

# Regulacja emocji a jakość życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym: w poszukiwaniu celów psychoterapeutycznych

Paweł Larionow 

Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

## STRESZCZENIE

**Wstęp:** Nadciśnienie tętnicze pierwotne (HTN) jest chorobą przewlekłą, która wiąże się z obniżeniem jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL). Większość przeprowadzonych dotychczas badań nad HTN dotyczyła związku HRQoL z cechami medycznymi lub socjodemograficznymi, natomiast realizacja zadań związanych z podwyższeniem HRQoL nie jest możliwa bez uwzględnienia czynników psychologicznych. Badania podkreślają ważną rolę regulacji emocji w przebiegu i leczeniu HTN, a także w opracowywaniu interwencji psychologicznych dla pacjentów z HTN. Celem badania była analiza związków między poznawczymi strategiami regulacji emocji a HRQoL u pacjentów z HTN.

**Materiał i metody:** W Bydgoszczy zrekrutowano 30 pacjentów z HTN (21 kobiet i 9 mężczyzn) w wieku od 44 do 85 lat ( $M = 64,6$ ;  $SD = 10,0$ ). Pacjenci wypełniali Kwestionariusz poznawczej regulacji emocji oraz Kwestionariusz World Health Organization Quality of Life-BREF służący do badania HRQoL.

**Wyniki:** Wszystkie nieadaptacyjne poznawcze strategie radzenia sobie (np. katastrofizowanie, obwinianie innych lub ruminaacja) nie wiążą się statystycznie istotnie z HRQoL, podczas gdy większość adaptacyjnych poznawczych strategii radzenia sobie (pozytywne przewartościowanie, koncentracja na planowaniu i stwarzanie perspektywy) jest istotnie dodatnio związana z HRQoL. W szczególności adaptacyjna strategia pozytywne przewartościowanie ma bardzo ważne znaczenie dla HRQoL u pacjentów z HTN.

**Wnioski:** Rola adaptacyjnych poznawczych strategii radzenia sobie ze stresem jest istotna z perspektywy wdrażania odpowiedniej pomocy psychologicznej pacjentom z HTN, w tym w celu poprawy ich HRQoL. W pracy omawiano praktyczne implikacje badania.

**Słowa kluczowe:** jakość życia; nadciśnienie tętnicze pierwotne; poznawcze strategie radzenia sobie; regulacja emocji; pomoc psychologiczna

*Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce 2023, tom 9, nr 1, strony: 34-40*

## Wstęp

Nadciśnienie tętnicze pierwotne (HTN, *hypertension*) jest chorobą psychosomatyczną i polietologiczną [1]. Jako choroba przewlekła HTN wiąże się z obniżeniem jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL, *health-related quality of life*) [2]. Dotychczas czynników wpływających na HRQoL nie poddawano równomiernym badaniom i analizom — większość badań koncentrowała się na rozpatrywaniu związku HRQoL z cechami medycznymi i socjodemograficznymi. Natomiast realizacja zadań związanych z podwyższeniem HRQoL nie jest możliwa bez uwzględnienia także czynników natury psychologicznej.

Wśród cech, które mogą mieć szczególne znaczenie w przebiegu HTN, polscy badacze wyróżnili: neurotyzm, wzór zachowania A, gniew, wrogość, typ osobowości D, aleksytymię, tłumione emocje i depresję [1, 3–6]. Analiza wymienionych powyżej cech psychologicznych wskazuje na ich związek ze sferą emocjonalną jednostki. Z kolei ich natura odwołuje się do ich dysfunkcyjnej roli w regulacji emocji u osób z HTN [3, 4].

