



## Podejmowanie działań prozdrowotnych przez pacjentów z chorobami kardiologicznymi Adopting pro-health behaviors by cardiac patients

Marzanna Stanisławska<sup>\* 1; A,D,E</sup>, Mariola Rajzer<sup>2; B,F</sup>, Anna Jurczak<sup>1; C,D</sup>,  
Katarzyna Augustyniuk<sup>1; F</sup>, Anna Reczyńska<sup>3; B,F</sup>, Elżbieta Grochans<sup>1; A,G</sup>

1. Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
2. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
3. Studium Doktoranckie WNoZ, Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

A – koncepcja i przygotowanie projektu badań, B – wykonanie analiz diagnostycznych, zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie manuskryptu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy, \* – Autor do korespondencji.

**Autor do korespondencji:** Marzanna Stanisławska, Zakład Pielęgniarstwa PUM, 71-210 Szczecin, ul. Żołnierska 48  
tel: 091 4800910, e-mail: stamarz@pum.edu.pl

### Streszczenie

*Wstęp.* Poznanie negatywnych nawyków w stylu życia pacjenta i ich korekta może znacznie spowolnić rozwój choroby kardiologicznej i przyspieszyć zdrowienie, a także zapobiegać kolejnym epizodom kardiologicznym. Niepodejmowanie działań prozdrowotnych powoduje pogłębianie problemów kardiologicznych.

*Cel pracy.* Celem pracy była analiza wybranych czynników wpływających na podejmowanie działań prozdrowotnych przez pacjentów z chorobami kardiologicznymi.

*Material i metody.* Badania ankietowe zostały przeprowadzone w 2013 roku wśród 121 pacjentów oddziału rehabilitacji kardiologicznej w SPSK nr 2 w Szczecinie. Wykorzystano ankietę standaryzowaną Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

*Wyniki.* Z powodu chorób układu krążenia 40% ankietowanych znalazła się w szpitalu 1 raz, 27% badanych była hospitalizowana 2-krotnie, 13% respondentów przebywała w szpitalu 3 razy, a 4% więcej niż 10 razy. W subiektywnej ocenie wiedzy o zdrowym stylu życia łącznie 88% respondentów wystawiło sobie pozytywną ocenę, a 12% badanych odpowiedziało, że ich wiedza jest niewystarczająca. Wiek wpływa istotnie na ogólne podejmowanie działań prozdrowotnych ( $p=0,004$ ), wywiera także istotny wpływ na pozytywne nastawienia psychiczne ( $p=0,003$ ) oraz na wykonywanie praktyk zdrowotnych ( $p<0,001$ ). Stan cywilny wpływa istotnie na zachowania profilaktyczne ( $p=0,004$ ). Aktywność zawodowa wpływa istotnie na przestrzeganie zachowań profilaktycznych ( $p=0,002$ ). Badana grupa oceniana w aspekcie podejmowania zachowań prozdrowotnych uzyskała wyniki na poziomie 3. stenu. Daje to wynik wysoki i pozwala stwierdzić, że blisko połowa (48%) badanych podejmuje zachowania prozdrowotne na zadowalającym poziomie. Pozostałe osoby podejmują zachowania na poziomie przeciętnym i niskim.

*Wnioski.* Głównymi czynnikami, które mogą przyczyniać się do niepodejmowania zachowań prozdrowotnych przez osoby chore kardiologicznie było przede wszystkim wiek pacjentów, obniżony stan psychiczny pacjentów, zwiększona ilość stresów i kumulacja emocji, brak wsparcia społecznego i rodzinnego.

*Słowa kluczowe:* zachowania zdrowotne, profilaktyka, styl życia

### Summary

*Background.* The identification and modification of patients' bad lifestyle habits may considerably slow down the development of cardiac diseases, accelerate the recovery, and prevent further cardiac episodes.

*Objective.* The aim of this study was to analyze selected factors contributing to adopting pro health behaviors by cardiac patients.

*Material and methods.* The survey was conducted among 121 patients of the cardiac rehabilitation ward in the Independent Public Clinical Hospital No. 2 (SPSK 2) in Szczecin in 2013. The Health Behavior Inventory was employed in this study.

