

Ada Wiśniewska-Szumacher¹, Beata Karakiewicz², Marta Bażydło², Małgorzata Szkup-Jabłońska³, Anna Jurczak³, Elżbieta Grochans³

¹Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

²Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

³Zakład Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Czynniki determinujące akceptację choroby przez pacjentów leczonych z powodu żylaków kończyn dolnych

Factors determining the acceptance of the disease by patients treated for varicose veins

STRESZCZENIE

Wstęp. Akceptacja choroby sprzyja poczuciu bezpieczeństwa, łagodzi negatywne emocje wywołane chorobą, zmniejsza poczucie dyskomfortu.

Cel. Celem przeprowadzonych badań było poznanie czynników determinujących akceptację choroby przez pacjentów leczonych z powodu żylaków kończyn dolnych.

Material i metody. Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych. Obejmowały one grupę 50 osób czekających na operację usunięcia żylaków kończyn dolnych i grupę 50 osób z tą samą dolegliwością, ale leczonych ambulatoryjnie. Wybraną metodą był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem standaryzowanego kwestionariusza akceptacji choroby (AIS).

Wyniki i wnioski. W obydwu grupach najczęściej udzielane odpowiedzi wskazują na średni i wysoki stopień akceptacji choroby. Nie stwierdzono istotnej różnicy wyniku AIS w zależności od płci, zarówno w grupie osób operowanych, jak i w grupie leczonej ambulatoryjnie. Zaobserwowano istotną korelację dla połączonych grup pacjentów nieoperowanych i operowanych między wiekiem a akceptacją choroby. Pacjenci ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) mieszczącym się w normie wykazują wyższy stopień akceptacji choroby niż pacjenci z wyższą jego wartością, jednak związek między AIS a BMI dla obu grup łącznie nie jest istotny statystycznie.

1. W badaniu wykazano, że indywidualny poziom akceptacji dyskomfortu związanego z chorobą mierzony standaryzowanym kwestionariuszem AIS jest uzależniony od:

- czynników demograficznych, takich jak wiek, BMI;
- czynników socjologicznych, takich jak obecnie podejmowanie pracy zawodowej;
- czynników wynikających z doświadczenia życiowego, takich jak przebyte dotąd hospitalizacje.

2. Akceptacja choroby u osób, które zdecydowały się na poddanie operacyjnemu usuwaniu żylaków kończyn dolnych, jest znacząco niższa niż u pacjentów leczonych ambulatoryjnie.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (4): 489–495

Słowa kluczowe: żylaki; leczenie; akceptacja; chory

ABSTRACT

Background. Acceptance of disease promotes a sense of security, weakens the negative emotions caused by disease, thus reducing patient discomfort.

Aim. The aim of this study was to assess the acceptability of the disease in surgically treated patients and outpatients because of varicose veins and to explore whether to undergo surgery that may indicate a lesser degree of illness acceptance in patients treated surgically.

Adres do korespondencji: mgr Marta Bażydło, Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Żołnierska 48, 71–210 Szczecin, tel. kom.: 794 244 594, e-mail: martab88@o2.pl

Material and methods. The study was conducted among hospital patients using a standardized questionnaire, AIS and included a group of 50 people before undergoing an operation to remove varicose veins and a group of 50 people with the same ailment but outpatients.

Results and conclusions. In both groups, most responses indicate medium and high degree of acceptance of the disease. There was no significant difference by AIS according to the sex, both in the group. There was a significant correlation between age and acceptance of the disease. Patients with a BMI in the normal ratio show a higher degree of acceptance of the disease than patients with higher BMI values, however, the relationship between AIS and BMI for both groups together is not statistically significant.

The study showed that the individual level of acceptance discomfort associated with the disease measured by a standardized questionnaire AIS is conditional upon:

- age, body mass index,
- work,
- a history of hospitalizations.

Acceptance of disease in people who have decided to undergo surgical removal of varicose veins is significantly lower than in patients suffering from the same defect but outpatients.

Nursing Topics 2013; 21 (4): 489–495

Key words: varicose veins; therapeutics; acceptance; the sick one

Wstęp

Żyłaki kończyn dolnych są to trwałe rozszerzenia żył powierzchniowych, które występują pod postacią spłotów, sznurów lub kłębow, czasem z balonowatymi uwypukleniami. Są najczęściej występującymi manifestacjami klinicznymi przewlekłej choroby żyłnej [1].