W badaniach nad stosowaniem poznawczych strategii regulacji emocji (inaczej strategii radzenia sobie ze stresem) chińscy naukowcy odnotowali, że pacjenci z HTN najczęściej posługiwali się takimi strategiami, jak ruminacja, katastrofizowanie i obwinianie innych oraz w mniejszym stopniu stosowali strategię pozytywne przewartościowanie niż osoby zdrowe [7]. Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym w Iranie [8]. W badaniach podkreślono rolę poznawczych strategii radzenia sobie ze stresem w przebiegu i leczeniu HTN. W prospektywnym badaniu wykazano, że częstsze stosowanie strategii obwiniania siebie, ruminacji, katastrofizowania i obwiniania innych przewidywało wzrost objawów depresyjnych u osób z HTN, a użycie strategii akceptacji i koncentracji na planowaniu zmniejszało nasilenie symptomów depresji u pacjentów z HTN [9]. W badaniu przeprowadzonym w jednym z brukselskich szpitali wykazało, że katastrofizowanie, obwinianie innych i obwinianie siebie dodatkowo wiązały się z HTN lekoopornym. Z kolei pozytywna strategia stwarzanie perspektywy dodatkowo wiązała się z przestrzeganiem zaleceń lekarskich [10].

W polskiej literaturze naukowej aspekt psychologiczny w HTN jest niedoceniany. Utrudnia to

tworzenie programów pomocy psychologicznej i promocji zdrowia dla pacjentów z HTN [11]. Na przykład, w *Zasadach postępowania w nadciśnieniu tętniczym 2019 roku Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego nie podkreślono roli metod pomocy psychologicznej w leczeniu HTN* [12], co z kolei ogranicza możliwość realizacji bardzo istotnego zadania, jakim jest ocena i podwyższenie HRQoL [11].

Według wiedzy autora tego artykułu nie opublikowano żadnych badań dotyczących związku między poznawczymi strategiami radzenia sobie ze stresem a HRQoL u pacjentów z HTN. Li i wsp. odnotowali, że nieadaptacyjne poznawcze strategie radzenia sobie ujemnie wiązały się z HRQoL, z kolei adaptacyjne strategie dodatkowo wiązały się z HRQoL u kobiet chorych na raka piersi [13]. Zakłada się, że podobne korelacje będą odnotowane w próbie pacjentów z HTN.

Celem tego badania o charakterze eksploracyjnym jest analiza związków między poznawczymi strategiami radzenia sobie a HRQoL u osób z HTN.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Bizziela i w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni „Bolesława Chrobrego” w Bydgoszczy. W okresie od 2019 r. do 2021 r. do badania zrekrutowano 30 pacjentów ze zdiagnozowanym HTN (21 kobiet, 9 mężczyzn) w wieku od 44 do 85 lat [średnia (*mean*) = 64,6; odchylenie standardowe (*SD, standard deviation*) = 10,0]. Diagnozę HTN sprawdzano w kartach medycznych. Pacjentów z chorobami psychicznymi wykluczono z badania. Duże miasta (powyżej 100 tys. mieszkańców) zamieszkiwało 60% badanych, średnie miasta (10–100 tys.) — 3,3%, małe miasta (do 10 tys.) — 10%, wsie — 26,7%. Osoby z wyższym wykształceniem stanowiły 13,3% badanych, u 86,7% pacjentów poziom wykształcenia był niższy. Spośród badanych 83,3% pacjentów było w związku małżeńskim/nieformalnym, natomiast osoby niepozostające w związku stanowiły 16,7% badanej próby. Osoby aktywne zawodowo stanowiły 23,3%, a 76,7% osób badanych było na emeryturze.

Badanie przeprowadzono zgodnie z Deklaracją Helsińską Światowego Stowarzyszenia Lekarzy. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy na jego

przeprowadzenie. Wszyscy pacjenci wyrazili pisemną świadomą dobrowolną zgodę na udział w badaniu. Uczestnicy nie otrzymywali wynagrodzenia za udział w projekcie badawczym.