*Results.* Some 40% of the surveyed were hospitalized once due to cardiovascular disease, 27% - twice, 13% - three times, and 4% - more than 10 times. In the subjective assessment of healthy lifestyle knowledge, 88% of respondents assessed themselves positively, and 12% regarded their own knowledge as insufficient. Age has significant effects on general adoption of pro-health behaviors ( $p=0,004$ ), positive attitudes ( $p=0,003$ ), and health practices ( $p<0,001$ ). Marital status and professional activity significantly contribute to taking prophylactic measures ( $p=0,004$  and  $p=0,002$ , respectively). The study group members assessed in terms of their pro-health behaviors obtained the results equal to 3 stens. It is a high score, showing that pro-health behaviors exhibited by almost half of the surveyed (48%) are on the satisfactory level, while pro-health behaviors exhibited by the rest of the group are on average and low levels.

*Conclusions.* The main potential contributors to not adopting pro-health behaviors by cardiac patients included age, lower mood, stress, accumulation of emotions, and the lack of social and family support.

*Key words:* health behaviors, prophylaxis, lifestyle

## WSTĘP

Styl życia z przewagą zachowań zdrowotnych, to podejmowanie świadomych działań skoncentrowanych na powiększaniu własnych zasobów zdrowia oraz eliminację zachowania, które może zdrowiu zaszkodzić. Zachowania antyzdrowotne stwarzające ryzyko dla zdrowia, to zachowania problemowe lub ryzykowne [1,2].

W literaturze przedmiotu brak uogólnionego, ujednoczonego katalogu zachowań zdrowotnych. Równocześnie ich znaczenie w życiu człowieka ma charakter bardzo indywidualny. Istnieje wiele różnych aspektów przez, które można postrzegać podejmowanie działań profilaktycznych [3].

W latach 70 XX wieku Lalonde opracował jedną z popularniejszych obecnie teorii odnoszących się do zdrowia. Według niniejszej teorii, zdrowie w 50% zdeterminowane jest stylem życia. Zgodnie z teorią Lalonde'a wpływając na styl życia człowieka, można wpłynąć na jego zdrowie. Wiedza ta zaimplementowała pierwsze programy

dotyczące promocji zdrowia [4].

To, czy pacjent będzie zmieniał negatywne nawyki, zależy w dużej mierze od jego osobowości. Osoby wykazujące małą aktywność fizyczną, nie przestrzegające diety, z negatywnym nastawieniem do zmiany trybu życia, są najczęściej negatywnie nastawione do zmian nawyków na pozytywne. Takie zachowania będą wynikać z ogólnego nastawienia wobec zdrowia [5, 6].

Celem pracy była analiza wybranych czynników wpływających na niepodejmowanie działań prozdrowotnych przez pacjentów z chorobami kardiologicznymi.

## MATERIAŁ I METODY

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w 2013 roku wśród 121 pacjentów oddziału rehabilitacji kardiologicznej w SPSK nr 2 w Szczecinie. Wykorzystano ankietę standaryzowaną Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), która może być wykorzystana w badaniach zarówno u chorych, jak i zdrowych. Ankieta składała

Tabela 1. Liczba hospitalizacji respondentów z powodu chorób układu krążenia.

Hospitalizacje z powodu chorób układu krążenia	Liczba badanych n=121		Kobiety n=37		Mężczyźni n=84	
	n	%	n	%	n	%
1 raz	48	40	16	42	32	38
2 razy	33	27	8	22	25	30
3 razy	16	13	7	19	9	11
4 razy	8	7	2	5	6	7
5 razy	3	2	1	3	2	2
6 razy	4	3	1	3	3	4
7 razy	2	2	1	3	1	1
9 razy	1	1	0	0	1	1
10 razy	1	1	0	0	1	1
Więcej niż 10 razy	4	4	1	3	4	5

Tabela 2. Ocena własnej wiedzy o zdrowym stylu życia osób ankietowanych.

