

WPLYW WYBRANYCH CZYNNIKÓW NA POZIOM AKCEPTACJI CHOROBY U PACJENTÓW Z CHOROBA TĘTNIC OBWODOWYCH

Impact of selected factors on the level of disease acceptance in patients with peripheral artery disease



Renata Piotrkowska¹, Piotr Jarzynkowski¹, Magdalena Król^{1,2}, Sylwia Terech-Skóra¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Studenckie Koto Naukowe Pielęgniarstwa Chirurgicznego

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2020; 4: 164–169

Praca wpłynęła: 23.03.2020, przyjęto do druku: 25.05.2020

Adres do korespondencji:

dr **Piotr Jarzynkowski**, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny, tel.: 58 3489 12 47, e-mail: p.jarzynkowski@gumed.edu.pl

Streszczenie

Cel pracy: Ocena wpływu wybranych czynników na poziom akceptacji choroby u pacjentów z chorobą tętnic obwodowych (PAD).

Materiał i metody: Badaniem objęto 72 osoby – 24 kobiety i 48 mężczyzn, z PAD leczone w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku od marca do maja 2018 r.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny wykorzystujący skalę akceptacji choroby (*acceptance of illness scale* – AIS) autorstwa Feltona, Revenssona i Hinrichsena z Center for Community Research and Action, Department of Psychology, New York University (adaptacja do warunków polskich Juczyńskiego). Do zebrania danych społeczno-demograficznych posłużyła ankieta własnego autorstwa. Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2013. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki: Wyższy poziom akceptacji choroby prezentowali chorzy z wyższym wykształceniem. Najniższy poziom akceptacji choroby wykazywali pacjenci z największym ograniczeniem sprawności ruchowej.

Wnioski: Ogólny wskaźnik poczucia akceptacji choroby w badanej grupie chorych kształtował się na poziomie średnim. Wykształcenie i sprawność ruchowa pacjentów miały istotny wpływ na poziom akceptacji choroby. Należy podejmować kolejne badania pozwalające ocenić poziom akceptacji choroby u pacjentów z PAD, co pozwoli na poprawę edukacji, profilaktyki i leczenia.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, choroba tętnic obwodowych, skala akceptacji choroby (AIS).

Summary

Introduction: Assessment of the impact of selected factors on the level of disease acceptance in patients with chronic lower limb ischaemia.

Material and methods: The research material consisted of 72 patients (24 women and 48 men) with peripheral artery disease at the Cardiac Surgery and Vascular Surgery Clinic of the University Clinical Centre in Gdańsk from March to May 2018.

The research method was a diagnostic survey using the acceptance of illness scale (AIS). The diagnostic survey method using the AIS by Felton, Revensson, and Hinrichsen from the Center for Community Research and Action, Department of Psychology, New York University (with adaptation to the Polish conditions of Juczyński) was used. A survey of my own authorship was used to collect socio-demographic data. All statistical calculations were carried out using the IBM SPSS 23 statistical package and Excel 2013 spreadsheet. $P < 0.05$ was used as the significance level for all calculations.

Results: Patients with higher education presented a higher level of acceptance of the disease. The lowest level of disease acceptance was demonstrated by patients with the greatest reduction of mobility.

Conclusions: The general indicator of the sense of acceptance of the disease in the studied group of patients was at an average level. Patient's education and mobility had a significant impact on the level of disease acceptance. Further research should be undertaken to assess the level of disease acceptance in patients with peripheral artery disease, which will improve education, prevention, and treatment.

Key words: acceptance of disease, peripheral artery disease, acceptance of illness scale (AIS).