Kwestionariusz poznawczej regulacji emocji (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*, CERQ) autorstwa Garnefski i wsp. [14] w polskiej adaptacji Marszał-Wiśniewskiej i Fajkowskiej [15] wykorzystano w celu oceny poznawczych strategii radzenia sobie lub strategii regulacji emocji, które ludzie stosują podczas doświadczania negatywnych lub nieprzyjemnych zdarzeń. Wyróżniono 9 poznawczych strategii radzenia sobie, w tym 5 to strategie adaptacyjne (akceptacja, koncentracja na planowaniu, koncentracja na czymś pozytywnym, pozytywne przewartościowanie i stwarzanie perspektywy), podczas gdy 4 to strategie nieadaptacyjne (obwinianie siebie, obwinianie innych, ruminacja i katastrofizowanie). Kwestionariusz ten składa się z 36 stwierdzeń i 9 podskal, z których każda zawiera 4 stwierdzenia. Wyższe wyniki wskazują na częstsze stosowanie strategii radzenia sobie ze stresem [14, 15].

Kwestionariusz *World Health Organization Quality of Life–BREF* (WHOQoL–BREF) opracowany przez Grupę WHOQOL [16] w polskiej adaptacji Jaracz i wsp. [17] wykorzystano w celu oceny HRQoL. Jest to kwestionariusz samoopisowy składający się z 26 stwierdzeń służących do pomiaru HRQoL w 4 domenach (dziedzinach): (1) domena fizyczna (7 stwierdzeń; np. *Czy masz wystarczająco siłę — „energii” do prowadzenia normalnego życia?*), (2) domena psychologiczna (6 stwierdzeń; np. *Jak łatwo możesz się skupić?*), (3) relacje społeczne (3 stwierdzenia; np. *Jak zadowolony jesteś ze swoich związków osobistych?*) i (4) środowisko (8 stwierdzeń; np. *W jakim stopniu masz możliwość takiego spędzenia wolnego czasu, jakbyś chciał?*). WHOQoL–BREF zawiera dwa dodatkowe pytania, które są analizowane oddzielnie. Pierwsze pytanie dotyczy ogólnej percepcji HRQoL, z kolei drugie dotyczy ogólnej percepcji zdrowia. Wyższe wyniki wskazują na wyższy poziom HRQoL we wszystkich domenach.

## Analiza statystyczna

Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności alfa Cronbacha ( $\alpha$ ) przedstawiono dla wszystkich analizowanych zmiennych (poznawcze strategie radzenia sobie i domeny HRQoL). Obliczono korelacje  $r$

Pearsona między badanymi zmiennymi. Ze względu na liczbową przewagę kobiet nad mężczyznami do porównania częstotliwości stosowania strategii radzenia sobie i poziomu HRQoL między kobietami i mężczyznami zastosowano nieparametryczny test  $U$  Manna-Whitneya. Do oceny istotnych predyktorów HRQoL wykorzystano analizę regresji wielokrotnej. Aby przeprowadzić poprawną analizę regresji wielokrotnej, konieczna jest obecność przynajmniej 5 obserwacji dla każdej zmiennej, w tym zmiennej przewidywanej (zależnej) [18]. Biorąc pod uwagę liczebność próby równą 30 pacjentom, można zastosować najwyżej 5 predyktorów. W związku z tym w analizie regresji wielokrotnej uwzględniono jedynie te poznawcze strategie radzenia sobie (predyktory), które wykazały istotne korelacje z domenami HRQoL (zmiennymi zależnymi lub przewidywanymi).

## Wyniki

Poznawcze strategie radzenia sobie, domeny HRQoL i wiek miały rozkład zbliżony do normalnego (maksymalna skośność =  $-1,22$ , maksymalna kurtoza =  $1,58$ ). W celu oceny zależności między tymi zmiennymi obliczono współczynniki korelacji  $r$  Pearsona (tab. 1). Wiek nie był statystycznie istotnie związany z domenami HRQoL i poznawczymi strategiami radzenia sobie (z wyjątkiem ujemnej korelacji z obwinianiem siebie;  $r = -0,42$ ,  $p = 0,022$ ). Test  $U$  Manna-Whitneya nie wykazał statystycznie istotnych różnic płciowych ( $p > 0,05$ ) w zakresie poznawczych strategii radzenia sobie i HRQoL.

