). Pod tym względem reaktywność negatywnych emocji poprzez rozwój niekorzystnych stanów emocjonalnych może być związana również z jakością życia osób z NTP.

Podążając za stanowiskiem naukowym Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Levine i in., 2021) i poszerzając perspektywy badań psychosomatycznych poprzez uwzględnienie „pozytywnych” (chroniących) czynników psychologicznych w chorobach kardiologicznych, w tej pracy doktorskiej uwzględniono rolę reaktywności pozytywnych emocji jako prawdopodobnego wyznacznika wysokiej jakości życia. W związku z tym, że dopiero niedawno pojawiła się możliwość badań konstruktów reaktywności pozytywnych emocji za pomocą narzędzi psychometrycznych (Preece, 2019), ważnym zagadnieniem w tej rozprawie będzie eksploracja związku reaktywności pozytywnych emocji z jakością życia kobiet z NTP. Ustalono, że reaktywność pozytywnych emocji ujemnie korelowała z symptomami psychopatologii i negatywnym afektem (Larionov i in., 2021; Larionow i in., 2022; Larionow i Mudło-Głagolska, 2022; Preece i in., 2019). Oczekuje się, że reaktywność pozytywnych emocji będzie dodatkowo związana z jakością życia.

Podsumowując, reaktywność emocjonalna w odniesieniu do negatywnych emocji jest relewantnym „negatywnym” czynnikiem związanym z NTP (udowodniono empirycznie), a reaktywność emocjonalna w odniesieniu do pozytywnych emocji może pełnić rolę „pozytywnego” czynnika (przypuszcza się na bazie teorii i wyników innych badań). W ramach rozprawy doktorskiej planuje się (1) zbadać, czy i w jaki sposób cechy reaktywności negatywnych i pozytywnych emocji są związane z jakością życia kobiet z NTP, (2) określić najistotniejsze predyktory jakości życia wśród tych cech, a także (3) zbadać, czy kontrola NTP (obecność docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia) i obecność chorób współistniejących są związane z reaktywnością emocjonalną. W tym celu zastosowano niedawno opracowaną Skróconą wersję skali reaktywności emocjonalnej Perth, którą, jak już wspomniano, autor tej rozprawy doktorskiej wraz z współautorką adaptował do warunków polskich (Larionow i Mudło-Głagolska, 2022).

1.3.2. Wrogość

Definicja wrogości. Wrogość jest jedną z czterech form agresji wymienionych koncepcji Bussa i Perry'ego (1992). Autorzy ci wyróżnili: (1) agresję fizyczną i (2) agresję werbalną, które stanowią behawioralne komponenty agresji, (3) gniew (emocjonalny komponent) i (4) wrogość (poznawczy). Wrogość jest względnie stabilną różnicą indywidualną (Woodall i Matthews, 1993). Koncepcja agresji Bussa i Perry'ego (1992) została uznana przez badaczy na całym świecie, z kolei opracowany przez autorów koncepcji *Kwestionariusz agresji Bussa i Perry'ego* służący do badania agresji werbalnej i fizycznej, gniewu i wrogości jest szeroko stosowanym narzędziem w badaniach nad agresją w różnych grupach wiekowych (Aranowska i Rytel, 2012).

Ocena wrogości. Zaawansowane metodologicznie i szczegółowe analizy struktury czynnikowej Kwestionariusza agresji Bussa i Perry'ego w populacji polskiej przeprowadziły Aranowska i Rytel (2012). Autorki te wykazały, że kwestionariusz ten cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Pokazały również, że konstrukt wrogości może być opisany za pomocą dwóch wskaźników (składowych) wrogości: (1) zazdrości (czy urazy) oraz (2) podejrzliwości wobec życzliwości innych ludzi. Aranowska i Rytel (2012) również odnotowały, że polskie kobiety są bardziej wrogie niż mężczyźni. Autor tej rozprawy także zajmował się problemami wrogości i podkreślił jej wyjątkową rolę wśród innych form agresji (Larionov, 2020b). Najważniejsze jest to, że wrogość nie zawsze przejawia się w formie jawnej, w porównaniu do gniewu, agresji fizycznej i lub werbalnej, które można łatwo zaobserwować. Pod tym względem nie istnieje jawna dezaprobatą społeczną wobec wrogości (jako względnie ukrytej formy agresji), w porównaniu do innych form agresji (Larionov, 2020b). Pomiar wrogości za pomocą metod samoopisowych wydaje się dokładniejszy niż pomiar gniewu, agresji werbalnej lub fizycznej (np. gniew może być uważany przez sprawcę za konstruktywny, a przez innych ludzi za destrukcyjny; Sahoo i in., 2018).

Wrogość w NTP. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego zdefiniowała wrogość jako „*cechę osobowości charakteryzującą się intensywnym doświadczeniem niedowierzania, wściekłości i gniewu oraz tendencją do angażowania się w agresywne, niedostosowane społecznie związki*” (Piepoli i in., 2016, s. 842). Określiła ją także jako jeden z najważniejszych psychospołecznych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, obok niskiego statusu socjoekonomicznego, braku wsparcia społecznego, stresu w pracy i w życiu rodzinnym, depresji, lęku i innych chorób psychicznych (Piepoli i in., 2016). Niektóre cechy wrogości (sposobowanie światła jako zagrożenia) mogą być rozumiane jako komponent poznawczy w funkcjonowaniu osób z typem osobowości D, który utrudnia funkcjonowanie w chorobie osobom chorym przewlekle (Basińska i Andruszkiewicz, 2016; Juczyński i Ogińska-Bulik, 2008; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008).

Analiza badań podłużnych wykazała, iż wrogość, gniew, lęk i depresja, a także niecierpliwość, były najistotniejszymi psychologicznymi czynnikami związanymi z rozwojem NTP (Rutledge i Hogan, 2002; Yan i in., 2003). W celu poszukiwania socjopsychologicznych korelatów NTP, Hashani i in. (2014) przeprowadzili badanie w próbie 1793 osób. Stwierdzili, że nawet po uwzględnieniu innych znaczących czynników w modelu wrogość wraz ze starszym wiekiem, płcią męską, niższym poziomem wykształcenia, paleniem i brakiem aktywności fizycznej, pozostała dodatnio związana z diagnozą NTP (Hashani i in., 2014). Dlatego też wrogość jest znaczącą determinantą NTP.

Rozpatrując rolę wrogości, można odnotować wyższy poziom tej cechy u pacjentów z NTP w porównaniu do osób zdrowych i chorych na inne choroby natury somatycznej. Tak więc bułgarscy naukowcy, Tilov i in. (2015), badając pacjentów z NTP, cukrzycą i chorobami układu mięśniowo-

szkieletowego, zaobserwowali najwyższy poziom wrogości, a także gniewu i agresji fizycznej właśnie u pacjentów z NTP. Polscy naukowcy Szcześniak i in. (2019) odnotowali, że zawiść, postawa narcystyczna i poczucie zagrożenia były bardziej charakterystyczne dla osób z NTP niż dla osób zdrowych. Analiza tych danych może sugerować, że postawa pacjentów z NTP w stosunku do ludzi może mieć wrogi charakter (wysokie nasilenie wrogości), co również znajdowało odzwierciedlenie w ich wysokich wynikach w skali trudności w relacjach interpersonalnych (Szcześniak i in., 2019). Wrogość pełni negatywną rolę w przebiegu NTP i może sprzyjać niekorzystnemu wzrostowi dobowego ciśnienia rozkurczowego u pacjentów z NTP z zaburzeniami depresyjnymi (Cui i in., 2020). Udowodniono, że cynizm (jako jeden z komponentów wrogości w skali wrogości Cooka-Medleya) związany jest z obniżeniem jakości życia osób z NTP (Julkunen i Ahlström, 2006).

Prawdopodobnym psychologicznym mechanizmem, który łączy wrogość z NTP i jego ciężkim przebiegiem, jest doświadczanie większego negatywnego afektu i stresu, które z kolei mogą zwiększać aktywność współczulnego układu nerwowego (Esler i Kaye, 2000; Suls i Wan, 1993), utrudniać regenerację układu sercowo-naczyniowego (Chachaj i Małyszczak, 2008), w tym powrót do początkowych wartości ciśnienia krwi (Neumann i in., 2004; Radstaak i in., 2011). Badania podłużne wykazały, że wrogość poprzez rozwój zaburzeń depresyjnych jest związana z rozwojem chorób kardiologicznych (Stewart i in., 2010). Nieprawidłowe zachowania zdrowotne również mogą wyjaśniać związek wrogości z NTP (Chachaj i Małyszczak, 2008). Tak więc wrogość poprzez niezdrowy styl życia, w szczególności palenie i niską aktywność fizyczną, prowadzi do ciężkiego przebiegu chorób kardiologicznych (Wong i in., 2013). W swoich własnych badaniach przeprowadzonych w próbie polskiej autor tej rozprawy udowodnił empirycznie, że wrogości towarzyszy dystres, który kształtuje się na bazie częstszego stosowania nieadaptacyjnych poznawczych strategii radzenia sobie ze stresem (np. ruminacji, katastrofizowania, obwiniania innych) u osób dorosłych przy podwyższeniu u nich wrogości (Larionov, 2020b).

Biorąc pod uwagę powyżej opisane mechanizmy, można przypuścić, że wysoka wrogość będzie skutkować niższą oceną jakości życia poprzez (1) gorszy przebieg leczenia NTP (w domenie fizycznej), (2) obniżenie dobrostanu psychicznego (w domenie psychologicznej), (3) napięte relacje interpersonalne i/lub niedostatek wsparcia społecznego (w domenie relacji społecznych) i (4) niezadowolenie ze środowiska i ogólnie świata, obniżone poczucie bezpieczeństwa (w domenie środowiskowej).

Podsumowując, wrogość jest ważnym czynnikiem ryzyka NTP i związana jest z niekorzystnym przebiegiem tej choroby. Z tego względu włączenie wrogości (jako istotnej zmiennej) do dalszych badań nad uwarunkowaniami NTP wydaje się ważne. To samo dotyczy określenia jej roli w jakości życia pacjentów z NTP (na tle innych badanych zmiennych). Zgodnie z wiedzą autora rozprawy doktorskiej, dotychczas nie opublikowano badań dotyczących związku wrogości (jako całego konstruktów lub zespołu cech charakteryzujących wrogość) z jakością życia osób z NTP. W ramach tej rozprawy doktorskiej planuje

się (1) zbadać, czy i w jaki sposób wrogość (w koncepcji Bussa i Perry'ego) jest związana z jakością życia kobiet z NTP, (2) określić, czy wrogość jest istotnym predyktorem jakości życia przy uwzględnieniu innych badanych czynników psychologicznych, a także (3) zbadać, czy kontrola NTP (obecność docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia) i obecność chorób współistniejących są związane z wrogością.

1.3.3. Symptomy depresji i lęku

Symptomy zaburzeń afektywnych, w tym depresji i lęku, mają ważne znaczenie w rozwoju, przebiegu i leczeniu i rehabilitacji chorób kardiologicznych (Ho i in., 2015; Szczepanowski i in., 2022; Zalewska, 2020). Ponadto zaburzenia depresyjne i lękowe często współwystępują, co wiąże się z poważniejszym przebiegiem klinicznym oraz większym ryzykiem przerwania leczenia (Jaeschke i in., 2010). Podążając za myślą Kasprzak i Klejny (2010), którzy stosowali termin „współchorobowość” w odniesieniu do współistnienia (współwystępowania) zaburzeń psychicznych, podkreślając, właśnie za pomocą tego terminu, procesualność ich rozwoju i przebiegu, a także ich możliwy wzajemny wpływ, w tym podrozdziale będą rozpatrzone najpierw definicje, wskaźniki i sposoby pomiaru objawów depresji i lęku, a następnie wybrane aspekty wzajemnych relacji tych symptomów i NTP.

Symptomy depresji. Symptomy depresji są niespecyficzne i mogą być przejawem indywidualnych postaw behawioralnych lub poznawczych, np. pesymizmu (Hitij, 2022). Jak wskazuje Heitzman (2007), zaburzenia depresyjne charakteryzują się wieloma objawami psychopatologicznymi, najważniejszym z których jest smutek, tj. obniżenie samopoczucia psychicznego, często z uczuciem „przygniecenia” przez trudności codziennego życia. Wśród osiowych objawów depresji są: (1) nastrój depresyjny, (2) utrata zainteresowań i przeżywania przyjemności (anhedonia), a także (3) zwiększona męczliwość. Wśród objawów dodatkowych wyróżnia się: (1) upośledzenie uwagi, (2) niską samoocenę i małą pewność siebie, (3) poczucie winy i małej wartości, (4) pesymistyczny ogląd przyszłości, (5) myśli lub tendencje samobójcze oraz samouszkodzenia, (6) zaburzenia snu, a także (7) zmieniony apetyt. Rozpoznanie epizodu depresyjnego według Dziesiątej Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych następuje, gdy obecne są przynajmniej dwa osiowe objawy i dwa dodatkowe objawy (Heitzman, 2007, s. 113). Zaburzeniom depresyjnym mogą również towarzyszyć objawy somatyczne, np. zmęczenie, wahania masy ciała, a także objawy poznawcze, np. słaba koncentracja uwagi (Hitij, 2022). W celu oceny depresji jako psychospołecznego czynnika ryzyka w praktyce klinicznej rekomendowano zapytać pacjenta: „Czy jest Panu/Pani smutno, czuje się Pan/Pani przygnębiony/a lub beznadziejnie? Czy stracił Pan/Pani zainteresowanie życiem i poczucie przyjemności z życia?” (Sobczak i in., 2011, s. 841).

Symptomy lęku. Lęk można określić jako złożoną mieszankę nieprzyjemnych emocji i przekonań dotyczących przyszłości, która przejawia się na trzech poziomach: poznawczym (np. zły nastrój, obawy o

przyszłość), behawioralnym (np. tendencja do unikania sytuacji powodujących lęk) i fizjologicznym (np. stan napięcia, ciągłe nadmierne pobudzenie). Zaburzenia lękowe przejawiają się odczuwaniem irracjonalnego lęku o bardzo dużym nasileniu (Butcher i in., 2020). Zgodnie z Heitzmanem (2007) objawy lęku w różnych proporcjach, nasileniu i czasie trwania występują w poszczególnych zaburzeniach lękowych, w tym fobiach społecznych, lęku panicznym, zaburzeniach lękowych uogólnionych i in.

Ocena symptomów depresji i lęku. Do oceny depresji i lęku w praktyce klinicznej można użyć wystandaryzowanych kwestionariuszy (American Psychological Association; 2019; Mughal i in., 2020). Na przykład, w Wytycznych dotyczących Profilaktyki Chorób Układu Krążenia w Praktyce Klinicznej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego opublikowanych w 2021 roku rekomendowano używać *Kwestionariusza zdrowia pacjenta-2 (Patient Health Questionnaire-2; PHQ-2)* i *Kwestionariuszu lęku uogólnionego-2 (Generalized Anxiety Disorder-2; GAD-2)* w celu badań przesiewowych w kierunku depresji i lęku u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi (Visseren i in., 2021). Polscy psychiatry Samochowiec i in. (2021) przygotowali „Wytyczne postępowania w depresji u dorosłych dla lekarzy rodzinnych”, w których także proponowali przeprowadzić przesiewową ocenę depresji za pomocą PHQ-2. Zgodnie z wiedzą autora rozprawy, kwestionariusze PHQ-2 i GAD-2 były jedynie przetłumaczone na język polski, ale nie zostały poddane pełnowymiarowej adaptacji. Odpowiedzią na taki stan rzeczy została adaptacja *Kwestionariusza zdrowia pacjenta-4 (Patient Health Questionnaire-4; PHQ-4)*, który składa się z dwóch kwestionariuszy: *PHQ-2* (2 pytania) i *GAD-2* (2 pytania). Kwestionariusz bada jak często w ostatnich 2 tygodniach osoba badana doświadczała dwóch podstawowych symptomów depresji (anhedonia: *Małe zainteresowanie albo brak przyjemności w robieniu czegokolwiek*; smutek: *Odczuwanie smutku, przygnębienia lub beznadziejności*) i lęku (*Zdenerwowanie, lęk lub irytację; Trudności związane z opanowaniem zamartwiania się*).

Adaptacja polska kwestionariusza PHQ-4 na potrzeby badań w rozprawie doktorskiej. Adaptacja PHQ-4 w języku polskim i publikacja artykułu psychometrycznego (Larionow i Mudło-Głagolska, 2023) towarzyszyły realizacji tej pracy doktorskiej. PHQ-4 był użyty w tej rozprawie doktorskiej w celu analizy związków symptomów depresji i lęku z jakością życia, a także przesiewowej oceny depresji i lęku w grupie kobiet z NTP. Kwestionariusz PHQ-4 został poddany walidacji w bardzo dużej próbie polskiej ($n = 2557$) i ma dobre właściwości psychometryczne, w tym charakteryzuje się dobrą trafnością i rzetelnością (Larionow i Mudło-Głagolska, 2023). Podczas prac walidacyjnych szczególną uwagę zwrócono na sprawdzenie równoważności pomiaru według płci i grup wiekowych (18–29, 30–44, 45–59, 60–78), co pozwoliło udowodnić empirycznie, że osoby o różnej płci i w różnym wieku tak samo rozumieją pytania testu, a ich wyniki można porównywać (równoważność skalarna). Bardziej szczegółowy opis właściwości psychometrycznych PHQ-4 został opisany w artykule Larionowa i Mudło-Głagolskiej (2023), a także części metodologicznej tej rozprawy.

Symptomy depresji i lęku w NTP. Depresja, lęk, a także stres przewlekły i traumatyczny, uznane są za bardzo ważne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (Cohen i in., 2015; Lim i in., 2021; Pan i in., 2015). W polskiej literaturze naukowej również podkreśla się rolę czynników psychologicznych w etiopatogenezie chorób kardiologicznych. Tak więc Szczepanowski i in. (2022) w swoim przeglądzie badań podkreślili negatywną rolę zaburzeń depresyjnych i lękowych w rozwoju i przebiegu chorób układu krążenia, w zwiększeniu ryzyka przedwczesnej śmierci, a także w obniżeniu jakości życia pacjentów kardiologicznych. Wnioskowano również o niezbędności opracowania skutecznych interwencji psychologicznych w celu promowania prozdrowotnych zachowań i podwyższenia jakości życia oraz redukcji symptomów depresji i lęku (Szczepanowski i in., 2022).

Symptomy depresji i lęku często współwystępują z NTP, dlatego dosyć trudno ocenić specyficzną rolę każdego z tych czynników w rozwoju i przebiegu tej choroby (Deschênes i in., 2020). Wyniki meta-analiz i przeglądów systematycznych przeprowadzonych w ciągu ostatnich lat, wskazały, że lęk może poprzedzać występowanie NTP. W meta-analizie zawierającej dane z 59 badań prospektywnych i przekrojowych w łącznej próbie powyżej 4 mln osób, stwierdzono, że lęk predysponuje do NTP (Lim i in., 2021). Johnson (2019) wnioskował, że priorytetem badawczym jest określenie czynników warunkujących powstanie współistniejącego lęku i NTP, a także zbadanie konsekwencji lęku w NTP. Badając rozpowszechnienie lęku jako cechy i stanu, wykazano, że wysoki poziom lęku jako cechy miało prawie 70% badanych pacjentów z NTP, z kolei trzech z czterech pacjentów charakteryzowało się wysokim wynikiem lęku jako stanu, co wiązało się z obniżeniem jakości życia, szczególnie u kobiet (Polishchuk i in., 2021). Wykazano, iż wyższe nasilenie symptomów lęku było związane z brakiem kontroli NTP, a także z płcią żeńską (Wei i Wang, 2006).

Porównując rolę lęku i depresji w NTP można odnotować, że depresja ma większy wpływ na rozwój chorób kardiologicznych niż lęk (Cohen i in., 2015; García-Vera i in., 2010). Odnotowano negatywny efekt depresji w procesie leczenia. Była ona również związana z niekontrolowanym NTP, nawet po uwzględnieniu roli czynników socjodemograficznych i medycznych (Almas i in., 2014). Symptomy depresji i lęku były silnie dodatnio związane z poziomem stresu, niskim wsparciem społecznym, niezdrowym stylem życia, bezrobociem oraz niskimi dochodami w rodzinie (Boima i in., 2020; Pogosova i in., 2021), a także z obniżeniem jakości życia pacjentów z NTP (Katsi i in., 2017; Rueda i Pérez-García, 2013; Saboya i in., 2010).

Podsumowując, symptomy depresji i lęku mają ważne znaczenie w różnicowaniu jakości życia pacjentów z NTP. Redukcja ryzyka chorób kardiologicznych, w tym NTP, jest możliwa poprzez ocenę i redukcję stresu, symptomów lęku i depresji. Z kolei prowadzenie w tym celu interwencji psychologicznych może przyczynić się do poprawy jakości życia pacjentów kardiologicznych (Cohen i in., 2015; Larionov, 2021a, 2021b). Wnioskowano o możliwości jednoczesnego leczenia NTP, depresji i lęku w celu osiągnięcia

najlepszych rezultatów (Hamam i in., 2020; Lim i in., 2021). Biorąc powyższe pod uwagę, w ramach tej rozprawy doktorskiej planuje się (1) zbadać, czy i w jaki sposób symptomy depresji i lęku są związane z jakością życia kobiet z NTP, (2) określić najbardziej istotne predyktory jakości życia wśród tych symptomów przy uwzględnieniu innych badanych czynników psychologicznych, (3) zbadać, czy kontrola NTP (obecność docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia) i obecność chorób współistniejących są związane z symptomami depresji i lęku, a także (4) przeprowadzić przesiewową ocenę symptomów depresji i lęku w próbie kobiet z NTP.

1.3.4. Ruminacja

Definicja ruminacji. Rozpatrując rolę czynników emocjonalnych w NTP, badacze proponują skoncentrować się na strategiach regulacji emocji, zwłaszcza ruminacji (Trudel-Fitzgerald i in., 2015), która charakteryzuje się ciągłym myśleniem o negatywnych zdarzeniach i uczuciach z nimi związanych (Marszał-Wiśniewska i Fajkowska, 2010). Zgodnie z Grossem (2001) regulacja emocji obejmuje wszystkie świadome i nieświadome strategie, których używamy, aby zwiększyć, utrzymać lub zmniejszyć jeden lub więcej składników reakcji emocjonalnej, w tym uczucia, zachowania i reakcje fizjologiczne, które składają się na emocje.

W tej rozprawie doktorskiej ruminacja rozpatrywana jest na bazie koncepcji poznawczej regulacji emocji Garnefski i in. (2001), w której poznawcze strategie regulacji emocji i poznawcze strategie radzenia sobie ze stresem stosuje się zamiennie. Zgodnie z tą koncepcją można wyróżnić dwa rodzaje strategii, które ludzie stosują, aby regulować swoje emocje w trudnych sytuacjach: poznawcze strategie oraz behawioralne strategie. Koncepcja regulacji emocji Garnefski i in. (2001) zakłada, że poznawcza regulacja emocji (*co myślę?*) i behawioralna regulacja emocji (*co robię?*) w trudnych sytuacjach to różne aspekty aktywności jednostki, które przejawiają się w różnych punktach czasowych (Garnefski i in., 2001). Na przykład, planowanie jako poznawcza strategia radzenia sobie ze stresem, poprzedza podjęcie faktycznych działań zaradczych jednostki (np. aktywne podejście do problemu).

Ocena ruminacji. Poznawcze strategie radzenia sobie ze stresem odnoszą się do względnie stałych, świadomych sposobów regulacji emocji, polegających na kierowaniu w myślach napływającymi informacjami, które wzbudzają emocje (Garnefski i in., 2001; Marszał-Wiśniewska i Fajkowska, 2010). W ramach koncepcji Garnefski i in. (2001) opracowano *Kwestionariusz poznawczej regulacji emocji*, który pozwala ocenić częstotliwość stosowania dziewięciu poznawczych strategii radzenia sobie ze stresem. Wyróżniono pięć strategii adaptacyjnych (akceptacja, koncentracja na planowaniu, koncentracja na czymś pozytywnym, pozytywne przewartościowanie i stwarzanie perspektywy) i cztery nieadaptacyjne (obwinianie siebie, obwinianie innych, ruminacja i katastrofizowanie). Polska wersja tego kwestionariusza, która była opracowana przez Marszał-Wiśniewską i Fajkowską (2010), charakteryzuje się dobrą trafnością i rzetelnością.

Ruminacja, jak i inne poznawcze strategie radzenia sobie ze stresem, jest względnie stałą różnicą indywidualną (Garnefski i in., 2001). Istotą ruminacji jest nawracanie powtarzających się myśli na temat różnych uczuć, sytuacji życiowych, zwłaszcza nieprzyjemnych. Kwestionariusz poznawczej regulacji emocji pozwala na ocenę ruminacji za pomocą czterech twierdzeń (np. „*Ciągle myślę o tym, jak się czuję w związku z tym, czego doświadczyłem (-łam)*”; „*Jestem zaabsorbowany (-a) myślami i uczuciami w związku z tym, czego doświadczyłem (-łam)*”) zawartych w podskali ruminacji (Marszał-Wiśniewska i Fajkowska, 2010).

Ruminacja w NTP. Ruminacja tradycyjnie konceptualizowana jest w odniesieniu do negatywnych emocji i jest nieadaptacyjną strategią regulacji emocji. Warto odnotować, że ruminacja rozpatrywana jest również w odniesieniu do pozytywnych emocji (Gruber i in., 2011), natomiast liczba badań jest obecnie zbyt mała, żeby wnioskować o jej roli w zdrowiu i w chorobie. Poniższa narracja i wszystkie zacytowane badania odnoszą się do ruminacji związanej z negatywnymi emocjami.

Ruminacja jest silnie związana z psychopatologią, w tym zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi (Aldao i Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao i in., 2010; Garnefski i in., 2001; Garnefski i in., 2002; Martin i Dahlen, 2005). Kobiety częściej stosują ruminację (Balzarotti i in., 2014; Johnson i Whisman, 2013), co z kolei wiąże się z większym nasileniem symptomów depresji i lęku u kobiet (Nolen-Hoeksema, 2012). Porównując rolę ruminacji z innymi strategiami regulacji emocji, można odnotować jej szczególnie negatywną rolę w rozwoju psychopatologii. Tak więc w meta-analizie skupiającej się na badaniu związków między sześcioma strategiami regulacji emocji (akceptacją, unikaniem, aktywnym podejściem do problemu, przeformułowaniem poznawczym, tłumieniem ekspresji emocji i ruminacją) a objawami psychopatologii (lękiem, depresją, zaburzeniami odżywiania oraz zaburzeniami zachowania związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych) stwierdzono, iż właśnie to ruminacja była najsilniej związana z psychopatologią, w porównaniu do innych badanych strategii (Aldao i in., 2010).

W literaturze naukowej opisano mechanizmy związku ruminacji z etiopatogenezą NTP, a także innych chorób somatycznych, z perspektyw modelu nadpobudliwości indukowanej osobowością i modelu moderacji stresu transakcyjnego (Brosschot i in., 2006). Ruminacja jest związana z większym poziomem stresu i przedłużeniem negatywnych stanów emocjonalnych, a także nadmierną aktywacją układu sercowo-naczyniowego, co z kolei może wiązać się z rozwojem NTP (Brosschot i in., 2005; Gerin in., 2012; Johnson i in., 2012; Key i in., 2008). Wykazano także, że poziom ruminacji był wyższy u pacjentów z NTP niż u osób zdrowych (Fekri i in., 2015). Wysoka ruminacja wiąże się z intensywniejszym przeżywaniem emocji negatywnych (Lask i in., 2021). Larionov i Izdebski (2020) przypuścili, że może ona powodować intensywne i długie przeżywanie emocji negatywnych po stresujących sytuacjach poprzez tworzenie ich mentalnych reprezentacji, co prawdopodobnie może doprowadzić organizm do patologicznego zakłócenia jego homeostazy, w tym do ciężkiego przebiegu NTP. Interesujące badanie podkreślające negatywną rolę

ruminacji w funkcjonowaniu układu sercowo-naczyniowego zostało przeprowadzone przez Johnsona i in. (2014). Autorzy ci przeanalizowali spadek ciśnienia tętniczego krwi w nocy podczas snu u kobiet z wysoką i niską ruminacją, za pomocą metody dwudziestoczterogodzinnej pomiaru ciśnienia tętniczego. Okazało się, że w próbie kobiet z wysoką ruminacją, spadek ciśnienia tętniczego krwi był istotnie mniejszy niż u kobiet z niską ruminacją. W związku z tym podkreśla się, że ruminacja może przyczyniać się do nieadekwatnej aktywacji układu sercowo-naczyniowego, nawet w okresach, kiedy jednostka świadomie nie przetwarza informacji, a stresory psychiczne są nieobecne (Johnson i in., 2014). Pod tym względem ruminacja może prawdopodobnie prowadzić do większego ryzyka rozwoju chorób kardiologicznych i ich powikłań.

Ruminacja może także przejawiać się w częstych myślach na temat zagrożenia i możliwych niekorzystnych dla zdrowia skutkach, które niesie za sobą choroba, tym samym tworząc jej zagrażający obraz (Soo i in., 2009). Regulacja emocji jest możliwa do skorygowania (Kraaij i Garnefski, 2015), dlatego badania nad ruminacją mogą umożliwić opracowanie specyficznych metod pomocy psychologicznej, służących profilaktyce i rehabilitacji osób z NTP (Larionov, 2021a, 2021b).

Powyżej opisane wyniki badań w pełni korespondują z hipotezą perseweracyjnego poznania Brosschota i in. (2006), którzy odnotowali, że ruminacja związana jest z większym stresem i negatywnym afektem, a także przedłużeniem tych stanów, które z kolei mogą prowadzić do patologicznego zakłócenia homeostazy (*pathogenic state*), a następnie do rozwoju chorób somatycznych. Z perspektywy tej hipotezy można przypuścić, iż ruminacja może również wiązać się z cięższym przebiegiem NTP, w tym z brakiem kontroli NTP, a także z większym ryzykiem i obecnością powikłań lub chorób współwystępujących.

Podsumowując, ruminacja jest zarówno czynnikiem ryzyka NTP poprzez nadmierną aktywację układu sercowo-naczyniowego i rozwój negatywnego afektu, jak i czynnikiem związanym z psychopatologią, co może powodować ogólne pogorszenie zdrowia i jakości życia. Z tego względu ocena ruminacji jest ważna w celu określenia relewantnych celów psychoterapeutycznych dla podwyższenia jakości życia. Biorąc powyższe pod uwagę, w ramach tej rozprawy doktorskiej planuje się (1) zbadać, czy i w jaki sposób ruminacja jest związana z jakością życia kobiet z NTP, (2) określić, czy ruminacja jest istotnym predyktorem jakości życia przy uwzględnieniu innych badanych czynników psychologicznych, a także (3) zbadać, czy kontrola NTP (obecność docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia) i obecność chorób współistniejących, są związane z ruminacją.

1.3.5. Percepcja choroby

Definicja percepcji choroby. Diagnoza NTP, które jest chorobą przewlekłą, może stać się krytycznym wydarzeniem życiowym dla osoby chorej (Heszen-Celińska i Sęk, 2020; Ziarko, 2014). Wyróżnia się cechy obiektywne, zobiektywizowane i subiektywne choroby przewlekłej jako krytycznego wydarzenia życiowego. Do cech obiektywnych Ziarko (2014) zalicza np. medyczne wskaźniki choroby i jej objawy

ustalane w badaniach medycznych. Cechy zobiektywizowane obejmują wiedzę naukową na temat rozwoju choroby, jej konsekwencji i procedur leczenia. Z kolei subiektywne cechy choroby przewlekłej odzwierciedlają indywidualną reakcję pacjenta na wystąpienie choroby. W badaniach medycznych ważnym konstruktem psychologicznym rozpatrującym subiektywne cechy choroby jest percepcja choroby (Broadbent i in., 2015).

Zgodnie ze zdroworozsądkowym modelem samoregulacji zachowania w zdrowiu i chorobie (*Common Sense Model of Self-regulation of Health and Illness*) Leventhala i in. (1980) po diagnozie choroby, pacjent wyraża poznawcze i emocjonalne postawy w stosunku do choroby i próbuje dostosować się do niej. W ten sposób, osoba chora tworzy określoną reprezentację choroby (poznawczą i emocjonalną), podejmuje wysiłki radzenia sobie z chorobą i ocenia skuteczność tych zachowań. Zakłada się, iż po ocenie skuteczności takich zachowań może nastąpić modyfikacja reprezentacji choroby i specyfiki radzenia sobie z nią (Broadbent i in., 2006; Heszen-Celińska i Sęk, 2020; Ziarko, 2014). Ogólnie percepcja choroby jest względnie stabilna w czasie (Skinner i in., 2014), ale może ulegać zmianie w procesie leczenia lub w wyniku specjalnie przeprowadzonych interwencji informacyjnych i psychologicznych skierowanych na poprawę nieadekwatnej percepcji choroby (Broadbent i in., 2006). Skutki takich interwencji były bardzo obiecujące (Pires i in., 2017).

Ocena percepcji choroby. Na bazie zdroworozsądkowego modelu samoregulacji zachowania w zdrowiu i chorobie, w szeroko stosowanym *Skróconym kwestionariuszu percepcji choroby* wyróżniono osiem charakterystyk percepcji choroby: (1) subiektywną ocenę wpływu choroby na życie; (2) subiektywne postrzeganie czasu trwania choroby; (3) subiektywne poczucie kontroli choroby; (4) subiektywne postrzeganie skuteczności leczenia choroby; (5) subiektywne postrzeganie nasilenia objawów choroby; (6) subiektywne poczucie zrozumienia choroby; (7) subiektywne postrzeganie wpływu choroby na stan emocjonalny; (8) zamartwianie się stanem zdrowia w związku z obecnością choroby (Broadbent i in., 2006). Pierwsze sześć wyżej wymienionych charakterystyk dotyczy wymiaru poznawczej reprezentacji choroby, natomiast ostatnie dwie charakterystyki tworzą wymiar emocjonalnej reprezentacji choroby (Broadbent i in., 2006). Proponuje się również oceniać najważniejsze subiektywne przyczyny powstania choroby. Skrócony kwestionariusz percepcji choroby stwarza taką możliwość. Zawiera on jedno pytanie otwarte, które służy do subiektywnej oceny trzech najważniejszych przyczyn choroby, które można skategoryzować (Broadbent i in., 2006).

Percepcja choroby w NTP. Bazując na wynikach meta-analizy Broadbent i in. (2015), zawierającej 188 badań wysokiej jakości, przeprowadzonych na pacjentach w wieku od 8 do ponad 80 lat z szerokim zakresem schorzeń, w 26 językach i w 36 krajach, można odnotować, że percepcja choroby była związana z jakością życia. W tamtej meta-analizie wykazano, że silne przekonanie o poważnych konsekwencjach choroby, silne postrzeganie nasilenia objawów choroby i negatywna reakcja emocjonalna w stosunku do

choroby były związane z niższą jakością życia oraz większym nasileniem symptomów depresji i lęku. Z kolei wysokie poczucie kontroli choroby, skuteczności leczenia i zrozumienie choroby były związane z wyższą jakością życia i mniejszym nasileniem symptomów depresji i lęku (Broadbent i in., 2015).

Analizując wyniki badań dotyczących roli percepcji choroby w NTP można odnotować, że badacze bardziej skupiali się na poszukiwaniu korelatów percepcji choroby z czynnikami medycznymi i socjodemograficznymi (tabela 2). Jednak prawie nie ma badań, gdzie rozpatrywano by związki percepcji choroby z jakością życia chorych na NTP.

Tabela 2

Opis wyników badań dotyczących roli percepcji choroby w NTP

Lp.	Badania	Kraj	Liczba osób badanych	Narzędzia badawcze	Wnioski z badań
1	Hsiao i in. (2012)	Republika Chińska (Tajwan)	117	The Revised Illness Perception Questionnaire	(1) płeć i wykształcenie prawie nie różnicowały wyników percepcji choroby, chociaż mężczyźni odczuwali większą skuteczność w kontrolowaniu NTP niż kobiety (2) pacjenci wykazali przekonanie o skuteczności leczenia i kontroli choroby, która w ich odczuciu była chroniczna i ciężka (3) najgorsze przestrzeganie zaleceń lekarskich było charakterystyczne dla pacjentów z NTP, którzy odczuwali, że ich choroba powoduje dużo objawów somatycznych i negatywnie wpływa na stan emocjonalny wywołując pojawienie się emocji negatywnych
2	Ross i in. (2004)	Wielka Brytania	514	The Revised Illness Perception Questionnaire	(1) wiek różnicował percepcję choroby: starsi pacjenci charakteryzowali się niższym nasileniem reakcji emocjonalnej, odczuwali, iż jest mniej konsekwencji choroby, a także byli bardziej pewni skuteczności leczenia w porównaniu do młodszych pacjentów (2) mniej systematyczne przyjmowanie leków było związane z silniejszym subiektywnym postrzeganiem wpływu choroby na stan emocjonalny (3) silna reakcja emocjonalna w stosunku do obecności NTP wiązała się z niesystematycznym przyjmowaniem leków (4) postrzeganie dużej liczby konsekwencji choroby było związane z niesystematycznym przyjmowaniem leków, które zdaniem badaczy może wynikać z pojawienia się negatywnych emocji powstających wskutek takiego postrzegania konsekwencji choroby (5) przekonania jednostki o subiektywnej kontroli choroby mogą sprzyjać niesystematycznemu przyjmowaniu leków
3	Norfazilah i in. (2013)	Malezja	250	Brief Illness Perception Questionnaire	(1) wiek i płeć nie były istotnie związane z postrzeganiem choroby, jednak badacze ci wskazali na niejednoznaczność wyników dotyczących tych związków w innych badaniach (2) analizując związki między symptomami depresji i lęku a percepcją choroby, badacze wykazali, iż wyłącznie wysokie nasilenie symptomów lękowych było istotnie związane z negatywną percepcją choroby, tj. zagrażającym obrazem choroby. Jednak odnotowali, iż inne badania dowodzą istnienia związku symptomów depresji z percepcją choroby (3) obciążenie rodzinne NTP było ważnym czynnikiem kształtującym negatywną reprezentację choroby
4	Figueiras i in. (2010)	Portugalia	191	Brief Illness Perception Questionnaire	(1) subiektywna ocena wpływu choroby na życie i postrzeganie czasu trwania choroby, a także postrzeganie nasilenia objawów choroby i jej wpływu na stan emocjonalny oraz zamartwianie się stanem zdrowia w związku z obecnością choroby, były związane z silnym przekonaniem o niezbędności przyjmowania leków (2) subiektywne poczucie kontroli choroby i postrzeganie skuteczności leczenia choroby były związane ze słabym przekonaniem o niezbędności przyjmowania leków

Adnotacja. Źródło: opracowanie własne.

W pracach naukowych podkreślono ważność oceny reakcji emocjonalnych pacjentów w stosunku do obecności NTP (Hsiao i in., 2012; Ross i in., 2004). Postawa wobec choroby może formować reakcje emocjonalne, które mogą zarówno pogarszać, jak i polepszać stan psychiczny pacjenta. Z tego powodu ocena stanu psychicznego i percepcji choroby jest bardzo ważna w praktyce lekarskiej i pomocy psychologicznej chorym przewlekle, w tym pacjentom z NTP. Bardziej adaptacyjne postrzeganie własnej choroby może wpływać korzystnie na optymalizację kosztów leczenia (Sak i in., 2011).

Rozpatrując wyniki powyżej opisanych badań, można sformułować następujące wnioski:

(1) percepcja choroby, zwłaszcza jej emocjonalna reprezentacja, jest związana z przebiegiem NTP;

(2) zarówno zbyt niskie bądź wysokie nasilenie poszczególnych wymiarów percepcji choroby może mieć, mniej lub bardziej adaptacyjne, znaczenie dla funkcjonowania pacjentów, np. wysokie subiektywne poczucie kontroli choroby może skutkować słabym przekonaniem o niezbędności przyjmowania leków (Figueiras i in., 2010);

(3) prawie nie ma badań, w których rozpatrywano związki percepcji choroby z jakością życia chorych na NTP.

Biorąc powyższe pod uwagę, w ramach tej rozprawy doktorskiej planuje się (1) zbadać, czy i w jaki sposób poszczególne wymiary percepcji choroby są związane z jakością życia kobiet z NTP, (2) określić, czy i jakie wymiary percepcji choroby są istotnymi predyktorami jakości życia przy uwzględnieniu innych badanych czynników psychologicznych, a także (3) czy kontrola NTP (obecność docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia) i obecność chorób współistniejących są związane z percepcją choroby.

1.3.6. Relacje pomiędzy reaktywnością emocjonalną, wrogością, symptomami depresji i lęku, ruminacją i percepcją choroby

Niniejszy podrozdział zawiera opis relacji, które mogą zachodzić między analizowanymi czynnikami psychologicznymi. Warto odnotować, że zmienne psychologiczne, w szczególności czynniki ryzyka, nie występują pojedynczo, ale współistnieją, co może komplikować ocenę ich indywidualnej roli w rozwoju, przebiegu, leczeniu i psychoprophylaktyce chorób. Reaktywność emocjonalna, wrogość, symptomy depresji i lęku, ruminacja i percepcja choroby to czynniki psychologiczne, między którymi zachodzą określone zależności, natomiast nie są one pokrewnymi konstruktami, a cechują się względną niezależnością (ortogonalnością).

Reaktywność emocjonalna. Z teoretycznego punktu widzenia reaktywność emocjonalna jest cechą temperamentu i w związku z tym pełni funkcję moderatora zachowania (Strelau, 2006). Pod tym względem jest ona podłożem do bardziej wyraźnego, intensywnego przejawiania się różnych „emocjonalnie zabarwionych” cech i stanów psychicznych. Polskie badaczki Miklewska i Miklewska (2000) wykazały, że im wyższa reaktywność negatywnych emocji, tym bardziej osoba skłonna jest do irytacji,

podejrzliwości i wyrażania urazy, które są składnikami wrogości. Reaktywność negatywnych emocji jest dodatnio związana z negatywnym afektem, symptomami depresji, lęku i stresu, a także ujemnie związana z pozytywnym afektem, podczas gdy reaktywność pozytywnych emocji była odwrotnie powiązana z tymi konstruktami (Larionov i in., 2021; Larionow i in., 2022; Larionow i Mudło-Głagolska, 2022; Preece i in., 2019). Empirycznie wykazano, że zarówno reaktywność negatywnych emocji, jak reaktywność pozytywnych emocji są niezależnymi konstruktami względem siebie oraz w odniesieniu do symptomów depresji, lęku i stresu (Larionow i in., 2023). Badania dowodzą, że reaktywność emocjonalna jest dodatnio związana z ruminacją (Hilt i in., 2015), która z kolei może prowadzić do zwiększonego negatywnego afektu i powolnej regeneracji fizjologicznej po stresie (Aldao i in., 2014). Zgodnie z wiedzą autora nie przeprowadzono badań dotyczących związku reaktywności emocjonalnej z percepcją choroby. W kontekście percepcji NTP jako choroby chronicznej można przypuścić, że osoby o wysokiej reaktywności negatywnych emocji mogą intensywniej i dłużej martwić się o diagnozę NTP, leczenie choroby i towarzyszące objawy, co będzie prowadziło do większego subiektywnego postrzegania nasilenia objawów choroby, subiektywnego postrzegania wpływu choroby na stan emocjonalny i zamartwiania się stanem zdrowia w związku z obecnością NTP. Innymi słowy, wysoka reaktywność negatywnych emocji będzie stwarzała warunki dla intensywniejszego przeżywania poczucia zagrożenia w związku z obecnością choroby.

Podsumowując, wysoka reaktywność negatywnych emocji jest związana z większym nasileniem wrogich cech, symptomów depresji i lęku, a także ruminacji i prawdopodobnie jest związana z „negatywną” percepcją choroby (zagrożającym obrazem choroby). Liczba raportów na temat reaktywności pozytywnych emocji jest bardzo ograniczona, natomiast można stwierdzić, że jest ona związana z mniejszym negatywnym afektem i większym pozytywnym afektem, mniejszym nasileniem symptomów depresji i lęku i bardziej adaptacyjnymi strategiami regulacji emocji (Larionov i in., 2021; Larionow i in., 2022; Larionow i Mudło-Głagolska, 2022; Preece i in., 2019) i prawdopodobnie negatywnie związana z wrogością, ruminacją i zagrożającym obrazem choroby.

Wrogość. Wrogość jest względnie stabilną cechą osobowości, która odzwierciedla się w podejrzliwości, wrogiej postawie wobec otoczenia i ogólnie świata (Smith i in., 2004; Woodall i Matthews, 1993). Polscy badacze Sendal i in. (2016) wykazali, że wrogość jest pozytywnie związana z symptomami depresji i lęku i jest znaczącym predyktorem depresji, przy kontroli innych cech osobowości i poziomu wsparcia społecznego. Empirycznie udowodniono, że wrogość jest dodatnio związana z nieadaptacyjnymi strategiami regulacji emocji (ruminacją, katastrofizowaniem, obwinianiem siebie i innych; Larionov, 2020b; McLain, 2011). Zgodnie z wiedzą autora nie ma badań na temat relacji wrogości z percepcją choroby. Natomiast można przypuścić, że osoby o wysokiej wrogości mogą być podejrzliwe w stosunku do lekarzy i ogólnie systemu opieki zdrowotnej, a także mogą charakteryzować się mniejszym wsparciem

społecznym, wyższym poziomem stresu i ogólnie negatywnego afektu (Smith i in., 2004), co będzie sprzyjało kształtowaniu się bardziej zagrażającego się obrazu choroby.

Symptomy depresji i lęku, ruminacja i percepcja choroby. Jak wykazano w poprzednich akapitach, reaktywność emocjonalna i wrogość są predyktorami symptomów depresji i lęku. Innym czynnikiem zwiększającym nasilenie tych symptomów jest ruminacja, która będąc względnie stałą poznawczą strategią radzenia sobie ze stresem może predysponować do rozwoju depresji i lęku, a także przewlekłego stresu i niskiej jakości snu (du Pont i in., 2018; Zawadzki, 2015). W zależności od teoretycznych przesłanek naukowcy traktują symptomy depresji i lęku jako predyktory percepcji choroby (Nowicka-Sauer i in., 2018) lub odwrotnie percepcję choroby jako predyktor tych symptomów (de Heer i in., 2017; Lu i in., 2014). Najbardziej prawdopodobnie, że wszystkie zmienne mogą na siebie wzajemnie i jednocześnie wpływać, niemniej warto podkreślić, że zależność między symptomami depresji i lęku a „negatywną” percepcją choroby w tamtych badaniach była dodatnia. Rozpatrując rolę ruminacji w percepcji, można odnotować empirycznie udowodniony mechanizm, wskazujący, że spostrzeganie choroby jako bardziej zagrażającej może prowadzić do większego nasilenia ruminacji, która z kolei może skutkować intensyfikacją negatywnego afektu (Lu i in., 2014).