Żyłaki powstają w skutek zaburzenia zależności między ciśnieniem krwi a wytrzymałością ściany żyłnej. Najczęściej jest to spowodowane niewydolnością zastawek żylnych. Choroba ta powoduje zastój krwi, prowadząc tym samym do niedotlenienia ściany naczyń żylnych. Zarówno niedotlenienie, jak i rozciągnięcie ścian żył może wywołać objawy podmiotowe [1, 2].

Żyłaki mogą być zlokalizowane różnie; zależy to od predyspozycji osobniczych. Najczęstszym miejscem, w którym rozwijają się żyłaki są połączenia żył powierzchniowych z głębokimi, zazwyczaj są to okolice połączenia odpiszczelowo-udowego i odpiszczelowo-podkolanowego. Z powodu niewydolności zastawek zmiany często zachodzą także w układzie naczyń przeszywających. Można je zaobserwować jako żyłaki żyły odpiszczelowej, żyłki żyły odpiszczelowej dodatkowej przedniej, żyłki żyły odpiszczelowej dodatkowej tylnej, żyłki żyły odstrzałowej. Żyłki pierwotne powstają na skutek nieprawidłowości w układzie żył powierzchniowych. Przyczyną może być osłabiona ściana żylna lub wrodzona skłonność do zaburzonej funkcji zastawek. Żyłki wtórne powstają w następstwie zakrzepicy żył głębokich w skutek niewydolności żył głębokich, przeszywających lub z powodu występowania przetok tętniczo-żylnych [3–8].

Najczęstszymi objawami choroby układu żylnego są uczucie obrzmienia, napięcia, ciężkości nóg, bóle

łydek, swędzenie, zespół niespokojnych nóg oraz nocne kurcze łydek. Objawy te obserwuje się od powstania pierwszych zmian w obrębie ścian naczyń żylnych. Głównymi czynnikami predysponującymi do powstania żyłaków są uwarunkowania rodzinne, płeć, ciąża, wiek, praca w pozycji stojącej lub siedzącej, otyłość, jak również skłonność do zaparć i utrudnione oddawanie stolca [3, 6, 9].

Próby leczenia chorób układu żylnego kończyn dolnych były opisywane już w czasach starożytnych. Jednocześnie z opisem metod operacyjnych powstawały opisy metod mniej inwazyjnych, dlatego współczesna medycyna daje wiele możliwości leczenia [10].

Nowoczesne leczenie żyłaków kończyn dolnych obejmuje laseroterapię zewnętrzną, zabiegi wewnątrzżylnie, kompresoterapię oraz leczenie operacyjne. Na wybór metody leczenia wpływa wiele czynników, między innymi preferencje pacjenta, koszty leczenia, ryzyko ewentualnych powikłań oraz dostępność wybranej metody. W krajach wysokorozwiniętych najczęściej zabiegi te wykonuje się techniką wewnątrzżylną [11–13].

Cel

Celem przeprowadzonych badań było poznanie czynników determinujących akceptację choroby przez pacjentów leczonych z powodu żyłaków kończyn dolnych.

Material i metody

Badana grupa składała się ze 100 osób cierpiących na żyłki kończyn dolnych. Wśród nich znajdowały się osoby leczone operacyjnie (50 osób) oraz osoby leczone ambulatoryjnie (50 osób). Grupę operowaną stano-

Tabela 1. Analiza akceptacji choroby w grupie pacjentów nieoperowanych**Table 1.** The analysis of acceptability of the disease in outpatients

Stwierdzenie skali AIS	Odsetek wskazań poszczególnych punktów skali AIS				
	Zdecydowanie zgadzam się			Zdecydowanie nie zgadzam się	
	1	2	3	4	5
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2	0	2	36	60
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	0	2	0	34	64
Choroba sprawia, że czuję się niepotrzebny	0	0	0	38	62
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	2	0	0	24	74
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	0	0	0	26	74
Mój stan zdrowia sprawia, że mniej czuję się pełnowartościowym człowiekiem	0	0	0	40	60
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, jakim chciałbym być	0	0	0	38	62
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	0	0	0	26	74

wili pacjenci jednego ze szczecińskich szpitali poddani zabiegowi w okresie od marca do czerwca 2012 roku. Grupę pacjentów nieoperowanych stanowiły osoby mieszkające w Szczecinie, leczone ambulatoryjnie.