Ocena wiedzy o stylu życia	Liczba badanych n=121		Kobiety n=37		Mężczyźni n=84	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo dobry	5	4	4	11	1	1
Wystarczający	63	53	20	54	43	52
Dobry	38	31	10	27	28	33
Niewystarczający	15	12	3	8	12	14

się z 24 pytań związanych ze zdrowiem, które umożliwiły ocenę zachowań prozdrowotnych u odpowiadających w czterech sferach: nastawienia psychicznego, zachowań profilaktycznych, nawyków żywieniowych i praktyk zdrowotnych.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy zastosowaniu pakietu Stat Soft Statistica 10 PL. Analizy zależności między rozkładem odpowiedzi na pytania dotyczące zachowań zdrowotnych, a danymi socjo-demograficznymi analizowano testem zależności  $\chi^2$ . Przyjęto poziom istotności  $p = 0,05$ . Uznawano, iż wyliczone prawdopodobieństwo testowe  $p < 0,05$  oznacza wyniki istotne statystycznie.

## WYNIKI

Z powodu chorób układu krążenia 40% ankietowanych znalazła się w szpitalu 1 raz, 27% badanych była hospitalizowana 2-krotnie, 13% respondentów przebywała w szpitalu 3 razy, a 4% więcej niż 10 razy (tab.1).

W subiektywnej ocenie wiedzy o zdrowym stylu życia łącznie 88% respondentów wystawiło sobie pozytywną ocenę, a 12% badanych odpowiedziało, że ich wiedza jest niewystarczająca (tab.2).

Badania własne wykazały, że wiek wpływa istotnie na ogólne podejmowanie działań prozdrowotnych ( $p=0,004$ ), na pozytywne nastawienia psychiczne ( $p=0,003$ ) oraz na wykonywanie praktyk zdrowotnych ( $p<0,001$ ) (tab.3).

Tabela 3. Wpływ wieku na zachowania zdrowotne.

	Wpływ wieku na zachowania zdrowotne		
	n	r	p
Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych vs wiek	121	0,25	<b>0,004</b>
Prawidłowe nawyki żywieniowe vs wiek	121	0,11	0,230
Zachowania profilaktyczne vs wiek	121	0,09	0,326
Pozytywne nastawienia psychiczne vs wiek	121	0,27	0,003
Praktyki zdrowotne vs wiek	121	0,40	$p<0,001$

Legenda: n – liczba przypadków, r – współczynnik korelacji r-Pearsona, p – wyliczone prawdopodobieństwo testowe

Tabela 4. Wpływ stanu cywilnego na zachowania zdrowotne.

Wpływ stanu cywilnego na zachowania zdrowotne			
Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych vs stan cywilny	n	r	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe vs stan cywilny	121	0,163	<b>0,074</b>
Zachowania profilaktyczne vs stan cywilny	121	0,150	0,101
Pozytywne nastawienia psychiczne vs stan cywilny	121	0,180	0,004
	121	0,113	0,217

Legenda: n – liczba przypadków, r – współczynnik korelacji r-Pearsona, p – wyliczone prawdopodobieństwo testowe

Stan cywilny istotnie różnicuje zachowania profilaktyczne ( $p=0,004$ ) (tab.4).

Aktywność zawodowa istotnie kształtuje przestrzeganie zachowań profilaktycznych ( $p=0,002$ ).

Badana grupa oceniana w aspekcie podejmowania zachowań prozdrowotnych uzyskała wyniki na poziomie 3. stenu. Daje to wynik wysoki i pozwala stwierdzić, że blisko połowa (48%) badanych podejmuje zachowania prozdrowotne na zadowalającym poziomie. Pozostałe osoby podejmują zachowania na poziomie przeciętnym i niskim (tab.5).

## DYSKUSJA

Według aktualnej wiedzy leczenie pacjenta przynosi równie istotne korzyści jak szeroko

pojęty styl życia pacjenta. Pomimo dużego postępu możliwości jakimi dysponuje współczesna medycyna może rozwiązać tylko 10-15 procent problemów zdrowotnych. Ważne stają się powody, przez które pacjenci nie podejmują działań sprzyjających swojemu zdrowiu oraz eliminacji objawów chorobowych. Zmiana nawyków pacjentów może więc znacznie zminimalizować ryzyko ponownego zachorowania, pogłębianie się objawów, czy zredukować wskaźnik ryzyka zgonu. Istotne jest identyfikowanie deficytów wiedzy pacjentów w tym zakresie, a także szukanie powodów przez które pogłębianie świadomości pacjentów nie jest skuteczne.