Podsumowując, reaktywność negatywnych emocji (cecha temperamentu), wrogość (cecha osobowości, poznawczy komponent agresji), ruminacja (względnie stała poznawcza strategia radzenia sobie ze stresem), symptomy depresji i lęku i percepcja choroby (względnie stałe poznawcze i emocjonalne postawy w stosunku do choroby) są niezależnymi (ortogonalnymi) konstruktami psychologicznymi, między którymi zachodzą określone relacje. Generalnie czynniki te, wraz z „negatywną” percepcją choroby, są dodatnio między sobą związane. Dlatego można je określić jako czynniki ryzyka w rozwoju, przebiegu i leczeniu NTP, które z kolei mogą być związane z obniżeniem jakości życia osób z NTP.

Nową i mało zbadaną zmienną w badaniach psychologicznych jest reaktywność pozytywnych emocji, która cechuje się ortogonalnością wobec reaktywności negatywnych emocji, symptomów depresji i lęku, z którymi jest ujemnie związana. Obecnie obserwuje się brak badań na temat związku reaktywności pozytywnych emocji z innymi analizowanymi konstruktami, jednak można przypuścić, że ona będzie słabo ujemnie korelować (lub nie korelować w ogóle) z wrogością, ruminacją i „negatywną” percepcją choroby. Generalnie reaktywność pozytywnych emocji można traktować jako „pozytywny” czynnik psychologiczny, który może chronić przed rozwojem, ciężkim przebiegiem i mało skutecznym leczeniem NTP, a także prowadzić do wyższej jakości życia osób z NTP.

1.3.7. Synteza wniosków z badań dotyczących czynników psychologicznych w NTP i możliwe mechanizmy związku tych czynników z jakością życia

Celem rozdziału teoretycznego była analiza roli wybranych czynników psychologicznych w NTP i jakości życia u osób z NTP. Na bazie tych badań można odnotować, że reaktywność emocjonalna, symptomy depresji i lęku, ruminacja, wrogość i percepcja choroby to relewantne czynniki psychologiczne, które mają duże znaczenie w funkcjonowaniu osoby chorej, w tym w kontroli NTP, a także mogą być związane z jakością życia.

Opisując „psychologiczną sylwetkę przeciętnego pacjenta z NTP”, można wywnioskować, że to osoba z pewnymi problemami natury emocjonalnej wyrażającymi się w wysokiej reaktywności emocjonalnej, a także większej skłonności do przeżywania negatywnych emocji (negatywnego afektu), w tym stanów depresyjnych i lękowych, a także ruminacji i wrogości (Larionov, 2020a; Larionov i Izdebski, 2020). Z kolei percepcja choroby jest bardzo ważnym czynnikiem w adaptacji pacjenta do NTP (jako choroby przewlekłej), w jego funkcjonowaniu, a także leczeniu NTP.

W części teoretycznej rolę reaktywności negatywnych emocji, wrogości i ruminacji (jako różnice indywidualne) rozpatrzono głównie z perspektywy modelu moderacji stresu transakcyjnego, który zakłada, że najbardziej ogólnym „skutkiem” wysokiego nasilenia tych czynników psychologicznych jest stres (dyskomfort psychiczny i obciążenia fizjologiczne organizmu wskutek częstego pobudzenia układów wegetatywno-somatycznych), a także symptomy depresji i lęku, które mogą doprowadzić organizm do patologicznego zakłócenia jego homeostazy, w tym do rozwoju i ciężkiego przebiegu NTP, a także niskiej jakości życia (Kowalczyk, 2021; Levine i in., 2021; Sahoo i in., 2018). Symptomy depresji i lęku są przejawem problemów ze zdrowiem psychicznym, a także są związane zarówno z etiopatogenezą NTP, jak i obniżeniem jakości życia. Natomiast symptomy te nie są względnie stałymi cechami jednostki (nie są różnicami indywidualnymi), a mogą pojawiać się i znikać wraz z upływem czasu. Natomiast ich obecność może silnie wpływać na jakość życia i może znacząco determinować leczenie choroby. Percepcja choroby (jako stabilna w czasie zmienna, która jest nie tak stała jak różnice indywidualne) jest ważnym wskaźnikiem funkcjonowania człowieka w chorobie (Dolińska-Zygmunt, 1996a), szczególnie w przewlekłym NTP, które wymaga stałego leczenia. Badanie roli reaktywności pozytywnych emocji jako nowej zmiennej zarówno w badaniach różnic indywidualnych, jak i psychosomatycznych, stworzy nowe możliwości w pojmowaniu „chroniących” lub „pozytywnych” czynników natury temperamentalnej i poszerzy perspektywy salutogenetycznego podejścia skupiającego się wobec zasobów jednostki, które służą zdrowiu (Dolińska-Zygmunt, 1996c). Obecne dane sugerują, że reaktywność pozytywnych emocji jest antagonistą reaktywności negatywnych emocji, natomiast określenie, w jakim stopniu te cechy są związane z jakością życia (i jaka najsilniej), jest elementem badań tej rozprawy doktorskiej.

Warto odnotować, że większość przeprowadzonych badań dotyczyła roli poszczególnych psychologicznych czynników ryzyka i ich tzw. oddzielnego, indywidualnego wkładu (predykcyjnej roli) dla funkcjonowania osoby w zdrowiu i w chorobie. Natomiast stosowanie takich statystycznych podejść nie pozwala na wysunięcie w pełni uzasadnionych wniosków psychologicznych na temat indywidualnej roli poszczególnych czynników ryzyka lub czynników chroniących, kiedy ignoruje się całościowy wzorzec (sposób) funkcjonowania osoby przed i po diagnozie choroby przewlekłej. Innymi słowy, sam termin „psychosomatyka” determinuje badanie wpływu na organizm (somę) nie poszczególnych elementów psychiki, ale jej całości. Z kolei „*psychika człowieka jest uwarunkowana w sposób wykraczający poza możliwości badawcze psychologii*” (Ostrowski, 2008, s. 45). Biorąc pod uwagę te ograniczenia, a także możliwości badawcze psychologii, wydaje się jednak ważne określenie najbardziej znaczących predyktorów jakości życia (wśród czynników chroniących i czynników ryzyka) w celu (1) pojmowania czynników kształtujących mniej lub bardziej adaptacyjne funkcjonowanie jednostki w zdrowiu i w chorobie, (2) wyłonienia czynników przyczyniających się do największego negatywnego bądź pozytywnego wkładu w jakość życia, (3) opracowania skutecznych metod pomocy psychologicznej i podwyższenia jakości życia osób z NTP.

Bazując na modelu jakości życia związanej ze zdrowiem autorstwa Wilsona i Cleary'ego (1995), empiryczna część tej pracy doktorskiej będzie poświęcona analizie związków reaktywności emocjonalnej, symptomów depresji i lęku, ruminacji, wrogości i percepcji choroby z jakością życia u kobiet z NTP, a także określeniu najistotniejszych predyktorów jakości życia spośród badanych czynników psychologicznych. W tym modelu (zob. rysunek 1) ogólna jakość życia jest zmienna objaśnianą (w terminologii statystycznej zmienną zależną). Z kolei reaktywność emocjonalna, wrogość, ruminacja i percepcja choroby (jako względnie stałe charakterystyki jednostki) wraz z czynnikami socjodemograficznymi i medycznymi odnoszą się do składowej „cechy jednostki” w modelu jakości życia autorstwa Wilsona i Cleary'ego (1995) i są zmiennymi objaśniającymi (niezależnymi). Symptomy depresji i lęku, które odnoszą się do składowej „symptomy (objawy)” w tym modelu jakości życia, również są zmiennymi objaśniającymi.

Głównym zagadnieniem empirycznej części tej pracy doktorskiej jest (1) analiza związków reaktywności emocjonalnej, symptomów depresji i lęku, ruminacji, wrogości i percepcji choroby z jakością życia kobiet z NTP, (2) określenie najistotniejszych predyktorów jakości życia spośród badanych czynników psychologicznych, (3) analiza charakterystyk psychologicznych i ich różnic w zależności od obecności lub braku kontroli NTP, tj. braku obecności docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia, jako najważniejszego czynnika medycznego określającego przebieg i leczenie NTP, a także chorób współistniejących. Określenie najistotniejszych zmiennych psychologicznych mających największe znaczenie dla jakości życia i funkcjonowania w chorobie (kontrola

NTP) może stać podstawą dla opracowania metod psychologicznych w celu podwyższenia jakości życia kobiet z NTP i lepszej kontroli NTP, co jest najważniejszym celem praktyki medycznej.

Rozdział 2. Metodologiczne założenia badań własnych

W świetle badań przytoczonych w rozdziale teoretycznym, w tej pracy zakłada się, że istotnymi czynnikami psychologicznymi związanymi z jakością życia kobiet z NTP są: reaktywność emocjonalna, ruminacja, symptomy depresji i lęku, wrogość i percepcja choroby.

2.1. Cel badań

Głównym celem badań jest analiza związków między reaktywnością emocjonalną, ruminacją, symptomami depresji i lęku, wrogością i percepcją choroby a jakością życia kobiet z NTP. Ponadto planuje się:

(1) wskazać najistotniejsze predyktory jakości życia kobiet z NTP spośród badanych czynników psychologicznych (reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości i percepcji choroby);

(2) zbadać związki czynników psychologicznych z kontrolą NTP (obecnością docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia) i współchorobowością;

(3) zbadać związki zmiennych socjodemograficznych (wieku, wykształcenia, statusu związku, stanu socjoekonomicznego rodziny) i medycznych (kontroli NTP, współchorobowości, liczby przyjmowanych leków na NTP i czasu trwania choroby) z jakością życia kobiet z NTP;

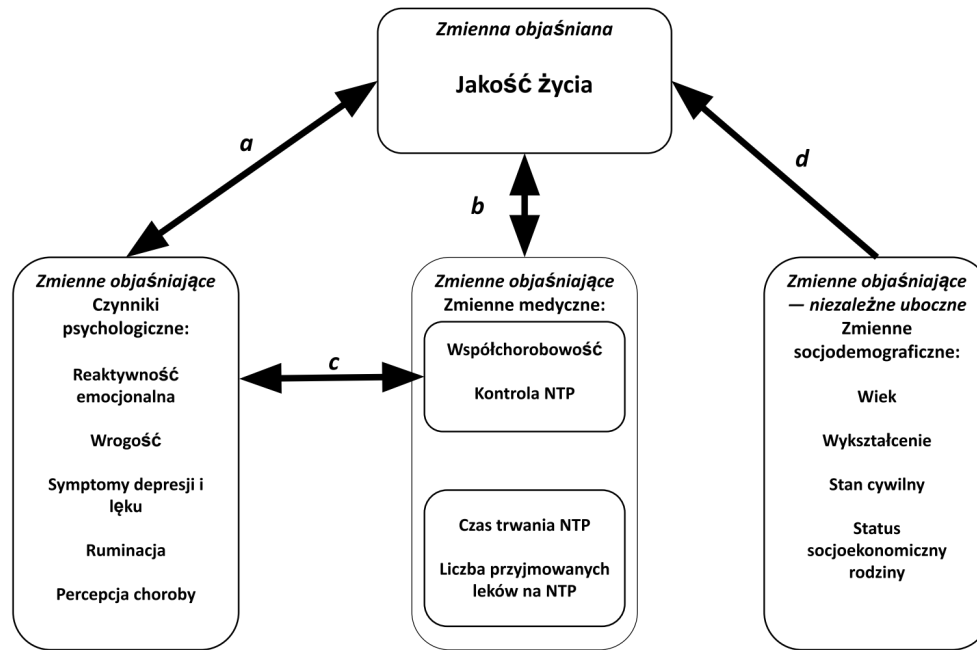
(4) przeprowadzić przesiewową ocenę zaburzeń depresyjnych i lękowych w grupie kobiet z NTP.

2.2. Model badań własnych

Prezentowany korelacyjny model badań własnych na rysunku 5 stanowi graficzne przedstawienie analizowanych zmiennych. Model korelacyjny nie pozwala na ustalenie dokładnych przyczynowo-skutkowych związków między zmiennymi. W związku z tym wzajemne dwukierunkowe relacje między zmiennymi są domniemane. Natomiast jednokierunkowa strzałka w modelu przedstawia dominujący teoretyczny związek między zmiennymi socjodemograficznymi (kontrolowanymi zmiennymi niezależnymi ubocznymi) a jakością życia (zmienną zależną).

Rysunek 5

Model badań własnych



Adnotacja. Badane w tej rozprawie doktorskiej zależności między zmiennymi zostały oznaczone strzałkami (ścieżki *a*, *b*, *c* i *d*). Ścieżka *a* dotyczy współzależności badanych czynników psychologicznych (zmienne objaśniające, w terminologii statystycznej zmienne niezależne) z jakością życia (zmienna objaśniana, w terminologii statystycznej zmienna zależna). Ścieżka *b* odnosi się do wzajemnego związku zmiennych medycznych z jakością życia. Ścieżka *c* dotyczy współzależności czynników psychologicznych z dwiema zmiennymi medycznymi, tj. z współchorobowością i kontrolą NTP. Ścieżka *d* odzwierciedla zależności zmiennych socjodemograficznych (zmienne niezależne uboczne, kontrolowane w badaniu) z jakością życia. Źródło: opracowanie własne.

2.3. Pytania i hipotezy badawcze

Na podstawie zaprezentowanego wcześniej modelu badań własnych zostały sformułowane pytania badawcze i towarzyszące im hipotezy, które przedstawione są poniżej.

Pytanie badawcze 1. Czy reaktywność emocjonalna i jej poszczególne komponenty pozostają w związku z jakością życia kobiet z NTP?

Hipoteza 1. Reaktywność pozytywnych emocji i jej komponenty (aktywacja, czas trwania i intensywność pozytywnych emocji) dodatnio korelują z jakością życia kobiet z NTP, natomiast reaktywność negatywnych emocji i jej komponenty (aktywacja, czas trwania i intensywność negatywnych emocji) ujemnie korelują z jakością życia kobiet z NTP.

Hipoteza 1 bazuje na wynikach badań, w których ustalono, że reaktywność pozytywnych emocji ujemnie korelowała z symptomami psychopatologii i negatywnym afektem, a reaktywność negatywnych emocji miała odwrotne zależności z tymi zmiennymi (Larionov i in., 2021; Larionow i in., 2022; Larionow i Mudło-Głagolska, 2022; Preece i in., 2019).

Pytanie badawcze 2. Czy istnieje związek między ruminacją a jakością życia kobiet z NTP?

Hipoteza 2. Ruminacja ujemnie koreluje z jakością życia kobiet z NTP.

Badania dowiodły istnienia dodatniego związku ruminacji z symptomami depresji i lęku u pacjentów z NTP (Duan i in., 2011; Xiao i in., 2011) i ujemnego związku ruminacji z jakością życia pacjentek z rakiem piersi (Li, Zhu i in., 2015). Na podstawie tych wyników zakłada się, że ruminacja ujemnie koreluje z jakością życia kobiet z NTP.

Pytanie badawcze 3. Czy istnieje związek między symptomami depresji i lęku a jakością życia kobiet z NTP?

Hipoteza 3. Symptomy depresji i lęku ujemnie korelują z jakością życia kobiet z NTP.

Badania wykazały, że symptomy depresji i lęku były ujemnie związane z jakością życia pacjentów z NTP (Katsi i in., 2017; Mantovani i in., 2017; Rueda i Pérez-García, 2013; Saboya i in., 2010). Zakłada się, że taka zależność pojawi się również w badaniach własnych.

Pytanie badawcze 4. Czy istnieje związek między wrogością a jakością życia kobiet z NTP?

Hipoteza 4. Wrogość ujemnie koreluje z jakością życia kobiet z NTP.

Bazując na wynikach badania Julkunena i Ahlströma (2006), zakłada się, że wyższe nasilenie wrogości wiąże się z niższą jakością życia kobiet z NTP.

Pytanie badawcze 5. Czy istnieje związek między percepcją choroby a jakością życia kobiet z NTP?

Hipoteza 5. Percepcja choroby pozostaje w związku z jakością życia kobiet z NTP.

Hipoteza 5 bazuje na wynikach meta-analizy (Broadbent i in., 2015), w której odnotowano, że wymiary percepcji choroby były związane z jakością życia pacjentów z różnymi schorzeniami. Ogólnie przypuszcza się, że (1) postrzeganie choroby jako groźniejszej będzie związane z niższą jakością życia, (2)

poszczególne wymiary percepcji choroby będą w różnym stopniu, w tym dodatnio lub ujemnie korelować z jakością życia kobiet z NTP lub nie korelować w ogóle. Ze względu na brak badań dotyczących związku percepcji choroby z jakością życia pacjentów z NTP, hipoteza ta ma charakter eksploracyjny.

Pytanie badawcze 6. Czy i jakie są (najbardziej) istotne predyktory jakości życia kobiet z NTP spośród reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości i percepcji choroby?

Hipoteza 6. Reaktywność emocjonalna, symptomy depresji i lęku, ruminacja, wrogość i percepcja choroby są istotnymi predyktorami jakości życia kobiet z NTP, a symptomy depresji są najbardziej znaczącym predyktorem spośród tych czynników psychologicznych.

W rozdziale teoretycznym odnotowano, że reaktywność emocjonalna, symptomy depresji i lęku, ruminacja, wrogość i percepcja choroby są relewantnymi czynnikami związanymi z przebiegiem NTP. Przypuszcza się, że będą one istotnymi predyktorami jakości życia kobiet z NTP. Ogólnie zakłada się, że reaktywność pozytywnych emocji i wymiary percepcji choroby charakteryzujące bardziej adaptacyjne spostrzeganie choroby są predyktorami wysokiej jakości życia kobiet z NTP, z kolei reaktywność negatywnych emocji, ruminacja, symptomy depresji i lęku, wrogość i wymiary percepcji choroby charakteryzujące groźność choroby są predyktorami niskiej jakości życia kobiet z NTP. W przeglądach systematycznych wykazano, że symptomy depresji są najbardziej znaczącym czynnikiem związanym z obniżeniem jakości życia u osób chorych somatycznie (Ojelabi i in., 2017). Zakłada się, że w tym badaniu symptomy te będą najbardziej znaczącym predyktorem niskiej jakości życia kobiet z NTP. W celu wyłonienia najważniejszych predyktorów jakości życia kobiet z NTP zostanie przeprowadzona analiza regresji wielorakiej.

Pytanie badawcze 7. Czy czas trwania NTP i liczba przyjmowanych leków na NTP (zmienne medyczne) są związane z jakością życia kobiet z NTP?

Hipoteza 7. Czas trwania NTP i liczba przyjmowanych leków na NTP są związane z jakością życia kobiet z NTP.

Hipoteza 7a. Dłuższy czas trwania NTP jest związany z niższą jakością życia kobiet z NTP.

Hipoteza 7b. Większa liczba przyjmowanych leków na NTP jest związana z niższą jakością życia kobiet z NTP.

Hipotezy 7a i 7b zostały sformułowane na podstawie wyników licznych badań (Klarkowska i Antczak, 2017; Sawicka i in., 2016; Stachowska i in., 2014; Zygmuntowicz i in., 2012), w tym zaprezentowanych w rozdziale teoretycznym dotyczącym jakości życia w NTP.

Pytanie badawcze 8. Czy kontrola NTP (obecność docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia) i obecność chorób współistniejących (czynniki medyczne) są związane z jakością życia, reaktywnością emocjonalną, ruminacją, symptomami depresji i lęku, wrogością i percepcją choroby u kobiet z NTP?

Hipoteza 8. Kontrola NTP i obecność chorób współistniejących są związane z jakością życia, reaktywnością emocjonalną, ruminacją, symptomami depresji i lęku, wrogością i percepcją choroby u kobiet z NTP.

Hipoteza 8a. Brak kontroli NTP, tj. brak obecności docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia, jest związany z niższą jakością życia, niższym poziomem reaktywności pozytywnych emocji i wyższym poziomem reaktywności negatywnych emocji, częstym stosowaniem ruminacji, wyższym nasileniem symptomów depresji i lęku, a także wrogości, oraz postrzeganiem choroby jako groźniejszej w grupie kobiet z NTP.

Hipoteza 8b. Obecność chorób współistniejących jest związana z niższą jakością życia, niższym poziomem reaktywności pozytywnych emocji i wyższym poziomem reaktywności negatywnych emocji, częstym stosowaniem ruminacji, wyższym nasileniem symptomów depresji i lęku, a także wrogości, oraz postrzeganiem choroby jako groźniejszej w grupie kobiet z NTP.

Brak kontroli NTP (brak obecności docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia) i obecność chorób współistniejących odzwierciedlają obiektywnie niekorzystny przebieg choroby i ogólnie gorszy stan zdrowia. Uzasadnieniem dla tej hipotezy mogą być wyniki badania Chachaj i in. (2009), gdzie odnotowano, że wraz z zaawansowaniem stopnia NTP, zwiększało się nasilenie symptomów psychopatologii, a także wyniki licznych badań zaprezentowanych w rozdziale teoretycznym dotyczącym jakości życia w NTP (np. Jankowska-Polańska i in., 2014; Paczkowska i in., 2013; Wei i Wang, 2006; Woźnicka i in., 2008).

Pytanie badawcze 9. Czy wiek, wykształcenie, status związku i status socjoekonomiczny rodziny (zmienne socjodemograficzne) są związane z jakością życia kobiet z NTP?

Hipoteza 9. Wiek, wykształcenie, status związku i status socjoekonomiczny rodziny są związane z jakością życia kobiet z NTP.

Hipoteza 9a. Wiek ujemnie koreluje z jakością życia kobiet z NTP.

Hipoteza 9b. Kobiety z NTP z wyższym wykształceniem charakteryzują się wyższą jakością życia niż kobiety z NTP w wykształceniu poniżej wyższego.

Hipoteza 9c. Kobiety z NTP pozostające w związku charakteryzują się wyższą jakością życia niż kobiety z NTP niepozostające w związku.

Hipoteza 9d. Wyższy status socjoekonomiczny rodziny dodatnio koreluje z jakością życia kobiet z NTP.

Hipotezy 9a–9d zostały sformułowane na podstawie wyników licznych badań (Kurowska i Ratajczyk, 2012; Liang i in., 2019; Riley i in., 2019; Xiao i in., 2019; Xu i in., 2016; Zhang i in., 2017; Zygmuntowicz i in., 2012), w tym także zaprezentowanych w rozdziale teoretycznym dotyczącym jakości życia w NTP. W tamtych badaniach sprawdzano, czy (1) istniały korelacje między wiekiem, wykształceniem, statusem

związku i statusem socjoekonomicznym rodziny a jakością życia osób z NTP, lub czy (2) były różnice w poziomie jakości życia między grupami w różnych grupach wiekowych, z różnym wykształceniem, statusem związku i statusem socjoekonomicznym rodziny. Wyniki tamtych badań wykazały, że starszy wiek wiązał się z niższą jakością życia, a wyższe wykształcenie, bycie w związku i wyższy status socjoekonomiczny rodziny były związane z wyższą jakością życia pacjentów z NTP. W pracy doktorskiej zastosowano podobną metodologię (korelacje bądź porównania grup) w celu sprawdzenia, czy te zmienne socjodemograficzne (wiek, wykształcenie, status związku i status socjoekonomiczny rodziny) są związane z jakością życia kobiet z NTP. Są to niezależne zmienne uboczne (Bedyńska i Cypryańska, 2012), które mogą mieć istotny związek z jakością życia (zmienną zależną). Dlatego rolę tych zmiennych, szczególnie wieku, który był kontrolowanym predyktorem w analizie regresji przeprowadzonej w celu wyłonienia istotnych predyktorów jakości życia spośród badanych czynników psychologicznych (hipoteza 6), uwzględniono w tym badaniu.

2.4. Zmienne badawcze i ich operacjonalizacja

W modelu badań własnych uwzględniono zależności pomiędzy zmiennymi objaśniającymi (czynnikami psychologicznymi, socjodemograficznymi i medycznymi oraz charakterystykami stanu klinicznego choroby), a także zmienną objaśnianą (jakość życia). Dane dotyczące analizowanych zmiennych i ich operacjonalizacji przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3

Zmienne badawcze i ich operacjonalizacja

Zmienne	Wskaźniki	Sposób pomiaru
Zmienne objaśniające		
Reaktywność emocjonalna: 1. Aktywacja pozytywnych emocji; 2. Trwanie pozytywnych emocji; 3. Intensywność pozytywnych emocji; 4. Aktywacja negatywnych emocji; 5. Trwanie negatywnych emocji; 6. Intensywność negatywnych emocji; 7. Ogólna reaktywność pozytywnych emocji; 8. Ogólna reaktywność negatywnych emocji.	Wyniki uzyskane w Skróconej wersji skali reaktywności emocjonalnej Perth. Zakres wyników w podskalach aktywacji, trwania i intensywności pozytywnych i negatywnych emocji jest od 3 do 15, a w skalach ogólnej reaktywności pozytywnych i negatywnych emocji jest od 9 do 45. Wyższe wyniki wskazują na wyższe nasilenie poszczególnych cech reaktywności emocjonalnej.	Skrócona wersja skali reaktywności emocjonalnej Perth. Autorzy wersji oryginalnej: Preece i in. (2019). Autorzy wersji polskiej: Larionow i Mudło-Głagolska (2022). Liczba stwierdzeń: 18.
Ruminacja	Wynik uzyskany w podskali Ruminacji z Kwestionariusza poznawczej regulacji emocji. Zakres wyników jest od 4 do 20. Wyższy wynik wskazuje na wyższe nasilenie ruminacji.	Podskala Ruminacji z Kwestionariusza poznawczej regulacji emocji. Autorzy wersji oryginalnej: Garnefski i in. (2001). Autorki wersji polskiej: Marszał-Wiśniewska i Fajkowska (2010). Liczba stwierdzeń: 4.

Kontynuacja tabeli 3 na następnej stronie

Kontynuacja tabeli 3

Zmienne	Wskaźniki	Sposób pomiaru
Symptomy depresji i lęku: 1. Symptomy depresji; 2. Symptomy lęku; 3. Ogólny wynik symptomów lękowo-depresyjnych.	Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu zdrowia pacjenta–4. Zakres wyników dla podskal depresji i lęku jest od 0 do 6, a dla ogólnego wyniku symptomów lękowo-depresyjnych — od 0 do 12. Wyższe wyniki wskazują na wyższe nasilenie symptomów depresji i lęku.	Kwestionariusz zdrowia pacjenta–4. Autorzy wersji oryginalnej: Kroenke i in. (2009). Autorzy wersji polskiej: Larionow i Mudło-Głagolska (2023). Liczba stwierdzeń: 4.
Wrogość	Wynik podskali Wrogości z Kwestionariusza agresji Bussa i Perry'ego. Zakres wyników od 8 do 40. Wyższy wynik wskazuje na wyższe nasilenie wrogości.	Podskala Wrogości z Kwestionariusza agresji Bussa i Perry'ego. Autorzy wersji oryginalnej: Buss i Perry (1992). Autorki wersji polskiej: Aranowska i in. (2015). Liczba stwierdzeń: 8.
Wymiary percepcji choroby: 1. Subiektywna ocena wpływu choroby na życie (konsekwencje); 2. Subiektywna ocena czasu trwania choroby; 3. Poczucie kontroli nad chorobą; 4. Przekonanie o skuteczności leczenia; 5. Subiektywna ocena nasilenia objawów; 6. Zamartwianie się chorobą; 7. Rozumienie choroby; 8. Wpływ choroby na stan emocjonalny; 9. Pytanie o trzy najważniejsze przyczyny choroby.	Wyniki uzyskane w Skróconym kwestionariuszu percepcji choroby. W pytaniu o przyczyny choroby odpowiedzi są kategoryzowane. Wynik dla poszczególnych wymiarów percepcji choroby stanowi zaznaczona cyfra od 0 do 10. Wyższe wyniki odzwierciedlają wyższe nasilenie tych wymiarów.	Skrócony kwestionariusz percepcji choroby. Autorzy wersji oryginalnej: Broadbent i in. (2006). Autorzy wersji polskiej: Nowicka-Sauer i in. (2016). Liczba stwierdzeń: 8. Pytanie otwarte: 1.
Zmienna objaśniana		
Jakość życia: 1. Ogólna percepcja jakości życia; 2. Ogólna percepcja własnego zdrowia; 3. Domena fizyczna; 4. Domena relacji społecznych; 5. Domena psychologiczna; 6. Domena środowiskowa.	Wyniki uzyskane w Skróconym kwestionariuszu jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia. Podlegają ocenie wyniki dla czterech podskal (domen jakości życia) i dwóch osobnych pytań. Zakres wyników od 4 do 20 dla domen i od 1 do 5 dla dwóch pytań dotyczących ogólnej percepcji jakości życia i ogólnej percepcji własnego zdrowia.	Skrócony kwestionariusz jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia. Autorzy wersji oryginalnej: WHOQOL Group (1998). Autorki wersji polskiej: Jaracz i in. (2006). Liczba stwierdzeń: 26.
Zmienne socjodemograficzne i medyczne (zmienne objaśniające)		
1. Wiek	Wiek liczony jako liczba ukończonych lat w dniu badania.	Metryczka
2. Wykształcenie	Podstawowe; zawodowe; średnie; wyższe.	Metryczka
3. Miejsce zamieszkania	Wieś; małe miasto (do 20 tys. mieszkańców); średnie miasto (20–100 tys. mieszkańców); duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców).	Metryczka
4. Status związku	Panna; zamężna; w związku nieformalnym; rozwiedziona; wdowa.	Metryczka
5. Status socjoekonomiczny rodziny	Bardzo zły (wartość 1); zły (wartość 2); przeciętny (wartość 3); dobry (wartość 4); bardzo dobry (wartość 5).	Metryczka
6. Status zawodowy	Pracuje zawodowo; studiuje; studiuje i pracuje; nie pracuje; emerytka/rencistka.	Metryczka
7. Diagnoza NTP przez lekarza (kto zdiagnozował NTP?)	Lekarz kardiolog; lekarz rodzinny; lekarz innej specjalizacji.	Metryczka
8. Czas trwania NTP	Mniej niż 3 miesiące; od trzech miesięcy do roku; 1–5 lat; 6–10 lat; powyżej 10 lat.	Metryczka

Kontynuacja tabeli 3 na następnej stronie

Kontynuacja tabeli 3

Zmienne	Wskaźniki	Sposób pomiaru
9. Kontrola NTP (czy obecnie osoba badana ma docelowe parametry ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia)	Tak; nie.	Metryczka
10. Choroby współistniejące	Zawał serca; choroba wieńcowa; choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy; astma; cukrzyca; przewlekłe zapalenie lub niezżyt żołądka; nowotwór; przewlekłe choroby nerek; choroby psychiczne (uzależnienia, otępienie, zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, zaburzenia psychotyczne, w tym schizofrenia itp.); łuszczyca; miażdżyca; choroby neurologiczne; nadciśnienie tętnicze wtórne; obturacyjny bezdech senny; pierwotny hiperaldosteronizm (choroba Conna); ciąża; przyjmowanie leków i środków chemicznych, w tym niesteroidowych leków przeciwzapalnych, cyklosporyny, doustnych leków antykoncepcyjnych i glikokortykoidów; inne choroby przewlekłe (pytanie otwarte); nie mam chorób przewlekłych.	Metryczka
11. Obecność chorób współistniejących	Bazując na odpowiedziach z pytania dotyczącego chorób współistniejących określa się brak lub obecność chorób współistniejących.	Metryczka
12. Przyjmowanie leków na NTP (czy przyjmuje osoba badana regularnie przepisane przez lekarza leki na NTP?)	Tak; nie; zażywa leki tylko, kiedy ma wysokie ciśnienie; nie ma zaleconych przez lekarza leków na NTP.	Metryczka
13. Liczba przyjmowanych leków na NTP	1 lek; 2 leki; 3 leki; 4 leki; 5 leków; 6 i powyżej leków; nie zażywa leków na NTP.	Metryczka
14. Przyjmowanie leków psychiatrycznych	Tak; nie.	Metryczka

Adnotacja. Źródło: opracowanie własne.

2.5. Organizacja badań

Aspekty etyczne badań własnych. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z Deklaracją Helsińską Światowego Stowarzyszenia Lekarzy. Komisja ds. Etyki Badań Naukowych przy Wydziale Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy pozytywnie zaopiniowała niniejsze badanie (opinia nr 4/12.01.2021), a także towarzyszące mu badania walidacyjne dwóch kwestionariuszy (opinia nr 3/12.01.2021), które były przygotowane na potrzeby tej pracy doktorskiej.

Specyfika przeprowadzenia badań w trakcie pandemii COVID-19. W związku z niemożnością przeprowadzenia badań w jednostkach medycznych podczas pandemii COVID-19 badanie miało formę ankiety internetowej. Przeprowadzenie badań online wiązało się z większymi trudnościami z doбором próby, a także ze zbadaniem medycznych aspektów stanu pacjentek z NTP. Natomiast obiektywne ograniczenia wynikające ze stanu pandemii COVID-19 w Polsce uniemożliwiły korzystanie z infrastruktury jednostek medycznych w celu przeprowadzenia tradycyjnych badań papier-otówek w trakcie bezpośredniego spotkania z pacjentkami z NTP. Z tego powodu autor pracy doktorskiej był zmuszony przeprowadzić badania online. Pozwoliło to również na zmniejszenie ryzyka zachorowania na COVID-19.

Przeprowadzenie badań klinicznych w formie online jest rzadziej spotykane niż w formie twarzą w twarz, ale nie jest wyjątkiem. Na przykład, amerykańscy naukowcy Moser i Franklin (2007) oraz Miller i in. (2010) rekrutowali chorych na NTP za pomocą platform online. Wyniki tych badań zostały opublikowane w znanym czasopiśmie poświęconym NTP — *Journal of Clinical Hypertension* (wydawnictwo Wiley). Kliniczne badania internetowe również przeprowadza się w innych chorobach przewlekłych. Na przykład, Waheed i in. (2022) w czasie pandemii COVID-19 rekrutowali online 133 pacjentów z cukrzycą i ocenili ich jakość życia i dystres związany z tą chorobą. Wyniki tych badań opublikowali w czasopiśmie *Diabetes Therapy* (wydawnictwo Springer). W innym badaniu opublikowanym w czasopiśmie *Frontiers in Psychiatry* (wydawnictwo Frontiers Media) naukowcy Mao i in. (2022) zbadali jakość życia kobiet z rakiem jajnika, które były rekrutowane online. Kliniczne badania online były również przedstawione w wiodących czasopismach psychologicznych, np. praca Kraaij i in. (2019) opublikowana w *Journal of Health Psychology* (wydawnictwo SAGE Publications) na temat radzenia sobie ze stresem u osób z zespołem chronicznego zmęczenia lub badanie Kraaij i Garnefski (2015) z czasopisma *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* na temat radzenia sobie ze stresem u osób z cukrzycą (wydawnictwo Springer).

Wszystkie powyżej zacytowane badania były przeprowadzone po uzyskaniu zgód odpowiednich komisji ds. etyki badań naukowych, zaakceptowane przez wiodące wydawnictwa naukowe i opublikowane w dobrych i uznanych czasopismach zarówno medycznych, jak i psychologicznych. Doświadczenie tych naukowców wykazało, że starannie przygotowane badania kliniczne mogą być przeprowadzone online. Metodologia taka nie pozwala jednak na zastosowanie takich metod, jak rozmowa kliniczna i/lub obserwacja w celu wzbogacenia badań klinicznych.

Biorąc pod uwagę niemożność przeprowadzenia badań w jednostkach medycznych podczas pandemii COVID-19, a także specyfikę badań online, podjęto trudną decyzję o przeprowadzeniu badań własnych w formie online. W trakcie planowania badań w rozprawie doktorskiej wzięto pod uwagę możliwości i ograniczenia tej metodologii, a także skorzystano z doświadczenia innych naukowców, którzy przeprowadzili kliniczne badania online i opublikowali swoje badania w wiodących medycznych i psychologicznych czasopismach.

Przeprowadzenie badań własnych online. Badanie zostało zrealizowane online w schemacie badań przekrojowych i przeprowadzone od stycznia do września w 2021 roku. Dobór uczestników był celowy (nieprobabilistyczny dobór kobiet z NTP zdiagnozowanym przez lekarza). Przed przystąpieniem do wypełniania kwestionariuszy osoby badane informowane były o tym, że udział w badaniu był anonimowy i dobrowolny, a jego wyniki posłużą wyłącznie celom naukowym. Wszystkie uczestniczki badania wyraziły świadomą dobrowolną zgodę na udział w badaniu. Badane kobiety nie otrzymywały wynagrodzenia za udział w projekcie badawczym.

Informacje o naborze kobiet z NTP do badania zostały udostępnione za pośrednictwem sieci społecznościowych Facebook i Instagram. Zasięg badania był ogólnopolski. W poście z linkiem do badania zawarte były informacje o celu i przebiegu badania oraz możliwości rezygnacji z udziału w każdym momencie wypełniania kwestionariuszy. Wszystkie osoby badane wyraziły świadomą i dobrowolną zgodę na udział w badaniu przed wypełnieniem ankiety. Za udział w badaniu nie przywidywano wynagrodzeń. Zgoda nie wymagała podania danych osobowych. Udział osób badanych polegał na wypełnieniu metryczki oraz psychologicznych kwestionariuszy samoopisowych.

Zastosowano pytanie sprawdzające uwagę (Brühlmann i in., 2020), które brzmiało *Proszę zaznaczyć odpowiedź „zgadzam się”, i miało pięć możliwych odpowiedzi (zdecydowanie się nie zgadzam; nie zgadzam się; ani się zgadzam, ani się nie zgadzam; zgadzam się; zdecydowanie się zgadzam)*. Osoby, które nie zaznaczyły prawidłowej odpowiedzi „zgadzam się” w tym pytaniu, były wykluczone z analizy.

Sprawdzenie diagnozy NTP i kryteria włączenia i wyłączenia osób z badania. Uczestniczki badania otrzymały informację, że (1) to badanie jest przeznaczone tylko dla kobiet z NTP, u których ta choroba została **zdiagnozowana przez lekarza**, bez innych przewlekłych chorób lub z jedną, lub najwyżej dwiema, współistniejącymi chorobami chronicznymi, które powstały **po diagnozie NTP**, i że (2) to badanie ma charakter kliniczny, i dlatego ważne jest mieć pewność, że w badaniu uczestniczą kobiety ze **zdiagnozowanym przez lekarza NTP**. Przed wypełnieniem kwestionariuszy uczestniczki badania proszono o sprawdzenie dokumentacji medycznej na obecność diagnozy NTP i innych chorób. Jeśli u osoby badanej istniały jakiegokolwiek wątpliwości, że ma ona NTP lub nadciśnienie tętnicze wtórne, proszono o rezygnację z udziału w tym badaniu.

Osoby przystępujące do badania zapytano o to: (1) czy są świadome tego, że to badanie jest przeznaczone tylko dla kobiet z NTP **zdiagnozowanym przez lekarza** bez innych przewlekłych chorób lub z jedną, lub najwyżej dwiema, współistniejącymi chorobami chronicznymi, które powstały **po diagnozie NTP**, (2) czy wyrażają świadomą i dobrowolną zgodę na udział w tym badaniu oraz (3) czy zgadzają się podawać szczerze odpowiedzi związane z ich stanem klinicznym i innymi badanymi aspektami ich życia. Po pozytywnych odpowiedziach na te pytania osoby badane były dopuszczone do wypełnienia metryczki, w której obecność diagnozy NTP przez lekarza była dodatkowo zweryfikowana za pomocą pytania w metryczce (*Kto zdiagnozował u Pani nadciśnienie tętnicze pierwotne?*). Możliwymi odpowiedziami były: lekarz kardiolog, lekarz rodzinny, lekarz innej specjalizacji, sama. W niniejszych badaniach tylko jedna osoba odpowiedziała, że sama zdiagnozowała NTP, i została natychmiast wykluczona z badania. Warto podkreślić, że osoba ta również niepomyślnie rozwiązała pytanie sprawdzające uwagę, co wskazuje na to, że to była osoba, która prawdopodobnie nieuważnie odpowiadała na pytania w badaniu.

W metryczce uwzględniono pytanie o stopień NTP. W związku z tym, że w niniejszych badaniach około dwie trzecie badanych kobiet z NTP nie określiła stopnia NTP (zob. tabela 4), więc nie

przeprowadzono analiz dotyczących związku stopnia NTP z innymi badanymi zmiennymi. Warto podkreślić, że badacze nie zawsze uwzględniają rolę stopnia NTP w różnicowaniu badanych parametrów nawet przy przeprowadzeniu tradycyjnych badań twarzą w twarz i nie podają danych dotyczących stopnia NTP w publikacjach naukowych (Basińska i Andruszkiewicz, 2013; Bijak i in., 2021; Kosek i in., 2015).

Biorąc pod uwagę fakt, że NTP często współwystępuje z innymi schorzeniami, w metryczce uwzględniono także pytanie o choroby współistniejące, które było poprzedzone informacją, że w tym badaniu mogą wziąć udział tylko kobiety z NTP, u których ***NTP zostało zdiagnozowane przez lekarza, bez innych przewlekłych chorób lub z jedną, lub najwyżej dwiema, współistniejącymi chorobami, które powstały po diagnozie NTP.*** Po tej informacji była zamieszczona prośba o rezygnację z udziału w badaniu, jeśli osoba badania nie spełnia powyższych kryteriów.

Pytanie o choroby współistniejące („Czy choruje Pani na którąś z następujących chorób (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź) lub ma jakieś wymienione poniżej stany fizjologiczne? Jeśli ma Pani choroby i stany fizjologiczne, które nie zostały wymienione w pytaniu, proszę wypisać je w polu „Inne””) zawierało listę chorób, które są często współwystępują z NTP, a także choroby i stany fizjologiczne (np. ciąża, przyjmowanie określonych leków) stanowiące kryterium wyłączenia osób z badania. W tym pytaniu osoby badane miały możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi wskazujących na choroby, a także mogły wpisać inne niewymienione w tej liście choroby w polu „inne”. W związku z tym, że to badanie było przeznaczone tylko dla *kobiet z NTP, u których ta choroba została zdiagnozowana przez lekarza, bez innych przewlekłych chorób lub z jedną, lub najwyżej dwiema, współistniejącymi chorobami chronicznymi, które powstały po diagnozie NTP,* to w tym badaniu wzięły udział kobiety ze zdiagnozowanym przez lekarza NTP, wśród których były: (1) kobiety z NTP i bez chorób współistniejących, a także (2) kobiety z NTP i z chorobami współistniejącymi, które powstały po diagnozie NTP. Za pomocą odpowiedzi na pytania o choroby współistniejące również uwzględnia się obecność chorób, które stanowią poniżej opisane kryteria wyłączenia pacjentek z badania. Osoby, które miały choroby stanowiące kryterium wyłączenia, zostały wyłączone z badania.

Kryteria włączenia osób do badania. Do badania zostały włączone osoby, które spełniły następujące kryteria:

- (1) wyrażenie świadomej dobrowolnej zgody na udział w badaniu;
- (2) pozytywne odpowiedzi na pytania dotyczące świadomości, że to badanie jest przeznaczone tylko dla kobiet z NTP ***zdiagnozowanym przez lekarza*** bez innych przewlekłych chorób lub z jedną, lub najwyżej dwiema, współistniejącymi chorobami chronicznymi, które powstały ***po diagnozie NTP***;
- (3) wyrażenie świadomej dobrowolnej zgody na podanie szczyrych odpowiedzi związanych ze stanem klinicznym i innymi badanymi aspektami życia;
- (4) wiek powyżej 18 lat;

(5) płeć żeńska;

(6) zdiagnozowane przez lekarza NTP (zaznaczenie odpowiedzi „lekarz kardiolog” lub „lekarz rodzinny” lub „lekarz innej specjalizacji” w pytaniu „Kto zdiagnozował u Pani nadciśnienie tętnicze pierwotne?”);

(7) brak innych przewlekłych chorób lub z obecność jednej lub najwyżej dwóch współistniejących chorób chronicznych, które powstały po diagnozie NTP;

(8) pomyślne rozwiązanie pytania sprawdzającego uwagę.

Kryteria wyłączenia osób z badania. Z badania były wykluczone wszystkie osoby, u których stwierdzono:

(1) diagnozę NTP dokonaną nie przez lekarza;

(2) czas trwania NTP krótszy niż 3 miesiące;

(3) obecność zaburzeń psychicznych (otępienia, zaburzeń depresyjnych i lękowych, uzależnień, zaburzeń psychotycznych, w tym schizofrenii itp.);

(4) przyjmowanie leków psychiatrycznych w okresie trwania badania;

(5) nowotwór;

(6) łuszczycę;

(7) nadciśnienie tętnicze wtórne;

(8) wszystkie częste przyczyny, które mogły świadczyć o wtórnej postaci nadciśnienia tętniczego (Gaciong i in., 2008), tj. obturacyjny bezdech senny, choroby mięszu nerek, przeszczep nerki, zwężenie tętnicy/tętnic nerkowych, pierwotny hiperaldosteronizm (choroba Conna), ciąża, przyjmowanie leków i środków chemicznych, w tym niesteroidowych leków przeciwzapalnych, cyklosporyny, doustnych leków antykoncepcyjnych i glikokortykoidów;

(9) choroby neurologiczne;

(10) obecność trzech i więcej chorób współistniejących.

Analizując kryteria włączenia i wyłączenia osób do badania, można odnotować, że ogólnie te kryteria były dosyć rygorystyczne, ponieważ do udziału w badaniu zaproszono *kobiety ze zdiagnozowanym przez lekarza NTP bez innych przewlekłych chorób lub z jedną, lub najwyżej dwiema, współistniejącymi chorobami, które powstały po diagnozie NTP*, a także charakteryzujące się szeregiem innych powyżej opisanych kryteriów. Takie rygorystyczne kryteria, a także zastosowanie pytań dodatkowo sprawdzających obecność diagnozy NTP przez lekarza oraz pytania sprawdzającego uwagę, miały zapewnić wiarygodny udział w badaniu kobiet ze zdiagnozowanym przez lekarza NTP i spełniających wszystkie inne kryteria włączenia i wyłączenia z badania.