W badaniu wykorzystano kwestionariusz uwzględniający cechy socjodemograficzne oraz skalę akceptacji choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) w adaptacji Juczyńskiego. Skala ta została skonstruowana w postaci ośmiu stwierdzeń wyrażających utrudnienia oraz ograniczenia spowodowane przez chorobę. Odpowiedzi zostały umieszczone na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza całkowitą zgodę ze stwierdzeniem, a 5 całkowity brak zgody. Suma uzyskanych w ten sposób punktów świadczy o braku akceptacji choroby lub o pełnym zaakceptowaniu i przystosowaniu się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. Liczba punktów 8–19 świadczy o niskim poziomie akceptacji choroby, 20–35 — o średnim stopniu akceptacji choroby, a 36–40 — o wysokim stopniu akceptacji choroby [14].

Analizę wyników przeprowadzono na pomocą pakietu statystycznego PQStatver. 1.4.2.324. Analizy zależności grup badanych z jakościowymi odpowiedziami na pytania ankiety dokonano za pomocą tabel dwudzielczych i testem zależności χ^2 . Analizę różnic skal ilościowych od grupy badawczej przeprowadzono za pomocą tabel statystyk opisowych oraz testem U Manna-Whitneya.

Zależności wyniku od wieku i wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) analizowano, szacując współczynniki korelacji rangowych Spermmana. Analizy różnic wyników AIS w zależności od płci, miejsca zamieszkania, obecnego zajęcia oraz pozostałych danych dokonano za pomocą testu U Manna-Whitneya. Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, a za wysoce istotne prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$. Prawdopodobieństwo przedziału $0,05 \leq p < 0,1$ uznano jako określoną tendencję statystyczną, lecz nie istotną ze względu na metodykę przeprowadzonego testu [15].

Wyniki

Akceptacja choroby a sposób leczenia

Zgodnie z wynikami badań w obydwu grupach najczęściej udzielane odpowiedzi wskazują na średni i wysoki stopień akceptacji choroby. Najczęściej przyznawane przez respondentów oceny to 4 i 5, co oznacza nie zgodzenie się z proponowanymi stwierdzeniami (tab. 1 i 2).

W grupie pacjentów nieoperowanych zdecydowana większość odpowiedzi odzwierciedla wysoki i bardzo wysoki stopień akceptacji choroby. Najczęściej wskazywane oceny to 4 i 5. Tym samym pacjenci ci

Tabela 2. Analiza akceptacji choroby w grupie pacjentów operowanych

Table 2. The analysis of acceptability of the disease in surgically treated patients

Stwierdzenie skali AIS	Odsetek wskazań poszczególnych punktów skali AIS				
	Zdecydowanie zgadzam się			Zdecydowanie nie zgadzam się	
	1	2	3	4	5
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	5	12	17	9	14
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	3	13	19	8	14
Choroba sprawia, że czuję się niepotrzebny	0	1	14	19	32
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	0	15	17	12	12
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	0	0	16	17	34
Mój stan zdrowia sprawia, że mniej czuję się pełnowartościowym człowiekiem	1	16	15	11	14
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, jakim chciałbym być	0	0	16	19	30
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	9	18	11	8	8

Tabela 3. Poziom akceptacji choroby w grupach pacjentów operowanych i nieoperowanych

Table 3. The acceptance of the disease in patients operated and non-operated

Poziom AIS	Pacjenci			
	Nieoperowani		Operowani	
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
Niski	1	2%	40	80%
Średni	5	10%	10	20%
Wysoki	44	88%	0	0
Razem	50	100%	50	100%

zanegowali ograniczenia narzucone im przez chorobę (tab. 1).

Inne odpowiedzi wskazywały osoby poddane zabiegowi. W grupie pacjentów operowanych zdecydowana większość odpowiedzi odzwierciedlała niski i średni stopień akceptacji choroby, potwierdzając tym samym ograniczenia narzucone przez chorobę. Najczęściej przyznawane oceny to 5 i 3 (tab. 2).

Stwierdzono wysoce istotną statystycznie ($p < 0,0001$) różnicę wyniku skali AIS w zależności od badanej grupy. W grupie pacjentów operowanych średnia liczba punktów w skali AIS wynosi 27, co odpowiada niskiemu stopniu akceptacji choroby. Natomiast w grupie

pacjentów leczonych operacyjnie, średnia ta wynosiła 37, co odpowiada wysokiemu stopniu akceptacji choroby.