Wyniki uzyskane w badaniu WOBASZ w latach 2003-2005 potwierdzają wybitnie niskie rozpowszechnienie zachowań

Tabela 5. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, wyniki grup wg stenów.

IZZ	Liczba badanych n=121		Kobiety n=37		Mężczyźni n=84	
	n	%	n	%	n	%
Sten 1	26	21,5	7	5,8	19	15,7
Sten 2	36	29,7	9	7,4	27	22,3
Sten 3	59	48,8	21	17,4	38	31,4
Razem	121	100	37	30,6	84	69,4

prozdrowotnych w populacji ogólnej. Badanie oparto na analizie czterech wybranych wskaźników tj.: niepalenia tytoniu, podejmowania aktywności fizycznej, prawidłowej masy ciała, odpowiedniej diety [7, 8, 9,10].

W przeprowadzonych badaniach własnych prawie połowa respondentów deklaruwała przestrzeganie zachowań prozdrowotnych. Liczba osób wykazująca takie zachowania plasowała się na poziomie ok. 48%. Ponad połowa badanych (52%), nie przestrzegała zachowań zdrowotnych lub przestrzegała na poziomie średnim. Kurowska i wsp. podają, że 70,6% badanych prezentowała przeciętny poziom zachowań zdrowotnych [11].

W badaniach Muszalik nad zachowaniami zdrowotnymi osób starszych 80% pacjentów przestrzegało działań zdrowotnych. W badaniach własnych było to 48%. W tym przypadku wyniki nie pokrywają się. Potwierdza się jednak istotność korelacji względem stanu cywilnego. Osoby w związkach częściej wykazywały zachowania zdrowotne niż osoby samotne [12]. W badaniach własnych współczynnik korelacji przestrzegania zachowań zdrowotnych i stanu cywilnego wynosił  $p < 0,004$ .

Według raportów Centrum Badań Opinii Społecznej tylko 1 na 10 Polaków systematycznie uprawia sport, a aż 6 na 10 przyznało się, że nie ćwiczy w ogóle. Ten problem dotyczy szczególnie osób z przedziału wiekowego 25-34 lat. W tej grupie odsetek osób ćwiczących zmniejsza się o połowę [13]. Według badań własnych podejmowanie praktyk zdrowotnych plasowało się na poziomie = 3,19 co potwierdzają przytoczone badania.

Według Sobańskiego, Kubickiej i Sinkiewiczza przestrzeganie zaleceń przez pacjentów chorych kardiologicznie, jest szczególnie trudne w aspekcie przestrzegania

diety. Szczególnie widoczne jest to w przypadku diety niskosodowej ze względu na zmianę smaku potraw. Natomiast chorzy, którym zaleca się zmniejszenie podaży płynów, nie przestrzegają zaleceń na skutek nieradzenia sobie z niedogodnościami. Wśród niedogodności najczęściej wymieniano suchość w ustach. Opublikowane w 2010 roku badanie holenderskie dowiodło, że tylko 35% chorych na schorzenia kardiologiczne kontroluje masę ciała. Przyczyną tego jest brak świadomości zagrożenia, jaką niesie ze sobą otyłość, wśród osób mających już problemy kardiologiczne. Pacjenci zapominają o przestrzeganiu zaleceń, bądź uważają, że są one bezcelowe [14]. W badaniach własnych przestrzeganie zaleceń dietetycznych było na jednym z niższych poziomów i wynosiło =3,32.

Palenie tytoniu nadal stanowi duży problem u obu płci. Badania w tym aspekcie nie są jednoznaczne. Nie ma zgodnych badań dotyczących korelacji między paleniem tytoniu a płcią. W badaniu Maliszewskiej nad występowaniem czynników ryzyka u pacjentów chorych kardiologicznie, prawie połowa badanych przyznała się do palenia papierosów. Wśród nich 23% to kobiety, a 26% - mężczyźni. Mimo to autorka nie potwierdziła istotnej korelacji pomiędzy nałogiem a płcią [15]. Natomiast badanie Rywika i Kwaśniewskiej wykazało, że to mężczyźni palą znacznie częściej niż kobiety [9]. W badaniach własnych to kobiety wykazywały większą skłonność do odrzucenia nawyku, jakim jest palenie tytoniu.