Wprowadzenie

Choroba tętnic obwodowych (*peripheral arterial disease* – PAD) stanowi trzeci pod względem częstości występowania i wagi problem w medycynie, po zmianach w krążeniu wieńcowym i mózgowym. Najczęstszą jej przyczyną jest miażdżycza [1]. Z badań epidemiologicznych wynika, że wskaźniki rozpowszechnienia choroby zależne od płci rosną wraz z wiekiem i są podobne w poszczególnych państwach niezależnie od wysokości dochodu narodowego brutto. W 2010 r. na świecie żyły 202 mln ludzi z PAD [2]. Choroba ma charakter przewlekły i wymaga długotrwałego leczenia. Dolegliwości swoiste dla PAD to chromanie przestankowe, ból spoczynkowy czy martwica tkanek [1–5]. Wpływ na rodzaj objawów mają umiejscowienie niedrożności naczynia, długość zamkniętego odcinka, liczba poziomów zamknięcia/zwężenia oraz stopień rozwoju krążenia obocznego. Najbardziej charakterystycznym jednak objawem jest chromanie przestankowe [1]. W badaniu fizykalnym można obserwować u pacjenta również zaniki mięśniowe, słabe wypełnienie żył powierzchownych, zaniki owłosienia, osłabioną grę włóscinową, blednię skóry kończyny [6]. Wraz z rozwojem choroby dochodzi do przewlekłego niedokrwiennego bólu spoczynkowego, owrzodzenia lub zgorzeli [1, 3]. Zmiany martwicze dotyczą w początkowym etapie najbardziej dystalnych części kończyn, a także miejsc narażonych na miejscowe przewlekłe uszkodzenia (powodowane np. uciskiem), takich jak palce, pięty oraz okolica głowy I i V kości śródstopia [6]. W okresie tym występuje już bezpośrednie zagrożenie utraty kończyny z powodu rozwoju nieodwracalnych zmian niedokrwienych [4, 6].

Choroba tętnic obwodowych z uciążliwymi objawami somatycznymi niewątpliwie wpływa negatywnie na jakość życia chorych oraz funkcjonowanie w sferze fizycznej i psychospołecznej [7]. Jednym z najbardziej uciążliwych objawów jest ból niedokrwienny, który ma etiologię wieloczynnikową, ale wywołany jest głównie przez niedokrwienie skóry dystalnej części kończyny. Leczenie bólu ma podstawowe znaczenie. Powinno ono być zindywidualizowane i obejmować różnorodne metody [7–9]. W piśmiennictwie podkreśla się, że terapia PAD jest procesem interdyscyplinarnym obejmującym działania medyczne [9, 10], edukacyjne i psychologiczne [11]. Zaawansowanie PAD prowadzi do złożonych konsekwencji, które odnoszą się do różnych obszarów funkcjonalnych i powodują rosnący fizyczny oraz psychiczny dyskomfort wynikający z bólu doświadczanego przez pacjentów oraz postępującego ograniczenia lub utraty zdolności funkcjonalnych [7, 12].

Zaadaptowanie się do nowej sytuacji, jaką jest życie z PAD, staje się możliwe dzięki akceptacji choroby, uznaniu jej istnienia i pogodzeniu się ze złym stanem zdrowia [13]. Dzięki temu życie z chorobą staje się wartościowe i godne podtrzymywania [14]. W niniejszej pracy przez akceptację rozumie się brak kłopotów z przysto-

sowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, poczucie niezależności i samowystarczalności mimo choroby, zachowane i nieobniżone poczucie własnej wartości oraz brak przeświadczenia, że choroba może negatywnie wpływać na otoczenie. Akceptacja choroby przejawia się też w małym nasileniu reakcji i emocji negatywnych powiązanych z chorobą oraz w mniejszym poczuciu dyskomfortu psychicznego [14–16].

Cel pracy

Ocena wpływu wybranych czynników na poziom akceptacji choroby u pacjentów z chorobą tętnic kończyn dolnych.