Nie odnotowano statystycznie istotnych korelacji między strategiami radzenia sobie a domeną fizyczną, natomiast 3 adaptacyjne strategie radzenia sobie (pozytywne przewartościowanie, stwarzanie perspektywy i koncentracja na planowaniu) były dodatnio związane z domeną psychologiczną. Dwie z nich (pozytywne przewartościowanie i stwarzanie perspektywy) również dodatnio wiązały się z takimi domenami HRQoL, jak relacje społeczne i środowisko (tab. 1).

Przeprowadzono analizę regresji wielokrotnej metodą krokowej wstecznej w celu określenia, które strategie radzenia sobie były istotnymi predyktorami HRQoL. W analizie uwzględniono tylko te strategie, które statystycznie istotnie korelowały z poszczególnymi domenami HRQoL. Wykazano, iż tylko pozytywne przewartościowanie było staty-

**Tabela 1.** Statystyki opisowe, współczynniki korelacji *r* Pearsona i wyniki analizy regresji wielokrotnej określającej rolę poznawczych strategii radzenia sobie w jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL) u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym (HTN) (*n* = 30)

Zmienne	$\alpha$	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	Współczynniki korelacji <i>r</i> Pearsona				Zmienne zależne		
			Domena fizyczna	Domena psychologiczna	Relacje społeczne	Środowisko	Domena psychologiczna	Relacje społeczne	Środowisko
							Standaryzowany współczynnik beta		
Domena fizyczna	0,89	13,85 (2,74)	–	0,52**	0,29	0,42	–	–	–
Domena psychologiczna	0,72	14,49 (1,87)	0,52**	–	0,64***	0,49**	–	–	–
Relacje społeczne	0,55	15,11 (2,33)	0,29	0,64***	–	0,63***	–	–	–
Środowisko	0,60	14,02 (1,70)	0,42*	0,49**	0,63***	–	–	–	–
Obwinianie siebie	0,66	10,67 (2,93)	0,06	0,12	–0,04	–0,30	–	–	–
Akceptacja	0,65	13,97 (2,66)	–0,28	0,32	0,22	0,08	–	–	–
Ruminacja	0,83	11,97 (3,46)	–0,11	0,18	0,11	–0,12	–	–	–
Koncentracja na czymś pozytywnym	0,76	13,73 (3,60)	–0,06	0,33	0,23	0,32	–	–	–
Koncentracja na planowaniu	0,78	14,80 (3,31)	0,15	0,41*	0,25	0,20	n.i.	–	–
Pozytywne przewartościowanie	0,83	14,67 (3,46)	0,29	0,74***	0,60***	0,41*	0,74***	0,60***	0,41*
Stwarzanie perspektywy	0,76	14,93 (3,20)	0,14	0,54**	0,51**	0,41*	n.i.	n.i.	n.i.
Katastrofizowanie	0,78	10,60 (3,85)	0,02	0,25	0,24	–0,01	–	–	–
Obwinianie innych	0,71	9,43 (3,10)	–0,21	0,08	0,02	–0,12	–	–	–

Statystycznie istotne korelacje zostały pogrubione; n.i. — nieistotny predyktor; \**p* < 0,05; \*\**p* < 0,01; \*\*\**p* < 0,001; *SD* (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

stycznie istotnym predyktorem HRQoL w domenie psychologicznej ( $F(1;28) = 34,88$ ;  $p < 0,001$ ; skorygowane  $R^2 = 0,539$ ), w dziedzinach relacji społecznych ( $F(1;28) = 15,82$ ;  $p < 0,001$ ; skorygowane  $R^2 = 0,338$ ) i środowiska ( $F(1;28) = 5,72$ ;  $p = 0,024$ ; skorygowane  $R^2 = 0,140$ ; tab. 1).