2.6. Charakterystyka badanej próby

Udział w niniejszym badaniu wzięło 145 dorosłych kobiet. Dane zostały przeanalizowane pod kątem kryteriów włączenia i wyłączenia z badania. Łącznie z badania wykluczono 34 osoby. Większość osób wykluczonych zgłosiła obecność zaburzeń psychicznych, przyjmowanie leków psychiatrycznych, a także obecność innych chorób stanowiących kryteria wyłączenia. Jedna osoba zadeklarowała brak diagnozy NTP przez lekarza i została również wykluczona z badania. Natomiast cztery osoby były wykluczone z powodu niepomysłnego rozwiązania pytania sprawdzającego uwagę. Ostatecznie wyniki 111 osób badanych zostały wzięte pod uwagę do dalszych analiz statystycznych.

Próba badana składała się z 111 kobiet ze zdiagnozowanym przez lekarza NTP w wieku od 35 do 75 lat ($M = 60,86$; $SD = 8,27$; pierwszy kwartyl = 57,00; $Me = 61,00$; trzeci kwartyl = 67,00). Podstawowa szczegółowa charakterystyka socjodemograficzna i kliniczna próby została zamieszczona w tabeli 4. Analizując dane socjodemograficzne, można odnotować, że większość badanych kobiet miała wykształcenie wyższe, zamieszkiwała w dużych miastach, była zamężna i miała przeciętny status socjoekonomiczny rodziny. Większość z nich cierpiała na inne schorzenia niż NTP (najczęściej były to choroby tarczycy, cukrzyca i miażdżyca), a prawie co trzecia badana kobieta miała tylko NTP bez innych chorób współistniejących (tabela 4).

W niniejszych badaniach 77 (69,37% od całej próby) kobiet z NTP miało choroby współistniejące, które powstały po diagnozie NTP. Z kolei 34 (30,63% od całej próby) badane kobiety miały tylko NTP bez innych chorób współistniejących. Wśród kobiet z chorobami współistniejącymi ($n = 77$), zasadnicza większość miała tylko jedną chorobę współistniejącą ($n = 73$), z kolei cztery badane kobiety z NTP miały dwie choroby współistniejące.

Dla większości badanych kobiet (45,95%) czas trwania NTP wynosił powyżej 10 lat, dla 27,03% od 1 do 5 lat, z kolei dla 18,02% od 6 do 10 lat, i tylko 9,01% badanych kobiet było zdiagnozowanych na NTP w ciągu od ostatnich trzech miesięcy do roku od momentu rozpoczęcia wypełnienia niniejszego badania. Prawie trzy czwarte badanych kobiet (73,87%) miało docelowe parametry ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia, co wskazuje na obecność kontroli NTP, z kolei 26,13% nie miało obecności docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia, co wskazuje na brak kontroli NTP.

Prawie wszystkie badane kobiety (93,69%) przyjmowały leki na NTP na stałe. Cztery osoby (3,60%) zażywały leki tylko, kiedy miały wysokie ciśnienie, z kolei dwie osoby (1,80%) nie przyjmowały leków na NTP, co wskazuje na nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich. Tylko jedna osoba (0,90%) zadeklarowała, że nie miała zaleconych przez lekarza leków na NTP. Szczegółowe wyniki dotyczące socjodemograficznych i klinicznych charakterystyk badanej próby zaprezentowano w tabeli 4.

Tabela 4*Socjodemograficzna i kliniczna charakterystyka badanej próby (n = 111)*

Zmienne	n	%
Wykształcenie		
podstawowe	2	1,80
zawodowe	13	11,71
średnie	38	34,23
wyższe	58	52,25
Miejsce zamieszkania		
wieś	20	18,02
małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)	28	25,23
średnie miasto (20–100 tys. mieszkańców)	23	20,72
duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)	40	36,04
Status związku		
panna	6	5,41
rozwidziona	12	10,81
wdowa	29	26,13
w związku nieformalnym	3	2,70
zamężna	61	54,95
Status socjoekonomiczny rodziny		
bardzo zły	0	0
zły	4	3,60
przeciętny	54	48,65
dobry	44	39,64
bardzo dobry	9	8,11
Status zawodowy		
emerytka/rencistka	64	57,66
pracuje zawodowo	41	36,94
nie pracuje	4	3,60
studiuje i pracuje	2	1,80
studiuje	0	0
Stopień NTP		
stopień 1	19	17,12
stopień 2	11	9,91
stopień 3	5	4,50
nie określono	76	68,47
Czas trwania NTP		
od trzech miesięcy do roku	10	9,01
1–5 lat	30	27,03
6–10 lat	20	18,02
powyżej 10 lat	51	45,95
Kontrola NTP (obecność docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia)		
tak	82	73,87
nie	29	26,13
Obecność chorób współistniejących		
astma	7	69,37% (n = 77) badanych kobiet miało choroby współistniejące, a 30,63% (n = 34) tylko NTP. Wśród kobiet z NTP i z chorobami współistniejącymi (n = 77), zasadnicza większość miała tylko jedną chorobę współistniejącą (n = 73), z kolei cztery badane kobiety z NTP miały dwie choroby współistniejące.
cukrzyca	11	
choroba wieńcowa	10	
choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	2	
przewlekłe zapalenie lub nieżyt żołądka	7	
miażdżyca	11	
niedoczynność tarczycy	28	
nadczynność tarczycy	3	
choroba refluksowa przełyku	2	
brak chorób przewlekłych innych niż NTP	34	

Kontynuacja tabeli 4 na następnej stronie

Kontynuacja tabeli 4

Zmienne	<i>n</i>	%
<i>Stale przyjmowanie leków na NTP</i>		
tak	104	93,69
nie	2	1,80
zażywa leki tylko, kiedy ma wysokie ciśnienie	4	3,60
nie ma zaleconych przez lekarza leków na NTP	1	0,90
<i>Liczba przyjmowanych leków na NTP</i>		
1	39	35,14
2	33	29,73
3	25	22,52
4	5	4,50
5	6	5,41
nie zażywa leków na NTP	3	2,70

Adnotacja. Źródło: opracowanie własne.

2.7. Narzędzia badawcze

W pracy wykorzystano sześć narzędzi badawczych w celu oceny jakości życia, reaktywności emocjonalnej, symptomów depresji i lęku, ruminacji, wrogości i percepcji choroby. Wszystkie kwestionariusze są krótkie, przyjazne dla osób badanych, a także proste w interpretacji. Zmienne socjodemograficzne i medyczne zebrano za pomocą metryczki.

Wszystkie zastosowane kwestionariusze są w wersji polskiej i charakteryzują się dobrymi właściwościami psychometrycznymi, w tym trafnością i rzetelnością, które zostały opisane w odpowiednich publikacjach (artykułach walidacyjnych lub podręcznikach do testów psychologicznych). Od autorów polskich wersji kwestionariuszy uzyskano pisemne zgody na zastosowanie tych testów w niniejszym badaniu. Gramatyczny rodzaj wyrazów w kwestionariuszach został dopasowany do grupy badanej, tj. zastosowano żeńskie formy gramatyczne (w instrukcjach, twierdzeniach). Arkusze testowe i instrukcje obliczania wyników do tych testów psychologicznych zostały zamieszczone w załącznikach.

Autor rozprawy doktorskiej na potrzeby niniejszych badań adaptował na język polski dwa narzędzia badawcze: *Skróconą wersję skali reaktywności emocjonalnej Perth* do badania wielowymiarowych charakterystyk reaktywności emocjonalnej i *Kwestionariusz zdrowia pacjenta-4* do badania symptomów depresji i lęku, a także ich przesiewowej oceny. Adaptacji tych dwóch kwestionariuszy dokonano zgodnie ze wytycznymi Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission, 2017). Poniżej znajduje się opis zastosowanych metod badawczych, w tym bardziej szczegółowy opis walidacji dwóch kwestionariuszy, której dokonał autor rozprawy doktorskiej. Uczestniczki badania wypełniały najpierw metryczkę, następnie poniżej opisane kwestionariusze. Pytanie sprawdzające uwagę było zamieszczone przed Skróconym kwestionariuszem percepcji choroby.

1. ***Skrócony kwestionariusz jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia*** (*World Health Organization Quality of Life-BREF*; WHOQoL-BREF; wersja oryginalna: WHOQOL Group, 1998; wersja

polska: Jaracz i in., 2006) to 26-punktowe samoopisowe narzędzie do oceny jakości życia. Kwestionariusz zawiera cztery podskale charakteryzujące domeny jakości życia:

(1) *domena fizyczna* (siedem twierdzeń; np. *Czy masz wystarczająco sił – „energii” do prowadzenia normalnego życia?*);

(2) *domena psychologiczna* (sześć twierdzeń; np. *W jakim stopniu odczuwasz, że Twoje życie ma sens, znaczenie?*);

(3) *domena relacji społecznych* (trzy twierdzenia; np. *Jak bardzo jesteś zadowolona ze swoich związków osobistych?*);

(4) *domena środowiskowa* (osiem twierdzeń; np. *Na ile zdrowa wydaje Ci się okolica, w której żyjesz?*).

W WHOQoL-BREF dwa pytania analizowane są oddzielnie. Pierwsze pytanie dotyczy subiektywnej ogólnej percepcji jakości życia (*Jak oceniałabyś jakość Twojego życia?*) i drugie pytanie ocenia ogólną percepcję własnego zdrowia (*Jak bardzo jesteś zadowolona ze swojego zdrowia?*). Można również analizować poszczególne pytania. Skala odpowiedzi jest 5-punktowa, a jej treść różni się w zależności od pytania (zob. arkusz testowy WHOQoL-BREF w załączniku). Trzy pytania są pozycjami odwróconymi. Wyniki domen WHOQoL-BREF oblicza przez pomnożenie średniej wszystkich pozycji zawartych w domenie przez cztery. Potencjalne wyniki dla wszystkich domen mieszczą się zatem w przedziale od 4 do 20. Wyższe wyniki wskazują na wyższy poziom jakości życia we wszystkich domenach, a także w pytaniach WHOQoL-BREF, w tym w trzech pozycjach odwróconych po przekodowaniu ich wyników. Szczegółowa instrukcja obliczania wyników została zamieszczona w załączniku. Polska wersja WHOQoL-BREF ma dobre właściwości psychometryczne (Jaracz i in., 2006).

2. Skrócona wersja skali reaktywności emocjonalnej Perth (*Perth Emotional Reactivity Scale-Short Form*; PERS-S; wersja oryginalna: Preece i in., 2019; wersja polska: Larionow i Mudło-Głagolska, 2022) to 18-pozycyjny kwestionariusz samoopisowy służący do oceny cech (wymiarów) reaktywności emocjonalnej, w tym typowej łatwości/szybkości aktywacji, intensywności i czasu trwania emocji pozytywnych i negatywnych emocji oddzielnie. PERS-S zawiera sześć podskal (po trzy pytania w każdej podskali):

(1) *aktywacja pozytywnych emocji* (np. *Mam tendencję do tego, że bardzo łatwo staję się radosna*);

(2) *intensywność pozytywnych emocji* (np. *Bardzo silnie odczuwam pozytywny nastrój*);

(3) *trwanie pozytywnych emocji* (np. *Kiedy jestem szczęśliwa, to uczucie pozostaje ze mną na długo*);

(4) *aktywacja negatywnych emocji* (np. *Mam tendencję do tego, że bardzo łatwo się rozczarowuję*);

(5) *intensywność negatywnych emocji* (np. *Jeśli jestem smutna, odczuwam to intensywniej niż inni*);

(6) *trwanie negatywnych emocji* (np. *Gdy wpadnę w negatywny nastrój, trudno mi się z niego uwolnić*).

Pierwsze trzy podskale formują skalę złożoną *ogólnej reaktywności pozytywnych emocji*, natomiast pozostałe trzy formują skalę złożoną *ogólnej reaktywności negatywnych emocji*. Skala odpowiedzi jest 5-stopniowa od 1 (*bardzo do mnie nie pasuje*) do 5 (*bardzo do mnie pasuje*). Im wyższy wynik dla sześciu podskal, tym wyższy poziom wymiarów reaktywności emocjonalnej; oznacza to, że pozytywne i negatywne emocje mogą być łatwiej/szybciej aktywowane, bardziej intensywne i dłużej trwają.

Proces polskiej adaptacji PERS–S. Na potrzeby tej pracy doktorskiej w celu badania wielowymiarowych charakterystyk reaktywności emocjonalnej i ich związku z jakością życia kobiet z NTP, autor tej rozprawy doktorskiej przeprowadził badanie walidacyjne skali PERS–S, które było zrealizowane wraz z współautorką Karoliną Mudło-Głagolską. Komisja ds. Etyki Badań Naukowych przy Wydziale Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy pozytywnie zaopiniowała badanie walidacyjne (opinia nr 3/12.01.2021). Proces adaptacji przebiegał zgodnie ze wytycznymi Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission, 2017). Oryginalna angielska wersja kwestionariusza PERS–S została przetłumaczona na język polski przez trzech niezależnych tłumaczy i opracowano wspólne polskie tłumaczenie. Następnie przetłumaczono go na język angielski (*backtranslation procedure*) i porównano z oryginalną angielską wersją PERS–S, w tym przez dra Davida Preece'a z Australii, który wspierał proces adaptacji. Dokonano drobnych poprawek, w wyniku czego ostateczna polska wersja PERS–S była zastosowana w badaniu walidacyjnym.

Badanie walidacyjne PERS–S przeprowadzono w próbie 675 osób w wieku od 18 do 80 lat ($M = 28,88$, $SD = 13,17$, 56,15% kobiet). Struktura czynnikowa i równoważność pomiaru według płci (kobiety vs mężczyźni), dwóch grup wiekowych (18–30 lat vs 31–80 lat) i wykształcenia (poniżej wyższego vs powyżej wyższego) zostały zbadane za pomocą wielogrupowej konfirmacyjnej analizy czynnikowej. Trafność zbieżną i różnicową oceniano na podstawie zależności między podskalami PERS–S a reaktywnością emocjonalną mierzoną skalą *Reaktywności emocjonalnej* ze zrewidowanej wersji *Kwestionariusza Temperamentu „Formalna Charakterystyka Zachowania”*, strategiami regulacji emocji (*Kwestionariusz regulacji emocji*), symptomami stresu (*Skala postrzeganego stresu-10*), dobrostanu psychicznego (14-pozycyjna *Skala dobrostanu psychicznego Warwick-Edinburgh*) i witalności (*Subiektywna skala witalności*). Wyniki wykazały, że polska wersja PERS–S charakteryzuje się zakładaną teoretycznie strukturą czynnikową, a także całkowitą równoważnością pomiaru wedle kategorii płci, wieku i poziomu wykształcenia. Wszystkie podskale PERS–S korelowały z innym kwestionariuszem reaktywności emocjonalnej, stresem, strategiami regulacji emocji, dobrostanem i witalnością zgodnie z oczekiwaniami. Rzetelność (spójność wewnętrzna mierzona za pomocą alfy Cronbacha) była dobra dla wszystkich podskal i podskal złożonych. Opracowano także tymczasowe normy grupowe (skala stenowa) oddzielnie dla

kobiet i mężczyzn. Podsumowując, polska wersja PERS-S cechuje się bardzo dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Szczegółowy opis badania walidacyjnego i właściwości psychometryczne skali PERS-S zostały zamieszczone w artykule Larionowa i Mudło-Głagolskiej (2022) opublikowanym w czasopiśmie *Current Issues in Personality Psychology*.

3. Kwestionariusz zdrowia pacjenta-4 (*Patient Health Questionnaire-4*; PHQ-4; wersja oryginalna: Kroenke i in., 2009; wersja polska: Larionow i Mudło-Głagolska, 2023) to 4-pozycyjny przesiewowy kwestionariusz samoopisowy do pomiaru symptomów lęku i depresji. PHQ-4 zawiera dwie podskale: *Lęku* (dwa stwierdzenia; np. *Zdenerwowanie, lęk lub irytacja*) i *Depresji* (dwa stwierdzenia, np. *Odczuwanie smutku, przygnębienia lub beznadziejności*). Osoba badana ocenia, jak często doświadczała objawów lęku i depresji w ciągu ostatnich dwóch tygodni przy użyciu 4-punktowej skali Likerta od 0 (*wcale*) do 3 (*prawie każdego dnia*). Wyniki można obliczyć dla każdej podskali osobno lub wyliczyć ogólne nasilenie symptomów lękowo-depresyjnych poprzez zsumowanie wyników dwóch podskal. Wyższe wyniki wskazują na wyższe nasilenie symptomów lękowych i depresyjnych. W badaniach przesiewowych wynik ≥ 3 dla podskal *Lęku* i *Depresji* sugeruje, odpowiednio, obecność zaburzenia lękowego lub depresji.

Proces polskiej adaptacji PHQ-4. Kwestionariusz PHQ-4 zastosowano w celu analizy związków symptomów depresji i lęku z jakością życia, a także przesiewowej oceny depresji i lęku w grupie kobiet z NTP. W związku z tym, że nie było polskiej adaptacji tego narzędzia, autor rozprawy doktorskiej zdecydował przeprowadzić badanie walidacyjne, które było zrealizowane wraz z współautorką Karoliną Mudło-Głagolską i przy wsparciu prof. dra hab. Pawła Izdebskiego. Proces adaptacji przebiegał zgodnie z wytycznymi Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission, 2017). Oryginalna angielska wersja kwestionariusza PHQ-4 została przetłumaczona na język polski przez trzech niezależnych tłumaczy i opracowano wspólne polskie tłumaczenie. Następnie przetłumaczono go na język angielski (*backtranslation procedure*) i porównano z oryginalną angielską wersją PHQ-4. Dokonano drobnych poprawek, w wyniku czego ostateczna polska wersja PHQ-4 była zastosowana w badaniu walidacyjnym.

W badaniu walidacyjnym PHQ-4 wzięło udział 2557 dorosłych Polaków (1730 kobiet, 811 mężczyzn i 16 osób niebinarnych) w wieku 18–78 lat ($M = 27,18$, $SD = 12,29$). Zbadano strukturę czynnikową, równoważność pomiaru według dwóch kategorii płci (kobiety vs mężczyźni) i czterech grup wiekowych (18–29 vs 30–44 vs 45–59 vs 60–78 lat), rzetelności i stabilności czasowej (test-retest) polskiej wersji PHQ-4 (Larionow i Mudło-Głagolska, 2023).

Wielogrupowa confirmacyjna analiza czynnikowa wykazała, że opracowana polska wersja kwestionariusza PHQ-4 ma zakładaną teoretycznie strukturę czynnikową i charakteryzuje się całkowitą równoważnością pomiaru wedle kategorii płci i wieku. Symptomy depresji i lęku mierzone kwestionariuszem PHQ-4 dodatkowo korelowały z symptomami somatycznymi i aleksytymią. PHQ-4 także

wykazał dobrą trafność dyskryminacyjną wobec tych symptomów i aleksytymii. Rzetelność kwestionariusza (spójność wewnętrzna mierzona za pomocą omegi MacDonalda) okazała się być dobra we wszystkich grupach wiekowych wśród kobiet i mężczyzn. Stabilność czasowa PHQ-4 była odpowiednia dla narzędzia mierzącego symptomy depresji i lęku (Larionow i Mudło-Głagolska, 2023).

Podsumowując, badania walidacyjne wykazały, że polska wersja PHQ-4 ma dobre właściwości psychometryczne. Szczegółowy opis badania walidacyjnego i właściwości psychometrycznych kwestionariusza PHQ-4 został opisany w artykule Larionowa i Mudło-Głagolskiej (2023), który był opublikowany w czasopiśmie *Advances in Cognitive Psychology*.

4. Podskala Ruminacji z Kwestionariusza poznawczej regulacji emocji (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*; CERQ; wersja oryginalna: Garnefski i in., 2001; wersja polska: Marszał-Wiśniewska i Fajkowska, 2010) służy do oceny stosowania ruminacji, która jest poznawczą strategią radzenia sobie ze stresem. Ruminaacja wyraża się w ciągłym myśleniu o negatywnym zdarzeniu i uczuciach z nim związanych. Podskala składa się z czterech twierdzeń (np. *Jestem zaabsorbowana myślami i uczuciami w związku z tym, czego doświadczyłam*). Skala odpowiedzi jest 5-punktowa od 1 (*(prawie) nigdy*) do 5 (*(prawie) zawsze*). Wyższy wynik wskazuje na częstsze stosowanie ruminacji. Polska wersja podskali Ruminacji została wyodrębniona z Kwestionariusza poznawczej regulacji emocji, którego polska wersja ma dobre właściwości psychometryczne (Marszał-Wiśniewska i Fajkowska, 2010).

5. Podskala Wrogości z Kwestionariusza agresji Bussa i Perry'ego (*Buss-Perry Aggression Questionnaire*; wersja oryginalna: Buss i Perry, 1992; wersja polska: Aranowska i in., 2015) służy do badania wrogości. Podskala Wrogości składa się z ośmiu stwierdzeń (np. *Czasami pękam z zazdrości; Czasem czuję, że ludzie śmieją się ze mnie za moimi plecami*). Skala odpowiedzi jest 5-stopniowa od 1 (*(zupełnie do mnie nie pasuje)*) do 7 (*(całkowicie do mnie pasuje)*). Wyższy wynik wskazuje na wyższy poziom wrogości. Polska wersja podskali Wrogości została wyodrębniona z polskiej wersji Kwestionariusza agresji Bussa i Perry'ego cechującego się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (Aranowska i in., 2015).

6. Skrócony kwestionariusz percepcji choroby (*Brief Illness Perception Questionnaire*; B-IPQ; wersja oryginalna: Broadbent i in., 2006; wersja polska: Nowicka-Sauer i in., 2016) to 8-pozycyjny kwestionariusz samoopisowy służący do pomiaru ośmiu wymiarów percepcji choroby: (1) wpływ choroby na życie, (2) subiektywne postrzeganie czasu trwania choroby, (3) subiektywne poczucie kontroli choroby, (4) subiektywne postrzeganie skuteczności leczenia choroby, (5) subiektywne postrzeganie nasilenia objawów choroby, (6) zamartwianie się stanem zdrowia w związku z obecnością choroby, (7) subiektywne poczucie zrozumienia choroby, (8) subiektywne postrzeganie wpływu choroby na stan emocjonalny. Każda pozycja testowa odzwierciedla jeden z wymiarów percepcji choroby i jest oceniana na 11-punktowej skali Likerta w zakresie od 0 do 10. Dodatkowo B-IPQ zawiera jedno pytanie otwarte, które służy do subiektywnej oceny trzech najważniejszych przyczyn choroby, które można pogrupować w

określone kategorie (np. stres, styl życia). Kwestionariusz stosuje się w odniesieniu do konkretnej choroby. W tej pracy zanalizowano percepcję choroby w stosunku do NTP. Polska wersja B-IPQ charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi opisanymi w publikacji Nowickiej-Sauer i in. (2016).

2.8. Zastosowane analizy statystyczne

Analizy statystyczne wykonano przy użyciu oprogramowania Statistica 13.3 i R 4.2.2. Dane poddano ocenie pod kątem dokładności (minimalny i maksymalny zakres każdej zmiennej). Nie odnotowano brakujących danych. Test jednego czynnika Harmansa został zastosowany w celu oszacowania błędu wspólnej metody (Rasmus i Mielniczuk, 2018). Zgodnie z rekomendacją Ciżkowicz (2018) w celu oceny rzetelności (zgodności wewnętrznej) zastosowanych kwestionariuszy obliczono współczynniki alfa Cronbacha (α) i omega McDonalda (ω). W zależności od przyjętej klasyfikacji wartości tych współczynników powyżej 0,65 (Chojnacka-Szawłowska, 1994) lub 0,70 (George i Mallery, 2018) są akceptowalne.

Przeprowadzono analizę podstawowych statystyk opisowych dla badanych zmiennych, sprawdzono ich rozkład oceniając skośność i kurtozę. Wartości kurtozy i skośności od -2 do +2 u zmiennej świadczą o jej rozkładzie przybliżonym do normalnego (George i Mallery, 2018). Przeanalizowano zależności między zmiennymi z wykorzystaniem współczynnika r Pearsona (dla zmiennych ilościowych) i r_s Spearmana (dla zmiennych porządkowych). Ze względu na występowanie nierównoliczności w porównywanych grupach, różnice między tymi grupami oceniono za pomocą zalecanego testu nieparametrycznego U Manna-Whitneya (Nachar, 2008). Obliczono wielkość efektu eta kwadrat η^2 dla tych różnic (interpretacja η^2 : nieznacząca wielkość efektu $< 0,01$ $<$ mała wielkość efektu $< 0,06$ $<$ średnia wielkość efektu $< 0,14$ $<$ duża wielkość efektu) za pomocą kalkulatora statystycznego Psychometrica (Lenhard i Lenhard, 2016).

Wieloraka regresja krokowa wsteczna została zastosowana w celu określenie predyktorów jakości życia kobiet z NTP. Aby przeprowadzić poprawną analizę regresji wielokrotnej, konieczna jest obecność przynajmniej 5 obserwacji dla każdej zmiennej, w tym zmiennej zależnej (Hintze, 2007). We wszystkich analizach statystycznych przyjęto próg istotności $p < 0,05$.

Rozdział 3. Wyniki badań własnych

Test jednego czynnika Harmansa wykazał brak błędu wspólnej metody, ponieważ jeden czynnik wyjaśniał 13,80% wariacji wszystkich pozycji testowych.

3.1. Statystyki opisowe otrzymanych wyników

W tabeli 5 przedstawiono statystyki opisowe dla badanych zmiennych w całej badanej próbie kobiet z NTP. Rozkład badanych zmiennych można uznać za przybliżony do normalnego, ponieważ ich skośności i kurtozy nie przekraczały wartości bezwzględnej 2 (maks. skośność = 1,56; maks. kurtoza = 1,85).

Rzetelność (zgodność wewnętrzną). Rzetelność większości skal była wysoka (α i $\omega \geq 0,73$; tabela 5). Nieco niższą, ale zadowalającą rzetelność odnotowano w *Domenie środowiskowej* ($\alpha = 0,67$, $\omega = 0,68$), skalach *Depresji* ($\alpha = 0,68$, $\omega = 0,68$) i *Aktywacji pozytywnych emocji* ($\alpha = 0,63$, $\omega = 0,67$). Niską rzetelność odnotowano w skali *Aktywacji negatywnych emocji* ($\alpha = 0,56$, $\omega = 0,60$). Obniżona rzetelność wyżej wymienionych skal może wynikać z małej liczby stwierdzeń w tych skalach. Wyniki badań związane ze skalą *Aktywacji negatywnych emocji* będą interpretowane z ostrożnością.

Tabela 5

Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych w próbie kobiet z NTP ($n = 111$)

Zmienne (skale)	α	ω	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>SD</i>	<i>Skośność</i>	<i>Kurtoza</i>
Domena fizyczna	0,78	0,76	14,91	14,86	9,71	19,43	2,00	-0,23	-0,08
Domena psychologiczna	0,73	0,74	13,17	13,33	8,00	19,33	2,10	0,14	0,40
Domena relacji społecznych	0,67	0,73	13,65	13,33	6,67	20,00	2,83	0,08	-0,54
Domena środowiskowa	0,67	0,68	13,51	13,50	8,50	17,50	1,82	0,14	0,20
Ogólna percepcja jakości życia	—	—	3,65	4,00	2,00	5,00	0,61	0,13	-0,40
Ogólna percepcja zdrowia	—	—	3,08	3,00	2,00	5,00	0,84	0,21	-0,82
Aktywacja pozytywnych emocji	0,63	0,67	11,03	11,00	3,00	15,00	2,42	-1,10	1,85
Trwanie pozytywnych emocji	0,77	0,77	10,47	11,00	3,00	15,00	2,45	-0,54	0,19
Intensywność pozytywnych emocji	0,86	0,86	10,29	11,00	3,00	15,00	2,66	-0,46	0,06
Aktywacja negatywnych emocji	0,56	0,60	9,21	9,00	4,00	15,00	2,48	0,11	-0,82
Trwanie negatywnych emocji	0,79	0,79	9,17	9,00	3,00	15,00	2,72	0,02	-0,61
Intensywność negatywnych emocji	0,75	0,75	9,68	9,00	3,00	15,00	2,66	0,07	-0,17
Ogólna reaktywność pozytywnych emocji	0,89	0,88	31,78	33,00	13,00	45,00	6,60	-0,56	0,54
Ogólna reaktywność negatywnych emocji	0,88	0,89	28,06	27,00	10,00	45,00	7,02	0,16	-0,42

Kontynuacja tabeli 5 na następnej stronie

Kontynuacja tabeli 5

Zmienne (skale)	α	ω	M	Me	$Min.$	$Maks.$	SD	$Skośność$	$Kurtoza$
Ruminacja	0,89	0,90	11,43	12,00	4,00	20,00	3,52	-0,19	-0,30
Lęk	0,86	0,86	2,52	2,00	0,00	6,00	1,86	0,45	-0,75
Depresja	0,68	0,68	1,80	2,00	0,00	6,00	1,51	0,70	0,21
Symptomy lękowo-depresyjne	0,85	0,86	4,32	4,00	0,00	12,00	3,11	0,60	-0,22
Wrogość	0,83	0,83	19,18	19,00	8,00	35,00	6,54	0,09	-0,67
Wpływ choroby	—	—	4,95	5,00	0,00	10,00	2,96	0,09	-1,08
Czas trwania choroby	—	—	8,43	10,00	0,00	10,00	2,49	-1,56	1,54
Kontrola choroby	—	—	7,53	8,00	0,00	10,00	2,60	-1,08	0,50
Skuteczność leczenia	—	—	7,95	9,00	1,00	10,00	2,38	-1,08	0,38
Doświadczenie objawów choroby	—	—	5,73	6,00	0,00	10,00	2,86	-0,33	-0,80
Zaniepokojenie chorobą	—	—	6,15	6,00	0,00	10,00	3,24	-0,41	-1,01
Rozumienie choroby	—	—	7,44	8,00	0,00	10,00	2,76	-1,11	0,53
Wpływ choroby na emocje	—	—	5,63	6,00	0,00	10,00	3,46	-0,18	-1,32
Wiek	—	—	60,86	61,00	35,00	75,00	8,27	-0,89	1,11

Adnotacja. α = alfa Cronbacha; ω = omega McDonalda; M = średnia; Me = mediana; $Min.$ = najniższa wartość; $Maks.$ = najwyższa wartość; SD = odchylenie standardowe. Źródło: opracowanie własne.

Statystyki opisowe jakości życia. Analiza pytań dotyczących subiektywnej ogólnej percepcji jakości życia (*Jak oceniałabyś jakość Twojego życia?*) i ogólnej percepcji własnego zdrowia (*Jak bardzo jesteś zadowolona ze swojego zdrowia?*) wykazała, że badane kobiety z NTP wyżej oceniły jakość swojego życia ($M = 3,65$; $SD = 0,61$) niż jakość swojego zdrowia ($M = 3,08$; $SD = 0,84$). Rozkład procentowy odpowiedzi na powyższe pytania został zaprezentowany w tabeli 6.

Tabela 6

Rozkład procentowy odpowiedzi na pytania dotyczące subiektywnej ogólnej percepcji jakości życia i ogólnej percepcji własnego zdrowia (n = 111)

Pytania WHOQoL-BREF	Odpowiedzi				
1. Jak oceniałabyś jakość Twojego życia?	bardzo zła 0%	zła 0,90%	ani zła, ani dobra 39,64%	dobra 53,15%	bardzo dobra 6,31%
2. Jak bardzo jesteś zadowolona ze swojego zdrowia?	bardzo niezadowolona 0%	niezadowolona 27,93%	ani zadowolona ani niezadowolona 39,64%	zadowolona 28,83%	bardzo zadowolona 3,60%

Adnotacja. Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych kobiet z NTP (53,15%) oceniła jakość swojego życia jako dobrą. Odmienna sytuacja dotyczy zadowolenia ze swojego zdrowia, ponieważ większość badanych kobiet z NTP (39,64%) nie była ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego stanu zdrowia, a prawie 30% osób badanych było

niezadowolonych. Podobny odsetek (28,83%) stanowiły kobiety, które były zadowolone ze swojego zdrowia.

Statystyki opisowe poszczególnych pytań w domenach jakości życia. Następnie szczegółowo przeanalizowano odpowiedzi na pytania z poszczególnych dziedzin jakości życia. Podczas interpretacji uwzględniono treść pytań i ich odpowiedzi, w tym psychologiczne znaczenie 5-stopniowej skali odpowiedzi (od 1 do 5), która różni się w zależności od pytania, a także otrzymane średnie wyniki, odchylenia standardowe, zakres wyników (minimalny i maksymalny wynik) oraz wartości skośności i kurtozy dla poszczególnych pytań WHOQoL-BREF. Wyniki trzech pytań odwróconych zostały zinterpretowane zgodnie z odpowiednim kierunkiem odpowiedzi.

W domenie fizycznej badane kobiety z NTP najbardziej były zadowolone z swojej mobilności (możliwości poruszania się; $M = 4,12$), a najmniej — z jakości snu ($M = 3,35$; tabela 7). Dla czterech pytań tej domeny minimalne i maksymalne wartości otrzymanych wyników były w przedziale od 1 do 5, natomiast dla trzech pytań — ból fizyczny (pozycja odwrócona), mobilność (możliwość poruszania się) i czynności życia codziennego — były od 2 do 5. Analizując średnie wyniki, a także biorąc pod uwagę odchylenia standardowe, minimalne i maksymalne wartości (zakres odpowiedzi), wartości skośności i kurtozy, a także relatywnie normalny rozkład odpowiedzi w poszczególnych pytaniach tej domeny (tabela 7), można odnotować, że:

(1) pytanie o ból fizyczny jest pytaniem odwróconym. W tym przypadku wyższe przekodowane wyniki wskazują na mniejszy ból fizyczny. Wyniki po przekodowaniu (odwróceniu) pozycji wynoszą $M = 3,80$ i $SD = 0,74$, natomiast surowe nieprzekodowane wyniki wynoszą $M = 2,20$ i $SD = 0,74$, co oznacza, że ból fizyczny *trochę* ograniczał większość badanych kobiet w robieniu tego, na co miały ochotę. Biorąc pod uwagę przekodowany zakres odpowiedzi od 2 do 5 (nieprzekodowany zakres od 1 do 4), można także odnotować, że w próbie nie było kobiet, u których ból fizyczny *niezwykle mocno* ograniczał robienie tego, na co miały ochotę;

(2) pytanie o zależność od leczenia jest pytaniem odwróconym. W tym przypadku wyższe przekodowane wyniki wskazują na mniejszą zależność od leczenia. Wyniki po przekodowaniu (odwróceniu) pozycji wynoszą $M = 3,93$ i $SD = 0,94$, natomiast surowe nieprzekodowane wyniki wynoszą $M = 2,07$ i $SD = 0,94$, co oznacza, że zdaniem większości badanych kobiet prowadzenie normalnego codziennego życia *trochę* zależało od jakiegokolwiek leczenia;

(3) większość osób badanych miała na poziomie między *średnio* a *prawie wystarczająco* ($M = 3,62$, $SD = 0,79$) sił, „energii” do prowadzenia normalnego życia;

(4) mobilność (możliwość poruszania się) była nieco wyższa niż *dobra* ($M = 4,12$, $SD = 0,64$) u większości badanych. Biorąc pod uwagę zakres otrzymanych wyników od 2 do 5 i jedno z najniższych

odchyień standardowych, można odnotować, że nikt z osób badanych nie ocenił *bardzo źle* swojej możliwości poruszania się;

(5) jakość snu miała najniższą średnią w tej domenie, najwyższe odchylenie standardowe i szeroki przedział odpowiedzi od 1 do 5, co wskazują na to, że ogólnie większość badanych kobiet była *ani zadowolona, ani niezadowolona* ($M = 3,35$, $SD = 0,96$) ze swojego snu, natomiast w próbie były także kobiety, które bardzo nisko, jak i bardzo wysoko oceniły jakość swojego snu;

(6) większość badanych kobiet była nieco bardziej *zadowolona* niż *ani zadowolona, ani niezadowolona* ($M = 3,68$, $SD = 0,62$) ze swoich możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia. Biorąc pod uwagę zakres otrzymanych wyników od 2 do 5, można odnotować, że w próbie nie było kobiet z NTP, które byłyby *bardzo niezadowolone* z tych możliwości;

(7) większość badanych kobiet była nieco bardziej *zadowolona* niż *ani zadowolona, ani niezadowolona* ($M = 3,60$, $SD = 0,75$) ze swoich zdolności do pracy (zarobkowej lub niezarobkowej, prowadzenia domu).

Tabela 7

Statystyki opisowe odpowiedzi na pytania z domeny fizycznej ($n = 111$)

Pytania WHOQoL-BREF	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>SD</i>	<i>Skośność</i>	<i>Kurtoza</i>
3. Ból fizyczny (pozycja odwrócona)	3,80	4,00	2,00	5,00	0,74	-0,36	0,10
4. Zależność od leczenia (pozycja odwrócona)	3,93	4,00	1,00	5,00	0,94	-0,85	0,60
10. Witalność	3,62	4,00	1,00	5,00	0,79	-0,01	0,18
15. Mobilność (możliwość poruszania się)	4,12	4,00	2,00	5,00	0,64	-0,53	1,09
16. Jakość snu	3,35	4,00	1,00	5,00	0,96	-0,38	-0,98
17. Czynności życia codziennego	3,68	4,00	2,00	5,00	0,62	-0,35	0,18
18. Zdolność do pracy	3,60	4,00	1,00	5,00	0,75	-0,62	0,74

Adnotacja. *M* = średnia; *Me* = mediana; *Min.* = najniższa wartość; *Maks.* = najwyższa wartość; *SD* = odchylenie standardowe. Wyższe wyniki w pytaniach 3 i 4 wskazują na mniejszy ból fizyczny i mniejszą zależność od leczenia. Źródło: opracowanie własne.

W domenie psychologicznej badane kobiety z NTP najwyżej oceniły zadowolenie z samych siebie ($M = 3,69$), a najniżej — poziom radości z życia ($M = 2,93$; tabela 8). Dla czterech pytań tej domeny minimalne i maksymalne wartości otrzymanych wyników były w przedziale od 1 do 5, natomiast dla dwóch pytań — zadowolenie z samej siebie i negatywne stany emocjonalne (pozycja odwrócona) — były od 2 do 5. Analizując średnie wyniki, a także biorąc pod uwagę odchylenia standardowe, minimalne i

maksymalne wartości (zakres odpowiedzi), wartości skośności i kurtozy, a także relatywnie normalny rozkład odpowiedzi w poszczególnych pytaniach tej domeny (tabela 8), można odnotować, że:

(1) większość badanych kobiet zadeklarowała, że cieszyła się życiem na poziomie między *trochę a dość mocno* ($M = 2,93$, $SD = 0,91$);

(2) większość osób badanych zadeklarowała, że *dość mocno* ($M = 3,10$, $SD = 0,85$) odczuwała, że ich życie ma sens, znaczenie;

(3) większość kobiet z NTP odpowiedziała, że *dość łatwo* ($M = 3,07$, $SD = 0,79$) mogła się skupić;

(4) obraz własnego ciała, a mianowicie akceptację swojego wyglądu na poziomie między *średnio a w większości* ($M = 3,54$, $SD = 0,97$) zadeklarowała większość badanych kobiet;

(5) większość badanych kobiet była *zadowolona* ($M = 3,69$, $SD = 0,63$) z siebie. Minimalna wartość wyniku wynosiła 2, co oznacza, że w badanej próbie nie było kobiet, które byłyby *bardzo niezadowolone* z samych siebie. Małe odchylenie standardowe wskazuje, że wyniki są skupione wokół średniej;

(6) pytanie dotyczące negatywnych stanów emocjonalnych jest pozycją odwróconą. W tym przypadku wyższe wyniki wskazują na mniejsze nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych. Wyniki po przekodowaniu (odwróceniu) pozycji wynoszą $M = 3,42$ i $SD = 0,63$, natomiast surowe nieprzekodowane wyniki wynoszą $M = 2,58$ i $SD = 0,63$, co wskazuje, że większość badanych kobiet z częstotliwością między *rzadko a dość często* przeżywała nieprzyjemne nastroje takie jak: smutek, chandra, lęk, przygnębienie. Natomiast zakres przekodowanych wyników od 2 do 5 (nieprzekodowany zakres od 1 do 4) oznacza, że w badanej próbie nie było kobiet, które by *zawsze* przeżywały nieprzyjemne nastroje. Małe odchylenie standardowe wskazuje, że wyniki są skupione wokół średniej.

Tabela 8

Statystyki opisowe odpowiedzi na pytania z domeny psychologicznej ($n = 111$)

Pytania WHOQoL-BREF	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>SD</i>	<i>Skośność</i>	<i>Kurtoza</i>
5. Radość z życia	2,93	3,00	1,00	5,00	0,91	0,44	-0,37
6. Sens życia	3,10	3,00	1,00	5,00	0,85	0,35	-0,12
7. Uwaga, koncentracja	3,07	3,00	1,00	5,00	0,79	0,20	0,50
11. Obraz własnego ciała	3,54	4,00	1,00	5,00	0,97	-0,66	0,45
19. Zadowolenie z samej siebie	3,69	4,00	2,00	5,00	0,63	-0,55	0,49
26. Negatywne stany emocjonalne (pozycja odwrócona)	3,42	3,00	2,00	5,00	0,63	-0,16	-0,32

Adnotacja. *M* = średnia; *Me* = mediana; *Min.* = najniższa wartość; *Maks.* = najwyższa wartość; *SD* = odchylenie standardowe. Wyższy wynik w pytaniu 26 wskazuje na mniejsze nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych. Źródło: opracowanie własne.

W domenie relacji społecznych badane kobiety z NTP najwyżej oceniły wsparcie od przyjaciół ($M = 3,69$), a najniżej — zadowolenie z życia seksualnego ($M = 3,03$; tabela 9). Dla dwóch pytań tej domeny minimalne i maksymalne wartości otrzymanych wyników były w przedziale od 1 do 5, natomiast dla jednego pytania dotyczącego wsparcia od przyjaciół — były od 2 do 5. Analizując średnie wyniki, a także biorąc pod uwagę odchylenia standardowe, minimalne i maksymalne wartości (zakres odpowiedzi), wartości skośności i kurtozy, a także relatywnie normalny rozkład odpowiedzi w poszczególnych pytaniach tej domeny (tabela 9), można odnotować, że:

(1) większość badanych kobiet z NTP była zadowolona ze swoich związków osobistych na poziomie powyżej średniego ($M = 3,51$, $SD = 0,97$), natomiast dosyć wysokie odchylenie standardowe świadczy o tym, że wyniki były rozproszone wokół średniej (duże zróżnicowanie wyników). Biorąc pod uwagę ujemną skośność równą $-0,22$, można odnotować, że ogólnie taki średni wynik odzwierciedla, że osoby badane były bardziej *zadowolone* niż *ani zadowolone*, *ani niezadowolone* ze swoich związków osobistych;

(2) średni wynik równy $3,03$ ($SD = 1,00$) w pytaniu o życie seksualne świadczy o tym, że większość kobiet była *ani zadowolona*, *ani niezadowolona* ze swojego życia seksualnego. Obserwuje się duże zróżnicowanie wyników, ponieważ odchylenie standardowe wynosi $1,00$, natomiast dodatnia skośność równa $0,11$ świadczy o skupieniu wyników wokół odpowiedzi wyrażających mniejsze zadowolenia ze współżycia;

(3) badane kobiety były większości *zadowolone* ($M = 3,69$, $SD = 0,74$) ze wsparcia, które otrzymywały od swoich przyjaciół. Biorąc pod uwagę zakres otrzymanych wyników od 2 do 5, można odnotować, że żadna kobieta nie była *bardzo niezadowolona* z otrzymanego wsparcia. Ujemna skośność równa $-0,42$ i dosyć niskie zróżnicowanie wyników ($SD = 0,74$) też świadczą o tym, że ogólnie badane kobiety pozytywnie oceniły wsparcie od przyjaciół (tabela 9).

Tabela 9

Statystyki opisowe odpowiedzi na pytania z domeny relacji społecznych ($n = 111$)

Pytania WHOQoL-BREF	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>SD</i>	<i>Skośność</i>	<i>Kurtoza</i>
20. Związki osobiste	3,51	4,00	1,00	5,00	0,97	-0,22	-0,69
21. Życie seksualne	3,03	3,00	1,00	5,00	1,00	0,11	-0,51
22. Wsparcie od przyjaciół	3,69	4,00	2,00	5,00	0,74	-0,42	0,10

Adnotacja. *M* = średnia; *Me* = mediana; *Min.* = najniższa wartość; *Maks.* = najwyższa wartość; *SD* = odchylenie standardowe. Źródło: opracowanie własne.

W domenie środowiskowej badane kobiety z NTP najwyżej oceniły swoje warunki mieszkaniowe ($M = 4,03$), a najniżej — dostępność opieki medycznej ($M = 2,64$; tabela 10). Dla pięciu pytań tej domeny minimalne i maksymalne wartości otrzymanych wyników były w przedziale od 1 do 5, natomiast dla trzech pytań — dostępność informacji, wolny czas, warunki mieszkaniowe — były od 2 do 5. Analizując średnie wyniki, a także biorąc pod uwagę odchylenia standardowe, minimalne i maksymalne wartości (zakres odpowiedzi), wartości skośności i kurtozy, a także relatywnie normalny rozkład odpowiedzi w poszczególnych pytaniach tej domeny (tabela 10), można odnotować, że:

(1) średni wynik poczucia bezpieczeństwa wynosi 3,15 ($SD = 0,65$) i biorąc pod uwagę ujemną skośność równą -0,56 i względnie wysoką kurtozę równą 2,35, można odnotować, że większość kobiet nieco bardziej niż *średnio* czuje się bezpieczna w codziennym życiu;

(2) średni wyniki zadowolenia ze środowiska ($M = 3,17$, $SD = 0,78$) wraz z ujemną skośnością i względnie wysoką kurtożą świadczą o tym, że większość kobiet oceniała okolicę, w której żyła, na poziomie między *średnią zdrową* a *bardzo zdrową*;

(3) na pytanie dotyczące zasobów finansowych „Czy masz wystarczająco dużo pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby?” ($M = 3,20$, $SD = 0,95$) badane kobiety odpowiedziały, że na poziomie *średnio* miały wystarczająco dużo pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby. Dostatecznie duże odchylenie standardowe wskazuje na szerokie zróżnicowanie wyników wokół średniej;

(4) osoby badane dostatecznie wysoko oceniły dostępność informacji potrzebnych do codziennego życia ($M = 3,82$, $SD = 0,92$), które były w *większości* dostępne. Minimalny wynik wynosi 2, co oznacza, że nie było kobiet, które by oceniły dostępność informacji na poziomie *wcale*;

(5) większość badanych kobiet na poziomie *średnim* ($M = 3,32$, $SD = 0,76$) miała możliwość takiego spędzenia wolnego czasu jakby chciała. Minimalny wynik równy 2 wskazuje, że nikt z badanych nie odpowiedział, że *wcale* nie ma takich możliwości;

(6) badane kobiety w większości były *zadowolone* ($M = 4,03$, $SD = 0,68$) z warunków, w których mieszkała. Żadna kobieta nie była *bardzo niezadowolona* (zakres otrzymanych odpowiedzi od 2 do 5);

(7) średni wynik zadowolenia z dostępności opieki medycznej był niski z dosyć dużym zróżnicowaniem wyników ($M = 2,64$, $SD = 1,04$) z dodatnią skośnością. Ogólnie, taki poziom zadowolenia badanych kobiet można opisać na poziomie między *niezadowolona* a *ani zadowolona, ani niezadowolona*;

(8) biorąc pod uwagę średni wynik zadowolenia ze swoich możliwości przemieszczania się ($M = 3,68$, $SD = 0,79$), zakres otrzymanych odpowiedzi od 2 do 5 oraz ujemną skośność równą $-0,63$, można odnotować, że badane kobiety w większości były *zadowolone* z tych możliwości.