Materiał i metody

Badaniem objęto 72 osoby – 24 kobiety i 48 mężczyzn, z PAD leczone w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku od marca do maja 2018 r. Pacjenci zostali zakwalifikowani do angioplastyki wewnątrznaczyniowej. Pomiar akceptacji choroby został przeprowadzony w pierwszej dobie hospitalizacji chorego, przed włączeniem leczenia inwazyjnego. Osoby te wyraziły świadomą i dobrowolną zgodę na udział w badaniu. Projekt badań uzyskał zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym o numerze NKBBN/67/2018. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem skali akceptacji choroby (*acceptance of illness scale* – AIS) autorstwa Feltona, Revenssona i Hinrichsena z Center for Community Research and Acton, Department of Psychology, New York University (adaptacja do warunków polskich Juczyńskiego).

Skala AIS obejmuje osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia w zakresie:

- oceny ograniczeń narzuconych przez chorobę,
- braku samowystarczalności,
- poczucia zależności od innych,
- obniżonego poczucia własnej wartości.

W każdym stwierdzeniu badany pacjent określał swój aktualny stan w pięciostopniowej skali: od 1 – „zdecydowanie się zgadzam”, do 5 – „zdecydowanie się nie zgadzam”. Zdecydowana zgoda (ocena 1) wyraża złe przystosowanie do choroby, natomiast zdecydowany brak zgody (ocena 5) – akceptację choroby. Ogólną miarą stopnia akceptacji choroby jest suma punktów, a jej zakres waha się od 8 do 40 punktów. Wyniki poniżej 20 punktów są uważane za niskie i wskazują na brak lub słabą akceptację choroby oraz przystosowanie się do niej, a także znaczące problemy emocjonalne z nią związane. Wyniki od 20 do 30 punktów oznaczają umiarkowany poziom akceptacji. Wyniki powyżej 30 punktów dowodzą wyso-

ką lub pełną akceptację choroby. Wiarygodność polskiej wersji skali jest zadowalająca, współczynnik α Cronbacha wynosi 0,85 [10].

Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2013. Zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych, a zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego (SD). Do sprawdzenia, czy zmienna ilościowa pochodziła z populacji o rozkładzie normalnym posłużono się testem Kołomogorowa-Smirnowa. Istotność różnic pomiędzy więcej niż dwoma grupami sprawdzono, stosując nieparametryczny test istotności Kruskala-Wallisa (w przypadku otrzymania istotnych różnic dodatkowo zastosowano testy *post hoc* Bonferroniego), a istotność różnic pomiędzy dwoma grupami testem U Manna-Whitneya i t-Studenta. W celu sprawdzenia siły i kierunku pomiędzy zmiennymi zastosowano test korelacji Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Wśród badanych kobiety stanowiły 33,3% ($n = 24$), mężczyźni 66,7% ($n = 48$). Przewaga mężczyzn może

Tabela 1. Stopień zaawansowania choroby według skali oceny Rutherforda

Stopień zaawansowania choroby	Objawy kliniczne	<i>n</i>	%
R2	umiarkowane chromanie	1	1,4
R3	ciężkie chromanie	11	15,3
R4	niedokrwienny ból spoczynkowy	32	44,4
R5	niewielkie ubytki tkanki	22	30,6
R6	owrzodzenie lub martwica	6	8,3
	Razem	72	100

N – liczba badanych.

Tabela 2. Poziom akceptacji choroby według kwestionariusza skali akceptacji choroby

AIS	Min.	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.	1	4	3,53	0,87
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.	1	4	2,59	0,91
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny.	1	5	3,72	1,12
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę.	1	5	3,65	1,16
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla rodziny i przyjaciół.	1	5	3,75	1,08
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem.	1	5	2,43	0,88
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciał(a)bym być.	1	4	1,68	0,64
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.	1	5	3,80	1,08

AIS – skala akceptacji choroby, *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe.

wynikać z epidemiologicznych cech choroby. Wiek ankietowanych wahał się między 35 a 85 lat. Średnia wieku wyniosła 64,38 roku ($SD = 10,12$).