Stwierdzono także wysoce istotną zależność ($p < 0,0001$) rozkładu poziomu AIS od badanej grupy. W grupie pacjentów operowanych nie zaobserwowano wysokiego poziomu akceptacji choroby, natomiast w grupie pacjentów nieoperowanych wysoki poziom akceptacji choroby deklaruje zdecydowana większość ankietowanych (tab. 3).

Akceptacja choroby a płeć

Nie stwierdzono istotnej różnicy wyniku AIS w zależności od płci ($p = 0,9586$), zarówno w grupie

osób operowanych, jak i w grupie leczonej ambulatoryjnie.

Akceptacja choroby a wiek

Zaobserwowano istotną korelację dla połączonych grup pacjentów nieoperowanych i operowanych przy jednoczesnym braku korelacji w poszczególnych grupach. Wynika to ze znaczącej, bardzo istotnej statystycznie różnicy pomiędzy rozkładami wieku w poszczególnych grupach pacjentów.

Stwierdzono wysoce istotną zależność ($p = 0,0002$) rozkładu poziomu AIS od wieku badanych. W grupie pacjentów powyżej 40. roku życia przeważają pacjenci z niskim stopniem akceptacji choroby natomiast w grupie osób poniżej 40. roku życia z wysokim stopniem akceptacji choroby.

Pacjenci nieoperowani byli zdecydowanie młodsi (śr. wieku 35,45 lat, emerytów tylko 2% — 1 osoba) i ich średni stopień akceptacji w skali AIS wynosił 37,02, co świadczy o wysokim stopniu akceptacji choroby. Pacjenci w grupie operowanych byli istotnie starsi (śr. wieku 49,18 lat, 18% emerytów) i posiadali niski stopień akceptacji schorzenia (AIS — 27,00).

Akceptacja choroby a BMI

Pacjenci z BMI mieszczącym się w normie wykazali wyższy stopień akceptacji choroby aniżeli pacjenci z wyższą wartością BMI (z nadwagą). Jednak związek między AIS a BMI dla obu grup łącznie nie jest istotny ($p > 0,05$). W przypadku grupy operowanej wynik AIS nie jest istotnie ($p > 0,05$) skorelowany z BMI, podobnie jak dla grupy pacjentów nieoperowanych ($p > 0,05$).

Akceptacja choroby a poziom wykształcenia

Stwierdzono wysoce istotną ($p = 0,0004$) zależność rozkładu poziomu AIS pod względem wykształcenia w obu badanych grupach. Im wyższy poziom wykształcenia, tym częściej wynik AIS jest wyższy. Należy jednak zwrócić uwagę na wysokie zróżnicowanie pod względem wykształcenia w obrębie każdej z grup. Wśród pacjentów nieoperowanych z wykształceniem wyższym lub średnim były 42 osoby (84% grupy), a wśród pacjentów operowanych osób takich było tylko 23 (47% grupy). Pacjenci operowani, bez względu na wykształcenie, mieli niski wskaźnik akceptacji, pacjenci nieoperowani — wysoki.

Nie stwierdzono istotnej zależności rozkładu poziomu AIS pod względem poziomu wykształcenia zarówno w grupie pacjentów nieoperowanych ($p = 0,8441$), jak i w grupie pacjentów leczonych operacyjnie ($p = 0,4834$).

Akceptacja choroby a obecne zajęcie

Stwierdzono wysoce istotną ($p = 0,0003$) różnicę wyników AIS w zależności od obecnego zajęcia. Osoby

pracujące wskazują wyższy wynik AIS niż osoby niepracujące.

Stwierdzono istotną różnicę wyników AIS w zależności od obecnego zajęcia w grupie pacjentów nieoperowanych ($p = 0,0422$) oraz w grupie pacjentów operowanych ($p = 0,0274$). Osoby pracujące wykazują wyższy wynik AIS niż osoby niepracujące w obydwu grupach.

Akceptacja choroby a wcześniejsza hospitalizacja

Stwierdzono istotną zależność ($p = 0,0236$) między wynikiem AIS a wcześniejszą hospitalizacją. W grupie osób już hospitalizowanych wyniki AIS były niższe niż w grupie dotychczas niehospitalizowanej.

Nie stwierdzono istotnej zależności poziomu AIS od wcześniejszej hospitalizacji w grupach: pacjentów leczonych ambulatoryjnie ($p = 0,2595$) oraz pacjentów leczonych operacyjnie ($p = 0,8201$).