Literatura tematu podkreśla zwiększenie ryzyka chorób kardiologicznych wraz ze wzrostem wieku. Negatywne zachowania kształtują się już w dzieciństwie, jednak ich odzwierciedlenie zauważyć można szczególnie po 60 roku życia. Wtedy też najtrudniej modyfikować ich wieloletni charakter. Sam wiek nie może stanowić jedyne

determinantu przestrzegania zaleceń. Harton przeprowadzał badania nad dostosowywaniem się do zbilansowanej diety. Wyniki badań wskazują, że osoby starsze częściej stosują się do zaleceń związanych z odpowiednim spożywaniem nabiału, natomiast młodsze mięsa, wędlin i drobiu. Może to wynikać bezpośrednio z czynników ekonomicznych. Osoby starsze mają najczęściej niższy dochód i mniejszą świadomość. Natomiast osoby młodsze posiadają większą wiedzę i status materialny, a co za tym idzie mogą pozwolić sobie na bardziej zróżnicowaną dietę [16]. W badaniach nad przestrzeganiem diety u osób starszych Zielińska stwierdziła, że 80% respondentów miało problemy z utrzymaniem zrównoważonej diety. Wiek silnie korelował z nieprzeprowadzaniem regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego oraz samokontroli. Należy dodać, że w tym kontekście większość pacjentów posiadała dużą wiedzę, a mimo to nie zmieniła swoich nawyków. W badaniu populacji osób starszych Zielińska oceniała pacjentów geriatrycznych. Wśród 100 badanych połowa paliła tytoń, natomiast reszta w jednej czwartej to byli palacze bierni. Około 60% nie przestrzega zdrowych nawyków żywieniowych mimo odpowiednich zaleceń lekarskich. Duży wpływ ma również bierny tryb życia, który w pewnych przypadkach wynika z upośledzenia układu ruchu, w innych zaś - z braku chęci. Ponad połowa pacjentów nie wykazywała motywacji do wprowadzenia zmian w swoich codziennych nawykach [17]. Również w badaniach własnych wiek silnie koreluje z wykazywaniem zachowań prozdrowotnych  $p < 0,004$ , szczególnie na nastawienie psychiczne oraz na praktyki zdrowotne. Im osoby starsze tym większy problem z przestrzeganiem zachowań zdrowotnych.

Według badań Maliszewskiej wiek koreluje istotnie statystycznie z przestrzeganiem

zachowań zdrowotnych. Autorka potwierdza, że najwięcej osób deklarujących palenie papierosów to respondenci w przedziale wiekowym od 41 do 60 lat. Maliszewska potwierdza wyniki badań Harton, że wiek wpływa na przestrzeganie zaleceń żywieniowych [15].

Z doniesień naukowych wynika znaczny wzrost ryzyka występowania depresji i lęku u pacjentów kardiologicznych, szczególnie w chorobie niedokrwiennej serca [18, 19, 20].

W tym kontekście Vollman i wsp. zasugerowali, że pacjenci z dużym poczuciem sensu życia mają możliwość powiększania kontroli nad niewydolnością serca, co poprawia ich stan fizyczny [1]. Natomiast Holahan i wsp. podkreślają wpływ poczucia sensu życia na motywację zmieniającą codzienne zachowania pacjentów kardiologicznych. Stan ten wpływa między innymi na podejmowanie wzmożonej aktywności fizycznej, zmiany w diecie czy rezygnację z używek [21]. Te tendencje potwierdzają się w badaniach własnych. W zakresie działań prozdrowotnych, pozytywne nastawienie psychiczne jest cechą najczęściej występującą  $\approx 3,64$ . Także w tym obszarze pacjenci najchętniej podejmują działania prozdrowotne.

## WNIOSKI

Czynnikami, które mogą przyczyniać się do niepodejmowania zachowań prozdrowotnych przez osoby chore kardiologicznie jest przede wszystkim wiek pacjentów, obniżony stan psychiczny pacjentów, zwiększona ilość stresów i kumulacja emocji, brak wsparcia społecznego i rodzinnego.