Największą liczbę badanych stanowili chorzy z wykształceniem zawodowym 48,6% ($n = 35$) i mieszkańcy miast 80,6% ($n = 58$). U pacjentów najczęściej występowały: nikotynizm (75,0%, $n = 54$), nadciśnienie tętnicze (56,5%, $n = 48$) i cukrzyca (25,9%, $n = 22$). Stopień zaawansowania choroby określono przy pomocy klasyfikacji Rutherforda. Większość chorych miało zmiany typu 4, najmniej pacjentów miało zmiany typu 6 (tab. 1).

Wyniki badań wskazują, że ogólny wskaźnik poczucia akceptacji choroby w badanej grupie chorych kształtował się na średnim poziomie ($M = 25,17$, $SD = 0,85$). Najniższy poziom akceptacji choroby dotyczył samowystarczalności ($M = 1,68$, $SD = 0,64$) (tab. 2).

Szczegółowa analiza poszczególnych obszarów akceptacji choroby, takich jak uznanie ograniczeń narzuconych przez chorobę, brak samowystarczalności, poczucie zależności od innych, ocenianych w skali 1–5 punktów wskazuje, że najwyższą średnią świadcząca o braku negatywnych emocji uzyskały twierdzenia: *Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby* (poczucie własnej wartości – średnia 3,80), następnie *Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół* (poczucie zależności od innych – średnia 3,75). Najniżej ze wszystkich aspektów oceniono *Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być* (poczucie braku samowystarczalności – średnia 1,68).

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności między płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania a poziomem akceptacji choroby ($p > 0,005$) (tab. 3–4). Nieparametryczny test istotności Kruskala-Wallisa wykazał istotny związek między wykształceniem a poziomem akceptacji choroby. Istotnie wyższy poziom akceptacji choroby prezentowali chorzy z wykształceniem wyższym ($H_{(3)} = 13,60$, $p < 0,05$) (tab. 5). Obecność chorób współistniejących i stopień niedokrwienia kończyn dolnych nie różnicuje istotnie poziomu akceptacji choroby

($p > 0,05$). Istotnie najniższy poziom akceptacji choroby wykazują natomiast chorzy z największym ograniczeniem sprawności ruchowej ($H_{(3)} = 8,68, p < 0,05$).

Dyskusja

Ocena stopnia akceptacji choroby pozwala na lepsze poznanie poziomu przystosowania się do choroby, jak i zmniejszenia negatywnych emocji towarzyszących pacjentom w chorobie. Ze względu na małą liczbę badań nad pacjentami z PAD z wykorzystaniem testów psychometrycznych uzyskane w badaniu wyniki porównano z wynikami pacjentów z innymi przewlekłymi chorobami [17–30]. Na podstawie przeprowadzonych badań zauważono, że akceptacja choroby była na przeciętnym poziomie i wyniosła 25,17, jednak poszczególne obszary w zakresie skali AIS znacznie się różniły. Zbliżone średnie wyniki, jednak wyższe niż te uzyskane przez pacjentów w naszym badaniu, uzyskali pacjenci z chorobą nowotworową: z rakiem jelita grubego ($M = 27,74$) [18], rakiem pęcherza moczowego ($M = 28,8$) [19], rakiem piersi ($M = 28,45$) [20]. Jeszcze wyższy poziom akceptacji choroby wykazywali pacjenci z rakiem prostaty ($M = 30,39$) [21]. Pacjenci z chorobami nienowotworowymi, jak padaczka [22], układowe choroby tkanki łącznej [23], zaburzenia mięśniowo-szkieletowe [24], nadciśnienie tętnicze [25], cukrzyca [26], migotanie przedsionków [27], stwardnienie rozsiane [28], migrena [29], choroba Gravesa-Basedowa i Hashimoto [30], uzyskali podobną średnią wartość akceptacji choroby.