## Dyskusja

Celem badania była analiza związków między poznawczymi strategiami radzenia sobie a HRQoL u osób z HTN. Wykazano, że tylko trzy adaptacyjne strategie statystycznie istotnie wiązały się z domenami HRQoL (z wyjątkiem domeny fizycznej). Porównując znaczenie tych strategii w HRQoL, można odnotować, że strategia pozytywne przewartościowa-

nie w analizie regresji wielorakiej wyjaśniała od 14% do 54% wariacji domen HRQoL, co wskazuje na bardzo ważną i korzystną rolę tej strategii w HRQoL pacjentów z HTN. Pozytywne przewartościowanie odnosi się do „myślenia o nadaniu pozytywnego znaczenia negatywnemu zdarzeniu, ujmując je w kategoriach rozwoju osobistego” [4 stwierdzenia tej podskali CERQ: (1) *Myślę, że mogę się czegoś nauczyć z tego, co się stało*; (2) *Myślę, że mogę stać się silniejszą osobą w wyniku tego, co się zdarzyło*; (3) *Myślę, że ta sytuacja ma także swoje dobre strony*; (4) *Szukam pozytywnych stron tej sprawy*] [15, 19]. Pod tym względem pacjenci z HTN, którzy często stosują tę strategię w sytuacjach stresowych bądź trudnych, bardziej pozytywnie oceniają swoje relacje społeczne, środowisko i HRQoL w domenie psychologicznej.

Pozytywne przewartościowanie, jak również i inne poznawcze strategie radzenia sobie, nie wiązały się istotnie z domeną fizyczną w badanej próbie. W domenie zdrowia fizycznego analizuje się zdolności do wykonania czynności życia codziennego, zależność od leczenia i pomocy medycznej, witalność, mobilność (możliwość poruszania się), ból fizyczny, jakość snu oraz zdolność do pracy. Autor przypuszcza, że brak istotnej korelacji między poznawczymi strategiami radzenia sobie a domeną fizyczną HRQoL wynika z tego, że zdrowie fizyczne jest bardziej związane z obiektywnymi parametrami zdrowia niż z subiektywnymi doświadczeniami, które są bardziej charakterystyczne dla domeny psychologicznej (np. obraz własnego ciała, negatywne stany emocjonalne), a także dziedzin relacji społecznych (np. związki osobiste, wsparcie od przyjaciół) i środowiska (np. zasoby finansowe, wolny czas, bezpieczeństwo). Innym wyjaśnieniem tych wyników mogą być przekonania pacjentów lub ich bardziej sztywny stosunek do zdrowia somatycznego, na przykład z powodu częstych i długotrwałych dokuczliwych objawów somatycznych związanych z HTN [20]. Pacjenci mogą zwracać większą uwagę na swoje zdrowie fizyczne i postrzegać je w negatywny sposób z powodu obecności powikłań HTN lub pogorszenia się jakichkolwiek parametrów zdrowia fizycznego w czasie. To z kolei utrudnia bardziej pozytywną ocenę swojego zdrowia fizycznego przez pacjentów z HTN.

Wyniki tego badania pilotażowego wykazały, że ocena poznawczych strategii radzenia sobie może być przydatna w realizacji pomocy psychologicznej pacjentom z HTN, w tym w celu poprawy ich HRQoL [3, 4]. W innych badaniach wykazano, że adaptacyjne i nieadaptacyjne poznawcze strategie radzenia sobie były mediatorami w związku między uważnością a odczuwanym stresem w próbie pacjentów z HTN [21]. Ponadto istnieje możliwość rozwoju adaptacyjnej poznawczej regulacji emocji za pomocą technik psychoterapeutycznych [22]. W związku z tym rola poznawczych strategii radzenia sobie jest istotna w zakresie wdrażania odpowiedniego wsparcia psychologicznego dla pacjentów z HTN.