Akceptacja choroby a wcześniejszy zabieg operacyjny

Stwierdzono wysoce istotną ($p = 0,0092$) zależność między wynikiem AIS a faktem przebycia wcześniej zabiegu operacyjnego. W grupie osób wcześniej poddanych zabiegowi operacyjnemu wyniki AIS były niższe niż w grupie osób dotychczas nigdy nieoperowanych.

Nie stwierdzono istotnej zależności między poziomem AIS a przebyciem wcześniej zabiegami operacyjnymi w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie ($p = 0,2120$) i w grupie pacjentów leczonych operacyjnie ($p = 0,4352$).

Dyskusja

Indywidualny poziom akceptacji dyskomfortu związanego z chorobą, mierzony standaryzowanym kwestionariuszem AIS jest uzależniony od trzech zmiennych pośredniczących:

- czynników demograficznych (płeć, wiek, masa ciała, wzrost, BMI);
- czynników socjologicznych (stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, zajęcie, zawód, rodzaj pracy);
- czynniki wynikające z doświadczenia życiowego (przebyte hospitalizacje i operacje, kontakt z zylakami w rodzinie) [16, 17].

W przeprowadzonych badaniach pacjenci nieoperowani byli zdecydowanie młodsi i wskazywali wyższy stopień akceptacji choroby. Pacjenci w grupie operowanych byli znacznie starsi i posiadali niski stopień akceptacji schorzenia. Uzyskane wyniki są zasadniczo zgodne z wnioskami płynącymi z analizy dostępnej literatury, zwłaszcza dotyczącymi chorób przewlekłych, takich jak: cukrzyca, astma oskrzelowa, choroba niedokrwienna serca, niewydolność nerek,

dyskopatia czy choroby skóry [18–20]. Wpływ wieku okazuje się istotny i silnie związany z przewlekłością schorzenia. Im choroba jest bardziej długotrwała, tym stopień jej akceptacji wykazuje silniejszą zależność od wieku. W badaniu przeprowadzonym przez Leonek i wsp. dotyczącym ostrych stanów operacyjnych przy krótkim okresie hospitalizacji nie istnieje praktycznie zależność akceptowalności choroby od wieku [21]. W pracy dotyczącej wysoce przewlekłej jednostki chorobowej, jaką jest niedokrwienie kończyn dolnych, Skotnicka-Graca zwraca uwagę na zdecydowanie gorszą akceptowalność schorzenia przez osoby starsze, w przedziale 50–76 lat, niż przez pacjentów młodszych (37–49 lat) [22]. Podobna współzależność opisywana jest w odniesieniu do pensjonariuszy Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego o Profilu Rehabilitacyjnym [23].

Przy takiej samej liczbie kobiet i mężczyzn w grupach badanych (po 50%) nie stwierdzono zależności stopnia AIS od płci respondentów. Jest to zgodne z doniesieniami części autorów o braku współzależności poziomu akceptacji od płci [14]. Nie potwierdzono doniesień o lepszym przystosowaniu się do trudnej sytuacji i większej akceptacji dyskomfortu przez mężczyzn [20, 21].

Podobnie masa ciała, wzrost i wynikający z nich BMI, nie wykazywały związku ze stopniem AIS. Badanie tych czynników potwierdziło jedynie wpływ nadwagi i otyłości na powstawanie żylaków kończyn dolnych w obu badanych grupach [2]. Należy zauważyć, że w obu grupach pacjenci w większości wykazują BMI powyżej normy. Grupa pacjentów operowanych charakteryzowała się wyraźnie wyższą wartością BMI (śr. BMI wynosiło 27,32) niż pacjenci nieoperowani (BMI wynosiło 25,63). Sygnalizowany w literaturze związek wysokiego wzrostu z częstością występowania żylaków nie potwierdził się w przeprowadzonych badaniach [6]. Prawdopodobnym powodem jest zbyt mało liczna próba, by taka współzależność mogła zostać zaobserwowana.

Specyfika doboru pacjentów (aglomeracja, szpital miejski) nie pozwala na wyciąganie wniosków dotyczących korelacji ich miejsca zamieszkania z występowaniem samej choroby, jak również stopniem jej akceptacji. Wyniki innych autorów mogą jednak sugerować istnienie takiej zależności [20, 21].