Badania własne wykazały, że spośród zmiennych społeczno-demograficznych jedynie wykształcenie było statystycznie istotne. Osoby z wyższym wykształceniem charakteryzowały się wyższym poziomem akceptacji choroby. Badanie przeprowadzone przez Polańską-Jankowską i wsp. w grupie chorych z nadciśnieniem tętniczym potwierdziło, że płeć, wiek i miejsce zamieszkania nie wpływają na poziom akceptacji choroby [25]. Również u pacjentów z cukrzycą [26] nie zaobserwowano wpływu tych zmiennych. Podobnie analiza przypadków pacjentów z PAD nie potwierdziła istotnej zależności między płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania badanych chorych a poziomem akceptacji choroby. Wyniki badań autorów pracy wykazują statystycznie istotny związek między poziomem akceptacji choroby wśród pacjentów a poziomem wykształcenia. Polańska-Jankowska i wsp. [25] nie wykazali związku pomiędzy poziomem wykształcenia a akceptacją choroby. Rolka i wsp. [29] w badaniu chorych z migreną oraz Basińska i wsp. [30], którzy analizowali AIS u pacjentów z chorobą Gravesa-Basedowa i Hashimoto, również wskazywali na brak zależności akceptacji choroby od płci i wykształcenia. Podsumowując uzyskane wyniki, można stwierdzić, że brakuje bezpośredniego związku między akceptacją choroby a wiekiem, płcią czy wykształceniem. Niemniej

Tabela 3. Płeć, miejsce zamieszkania a poziom akceptacji choroby

Dane społeczno-demograficzne	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
kobieta	24	25,12	6,36	0,51	0,610
mężczyzna	48	25,19	6,08		
Stopień akceptacji choroby vs miejsce zamieszkania	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
miasto	58	25,63	4,47	0,15	0,875
wieś	14	23,21	8,51		

N – liczba badanych, *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Z* – rozkład normalny, wynik testu *Z*, *p* – poziom istotności, prawdopodobieństwo.

Tabela 4. Akceptacja choroby a wiek

Stopień akceptacji choroby vs wiek	<i>n</i>	<i>rHO</i>	<i>p</i>
Wiek	72	-0,13	0,261

N – liczba badanych, *rHO* – współczynnik korelacji Spearmana (empiryczny), *p* – poziom istotności, prawdopodobieństwo.

Tabela 5. Poziom wykształcenia a poziom akceptacji choroby

Stopień akceptacji choroby vs wykształcenie	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Podstawowe	6	19,16	7,65	13,60	3	0,003
Zawodowe	35	25,23	5,56			
Średnie	15	24,13	4,99			
Wyższe	16	28,25	2,20			

N – liczba badanych, *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *H* – współczynnik nierównomierności, *df* – stopnie swobody, *p* – poziom istotności, prawdopodobieństwo.

jednak można przypuszczać, że zarówno wiek, płeć i wykształcenie pośrednio modyfikują tę zmienną.

W grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wykazano, że istnieje statystycznie istotny związek pomiędzy akceptacją choroby a chorobami współistniejącymi, (choroba niedokrwienności serca, choroby naczyń i miażdżycy) [25]. Takiej zależności nie wykazała analiza autorów pracy. W grupie pacjentów z chorobą nowotworową czynnikami społeczno-demograficznymi wykazującymi istotny wpływ na poziom akceptacji choroby były miejsce zamieszkania [18, 20] i wykształcenie [21].