## Praktyczne implikacje

Głównym zadaniem w ocenie poznawczych strategii radzenia sobie jest opracowanie programów pomocy psychologicznej, szkoleń lub ulotek psy-

chologicznych dla pacjentów z HTN skierowanych na rozwój stosowania adaptacyjnych strategii radzenia sobie. W warunkach klinicznych korzystanie z CERQ jest bardzo proste. Z tego powodu autor zakłada, że ocena poznawczych strategii radzenia sobie i ich korekta u pacjentów z HTN jest obiecującym podejściem skoncentrowanym na osobie w praktyce klinicznej.

Mimo że w przeprowadzonym badaniu analizuje się związek poznawczych strategii radzenia sobie z HRQoL u pacjentów z HTN, wyniki tego badania można rozpatrywać z perspektywy komunikacji lekarz–pacjent. Podczas komunikowania się z pacjentami z HTN klinicyści niekiedy przekazują im nieprzyjemne informacje medyczne. Aby zmniejszyć wpływ tych negatywnych informacji na pacjenta, lekarze mogą używać zwrotów/fraz/słów, które nadają pozytywne znaczenie tym informacjom lub ogólnie leczeniu i profilaktyce HTN (np. *Przyjmowanie leków służy Pani/Pana życiu, nawet jeśli leki powodują skutki uboczne. Biorąc leki, Pani/Pan będzie żyła/żył dłużej, co pozwoli na rozwój i pomaganie swoim bliskim. Ważne jest, by robić to, co służy życiu, dlatego tak istotne jest przestrzeganie zaleceń lekarskich*; zobacz *Aneks*). Biorąc pod uwagę ważną rolę lekarza dla pacjenta, takie wspierające zachowanie personelu medycznego może umożliwić pacjentom bardziej pozytywne postrzeganie negatywnych informacji. Być może takie zachowanie klinicystów stanie się swego rodzaju treningiem stosowania adaptacyjnych poznawczych strategii radzenia sobie związanych z HRQoL u pacjentów z HTN.

## Ograniczenia badania

Wielkość i reprezentatywność próby były stosunkowo niewielkie, dlatego uzyskane wyniki nie mogą być w pełni uogólniane. Użyto kwestionariuszy samoopisowych, w których rzetelność oddzielnych skal WHOQoL–BREF nie była zbyt wysoka ( $\alpha \leq 0,60$  dla domen relacje społeczne i środowisko). Badanie ma charakter przekrojowy, w związku z tym nie można wyciągnąć przyczynowo-skutkowych wniosków dotyczących zależności poznawczych strategii radzenia sobie i HRQoL u osób z HTN. Pomimo tych ograniczeń uzyskane wyniki są istotne, ponieważ w tej stosunkowo niewielkiej próbie korelacje między badanymi zmiennymi były silne. Ważnym wydaje się przeprowadzenie podobnych badań w bardziej reprezentatywnej grupie pacjentów,

z uwzględnieniem roli społeczno-demograficznych i związanych z HTN czynników medycznych.

## Wnioski

Rola adaptacyjnych poznawczych strategii radzenia sobie jest istotna z punktu widzenia poprawy HRQoL u pacjentów z HTN. Biorąc pod uwagę znaczenie poznawczych strategii radzenia sobie w przebiegu i leczeniu HTN, ocena stosowania tych strategii przez pacjentów jest ważnym obszarem działań naukowych i praktycznych skierowanych na wdrażanie programów wsparcia psychologicznego pacjentom z HTN.

## Dodatek

### Wybrane wskazówki na temat rozmowy z pacjentem w celu szerszego stosowania pozytywnego przewartościowania i innych adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem

Nadciśnienie tętnicze jako choroba przewlekła wymaga długiego leczenia. Jednak pacjentom z HTN można również okazać wsparcie psychologiczne podczas ich wizyt w gabinecie lekarskim. Poniżej zamieszczono wybrane wskazówki i frazy, które mogą być dostosowane do tematyki rozmowy z poszczególnymi pacjentami.