Tabela 10

Statystyki opisowe odpowiedzi na pytania z domeny środowiskowej (n = 111)

Pytania WHOQoL-BREF	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>SD</i>	<i>Skośność</i>	<i>Kurtoza</i>
8 Bezpieczeństwo	3,15	3,00	1,00	5,00	0,65	-0,56	2,35
9 Środowisko	3,17	3,00	1,00	5,00	0,78	-0,20	1,32
12 Zasoby finansowe	3,20	3,00	1,00	5,00	0,95	0,04	-0,35
13 Dostępność informacji	3,82	4,00	2,00	5,00	0,92	-0,43	-0,57
14 Wolny czas	3,32	3,00	2,00	5,00	0,76	0,36	-0,07
23 Warunki mieszkaniowe	4,03	4,00	2,00	5,00	0,68	-0,74	1,46
24 Dostępność opieki medycznej	2,64	3,00	1,00	5,00	1,04	0,18	-0,75
25 Przemieszczanie się (transport)	3,68	4,00	2,00	5,00	0,79	-0,63	0,12

Adnotacja. *M* = średnia; *Me* = mediana; *Min.* = najniższa wartość; *Maks.* = najwyższa wartość; *SD* = odchylenie standardowe. Źródło: opracowanie własne.

Statystyki opisowe reaktywności emocjonalnej, wrogości, symptomów depresji i lęku, ruminacji, a także percepcji choroby. Rozpatrując poziom ogólnej reaktywności pozytywnych emocji ($M = 31,78$, $SD = 6,60$, skośność = $-0,56$) i poziom ogólnej reaktywności negatywnych emocji ($M = 28,06$, $SD = 7,02$, skośność = $0,16$) u badanych kobiet można odnotować nieco wyższą reaktywność pozytywnych emocji (tabela 5). Bazując na tymczasowych normach (wrzesień 2021) do kwestionariusza PERS-S (Larionow i Mudło-Głagolska, 2022), a także na zakresie wyników $M \pm SD$ badane kobiety w większości miały średnią ogólną reaktywność pozytywnych emocji (steny 5–8, średni wynik $31,78 =$ sten 6) oraz średnią ogólną reaktywność negatywnych emocji (steny 3–6, średni wynik $28,06 =$ sten 5). Przewaga nasilenia ogólnej reaktywności pozytywnych emocji nad ogólną reaktywnością negatywnych emocji wskazuje na bardziej adaptacyjny profil reaktywności emocjonalnej.

Średni wynik wrogości uzyskany w badanej grupie wynosi $19,18$ ($SD = 6,54$), co wskazuje na niskie wyniki wrogości (bazując na normach z 2015 dla grupy kobiet w wieku 46–76 lat; Aranowska i in., 2015), natomiast duże zróżnicowanie wyników wokół średniej, a także otrzymany zakres odpowiedzi od 8 do 35, świadczy o tym, że w badanej próbie były kobiety o zarówno bardzo niskim, jak i bardzo wysokim nasileniem wrogości.

Przesiewowa ocena zaburzeń lękowych i depresyjnych za pomocą kwestionariusza PHQ-4 wykazała, że wynik w skali *Lęku* ≥ 3 , który sugeruje obecność zaburzeń lękowych, uzyskało 40,54% badanych kobiet. Natomiast wynik w skali *Depresji* ≥ 3 , który z kolei sugeruje obecność zaburzeń depresyjnych, uzyskało 25,22% badanych kobiet (tabela 11).

Tabela 11

Przesiewowa ocena zaburzeń lękowych i depresyjnych za pomocą kwestionariusza PHQ-4 (n = 111)

Skale	Wyniki podskal lęku i depresji w PHQ-4 (od 0 do 6)						
	0	1	2	3	4	5	6
Lęk	16,22%	13,51%	29,73%	10,81%	12,61%	6,31%	10,81%
Depresja	26,13%	14,41%	34,23%	11,71%	8,11%	2,70%	2,70%

Adnotacja. PHQ-4 = Kwestionariusz zdrowia pacjenta-4. Tabela przedstawia rozkład procentowy badanych kobiet z NTP, które uzyskały wyniki w podskalach PHQ-4 od 0 do 6. Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę średni wynik w skali ruminacji ($M = 11,43$; $SD = 3,52$), a także ujemną skośność, można odnotować, że badane kobiety w większości *czasami* stosowały ruminację. Odnotowano duże zróżnicowanie wyników ruminacji.

Rozpatrując poziom poszczególnych wymiarów percepcji choroby (tabela 5) i biorąc pod uwagę fakt, że zakres możliwych odpowiedzi we wszystkich wymiarach percepcji choroby mieści się w przedziale od 0 do 10, można odnotować, że w badanej próbie kobiety z NTP w większości:

- (1) oceniły wpływ NTP na ich życie jako średni ($M = 4,95$, $SD = 2,96$);
- (2) postrzegały NTP jako chorobę przewlekłą ($M = 8,43$, $SD = 2,49$);
- (3) miały silne przekonania o kontroli choroby ($M = 7,53$, $SD = 2,60$);
- (4) miały silne przekonania skuteczności leczenia ($M = 7,95$, $SD = 2,38$);
- (5) na średnim poziomie doświadczali objawów choroby ($M = 5,73$, $SD = 2,86$);
- (6) wykazały powyżej średniego zaniepokojenie chorobą ($M = 6,15$, $SD = 3,24$);
- (7) dobrze rozumiały swoje NTP ($M = 7,44$, $SD = 2,76$);

(8) na średnim poziomie doświadczali wpływu choroby na emocje ($M = 5,63$, $SD = 3,46$), natomiast zaobserwowano duże zróżnicowanie wyników.

Jakościowa analiza przyczyn choroby. Przeanalizowano również najważniejsze czynniki, które zdaniem osób badanych przyczyniły się do pojawienia się u nich NTP. Zgodnie z instrukcją do kwestionariusza B-IPQ należało wymienić trzy takie najważniejsze przyczyny (czynniki). Wśród 111 osób badanych 61 kobiet z NTP dało pełne odpowiedzi (tj. wymieniły one trzy najważniejsze przyczyny

związane z powstaniem NTP), z kolei pozostałe 50 osób udzieliło niepełnych odpowiedzi (pojedyncze przyczyny, odpowiedzi typu „nie wiem” lub brak odpowiedzi). Ostatecznie, analizie poddane zostały dane dostarczone przez 61 kobiet z NTP, które w pełni odpowiedziały na to pytanie wskazując łącznie 183 czynniki, które ich zdaniem są odpowiedzialne za ich NTP. Poniżej zostało przedstawione 9 skategoryzowanych czynników, utworzonych na bazie odpowiedzi osób badanych (podano częstotliwość występowania poszczególnych odpowiedzi oraz ich udział procentowy (%) do całej liczby czynników):

1. Stres/negatywne emocje i stany emocjonalne („nerwy”, „nerwowe reakcje”, „niepokój o rodzinę”, „lęk o przyszłość”, „tłumiona złość”, „negatywne emocje”, „zbyt przejmuję się wszystkim” itp.) — 55 odpowiedzi (30,05% [udział procentowy do całej liczby czynników]);

2. Niezdrowy styl życia (poszczególne czynniki: palenie [7], niezdrowa dieta/nieprawidłowe odżywianie [22], brak ruchu/siedzący i mało aktywny tryb życia [9]) — łącznie 38 odpowiedzi (20,77%);

3. Medyczne przyczyny (wpływ innych chorób i leków, „za późno leczone”, „trudny dostęp do specjalisty” itp.) — 30 odpowiedzi (16,39%);

4. Dziedziczenie („geny”, „skłonności rodzinne” itp.) — 22 odpowiedzi (12,02%);

5. Nadwaga/otyłość — 16 odpowiedzi (8,74%);

6. Wydarzenia/trudne sytuacje życiowe/śmierć bliskich — 8 odpowiedzi (4,37%);

7. Praca zawodowa („praca zmianowa”, „kłopoty w pracy”, „nadmierna praca”) — 6 odpowiedzi (3,28%);

8. Relacje z rodziną („sprawy rodzinne”, „relacje z mężem”) — 5 odpowiedzi (2,73%);

9. Inne przyczyny („jakość życia”, „brak wsparcia”, „zmiany pogody”) — 3 odpowiedzi (1,64%).

Wyniki wykazały, że zdaniem badanych kobiet z NTP najbardziej rozpowszechnioną przyczyną NTP był stres, w tym negatywne emocje i stany emocjonalne, następnie niezdrowy styl życia i przyczyny medyczne (głównie inne choroby i skutki uboczne leków). Najmniej rozpowszechnionymi przyczynami były praca zawodowa, relacje z rodziną i inne czynniki.

Część badanych kobiet z NTP dodatkowo zostawiła komentarze do tego badania, które mogą zilustrować, jak te kobiety spostrzegały przyczyny swojego NTP. Poniżej przedstawione jest kilka komentarzy badanych pacjentek z NTP (cytowane dosłownie).

Komentarz 1 odwołuje się do traumatycznego wydarzenia w życiu pacjentki, które jej zdaniem spowodowało NTP: *„Przez kilka lat moje ciśnienie było "pod kontrolą". Zmieniło się po śmierci męża — dość regularnie mam skoki ciśnienia, początkowo do dość wysokich wartości (np. 180/110, teraz 150/100) — regularnie zażywam leki”*.

Komentarz 2 podkreśla rolę stresu w przebiegu NTP: *„Wiem na pewno, że na moje ciśnienie, ma wpływ moje nerwowe życie. Systematycznie biorę leki, ale przy najmniejszym stresie, ciśnienie idzie w górę”*.

Komentarz 3 również podkreśla negatywną rolę stresu, pozytywną rolę bycia na łonie natury i balansu pomiędzy pracą a odpoczynkiem w przebiegu NTP: „*Działka, umiarkowana praca, świeże powietrze, zero stresu i od razu ciśnienie w normie*”.

Komentarz 4 odwołuje się zarówno do przekonania osoby badanej o roli dziedziczenia w etiologii NTP: „*Wysokie ciśnienie jest dziedziczne niestety. Waga nie ma tu nic do rzeczy. Miałam jak byłam szczupłą i mam teraz*”.

3.2. Związki reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości i percepcji choroby z jakością życia kobiet z NTP

W ramach tej części pracy postanowiono odpowiedzieć na pierwsze pięć pytań badawczych określających, czy reaktywność emocjonalna, ruminacja, symptomy depresji i lęku, wrogość i percepcja choroby są związane z jakością życia kobiet z NTP. W tym celu została przeprowadzona analiza korelacji *r* Pearsona między tymi zmiennymi. Wyniki analizy zostały przedstawione w tabeli 12.

Tabela 12

Korelacje r Pearsona reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości i percepcji choroby z jakością życia kobiet z NTP ($n = 111$)

Zmienne (skale)	Domena fizyczna	Domena psychologiczna	Domena relacji społecznych	Domena środowiskowa
Aktywacja pozytywnych emocji	0,20*	0,29**	0,29**	0,31***
Trwanie pozytywnych emocji	0,41***	0,40***	0,23*	0,43***
Intensywność pozytywnych emocji	0,20*	0,22*	0,11	0,19*
Aktywacja negatywnych emocji	-0,27**	-0,39***	0,02	-0,04
Trwanie negatywnych emocji	-0,28**	-0,46***	-0,13	-0,03
Intensywność negatywnych emocji	-0,22*	-0,30**	0,03	0,04
Ogólna reaktywność pozytywnych emocji	0,30**	0,34***	0,24*	0,35***
Ogólna reaktywność negatywnych emocji	-0,29**	-0,43***	-0,03	-0,01
Ruminacja	-0,29**	-0,31***	-0,14	-0,18

Kontynuacja tabeli 12 na następnej stronie

Kontynuacja tabeli 12

Zmienne (skale)	Domena fizyczna	Domena psychologiczna	Domena relacji społecznych	Domena środowiskowa
Wrogość	-0,31***	-0,45***	-0,15	-0,21*
Depresja	-0,49***	-0,56***	-0,30**	-0,38***
Lęk	-0,43***	-0,49***	-0,12	-0,29**
Symptomy lękowo-depresyjne	-0,50***	-0,56***	-0,22*	-0,36***
Wpływ choroby	-0,45***	-0,28**	-0,09	-0,28**
Czas trwania choroby	-0,04	-0,07	0,09	0,01
Kontrola choroby	0,25**	0,23*	0,17	0,14
Skuteczność leczenia	0,23*	0,24*	0,12	0,30**
Doświadczenie objawów choroby	-0,41***	-0,32***	0,04	-0,28**
Zaniepokojenie chorobą	-0,42***	-0,29**	-0,04	-0,21*
Rozumienie choroby	0,12	0,23*	0,07	0,15
Wpływ choroby na emocje	-0,38***	-0,27**	-0,09	-0,19*

Adnotacja. * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$. Źródło: opracowanie własne.

Odnotowano statystycznie istotne korelacje badanych czynników psychologicznych z domenami jakości życia kobiet z NTP. Wszystkie wymiary reaktywności pozytywnych emocji dodatnio korelowały, a wymiary reaktywności negatywnych emocji ujemnie korelowały z domeną fizyczną i domeną psychologiczną. Ogólna reaktywność pozytywnych emocji i jej poszczególne wymiary dodatnio korelowały z domeną relacji społecznych i domeną środowiskową, natomiast reaktywność negatywnych emocji i jej wymiary nie korelowały z tymi domenami.

Częstsze stosowanie ruminacji wiązało się z niższą jakością życia w domenie fizycznej i domenie psychologicznej. Wyższy poziom wrogości był związany z niższą jakością życia w domenie fizycznej, psychologicznej i środowiskowej, natomiast wrogość nie korelowała z domeną relacji społecznych.

Ogólnie większość wymiarów percepcji choroby charakteryzujących zagrażający obraz choroby (wpływ choroby, doświadczenie objawów choroby, zaniepokojenie chorobą oraz wpływ choroby na emocje) była związana z niższą jakością życia w domenie fizycznej i domenie psychologicznej, a także w domenie środowiskowej. Z kolei bardziej adaptacyjne cechy percepcji choroby takie jak przekonanie o kontroli choroby i skuteczności leczenia wiązały się z wyższą jakością życia w domenie fizycznej i domenie psychologicznej. Przekonanie o skuteczności leczenia było dodatnio związane z domeną środowiskową, a rozumienie choroby dodatnio korelowało tylko z domeną psychologiczną. Żaden wymiar percepcji choroby nie był związany z domeną relacji społecznych. Podsumowując, wszystkie wymiary percepcji choroby (oprócz czasu trwania choroby) były związane z poszczególnymi domenami jakości życia (oprócz relacji społecznych).

Symptomy depresji ujemnie korelowały ze wszystkimi domenami jakości życia. Z kolei symptomy lęku ujemnie korelowały z domeną fizyczną, psychologiczną i środowiskową oraz nie korelowały z domeną relacji społecznych. Ogólny wynik symptomów lękowo-depresyjnych ujemnie korelował ze wszystkimi domenami jakości życia.

3.3. Określenie predyktorów jakości życia kobiet z NTP

W celu określenie predyktorów jakości życia kobiet na NTP przeprowadzono analizę regresji wielorakiej metodą krokową wsteczną (tabela 13). Metoda ta polega na wyeliminowaniu nieistotnych predyktorów z pełnego, nasyconego modelu zawierającego wszystkie analizowane predyktory. Wyeliminowanie nieistotnych zmiennych niezależnych pozwala na otrzymanie optymalnego zestawu predyktorów, które są najistotniejsze w predykcji zmiennej zależnej. W modelu regresji początkowo uwzględniono 15 predyktorów (pełny model składający się ze wszystkich możliwych predyktorów). Aby przeprowadzić poprawną analizę regresji przy takiej liczbie predyktorów, konieczna jest obecność przynajmniej 5 obserwacji dla każdej zmiennej, w tym zmiennej zależnej (Hintze, 2007), tj. łącznie nie mniej niż 80 obserwacji. Pod tym względem badana próba ($n = 111$) ma dostateczną liczebność. Podczas przeprowadzenia analizy regresji metodą krokową wsteczną, część z tych 15 predyktorów została wyeliminowana i określono optymalne zestawy predyktorów.

Tabela 13

Wyniki regresji krokowej wstecznej zastosowanej w celu określenia predyktorów jakości życia kobiet z NTP ($n = 111$)

Predyktory	Domena fizyczna	Domena psychologiczna	Domena relacji społecznych	Domena środowiskowa
	β (bł. std. β), b (bł. std. b)	β (bł. std. β), b (bł. std. b)	β (bł. std. β), b (bł. std. b)	β (bł. std. β), b (bł. std. b)
1. Ogólna reaktywność pozytywnych emocji	ni.	0,30*** (0,08), 0,10 (0,03)	ni.	ni.
2. Ogólna reaktywność negatywnych emocji	ni.	-0,36*** (0,08), -0,11 (0,02)	ni.	ni.
3. Ruminacja	ni.	ni.	ni.	ni.
4. Wrogość	ni.	ni.	ni.	ni.
5. Depresja	-0,32*** (0,08), -0,43 (0,11)	-0,34*** (0,08), -0,47 (0,12)	-0,30** (0,09), -0,57 (0,17)	-0,38*** (0,09), -0,46 (0,11)
6. Lęk	ni.	ni.	ni.	ni.
7. Wpływ choroby	ni.	ni.	ni.	ni.
8. Czas trwania choroby	ni.	ni.	ni.	ni.
9. Kontrola choroby	0,30*** (0,08), 0,23 (0,06)	ni.	ni.	ni.
10. Skuteczność leczenia	ni.	ni.	ni.	ni.
11. Doświadczenie objawów choroby	-0,36*** (0,09), -0,25 (0,06)	ni.	ni.	ni.
12. Zaniepokojenie chorobą	ni.	ni.	ni.	ni.
13. Rozumienie choroby	ni.	ni.	ni.	ni.
14. Wpływ choroby na emocje	ni.	ni.	ni.	ni.
15. Wiek	ni.	ni.	ni.	ni.
Wyraz wolny	b = 15,39, bł. std. b = 0,53, $p < 0,001$	b = 13,98, bł. std. b = 0,91, $p < 0,001$	b = 14,67, bł. std. b = 0,40, $p < 0,001$	b = 14,33, bł. std. b = 0,25, $p < 0,001$
Parametry modelu	F(3, 107) = 22,260; $p < 0,001$; skorygowane $R^2 = 0,3670$	F(3, 107) = 28,976; $p < 0,001$; skorygowane $R^2 = 0,4328$	F(1, 109) = 10,976; $p = 0,001$; skorygowane $R^2 = 0,0831$	F(1, 109) = 18,291; $p < 0,001$; skorygowane $R^2 = 0,1358$

Adnotacja. β = standaryzowany współczynnik beta; b = niestandaryzowany współczynnik b; bł. std. = błąd standardowy; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$; ni. = nieistotny predyktor (predyktor wyeliminowany z modelu jako nieistotny). Źródło: opracowanie własne.

Wyniki analizy regresji wielorakiej wykazały, że doświadczenie objawów choroby ($\beta = -0,36$; $p < 0,001$) i symptomy depresji ($\beta = -0,32$; $p < 0,001$) były ujemnymi predyktorami, natomiast kontrola choroby ($\beta = 0,30$; $p < 0,001$) była dodatnim predyktorem jakości życia w domenie fizycznej. Te trzy predyktory wyjaśniały aż 36,70% zmienności zmiennej zależnej, co podkreśla ich znaczącą rolę w predykcji wyników jakości życia w domenie fizycznej. Ten model predykcji spełnił założenia (1) o braku autokorelacji składników losowych/reszt (statystyka d Durбина–Watsona = 2,06, $p > 0,05$; w nasyconym modelu statystyka d Durбина–Watsona = 1,99, $p > 0,05$) i (2) o braku skorelowania predyktorów (współczynnik wariacji inflacji wynosił od 1,11 do 1,29 dla istotnych predyktorów; w nasyconym modelu współczynnik wariacji inflacji wynosił od 1,13 do 3,71 dla wszystkich predyktorów).

Ogólna reaktywność negatywnych emocji ($\beta = -0,36$; $p < 0,001$) i symptomy depresji ($\beta = -0,34$; $p < 0,001$) były ujemnymi predyktorami, a ogólna reaktywność pozytywnych emocji ($\beta = 0,30$; $p < 0,001$) była dodatnim predyktorem jakości życia w domenie psychologicznej. Łącznie predyktory te wyjaśniały 43,28% zmienności wyników domeny psychologicznej. Ten model predykcji spełnił założenia (1) o braku

autokorelacji składników reszt (statystyka d Durбина–Watsona = 1,64, $p > 0,05$; w nasyconym modelu statystyka d Durбина–Watsona = 1,88, $p > 0,05$) i (2) o braku skorelowania predyktorów (współczynnik wariacji inflacji wynosił od 1,21 do 1,35 dla istotnych predyktorów; w nasyconym modelu współczynnik wariacji inflacji wynosił od 1,13 do 3,71 dla wszystkich predyktorów).

Symptomy depresji ($\beta = -0,30$; $p < 0,01$) były ujemnym i jedynym znaczącym predyktorem jakości życia w domenie relacji społecznych, ale wyjaśniały tylko 8,31% zmienności wyników tej domeny. Ten model predykcji spełnił założenia (1) o braku autokorelacji reszt (statystyka d Durбина–Watsona = 2,01, $p > 0,05$; w nasyconym modelu statystyka d Durбина–Watsona = 2,13, $p > 0,05$) i (2) o braku skorelowania predyktorów (w nasyconym modelu współczynnik wariacji inflacji wynosił od 1,13 do 3,71 dla wszystkich predyktorów).

Symptomy depresji ($\beta = -0,38$; $p < 0,001$) były również ujemnym i jedynym znaczącym predyktorem jakości życia w domenie środowiskowej i wyjaśniały 13,58% zmienności wyników tej domeny. Ten model predykcji spełnił założenia (1) o braku autokorelacji reszt (statystyka d Durбина–Watsona = 1,78, $p > 0,05$; w nasyconym modelu statystyka d Durбина–Watsona = 1,85, $p > 0,05$) i (2) o braku skorelowania predyktorów (w nasyconym modelu współczynnik wariacji inflacji wynosił od 1,13 do 3,71 dla wszystkich predyktorów).

3.4. Związki zmiennych medycznych z jakością życia kobiet z NTP

W ramach tego podrozdziału postanowiono odpowiedzieć na pytania badawcze określające, czy wybrane zmienne medyczne (czas trwania NTP, liczba przyjmowanych leków na NTP) są związane z jakością życia (pytanie badawcze 7) oraz czy kontrola NTP i obecność chorób współistniejących są związane z jakością życia i czynnikami psychologicznymi (pytanie badawcze 8).

Najpierw przeanalizowano, czy czas trwania NTP i liczba przyjmowanych leków na NTP są związane z jakością życia kobiet z NTP. W tym celu została przeprowadzona analiza korelacji między tymi zmiennymi a jakością życia. Dla zmiennej ilościowej (liczba leków na NTP) zastosowano korelację r Pearsona, a dla zmiennej porządkowej (czas trwania NTP) obliczono współczynniki korelacji cząstkowej r_s Spearmana (przy kontroli wieku). Analiza korelacji między liczbą przyjmowanych leków a jakością życia została przeprowadzona w próbie 108 osób badanych, ponieważ część badanych kobiet z NTP ($n = 3$) nie przyjmowała leków. Wyniki analizy zostały przedstawione w tabeli 14.

Tabela 14

Związki czasu trwania choroby i liczby przyjmowanych leków na NTP z jakością życia kobiet z NTP

Zmienne	Domena fizyczna	Domena psychologiczna	Domena relacji społecznych	Domena środowiskowa
Czas trwania NTP ($n = 111$)	-0,03	-0,11	-0,14	-0,01
Liczba leków na NTP ($n = 108$)	-0,39***	-0,10	-0,13	-0,15

Adnotacja. * = $p < 0,05$; *** = $p < 0,001$. Źródło: opracowanie własne.

Wykazano, że czas trwania NTP nie jest związany z domenami jakości życia. Zwiększenie liczby przyjmowanych leków na NTP wiąże się z obniżeniem jakości życia w domenie fizycznej ($r_s = -0,39, p < 0,001$).

Przeanalizowano, czy kontrola NTP (obecność docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia) różnicuje poziom jakości życia, reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości i percepcji choroby w grupie kobiet z NTP. Kobiety z NTP były podzielone na dwie grupy: kobiety z NTP mające docelowe parametry ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia i kobiety z NTP mające niewłaściwe parametry ciśnienia krwi (brak docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia). Wyniki testu *U* Manna–Whitneya zostały przedstawione w tabeli 15.

Tabela 15

Analiza porównawcza poziomów jakości życia, reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów lęku i depresji, wrogości i wymiarów percepcji choroby między kobietami z kontrolowanym NTP a kobietami z niekontrolowanym NTP

Zmienne	Kobiety z NTP mające właściwe parametry ciśnienia krwi ($n = 82$)			Kobiety z NTP mające niewłaściwe parametry ciśnienia krwi ($n = 29$)			<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	η^2 (wielkość efektu)
	<i>M</i>	<i>Me</i>	Średnia rang	<i>M</i>	<i>Me</i>	Średnia rang				
Domena fizyczna	15,23	14,86	60,38	14,01	14,29	43,6	829,5	2,422	0,015	0,052 (mała)
Domena psychologiczna	13,50	13,33	60,58	12,25	12,67	43,05	813,5	2,535	0,011	0,057 (mała)
Domena relacji społecznych	13,93	14,67	59,54	12,83	13,33	45,98	898,5	1,965	0,049	0,034 (mała)
Domena środowiskowa	13,91	13,50	63,34	12,38	12,00	35,24	587,0	4,062	<0,001	0,147 (duża)
Aktywacja pozytywnych emocji	11,29	12,00	59,32	10,28	10,00	46,6	916,5	1,854	0,064	0,030 (mała)
Trwanie pozytywnych emocji	10,87	11,50	61,74	9,34	9,00	39,76	718,0	3,196	0,001	0,090 (średnia)
Intensywność pozytywnych emocji	10,62	11,00	60,42	9,34	9,00	43,5	826,5	2,454	0,014	0,053 (mała)
Aktywacja negatywnych emocji	9,24	9,00	56,46	9,10	9,00	54,71	1151,5	0,250	0,802	0,001 (nieznacząca)
Trwanie negatywnych emocji	9,13	9,00	55,62	9,28	9,00	57,07	1158,0	-0,206	0,837	0 (nieznacząca)
Intensywność negatywnych emocji	9,80	9,00	57,04	9,34	9,00	53,07	1104,0	0,572	0,567	0,003 (nieznacząca)
Ogólna reaktywność pozytywnych emocji	32,78	34,00	61,47	28,97	29,00	40,53	740,5	3,013	0,003	0,082 (średnia)
Ogólna reaktywność negatywnych emocji	28,18	27,00	56,23	27,72	28,00	55,34	1170,0	0,124	0,901	0 (nieznacząca)
Ruminacja	11,16	12,00	54	12,21	12,00	61,66	1025,0	-1,103	0,270	0,011 (mała)
Lęk	2,34	2,00	53,08	3,03	3,00	64,26	949,5	-1,635	0,102	0,023 (mała)

Kontynuacja tabeli 15 na następnej stronie

Kontynuacja tabeli 15

Zmienne	Kobiety z NTP mające właściwe parametry ciśnienia krwi ($n = 82$)			Kobiety z NTP mające niewłaściwe parametry ciśnienia krwi ($n = 29$)			U	Z	p	η^2 (wielkość efektu)
Depresja	1,59	2,00	52,2	2,41	2,00	66,76	877,0	-2,160	0,031	0,040 (mała)
Symptomy lękowo-depresyjne	3,93	4,00	52,18	5,45	5,00	66,79	876,0	-2,116	0,034	0,040 (mała)
Wrogość	18,60	18,00	53,08	20,83	20,00	64,26	949,5	-1,607	0,108	0,023 (mała)
Wpływ choroby	4,28	4,00	48,64	6,86	8,00	76,81	585,5	-4,069	<0,001	0,148 (duża)
Czas trwania choroby	8,62	10,00	58,55	7,90	9,00	48,78	979,5	1,600	0,110	0,018 (mała)
Kontrola choroby	7,88	9,00	61,5	6,55	7,00	40,45	738,0	3,086	0,002	0,083 (średnia)
Skuteczność leczenia	8,46	9,50	63,4	6,48	6,00	35,09	582,5	4,216	<0,001	0,149 (duża)
Doświadczenie objawów choroby	5,40	5,00	52,43	6,66	7,00	66,09	896,5	-1,971	0,049	0,035 (mała)
Zaniepokojenie chorobą	5,52	5,50	49,88	7,93	9,00	73,29	687,5	-3,396	0,001	0,102 (średnia)
Rozumienie choroby	7,37	9,00	57,07	7,66	8,00	52,97	1101,0	0,601	0,548	0,003 (nieznacząca)
Wpływ choroby na emocje	5,33	5,00	53,21	6,48	6,00	63,88	960,5	-1,544	0,123	0,021 (mała)

Adnotacja. M = średnia; Me = mediana; U = wartość testu Manna–Whitneya; Z = wartość Z w teście U Manna–Whitneya. Źródło: opracowanie własne.

Wykazano, że kobiety z kontrolowanym NTP w porównaniu do kobiet z niekontrolowanym NTP mają lepszą jakość życia we wszystkich domenach: fizycznej ($p = 0,015$), psychologicznej ($p = 0,011$), relacji społecznych ($p = 0,049$) oraz środowiskowej ($p < 0,001$). Kobiety z kontrolowanym NTP charakteryzują się dłuższym trwaniem ($p = 0,001$) i większą intensywnością pozytywnych emocji ($p = 0,014$) oraz ogólną reaktywnością pozytywnych emocji ($p = 0,003$) w porównaniu do kobiet z niekontrolowanym NTP. Kobiety z niekontrolowanym NTP mają wyższe nasilenie symptomów depresji ($p = 0,031$) i symptomów lękowo-depresyjnych ($p = 0,034$) oraz doświadczają więcej objawów choroby ($p = 0,049$) i większego wpływu NTP na ich życie ($p < 0,001$), są bardziej zaniepokojone chorobą ($p = 0,001$), a także mniej przekonane o skuteczności leczenia ($p < 0,001$) i kontroli choroby ($p = 0,002$) niż kobiety z kontrolowanym NTP.

Następnie przeanalizowano, czy obecność chorób współistniejących różnicuje poziom jakości życia, reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, a także wrogości i percepcji choroby u kobiet z NTP. Kobiety z NTP były podzielone na dwie grupy: kobiety z NTP bez chorób współistniejących i kobiety z NTP i chorobami współistniejącymi. Wyniki testu U Manna–Whitneya zostały przedstawione w tabeli 16.

Tabela 16

Analiza porównawcza poziomów jakości życia, reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów lęku i depresji, wrogości i wymiarów percepcji choroby między kobietami z NTP bez chorób współistniejących a kobietami z NTP i chorobami współistniejącymi

Zmienne	Kobiety z NTP bez chorób współistniejących (n = 34)			Kobiety z NTP i chorobami współistniejącymi (n = 77)			U	Z	p	η ² (wielkość efektu)
	M	Me	Średnia rang	M	Me	Średnia rang				
Domena fizyczna	16,07	16,00	75,09	14,40	14,29	47,57	660,0	4,170	<0,001	0,155 (duża)
Domena psychologiczna	13,45	13,33	58,81	13,05	13,33	54,76	1213,5	0,612	0,541	0,003 (nieznacząca)
Domena relacji społecznych	13,88	13,33	58,25	13,54	13,33	55,01	1232,5	0,491	0,623	0,002 (nieznacząca)
Domena środowiskowa	13,96	13,50	65,53	13,31	13,00	51,79	985,0	2,082	0,037	0,039 (mała)
Aktywacja pozytywnych emocji	10,94	11,00	53,06	11,06	12,00	57,3	1209,0	-0,646	0,518	0,004 (nieznacząca)
Trwanie pozytywnych emocji	10,91	11,00	60,01	10,27	11,00	54,23	1172,5	0,880	0,379	0,007 (nieznacząca)
Intensywność pozytywnych emocji	10,56	11,00	58,85	10,17	10,00	54,74	1212,0	0,623	0,533	0,003 (nieznacząca)
Aktywacja negatywnych emocji	8,44	8,00	46,57	9,55	9,00	60,16	988,5	-2,063	0,039	0,038 (mała)
Trwanie negatywnych emocji	8,41	9,00	47,93	9,51	9,00	59,56	1034,5	-1,766	0,077	0,028 (mała)
Intensywność negatywnych emocji	9,24	9,00	52,37	9,88	9,00	57,6	1185,5	-0,793	0,428	0,006 (nieznacząca)
Ogólna reaktywność pozytywnych emocji	32,41	33,00	57,21	31,51	33,00	55,47	1268,0	0,260	0,795	0,001 (nieznacząca)
Ogólna reaktywność negatywnych emocji	26,09	27,00	48,18	28,94	28,00	59,45	1043,0	-1,701	0,089	0,026 (mała)
Ruminacja	10,97	12,00	53,63	11,64	12,00	57,05	1228,5	-0,515	0,607	0,002 (nieznacząca)
Lęk	2,09	2,00	47,78	2,71	2,00	59,63	1029,5	-1,819	0,069	0,029 (mała)
Depresja	1,47	1,50	48,54	1,95	2,00	59,29	1055,5	-1,672	0,095	0,024 (mała)
Symptomy lękowo-depresyjne	3,56	4,00	46,75	4,66	4,00	60,08	994,5	-2,027	0,043	0,036 (mała)
Wrogość	17,50	16,50	47,96	19,92	19,00	59,55	1035,5	-1,749	0,080	0,028 (mała)
Wpływ choroby	3,85	3,00	44,13	5,44	5,00	61,24	905,5	-2,592	0,010	0,060 (średnia)

Kontynuacja tabeli 15 na następnej stronie

Kontynuacja tabeli 15

Zmienne	Kobiety z NTP bez chorób współistniejących (n = 34)			Kobiety z NTP i chorobami współistniejącymi (n = 77)			U	Z	p	η ² (wielkość efektu)
Czas trwania choroby	8,68	10,00	57,35	8,32	10,00	55,4	1263,0	0,332	0,740	0,001 (nieznacząca)
Kontrola choroby	8,03	8,50	60,16	7,31	8,00	54,16	1167,5	0,921	0,357	0,007 (nieznacząca)
Skuteczność leczenia	8,71	9,00	62,87	7,61	8,00	52,97	1075,5	1,545	0,122	0,020 (mała)
Doświadczenie objawów choroby	4,71	5,00	44,31	6,18	7,00	61,16	911,5	-2,554	0,011	0,058 (mała)
Zaniepokojenie chorobą	4,82	5,00	42,97	6,74	8,00	61,75	866,0	-2,859	0,004	0,072 (średnia)
Rozumienie choroby	7,94	9,00	61,88	7,22	8,00	53,4	1109,0	1,305	0,192	0,015 (mała)
Wpływ choroby na emocje	4,53	4,50	45,74	6,12	6,00	60,53	960,0	-2,249	0,024	0,045 (mała)

Adnotacja. M = średnia; Me = mediana; U = wartość testu Manna–Whitneya; Z = wartość Z w teście U Manna–Whitneya. Źródło: opracowanie własne.

Kobiety z NTP i chorobami współistniejącymi charakteryzują się niższą jakością życia w domenie fizycznej ($p < 0,001$) i domenie środowiskowej ($p = 0,037$), wyższą aktywacją negatywnych emocji ($p = 0,039$), wyższym nasileniem symptomów lękowo-depresyjnych ($p = 0,043$), doświadczają więcej objawów choroby ($p = 0,011$) i większego wpływu NTP na ich życie ($p = 0,010$) oraz na emocje ($p = 0,024$), a także są bardziej zaniepokojone chorobą ($p = 0,004$) niż kobiety mające tylko NTP.

3.5. Związki zmiennych socjodemograficznych z jakością życia kobiet z NTP

W tym podrozdziale przeanalizowano, czy zmienne socjodemograficzne są związane z jakością życia kobiet z NTP (pytanie badawcze 9). Najpierw sprawdzono, czy wiek i status socjoekonomiczny rodziny są związane z jakością życia kobiet z NTP. W tym celu została przeprowadzona analiza korelacji między tymi zmiennymi a jakością życia. Dla zmiennej ilościowej (wiek) zastosowano korelacje r Pearsona, a dla zmiennej porządkowej (status socjoekonomiczny rodziny) obliczono współczynniki korelacji r_s Spearmana. Wyniki analizy zostały przedstawione w tabeli 17.

Tabela 17

Związki wieku i statusu socjoekonomicznego rodziny z jakością życia kobiet z NTP (n = 111)

Zmienne	Domena fizyczna	Domena psychologiczna	Domena relacji społecznych	Domena środowiskowa
Wiek	-0,10	0,04	-0,26**	-0,08
Status socjoekonomiczny rodziny	0,31**	0,18	0,32***	0,40***

Adnotacja. ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$. Źródło: opracowanie własne.

Odnotowano, że wraz ze wzrostem wieku obniża się jakość życia w domenie relacji społecznych ($r = -0,26$, $p < 0,01$). Wraz z podwyższeniem statusu socjoekonomicznego rodziny polepsza się jakość życia w

domenie relacji społecznych ($r = 0,32$, $p < 0,001$) i domenie środowiskowej ($r = 0,40$, $p < 0,001$).

Przeanalizowano, czy wykształcenie różnicuje jakość życia kobiet z NTP. Utworzono dwie grupy: pierwszą grupę stanowiły kobiety z wykształceniem poniżej wyższego (podstawowe, zawodowe i średnie), a drugą grupę — kobiety z wykształceniem wyższym. Wyniki testu U Manna–Whitneya wykazały, że kobiety z wykształceniem wyższym mają lepszą jakość życia w domenie fizycznej ($p = 0,009$; średnia wielkość efektu) i domenie psychologicznej ($p = 0,021$; mała wielkość efektu), a także w domenie środowiskowej ($p = 0,049$; mała wielkość efektu) niż kobiety z NTP mające niższy poziom wykształcenia (tabela 19).

Tabela 18

Analiza porównawcza jakości życia w zależności od poziomu wykształcenia

Zmienne	Kobiety z NTP z wykształceniem poniżej wyższego ($n = 53$)			Kobiety z NTP z wyższym wykształceniem ($n = 58$)			U	Z	p	η^2 (wielkość efektu)
	M	Me	Średnia rang	M	Me	Średnia rang				
Domena fizyczna	14,40	14,29	47,68	15,38	15,14	63,60	1096,0	-2,614	0,009	0,061 (średnia)
Domena psychologiczna	12,67	12,67	48,66	13,63	13,33	62,71	1148,0	-2,310	0,021	0,048 (mała)
Domena relacji społecznych	13,46	13,33	53,13	13,82	13,33	58,62	1385,0	-0,903	0,366	0,007 (nieznacząca)
Domena środowiskowa	13,14	13,00	49,73	13,84	13,50	61,73	1204,5	-1,972	0,049	0,035 (mała)

Adnotacja. M = średnia; Me = mediana; U = wartość testu Manna–Whitneya; Z = wartość Z w teście U Manna–Whitneya. Źródło: opracowanie własne.

Przeanalizowano, czy status związku różnicuje jakość życia kobiet z NTP. Utworzono dwie grupy: pierwszą grupę stanowiły kobiety niepozostające w związku (status związku: panna, rozwiedziona, wdowa), a drugą grupę — kobiety pozostające w związku (status związku: zamężna, w związku nieformalnym). Za pomocą testu U Manna–Whitneya porównano wyniki jakości życia między tymi dwiema grupami (tabela 19).

Tabela 19

Analiza porównawcza jakości życia między kobietami z NTP niepozostającymi w związku a kobietami z NTP pozostającymi w związku

Zmienne	Kobiety z NTP niepozostające w związku (<i>n</i> = 47)			Kobiety z NTP pozostające w związku (<i>n</i> = 64)			<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	η^2 (wielkość efektu)
	<i>M</i>	<i>Me</i>	Średnia rang	<i>M</i>	<i>Me</i>	Średnia rang				
Domena fizyczna	14,72	14,86	53,76	15,05	14,86	57,65	1398,5	-0,630	0,529	0,004 (nieznacząca)
Domena psychologiczna	12,99	13,33	54,43	13,30	13,33	57,16	1430,0	-0,442	0,659	0,002 (nieznacząca)
Domena relacji społecznych	12,57	12,00	43,33	14,44	14,67	65,3	908,5	-3,585	<0,001	0,114 (średnia)
Domena środowiskowa	13,23	13,00	52,83	13,71	13,50	58,33	1355,0	-0,892	0,373	0,007 (nieznacząca)

Adnotacja. *M* = średnia; *Me* = mediana; *U* = wartość testu Manna–Whitneya; *Z* = wartość *Z* w teście *U* Manna–Whitneya. Źródło: opracowanie własne.

Wykazano, że kobiety z NTP niepozostające w związku mają niższą jakość życia tylko w domenie relacji społecznych ($p < 0,001$; średnia wielkość efektu) niż kobiety z NTP pozostające w związku (tabela 19). Status związku statystycznie istotnie nie różnicował jakości życia w domenie fizycznej, psychologicznej i środowiskowej.

Rozdział 4. Dyskusja wyników

Badania jakości życia osób chorych na NTP są bardzo ważne, ponieważ pozwalają na identyfikację czynników z nią związanych. Odzwierciedla to potrzeby medycyny praktycznej, która skierowana jest nie tylko na leczenie chorób, ale również na podwyższenie jakości życia osób chorych (Larionow, 2022; Shchelkova i in., 2017). W ramach tej pracy doktorskiej przeanalizowano rolę cech reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości, a także percepcji choroby w ich związku z jakością życia u kobiet z NTP. Uwzględniono także rolę czynników medycznych i socjodemograficznych w różnicowaniu jakości życia kobiet z NTP.

Głównym zagadnieniem badawczym tej rozprawy doktorskiej było wyjaśnienie tego, czy i jakie analizowane czynniki psychologiczne są mniej lub bardziej znaczącymi predyktorami jakości życia kobiet z NTP oraz czy i które z nich są związane z kontrolą NTP i współchorobowością. Wiedza o najbardziej relewantnych czynnikach psychologicznych związanych z jakością życia, kontrolą NTP i współchorobowością jest bardzo ważna, ponieważ pozwala na skuteczniejszą i szybszą pomoc psychologiczną pacjentom z NTP. Pod tym względem praca doktorska odpowiada na ważne pytanie medycyny praktycznej w zakresie leczenia NTP.

Pierwsze pięć pytań badawczych miało na celu ustalić, czy reaktywność emocjonalna, ruminacja, symptomy depresji i lęku, wrogość, a także percepcja choroby są związane z jakością życia kobiet z NTP. Szóste pytanie badawcze odnosiło się do określenia najbardziej znaczących predyktorów jakości życia spośród badanych czynników psychologicznych (analiza regresji wielorakiej). Siódme pytanie badawcze dotyczyło związku poszczególnych zmiennych medycznych (czasu trwania NTP, liczby przyjmowanych leków na NTP) z jakością życia. Z kolei ósme pytanie badawcze odnosiło się do związku wybranych zmiennych medycznych (kontroli NTP i współchorobowości) z jakością życia i czynnikami psychologicznymi (reaktywnością emocjonalną, ruminacją, symptomami depresji i lęku, wrogością, a także percepcją choroby). Dziewiąte pytanie badawcze dotyczyło związku zmiennych socjodemograficznych z jakością życia kobiet z NTP.

Statystyki opisowe domen jakości życia. Analiza statystyk opisowych odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza WHOQoL-BREF badającego jakość życia wskazała na obecność określonych problemów, z którymi borykają się kobiety z NTP. W domenie fizycznej jest to niska jakość snu, w domenie psychologicznej — nieco obniżona zdolność do cieszenia się życiem, w domenie relacji społecznych — niskie zadowolenie z życia seksualnego, a w domenie środowiskowej — słaba dostępność opieki medycznej.

Zaburzenia snu są związane z występowaniem i rozwojem powikłań sercowo-naczyniowych (Cunnington i in., 2013; Lo i in., 2018; Prejbisz, 2010). Ponadto niska jakość snu jest istotnie związana z

opornym NTP u kobiet, niezależnie od obecności innych czynników ryzyka natury sercowo-naczyniowej i psychiatrycznej (Bruno i in., 2013). Wykazano, że brak zaburzeń snu (nawet wykryty za pomocą jednego przesiewowego pytania) może wykluczyć obecność zaburzeń psychicznych w 98,9% przypadków w grupie pacjentów z NTP (AlKhatami i in., 2017). Pod tym względem ocena zaburzeń snu ma szczególną wartość diagnostyczną. Istotna wydaje się szczegółowa analiza przyczyn występowania niskiej jakości snu u kobiet z NTP w dalszych badaniach, a także w ramach indywidualnej pracy z pacjentkami z NTP. Warto podkreślić, że Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego 2021 dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej, proponują oceniać jakość snu/obecność zaburzeń snu za pomocą jednego pytania (*Trudność z zaśnięciem lub utrzymaniem snu, lub nadmierny czas snu*) dołączonego do kwestionariusza PHQ-4 (Visseren i in., 2021).

Pytanie o stopień radości z życia było najniżej ocenione w domenie psychologicznej przez badane kobiety z NTP. Może to być związane z wysokim poziomem symptomów depresji w badanej próbie, ponieważ kwestionariusz PHQ-4 właśnie ocenia obniżony nastrój (*Odczuwanie smutku, przygnębienia lub beznadziejności*) i anhedonię (*Małe zainteresowanie albo brak przyjemności w robieniu czegokolwiek*) w skali depresji. Pod tym względem wysoki wynik depresji może przekładać się na niską ocenę pytania o stopień radości z życia w kwestionariuszu WHOQoL-BREF.