W badaniu nie zaobserwowano związku między poziomem akceptacji choroby a stopniem zaawansowania PAD. Wykazano istotny związek pomiędzy akceptacją choroby a sprawnością ruchową badanych chorych. Na podstawie przeprowadzonych badań u pacjentów z PAD autorzy doszli do wniosku, że chorzy, którzy wykazywali mniejsze ograniczenia sprawności ruchowej, prezentowali wyższy poziom akceptacji choroby. Ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu mają wpływ na obniżenie poziomu akceptacji choroby, a zachowana sprawność ruchowa sprzyja jej wzrostowi. Choroba tętnic obwodowych wraz z wiekiem coraz bardziej ogranicza możli-

wości poruszania się, dlatego pacjenci często uważają, że są zależni od osób ze swojego otoczenia. Nierzadko schorzenie wymusza na nich pozostawanie w domu, co prowadzi do poczucia izolacji [31], a także uniemożliwia wypoczynek na świeżym powietrzu i rekreację [32, 33]. Malicka, która przeanalizowała wpływ aktywności fizycznej na stosunek do choroby, przedstawiła wyniki zbliżone do wyników autorów pracy [34]. Podobnie Ponczek i wsp. wskazują, że objawy PAD zaburzają funkcjonowanie chorych w życiu codziennym [35]. Choroba ta prowadzi również do niemożności wypełniania funkcji społecznych pełnionych dotychczas, zawężania kontaktów towarzyskich oraz rezygnacji z pracy zawodowej. Konsekwencją ekonomiczną jest brak pieniędzy na zakup leków czy protez [31–34].

Podsumowując, nie wszystkie zmienne związane z przebiegiem PAD były związane z akceptacją choroby. W kolejnym projekcie badawczym należy zwiększyć liczbę uczestników i dokonać szerszej analizy akceptacji choroby, aby wykazać, że stopień akceptacji własnej choroby jest nie/istotnie powiązany z wieloma czynnikami klinicznymi oraz socjodemograficznymi.