W badaniach zaobserwowano wysoką korelację AIS z wykształceniem dla wszystkich badanych, przy jednoczesnym braku takiej korelacji wewnątrz każdej z grup. Podobny rezultat braku wpływu wykształcenia wewnątrz grupy pacjentów na stopień akceptacji dolegliwości sygnalizują w swoich badaniach Rolki i wsp. [14].

Wnioski

1. W badaniu wykazano, że indywidualny poziom akceptacji dyskomfortu związanego z chorobą, mierzony standaryzowanym kwestionariuszem AIS jest uzależniony od:
 - czynników demograficznych, takich jak wiek, BMI;
 - czynników socjologicznych, takich jak: obecnie podejmowanie pracy zawodowej;
 - czynników wynikających z doświadczenia życiowego, takich jak przebyte dotąd hospitalizacje.
2. Akceptacja choroby u osób, które zdecydowały się na poddanie operacyjnemu usuwaniu żyłaków kończyn dolnych jest znacząco niższa niż u pacjentów cierpiących na tę samą dolegliwość, ale leczonych ambulatoryjnie

Piśmiennictwo

1. Noszczyk W. (red.). Chirurgia tętnic i żył obwodowych. Tom 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
2. Marona H., Kornobis A. Patofizjologia rozwoju żylaków oraz wybrane metody ich leczenia — aktualny stan wiedzy. *Farm. Pol.* 2009; 65 (2): 88–92.
3. Chęciński P. (red.). Choroby naczyń. Wybrane problemy. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2006.
4. Ciostek P. Choroby żył. *Prz. Piśmien. Chir.* 2009; 17:105–116.
5. Ciostek P. Choroby żył. *Prz. Piśmien. Chir.* 2007; 15:113–123.
6. Nicolaidis A. Patofizjologia przewlekłej niewydolności żyłnej. *Farm. Pol.* 2006; 62 (12): 535–539.
7. Skórski M., Osęka M. Żyłki kończyn dolnych — problem nie tylko estetyczny. *Lekarz* 2008; 6 (106): 108–114.
8. Tomkowski W., Skórski M., Hajduk B. i wsp. Podstawy flebologii. Via Medica, Gdańsk 2002.
9. Glinka M., Kalembe J., Rudziński J. Żyłki przedniej powierzchni uda, przyczyna powstawania oraz ocena własnej metody leczenia. *Prz. Flebol.* 2006; 14 (5): 217–219.
10. Kózka M., Snarska A., Drągalski T., Dolecki M. Zabiegowe leczenia żylaków kończyn dolnych na przestrzeni wieków. *Prz. Lek.* 2007; 64 (7/8): 541–544.
11. Ciostek P. Chirurgia żył. *Med. Prakt. Chir.* 2009; 1: 75–81.
12. Rybak Z. (red.): Flebologia kliniczna. Tom 3. Blackhorse Scientific Publisher, Warszawa 2008.
13. Woźniak W., Noszczyk W. Żyłki kończyn dolnych. *Essen. Med.* 2005; 6: 56–59.
14. Rolka H., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Drozdowski W., Gołębiowska A., Kondzior D. Akceptacja choroby i strategię radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. *Doniesienie wstępne. Probl. Pielęg.* 2009; 17 (3): 178–183.
15. Roterman I. Statystyka na receptę. Wprowadzenie do statystyki medycznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2010.
16. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
17. Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.

18. Andruszkiewicz A., Basińska M., Marzec A. Umiejscowienie osobowościowej kontroli zdrowia u chorych z cukrzycą typu 2 oraz akceptacja choroby. *Med. Metab.* 2008; 12 (3): 31–34.
19. Kułak W., Kondzior D. Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010; 91 (1): 153–157.
20. Niedzielski A., Humeniuk E., Błazik P., Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad. Lek.* 2007; 60 (5/6): 224–227.
21. Lelonek B., Kaczmarczyk M. Przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych na Oddziale Chirurgicznym. *Stud. Med.* 2011; 24 (4): 45–52.
22. Skotnicka-Graca U. Stopień akceptacji choroby wśród pacjentów i ich rodzin, przed i po zabiegu chirurgicznym z powodu krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych. *Ann. UMCS.* 2004; 59 (14):145–148.
23. Kowalska J., Szczepańska-Gieracha J., Piątek J. Zaburzenia poznawcze i emocjonalne a długość pobytu osób starszych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym o Profilu Rehabilitacyjnym. *Psychogeriatr. Pol.* 2010; 7 (2): 61–69.