Ważne jest nastawić pacjenta na rozwiązywanie problemów życiowych i zdrowotnych, na robienie tego, co jest zgodne z interesami życia, zdrowia i rozwoju: (1) *Robić to, co służy życiu, i nie robić tego, co życiu nie służy*, (2) *Dążyć do tego, co służy życiu i zdrowiu*, (3) *Życie pomaga tym, którzy sobie pomagają*. Na przykład, mówiąc o niezbędności leczenia HTN, można powiedzieć, że „*przyjmowanie leków i zdrowa dieta służą życiu, pozwalają żyć dłużej i szczęśliwiej i tym samym radować Pani/Pana bliskich*”. Warto zwrócić uwagę pacjenta na to, co sprzyja dobrostanowi w dłuższej perspektywie czasowej (*Sen/leczenie/zdrowa dieta to dobra inwestycja w zdrowe, szczęśliwe i długie życie*), a nie na chwilowe przyjemności (np. oglądanie telewizji wieczorem, palenie tytoniu i inne nałogi). Te ostatnie służą tylko tymczasowemu komfortowi i nie prowadzą do dobrostanu na całe życie.

Można również skierować uwagę pacjenta na pytanie: „*Co mogę zrobić dla siebie i moich bliskich? I kiedy zacznę to robić?*”. Pytanie to nawiązuje do konkretnych działań, których może dokonać w celu

poprawy zdrowia. Rozpatrując kwestię stresu, można przytoczyć i dostosować do rozmowy z pacjentem następujące frazy: (1) *Robić to, co od Pani/Pana zależy, zachowując spokój*, (2) *Kompetencje, dojrzałość i spokój to bardzo dobra ochrona przed stresem*, (3) *Jeśli człowiek się uspokaja, negatywne sytuacje życiowe znikają*.

Pacjenci z HTN dosyć często doświadczają symptomów depresji lub lęku, pod tym względem ważne jest wzmocnienie ich samooceny i pokazanie swoim zachowaniem, że każdy człowiek, w tym pacjent, jest cenny niezależnie od tego, czy obecnie jest lubiany bądź nie, czy inni zwracają na niego uwagę bądź nie, czy szanują go, bądź nie itp. (*Każdy człowiek jest cenny sam w sobie niezależnie od tego, jak go oceniają inni*). Warto również skierować uwagę pacjentów na ich osiągnięcia życiowe, podkreślając jak ważne jest „*z wdzięcznością uświadamiać sobie, że wiele w życiu zostało osiągnięte*”.

## Piśmiennictwo

1. Chachaj A, Małyszczak K. Czy określone cechy osobowości mogą prowadzić do wystąpienia nadciśnienia tętniczego? *Nadciśnienie tętnicze*. 2008; 12(4): 300–308.
2. Trevisol DJ, Moreira LB, Kerckhoff A, et al. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Hypertens*. 2011; 29(2): 179–188, doi: [10.1097/HJH.0b013e328340d76f](https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e328340d76f), indexed in Pubmed: [21045726](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21045726/).
3. Larionov PM. Psychosomatic relationships in patients with hypertension. *Russian J Cardiol*. 2020; 25(3): 3683, doi: [10.15829/1560-4071-2020-3-3683](https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3-3683).
4. Larionov P, Izdebski P. Wybrane cechy osobowości a dysfunkcjonalna regulacja emocji jako czynnik ryzyka nadciśnienia tętniczego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J — Paedagogia–Psychologia*. 2020; 33(2): 239, doi: [10.17951/j.2020.33.2.239-252](https://doi.org/10.17951/j.2020.33.2.239-252).
5. Chachaj A, Małyszczak K, Poręba R, et al. Wybrane cechy osobowości osób z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*. 2006; 10(6): 532–537.
6. Monastyrska E, Beck O. Psychological aspects of cardiological diseases. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2014; 20(2): 141–144, doi: [10.5604/20834543.1112227](https://doi.org/10.5604/20834543.1112227).
7. Duan S, Liu Y, Xiao J, et al. Cognitive emotion regulation questionnaire in hypertensive patients. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2011; 36(6): 532–538, doi: [10.3969/j.issn.1672-7347.2011.06.010](https://doi.org/10.3969/j.issn.1672-7347.2011.06.010), indexed in Pubmed: [21743145](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21743145/).
8. Fekri A, Issazadegan A, Michaeli Manee F. Comparison of cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in individuals with and without essential hypertension. *Contemporary Psychology*. 2015; 10(1): 85–94.
9. Xiao J, Yao S, Zhu X, et al. A prospective study of cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms in patients with essential hypertension. *Clin Exp Hypertens*. 2011; 33(1): 63–68, doi: [10.3109/10641963.2010.531832](https://doi.org/10.3109/10641963.2010.531832), indexed in Pubmed: [21166601](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21166601/).
10. Petit G, Berra E, Georges CMG, et al. Impact of psychological profile on drug adherence and drug resistance in patients with apparently treatment-resistant hypertension. *Blood Press*. 2018; 27(6): 358–367, doi: [10.1080/08037051.2018.1476058](https://doi.org/10.1080/08037051.2018.1476058), indexed in Pubmed: [29952236](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29952236/).
11. Larionov P. Psychological methods in treatment of essential hypertension. *Arterial Hypertension*. 2021; 25(2): 53–62, doi: [10.5603/ah.a2021.0002](https://doi.org/10.5603/ah.a2021.0002).