Wnioski

Pacjenci wykazywali średni poziom akceptacji choroby. U chorych z wyższym wykształceniem i lepszą sprawnością ruchową zaobserwowano wyższy poziom akceptacji. Należy podejmować działania w kierunku oceny poziomu akceptacji choroby, ponieważ pozwoli to na identyfikację pacjentów z niskim poziomem akceptacji i zaplanowanie działań o charakterze leczniczym, profilaktycznym i edukacyjnym.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Zdrojowy K, Sapian-Raczkowska B, Adamiec R. Chronic lower limb ischemia – clinical symptom element of atherosclerosis – actual guideline. *Pol Merkuriusz Lek* 2010; 28: 163-171.
- Fowkes FG, Rudan D, Rudan I i wsp. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *Lancet* 2013; 382:1329-1340.
- Varu VN, Hogg ME, Kibbe MR. Critical limb ischemia. *J Vasc Surg* 2010; 51: 230-241.
- Pascarella L, Aboul Hosn M. Minimally invasive management of severe aortoiliac occlusive disease. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2018; 28: 562-568.
- Curry SJ, Krist AH, Owens DK i wsp. Screening for peripheral artery disease and cardiovascular disease risk assessment with the ankle-brachial index: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA* 2018; 320: 177-183.
- Krasinski K, Gaciong ZA, Szymanski FM i wsp. The position of Polish experts on conservative management in patients with artery diseases of lower limbs. *Acta Angiol* 2019; 25: 41-76.
- Wiśniewska A, Szewczyk MT, Cwajda Białasik J i wsp. Przekonania na temat kontroli bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2009; 3: 113-121.
- Management of peripheral arterial disease (PAD). TransAtlantic inter-society consensus (TASC). Section D: chronic critical limb ischemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2000; 19: 163-243.
- Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA i wsp. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *J Vasc Surg* 2007; 45: S5-S67.
- The 2017 ESC Guidelines on PADs: what's new? *Eur Heart J* 2018; 39: 720-729.
- Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzler NR i wsp. ACC/AHA 2005. Practice guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic). *Circulation* 2006; 113: e463-654.
- Piotrkowska R, Dobosz M, Książek J i wsp. Social, demographic and clinical characteristics of patients suffering from peripheral vascular disease treated surgically compared to patients treated with endovascular angioplasty. *Arch Med Sci Atheroscler Dis* 2017; 2: e9-e15.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa* 2012: 162-166.
- Dijkstra A, Buunk AP, Toth G i wsp. Psychological adjustment to chronic illness: the role of prototype evaluation in acceptance of illness. *J Appl Biobehavior Res* 2008; 12: 3-4, 119-140.
- Boryczko-Pater B, Baron A, Szaleniec J i wsp. The dynamics of adjustment to disease and acceptance of illness in patients with head and neck malignancies. *Otolaryngol Pol* 2011; 65: 48-53.
- Gatuszko A. Akceptacja choroby przewlekłej i poziom dystresu pacjentów leczących się ambulatoryjnie. *Chowanna* 2013; 1: 159-177.
- Czerw AI, Bilińska M, Deptała A. The assessment of the impact of socio-economic factors in accepting cancer using the acceptance of illness scale (AIS). *Contemp Oncol* 2016; 20: 261-265.
- Czerw AI, Religioni U, Deptała A i wsp. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer, and coping strategies in colorectal cancer patients. *Gastroenterology Rev* 2016; 11: 96-103.
- Krajewski W, Mazur M, Poterek A i wsp. Assessment of pain management, acceptance of illness, and adjustment to life with cancer in patients with nonmuscle invasive bladder. *BioMed Res Int* 2018; 11: 1-10.
- Czerw AI, Religioni U, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer* 2016; 23: 654-661.
- Czerw AI, Religioni U, Deptała A i wsp. Pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in prostate cancer patients. *Arch Med Sci* 2017; 13: 1459-1466.
- Staniszewska A, Religioni U, Dąbrowska-Bender M. Acceptance of disease and lifestyle modification after diagnosis among young adults with epilepsy. *Patient Prefer Adherence* 2017; 11: 165-174.
- Puto G, Repka I, Zurzycka P i wsp. Socio-demographic determinants of the acceptance of systemic connective tissue diseases. *Reumatologia* 2018; 56: 31-36.
- Denys K, Denys P, Macander M i wsp. Quality of life, acceptance of illness and a sense of health control in patients with chronic musculoskeletal disorders during the rehabilitation process. *Pol Merkuriusz Lek* 2015; 38: 155-158.
- Jankowska-Polańska B, Ilko A, Wleklík M. Influence the acceptance of the disease on quality of life of patients with hypertension. *Arter Hyperten* 2014; 18: 143-150.
- Kurpas D, Czech T, Mroczek B. Illness acceptance in patients with diabetes and its influence on the quality of life and the subjective assessment of health. *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14: 383-388.
- Martynow A, Lefek K, Wierzbicka B i wsp. Effect of acceptance of illness on treatment adherence in atrial fibrillation patients. *J Edu Health Sport* 2017; 7: 154-170.
- Dymecka J, Bidzan M. Biomedical variables and adaptation to disease and health-related quality of life in polish patients with MS. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 2678.
- Rolka H. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. *Doniesienie wstępne. Prob Pielęg* 2009; 17: 178-183.

30. Basińska MA, Zalewska-Rydzkowska D, Wolańska P i wsp. Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. *Endokrynol Pol* 2008; 59: 23-28.
31. Johnstone CC. Living with peripheral vascular disease: patients and their carers. *Nurs Tim* 2004; 100: 36-39.
32. Soderberg S, Strand M, Haapala M i wsp. Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *J Adv Nurs* 2003; 42: 143-150.
33. Pattenden JF, Roberts H, Lewin RJ. Living with heart failure; patient and carer perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007; 6: 273-279.
34. Malicka I, Szczepańska-Gieracha J, Jankowska E i wsp. Physical activity, life satisfaction and adjustment to illness in women after treatment of breast cancer. *Contemp Oncol* 2011; 15: 180-185.
35. Ponczek D, Szajkowska L. Ocena przystosowania się do życia chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 2: 124-129.