Niskie zadowolenie z życia seksualnego wymaga kompleksowej oceny przyczyn z uwzględnieniem wpływu czynników psychologicznych (np. depresji, lęku, traum psychicznych), interpersonalnych, sercowo-naczyniowych, neurologicznych i hormonalnych (Zhong i Anderson, 2022). W polskich badaniach Plopy (2017) odnotowano, że wraz z wiekiem zmniejsza się satysfakcja seksualna kobiet. Przegląd badań wykazał, że rozpowszechnienie seksualnych dysfunkcji u kobiet z NTP jest wyższe niż u kobiet z prawidłowym ciśnieniem tętniczym, natomiast leczenie NTP nie powoduje rozwoju tych dysfunkcji (Choy i in., 2019). Ważne wydaje się poszukiwanie czynników natury psychologicznej (np. jakość komunikacji między partnerami), które mogą być związane z niskim i wysokim zadowoleniem z współżycia (Plopa, 2017). Niezbędne są dalsze badania, biorąc pod uwagę fakt, że liczba doniesień na temat seksualności kobiet z NTP jest niedostateczna (Leśnicka, 2014).

Podsumowując, wyniki tego badania odzwierciedliły obecność problemów zdrowotnych, na które należy zwrócić szczególną uwagę w celu poprawy jakości życia kobiet z NTP. Natura niskiego zadowolenia z życia seksualnego, radości z życia i niskiej jakości snu nawiązuje do prawdopodobnego wspólnego czynnika emocjonalnego, w szczególności stresu i negatywnych emocji. Analiza przyczyn niskiego zadowolenia z tych aspektów jakości życia wymaga szczegółowych badań medycznych i psychologicznych, zwłaszcza o charakterze jakościowym. Badanie przeprowadzono w okresie pandemii COVID-19, kiedy dostępność pomocy medycznej była obiektywnie ograniczona, co mogło skutkować niskim zadowoleniem z dostępu do opieki medycznej u kobiet z NTP. Warto również podkreślić aspekty jakości życia, które były

najlepiej ocenione przez badane kobiety z NTP. Były one najbardziej zadowolone ze swej możliwości poruszania się (domena fizyczna), z samych siebie (domena psychologiczna), wsparcia od przyjaciół (domena relacji społecznych) i warunków mieszkaniowych (domena środowiskowa). Tak więc badane kobiety z NTP pozytywnie oceniły siebie i swoich przyjaciół, a także swoje warunki mieszkaniowe.

Przesiewowa ocena depresji i lęku. Analizując wyniki przesiewowej oceny zaburzeń lękowych i depresyjnych za pomocą kwestionariusza PHQ-4 można odnotować niekorzystną sytuację w tym zakresie. Około 40% i 25% badanych kobiet z NTP otrzymało pozytywny wynik przesiewowy w zakresie zaburzeń lękowych i depresyjnych, odpowiednio. Wyniki te wskazały na szerokie rozpowszechnienie prawdopodobnych zaburzeń lękowych i depresyjnych w badanej próbie. Natomiast dane te są w pełni spójne z wynikami meta-analiz, które wykazały, że około 30–33% pacjentów z NTP miało znaczące klinicznie symptomy depresji (Endomba i in., 2020; Li, Li i in., 2015). Zgodnie z wynikami badań symptomy lęku miało 21,3% (Loke i Ching, 2022), 32,7% (Abdisa i in., 2022) i nawet 56% osób z NTP (Kretchy i in., 2014). Ogólnie rzecz biorąc, tak różnorodne rozpowszechnienie tych symptomów może wynikać z wielu przyczyn, w tym przeprowadzenia badań na populacjach różniących się wiekiem, płcią lub rasą, zastosowania różnych testów psychologicznych mierzących takie same konstrukty (np. lęk), które jednak były w odmienny sposób zdefiniowane (Chachaj i Małyszczak, 2008; Larionow, 2023b). Biorąc pod uwagę fakt, że przesiewowy 4-punktowy kwestionariusz PHQ-4 dobrze wykrywa obecność zaburzeń depresyjnych i lękowych (García-Campayo i in., 2012; Kroenke i in., 2003; Plummer i in., 2016), może być on wykorzystany podczas przeprowadzenia badań przesiewowych tych zaburzeń wśród kobiet chorych na NTP. Warto podkreślić, że kwestionariusz PHQ-4 cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (wersja polska: Larionow i Mudło-Głagolska, 2023) i był rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (Visseren i in., 2021) i polskich psychiatrów (Samochowicz i in., 2021) do przesiewowej oceny depresji i lęku.

Statystyki opisowe percepcji choroby i jakościowa analiza przyczyn choroby. Analizując wymiary percepcji choroby o emocjonalnym znaczeniu, można odnotować, że większość badanych kobiet z NTP była bardziej niż średnio zaniepokojona chorobą, a także na średnim poziomie doświadczała objawów choroby i wpływu choroby na emocje (duże zróżnicowanie wyników). Pod tym względem, ocena reakcji emocjonalnych wobec NTP jest ważnym obszarem badań, zwłaszcza z zastosowaniem metod jakościowych, w tym wywiadu.

Zdaniem badanych kobiet z NTP, ich choroba najczęściej spowodowana była czynnikami takimi jak: stres, negatywne emocje i stany emocjonalne, następnie niezdrowy styl życia i czynniki medyczne (głównie inne choroby i skutki uboczne leków). Najmniej rozpowszechnionymi przyczynami były praca zawodowa, relacje z rodziną, a także i inne poszczególne czynniki. Można przypuścić, że natura przyczyn w kategoriach „praca zawodowa” i „relacje z rodziną” również może być związana ze stresem i negatywnymi

emocjami, chociaż na podstawie tych odpowiedzi nie można tego jednoznacznie stwierdzić. Innymi słowy, badane kobiety z NTP uważały, że to właśnie czynniki psychologiczne są najbardziej odpowiedzialne za występowanie u nich NTP. Ogólnie osoby badane miały adekwatne spostrzeżenie przyczyn powodujących NTP, ponieważ wymienione przyczyny rzeczywiście są czynnikami ryzyka NTP (Knieć i Kujawska-Łuczak, 2012; Williams i in., 2019; World Health Organization, 2013b).

Warto również podkreślić, że kobiety z NTP są świadome roli stresu nie tylko w rozwoju NTP, ale również w przebiegu ich choroby, co mogą zilustrować ich komentarze („*Wiem na pewno, że na moje ciśnienie, ma wpływ moje nerwowe życie. Systematycznie biorę leki, ale przy najmniejszym stresie, ciśnienie idzie w górę*”; „*Działka, umiarkowana praca, świeże powietrze, zero stresu i od razu ciśnienie w normie*”). Można przypuścić, że uwzględnienie roli czynników psychologicznych podczas leczenia, psychoedukacji i profilaktyki NTP może budzić zainteresowanie wśród kobiet z NTP.

Analiza jakościowa przyczyn choroby wykazała, że dla badanych kobiet z NTP stres jest ważnym czynnikiem ryzyka niekorzystnego przebiegu NTP. W badaniach polskich odnotowano, iż osoby z NTP miały większy poziom napięcia emocjonalnego, stresu intrapsychicznego i zewnętrznego, a także częściej korzystały ze strategii skoncentrowanych na emocjach podczas radzenia sobie ze stresem niż osoby zdrowe (Kowalczyk, 2021), co podkreśla niezbędną opracowania skutecznych metod pomocy psychologicznej chorym na NTP. Paradoksalnie, polscy studenci medycyny nie wymieniają stresu jako przyczyny NTP (Sobierajski i in., 2022), co podkreśla, że psychologiczne aspekty NTP wśród przyszłych lekarzy są niedoceniane (bez względu na duże osiągnięcia polskiej psychologii zdrowia w tym zakresie). Świadomość roli stresu w NTP u badanych kobiet jest pozytywną oznaką adekwatnej percepcji choroby, natomiast brak świadomości studentów medycyny wobec roli stresu w NTP wymaga większej integracji biopsychospołecznego modelu zdrowia w edukacji medycznej i zwrócenia uwagi na czynniki ryzyka NTP. Jest to ważne, żeby skuteczniej pomagać pacjentom, w opinii których rozmowa z lekarzem jest najbardziej pożądaną i efektywną formą edukacji (Taran i in., 2013).

4.1. Związki reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości i percepcji choroby z jakością życia kobiet z NTP

Hipoteza 1 mówiąca o istnieniu związku między reaktywnością emocjonalną a jakością życia kobiet z NTP została potwierdzona. Wyniki badania odzwierciedliły następujące prawidłowości: (1) szybsze lub łatwiejsze pojawienie się emocji pozytywnych, ich większa intensywność i długość trwania wiążą się z lepszą jakością życia we wszystkich jej domenach; (2) szybsze lub łatwiejsze pojawienie się emocji negatywnych, ich większa intensywność i długość trwania wiążą się z niższą jakością życia tylko w domenie fizycznej i psychologicznej, (3) czas trwania emocji jest najsilniej związany z jakością życia, nieco słabiej aktywacja emocji i najslabiej intensywność emocji (dotyczy to zarówno reaktywności negatywnych emocji, jak i pozytywnych).

Zgodnie z wiedzą autora tej pracy doktorskiej jest to pierwsze badanie rozpatrujące związek cech reaktywności emocjonalnej, zarówno związanych z negatywnymi, jak i pozytywnymi emocjami z jakością życia kobiet z NTP. Wyniki te korespondują z przeprowadzonymi w Polsce badaniami Larionowa i Mudło-Głagolskiej (2022), w których odnotowano, że reaktywność pozytywnych emocji była związana z podwyższeniem dobrostanu psychicznego, a reaktywność negatywnych emocji z jego obniżeniem. Spośród wymiarów reaktywności, czas trwania był najsilniej związany z dobrostanem, a intensywność emocji była najsłabiej z nim związana. Otrzymane w pracy doktorskiej wyniki są w pełni zgodne z wnioskami Dienera i in. (2009), którzy podkreślili, że subiektywny dobrostan psychiczny jest najsilniej związany z czasem trwania pozytywnych emocji, a nie z ich intensywnością.

Badania dowodzą, że pozytywne emocje (pozytywny afekt) determinuje zdrowie układu sercowo-naczyniowego niezależnie od wpływu negatywnego afektu. Tak więc meta-analiza badań wykazała, że pozytywny afekt jest związany ze zmniejszoną śmiertelnością z przyczyn sercowo-naczyniowych, a ten ochronny efekt był niezależny od negatywnego afektu (Chida i Steptoe, 2008). W badaniach prospektywnych Davidson i in. (2010) wykazano, że pozytywne emocje chronią przed rozwojem choroby niedokrwiennej serca. Chociaż pozytywne emocje są związane z lepszym zdrowiem sercowo-naczyniowym, pozostaje niejasne czy dobre zdrowie poprzedza pozytywne emocje lub pozytywne emocje poprzedzają dobre zdrowie, czy te czynniki występują jednocześnie (Boehm i in., 2020).

Przeglądy badań podkreślają mechanizmy, które łączą pozytywny afekt z lepszym zdrowiem psychosomatycznym. Tak więc Steptoe i in. (2009) oraz Dockray i Steptoe (2010) wykazali, że pozytywne emocje wpływają na zdrowie poprzez bardziej prozdrowotne zachowania, fizjologiczne mechanizmy (np. mniejszą produkcję kortyzolu, adaptacyjne funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego), a także funkcjonowanie społeczne (np. wyższe postrzegane wsparcie społeczne, optymizm i lepsze radzenie sobie).

Powołując się na powyższe mechanizmy można wyjaśnić, dlaczego reaktywność pozytywnych emocji (w szczególności czas trwania emocji) jest dodatnio związana z jakością życia we wszystkich domenach. Wyższa reaktywność pozytywnych emocji jest związana z bardziej adaptacyjną regulacją emocji, niższym poziomem negatywnego afektu, symptomów depresji, lęku i stresu oraz z wyższym poziomem pozytywnego afektu (Larionov i in., 2021; Larionow i in., 2022; Larionow i Mudło-Głagolska, 2022; Preece i in., 2019). To wszystko sugeruje, że najbardziej prawdopodobnym mechanizmem łączącym reaktywność pozytywnych emocji z jakością życia jest zmniejszenie negatywnego afektu i zwiększenie pozytywnego afektu i/lub dobrostanu psychologicznego, co przekłada się na ogólnie wyższą oceną jakości życia.

Ocena reaktywności pozytywnych emocji nabiera coraz większego znaczenia, biorąc pod uwagę ciekawy fakt, że reaktywność negatywnych emocji nie była związana z domeną relacji społecznych i

domeną środowiskową, podczas gdy reaktywność pozytywnych emocji była związana ze wszystkimi domenami jakości życia. Można przypuścić, że ocena parametrów z domeny relacji społecznych i domeny środowiskowej, które odnoszą się bardziej do cech środowiska, nie ma tak dużego osobowościowo-emocjonalnego znaczenia o walencji negatywnej dla badanych kobiet z NTP, jak ocena parametrów z domeny fizycznej i psychologicznej, które dotyczą indywidualnych cech jednostki, tj. funkcjonowania jej somy i psyche. W dalszej części dyskusji znaczenie cech reaktywności negatywnych i pozytywnych emocji będzie rozpatrzone w kontekście roli czynników medycznych, w tym kontroli NTP, gdzie rola cech reaktywności pozytywnych emocji miała również większe znaczenie niż rola cech reaktywności negatywnych emocji.

Hipoteza 2 mówiąca o istnieniu związku między ruminacją a jakością życia kobiet z NTP została potwierdzona. Zgodnie z oczekiwaniami, ruminacja ujemnie korelowała z jakością życia w domenie fizycznej ($r = -0,31, p < 0,01$) i domenie psychologicznej ($r = -0,31, p < 0,001$), co koresponduje z wynikami innych badań (Bharti i Mukhopadhyay, 2011).

Częstsze stosowanie ruminacji, wyrażającej się w ciągłym myśleniu o negatywnym zdarzeniu i uczuciach z nim związanych, było związane z niższą jakością życia w domenie fizycznej i domenie psychologicznej. Ruminacje i negatywny afekt mogą utrudniać regenerację układu sercowo-naczyniowego po sytuacjach stresujących (Brosschot i in., 2005; Gerin in., 2012; Johnson i in., 2012; Key i in., 2008; Radstaak i in., 2011), a ruminacja o przeszłych wydarzeniach wywołujących złość, może skutkować utrzymującym się wzrostem ciśnienia krwi (Gerin i in., 2006). To wszystko sugeruje, że ruminacja może prowadzić do niekorzystnych skutków w leczeniu NTP i w ten sposób przekładać się na obniżenie jakości życia w domenie fizycznej, która odzwierciedla zadowolenie ze zdrowia somatycznego, poziom witalności i jakości snu, stopień zależności od leczenia. Ruminacja może powodować rozwój negatywnego afektu, w tym stresu, zaburzeń depresyjnych i lękowych (Garnefski i in., 2001; Martin i Dahlen, 2005), które są bezpośrednio związane z oceną domeny psychologicznej. W związku z tym, że ruminacja jest związana z ciągłym przeżywaniem myśli na temat negatywnych zdarzeń i uczuć z nimi związanych, z którymi bezpośrednio spotkały się osoby badane, to brak związków ruminacji z domeną relacji społecznych i domeną środowiskową, które dotyczą oceny cech środowiska i charakteryzują się mniejszym osobowościowo-emocjonalnym znaczeniem, można uznać za uzasadniony.

Hipoteza 3 mówiąca o istnieniu ujemnych związków symptomów depresji i lęku z jakością życia kobiet NTP została potwierdzona. Symptomy depresji i lęku ujemnie korelowały ze wszystkimi domenami jakości życia (oprócz korelacji symptomów lęku z domeną relacji społecznych). Tym samym potwierdzone zostały wcześniejsze doniesienia (Katsi i in., 2017; Mantovani i in., 2017; Rueda i Pérez-García, 2013; Saboya i in., 2010). Ogólnie symptomy depresji mają większe negatywne znaczenie w procesie rozwoju NTP niż symptomy lękowe (Cohen i in., 2015; García-Vera i in., 2010). W tym badaniu zaobserwowano

podobną prawidłowość, ale w stosunku do jakości życia kobiet z NTP: symptomy depresji były silniej związane z jakością życia niż symptomy lęku. Znaczenie tych zależności dla praktyki medycznej zostanie rozpatrzone w dalszej części dyskusji.

Hipoteza 4 mówiąca o istnieniu ujemnego związku między wrogością a jakością życia kobiet z NTP została potwierdzona. Wyższe nasilenie wrogości wiązało się z niższą jakością życia w domenie fizycznej i psychologicznej, a także domenie środowiskowej. Charakteryzująca się negatywnym stosunkiem do innych ludzi, osoba wroga może ogólnie oceniać świat jako niebezpieczny, a także nie mieć zaufania do lekarza i/lub systemu opieki zdrowotnej (Woś-Szymanowska i in., 2018), co z kolei może przekładać się na obniżenie jakości życia. Wrogość, będąc względnie stałą cechą osobowości, może skutkować kształtowaniem się przewlekłego negatywnego afektu, który zgodnie z modelem moderacji stresu transakcyjnego prowadzi do rozwoju chorób, ich utrzymania i trudności w leczeniu (Sahoo i in., 2018). Ogólnie wyniki tego badania potwierdziły wcześniejsze doniesienia o negatywnej roli wrogości w jakości życia pacjentów z NTP (Julkunen i Ahlström, 2006), natomiast jej rola na tle innych analizowanych czynników psychologicznych była najmniejsza, co zostało odnotowane w następnych częściach dyskusji.

Z praktycznego punktu widzenia wydaje się ważne zmniejszenie poziomu wrogości w celu polepszenia jakości życia. Biorąc pod uwagę fakt, że wrogość jest względnie stałą cechą osobowości (Woodall i Matthews, 1993), przeprowadzenie takich interwencji psychologicznych może być trudne. Z tego powodu, niezbędne są dalsze badania w celu określenia mechanizmów, które mogą wyjaśniać związek między wrogością a jakością życia (Moncrieff i in., 2016). Larionov (2020b) wykazał empirycznie, że wrogość, poprzez częste stosowanie nieadaptacyjnych poznawczych strategii regulacji emocji (np. katastrofizowania, obwiniania innych), prowadzi do dystresu. Dlatego też redukcja stosowania tych strategii może zmniejszyć negatywny efekt wrogości na rozwój dystresu. Ważne wydaje się badanie podobnych mechanizmów w próbie chorych na NTP, co pozwoli na opracowanie metod pomocy psychologicznej pacjentom charakteryzującym się wysokim poziomem wrogości.

Hipoteza 5 mówiąca o istnieniu związku między percepcją choroby a jakością życia kobiet z NTP została potwierdzona. Większość wymiarów percepcji choroby charakteryzujących zagrażający obraz choroby (wpływ choroby, doświadczenie objawów choroby, zaniepokojenie chorobą oraz wpływ choroby na emocje) była ujemnie związana ze wszystkimi domenami jakości życia (oprócz relacji społecznych). Z kolei pozytywne cechy percepcji choroby takie jak przekonanie o kontroli choroby i skuteczności leczenia wiązały się z lepszą jakością życia w domenie fizycznej i psychologicznej. Przekonanie o skuteczności leczenia było dodatnio związane z domeną środowiskową, a rozumienie choroby — tylko z domeną psychologiczną. Czas trwania choroby (jako wymiar percepcji choroby) nie był związany z domenami jakości życia kobiet z NTP. Warto podkreślić, iż percepcja NTP jako choroby chronicznej ma funkcjonalny

charakter, ponieważ odzwierciedla zgodność z naukową wiedzą medyczną i wskazuje na adekwatne postrzeganie choroby przez pacjentów (Dolińska-Zygmunt, 1996a).

Rozpatrując rolę takich wymiarów percepcji choroby jak zaniepokojenie chorobą i wpływ choroby na emocje, można odnotować, że wysoki wynik w tych wymiarach może świadczyć o silnej reakcji emocjonalnej osoby chorej wobec swojej choroby. Badanie za pomocą kwestionariusza B-IPQ nie pozwala na określenie czynników, które spowodowały silną reakcję emocjonalną. Natomiast po zastosowaniu kwestionariusza B-IPQ lekarz i/lub psycholog może przeprowadzić wywiad pozwalający na określenie przyczyn tego zjawiska. Kwestionariusz B-IPQ zawiera tylko 8 stwierdzeń, co gwarantuje szybką ocenę percepcji choroby. Biorąc pod uwagę fakt, że postrzeganie choroby jako groźniejszej wiązało się z obniżeniem jakości życia, osoby chore, charakteryzujące się takim postrzeganiem choroby, mogą być grupą ryzyka niskiej jakości życia.

Warto zwrócić uwagę na badania naukowe wskazujące, że postrzeganie choroby jako groźniejszej jest związane z nie tylko z negatywnymi, ale również i pozytywnymi skutkami w procesie leczenia NTP. Tak więc takie postrzeganie choroby było związane z aktywniejszym podejmowaniem zachowań prozdrowotnych u pacjentów z chorobami kardiologicznymi (Nur, 2018). Pod tym względem, słusznym wydaje się określenie percepcji choroby, którą naukowcy z Egiptu nazwali mianem „broni obosiecznej” (Abdallah i in., 2021). W odniesieniu do tego, w praktyce lekarskiej podczas indywidualnej pracy z pacjentem powinna być wykonana szczegółowa ocena roli wymiarów percepcji choroby w celu wysunięcia właściwych wniosków o ich (dys)funkcjonalnym znaczeniu w leczeniu konkretnego pacjenta.

Podsumowując, analiza korelacji wskazała na istnienie związków percepcji choroby z jakością życia kobiet z NTP, co koresponduje z wynikami meta-analizy Broadbent i in. (2015). W następnej części dyskusji, na podstawie wyników regresji wielorakiej, zostanie opisana rola tych wymiarów percepcji choroby, które zostały określone jako istotne predyktory jakości życia (przy kontroli innych czynników psychologicznych).

4.2. Psychologiczne predyktory jakości życia kobiet z NTP

Hipoteza 6 mówiąca o tym, że reaktywność emocjonalna, symptomy depresji i lęku, ruminacja, wrogość i percepcja choroby są istotnymi predyktorami jakości życia kobiet z NTP, a symptomy depresji są najbardziej znaczącym predyktorem spośród tych czynników psychologicznych, została w dużej mierze potwierdzona. Ruminacja, symptomy lęku, wrogość i większość wymiarów percepcji choroby nie zostały określone jako statystycznie istotne predyktory jakości życia w żadnej z jej domen. Natomiast symptomy depresji były znaczącym predyktorem niskiej jakości życia we wszystkich domenach.

Analizując statystycznie istotne predyktory w poszczególnych domenach jakości życia, można odnotować, że doświadczenie objawów choroby i symptomy depresji były ujemnymi predyktorami, natomiast kontrola choroby była dodatnim predyktorem jakości życia w domenie fizycznej (procent

wyjaśnionej wariancji był bardzo wysoki [skorygowane $R^2 = 36,70\%$]). Pod tym względem mniejsze doświadczenie objawów choroby i mniejsze nasilenie symptomów depresji, a także silne przekonania o kontroli choroby były związane z lepszą zdolnością do wykonywania czynności życia codziennego i pracy, z wyższą witalnością, niższym poziomem zmęczenia, lepszym snem i wypoczynkiem oraz innymi cechami charakteryzującymi wysoką jakość życia w domenie fizycznej.

Ogólna reaktywność negatywnych emocji i symptomy depresji były ujemnymi predyktorami, a ogólna reaktywność pozytywnych emocji była dodatnim predyktorem jakości życia w domenie psychologicznej (skorygowane $R^2 = 43,28\%$). Wynika z tego, że tendencja jednostki do szybkiego, intensywnego i długiego przeżywania emocji negatywnych, a także symptomy depresji, mogą przyczyniać się do obniżenia radości z życia, poczucia sensu życia, uwagi, koncentracji, zadowolenia z własnego ciała, siebie i ogólnie negatywnych stanów emocjonalnych. Natomiast tendencja jednostki do szybkiego, intensywnego i długiego przeżywania emocji pozytywnych może prowadzić do zadowolenia z tych wskaźników jakości życia. Te trzy predyktory wyjaśniły aż 43,28% zmienności wyników, co wskazuje na bardzo duży efekt tych zmiennych w predykcji jakości życia w domenie psychologicznej.

Z teoretycznego punktu widzenia warto podkreślić, że reaktywność pozytywnych emocji była niezależnym predyktorem w domenie psychologicznej przy kontroli silnych predyktorów, takich jak reaktywność negatywnych emocji i symptomy depresji, co wskazuje na jej ważną rolę w predykcji jakości życia. Reaktywność negatywnych emocji i reaktywność pozytywnych emocji nie są w pełni ortogonalnymi czynnikami, ponieważ są słabo ujemnie skorelowane (Larionov i in., 2021; Larionow i Mudło-Głagolska, 2022; Preece i in., 2019). Wyniki tych badań wskazują, że nie wystarczy wyeliminować „negatywnych” czynników, należy jeszcze wzmacniać „pozytywne” czynniki, które są związane z jakością życia i funkcjonowaniem w chorobie. Januszewska i Steuden (2015) podkreśliły znaczenie rozwoju kompetencji emocjonalnych, nie tylko wobec negatywnych emocji, ale także pozytywnych emocji, w grupie chorych na NTP. Wykazano, iż wysoki poziom odczuwanego stresu u pacjentów z NTP ma związek z rzadszym wykorzystaniem strategii radzenia sobie ze stresem zorientowanych na emocje pozytywne (np. wsparcie emocjonalne, pozytywne przewartościowanie, humor; Torres i in., 2022). Ogólnie, problemy z regulacją negatywnych emocji mogą ograniczać kształtowanie się kompetencji emocjonalnych w zakresie pozytywnych emocji (Januszewska i Steuden, 2015), dlatego podczas opracowania interwencji psychologicznych należy uwzględniać techniki psychologii pozytywnej, np. praktyka wdzięczności, akty dobroci itp. (Gulla i Tucholska, 2007).

Z perspektywy podejścia salutogenetycznego (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010), reaktywność pozytywnych emocji może być traktowana jako zasób sprzyjający zdrowiu. Warto podkreślić, że ogólna reaktywność negatywnych emocji ($\beta = -0,36$) była nieco silniejszym predyktorem jakości życia w domenie psychologicznej niż ogólna reaktywność pozytywnych emocji ($\beta = 0,30$). Na bardzo ogólnym poziomie

teoretycznym, wyniki te odzwierciedlają opisaną przez Baumeistera i in. (2001) klasyczną psychologiczną prawidłowość, która sugeruje, że zdarzenia/charakterystyki o wartości negatywnej będą miały większy wpływ na jednostkę niż zdarzenia/charakterystyki o wartości dodatniej tego samego typu. Biorąc pod uwagę fakt, że zarówno reaktywność negatywnych emocji, jak i reaktywność pozytywnych emocji, były istotnymi predyktorami jakości życia w domenie psychologicznej, z praktycznego punktu widzenia wydaje się ważne opracowanie takich metod pomocy psychologicznej kobietom z NTP, które pozwoliłyby na kształtowanie się umiejętności (1) rzadszego, mniej intensywnego i krótszego przeżywania emocji negatywnych i (2) częstszego, bardziej intensywnego i dłuższego przeżywania emocji pozytywnych, np. za pomocą internetowych pozytywnych interwencji psychologicznych dla pacjentów z NTP (Hernandez i in., 2020). Korzystanie z synergetycznych efektów zmniejszenia poziomu reaktywności negatywnych emocji i zwiększenia poziomu reaktywności pozytywnych emocji wydaje się skuteczniejsze i korzystniejsze niż trening tych poszczególnych umiejętności.

Wyjątkowa, lecz niekorzystna, rola symptomów depresji uwidoczniła się w fakcie, że spośród 15 analizowanych predyktorów tylko symptomy depresji były ujemnym i jedynym znaczącym predyktorem jakości życia zarówno w domenie relacji społecznych (skorygowane $R^2 = 8,31$), jak i domenie środowiskowej (skorygowane $R^2 = 13,58\%$). Wyniki tego badania podkreśliły wcześniejsze doniesienia o bardzo dużym znaczeniu symptomów depresji w jakości życia chorych somatycznie (meta-analiza: Ojelabi i in., 2017), rozwoju NTP (Cohen i in., 2015; García-Vera i in., 2010), ale również i w jakości życia kobiet dotkniętych tymi chorobami. Biorąc pod uwagę fakt, że symptomy depresji były znaczącym ujemnym predyktorem wszystkich domen jakości życia badanych kobiet z NTP, ocena tych symptomów w praktyce lekarskiej jest kluczowa. Badania wykazały, że ocena symptomów depresji jest szczególnie istotna u pacjentów ze świeżo zdiagnozowanym NTP, ponieważ sam fakt rozpoznania choroby przewlekłej może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju symptomów depresji w ciągu roku po diagnozie (zob. Villarreal-Zegarra i Bernabe-Ortiz, 2020). Opracowanie wytycznych dotyczących oceny symptomów zaburzeń psychicznych w procesie leczenia NTP, w tym za pomocą kwestionariuszy przesiewowych, zasługuje na uwagę.

Wśród ośmiu wymiarów percepcji choroby, tylko dwa — doświadczenie objawów choroby i kontrola choroby — były istotnymi predyktorami jakości życia w domenie fizycznej u badanych kobiet z NTP. Doświadczenie objawów choroby może mieć ważne diagnostyczne znaczenie w praktyce medycznej. Pojawia się pytanie, czy subiektywne postrzeganie wielu objawów choroby ma obiektywne podłoże w postaci dużej liczby różnorodnych symptomów i dolegliwości? Czy jest to nadmierna emocjonalna reakcja osoby chorej na obiektywnie dobry stan zdrowia? Uwaga lekarzy może być skierowana w stronę pacjentów z NTP mających wysoki wynik w tym wymiarze percepcji choroby, co pozwoli na określenie natury i przyczyn pojawienia się tych objawów. Nie wykluczono, że wysokie wyniki w tej skali mogą

świadczą o obecności cech hipochondrii, która jest szkodliwym czynnikiem w leczeniu NTP (Efremova i in., 2021). Wysokie wyniki w skali doświadczenia objawów choroby i niskie wyniki w kontroli choroby odzwierciedlają trudności w leczeniu NTP. Badanie natury i przyczyn zgłaszanych objawów i przekonania o niskiej kontroli NTP zasługuje na szczególną uwagę podczas pracy medycznej z osobami z NTP. Wyniki badania wskazały na konieczność przeprowadzenia warsztatów psychologicznych w celu podwyższenia jakości życia kobiet z NTP doświadczających wielu dotkliwych objawów choroby, a także charakteryzujących się przekonaniem o niskiej kontroli choroby.

Badanie to miało charakter przekrojowy i podczas przeprowadzenia wielorakiej analizy regresji nie można wyciągnąć żadnych wniosków dotyczących *wpływu* analizowanych czynników psychologicznych (zmiennych niezależnych, predyktorów) na jakość życia (zmienną zależną w analizie regresji). Nie ma możliwości określić, co jest pierwotne — czy obniżenie jakości życia spowodowało rozwój np. symptomów depresji, które następnie wpłynęły na jakość życia, lub odwrotnie — pojawienie się symptomów depresji obniżyło jakość życia, która z kolei spowodowała rozwój depresji. Wszystkie zmienne mogą na siebie wzajemnie wpływać. Jednak w celu wywołania zmian w tych zależnościach, można przeprowadzić interwencje psychologiczne mające na celu obniżenie poziomu symptomów depresji i kształtowanie się adaptacyjnego spostrzegania choroby. Badania wykazały, że takie interwencje były skuteczne (Broadbent i in., 2006; Cohen i in., 2015; Larionov, 2021a, 2021b; Pires i in., 2017).

4.3. Rola zmiennych medycznych w jakości życia kobiet z NTP

Hipoteza 7 mówiąca o istnieniu związków między czasem trwania NTP i liczbą przyjmowanych leków na NTP a jakością życia kobiet z NTP została częściowo potwierdzona. Czas trwania NTP nie był związany z jakością życia (hipoteza 7a niepotwierdzona). Określenie czasu trwania choroby również sprawia pewne trudności, ponieważ NTP rzadko powoduje objawy w początkowej fazie (World Health Organization, 2013a). Z tego względu osoba chora może długo chorować na NTP i nie być tego świadoma. Czas trwania NTP może być związany z wiekiem osób chorych, chociaż nie zawsze taka zależność może zachodzić.

W literaturze naukowej odnotowano ujemny związek czasu trwania choroby z jakością życia (Humańska i in., 2019; Klarkowska i Antczak, 2017; Kurowska i Ratajczyk, 2012; Stachowska i in., 2014; Zyguntowicz i in., 2012), chociaż w tamtych badaniach przy obliczeniu zależności nie kontrolowano wieku badanych jako istotnej zmiennej, która może być związana z czasem trwania choroby i niezależnie obniżać jakość życia. Natomiast w pracy doktorskiej przy obliczeniu korelacji czasu trwania NTP z jakością życia, uwzględniono rolę wieku, co pozwoliło uzyskać dokładniejsze dane dotyczące tej korelacji, a mianowicie brak istotnej statystycznie zależności między czasem trwania NTP a jakością życia.

Zwiększenie liczby przyjmowanych leków na NTP wiązało się z obniżeniem jakości życia w domenie fizycznej (hipoteza 7b potwierdzona), w której ocenia się m.in. zdolność do wykonywania czynności życia

codziennego, a także poziom witalności, zmęczenia, bólu i dyskomfortu oraz jakości snu i wypoczynku. Badania dowiodły, że osoby z NTP miały niższą jakość życia, szczególnie, gdy ciśnienie krwi było kontrolowane przez leki (Trevisol i in., 2012). Stosowanie leków hipotensyjnych może wiązać się z występowaniem działań niepożądanych, w tym zmęczenia, zawrotów głowy, zaburzeń funkcji seksualnych itp., które mogą obniżać jakość życia osób chorych na NTP (Zygmuntowicz i in., 2011). Optymalny schemat dawkowania leków i kontrola ich liczby jest ważnym aspektem skutecznego leczenia NTP (Pupek-Musialik i Musialik, 2011; Szczęć i in., 2007), który może zapewnić ich regularne przyjmowanie przez chorych na NTP (Matthes i Albus, 2014).

W badanej próbie większość kobiet z NTP (35,14%) stosowała jeden lek na NTP, dwa leki były stosowane przez 29,73% badanych, a trzy leki — przez 22,52%. Cztery i powyżej leków stosowało prawie 10% badanych kobiet z NTP. W praktyce medycznej należy zwrócić uwagę na pacjentów, u których zachodzi konieczność przyjmowania coraz większej liczby leków. Klocek i in. (2001) odnotowali, że idealna terapia NTP powinna nie tylko wydłużyć życie osób chorych, ale i poprawiać ich samopoczucie. Wobec tego ocena jakości życia w czasie leczenia przeciwnadciśnieniowego staje się coraz ważniejsza. Badanie roli liczby przyjmowanych leków na NTP może sprawiać pewne trudności, ponieważ coraz częściej lekarze stosują leki złożone, które mają wiele korzyści (m.in. mniejsza liczba tabletek, szybsze uzyskanie kontroli ciśnienia tętniczego, wygoda, poprawa współpracy z pacjentem; Tykarski i in., 2017). Złożoność schematu leczenia (np. duża liczba dawek), rzeczywiste lub postrzegane nieprzyjemne skutki uboczne leków są czynnikami związanymi z nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskiej (Choudhry i in., 2022), co w konsekwencji może prowadzić do niekontrolowanego NTP lub nieskutecznego leczenia.

Podsumowując, wyniki niniejszego badania podkreśliły istotną rolę liczby stosowanych leków hipotensyjnych w jakości życia kobiet z NTP. Ważne wydają się: wybór optymalnej metody leczenia, wykrywanie objawów niepożądanych w czasie leczenia oraz indywidualizacja farmakoterapii w celu zapobiegania pogarszaniu się jakości życia.

Hipoteza 8 zakładająca, że kontrola NTP i obecność chorób współistniejących są związane z jakością życia, reaktywnością emocjonalną, ruminacją, symptomami depresji i lęku, wrogością i percepcją choroby u kobiet z NTP została w dużej mierze potwierdzona.

Kontrola NTP (obecność docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia). W pracy doktorskiej wykazano, że 26,13% kobiet z NTP nie miało docelowych parametrów ciśnienia krwi (140/90 mm Hg lub poniżej), jednak 93,69% badanych kobiet z NTP stale przyjmowało leki na NTP. Wskazuje to na niedostateczną kontrolę NTP u co czwartej osoby badanej w próbie. Wykazano również, że kobiety z NTP, mające niewłaściwe parametry ciśnienia krwi (brak docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia), niżej oceniły jakość swojego życia we wszystkich domenach, w porównaniu do kobiet z kontrolowanym NTP.

Kobiety z niekontrolowanym NTP charakteryzowały się wyższym nasileniem symptomów depresji i ogólnie symptomów lękowo-depresyjnych, a także niższym nasileniem cech reaktywności pozytywnych emocji. Wyniki tego badania są spójne z wcześniejszymi doniesieniami, wskazującymi na zwiększoną tendencję do odczuwania negatywnych emocji u osób z niekontrolowanym NTP (Kowalczyk, 2019; Sanz i in., 2010). Biorąc pod uwagę brak różnic między badanymi grupami w zakresie różnic indywidualnych (ruminacji, wrogości, reaktywności negatywnych emocji), można stwierdzić, że nie są one związane z kontrolą NTP.

Natomiast warto zwrócić uwagę na obecność różnic między grupami w zakresie intensywności pozytywnych emocji i ich czasu trwania, które były istotnie niższe w grupie z niekontrolowanym NTP, szczególnie w wymiarze czasu trwania, gdzie odnotowano średnią wielkość efektu. Być może, oprócz obecności symptomów depresji i lęku, potencjalny niedostatek długiego pozytywnego afektu, do którego może doprowadzić niska obniżona reaktywność pozytywnych emocji, ma również negatywną rolę w kontroli NTP. Wyniki badań wykazały, że wyższe nasilenie pozytywnych emocji było niezależnie związane z niższymi wartościami ciśnienia krwi u starszych osób z NTP, przy kontroli innych czynników socjodemograficznych i behawioralnych (Ostir i in., 2006). Jak wspomniano wyżej, różne mechanizmy mogą łączyć pozytywne emocje z jakością życia. Natomiast w kontekście kontroli NTP niski poziom pozytywnych emocji może wiązać się z większym nasileniem hormonu stresu — kortyzolu (Steptoe i in., 2005), który jest odpowiedzialny za rozwój NTP (Erin i in., 2021).

Określone prawidłowości odnotowano w stosunku do percepcji choroby w zależności od kontroli NTP. Kobiety z niekontrolowanym NTP doświadczały więcej objawów choroby (mała wielkość efektu) i większego wpływu NTP na ich życie (duża wielkość efektu), były bardziej zaniepokojone chorobą (średnia wielkość efektu), a także mniej przekonane o skuteczności leczenia (duża wielkość efektu) i kontroli choroby (średnia wielkość efektu) niż kobiety z kontrolowanym NTP. Kobiety z niekontrolowanym NTP były bardziej zaniepokojone chorobą, co z jednej strony może prowadzić do lepszej kontroli NTP (Abdallah i in., 2021), z drugiej zaś do pojawienia się symptomów stresu, które mogą negatywnie wpływać na skuteczność leczenia. Badacze Loke i Ching (2022) wykazali, że brak kontroli NTP wiązał się z obecnością symptomów depresji, lęku i stresu, a martwienie się powikłaniami choroby było związane z tymi symptomami w próbie osób z NTP niemających chorób współistniejących.

Wyniki tych badań wskazują, że obniżenie jakości życia, objawy psychopatologiczne i niekontrolowane NTP są ze sobą powiązane. Natomiast nie można jednoznacznie stwierdzić, czy obniżona jakość życia lub objawy psychopatologiczne prowadzą do niekontrolowanego NTP, czy to niekontrolowane NTP prowadzi do obniżenia jakości życia i rozwoju tych objawów. Złożoność tych relacji pozwala na przypuszczenie, że prawdopodobnie zachodzi tu błędne koło — zmiany jakości życia, objawy psychopatologiczne i trudności z kontrolą NTP mogą na siebie wzajemnie wpływać. Na poziomie

teoretycznym można bardzo ostrożnie przypuścić, że siła relacji psyche–soma w grupie osób z niekontrolowanym NTP jest nieco silniejsza niż siła relacji w grupie z kontrolowanym NTP. Innymi słowy, soma i psyche kobiet z niekontrolowanym NTP są ściślej związane między sobą (ciało silniej reaguje na emocje, a emocje mają większy wpływ na ciało) niż u osób z kontrolowanym NTP. Zagadnienie to wymaga oddzielnych badań, zwłaszcza psychofizjologicznych, ale wydaje się bardzo perspektywiczne. Warto także spojrzeć na najnowsze badania genetyczne (Cai i in., 2022), które dowiodły, że wysokie ciśnienie krwi ma genetyczny wpływ na rozwój wysokiej neurotyczności, a nie odwrotnie. Natomiast wyniki tych badań nie wykluczają, że istnieją wielokierunkowe mechanizmy, które łączą neurotyczność oraz symptomy depresji i lęku z rozwojem NTP (Cai i in., 2022).

Podsumowując wyniki badań własnych i doniesienia płynące z innych badań, można stwierdzić, że osoby z niekontrolowanym NTP charakteryzują się niższą jakością życia oraz ogólną tendencją do większego nasilenia symptomów psychopatologicznych i zamartwienia się chorobą, w porównaniu do osób z kontrolowanym NTP (hipoteza 8a w dużej mierze potwierdzona). Ponadto kobiety z niekontrolowanym NTP, mniej intensywnie i krócej przeżywają pozytywne emocje niż kobiety z kontrolowanym NTP. Konieczne jest uwzględnienie czynników natury psychologicznej, szczególnie symptomów depresji i lęku (Ho i in., 2015; Wang i in., 2021), a także percepcji choroby w procesie leczenia NTP. W praktyce medycznej szczególną uwagę należy zwrócić na kobiety z NTP charakteryzujące się brakiem kontroli choroby, mające tendencję do doświadczania symptomów lękowo-depresyjnych i charakteryzujące się postrzeganiem choroby jako groźniejszej. Warto przeprowadzić interwencje psychologiczne skierowane na dłuższe doświadczanie pozytywnego afektu (np. zidentyfikowanie sytuacji, które wywołują pozytywne uczucia; włączenie pozytywnych myśli do swojej codziennej rutyny; wspomnienia o swoich osiągnięciach lub sukcesach), które były bardziej skuteczne w kształtowaniu odpowiedniego przestrzegania zaleceń lekarskich wśród pacjentów z NTP, niż tylko interwencje edukacyjne (Ogedegbe i in., 2012).

Współchorobowość. Na podstawie porównania poziomu jakości życia i czynników psychologicznych u kobiet chorych jedynie na NTP i u kobiet z NTP i chorobami współistniejącymi, w tej pracy wykazano, że występowanie chorób współistniejących wiązało się z niższą jakością życia w domenie fizycznej i domenie środowiskowej, co koresponduje z wynikami innych badań (Mannan i in., 2022; Soni i in., 2010; Yao i in., 2019). Kobiety z chorobami współistniejącymi charakteryzowały się wyższą aktywacją negatywnych emocji, wyższym nasileniem symptomów lękowo-depresyjnych, a także postrzeganiem choroby jako groźniejszej. Były one bardziej zaniepokojone chorobą, doświadczały więcej objawów NTP i jego większego wpływu na ich życie i emocje. Wyniki tego badania są spójne ze wcześniejszymi doniesieniami wskazującymi, że obecność chorób współistniejących wiąże się z wysokim nasileniem symptomów

depresji i lęku (Mannan i in., 2022), a także niższą akceptacją choroby (jako pokrewnym konstruktem do percepcji choroby) u pacjentów z NTP (Bijak i in., 2021).

Ograniczeniem przeprowadzonej analizy jest brak uwzględnienia dynamiki zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym po diagnozie chorób współistniejących u osób z NTP. Z jednej strony, zarówno rozwój, jak i diagnoza chorób współistniejących mogą wywoływać zmiany psychosomatyczne, które z kolei mogą spowodować pogorszenie klinicznych aspektów NTP i stanu zdrowia psychicznego. Z drugiej zaś, trudności emocjonalne mogą poprzedzać wystąpienie chorób współistniejących i zmieniać się (najprawdopodobniej wzrastać) po ich diagnozie (Cai i in., 2022). Jednak badanie dynamiki stanu emocjonalnego u chorych na NTP przed i po diagnozie chorób współistniejących nie było celem tej pracy i nie mogło być zrealizowane w ramach badań przekrojowych. Cel ten wymaga oddzielnych badań, zwłaszcza podłużnych. Podsumowując, współchorobowość w NTP jest czynnikiem w znaczący sposób różnicującym jakość życia, stan zdrowia psychicznego i postawę wobec choroby u kobiet z NTP (hipoteza 8a w dużej mierze potwierdzona). W celu podwyższenia jakości życia kobiet z NTP, szczególnie ze współchorobowością, konieczne jest uwzględnienie stanu ich zdrowia psychicznego podczas prowadzenia praktyki medycznej (Mannan i in., 2022).

4.4. Rola zmiennych socjodemograficznych w jakości życia kobiet z NTP

Analiza roli zmiennych socjodemograficznych w różnicowaniu jakości życia była drugorzędym celem badań, natomiast potwierdziła ona wcześniejsze doniesienia w tym zakresie. **Hipoteza 9** zakładająca, że wiek, wykształcenie, status związku, status socjoekonomiczny rodziny są związane z jakością życia kobiet z NTP, została potwierdzona.