12. Tykarski A, Filipiak K, Januszewicz A, et al. 2019 Guidelines for the Management of Hypertension — Part 1–7. *Arterial Hypertension*. 2019; 23(2): 41–87, doi: [10.5603/ah.a2019.0008](https://doi.org/10.5603/ah.a2019.0008).
13. Li L, Zhu X, Yang Y, et al. Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health Qual Life Outcomes*. 2015; 13: 51, doi: [10.1186/s12955-015-0242-4](https://doi.org/10.1186/s12955-015-0242-4), indexed in Pubmed: [25944458](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25944458/).
14. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(8): 1311–1327, doi: [10.1016/s0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00113-6).
15. Marszał-Wiśniewska M, Fajkowska M. Właściwości psychometryczne Kwestionariusza Poznawczej Regulacji Emocji (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ) — wyniki badań na polskiej próbie. *Studia Psychol*. 2010; 49(1): 19–39.
16. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998; 28(3): 551–558, doi: [10.1017/s0033291798006667](https://doi.org/10.1017/s0033291798006667), indexed in Pubmed: [9626712](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9626712/).
17. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, et al. Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scand J Caring Sci*. 2006; 20(3): 251–260, doi: [10.1111/j.1471-6712.2006.00401.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00401.x), indexed in Pubmed: [16922978](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16922978/).
18. Hintze JL. *User's Guide III. Regression and Curve Fitting*. Kaysville, Utah: NCSS Statistical System. 2007.
19. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. *Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire*. Leiderdorp, DATEC 2002.
20. Middeke M, Lemmer B, Schaaf B, et al. Prevalence of hypertension-attributed symptoms in routine clinical practice: a general practitioners-based study. *J Hum Hypertens*. 2008; 22(4): 252–258, doi: [10.1038/sj.jhh.1002305](https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1002305), indexed in Pubmed: [18007681](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18007681/).
21. Farahani S, Rafiepoor A, Jafari T, et al. The Role of Mediator of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship Between Mindfulness and Perceived Stress in People with High Blood Pressure. *Int J Applied Behav Sci*. 2019; 6(2): 52–59, doi: [10.22037/ijabs.v6i2.26810](https://doi.org/10.22037/ijabs.v6i2.26810), indexed in Pubmed: [10.22037/ijabs.v6i2.26810](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10.22037/ijabs.v6i2.26810/).
22. Zargar Y, Hakimzadeh G, Davodi I. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Treatment to Hypertension and Emotion Cognitive Regulation in People with Hypertension in Ahvaz. *Jundishapur J Chronic Dis Care*. 2019; 8(2): e79347, doi: [10.5812/jjcdc.79347](https://doi.org/10.5812/jjcdc.79347).