Rola wieku i statusu socjoekonomicznego rodziny. Zgodnie z oczekiwaniami, w badaniu wykazano, że wraz ze wzrostem wieku obniżała się jakość życia, ale tylko w domenie relacji społecznych (hipoteza 9a potwierdzona). Niższy status socjoekonomiczny rodziny wiązał się z niższą jakością życia w domenie relacji społecznych i domenie środowiskowej (hipoteza 9d potwierdzona). Oznacza to, że (1) starsze kobiety z NTP i z niskim statusem socjoekonomicznym rodziny były mniej zadowolone z relacji osobistych z ludźmi, z życia intymnego i wsparcia od przyjaciół, (2) kobiety z NTP, charakteryzujące się niskim statusem socjoekonomicznym rodziny, gorzej oceniały swoje środowisko, tj. były mniej zadowolone z ogólnych warunków, w których żyją, swojej opieki medycznej, możliwości zdobycia nowych informacji i umiejętności, a także rekreacji i innych aspektów tej domeny jakości życia. Wyniki te korespondują z wnioskami innych badań zarówno polskich (Klarkowska i Antczak, 2017; Kurowska i Ratajczyk, 2012; Sawicka i in., 2016; Stachowska i in., 2014), jak i zagranicznych (Liang i in., 2019; Xiao i in., 2019). Z praktycznego punktu widzenia dane te zasługują na uwagę, ponieważ odzwierciedlają konieczność skierowania większej uwagi na starsze osoby i osoby z niskim statusem socjoekonomicznym rodziny. Biorąc pod uwagę, że starszy wiek może wiązać się ze śmiercią małżonka, brakiem wsparcia społecznego

lub osamotnieniem (Róžański, 2020) oraz innymi czynnikami szeroko rozpatrzonymi w monografii Pikuły (2016), w ramach współpracy z takimi pacjentkami niezbędne jest zbadanie i uwzględnienie ich *indywidualnych* potrzeb w celu podwyższenia jakości życia. Ważną staje propozycja aktywności społecznej, np. uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku, które pozytywnie wpływa na jakość życia (Leszczyńska i Jeżewska, 2010; Ossowski, 2020). Niski status socjoekonomiczny rodziny może również być związany z innymi czynnikami socjodemograficznymi, np. wykształceniem lub wiekiem. Dlatego też w celu właściwej oceny trudności, które napotykały kobiety z NTP, należy uwzględnić rolę wszystkich czynników jednocześnie w ramach indywidualnej pracy z pacjentkami z NTP.

Rola wykształcenia. Kobiety z wykształceniem wyższym lepiej oceniały swoją jakość życia w domenie fizycznej (średnia wielkość efektu), domenie psychologicznej i w domenie środowiskowej (mała wielkość efektu) niż kobiety mające niższy poziom wykształcenia (hipoteza 9b potwierdzona). Z kolei poziom wykształcenia nie różnicował jakości życia w domenie relacji społecznych. Większość zagranicznych i polskich badań wskazała na pozytywną rolę wysokiego poziomu wykształcenia w jakości życia osób z NTP (Kurowska i Ratajczyk, 2012; Riley i in., 2019; Zhang i in., 2017; Zygmuntowicz i in., 2012). Uwaga, którą poświęcają swojemu zdrowiu i leczeniu osoby wykształcone, pozwala na wcześniejsze otrzymanie pomocy lekarskiej, co z kolei może wiązać się z wyższą jakością życia. Polscy pacjenci z NTP, z wykształceniem średnim i wyższym, częściej prowadzili samokontrolę ciśnienia tętniczego krwi w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym (Maciąg i in., 2017). Biorąc pod uwagę średnią wielkość efektu dla różnic w domenie fizycznej, wykształcenie ma znaczącą rolę w zabezpieczeniu witalności, w wykonywaniu czynności życia codziennego, zdolności do pracy, mobilności i skuteczności leczenia. Niższe wykształcenie może skutkować niższą jakością życia poprzez niedostateczne dbanie o siebie i nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich. Z praktycznego punktu widzenia ocena wykształcenia ma ważne znaczenie w praktyce medycznej i psychologicznej. Należy dopasować sposób komunikacji z pacjentem, uwzględniając poziom wykształcenia, tj. wyjaśniać kluczowe kwestie medyczne lub psychologiczne w sposób zrozumiały dla pacjenta (Woś-Szymanowska i in., 2018).

Rola stanu cywilnego. Kobiety z NTP niepozostające w związku niżej oceniły jakość swojego życia w domenie relacji społecznych niż kobiety z NTP pozostające w związku (średnia wielkość efektu; hipoteza 9c potwierdzona), tj. były mniej zadowolone z relacji osobistych z ludźmi, z życia intymnego i wsparcia przyjaciół, co jest wynikiem oczekiwanym i odnotowanym w innych badaniach (Adamu i in., 2022; Riley i in., 2019; Xiao i in., 2019). Natomiast warto podkreślić, że bycie w związku może być zarówno źródłem wsparcia i prowadzić do pozytywnych skutków dla zdrowia, jak i stresem związanym z rozwojem chorób i śmiertelnością (Olszewska i in., 2009; Robles i Kiecolt-Glaser, 2003). Tak więc udowodniono, że osoby w związkach małżeńskich miały wyższą satysfakcję z życia niż osoby niezamężne, natomiast osoby niezamężne miały lepsze parametry ciśnienia krwi niż osoby zamężne z „nieszczęśliwych” związków

mażeńskich, co można wyjaśnić za pomocą *hipotezy stresu/wsparcia społecznego* (Holt-Lunstad i in., 2008). Niepozostawanie w związku i/lub „nieszczęśliwy” związek małżeński mogą skutkować większym stresem i niedostatkami wsparcia społecznego, co z kolei może prowadzić do obniżenia dobrostanu i negatywnych skutków zdrowotnych (Holt-Lunstad i in., 2008; Robles i Kiecolt-Glaser, 2003). Nawet wystarczające wsparcie społeczne ze strony otoczenia nie rekompensuje niekorzystnego statusu psychosomatycznego u osób niezamężnych i osób z „nieszczęśliwych” związków małżeńskich (Holt-Lunstad i in., 2008). W praktyce medycznej proponowano oceniać izolację społeczną za pomocą krótkich pytań (np. „Czy mieszka Pan/Pani sam/a? Czy odczuwa Pan/Pani brak bliskiej osoby? Czy ma Pan/Pani odczucie, że nie ma nikogo, kto pomógłby w przypadku choroby?”; Sobczak i in., 2011, s. 841). Biorąc powyższe pod uwagę, ważne wydaje się uwzględnienie zarówno stanu cywilnego, jak i jakości związku małżeńskiego lub partnerskiego w celu oceny czynników ryzyka i prowadzenia skutecznych interwencji psychologicznych.

4.5. Ograniczenia badań

Przeprowadzone badanie nie jest wolne od ograniczeń, które należy podkreślić w celu właściwego pojmowania jego wyników. Poniżej przedstawiono istotne ograniczenia tego badania:

1. Przeprowadzone badanie ma charakter korelacyjny, więc na jego podstawie nie można wnioskować o przyczynowości obserwowanych zależności;
2. W badaniu zastosowane zostały narzędzia badawcze polegające na samoopisie. W ten sposób osoby badane, na podstawie subiektywnego spostrzegania, oceniły swoje cechy psychologiczne. Ze względu na obecność pandemii COVID-19 badanie zostało przeprowadzone online, co uniemożliwiło uzupełnienie danych samoopisowych o wnioski z badań przeprowadzonych za pomocą metod projekcyjnych, obserwacji i/lub rozmowy klinicznej;
3. Rzetelność jednej zmiennej była niska (aktywacji negatywnych emocji: $\alpha = 0,56$, $\omega = 0,60$) i może wynikać z małej liczby stwierdzeń (trzy pytania) w tej podskali. Wnioski z przeprowadzonych analiz, gdzie zastosowana była ta zmienna, należy interpretować z ostrożnością;
4. Próba badana składała się z kobiet z NTP, które same zgłosiły się na badanie. W związku z tym badane kobiety z NTP mogły charakteryzować się większym zainteresowaniem własnym zdrowiem lub doświadczać więcej bądź mniej problemów zdrowotnych niż ogólna populacja kobiet z NTP;
5. Badanie zostało przeprowadzone online w pierwszej połowie 2021 roku, w czasie pandemii COVID-19, kiedy dostęp do usług medycznych był nieco ograniczony. Z tego powodu kobiety z NTP mogły nieco niżej ocenić jakość swojego życia związanego ze zdrowiem. Nasilenie innych badanych zmiennych mogło również ulec zmianom pod wpływem pandemii COVID-19;
6. Większość badanych kobiet z NTP nie określiła stopnia NTP, więc nie przeprowadzono analiz dotyczących związku stopnia NTP z innymi badanymi zmiennymi. Warto podkreślić, że badacze nie zawsze

uwzględniają rolę stopnia NTP w różnicowaniu badanych parametrów przy przeprowadzaniu tradycyjnych badań twarzą w twarz i nie podają danych dotyczących stopnia NTP w publikacjach naukowych (Basińska i Andruszkiewicz, 2013; Bijak i in., 2021; Kosek i in., 2015);

7. Przy porównywaniu dwóch grup został zastosowany nieparametryczny test *U* Manna–Whitneya, który charakteryzuje się mniejszą mocą niż odpowiedni parametryczny test *t*-Studenta. Jednak zastosowanie testu *U* Manna–Whitneya było uzasadnione ze względu na występowanie nierównoliczności w porównywanych grupach. W takiej sytuacji literatura statystyczna zaleca stosowanie testów nieparametrycznych (Nachar, 2008).

4.6. Praktyczne implikacje

Badanie wykazało, że stan kliniczny choroby jest związany z wybranymi czynnikami psychologicznymi, w tym symptomami depresji i lęku, reaktywnością emocjonalną oraz percepcją choroby. Chociaż przeprowadzone badanie nie pozwoliło odpowiedzieć na pytanie, czy poszczególne czynniki psychologiczne poprzedzają gorszy przebieg choroby lub są reakcją na chorobę i jej leczenie, natomiast pozwoliło ono ustalić, jakie czynniki, w mniejszym lub większym stopniu, pełnią negatywną lub pozytywną funkcję dla jakości życia i stanu klinicznego choroby u kobiet z NTP, co umożliwiło określić następujące praktyczne implikacje:

1. Niezbędna jest przesiewowa diagnoza zaburzeń depresyjnych i lękowych u pacjentek z NTP. Na uwagę zasługuje opracowanie wytycznych lub algorytmów dotyczących oceny symptomów depresji i lęku w procesie leczenia NTP za pomocą kwestionariuszy przesiewowych, w tym PHQ–4, który został opracowany na potrzeby tej pracy doktorskiej;

2. W celu podwyższenia jakości życia i optymalizacji przebiegu leczenia w ramach profilaktyki wtórnej, ważne wydaje się przeprowadzenie warsztatów psychologicznych dla kobiet z NTP z wysokim poziomem symptomów depresji i/lub lęku, charakteryzujących się groźną percepcją choroby, szczególnie doświadczających wielu dotkliwych objawów NTP i przekonanych o niskiej kontroli choroby;

3. Kobiety z NTP, mające niewłaściwe parametry ciśnienia krwi (brak docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia), i kobiety z chorobami współistniejącymi mogą stanowić grupę ryzyka ciężkiego przebiegu NTP, obniżonego zdrowia psychosomatycznego i niskiej jakości życia. Badania jakości życia, symptomów depresji i lęku, a także pomoc psychologiczna w tych grupach są bardzo ważne w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych;

4. Chociaż pierwotna profilaktyka NTP jest trudna, korzystne może być podniesienie świadomości społecznej na temat roli czynników psychologicznych w NTP. Upowszechnienie wiedzy na ten temat może być zrealizowane na podstawie wyników niniejszej pracy, poprzez tworzenie poradników czy specjalnych broszur prezentujących przesiewowe narzędzia badawcze, opisy metod pomocy psychologicznej w

leczeniu NTP (Larionov, 2021a, 2021b) oraz zawierających inne przydatne informacje dotyczące najczęściej zgłaszanych problemów pacjentek z NTP. Na prośbę redakcji czasopisma *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* (oficjalne pismo Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego), opublikowano w języku polskim już dwa artykuły autora tej rozprawy doktorskiej (Larionov, 2021a; Larionow, 2023a), co zapewnia ich szerokie rozpowszechnienie wśród polskich lekarzy praktyków, a także przyczynia się do popularyzacji psychologicznych aspektów NTP w środowisku medycznym. Jest to ważne w celu aplikacji badań do praktyki oraz coraz większej ekspansji biopsychospołecznego modelu zdrowia i osiągnięć medycyny psychosomatycznej w praktyce klinicznej, polityce zdrowotnej i edukacyjnej (Juczyński, 2010);

5. Przygotowaniu tej pracy doktorskiej towarzyszyła adaptacja dwóch testów psychologicznych: przesiewowego kwestionariusza PHQ-4 do badania symptomów depresji i lęku, a także PERS-S do oceny wielowymiarowych cech reaktywności emocjonalnej. Kwestionariusze te, w szczególności PHQ-4, mogą być przydatne dla psychiatrów, lekarzy rodzinnych i psychologów (Larionow i Mudło-Głagolska, 2023), co zostało podkreślone w części teoretycznej niniejszej pracy. Warto odnotować, że PERS-S zawiera także tymczasowe normy (wrzesień 2021 roku) osobno dla kobiet i mężczyzn (Larionow i Mudło-Głagolska, 2022), które mogą być pomocne przy ocenie poziomu reaktywności emocjonalnej u osób z próby ogólnej i klinicznej.

4.7. Wnioski i kierunki przyszłych badań

Wnioski. Niniejsze badanie miało na celu określenie roli reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości, a także percepcji choroby w jakości życia kobiet z NTP i w ich stanie klinicznym (kontrola NTP, obecność chorób współistniejących). Wśród analizowanych czynników psychologicznych symptomy depresji wykazały najistotniejszą negatywną rolę dla jakości życia i kontroli NTP. Symptomy lęku, reaktywność emocjonalna i jej wymiary oraz poszczególne cechy percepcji choroby również były związane, zarówno z jakością życia kobiet z NTP, jak i stanem klinicznym (szczególnie z kontrolą NTP), co wskazuje na konieczność uwzględnienia roli tych czynników podczas praktyki medycznej z kobietami chorymi na NTP. Ruminacja i wrogość, chociaż były ujemnie związane z jakością życia kobiet z NTP, nie wykazały znaczącej różnicującej roli dla stanu klinicznego, dlatego ich ocena podczas praktyki medycznej może być pominięta. Po analizie wyników badania i ich dyskusji sformułowano następujące szczegółowe wnioski:

1. Większość badanych kobiet z NTP oceniła jakość swojego życia jako *dobrą*, ale nie były one *ani zadowolone, ani niezadowolone* ze swojego stanu zdrowia;
2. Większość badanych kobiet z NTP była najmniej zadowolona z jakości swojego snu (wśród badanych parametrów domeny fizycznej), cieszenia się z życia (domena psychologiczna), z życia seksualnego (domena relacji społecznych) i z dostępności opieki medycznej (domena środowiskowa). Co

czwarta osoba badana wskazała, że nie miała docelowych wartości ciśnienia krwi (140/90 mm Hg lub poniżej w trakcie leczenia);

3. Wyniki badania wskazały na bardzo wysokie rozpowszechnienie symptomów lęku i depresji w badanej próbie kobiet z NTP. Pozytywny wynik przesiewowy w stosunku do zaburzeń lękowych i depresyjnych otrzymało, odpowiednio, około 40% i 25% osób badanych. Niezbędne jest przeprowadzenie badań przesiewowych zaburzeń lękowych i depresyjnych wśród kobiet z NTP, a także opracowanie wytycznych dotyczących oceny symptomów tych zaburzeń w procesie leczenia NTP;

4. Wśród zmiennych socjodemograficznych, lepszy socjoekonomiczny status rodziny, bycie w związku i wyższe wykształcenie wiązały się z wyższą jakością życia badanych kobiet z NTP. Wykształcenie najbardziej różnicowało poziom jakości życia (odnotowano różnice w trzech domenach z małymi i średnimi wielkościami efektu), pod tym względem, jest ono najbardziej relewantną zmienną socjodemograficzną, która określa jakość życia kobiet z NTP i którą należy uwzględniać w praktyce medycznej;

5. Wśród zmiennych medycznych, zwiększenie liczby przyjmowanych leków na NTP wiązało się z niższą jakością życia, natomiast czas trwania NTP nie był związany z jakością życia badanych kobiet z NTP. Niezbędny jest wybór optymalnej metody leczenia i indywidualizacja farmakoterapii, ze zmniejszeniem liczby przyjmowanych leków (np. poprzez stosowanie leków łączonych), w celu zapobiegania pogarszaniu się jakości życia;

6. Wyższe nasilenie symptomów lękowo-depresyjnych, groźniejsza percepcja choroby i wyraźniejsza tendencją do przeżywania negatywnych emocji były charakterystyczne dla kobiet z NTP, które charakteryzowały się niekontrolowanym NTP i/lub miały choroby współistniejące. Kobiety z NTP charakteryzujące się tymi cechami stanowią grupę ryzyka ciężkiego przebiegu NTP. Rekomendowana jest praca psychologiczna z tą grupą ryzyka;

8. Wśród badanych czynników natury psychologicznej, w tym cech reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości, a także percepcji choroby, szczególnie duże znaczenie dla stanu klinicznego NTP (kontrola NTP, współchorobowość) i jakości życia kobiet z NTP mają symptomy lękowo-depresyjne (w głównej mierze symptomy depresji), a także poszczególne wymiary percepcji choroby (wpływ choroby, kontrola choroby, skuteczność leczenia, doświadczenie objawów choroby, zaniepokojenie chorobą i wpływ choroby na emocje). Obniżenie poziomu trwania i intensywności pozytywnych emocji jest związane z brakiem kontroli NTP. Pod tym względem stosowanie technik psychoterapeutycznych zwiększających nasilenie pozytywnych emocji wydaje się pomocne w celu zwiększenia kontroli NTP;

9. Wśród badanych czynników psychologicznych, symptomy depresji i percepcja choroby są najbardziej istotnymi zmiennymi (czynnikami ryzyka) związanymi z gorszym stanem klinicznym NTP i

obniżeniem jakości życia. Należy zwrócić szczególną uwagę na te czynniki ryzyka podczas pracy medycznej z pacjentkami z NTP. W przypadku ograniczonych czasowo badań przesiewowych lub wizyt lekarskich analiza nasilenia wrogości i ruminacji może być pominięta (ze względu na ich mniejszą rolę dla stanu klinicznego i jakości życia). Ocena cech reaktywności emocjonalnej jest ważna i może być przydatna podczas przeprowadzenia warsztatów psychologicznych mających na celu kształtowanie się odpowiedniej regulacji emocji u kobiet z NTP. W celu polepszenia jakości życia kobiet z NTP ważne wydaje się kształtowanie zdolności do silniejszego i dłuższego przeżywania pozytywnych emocji (np. za pomocą praktyki wdzięczności).

10. Bazując na modelu jakości życia związanej ze zdrowiem autorstwa Wilsona i Cleary'ego (1995), w empirycznej części tej pracy doktorskiej potwierdzono wcześniejsze doniesienia o szczególnej roli składowej „symptomów (objawów)” jako wyznaczników jakości życia w próbach pacjentów z chorobami przewlekłymi (Ojelabi i in., 2017). Mianowicie, w niniejszych badaniach symptomy depresji były bardzo silnym wyznacznikiem niskiej jakości życia (przy uwzględnieniu w modelu regresji innych zmiennych), co podkreśla szczególnie negatywną rolę tych symptomów w obniżeniu jakości życia (Ojelabi i in., 2017). Wyniki niniejszych badań potwierdzają także słuszność testowanego modelu jakości życia związanej ze zdrowiem autorstwa Wilsona i Cleary'ego (1995) jako teoretycznej bazy dla wyjaśnienia jakości życia.

Esencją oceny roli badanych czynników jest następujący wniosek: symptomy depresji i percepcja choroby są najbardziej istotnymi (relewantnymi) zmiennymi mającymi największe znaczenie w różnicowaniu stanu klinicznego i jakości życia kobiet z NTP, a wrogość i ruminacja — najmniej istotnymi, dlatego ocena depresji i percepcji choroby w praktyce medycznej wydaje się pierwszorzędna, aby zapewnić najskuteczniejsze leczenie i pomoc psychologiczną.

Kierunki przyszłych badań. Wysokie rozpowszechnienie symptomów depresji i lęku w badanej próbie kobiet z NTP implikuje konieczność przeprowadzenia szerszych badań w tym zakresie. Biorąc pod uwagę fakt, że przeprowadzenie badań w formie online zyskuje coraz większą popularność, ważne wydaje się przeprowadzenie przesiewowych badań dotyczących zaburzeń natury psychicznej, w tym depresji i lęku, w dużych próbach pacjentów z NTP. System ochrony zdrowia może rozsyłać osobom z NTP oraz pacjentom z różnymi schorzeniami linki do krótkich badań na ich pocztę elektroniczną (za zgodą pacjentów) w celu takiej przesiewowej diagnozy. Wydaje się szczególnie ważne korzystanie z możliwości badań internetowych w celu przeprowadzenia badań na dużą skalę (przez system opieki zdrowotnej).

Głównym celem medycyny psychosomatycznej jest wyjaśnienie psychologicznych mechanizmów powstawania chorób psychosomatycznych i określenie roli czynników natury psychologicznej w procesie leczenia tych chorób i podwyższenia jakości życia ludzi (Larionow, 2023b). W celu realizacji tych zadań Larionow i in. (2022) proponowali podejście badawcze, które związane jest z badaniem specyfiki sfery emocjonalnej osób z chorobami psychosomatycznymi, w zależności od pojawienia się pierwszych

symptomów tych chorób i/lub stanów przedchorobowych, a także czasu trwania chorób, przy kontroli roli wieku osób badanych. Biorąc pod uwagę tematykę tej pracy, ważne wydaje się badanie osób w stanie przednadciśnieniowym czy młodych ludzi z NTP i porównanie ich funkcjonowania psychologicznego z młodszymi i starszymi osobami z i bez NTP. Przeprowadzenie takich badań na dużych próbach (np. podczas przeprowadzania badań przesiewowych lub zaplanowanych klinicznych badań internetowych) może być skuteczne w celu określenia możliwych mechanizmów, które leżą u podstaw powstawania NTP oraz mających duże znaczenie w procesie jego przebiegu i leczenia.

Spis tabel

Tabela 1. Opis wyników badań dotyczących jakości życia pacjentów z NTP.....	19
Tabela 2. Opis wyników badań dotyczących roli percepcji choroby w NTP.....	42
Tabela 3. Zmienne badawcze i ich operacjonalizacja.....	54
Tabela 4. Socjodemograficzna i kliniczna charakterystyka badanej próby ($n = 111$).....	62
Tabela 5. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych w próbie kobiet z NTP ($n = 111$).....	69
Tabela 6. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytania dotyczące subiektywnej ogólnej percepcji jakości życia i ogólnej percepcji własnego zdrowia ($n = 111$).....	70
Tabela 7. Statystyki opisowe odpowiedzi na pytania z domeny fizycznej ($n = 111$).....	72
Tabela 8. Statystyki opisowe odpowiedzi na pytania z domeny psychologicznej ($n = 111$).....	73
Tabela 9. Statystyki opisowe odpowiedzi na pytania z domeny relacji społecznych ($n = 111$).....	75
Tabela 10. Statystyki opisowe odpowiedzi na pytania z domeny środowiskowej ($n = 111$).....	76
Tabela 11. Przesiewowa ocena zaburzeń lękowych i depresyjnych za pomocą kwestionariusza PHQ-4 ($n = 111$).....	77
Tabela 12. Korelacje r Pearsona reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości i percepcji choroby z jakością życia kobiet z NTP ($n = 111$).....	79
Tabela 13. Wyniki regresji krokowej wstecznej zastosowanej w celu określenia predyktorów jakości życia kobiet z NTP ($n = 111$).....	82

Tabela 14. Związki czasu trwania choroby i liczby przyjmowanych leków na NTP z jakością życia kobiet z NTP.....	83
Tabela 15. Analiza porównawcza poziomów jakości życia, reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów lęku i depresji, wrogości i wymiarów percepcji choroby między kobietami z kontrolowanym NTP a kobietami z niekontrolowanym NTP.....	84
Tabela 16. Analiza porównawcza poziomów jakości życia, reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów lęku i depresji, wrogości i wymiarów percepcji choroby między kobietami z NTP bez chorób współistniejących a kobietami z NTP i chorobami współistniejącymi.....	86
Tabela 17. Związki wieku i statusu socjoekonomicznego rodziny z jakością życia kobiet z NTP ($n = 111$).....	87
Tabela 18. Analiza porównawcza jakości życia w zależności od poziomu wykształcenia.....	88
Tabela 19. Analiza porównawcza jakości życia między kobietami z NTP niepozostającymi w związku a kobietami z NTP pozostającymi w związku.....	89

Spis rysunków

Rysunek 1. Model jakości życia związanej ze zdrowiem autorstwa Wilsona i Cleary'ego (1995).....	16
Rysunek 2. Domeny jakości życia i ich wskaźniki w Skróconym kwestionariuszu jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia.....	17
Rysunek 3. Struktura temperamentu w ujęciu Regulacyjnej Teorii Temperamentu.....	26
Rysunek 4. Struktura konstruktów reaktywności emocjonalnej w ujęciu Davidsona (1998) oraz Becerry i Campitellego (2013).....	29
Rysunek 5. Model badań własnych.....	50

Bibliografia

- Abdallah, A. M., Nofal, H. A., Sharafeddin, M. A. (2021). Illness Perceptions, Beliefs about Medication and Blood Pressure Control Among Hypertensive Egyptian Cohort. *The Egyptian Journal of Community Medicine*, 39(1), 50–64. <https://doi.org/10.21608/ejcm.2021.144075>
- Abdisa, L., Letta, S., Nigussie, K. (2022). Depression and anxiety among people with hypertension on follow-up in Eastern Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, artykuł 853551. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.853551>
- Adamu, K., Feleke, A., Muche, A., Yasin, T., Mekonen, A. M., Chane, M. G., Eshete, S., Mohammed, A., Endawkie, A., Fentaw, Z. (2022). Health related quality of life among adult hypertensive patients on treatment in Dessie City, Northeast Ethiopia. *PloS One*, 17(9), artykuł e0268150. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268150>
- Aldao, A., McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Sheridan, M. A. (2014). The Relationship between Rumination and Affective, Cognitive, and Physiological Responses to Stress in Adolescents. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5(3), 272–288. <https://doi.org/10.5127/jep.039113>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974–983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- AlKhathami, A. D., Alamin, M. A., Alqahtani, A. M., Alsaeed, W. Y., AlKhathami, M. A., Al-Dhafeeri, A. H. (2017). Depression and anxiety among hypertensive and diabetic primary health care patients. Could patients' perception of their diseases control be used as a screening tool? *Saudi Medical Journal*, 38(6), 621–628. <https://doi.org/10.15537/smj.2017.6.17941>
- Almas, A., Patel, J., Ghori, U., Ali, A., Edhi, A. I., Khan, M. A. (2014). Depression is linked to uncontrolled hypertension: a case–control study from Karachi, Pakistan. *Journal of Mental Health*, 23(6), 292–296. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.924047>
- American Psychological Association. (2019). *Depression Assessment Instruments*. <https://www.apa.org/depression-guideline/assessment>
- Aranowska, E., Rytel, J. (2012). Struktura czynnikowa kwestionariusza agresji Bussa i Perry'ego (BPQA) w populacji polskiej. *Studia Psychologica*, 12(2), 135–151.
- Aranowska, E., Rytel, J., Szymańska, A. (2015). *Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry'ego. Trafność, rzetelność i normy*. Instytut Amity.

- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Ellett, M. L., Hadler, K. A., Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), artykuł 134. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-134>
- Balzarotti, S., Biassoni, F., Villani, D., Prunas, A., Velotti, P. (2014). Individual Differences in Cognitive Emotion Regulation: Implications for Subjective and Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 125–143. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9587-3>
- Bańka, A. (2005). Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny. W: A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia* (s. 11–78). Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Basińska, M. A. (2009). *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.
- Basińska, M. A., Andruszkiewicz, A. (2016). Cechy osobowości typu D a funkcjonowanie w chorobie pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21(2), 221–237. <https://doi.org/10.14656/PFP20160205>
- Basińska, M. A., Ratajska, A. (red.). (2010). *Psychosomatyka: problemy i kierunki badań*. Wydawnictwo Tekst.
- Basińska, M., Andruszkiewicz, A. (2013). Poglądy na farmakoterapię a tendencja do podejmowania zachowań zdrowotnych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*, 17(4), 332–342.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., Vohs, K. D. (2001). Bad is Stronger than Good. *Review of General Psychology*, 5(4), 323–370. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.323>
- Becerra, R., Campitelli, G. (2013). Emotional reactivity: Critical analysis and proposal of a new scale. *International Journal of Applied Psychology*, 3(6), 161–168.
- Becerra, R., Preece, D., Campitelli, G., Scott-Pillow, G. (2019). The Assessment of Emotional Reactivity Across Negative and Positive Emotions: Development and Validation of the Perth Emotional Reactivity Scale (PERS). *Assessment*, 26(5), 867–879. <https://doi.org/10.1177/1073191117694455>
- Bedyńska, S., Cypryńska, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz 1. Praktyczne wprowadzenie do wnioskowania statystycznego*. Wydawnictwo Akademickie SEDNO.
- Bharti, D. A., Mukhopadhyay, A. (2011). Rumination and Deficient Positive Affectivity as Predictors of Quality of Life among Hypertensive Patients. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 141–150.
- Bijak, M., Olszanecka, A., Pałczyńska, E., Czarnecka, D., Rajzer, M., Stolarz-Skrzypek, K. (2021). Factors determining acceptance of illness in patients with arterial hypertension and comorbidities. *Kardiologia Polska*, 79(4), 426–433. <https://doi.org/10.33963/KP.15860>
- Błachnio, A. (2019). *Potencjał osób w starości. Poczucie jakości życia w procesie starzenia się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

- Boehm, J. K., Chen, Y., Qureshi, F., Soo, J., Umukoro, P., Hernandez, R., Lloyd-Jones, D., Kubzansky, L. D. (2020). Positive emotions and favorable cardiovascular health: A 20-year longitudinal study. *Preventive Medicine*, 136, artykuł 106103. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106103>
- Boima, V., Tetteh, J., Yorke, E., Archampong, T., Mensah, G., Biritwum, R., Yawson, A. E. (2020). Older adults with hypertension have increased risk of depression compared to their younger counterparts: Evidence from the World Health Organization study of Global Ageing and Adult Health Wave 2 in Ghana. *Journal of Affective Disorders*, 277, 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.033>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*, 30(11), 1361–1385. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1070851>
- Brosschot, J. F., Gerin, W., Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 113–124. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.074>
- Brosschot, J. F., Pieper, S., Thayer, J. F. (2005). Expanding stress theory: prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1043–1049. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.04.008>
- Brühlmann, F., Petralito, S., Aeschbach, L. F., Opwis, K. (2020). The quality of data collected online: An investigation of careless responding in a crowdsourced sample. *Methods in Psychology*, 2, artykuł 100022. <https://doi.org/10.1016/j.metip.2020.100022>
- Bruno, R. M., Palagini, L., Gemignani, A., Viridis, A., Di Giulio, A., Ghiadoni, L., Riemann, D., Taddei, S. (2013). Poor sleep quality and resistant hypertension. *Sleep Medicine*, 14(11), 1157–1163. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.04.020>
- Buss, A. H., Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452–459. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.63.3.452>
- Butcher, J. N., Hooley, J. M., Mineka, S. (2020). *Psychologia zaburzeń DSM-5*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cai, L., Liu, Y., He, L. (2022). Investigating genetic causal relationships between blood pressure and anxiety, depressive symptoms, neuroticism and subjective well-being. *General Psychiatry*, 35(5), artykuł e100877. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100877>

- Casagrande, M., Mingarelli, A., Guarino, A., Favieri, F., Boncompagni, Germanò, R., Germanò, G., Forte, G. (2019). Alexithymia: A facet of uncontrolled hypertension. *International Journal of Psychophysiology*, 146, 180–189. <https://doi.org/10.1016/J.IJPSYCHO.2019.09.006>
- Cegła, B., Filanowicz, M., Dowbór-Dzwonka, A., Szykiewicz, E. (2012). Aktywność fizyczna pacjentów z nadciśnieniem tętniczym a jakość ich życia. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 1, 26–33.
- Chachaj, A., Małyszczak, K. (2008). Czy określone cechy osobowości mogą prowadzić do wystąpienia nadciśnienia tętniczego? *Nadciśnienie Tętnicze*, 12(4), 300–308.
- Chachaj, A., Małyszczak, K., Kucharski, W., Lukas, J., Pyszczel, K., Andrzejak, R., Szuba, A. (2009). Personality characteristics of patients with essential hypertension. *Clinical and Experimental Medical Letters*, 50(2), 93–97.
- Chachaj, A., Małyszczak, K., Poręba, R., Woźniak, D., Jabłońska, D., Cedzyński, Ł., Gać, P., Andrzejak, R., Szuba, A. (2006). Wybrane cechy osobowości osób z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*, 10(6), 532–537.
- Chida, Y., Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741–756. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>
- Chojnacka-Szawłowska, G. (1994). Psychometryczne aspekty pomiaru jakości życia. W: K. de Walden-Gałuszko, M. Majkiewicz (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 65–69). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Choudhry, N. K., Kronish, I. M., Vongpatanasin, W., Ferdinand, K. C., Pavlik, V. N., Egan, B. M., Schoenthaler, A., Miller, N. H., Hyman, D. J. (2022). Medication Adherence and Blood Pressure Control: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, 79(1), e1–e14. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000203>
- Choy, C. L., Sidi, H., Koon, C. S., Ming, O. S., Mohamed, I. N., Guan, N. C., Alfonso, C. A. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis for Sexual Dysfunction in Women With Hypertension. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(7), 1029–1048. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.04.007>
- Ciżkowicz, B. (2018). Omega McDonalda jako alternatywa dla alfa Cronbacha w szacowaniu rzetelności testu. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23(2), 311–329. <https://doi.org/10.14656/PFP20180206>
- Cohen, B. E., Edmondson, D., Kronish, I. M. (2015). State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American Journal of Hypertension*, 28(11), 1295–1302. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>
- Consoli, S. M., Lemogne, C., Roch, B., Laurent, S., Plouin P.-F., Lane, R. D. (2010). Differences in Emotion Processing in Patients With Essential and Secondary Hypertension. *American Journal of Hypertension*, 23(5), 515–521. <https://doi.org/10.1038/ajh.2010.9>

- Cui, F., Zhang, N., Yi, J., Liang, Y., Liu, Q. (2020). Influence of Hostility on 24-Hour Diastolic Blood Pressure Load in Hypertension Patients with Depressive Disorders. *Medical Science Monitor*, 27, artykuł e929710. <https://doi.org/10.12659/msm.929710>
- Cunnington, D., Junge, M. F., Fernando, A. T. (2013). Insomnia: prevalence, consequences and effective treatment. *The Medical Journal of Australia*, 199(8), S36–S40. <https://doi.org/10.5694/mja13.10718>
- Cyniak-Cieciura, M., Zawadzki, B., Strelau, J. (2016). *Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu: Wersja Zrewidowana*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Cyniak-Cieciura, M., Zawadzki, B., Strelau, J. (2018). The development of the revised version of the Formal Characteristic of Behaviour – Temperament Inventory FCB-TI(R). *Personality and Individual Differences*, 127, 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.036>
- Davidson, K. W., Mostofsky, E., Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: the Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal*, 31(9), 1065–1070. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehp603>
- Davidson, R. J. (1998). Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition & Emotion*, 12, 307–330. <https://doi.org/10.1080/026999398379628>
- de Heer, E. W., Vriezেকolk, J. E., van der Feltz-Cornelis, C. M. (2017). Poor Illness Perceptions Are a Risk Factor for Depressive and Anxious Symptomatology in Fibromyalgia Syndrome: A Longitudinal Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*, 8, artykuł 217. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00217>
- de Walden-Gałaszko, K. (1994). Jakość życia - rozważania ogólne. W: K. de Walden-Gałaszko, M. Majkovicz (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 13–39). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Derbis, R., Bańka, A. (1998). *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Deschênes, S. S., Burns, R. J., Schmitz, N. (2020). Anxiety and Depression Symptom Comorbidity and the Risk of Heart Disease: A Prospective Community-Based Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, 82(3), 296–304. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000790>
- Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W. (2009). Happiness is the Frequency, Not the Intensity, of Positive Versus Negative Affect BT. W: E. Diener (red.), *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (s. 213–231). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_10
- Dockray, S., Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 69–75. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.01.006>

- Dolińska-Zygmunt, G. (1996a). Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 195–203). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996b). Psychologiczne uwarunkowania podatności na chorobę. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 137–157). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996c). Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 9–16). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- du Pont, A., Rhee, S. H., Corley, R. P., Hewitt, J. K., Friedman, N. P. (2018). Rumination and Psychopathology: Are Anger and Depressive Rumination Differentially Associated With Internalizing and Externalizing Psychopathology? *Clinical Psychological Science*, 6(1), 18–31. <https://doi.org/10.1177/2167702617720747>
- Duan, S., Liu, Y., Xiao, J., Zhao, S., Zhu, X. (2011). Cognitive emotion regulation questionnaire in hypertensive patients. *Journal of Central South University. Medical sciences*, 36(6), 532–538. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1672-7347.2011.06.010>
- Efremova, E. V., Shutov, A. M., Petrova, E. V. (2021). Personal Characteristics and Adaptation Mechanisms of Patients with Arterial Hypertension and Chronic Heart Failure. *The Russian Archives of Internal Medicine*, 1(1), 34–42. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2021-11-1-34-42>
- Endomba, F. T., Mazou, T. N., Bigna, J. J. (2020). Epidemiology of depressive disorders in people living with hypertension in Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10(12), artykuł e037975. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037975>
- Erin, A., Rotar, O., Kolesova, E., Boyarinova, M., Alieva, A., Moguchaia, E., Baranova, E., Konradi, A., Shlyakhto, E. (2021). The relationship of cortisol levels with high blood pressure in residents of St. Petersburg. *Journal of Hypertension*, 39. <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000747176.95659.fe>
- Esler, M., Kaye, D. (2000). Sympathetic Nervous System Activation in Essential Hypertension, Cardiac Failure and Psychosomatic Heart Disease. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 35, S1–S7.
- Fajkowska, M., Zawadzki, B., de Pascalis, V., Kandler, C. (2022). Regulative Theory of Temperament: Recent advances and future developments. *Personality and Individual Differences*, 196, artykuł 111730. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111730>
- Fekri, A., Issazadegan, A. L. I., Michaeli Manee, F. (2015). Comparison of cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in individuals with and without essential hypertension. *Contemporary Psychology*, 10(1), 85–94.

- Figueiras, M., Marcelino, D. S., Claudino, A., Cortes, M. A., Maroco, J., Weinman, J. (2010). Patients' illness schemata of hypertension: The role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology & Health, 25*(4), 507–517. <https://doi.org/10.1080/08870440802578961>
- Frazer, M. S., Mobley, P. (2017). A mixed methods analysis of quality of life among late-life patients diagnosed with chronic illnesses. *Health and Quality of Life Outcomes, 15*, artykuł 222. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0797-3>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist, 56*(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.218>
- Gaciong, Z., Lewandowski, J., Siński, M., Abramczyk, P. (2008). Jak rozpoznać wtórne postacie nadciśnienia tętniczego? *Forum Medycyny Rodzinnej, 2*(5), 341–348.
- García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S. X., Flores-Kanter, P. E., Medrano, L. A. (2020). Affective comorbidity in patients with hypertension: a case-control study on adults in the Dominican Republic. *Acta Colombiana de Psicología, 23*(1), 205–215. <https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.10>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Rejas, J. (2012). The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice. *Health and Quality of Life Outcomes, 10*, artykuł 114. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-114>
- García-Vera, M., Sanz, J., Espinosa, R., Fortún, M., Magán, I. (2010). Differences in emotional personality traits and stress between sustained hypertension and normotension. *Hypertension Research, 33*, 203–208. <https://doi.org/10.1038/hr.2009.210>
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V. V., Van Den Kommer, T., Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence, 25*(6), 603–611. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0507>
- George, D., Mallery, P. (2018). *IBM SPSS Statistics 25 Step by Step: A Simple Guide and Reference (15th ed.)*. Routledge.
- Gerin, W., Davidson, K. W., Christenfeld, N. J., Goyal, T., Schwartz, J. E. (2006). The role of angry rumination and distraction in blood pressure recovery from emotional arousal. *Psychosomatic Medicine, 68*(1), 64–72. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195747.12404.aa>

- Gerin, W., Zawadzki, M. J., Brosschot, J. F., Thayer, J. F., Christenfeld, N. J., Campbell, T. S., Smyth, J. M. (2012). Rumination as a mediator of chronic stress effects on hypertension: a causal model. *International Journal of Hypertension*, 2012, artykuł 453465. <https://doi.org/10.1155/2012/453465>
- Górska, K., Basińska, M. (2020). Zasoby osobiste a elastyczność w radzeniu sobie ze stresem u osób chorych kardiologicznie. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 33(2), 221–237. <http://dx.doi.org/10.17951/j.2020.33.2.221-237>
- Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214–219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gruber, J., Eidelman, P., Johnson, S. L., Smith, B., Harvey, A. G. (2011). Hooked on a feeling: rumination about positive and negative emotion in inter-episode bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 956–961. <https://doi.org/10.1037/a0023667>
- Gulla, B., Tucholska, K. (2007). Psychologia pozytywna: cele naukowo-badawcze i aplikacyjne oraz sposób ich realizacji. *Studia z psychologii w KUL*, 14, 133–152.
- Hamam, M. S., Kunjummen, E., Hussain, M. S., Nasereldin, M., Bennett, S., Miller, J. (2020). Anxiety, Depression, and Pain: Considerations in the Treatment of Patients with Uncontrolled Hypertension. *Current Hypertension Reports*, 22(12), artykuł 106. <https://doi.org/10.1007/s11906-020-01117-2>
- Hashani, V., Roshi, E., Burazeri, G. (2014). Correlates of Hypertension Among Adult Men and Women in Kosovo. *Materia Socio Medica*, 26(3), 213–215. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.213-215>
- Heitzman, J. (red.). (2007). *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*. PZWL.
- Hernandez, R., Cohn, M., Hernandez, A., Daviglius, M., Martinez, L., Martinez, A., Martinez, I., Durazo-Arvizu, R., Moskowitz, J. (2020). A Web-Based Positive Psychological Intervention to Improve Blood Pressure Control in Spanish-Speaking Hispanic/Latino Adults With Uncontrolled Hypertension: Protocol and Design for the ¡Alégrate! Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 9(8), artykuł e17721. <https://doi.org/10.2196/17721>
- Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hilt, L. M., Aldao, A., Fischer, K. (2015). Rumination and multi-modal emotional reactivity. *Cognition & Emotion*, 29(8), 1486–1495. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.989816>
- Hintze, J. L. (2007). *User's Guide III. Regression and Curve Fitting*. NCSS Statistical System.
- Hitij, J. B. (2022). Association of depressive symptoms and hypertension prevalence, awareness, treatment. *Journal of Hypertension*, 40(9), 1655–1657. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003225>

- Ho, A. K., Thorpe, C. T., Pandhi, N., Palta, M., Smith, M. A., Johnson, H. M. (2015). Association of anxiety and depression with hypertension control: a US multidisciplinary group practice observational study. *Journal of Hypertension*, 33(11), 2215–2222. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000693>
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., Jones, B. Q. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 239–244. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9018-y>
- Hsiao, C. Y., Chang, C., Chen, C. D. (2012). An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 28(8), 442–447. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2012.02.015>
- Hu, J., Gruber, K.J. (2008). Positive and Negative Affect and Health Functioning Indicators among Older Adults with Chronic Illnesses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 895–911.
- Humańska, M. A., Czapiewski, Ł., Ulenberg, A., Ulenberg, G., Betke, K., Felsmann, M. (2019). Quality of life and physical activity seniors with hypertension. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(3), 547–554. <https://doi.org/10.5281/zenodo.2613154>
- Ifeagwazi, C. M., Egberi, H. E., Chukwuorji, J. C. (2018). Emotional reactivity and blood pressure elevations: anxiety as a mediator. *Psychology, Health & Medicine*, 23(5), 585–592. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1400670>
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition)*. https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf
- Jaeschke, R., Siwek, M., Grabski, B., Dudek, D. (2010). Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych. *Psychiatria*, 7(5), 189–197.
- Jankowska-Polańska, B., Ilko, A., Wleklik, M. (2014). Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie tętnicze*, 18(3), 143–150.
- Januszewska, I., Steuden, S. (2015). Typy kompetencji emocjonalnych i regulacja emocji u osób z chorobą nadciśnieniową. *Przegląd Psychologiczny*, 58(3), 325–340.
- Jaracz, K., Kalfoss, M., Górna, K., Baczyk, G. (2006). Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 251–260. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00401.x>
- Johnson, D. P., Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 55(4), 367–374. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.03.019>

- Johnson, H. M. (2019). Anxiety and Hypertension: Is There a Link? A Literature Review of the Comorbidity Relationship Between Anxiety and Hypertension. *Current Hypertension Reports*, 21(9), artykuł 66. <https://doi.org/10.1007/s11906-019-0972-5>
- Johnson, J. A., Key, B. L., Routledge, F. S., Gerin, W., Campbell, T. S. (2014). High trait rumination is associated with blunted nighttime diastolic blood pressure dipping. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(3), 384–391. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9617-8>
- Johnson, J. A., Lavoie, K. L., Bacon, S. L., Carlson, L. E., Campbell, T. S. (2012). The Effect of Trait Rumination on Adaptation to Repeated Stress. *Psychosomatic Medicine*, 74(3), 258–262. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31824c3ef2>
- Juczyński, Z. (2010). Model biopsychospołeczny w teorii i praktyce medycyny psychosomatycznej i psychologii zdrowia. W: M. A. Basińska i A. Ratajska (red.), *Psychosomatyka. Problemy i kierunki badań* (s. 15–29). Wydawnictwo Tekst.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2008). Właściwości osobowości sprzyjające chorobom somatycznym: rola typu D. *Psychoonkologia*, 12(1), 7–13.
- Julkunen, J., Ahlström, R. (2006). Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1), 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.12.00>
- Kaczmarek, S. (2020). *Zastosowanie muzykoterapii aktywnej w chorobach psychosomatycznych*. Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi.
- Kasprzak, M., Kiejna, A. (2010). Współchorobowość zaburzeń psychicznych - dane epidemiologiczne. *Psychiatria*, 7(1), 1–10.
- Katsi, V., Kallistratos, M. S., Kontoangelos, K., Sakkas, P., Souliotis, K., Tsioufis, C., Nihoyannopoulos, P., Papadimitriou, G. N., Tousoulis, D. (2017). Arterial Hypertension and Health-Related Quality of Life. *Frontiers in Psychiatry*, 8, artykuł 270. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00270>
- Kawecka-Jaszcz, K., Pośnik-Urbańska, A., Jankowski, P. (2007). Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w zależności od płci w świetle badań epidemiologicznych w Polsce. *Nadciśnienie Tętnicze*, 11(5), 377–383.
- Key, B. L., Campbell, T. S., Bacon, S. L., Gerin, W. (2008). The influence of trait and state rumination on cardiovascular recovery from a negative emotional stressor. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 237–248. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9152-9>
- Kirenko, J., Byra, S. (2011). *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- Klarkowska, M., Antczak, A. (2017). Ocena jakości życia i zadowolenia ze zdrowia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 1, 47–68. <https://doi.org/10.21784/lwP.2017.003>
- Klocek, M., Dragan, J., Kawecka-Jaszcz, K. (2001). Zmiany jakości życia chorych z nadciśnieniem tętniczym po zastąpieniu krótkodziałającej nifedypiny przez amlodypinę. *Nadciśnienie Tętnicze*, 5(2), 103–113.
- Kłak, A., Mińko, M., Siwczyńska, D. (2012). Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(4), 632–638.
- Knieć, M., Kujawska-Łuczak, M. (2012). Wpływ stylu życia na występowanie nadciśnienia tętniczego u dorosłych. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 3(1), 14–23.
- Kosek, K., Łukasik, R., Bieniek, J. (2015). Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Problemy Pielęgniarstwa*, 23(4), 471–476.
- Kowalczyk, J. (2019). Psychologiczne korelaty stresu pacjentów z opornym nadciśnieniem tętniczym i ich metody radzenia sobie. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*, 5(2), 190–198.
- Kowalczyk, J. (2021). Stres psychologiczny w paradygmacie biopsychospołecznym z uwzględnieniem choroby nadciśnieniowej. *Colloquium*, 1(41), 67–84. <http://doi.org/10.34813/05coll2021>
- Kraaij, V., Bik, J., Garnefski, N. (2019). Cognitive and behavioral coping in people with Chronic fatigue syndrome: An exploratory study searching for intervention targets for depressive symptoms. *Journal of Health Psychology*, 24(13), 1878–1883. <https://doi.org/10.1177/1359105317707259>
- Kraaij, V., Garnefski, N. (2015). Cognitive, behavioral and goal adjustment coping and depressive symptoms in young people with diabetes: a search for intervention targets for coping skills training. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 22(1), 45–53. <https://doi.org/10.1007/s10880-015-9417-8>
- Kretchy, I. A., Owusu-Daaku, F. T., Danquah, S. A. (2014). Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, artykuł 25. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-25>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>

- Kupper, N., Denollet, J. (2007). Type D personality as a prognostic factor in heart disease: assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 265–276. <https://doi.org/10.1080/00223890701629797>
- Kurowska, K., Ratajczyk, M. (2012). Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze*, 16(6), 345–352.
- Larionov, P. (2020a). Psychosomatic relationships in patients with hypertension. *Russian Journal of Cardiology*, 25(3), 121–128. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3-3683>
- Larionov, P. (2020b). The role of hostility and dysfunctional cognitive emotion regulation in the development of psycho-emotional disorders. *Psikhologicheskie Issledovaniya*, 13(72). <https://doi.org/10.54359/ps.v13i72.183>
- Larionov, P. (2021a). Metody pomocy psychologicznej w leczeniu pierwotnego nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*, 7(2), 71–80.
- Larionov, P. (2021b). Psychological methods in treatment of essential hypertension. *Arterial Hypertension*, 25(2), 53–62. <https://doi.org/10.5603/AH.a2021.0002>
- Larionov, P. M., Ageenkova, E. K., Belashina T. V. (2021). Psychometric properties of the Russian version of the Perth Emotional Reactivity Scale-Short Form. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 13(2), 26–33. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-2-26-33>
- Larionov, P., Izdebski, P. (2020). Wybrane cechy osobowości a dysfunkcjonalna regulacja emocji jako czynnik ryzyka nadciśnienia tętniczego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 33(2), 239–252. <https://doi.org/10.17951/j.2020.33.2.239-252>
- Larionow, P. (2022). Emotion regulation and the quality of life in patients with essential hypertension: a search for psychological targets. *Arterial Hypertension*, 26(2), 73–77. <https://doi.org/10.5603/AH.a2022.0004>
- Larionow, P. (2023a). Regulacja emocji a jakość życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym: w poszukiwaniu celów psychoterapeutycznych. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*, 9(1), 34–40.
- Larionow, P. (2023b). Wybrane problemy badań w medycynie psychosomatycznej i sposoby ich rozwiązania: przestrzeń dla nowych osiągnięć. W: R. Ossowski, A. Błachnio, M. Wiłkość-Dębczyńska (red.), *Człowiek w chorobie i we współczesnych zagrożeniach. Księga pamięci poświęcona Profesorowi Pawłowi Izdebskiemu* (s. 185–194). Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Larionow, P., Ageenkova, E. K., Dedenok, M. I. (2022). Towards Psychosomatic Medicine: The Role of Age and Emotional Characteristics in People with Psychosomatic Disorders. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 35(3), 143–156. <https://doi.org/10.17951/j.2022.35.3.143-156>

- Larionow, P., Mudło-Głagolska, K. (2022). Assessment of activation, intensity and duration of positive and negative emotions: psychometric properties of the Polish version of the Perth Emotional Reactivity Scale – Short Form. *Current Issues in Personality Psychology*. <https://doi.org/10.5114/cipp/156146>
- Larionow, P., Mudło-Głagolska, K. (2023). The Patient Health Questionnaire–4: Factor structure, measurement invariance, latent profile analysis of anxiety and depressive symptoms and screening results in Polish adults. *Advances in Cognitive Psychology*, 9(2), 123-137. <https://doi.org/10.5709/acp-0384-9>
- Larionow, P., Preece, D. A., Mudło-Głagolska, K. (2023). *Psychometric properties of the Polish version of the Perth Emotional Reactivity Scale* [maszynopis wysłany do publikacji].
- Lask, L. S., Moyal, N., Henik, A. (2021). Rumination, emotional intensity and emotional clarity. *Consciousness and Cognition*, 96, artykuł 103242. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2021.103242>
- Lenhard, W., Lenhard, A. (2016). *Computation of effect sizes*. https://www.psychometrica.de/effect_size.html
- Leszczyńska, I., Jeżewska, M. (2010). Oblicza poznawczej oceny jakości życia słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku. W: M. A. Basińska i A. Ratajska (red.), *Psychosomatyka. Problemy i kierunki badań* (s. 97–112). Wydawnictwo Tekst.
- Leśnicka, A. (2014). Zaburzenia seksualne u chorych na nadciśnienie tętnicze. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 8(2), 92–97.
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. W: S. Rachman (red.), *Contribution to medical psychology* (s. 7–30). Pergamon Press.
- Levine, G. N., Cohen, B. E., Commodore-Mensah, Y., Fleury, J., Huffman, J. C., Khalid, U., Labarthe, D.R., Lavretsky, H., Michos, E. D., Spatz, E. S., Kubzansky, L. D. (2021). Psychological Health, Well-Being, and the Mind-Heart-Body Connection: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 143(10), e763–e783. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000947>
- Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., Zhang, J. (2015). Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), artykuł 51. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0242-4>
- Li, Z., Li, Y., Chen, L., Chen, P., Hu, Y. (2015). Prevalence of Depression in Patients With Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*, 94(31), artykuł e1317. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001317>
- Liang, Z., Zhang, T., Lin, T., Liu, L., Wang, B., Fu, A. Z., Wang, X., Xu, X., Luo, N., Jiang, J. (2019). Health-related quality of life among rural men and women with hypertension: assessment by the EQ-5D-5L in Jiangsu, China. *Quality of Life Research*, 28(8), 2069–2080. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02139-3>

- Lim, L.-F., Solmi, M., Cortese, S. (2021). Association between anxiety and hypertension in adults: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 131, 96–119. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.08.031>
- Lo, K., Woo, B., Wong, M., Tam, W. (2018). Subjective sleep quality, blood pressure, and hypertension: a meta-analysis. *Journal of Clinical Hypertension*, 20(3), 592–605. <https://doi.org/10.1111/jch.13220>
- Loke, W. H., Ching, S. M. (2022). Prevalence and factors associated with psychological distress among adult patients with hypertension in a primary care clinic: A cross-sectional study. *Malaysian Family Physician*, 17(2), 89–98. <https://doi.org/10.51866/oa.131>
- Lu, Y., Tang, C., Liow, C. S., Ng, W. W., Ho, C. S., Ho, R. C. (2014). A regression analysis of maladaptive rumination, illness perception and negative emotional outcomes in Asian patients suffering from depressive disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 12, 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.06.014>
- Maciąg, D., Bartosik, A., Cichońska, M. (2017). Wiedza pacjentów z nadciśnieniem tętniczym na temat choroby i jej leczenia. *Polish Journal of Health and Fitness*, 2, 16–32.
- Maciejasz, M., Łątkowski, W., Timoszuk, S., Grudecka, A. (2015). Wybrane aspekty jakości życia osób 60+ w Polsce w świetle badań jakościowych. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 223, 257–267.
- Majkowicz, M. (2017). Metodologiczne podstawy oceny jakości życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 11(2), 78–83.
- Małyszczak, K., Pyszel, A., Szuba, A. (2007a). Podskala Kwestionariusza Aleksytymii Bermonda–Vorsta związana z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(1), 43–47.
- Małyszczak, K., Pyszel, A., Szuba, A. (2007b). Neurotyzm u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(1), 49–52.
- Mann, S. J. (2012). Psychosomatic research in hypertension: the lack of impact of decades of research and new directions to consider. *Journal of Clinical Hypertension*, 14(10), 657–664. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2012.00686.x>
- Mannan, A., Akter, K. M., Akter, F., Chy, N. U. H. A., Alam, N., Pinky, S. D., Chowdhury, A. F. M. N., Biswas, P., Chowdhury, A. S., Hossain, M. A., Rana, M. M. (2022). Association between comorbidity and health-related quality of life in a hypertensive population: a hospital-based study in Bangladesh. *BMC Public Health*, 22(1), artykuł 181. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12562-w>
- Mantovani, M., Arthur, J., Mattei, Â., Botolato-Major, C., Martins Ulbrich, E., Puchalski Kalinke, L. (2017). Depression and quality of life in hypertensive adults. *Cogitare Enfermagem*, 22(3), artykuł e51630. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51630>

- Mao, W., Li, F., Li, B., Li, Y., Zhang, X., Ou, Z., Liu, S., Zhao, D. (2022). Mental distress, quality of life and physical symptoms in Chinese women with ovarian cancer receiving olaparib treatment during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 13, artykuł 915225.. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.915225>
- Marszał-Wiśniewska, M., Fajkowska, M. (2010). Właściwości psychometryczne Kwestionariusza Poznawczej Regulacji Emocji (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ) - wyniki badań na polskiej próbie. *Studia Psychologiczne*, 49(1), 19–39.
- Martin, R. C., Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1249–1260. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>
- Matei, Ș., Cutler, S. J., Preda, M., Dorobanțu, M., Ilinca, C., Gheorghe-Fronea, O., Rădulescu, L., Oprescu, N., Deaconu, A., Zorilă, C., Dorobanțu, B. (2018). The Relationship Between Psychosocial Status and Hypertensive Condition. *Current Hypertension Reports*, 20(12), artykuł 102. <https://doi.org/10.1007/s11906-018-0902-y>
- Matthes, J., Albus, C. (2014). Improving adherence with medication: a selective literature review based on the example of hypertension treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(4), 41–47. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0041>
- McLain, M. K. (2011). *The Effects of Rumination, Hostility, and Distraction on Cardiovascular Reactivity and Recovery From Anger Recall in Healthy Women* [rozprawa doktorska, Old Dominion University]. <https://doi.org/10.25777/hbfw-d751>
- Middeke, M., Lemmer, B., Schaaf, B., Eckes, L. (2008). Prevalence of hypertension-attributed symptoms in routine clinical practice: a general practitioners-based study. *Journal of Human Hypertension*, 22(4), 252–258. <https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1002305>
- Miklewska, A., Miklewska, A. (2000). Związek temperamentu z zachowaniami agresywnymi i zagrożeniem uzależnieniem od alkoholu w świetle regulacyjnej teorii temperamentu J. Strelaua: Sprawozdanie z badań. *Przegląd Psychologiczny*, 43(2), 173–190.
- Miller, N. H., Berra, K., Long, J. (2010). Hypertension 2008—Awareness, Understanding, and Treatment of Previously Diagnosed Hypertension in Baby Boomers and Seniors: A Survey Conducted by Harris Interactive on Behalf of the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *The Journal of Clinical Hypertension*, 12(5), 328–334. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2010.00267.x>
- Miniszewska, J. (2019). *Bycie z chorobą. Przystosowanie do wybranych chorób somatycznych z perspektywy psychologii pozytywnej i koncepcji poznawczych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Mohamed, S. F., Uthman, O. A., Mutua, M. K., Asiki, G., Abba, M. S., Gill, P. (2021). Prevalence of uncontrolled hypertension in people with comorbidities in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 11(12), artykuł e045880. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045880>
- Moncrieft, A. E., Llabre, M. M., Gallo, L. C., Cai, J., Gonzalez, F., 2nd, Gonzalez, P., Ostrovsky, N. W., Schneiderman, N., Penedo, F. J. (2016). Hostility and quality of life among Hispanics/Latinos in the HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Psychology & Health*, 31(11), 1342–1358. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1208820>
- Moryś, J., Jeżewska, M., Rynkiewicz, A. (2005). Znaczenie stresu w patogenezie nadciśnienia tętniczego. Część I. *Nadciśnienie Tętnicze*, 9(1), 1–10.
- Moser, M., Franklin, S. S. (2007). Hypertension management: results of a new national survey for the hypertension education foundation: Harris interactive. *Journal of Clinical Hypertension*, 9(5), 316–323. <https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2007.07152.x>
- Mughal, A. Y., Devadas, J., Ardman, E., Levis, B., Go, V. F., Gaynes, B. N. (2020). A systematic review of validated screening tools for anxiety disorders and PTSD in low to middle income countries. *BMC Psychiatry*, 20(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02753-3>
- Nachar, N. (2008). The Mann-Whitney U: A Test for Assessing Whether Two Independent Samples Come from the Same Distribution. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 4(1), 13–20. <https://doi.org/10.20982/tqmp.04.1.p013>
- NCD Risk Factor Collaboration. (2017). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. *The Lancet*, 389(10064), 37–55. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31919-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31919-5)
- Neumann, S. A., Waldstein, S. R., Sellers, J. J. III, Thayer, J. F., Sorkin, J. D. (2004). Hostility and Distraction Have Differential Influences on Cardiovascular Recovery From Anger Recall in Women. *Health Psychology*, 23(6), 631–640. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.6.631>
- Niklas, A., Flotyńska, A., Puch-Walczak, A., Polakowska, M., Topór-Madry, R., Polak, M., Piotrowski, W., Kwaśniewska, M., Nadrowski, P., Pająk, A., Bielecki, W., Kozakiewicz, K., Drygas, W., Zdrojewski, T., Tykarski, A. (2018). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the adult Polish population – Multi-center National Population Health Examination Surveys – WOBASZ studies. *Archives of Medical Science*, 14(5), 951–961. <https://doi.org/10.5114/aoms.2017.72423>
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161–187. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>

- Norfazilah, A., Samuel, A., Law, P., Ainaa, A., Nurul, A., Syahnaz, M. H., Azmawati, M. N. (2013). Illness perception among hypertensive patients in primary care centre UKMMC. *Malaysian Family Physician*, 8(3), 19–25.
- Nowicka-Sauer, K., Banaszekiewicz, D., Staśkiewicz, I., Kopczyński, P., Hajduk, A., Czuszyńska, Z., Ejdyś, M., Szostakiewicz, M., Sablińska, A., Kałużna, A., Tomaszewska, M., Siebert, J. (2016). Illness perception in Polish patients with chronic diseases: Psychometric properties of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Health Psychology*, 21(8), 1739–1749. <https://doi.org/10.1177/1359105314565826>
- Nowicka-Sauer, K., Hajduk, A., Kujawska-Danecka, H., Banaszekiewicz, D., Smoleńska, Ż., Czuszyńska, Z., Siebert, J. (2018). Illness perception is significantly determined by depression and anxiety in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 27(3), 454–460. <https://doi.org/10.1177/0961203317751858>
- Nur, K. R. M. (2018). Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.007>
- Ogedegbe, G. O., Boutin-Foster, C., Wells, M. T., Allegrante, J. P., Isen, A. M., Jobe, J. B., Charlson, M. E. (2012). A Randomized Controlled Trial of Positive-Affect Intervention and Medication Adherence in Hypertensive African Americans. *Archives of Internal Medicine*, 172(4), 322–326. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1307>
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*. Difin.
- Ojelabi, A. O., Graham, Y., Haighton, C., Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), artykuł 241. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0818-2>
- Oleś, M. (2016). Kryteria jakości życia dzieci i młodzieży. *Rocznik Filozoficzny Ignatianum*, 22(1), 114–129. <https://doi.org/10.5281/zenodo.57886>
- Oliva, F., Versino, E., Gammino, L., Colombi, N., Ostacoli, L., Carletto, S., Furlan, P. M., Picci, R. L. (2016). Type D Personality and Essential Hypertension in Primary Care: A Cross-Sectional Observational Study Within a Cohort of Patients Visiting General Practitioners. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(1), 43–48. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000421>
- Olszewska, K., Tobiasz-Adamczyk, B., Kawecka-Jaszcz, K. (2009). Stres a nadciśnienie tętnicze w związkach małżeńskich. *Nadciśnienie Tętnicze*, 13(4), 281–285.
- Ossowski, R. (2020). *Psychologia rehabilitacyjna w praktyce*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

- Ostir, G. V., Berges, I. M., Markides, K. S., Ottenbacher, K. J. (2006). Hypertension in older adults and the role of positive emotions. *Psychosomatic Medicine*, 68(5), 727–733. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000234028.93346.38>
- Ostrowski, T. (2008). Liberalno-waloryczny model sensu życia w kontekście zdrowia i choroby wieńcowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Paczkowska, A., Hoffmann, K., Bryl, W., Koligat, D., Michalak, M., Zaprutko, T., Ratajczak, P., Kus, K., Nowakowska, E. (2013). Działania niepożądane u chorych na nadciśnienie tętnicze – wpływ na subiektywną ocenę jakości życia. *Nowiny Lekarskie*, 82(4), 288–293.
- Paczkowska, A., Hoffmann, K., Bryl, W., Kopciuch, D., Kus, K., Zaprutko, T., Ratajczak, P., Nowakowska, E. (2017). Ocena jakości życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 3(52), 269–273. <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.37>
- Pan, Y., Cai, W., Cheng, Q., Dong, W., An, T., Yan, J. (2015). Association between anxiety and hypertension: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1121–1130. <https://doi.org/10.2147/NDT.S77710>
- Papuć, E. (2011). Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Current Problems of Psychiatry*, 12(2), 141–145.
- Pawlak, A., Sierakowska, A. (2022). The quality of life of patients with arterial hypertension in the bio-psycho-social dimension of health. Review of the literature. *Folia Cardiologica*, 17(6), 351–355. <https://doi.org/10.5603/FC.a2022.0063>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., ... Binno, S. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Kardiologia Polska*, 74(9), 821–936. <https://doi.org/10.5603/kp.2016.0120>
- Pikuła, N. G. (2016). *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pires, G. E., Peuker, A. C., Castro, E. K. (2017). Brief intervention for stress management and change in illness perception among hypertensive and normotensive workers: pilot study and protocol. *Psicologia, Reflexao e Critica: Revista Semestral do Departamento de Psicologia da UFRGS*, 30(1), artykuł 26. <https://doi.org/10.1186/s41155-017-0080-x>
- Piwońska, A., Piotrowski, W., Kozela, M., Pająk, A., Nadrowski, P., Kozakiewicz, K., Tykarski, A., Bielecki, W., Puch-Walczak, A., Zdrojewski, T., Drygas, W. (2018). Cardiovascular diseases prevention in Poland – results of WOBASZ and WOBASZ II. *Kardiologia Polska*, 76(11), 1534–1541. <https://doi.org/10.5603/KP.a2018.0154>

- Plopa, M. (2017). Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 22(4), 519–543. <https://doi.org/10.14656/PFP20170401>
- Plummer, F., Manea, L., Trepel, D., McMillan, D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.11.005>
- Pogosova, N., Boytsov, S., De Bacquer, D., Sokolova, O., Ausheva, A., Kursakov, A., Saner, H. (2021). Factors Associated with Anxiety and Depressive Symptoms in 2775 Patients with Arterial Hypertension and Coronary Heart Disease: Results from the COMETA Multicenter Study. *Global Heart*, 16(1), artykuł 73. <https://doi.org/10.5334/gh.1017>
- Polishchuk, O. Y., Tashchuk, V. K., Barchuk, N. I., Amelina, T. M., Hrechko, S. I., Trefanenko, I. V. (2021). Anxiety and depressive disorders in patients with arterial hypertension. *Wiadomości Lekarskie*, 74(3), 455–459. <https://doi.org/10.36740/wlek202103113>
- Poprawa, R. (1996). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 101–136). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Preece, D. A. (2019). *Measuring emotional reactivity, alexithymia, and emotion regulation as clinically relevant emotional constructs: theoretical considerations and the development of new psychometric measures* [rozprawa doktorska, Edith Cowan University]. <https://ro.ecu.edu.au/theses/2196>
- Preece, D., Becerra, R., Campitelli, G. (2019). Assessing emotional reactivity: Psychometric properties of the Perth Emotional Reactivity Scale and the development of a short form. *Journal of Personality Assessment*, 101, 589–597. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1465430>
- Prejbisz, A., Kabat, M., Kluk, M., Januszewicz, A. (2010). Zaburzenia snu a nadciśnienie tętnicze. *Nadciśnienie Tętnicze*, 14(5), 411–419.
- Pupek-Musialik, D., Musialik, K. (2011). Leki złożone w terapii nadciśnienia tętniczego — najnowsze standardy terapii Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2(3), 159–168.
- Radstaak, M., Geurts, S. A. E., Brosschot, J. F., Cillessen, A. H. N., Kompier, M. A. J. (2011). The role of affect and rumination in cardiovascular recovery from stress. *International Journal of Psychophysiology*, 81(3), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2011.06.017>
- Rasmus, W., Mielniczuk, E. (2018). Błąd wspólnej metody w badaniach kwestionariuszowych. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23, 277–290. <https://doi.org/10.14656/PFP20180204>
- Riley, E., Chang, J., Park, C., Kim, S., Song, I. (2019). Hypertension and Health-Related Quality of Life (HRQoL): Evidence from the US Hispanic Population. *Clinical Drug Investigation*, 39(9), 899–908. <https://doi.org/10.1007/s40261-019-00814-4>

- Robles, T. F., Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79(3), 409–416. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00160-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00160-4)
- Ross, S., Walker, A., MacLeod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18(9), 607–613. <https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001721>
- Róžański, T. (2020). Samotność i osamotnienie osób starszych jako problem społeczny i edukacyjny. *Roczniki Pedagogiczne*, 12(4), 75–90. <https://doi.org/10.18290/rped20124-6>
- Rueda, B., Pérez-García, A. M. (2013). Coping strategies, depressive symptoms and quality of life in hypertensive patients: mediational and prospective relations. *Psychology & Health*, 28(10), 1152–1170. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.795223>
- Rutledge, T., Hogan, B. E. (2002). A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 758–766. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000031578.42041.1c>
- Saboya, P. M., Zimmermann, P. R., Bodanese, L. C. (2010). Association between anxiety or depressive symptoms and arterial hypertension, and their impact on the quality of life. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(3), 307–320. <https://doi.org/10.2190/PM.40.3.f>
- Sahoo, S., Padhy, S. K., Padhee, B., Singla, N., Sarkar, S. (2018). Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too! *Indian Heart Journal*, 70, S471–S477. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2018.11.003>
- Sak, J., Jarosz, M. J., Mosiewicz, J., Sagan, D., Wiechetek, M., Pawlikowski, J., Włoszczak-Szubzda, A., Olszewska, E. (2011). Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 17(4), 169–173.
- Saleem, S., Saleem, T., Waheed, Q. (2016). Type D personality; type a behavior pattern, a stratified comorbidity and coping in patients with cardiovascular disease. *The Professional Medical Journal*, 23(12), 1546–1553. <https://doi.org/10.17957/TPMJ/16.3548>
- Samochowicz, J., Dudek, D., Kucharska-Mazur, J., Murawiec, S., Rymaszewska, J., Cubała, W. J., Heitzman, J., Jankowska-Zdunczyk, A., Chatizow, J., Bała, M. (2021). *Wytyczne postępowania w depresji u dorosłych dla lekarzy rodzinnych*. <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2021/03/Zalacznik-PSYCHIATRIA.pdf>
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., Magán, I., Segura, J. (2010). Psychological Factors Associated with Poor Hypertension Control: Differences in Personality and Stress between Patients with Controlled and Uncontrolled Hypertension. *Psychological Reports*, 107(3), 923–938. <https://doi.org/10.2466/09.15.20.PRO.107.6.923-938>

- Sawicka, K., Wieczorek, A., Łuczyk, R., Wawryniuk, A., Prasał, M. (2016). Ocena wybranych aspektów jakości życia w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(11), 161–178. <https://doi.org/10.5281/zenodo.164945>
- Scherrer, J. F., Xian, H., Bucholz, K. K., Eisen, S. A., Lyons, M. J., Goldberg, J., Tsuang, M., True, W. R. (2003). A twin study of depression symptoms, hypertension, and heart disease in middle-aged men. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 548–557. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000077507.29863.cb>
- Sendal, L., Sawicki, A., Bagińska P., Atroszko P. A. (2016). Relationship of cynical hostility with anxiety and depressiveness among university students in Poland. W: J. Leśny, J. Nyckowiak (red.), *Badania i Rozwój Młodych Naukowców w Polsce. Nauki humanistyczne i społeczne* (s. 91–98). Młodzi Naukowcy.
- Sęk, H. (1993). Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 55(2), 110–117.
- Shchelkova, O. Y., Grandilevskaya, I. V., Burina, E. A., Trabczynski, P. K. (2017). Research areas of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology of Saint Petersburg State University. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 56–61. <https://doi.org/10.12740/APP/67330>
- Sirri, L., Fava, G. A., Guidi, J., Porcelli, P., Rafanelli, C., Bellomo, A., Grandi, S., Grassi, L., Pasquini, P., Picardi, A., Quartesan, R., Rigatelli, M., Sonino, N. (2012). Type A behaviour: A reappraisal of its characteristics in cardiovascular disease. *International Journal of Clinical Practice*, 66(9), 854–861. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2012.02993.x>
- Skinner, T. C., Khunti, K., Carey, M. E., Dallosso, H., Heller, S., Davies, M. J. (2014). Stability and predictive utility, over 3 years, of the illness beliefs of individuals recently diagnosed with Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 31(10), 1260–1263. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/dme.12484>
- Skrypnik, D., Pupek-Musialik, D., Skrypnik, K., Bogdański, P. (2015). Nadciśnienie tętnicze u osób w podeszłym wieku — zasady postępowania. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 6(4), 137–151.
- Smith, T. W. (2006). Personality as Risk and Resilience in Physical Health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 227–231. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00441.x>
- Smith, T. W., Glazer, K., Ruiz, J. M., Gallo, L. C. (2004). Hostility, Anger, Aggressiveness, and Coronary Heart Disease: An Interpersonal Perspective on Personality, Emotion, and Health. *Journal of Personality*, 72, 1217–1270. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00296.x>
- Snarska, K., Chorąży, M., Szczepański, M., Wojewódzka-Żeleznikowicz, M., Ładny, J. R. (2020). Quality of Life of Patients with Arterial Hypertension. *Medicina*, 56(9), artykuł 459. <http://dx.doi.org/10.3390/medicina56090459>
- Sobczak, M., Kasprzak, J. D., Drygas, W. (2011). Psychokardiologia — wprowadzenie do nowej dziedziny naukowej. *Kardiologia Polska*, 69(8), 838–843.

- Sobierajski, T., Surma, S., Romańczyk, M., Łabuzek, K., Filipiak, K. J., Oparil, S. (2022). What Is or What Is Not a Risk Factor for Arterial Hypertension? Not Hamlet, but Medical Students Answer That Question. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), artykuł 8206. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19138206>
- Soni, R. K., Porter, A. C., Lash, J. P., Unruh, M. L. (2010). Health-related quality of life in hypertension, chronic kidney disease, and coexistent chronic health conditions. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 17(4), e17–e26. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2010.04.002>
- Soo, H., Burney, S., Basten, C. (2009). The role of rumination in affective distress in people with a chronic physical illness: A review of the literature and theoretical formulation. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 956–966. <https://doi.org/10.1177/1359105309341204>
- Sosnowski, R., Kulpa, M., Ziętalewicz, U., Wolski, J. K., Nowakowski, R., Bakula, R., Demkow, T. (2017). Basic issues concerning health-related quality of life. *Central European Journal of Urology*, 70(2), 206–211. <https://doi.org/10.5173/cej.2017.923>
- Sparrenberger, F., Cichelero, F. T., Ascoli, A. M., Fonseca, F. P., Weiss, G., Berwanger, O., Fuchs, S. C., Moreira, L. B., Fuchs, F. D. (2009). Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension*, 23(1), 12–19. <https://doi.org/10.1038/jhh.2008.74>
- Spruill, T. M. (2010). Chronic Psychosocial Stress and Hypertension. *Current Hypertension Reports*, 12(1), 10–16. <https://doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8>
- Stachowska, M., Szalbierz, H., Szewczyk, M., Biskupska, M. (2014). Jakość życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze. *Hygeia Public Health*, 49(4), 813–819.
- Stein, D. J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Bruffaerts, R., de Jonge, P., Liu, Z., Caldas-de-Almeida, J. M., O'Neill, S., Viana, M. C., Al-Hamzawi, A. O., Angermeyer, M. T., Benjet, C., de Graaf, R., Ferry, F., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., de Girolamo, G., Florescu, S., Hu, C., ... Scott, K. M. (2014). Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *General Hospital Psychiatry*, 36(2), 142–149. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.11.002>
- Stephoe, A., Dockray, S., Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77(6), 1747–1776. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00599.x>
- Stephoe, A., Wardle, J., Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(18), 6508–6512. <https://doi.org/10.1073/pnas.0409174102>

- Stewart, J. C., Fitzgerald, G. J., Kamarck, T. W. (2010). Hostility now, depression later? Longitudinal associations among emotional risk factors for coronary artery disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(3), 258–266. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9185-5>
- Strelau, J. (2006). *Temperament jako regulator zachowania. Z perspektywy półwiecza badań*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J., Zawadzki, B. (2011). Fearfulness and anxiety in research on temperament: Temperamental traits are related to anxiety disorders. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 907–915. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.008>
- Suligowska, K., Gajewska, M., Stokwiszewski, J., Gaciong, Z., Bandosz, P., Wojtyniak, B., Rutkowski, M., Cianciara, D., Wyrzykowski, B., Zdrojewski, T. (2014). Niedostateczna wiedza Polaków na temat kryteriów nadciśnienia tętniczego i jego powikłań — wyniki badania NATPOL 2011. *Nadciśnienie Tętnicze*, 18(1), 9–18.
- Suls, J., Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260–300. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.260>
- Suls, J., Wan, C. K. (1993). The relationship between trait hostility and cardiovascular reactivity: a quantitative review and analysis. *Psychophysiology*, 30(6), 615–626. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1993.tb02087.x>
- Symonides, B., Holas, P., Schram, M., Śleszycka, J., Bogaczewicz, A., Gaciong, Z. (2014). Does the control of negative emotions influence blood pressure control and its variability? *Blood Pressure*, 23(6), 323–329. <https://doi.org/10.3109/08037051.2014.901006>
- Szczepanowski, R., Wójta-Kempa, M., Pawlak, A., Kolasa, J., Uchmanowicz, I., Czapla, M., Cyrkot, T. (2022). Depressive and anxiety disorders in the cardiological conditions: psychological interventions. *Medical Research Journal*, 7(4), 333–339. <https://doi.org/10.5603/mrj.a2022.0051>
- Szczęśniak, M., Furmańska, J., Konieczny, K., Widecka, K., Rachubińska, K. (2019). Dimensions of neurotic personality and its selected predictors in individuals with arterial hypertension. *Psychiatria Polska*, 53(4), 901–914. <https://doi.org/10.12740/PP/100373>
- Szczęch, R., Szynkler, A., Kolańska-Malkowska, K., Narkiewicz, K., Tykarski, A. (2007). Możliwości poprawy skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego poprzez zwiększenie przestrzegania zaleceń przez pacjentów — korzyści stosowania leków łączonych. *Nadciśnienie Tętnicze*, 11(6), 525–535.
- Szyguła-Jurkiewicz, B., Kowalska, M., Mościński, M. (2011). Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica*, 6(1), 62–71.

- Taran, K., Jarosińska, E., Kobos, J., (2013). Nadciśnienie tętnicze – niedoceniany problem edukacji medycznej. *Family Medicine & Primary Care Review*, 3, 400–402.
- Tavares, D. M., Guimarães, M., Ferreira, P. C., Dias, F. A., Martins, N. P., Rodrigues, L. R. (2016). Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 122–129. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690118i>
- Telka, E. (2013). Ocena jakości życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym. *Nowa Medycyna*, 4, 184–186.
- Tilov, B., Semerdzhieva, M., Bakova, D., Torniyova, B., Stoyanov, D. (2015). Study of the relationship between aggression and chronic diseases (diabetes and hypertension). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(3), 421–424. <https://doi.org/10.1111/jep.12502>
- Torres, L. A., Paradela, R. S., Martino, L. M., da Costa, D. I., Irigoyen, M. C. (2022). Higher Perceived Stress as an Independent Predictor for Lower Use of Emotion-Focused Coping Strategies in Hypertensive Individuals. *Frontiers in Psychology*, 13, artykuł 872852. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.872852>
- Trevisol, D. J., Moreira, L. B., Fuchs, F. D., Fuchs, S. C. (2012). Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of population-based study. *Journal of Human Hypertension*, 26(6), 374–380. <https://doi.org/10.1038/jhh.2011.48>
- Trevisol, D. J., Moreira, L. B., Kerkhoff, A., Fuchs, S. C., Fuchs, F. D. (2011). Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Hypertension*, 29(2), 179–188. <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e328340d76f>
- Trudel-Fitzgerald, C., Gilsanz, P., Mittleman, M. A., Kubzansky, L. D. (2015). Dysregulated Blood Pressure: Can Regulating Emotions Help? *Current Hypertension Reports*, 17(12). <https://doi.org/10.1007/s11906-015-0605-6>
- Turska, W., Skowron, A. (2009). Metodyka oceny jakości życia. *Farmacja Polska*, 65(8), 572–580.
- Tykarski, A., Filipiak, K. J., Januszewicz, A., Litwin, M., Narkiewicz, K., Prejbisz, A., Ostalska-Nowicka, D., Widecka, K., Kostka-Jeziorny, K. (2019). Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2019 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*, 5(1), 1–86.
- Tykarski, A., Mastalerz-Migas, A., Wieczorowska-Tobis, K., Kokoszka-Paszkot, J., Kusz-Rynkun, A., Rymaszewska, J., Bujnowska-Fedak, M., Neumann-Podczaska, A., Bień, B., Siebert, J., Grodzicki, T. (2018). REcomMEndations for DIAGnostics and maNagemenT of arterial hypertension in adults aged 65 years and older for General Practitioners – REMEDIA NT 65+ GP. *Lekarz POZ*, 4(4), 263–290.

- Tykarski, A., Narkiewicz, K., Gaciong, Z., Januszewicz, A., Litwin, M., Kostka-Jeziorny, K. (2015). Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2015 rok. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*, 1(1), 1–70.
- Tykarski, A., Widecka, K., Narkiewicz, K., Woźakowska-Kapłon, B., Gaciong, Z., Grajek, S., Grodzicki, T., Januszewicz, A., Wolf, J., Prejbisz, A., Kostka-Jeziorny, K., Filipiak, K. J. J. (2017). Leki złożone w terapii nadciśnienia tętniczego w Polsce Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Sekcji Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Arterial Hypertension*, 21(3), 105–115. <https://doi.org/10.5603/AH.2017.0014>
- Villarreal-Zegarra, D., Bernabe-Ortiz, A. (2020). Association between arterial hypertension and depressive symptoms: Results from population-based surveys in Peru. *Asia-Pacific Psychiatry*, 12(2), e12385. <https://doi.org/10.1111/appy.12385>
- Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F. D. R., Hollander, M., ... ESC Scientific Document Group. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
- Waheed, U., Heald, A. H., Stedman, M., Solomon, E., Rea, R., Eltom, S., Gibson, J. M., Grady, K., Nouwen, A., Rayman, G., Paisley, A. (2022). Distress and Living with Diabetes: Defining Characteristics Through an Online Survey. *Diabetes Therapy*, 13(9), 1585–1597. <https://doi.org/10.1007/s13300-022-01291-3>
- Wang, L., Li, N., Heizhati, M., Li, M., Yang, Z., Wang, Z., Abudereyimu, R. (2021). Association of Depression with Uncontrolled Hypertension in Primary Care Setting: A Cross-Sectional Study in Less-Developed Northwest China. *International Journal of Hypertension*, 2021, artykuł 6652228. <https://doi.org/10.1155/2021/6652228>
- Wei, T. M., Wang, L. (2006). Anxiety symptoms in patients with hypertension: a community-based study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(3), 315–322. <https://doi.org/10.2190/5LX9-D3BH-FUA3-PQF0>
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). What quality of life? *World Health Forum*, 17(4), 354–356.
- WHOQOL Group (2008). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>

- Wilimski, R., Niewada, M. (2006). Koszty nieskutecznego leczenia nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze*, 10(6), 551–560.
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G., ... Authors/Task Force Members: (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*, 36(10), 1953–2041. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001940>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E. A., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., ... Desormais, I. (2019). Wytyczne ESC/ESH dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym (2018). *Kardiologia Polska*, 77(2), 71–159. <https://doi.org/10.5603/KP.2019.0018>
- Wilson, I. B., Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273(1), 59–65.
- Witkowska, M., Naumczyk, P., Jodzio, K. (2015). Nadciśnienie tętnicze w ujęciu neuropsychologicznym. *Psychologia-Etologia-Genetyka*, 31, 7–22.
- Wofford, M. R., Minor, D. S. (2009). Hypertension: issues in control and resistance. *Current Hypertension Reports*, 11(5), 323–328. <https://doi.org/10.1007/s11906-009-0055-0>
- Wojarska, I., Nowak, E., Materek, D. (2017). Unsystematic drug use in hypertension treatment as a life and health threatening problem. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(3), 44–52.
- Wojciechowska, M., Izdebska, E. (2014). Profilaktyka nadciśnienia tętniczego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(4), 370–373. <https://doi.org/10.5604/20834543.1132038>
- Wong, J. M., Na, B., Regan, M. C., Whooley, M. A. (2013). Hostility, health behaviors, and risk of recurrent events in patients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Journal of the American Heart Association*, 2(5), artykuł e000052. <https://doi.org/10.1161/JAHA.113.000052>
- Woodall, K. L., Matthews, K. A. (1993). Changes in and stability of hostile characteristics: results from a 4-year longitudinal study of children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 491–499, <https://doi.org/10.1037//0022-3514.64.3.491>
- World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual, 2012 revision*. WHO.

- World Health Organization. (2013a). *A global brief o hypertension. Silent killer, global public health crisis*. WHO.
- World Health Organization. (2013b). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. WHO.
- Woś-Szymanowska, A., Bryl, N., Szekiełda, A., Posadzy-Mańczyńska, A. (2018). Czynniki psychospołeczne w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 12(2), 64–69.
- Woźnicka, L., Posadzy-Mańczyńska, A., Leśkiewicz, G., Głuszek, J. (2008). Ocena jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze według ankiety SF-36. *Nadciśnienie Tętnicze*, 12(2), 109–117.
- Wrześniewski, K., Włodarczyk, D. (2004). *Choroba niedokrwienna serca - psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Xiao, J., Yao, S., Zhu, X., Abela, J. R., Chen, X., Duan, S., Zhao, S. (2011). A prospective study of cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms in patients with essential hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*, 33(1), 63–68. <https://doi.org/10.3109/10641963.2010.531832>
- Xiao, M., Zhang, F., Xiao, N., Bu, X., Tang, X., Long, Q. (2019). Health-Related Quality of Life of Hypertension Patients: A Population-Based Cross-Sectional Study in Chongqing, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), artykuł 2348. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132348>
- Xu, X., Rao, Y., Shi, Z., Liu, L., Chen, C., Zhao, Y. (2016). Hypertension Impact on Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Survey among Middle-Aged Adults in Chongqing, China. *International Journal of Hypertension*, 2016, artykuł 7404957. <https://doi.org/10.1155/2016/7404957>
- Yan, L. L., Liu, K., Matthews, K. A., Daviglius, M. L., Ferguson, T. F., Kiefe, C. I. (2003). Psychosocial factors and risk of hypertension: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *JAMA*, 290(16), 2138–2148. <https://doi.org/10.1001/jama.290.16.2138>
- Yao, Q., Liu, C., Zhang, Y., Xu, L. (2019). Health-Related Quality of Life of People with Self-Reported Hypertension: A National Cross-Sectional Survey in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1721. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101721>
- Ye, R., Liu, K., Zhang, Z., Chen, X. (2018). Health-related Quality of Life of hypertension in China. *Journal of Hypertension*, 36, artykuł e273–e274. <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000549117.13274.03>
- Zalewska, M. (2020). Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i chorób układu sercowo-naczyniowego. Wybrane aspekty. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 20(3), 183–190. <https://doi.org/10.15557/PIPK.2020.0023>
- Zawadzki, B., Cyniak-Cieciura, M. (2022). Temperament according to Jan Strelau's concept and posttraumatic stress disorder: current status and future perspectives on neurobiological studies.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2021.06.005>

- Zawadzki, M. J. (2015). Rumination is independently associated with poor psychological health: Comparing emotion regulation strategies. *Psychology & Health*, 30(10), 1146–1163. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1026904>
- Zboralski, K., Florkowski, A., Talarowska-Bogusz, M., Macander, M., Gałeczki, P. (2008). Jakość życia i funkcjonowanie emocjonalne w wybranych schorzeniach psychosomatycznych. *Advances in Hygiene and Experimental Medicine*, 62, 36–41.
- Zdrojewski, T., Rutkowski, M., Bandosz, P., Gacjong, Z., Solnica, B., Drygas, W., Wojtyniak, B., Stokwiszewski, J., Pencina, M., Wołkiewicz, E., Piwoński, J., Jędrzejczyk, T., Grodzicki, T., Wyrzykowski, B. (2015). Ocena rozpowszechnienia i kontroli czynników ryzyka chorób serca i naczyń w Polsce – badania NATPOL 1997, 2002, 2011. W: G. Kopeć, P. Jankowski, A. Pająk, A. Drygas (red.), *Epidemiologia i prewencja chorób układu krążenia* (s. 57–64). Medycyna Praktyczna.
- Zhang, L., Guo, X., Zhang, J., Chen, X., Zhou, C., Ge, D., Qian, Y. (2017). Health-related quality of life among adults with and without hypertension: A population-based survey using EQ-5D in Shandong, China. *Scientific Reports*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-15083-4>
- Zhong, Q., Anderson, Y. (2022). Management of Hypertension with Female Sexual Dysfunction. *Medicina*, 58(5), 637. <https://doi.org/10.3390/medicina58050637>
- Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Zygmuntowicz, M., Olszanecka-Glinianowicz, M., Chudek, J. (2011). Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 7(3), 179–185.
- Zygmuntowicz, M., Owczarek, A., Elibol, A., Chudek, J. (2012). Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 122(7–8), 333–340.
- Żońnierczuk-Kieliszek, D., Kulik, T. B., Maciejasz, A. E., Kawiak-Jawor, E., Janiszewska, M., Stefanowicz, A. (2014). Wybrane czynniki psychologiczne i medyczne a jakość życia chorych na choroby układu krążenia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(2), 131–135.

Załączniki

Skrócony kwestionariusz jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia to 26-punktowe samoopisowe narzędzie do oceny jakości życia.

Oryginalna anglojęzyczna nazwa: World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQoL-BREF).

Autorzy oryginalnej angielskiej wersji: WHOQOL Group (1998).

Autorzy polskiej wersji: Jaracz i in. (2006).

Arkusze testowy i instrukcja obliczania wyników są zamieszczone poniżej.

Skrócony kwestionariusz jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia

Instrukcja. Kwestionariusz jakości życia zawiera 26 pytań. W tym kwestionariuszu pytamy, jak odczuwasz jakość swojego życia, zdrowia i innych dziedzin życiowych. Jeżeli nie jesteś pewna, jaką dać odpowiedź, prosimy o wybór tej, która wydaje się najbardziej odpowiednia. Często będzie to ta, która jako pierwsza wydawała się najlepsza. Proszę przy wypełnianiu tej ankiety wziąć pod uwagę swoje oczekiwania, nadzieje, zwyczaje, i to, co sprawia Ci przyjemność. Zawsze pytamy się o Twoje odczucia w danej sferze życia w ostatnich 2 tygodniach.

1. Jak zadowolona jesteś z jakości Twojego życia?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	-------------------------------------------	-----------------	------------------------

2. Jak zadowolona jesteś ze swojego zdrowia?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	-------------------------------------------	-----------------	------------------------

Poniższe pytania odnoszą się do tego, w jakim stopniu lub **jak bardzo odczuwałaś** pewne sprawy w ciągu ostatnich **2 tygodni**.

3. W jakim stopniu czujesz, że ból fizyczny ogranicza Ciebie w robieniu tego, na co masz ochotę?

Wcale	Trochę	Dość mocno	Bardzo mocno	Niezwykle mocno
1	2	3	4	5

4. W jakim stopniu prowadzenie normalnego, codziennego życia zależy od jakiegokolwiek leczenia?

Wcale	Trochę	Dość mocno	Bardzo mocno	Niezwykle mocno
1	2	3	4	5

5. Jak bardzo cieszysz się życiem?

Wcale	Trochę	Dość mocno	Bardzo mocno	Niezwykle mocno
1	2	3	4	5

6. W jakim stopniu odczuwasz, że Twoje życie ma sens, znaczenie?

Wcale	Trochę	Dość mocno	Bardzo mocno	Niezwykle mocno
1	2	3	4	5

7. Jak łatwo możesz się skupić?

Wcale	Trochę	Dość łatwo	Bardzo łatwo	Niezwykle łatwo
1	2	3	4	5

8. Czy czujesz się bezpieczna w codziennym życiu?

Wcale	Trochę	Średnio	Bardzo bezpieczny	Niezwykle bezpieczny
1	2	3	4	5

9. Na ile zdrowa wydaje Ci się okolica, w której żyjesz?

Wcale	Trochę zdrowa	Średnio zdrowa	Bardzo zdrowa	Niezwykle zdrowa
1	2	3	4	5

Poniższe pytania odnoszą się do tego, w jakim stopniu odczuwałaś i byłaś zdolna do wykonywania rzeczy w ciągu ostatnich 2 tygodni.

10. Czy masz wystarczająco sił – „energii” do prowadzenia normalnego życia?

Wcale 1	Trochę 2	Średnio 3	Prawie wystarczająco 4	Całkowicie wystarczająco 5
------------	-------------	--------------	------------------------------	----------------------------------

11. Na ile jesteś zdolna zaakceptować swój wygląd?

Wcale 1	Trochę 2	Średnio 3	W większości 4	Całkowicie 5
------------	-------------	--------------	-------------------	-----------------

12. Czy masz wystarczająco dużo pieniędzy by zaspokoić swoje potrzeby?

Wcale 1	Trochę 2	Średnio 3	Prawie wystarczająco 4	Całkowicie wystarczająco 5
------------	-------------	--------------	------------------------------	----------------------------------

13. Na ile dostępne są dla Ciebie informacje potrzebne do codziennego życia?

Wcale 1	Trochę 2	Średnio 3	W większości 4	Całkowicie 5
------------	-------------	--------------	-------------------	-----------------

14. W jakim stopniu masz możliwość takiego spędzenia wolnego czasu jakbyś chciała?

Wcale 1	Niewielkim 2	Średnim 3	Prawie wystarczającym 4	Całkowicie wystarczającym 5
------------	-----------------	--------------	-------------------------------	-----------------------------------

15. W jakim stopniu możesz się poruszać?

Bardzo źle 1	Źle 2	Ani źle, ani dobrze 3	Dobrze 4	Bardzo dobrze 5
-----------------	----------	-----------------------------	-------------	--------------------

Poniższe pytania odnoszą się do tego, jak **zadowolona i szczęśliwa** czujesz się w odniesieniu do różnych sfer swojego życia w ciągu ostatnich 2 tygodni.

16. Jak zadowolona jesteś ze swojego snu?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	----------------------------------------	-----------------	------------------------

17. Jak zadowolona jesteś ze swoich możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	----------------------------------------	-----------------	------------------------

18. Jak zadowolona jesteś ze swoich zdolności do pracy (zarobkowej lub niezarobkowej, prowadzenia domu)?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	----------------------------------------	-----------------	------------------------

19. Jak zadowolona jesteś z samej siebie?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	----------------------------------------	-----------------	------------------------

20. Jak zadowolona jesteś ze swoich związków osobistych?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	----------------------------------------	-----------------	------------------------

21. Jak zadowolona jesteś ze swojego życia seksualnego?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	----------------------------------------	-----------------	------------------------

22. Jak zadowolona jesteś ze wsparcia, które otrzymujesz od swoich przyjaciół?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	----------------------------------------	-----------------	------------------------

23. Jak zadowolona jesteś z warunków, w których mieszkasz?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	----------------------------------------	-----------------	------------------------

24. Jak zadowolona jesteś z dostępu do opieki medycznej?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	----------------------------------------	-----------------	------------------------

25. Jak zadowolona jesteś ze swej możliwości przemieszczania się?

Bardzo niezadowolona 1	Niezadowolona 2	Ani zadowolona, ani niezadowolona 3	Zadowolona 4	Bardzo zadowolona 5
---------------------------	--------------------	----------------------------------------	-----------------	------------------------

Poniższe pytanie odnosi się do tego, **jak często** odczuwałaś pewne rzeczy, odczuwałaś pewne stany w ciągu **ostatnich 2 tygodni**?

26. Jak często przeżywasz nieprzyjemne nastroje takie jak: smutek, chandra, lęk, przygnębienie?

Nigdy 1	Rzadko 2	Dość często 3	Bardzo często 4	Zawsze 5
------------	-------------	------------------	--------------------	-------------

Instrukcja obliczania wyników

WHOQoL-BREF składa się z 26 pytań. Trzy pytania (itemy 3, 4 i 26) są pozycjami odwróconymi i przed obliczeniem wyników należy je przekodować zgodnie z algorytmem: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1.

WHOQoL-BREF zawiera cztery domeny jakości życia:

1. Domena fizyczna zawiera siedem twierdzeń: itemy 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.
2. Domena psychologiczna zawiera sześć twierdzeń: itemy 5, 6, 7, 11, 19, 26.
3. Domena relacji społecznych zawiera trzy twierdzenia: itemy 20, 21, 22.

4. Domena środowiskowa zawiera osiem twierdzeń: itemy 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

W WHOQoL-BREF dwa pytania analizowane są oddzielnie. Pierwsze pytanie (item 1) dotyczy subiektywnej ogólnej percepcji jakości życia (*Jak oceniałabyś jakość Twojego życia?*) i drugie pytanie (item 2) ocenia ogólną percepcję własnego zdrowia (*Jak bardzo jesteś zadowolona ze swojego zdrowia?*). Można również analizować poszczególne pytania WHOQoL-BREF.

Wyniki domen WHOQoL-BREF oblicza przez pomnożenie średniej wszystkich pozycji zawartych w domenie przez cztery. Potencjalne wyniki dla wszystkich domen mieszczą się zatem w przedziale od 4 do 20. Wyższe wyniki wskazują na wyższy poziom jakości życia we wszystkich domenach, a także w pytaniach WHOQoL-BREF, w tym w trzech pozycjach odwróconych po przekodowaniu ich wyników.

Skrócona wersja skali reaktywności emocjonalnej Perth to 18-pozycyjny kwestionariusz samoopisowy służący do oceny cech (wymiarów) reaktywności emocjonalnej, w tym typowej łatwości/szybkości aktywacji, intensywności i czasu trwania emocji pozytywnych i negatywnych emocji oddzielnie.

Oryginalna anglojęzyczna nazwa: Perth Emotional Reactivity Scale-Short Form (PERS-S).

Autorzy oryginalnej angielskiej wersji: Preece i in. (2019).

Autorzy polskiej wersji: Larionow i Mudło-Głagolska (2022).

Arkusz testowy i instrukcja obliczania wyników są zamieszczone poniżej.

Skrócona wersja skali reaktywności emocjonalnej Perth

Instrukcja. Ten kwestionariusz został stworzony, aby zmierzyć różne aspekty tego, w jaki sposób zwykle reagujesz na wydarzenia wywołujące w Tobie emocje. Oceń proszę poniższe stwierdzenia na podstawie tego, w jakim stopniu poprawnie opisują Twoje zachowania w typowym dla Ciebie dniu. Zaznacz jedną cyfrę dla każdego zdania.

		Bardzo do mnie nie pasuje	Raczej do mnie nie pasuje	Ani pasuje, ani nie pasuje do mnie	Raczej do mnie pasuje	Bardzo do mnie pasuje
1	Mam tendencję do tego, że bardzo łatwo staję się radosna	1	2	3	4	5
2	Mam tendencję do tego, że bardzo łatwo staję się zmartwiona	1	2	3	4	5
3	Kiedy jestem szczęśliwa, to uczucie pozostaje ze mną na długo	1	2	3	4	5
4	Kiedy jestem smutna, zajmuje mi sporo czasu, zanim się od tego uwolnię	1	2	3	4	5
5	Kiedy jestem radosna, mam tendencję do tego, by przeżywać to bardzo intensywnie	1	2	3	4	5
6	Jeśli jestem smutna, odczuwam to intensywniej niż inni	1	2	3	4	5
7	Momentalnie dobrze się czuję, gdy dzieje się coś pozytywnego	1	2	3	4	5

8	Mam tendencję do tego, że bardzo łatwo się rozczarowuję	1	2	3	4	5
9	Kiedy czuję się pozytywnie, mogę utrzymać taki stan przez dłuższą część dnia	1	2	3	4	5
10	Trudno mi otrząsnąć się z frustracji	1	2	3	4	5
11	Bardzo silnie odczuwam pozytywny nastrój	1	2	3	4	5
12	Zwykle, kiedy jestem nieszczęśliwa, odczuwam to bardzo silnie	1	2	3	4	5
13	Bardzo szybko reaguję na dobre wiadomości	1	2	3	4	5
14	Mam tendencję do tego, że bardzo szybko staję się pesymistyczna w obliczu negatywnych wydarzeń	1	2	3	4	5
15	Mogę pozostać entuzjastyczna przez długi czas	1	2	3	4	5
16	Gdy wpadnę w negatywny nastrój, trudno mi się z niego uwolnić	1	2	3	4	5
17	Kiedy z jakiegoś powodu czuję entuzjazm, odczuwam go bardzo silnie	1	2	3	4	5
18	Moje negatywne uczucia są bardzo intensywne	1	2	3	4	5

Instrukcja obliczania wyników

Skrócona wersja skali reaktywności emocjonalnej Perth to 18-pozycyjny kwestionariusz samoopisowy służący do oceny cech (wymiarów) reaktywności emocjonalnej. PERS-S bada reaktywność emocjonalną zgodnie z definicją Davidsona (1998) oraz Becerry i Campitellego (2013); oznacza to, że mierzy typową łatwość/szybkość aktywacji, intensywność i czas trwania reakcji emocjonalnych, i pozwala na ocenę reaktywności emocjonalnej w stosunku do pozytywnych (np. szczęścia) i negatywnych (np. smutku) emocji oddzielnie.

Wyniki dla sześciu podskal oraz dwóch podskal złożonych można uzyskać, sumując odpowiedzi osoby badanej (czyli cyfry, które zostaną zakreślone w 5-stopniowej skali odpowiedzi) dla odpowiednich pozycji. Im wyższy wynik dla poszczególnych podskal i dwóch podskal złożonych tym wyższy poziom wymiarów reaktywności emocjonalnej; innymi słowy oznacza to, że dane emocje mogą być łatwiej/szybciej aktywowane, bardziej intensywne i dłużej trwają. Poniższa tabela obrazuje wszystkie podskale, a także wskazuje, jak je obliczyć.

Podskale/podskale złożone	Co jest mierzone?	W jaki sposób to obliczyć?
Podskale		
Aktywacja pozytywnych emocji	Łatwość/szybkość aktywacji pozytywnych emocji	Suma pozycji 1, 7, 13
Trwanie pozytywnych emocji	Czas trwania pozytywnych emocji	Suma pozycji 3, 9, 15
Intensywność pozytywnych emocji	Intensywność pozytywnych emocji	Suma pozycji 5, 11, 17
Aktywacja negatywnych emocji	Łatwość/szybkość aktywacji negatywnych emocji	Suma pozycji 2, 8, 14
Trwanie negatywnych emocji	Czas trwania negatywnych emocji	Suma pozycji 4, 10, 16
Intensywność negatywnych emocji	Intensywność negatywnych emocji	Suma pozycji 6, 12, 18
Podskale złożone		
Ogólna reaktywność pozytywnych emocji	Ogólny poziom reaktywności pozytywnych emocji (łatwość aktywacji, intensywność i czas trwania)	Suma wszystkich pozycji nieparzystych
Ogólna reaktywność negatywnych emocji	Ogólny poziom reaktywności negatywnych emocji (łatwość aktywacji, intensywność i czas trwania)	Suma wszystkich pozycji parzystych

Kwestionariusz zdrowia pacjenta–4 to 4-pozycyjny przesiewowy kwestionariusz samoopisowy do pomiaru symptomów lęku i depresji.

Oryginalna angielska nazwa: Patient Health Questionnaire-4 (PHQ–4).

Autorzy oryginalnej angielskiej wersji: Kroenke i in., (2009).

Autorzy polskiej wersji: Larionow i Mudło-Głagolska (2023).

Arkusze testowe i instrukcja obliczania wyników są zamieszczone poniżej.

Kwestionariusz zdrowia pacjenta–4

Instrukcja. Jak często odczuwałaś następujące problemy w ostatnich 2 tygodniach?

Stwierdzenia		Wcale	Przez kilka dni	Więcej niż przez połowę dni	Prawie każdego dnia
1	Zdenerwowanie, lęk lub irytację	0	1	2	3
2	Trudności związane z opanowaniem zamartwiania się	0	1	2	3
3	Małe zainteresowanie albo brak przyjemności w robieniu czegokolwiek	0	1	2	3
4	Odczuwanie smutku, przygnębienia lub beznadziejności	0	1	2	3

Instrukcja obliczania wyników

Skala Lęku: wynik itemu 1 + wynik itemu 2. Zakres wyników: od 0 do 6.

Skala Depresji: wynik itemu 3 + wynik itemu 4. Zakres wyników: od 0 do 6.

Wynik ogólny symptomów depresji i lęku: suma wyników wszystkich itemów. Zakres wyników: od 0 do 12. Wyższe wyniki w podskalach i wyniku ogólnym wskazują na wyższe nasilenie symptomów. W badaniach przesiewowych wynik ≥ 3 dla podskal Lęku i Depresji sugeruje, odpowiednio, obecność zaburzenia lękowego lub depresji.

Podskala Ruminacji z Kwestionariusza poznawczej regulacji emocji służy do oceny stosowania ruminacji, która jest poznawczą strategią radzenia sobie ze stresem. Ruminacja wyraża się w ciągłym myśleniu o negatywnym zdarzeniu i uczuciach z nim związanych.

Oryginalna angielskojęzyczna nazwa: The Rumination subscale of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ).

Autorzy oryginalnej angielskiej wersji: Garnefski i in. (2001).

Autorzy polskiej wersji: Marszał-Wiśniewska i Fajkowska (2010).

Arkusze testowe i instrukcja obliczania wyników są zamieszczone poniżej.

Podskala Ruminacji z Kwestionariusza poznawczej regulacji emocji

Instrukcja. Każdy z nas napotyka negatywne lub nieprzyjemne wydarzenia i każdy z nas reaguje na nie w swój własny sposób. Wskaż, proszę, przy poniższych zdaniach, co na ogół myślisz, kiedy doświadczasz negatywnych lub nieprzyjemnych zdarzeń.

Przy każdym zdaniu zaznacz odpowiednią cyfrę na skali opisującej, jak często myślisz w dany sposób.

	Stwierdzenia	(Prawie) nigdy	Rzadko	Czasami	Często	(Prawie) zawsze
1	Ciągle myślę o tym, jak się czuję w związku z tym, czego doświadczyłam	1	2	3	4	5
2	Jestem zaabsorbowana myślami i uczuciami w związku z tym, czego doświadczyłam	1	2	3	4	5
3	Chcę zrozumieć, dlaczego czuję się tak, jak się czuję, wobec tego czego doświadczyłam	1	2	3	4	5
4	Rozwodzę się nad uczuciami, które ta sytuacja we mnie wywołała	1	2	3	4	5

Instrukcja obliczania wyników

Wynik: suma wyników wszystkich itemów. Zakres wyników: od 4 do 20. Wyższy wynik wskazuje na częstsze stosowanie ruminacji.

Podskala Wrogości z Kwestionariusza agresji Bussa i Perry'ego służy do badania wrogości.

Oryginalna anglojęzyczna nazwa: The Hostility subscale of the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ).

Autorzy oryginalnej angielskiej wersji: Buss i Perry (1992).

Autorzy polskiej wersji: Aranowska i in. (2015).

Arkusz testowy i instrukcja obliczania wyników są zamieszczone poniżej.

Podskala Wrogości z Kwestionariusza agresji Bussa i Perry'ego

Instrukcja. Kwestionariusz mierzący postawę wobec ludzi zawiera osiem twierdzeń. Oceń, na ile każde z nich charakteryzuje Cię, na pięciostopniowej skali.

	Stwierdzenia	Wcale do mnie nie pasuje	Raczej do mnie nie pasuje	Ani pasuje do mnie, ani nie pasuje	Raczej do mnie pasuje	Bardzo do mnie pasuje
1	Kiedy ludzie są dla mnie szczególnie mili – zastanawiam się, czego ode mnie chcą	1	2	3	4	5
2	Nie wiem, dlaczego czasem jestem tak bardzo zawzięta	1	2	3	4	5
3	Jestem podejrzliwa wobec obcych, którzy zachowują się bardzo przyjaźnie	1	2	3	4	5
4	Czasami pękam z zazdrości	1	2	3	4	5
5	Czasami czuję, że wszystko jest przeciwko mnie	1	2	3	4	5
6	Czasem czuję, że ludzie śmieją się ze mnie za moimi plecami	1	2	3	4	5
7	Wydaje mi się, że inni ludzie mają na ogół więcej szczęścia ode mnie	1	2	3	4	5
8	Wiem, że „przyjaciele” obmawiają mnie za moimi plecami	1	2	3	4	5

Instrukcja obliczania wyników

Wynik: suma wyników wszystkich itemów. Zakres wyników: od 8 do 40. Wyższy wynik wskazuje na wyższy poziom wrogości.

Skrócony kwestionariusz percepcji choroby to 8-pozycyjny kwestionariusz samoopisowy służący do pomiaru ośmiu wymiarów percepcji choroby: (1) wpływ choroby na życie, (2) subiektywne postrzeganie czasu trwania choroby, (3) subiektywne poczucie kontroli choroby, (4) subiektywne postrzeganie skuteczności leczenia choroby, (5) subiektywne postrzeganie nasilenia objawów choroby, (6) zamartwianie się stanem zdrowia w związku z obecnością choroby, (7) subiektywne poczucie zrozumienia choroby, (8) subiektywne postrzeganie wpływu choroby na stan emocjonalny. Każda pozycja testowa odzwierciedla jeden z wymiarów percepcji choroby i jest oceniana na 11-punktowej skali Likerta w zakresie od 0 do 10. Dodatkowo B-IPQ zawiera jedno pytanie otwarte, które służy do subiektywnej oceny trzech najważniejszych przyczyn choroby.

Oryginalna anglojęzyczna nazwa: Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ).

Autorzy oryginalnej angielskiej wersji: Broadbent i in. (2006).

Autorzy polskiej wersji: Nowicka-Sauer i in. (2016).

Arkusz testowy i instrukcja obliczania wyników są zamieszczone poniżej.

Skrócony kwestionariusz percepcji choroby

Instrukcja. Przy każdym z następujących pytań zaznacz, proszę, tę cyfrę, która najbardziej odpowiada Twoim poglądom.

1. Jak duży wpływ na Twoje życie ma Twoje pierwotne nadciśnienie tętnicze?										
0 (nie ma żadnego wpływu)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (bardzo dotkliwie wpływa na moje życie)
2. Jak długo, według Ciebie, będzie trwało Twoje pierwotne nadciśnienie tętnicze?										
0 (bardzo krótko)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (zawsze)
3. Według Twojego odczucia, w jakim stopniu kontrolujesz swoje pierwotne nadciśnienie tętnicze?										
0 (nie mam absolutnie żadnej kontroli)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (mam bardzo znaczną kontrolę)
4. Jak myślisz, na ile leczenie, które otrzymujesz, może pomóc w Twoim pierwotnym nadciśnieniu tętniczym?										
0 (w ogóle)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (jest bardzo pomocne)

5. W jakim stopniu doświadczasz objawów pierwotnego nadciśnienia tętniczego?										
0 (nie doświadczam żadnych objawów)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (doświadczam wielu dotkliwych objawów)
6. W jakim stopniu jesteś zaniepokojona swoim pierwotnym nadciśnieniem tętniczym?										
0 (w ogóle nie)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (jestem bardzo zaniepokojona)
7. Według Twojego odczucia, jak dobrze rozumiesz swoje pierwotne nadciśnienie tętnicze?										
0 (wcale nie rozumiem)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (rozumiem bardzo dobrze)
8. Jak bardzo Twoje pierwotne nadciśnienie tętnicze wpływa na Twoje emocje? (np., czy powoduje złość, przerażenie, zdenerwowanie lub przygnębienie?)										
0 (wcale nie wpływa na emocje)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (wpływa w ogromnym stopniu)
9. Proszę wymienić 3 najważniejsze czynniki (według ich ważności), które według Ciebie spowodowały Twoje pierwotne nadciśnienie tętnicze. Najważniejsze przyczyny dla mnie to:										
1.										
2.										
3.										

Instrukcja obliczania wyników

Zaznaczona cyfra stanowi wynik dla każdego wymiaru percepcji choroby. Item 9 jest pytaniem otwartym o przyczyny choroby – odpowiedzi nie są punktowane, a jedynie kategoryzowane, na przykład stres, środowisko zewnętrzne, niewłaściwa dieta, przyczyny genetyczne.

Zakres wyników w pytaniach ilościowych: od 0 do 10. Wyższe wyniki wskazują na (1) wyższy wpływ choroby na życie, (2) na bardziej przewlekłe subiektywne postrzeganie czasu trwania choroby, (3) silniejsze subiektywne poczucie kontroli choroby, (4) silniejsze subiektywne postrzeganie skuteczności leczenia choroby, (5) silniejsze subiektywne postrzeganie nasilenia objawów choroby, (6) silniejsze

zamartwianie się stanem zdrowia w związku z obecnością choroby, (7) silniejsze subiektywne poczucie zrozumienia choroby, (8) silniejsze subiektywne postrzeganie wpływu choroby na stan emocjonalny.

Informacja dla uczestniczek badania

Szanowna Pani,

nazywam się Paweł Larionow. Jestem doktorantem na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego. Piszę doktorat na temat roli wybranych czynników psychologicznych w jakości życia kobiet z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym.

Zwracam się do Pani z uprzejmą prośbą o wzięcie udziału w badaniu naukowym pt. „Wybrane czynniki psychologiczne a jakość życia kobiet z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym”, którego celem jest określenie czynników psychologicznych związanych z jakością życia kobiet z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym. Zebrany materiał posłuży do rozwoju wiedzy naukowej na temat roli czynników psychologicznych w jakości życia kobiet z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym. Z praktycznego punktu widzenia pozwoli to na opracowanie skutecznych programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych dla kobiet z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym.

WAŻNA INFORMACJA:

Badanie adresowane jest wyłącznie do pełnoletnich kobiet ze zdiagnozowanym przez lekarza pierwotnym (samoistnym) nadciśnieniem tętniczym, bez innych przewlekłych chorób lub z jedną lub najwyżej dwiema współistniejącymi chorobami chronicznymi, które powstały po diagnozie NTP. W związku z tym, że to badanie ma charakter kliniczny, uprzejmie proszę sprawdzić dokumentację medyczną na obecność diagnozy pierwotnego nadciśnienia tętniczego i innych chorób, a także daty diagnozy i czasu trwania pierwotnego nadciśnienia tętniczego i innych chorób. W razie jakichkolwiek wątpliwości na temat obecności diagnozy pierwotnego nadciśnienia tętniczego, innych chorób, w tym wtórnego nadciśnienia tętniczego, uprzejmie proszę o rezygnację z udziału w tym badaniu.

PROCEDURA BADANIA:

Badanie polega na wypełnieniu kilku krótkich kwestionariuszy dotyczących głównie emocji i funkcjonowania psychologicznego w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym, a także kilku pytań socjodemograficznych wraz z pytaniami o stanie medycznym. Pytania są proste i krótkie. Nie zawierają wrażliwych informacji, a cała ankieta jest w pełni anonimowa.

Czas badania wynosi około 25–35 minut, w zależności od tempa wypełniania.

Pani udział w tym badaniu jest dobrowolny i może Pani zrezygnować z udziału w jego trakcie. Po przesłaniu ankiety nie ma możliwości rezygnacji z uwagi na zakodowanie wyników i niemożność identyfikacji jej autora. Wyniki zostaną wykorzystane jedynie do celów naukowych.

PRZED PRZYSTĄPIENIEM DO UDZIAŁU W BADANIU:

Może Pani wziąć udział w tym badaniu, jeśli zostaną spełnione łącznie trzy warunki: (1) Pani ma **pierwotne nadciśnienie tętnicze zdiagnozowane przez lekarza**, (2) Pani ma pierwotne nadciśnienie tętnicze zdiagnozowane przez lekarza i nie ma innych przewlekłych chorób lub ma tylko jedną, lub najwyżej dwie, współistniejące choroby chroniczne, które powstały **po diagnozie pierwotnego nadciśnienia tętniczego**, (3) zgadza się Pani podawać szczerze odpowiedzi związane z Pani stanem klinicznym i innymi aspektami Pani życia.

W razie jakichkolwiek wątpliwości na temat obecności diagnozy pierwotnego nadciśnienia tętniczego i innych chorób, uprzejmie proszę o rezygnację z udziału w tym badaniu. Jeśli ma Pani choroby współistniejące, które zostały zdiagnozowane przez lekarza przed **diagnozą pierwotnego nadciśnienia tętniczego**, również uprzejmie proszę zrezygnować z udziału w badaniu.

Badanie jest prowadzone przez mgr. Pawła Larionowa z Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

W razie jakichkolwiek pytań, proszę o kontakt: pavel@ukw.edu.pl

Serdecznie dziękuję za poświęcony czas!

Zgoda uczestniczki badania na udział w badaniu naukowym pt. „Wybrane czynniki psychologiczne a jakość życia kobiet z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym”

Oświadczam, że zostałam poinformowana szczegółowo o założeniach, celach, przebiegu i czasie trwania badania, sposobie jego przeprowadzenia, ewentualnym ryzyku i zagrożeniach, wszelkich niedogodnościach związanych z uczestnictwem w tym badaniu oraz o moich prawach i obowiązkach; zrozumiałam udzielone mi informacje dotyczące badania oraz otrzymałam wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania oraz wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na udział w tym badaniu.

Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać się z udziału w badaniu bez podania powodu, jeżeli uznam to za stosowne. Wiem, że po przesłaniu ankiety nie mam możliwości rezygnacji, z uwagi na zakodowanie wyników i niemożność identyfikacji uczestnika badania.

Jestem świadoma tego, że to badanie jest przeznaczone tylko dla kobiet z **pierwotnym nadciśnieniem tętniczym zdiagnozowanym przez lekarza, bez innych przewlekłych chorób lub z jedną, lub najwyżej dwiema**, współistniejącymi chorobami chronicznymi, które powstały **po diagnozie** pierwotnego nadciśnienia tętniczego. Zgadzam się podawać szczerze odpowiedzi związane z moim stanem klinicznym i innymi badanymi aspektami mojego życia.

Ze względu na to, że badanie prowadzone było online osoba badana wyraziła zgodę na udział w badaniu poprzez kliknięcie na „Wyrażam zgodę na udział w badaniu” przy powyższym oświadczeniu.

Świadoma dobrowolna zgoda uczestniczki badania na udział w badaniu naukowym

- *Wyrażam zgodę na udział w badaniu*
- *Nie wyrażam zgody na udział w badaniu*

Po kliknięciu na „Wyrażam zgodę na udział w badaniu” osoby badane były dopuszczone do wypełniania metryczki i kwestionariuszy. Po kliknięciu na „Nie wyrażam zgody na udział w badaniu” osoba badana nie miała możliwości zobaczyć metryczki i kwestionariuszy, a badanie było zakończone.

Metryczka

1. Wiek (w latach) ...

2. Miejsce zamieszkania:

- wieś
- małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)
- średnie miasto (20–100 tys. mieszkańców)
- duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)

3. Wykształcenie:

- podstawowe
- zawodowe
- średnie
- wyższe

4. Status związku:

- panna
- rozwiedziona
- wdowa
- w związku nieformalnym
- zamężna

5. Status socjoekonomiczny rodziny:

- bardzo zły
- zły
- przeciętny
- dobry
- bardzo dobry

6. Status zawodowy

- emerytka/rencistka
- pracuję zawodowo

- nie pracuję
- studiuję i pracuję
- studiuję

7. Kto zdiagnozował u Pani pierwotne nadciśnienie tętnicze?

- lekarz kardiolog
- lekarz rodzinny
- lekarz innej specjalizacji
- sama

8. Jaki stopień pierwotnego nadciśnienia tętniczego zdiagnozował u Pani lekarz?

- stopień 1
- stopień 2
- stopień 3
- nie znam stopnia

9. Ile czasu choruje Pani na pierwotne nadciśnienie tętnicze?

- od trzech miesięcy do roku
- 1–5 lat
- 6–10 lat
- powyżej 10 lat

10. Czy obecnie ma Pani właściwe parametry ciśnienia, tj. 140/90 mm Hg lub poniżej (w trakcie leczenia)?

- tak
- nie

11. Czy choruje Pani na którąś z następujących chorób (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź) lub ma jakieś wymienione poniżej stany fizjologiczne? Jeśli ma Pani choroby i stany fizjologiczne, które nie zostały wymienione w pytaniu, proszę wypisać je w polu "Inne".

- zawał serca
- choroba wieńcowa
- choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy
- astma

- cukrzyca
- przewlekłe zapalenie lub nieżyt żołądka
- nowotwór
- przewlekłe choroby nerek
- choroby psychiczne (uzależnienia, otępienie, zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, zaburzenia psychotyczne, w tym schizofrenia itp.)
- łuszczyca
- miażdżyca
- choroby neurologiczne
- niedoczynność tarczycy
- nadczynność tarczycy
- nadciśnienie tętnicze wtórne
- obturacyjny bezdech senny
- pierwotny hiperaldosteronizm (choroba Conna)
- ciąża
- przyjmowanie leków i środków chemicznych, w tym niesteroidowych leków przeciwzapalnych, cyklosporyny, doustnych leków antykoncepcyjnych i glikokortykoidów
- nie mam chorób przewlekłych
- inne ... *(pytanie otwarte)*

12. Czy przyjmuje Pani regularnie przepisane przez lekarza leki na pierwotne nadciśnienie tętnicze?

- tak
- nie
- zażywam leki tylko, kiedy mam wysokie ciśnienie
- nie mam zaleconych przez lekarza leków na pierwotne nadciśnienie tętnicze

13. Jeśli Pani zażywa leki na pierwotne nadciśnienie tętnicze, to ile leków Pani przyjmuje?

- 1 lek
- 2 leki

- 3 leki
- 4 leki
- 5 leków
- 6 i powyżej leków
- nie zażywam leków na pierwotne nadciśnienie tętnicze

14. Czy obecnie przyjmuje Pani leki psychiatryczne?

- tak
- nie

Streszczenie rozprawy doktorskiej w języku polskim

Autor: Paweł Larionow

Tytuł: Wybrane czynniki psychologiczne a jakość życia kobiet z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym

Promotor: prof. dr hab. Roman Ossowski

Przedmiot i cel badań. Rozprawa doktorska poświęcona jest roli wybranych czynników psychologicznych w funkcjonowaniu kobiet z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym (NTP), a zwłaszcza psychologicznych korelatów jakości życia. NTP to choroba charakteryzująca się, stale lub okresowo, podwyższonym ciśnieniem krwi o wartości 140/90 mm Hg lub więcej, której przyczyny nie można w sposób jednoznaczny ustalić, ani jej usunąć. Jako psychosomatyczna choroba przewlekła, NTP wymaga leczenia i kontroli przez całe życie pacjenta oraz wiąże się z obniżeniem jakości życia. W badaniach podkreśla się, że czynniki natury psychologicznej mogą odgrywać istotną rolę w procesie powstawania, przebiegu i leczenia choroby, a także mogą mieć wpływ na rehabilitację i jakość życia osób z NTP.

Rozprawa doktorska skoncentrowana jest wokół potencjalnie związanych z jakością życia kobiet z NTP wybranych relewantnych czynników psychologicznych, a mianowicie reaktywności emocjonalnej (w zakresie pozytywnych i negatywnych emocji oddzielnie), ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości i percepcji choroby. Uwzględniając rekomendacje towarzystw naukowych i konieczność oceny licznych czynników psychologicznych w praktyce medycznej, pojawiają się ważne pytania: (1) czy i jakie czynniki psychologiczne są związane z jakością życia?, (2) które czynniki psychologiczne są najbardziej relewantnymi (znaczącymi) predyktorami jakości życia?, (3) ocena których czynników ma być pierwszorzędna, a których — drugorzędna lub w ogóle pominięta ze względu na ich małą relewantność i ograniczenia czasowe w trakcie wizyt lekarskich? Dotychczasowe badania poświęcone czynnikom psychologicznym potwierdziły ich znaczącą rolę w NTP, szczególnie w procesie powstawania, przebiegu i leczenia choroby. Niniejsza rozprawa doktorska ma na celu uwzględnienie kolejnych czynników (przy kontroli zmiennych socjodemograficznych) w predykcji jakości życia kobiet z NTP.

Celem rozprawy doktorskiej była analiza związków między reaktywnością emocjonalną, ruminacją, symptomami depresji i lęku, wrogością i percepcją choroby a jakością życia kobiet z NTP. Ponadto (1) wskazano najistotniejsze predyktory jakości życia kobiet z NTP, spośród badanych czynników psychologicznych, (2) zbadano związki tych czynników psychologicznych z kontrolą NTP (obecnością docelowych parametrów ciśnienia krwi o wartości poniżej 140/90 mm Hg w trakcie leczenia) i współchorobowością, a także (3) zbadano związki zmiennych socjodemograficznych i medycznych z jakością życia kobiet z NTP. Pozwoliło to na wyłonienie najbardziej znaczących predyktorów jakości życia

spośród tych czynników psychologicznych, a także na określenie tych czynników, które były istotnie związane z kontrolą NTP i współchorobowością.

Metoda. W badaniu online wzięło udział 111 kobiet ze zdiagnozowanym przez lekarza NTP bez innych przewlekłych chorób lub z jedną lub najwyżej dwiema współistniejącymi chorobami, które powstały po diagnozie NTP. Kobiety z NTP były w wieku od 35 do 75 lat ($M = 60,86$, $Me = 61$, $SD = 8,27$). Uczestniczki badania wypełniły metryczkę zawierającą dane socjodemograficzne oraz odpowiedziały na pytania dotyczące ich stanu klinicznego. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: (1) *Skrócony kwestionariusz jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia* w adaptacji polskiej Jaracz i in. (2006) do badania czterech domen jakości życia (fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych, środowiskowej), (2) *Skróconą wersję skali reaktywności emocjonalnej Perth* w adaptacji polskiej Larionowa i Mudło-Głagolskiej (2022) do oceny cech (wymiarów) reaktywności emocjonalnej, w tym typowej łatwości/szybkości aktywacji, intensywności i czasu trwania emocji pozytywnych i negatywnych emocji oddzielnie, (3) *Kwestionariusz zdrowia pacjenta-4* w adaptacji polskiej Larionowa i Mudło-Głagolskiej (2023) do badania symptomów depresji i lęku oraz ich przesiewowej oceny, (4) podskalę *Ruminacji z Kwestionariusza poznawczej regulacji emocji* w adaptacji polskiej Marszał-Wiśniewskiej i Fajkowskiej (2010) do oceny stosowania ruminacji (ciągłego myślenia o negatywnym zdarzeniu i uczuciach z nim związanych), (5) podskalę *Wrogości z Kwestionariusza agresji Bussa i Perry'ego* w adaptacji polskiej Aranowskiej i in. (2015) do pomiaru wrogości oraz (6) *Skrócony kwestionariusz percepcji choroby* w adaptacji polskiej Nowickiej-Sauer i in. (2016) do pomiaru ośmiu wymiarów percepcji choroby i trzech subiektywnych przyczyn choroby.

Wyniki i wnioski. Większość badanych kobiet z NTP oceniła jakość swojego życia jako dobrą. Ogólnie, osoby badane były najmniej zadowolone z jakości swojego snu (wśród ocenianych parametrów domeny fizycznej), cieszenia się z życia (domena psychologiczna), z życia seksualnego (domena relacji społecznych) i z dostępności opieki medycznej (domena środowiskowa). Co czwarta badana kobieta z NTP wskazała, że nie miała docelowych wartości ciśnienia krwi (140/90 mm Hg lub poniżej w trakcie leczenia).

Odnotowano wysokie rozpowszechnienie symptomów lęku i depresji w badanej próbie kobiet z NTP. Pozytywny wynik przesiewowy w stosunku do zaburzeń lękowych i depresyjnych otrzymało, odpowiednio, około 40% i 25% osób badanych. Konieczne jest przeprowadzenie badań przesiewowych zaburzeń lękowych i depresyjnych wśród kobiet z NTP, a także opracowanie wytycznych dotyczących oceny symptomów tych zaburzeń w procesie leczenia NTP.

Wśród zmiennych socjodemograficznych, lepszy socjoekonomiczny status rodziny, pozostawanie w związku i wyższe wykształcenie wiązały się z wyższą jakością życia badanych kobiet z NTP. Wykształcenie najbardziej różnicowało poziom jakości życia (odnotowano różnice w trzech domenach z małymi i średnimi wielkościami efektu). Wykształcenie jest więc najbardziej relewantną zmienną

socjodemograficzną, która określa jakość życia kobiet z NTP i którą należy uwzględnić w praktyce medycznej.

Wśród zmiennych medycznych, zwiększenie liczby przyjmowanych leków na NTP wiązało się z niższą jakością życia, natomiast czas trwania NTP (przy kontroli wieku) nie był związany z jakością życia badanych kobiet z NTP. Niezbędny jest wybór optymalnej metody leczenia i indywidualizacja farmakoterapii, ze zmniejszeniem liczby przyjmowanych leków (np. poprzez stosowanie leków łączonych), w celu zapobiegania pogarszaniu się jakości życia. Wyższe nasilenie symptomów lękowo-depresyjnych, groźniejsza percepcja choroby i wyraźniejsza tendencja do przeżywania negatywnych emocji były charakterystyczne dla kobiet z niekontrolowanym NTP oraz/lub z chorobami współistniejącymi. Kobiety z NTP, charakteryzujące się tymi cechami, stanowią grupę ryzyka ciężkiego przebiegu NTP. Rekomendowana jest praca psychologiczna z tą grupą ryzyka.

Wśród badanych czynników natury psychologicznej, w tym cech reaktywności emocjonalnej, ruminacji, symptomów depresji i lęku, wrogości, a także percepcji choroby, szczególnie duże znaczenie dla stanu klinicznego NTP (kontrola NTP, współchorobowość) i jakości życia kobiet z NTP mają symptomy lękowo-depresyjne (w głównej mierze symptomy depresji), a także poszczególne wymiary percepcji choroby (wpływ choroby, kontrola choroby, skuteczność leczenia, doświadczenie objawów choroby, zaniepokojenie chorobą i wpływ choroby na emocje). Obniżenie poziomu trwania i intensywności pozytywnych emocji jest związane z brakiem kontroli NTP. Stosowanie technik psychoterapeutycznych zwiększających nasilenie pozytywnych emocji wydaje się pomocne w celu zwiększenia kontroli NTP.

Bazując na modelu jakości życia związanej ze zdrowiem autorstwa Wilsona i Cleary'ego (1995), w pracy doktorskiej potwierdzono wcześniejsze doniesienia o szczególnej roli symptomów/objawów, które były najważniejszymi wyznacznikami jakości życia w próbach pacjentów z chorobami przewlekłymi. W niniejszych badaniach to właśnie symptomy depresji były bardzo silnym predyktorem niskiej jakości życia kobiet z NTP (przy uwzględnieniu w modelu regresji innych zmiennych), co podkreśla szczególnie negatywną rolę tych symptomów w obniżeniu jakości życia. Wyniki niniejszych badań potwierdzają także słuszność testowanego modelu jakości życia związanej ze zdrowiem autorstwa Wilsona i Cleary'ego (1995) jako teoretycznej bazy dla wyjaśnienia jakości życia.

Esencją oceny roli badanych czynników psychologicznych w funkcjonowaniu kobiet z NTP jest następujący wniosek. Symptomy depresji i percepcja choroby są najistotniejszymi zmiennymi mającymi największe znaczenie w różnicowaniu stanu klinicznego i jakości życia kobiet z NTP, a wrogość i ruminacja — najmniej istotnymi, dlatego ocena depresji i percepcji choroby w praktyce medycznej wydaje się pierwszorzędna w celu zapewnienia najskuteczniejszego leczenia i pomocy psychologicznej.

Streszczenie rozprawy doktorskiej w języku angielskim

Summary of Ph.D. thesis

Author: Paweł Larionow

Title: Selected psychological factors related to the quality of life in females with essential hypertension

Scientific advisor: Full Professor Roman Ossowski

Subject and aim of the study. The doctoral dissertation is devoted to the role of selected psychological factors in the functioning of females with essential hypertension (HTN), and, in particular, to the psychological correlates of the quality of life. HTN is a disease characterized by persistent or intermittent high blood pressure of 140/90 mmHg or more, the cause of which cannot be identified unambiguously or resolved. As a psychosomatic chronic disease, HTN requires treatment and monitoring throughout the patient's life and is associated with a decrease in their quality of life. The research emphasizes that psychological factors may play an important role in the process of development, course, and treatment of the disease, and may also affect the rehabilitation and quality of life of people with HTN.

This doctoral dissertation is focused on selected relevant psychological factors potentially related to the quality of life in females with HTN, namely emotional reactivity (in terms of positive and negative emotions separately), rumination, depression and anxiety symptoms, hostility, and illness perception. Taking into account the recommendations of scientific societies and the need to assess numerous psychological factors in medical practice, important questions arise: (1) whether and what kind of psychological factors are related to the quality of life?; (2) which psychological factors are the most relevant (significant) predictors of the quality of life?; (3) which psychological factors are to be of primary importance, and which are of secondary, or should they not be considered altogether due to their low relevance and time constraints during medical visits? Previous studies have supported the significant role of psychological factors in HTN, especially in the process of development, course, and treatment of the disease. This doctoral dissertation was intended to take into account further factors (controlling sociodemographic variables) in predicting the quality of life in females with HTN.

The doctoral dissertation aimed to analyze the relationships between emotional reactivity, rumination, depression and anxiety symptoms, hostility, illness perception, and the quality of life in females with HTN. In addition, (1) the most significant predictors of the quality of life in women with HTN among the examined psychological factors were indicated, (2) the relationships between these psychological factors and HTN control (presence of target blood pressure parameters below 140/90 mm Hg during treatment) and comorbidity were examined, and (3) the associations of sociodemographic and

medical variables with the quality of life in females with HTN were explored. This made it possible to identify the most significant predictors of life quality among these psychological factors, as well as to identify the factors which were significantly associated with HTN control and comorbidity.

Method. One hundred and eleven females with physician-diagnosed HTN without other chronic conditions or with one or at most two comorbid diseases which developed after the diagnosis of HTN were recruited in an online survey. Females with HTN were aged from 35 to 75 ($M = 60.86$, $Me = 61$, $SD = 8.27$). The participants filled out a sociodemographic form and answered questions about their clinical conditions. The following questionnaires were applied: (1) the World Health Organization Quality of Life–BREF questionnaire in its Polish version by Jaracz et al. (2006) for measuring four domains of quality of life (i.e., physical health, psychological, social relationships, environment), (2) the Perth Emotional Reactivity Scale-Short Form in the Polish version by Larionow and Mudło-Głagolska (2022) for assessing the emotional reactivity traits, including the typical ease/speed of activation, intensity and duration of positive and negative emotions separately, (3) the Patient Health Questionnaire–4 in the Polish version by Larionow and Mudło-Głagolska (2023) for examining depression and anxiety symptoms and their screening assessment, (4) the Rumination subscale derived from the Cognitive Regulation of Emotions Questionnaire in its Polish version by Marszał-Wiśniewska and Fajkowska (2010) for assessing rumination (thinking all the time about the feelings and thoughts associated with the negative event), (5) the Hostility subscale from the Buss and Perry Aggression Questionnaire in its Polish version by Aranowska et al. (2015) for measuring hostility, and (6) the Brief Illness Perception Questionnaire in its Polish version by Nowicka-Sauer et al. (2016) for assessing eight dimensions of illness perception and three subjective causes of disease.

Results and conclusions. Most of the surveyed females with HTN assessed their quality of life as good. In general, the participants were the least satisfied with the quality of their “sleep and rest” (among the assessed parameters of the physical health domain), “positive feelings” (psychological domain), “sexual activity” (social relationships domain), and “health and social care: accessibility and quality” (environment domain). One in four surveyed females with HTN indicated that they did not have target blood pressure levels (140/90 mmHg or below during treatment). A high prevalence of anxiety and depression symptoms was noted in the sample of females with HTN. A positive screening result for anxiety and depressive disorders was obtained by approximately 40% and 25% of the participants, respectively. It is necessary to carry out screening for anxiety and depressive disorders among females with HTN, as well as to develop guidelines for the assessment of the symptoms of these disorders in the process of HTN treatment. Among the sociodemographic variables, better socioeconomic status of the family, being in a relationship, and higher education were associated with a higher quality of life in the surveyed females with HTN. Education levels affected the quality-of-life level the most (differences were

noted in three domains with small and medium effect sizes). In this respect, education level is the most relevant sociodemographic variable that determines the quality of life in females with HTN and should be taken into account in medical practice.

Among the medical or clinical variables, an increase in the number of drugs taken for HTN was associated with a lower quality of life, whereas the duration of HTN (controlling for age) was not related to the quality of life in females with HTN. It is necessary to choose the optimal method of treatment and to individualize pharmacotherapy with a reduction in the number of drugs taken (e.g., through the use of combined drugs) to prevent the deterioration of life quality. Higher levels of anxiety-depressive symptoms, a more threatening illness perception, and a stronger tendency to experience negative emotions were more common in females with HTN who were characterized by uncontrolled HTN and/or had comorbidities. Females with HTN characterized by these features are at risk of severe HTN. Psychological support is recommended for this risk group.

Among the examined psychological factors, including emotional reactivity, rumination, depression, and anxiety symptoms, hostility, the illness perception, it is the anxiety-depression symptoms (mainly depression symptoms), as well as individual dimensions of the illness perception (consequences, personal control, treatment control, identity, concern, and emotional representation) that are of particular importance for the clinical status of HTN (i.e., HTN control, comorbidity) and the quality of life in females with HTN. The decrease in the duration and intensity of positive emotions is related to uncontrolled HTN. The use of psychotherapeutic techniques which increase the positive reactivity traits seems to be helpful to increase HTN control.

Based on Wilson and Cleary's (1995) health-related quality of life model, this doctoral dissertation supported previous reports on the specific role of the "symptom status" component of this model as a determinant of life quality in samples of patients with chronic diseases. In this study, depression symptoms were a very strong predictor of low quality of life (taking into account other variables in the regression model), which emphasizes a particularly negative role of these symptoms in decreasing the quality of life. The results of this study also supported the validity of Wilson and Cleary's (1995) health-related quality of life model as a theoretical basis for explaining the quality of life in females with HTN.

The essence of the examined psychological factors' role assessment in the functioning of females with HTN is the following conclusion. The depression symptoms and the illness perception are the most relevant variables which have the greatest significance in differentiating the clinical conditions and quality of life of females with HTN, whereas hostility and rumination are the least significant factors, therefore, the assessment of depression symptoms and the illness perception in medical practice seems to be of primary importance to ensure the most effective treatment and psychological help.