Podczas opracowywania programów edukacyjnych dla pacjentów należy pamiętać, że największą aktywność przejawiają oni w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego, a najmniejszą w zakresie praktyk zdrowotnych

i nawyków żywieniowych i na te ostatnie należy skoncentrować największą uwagę.

## PIŚMIENNICTWO

1. Wardzala–Kordyś J.: Styl życia młodzieży z chorobą przewlekłą na przykładzie cukrzycy I typu. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, Rozwiązania* 2012;3:55-69.
2. Wojciechowska M., Suda K.: Promocja zdrowego stylu życia nie tylko zadaniem zawodowym pielęgniarki, ale także odpowiedzią na współczesne zagrożenia zdrowia. *Probl Pielęg* 2008;16(1,2): 60-5.
3. Nosko J.: Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne – aspekty historyczno-kulturowe. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera; 2005.
4. Sidorowicz W., Maroszek J., Kiedik D.: Analiza społeczna w polityce zdrowotnej. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”; 2002.
5. Ślusarska B., Nowicki G.: Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Probl Hig Epidemiol* 2010;91: 34-40.
6. Sietkiewicz A., Goch A., Adamiak G., i wsp.: Cechy temperamentu, depresja oraz funkcje poznawcze u chorych na chorobę niedokrwinną serca. *Pol Merkuriusz Lek* 2008;25: 523-7.
7. Brzostek T., Malinowska–Lipień I., Kulig–Fedko M., i wsp.: Typ osobowości i poziom stresu a inne czynniki ryzyka w zaostrzeniu choroby wieńcowej. *Pielęg XXI w* 2005;13: 32-4.
8. Kaleta D., Makowiec–Dąbrowska T., Polańska K., i wsp.: Palenie tytoniu i inne negatywne zachowania zdrowotne wśród osób czynnych zawodowo. *Med Pr* 2009;60: 7-14.
9. Kwaśniewska M., Kaczmarczyk–Chalas K., Drygas W.: Zachowania zdrowotne związane z paleniem tytoniu i odżywianiem w reprezentatywnej próbie mieszkańców Łodzi. *Czynn Ryż* 2001;1(2): 68-72.
10. Kwaśniewska M., Kaczmarczyk–Chalas K., Dziankowska – Zaborszczyk E., i wsp.: Zachowania zdrowotne, wskaźniki stylu życia, oraz ryzyko kardiometaboliczne. Wyniki badania WOBASZ 2003-2005. *Pol Prż Kardiol* 2010;12: 103-8.
11. Kurowska K., Kudas A.: Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca. *Folia Cardiol* 2013;8(1): 1-8.
12. Muszalik M., Zielińska–Więczkowska H., Kędziora–Kornatowska K., i wsp.: Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Probl Hig Epidemiol* 2013;94(3): 509-13.
13. Wrońska I., Kurowska K.: Przewlekła choroba a zmiana zachowań zdrowotnych. *Pielęg XXI w* 2005;1(9): 37-41.
14. Sobański P., Kubica A., Sinkiewicz W.: Przestrzeganie zaleceń jako element poprawy rokowania u chorych z przewlekłą niewydolnością serca. *Folia Cardiol* 2010;5: 70-3.
15. Maliszewska D.: Występowanie czynników ryzyka chorób układu krążenia, wśród pacjentów przychodni specjalistycznej przy instytucie kardiologii w Aninie. *Pielęg XXI w* 2005;12: 66-9.
16. Harton A., Solik–Tomassi A., Narojek L., i wsp.: Realizacja zaleceń racji pokarmowej przez mężczyzn z niedokrwinną chorobą serca. *Probl Hig Epidemiol* 2011;92:557-60.
17. Wysocka – Pleczyk M., Słowik P.: Poczucie sensu życia i style radzenia sobie u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca. *Probl Hig Epidemiol* 2012;93: 771-8.
18. Kwaśniewska M., Bielecki W., Kaczmarczyk – Chalas K., i wsp.: Ocena rozpowszechnienia zdrowego stylu życia wśród mieszkańców województwa łódzkiego i lubelskiego. Projekt

WOBASZ. *Prz Lek* 2007;64:4-7.

19. Kubica A., Pufal J., Moczulska B.: Skuteczność edukacji zdrowotnej u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii.

*Psychiatria w Praktyce Klinicznej* 2005;5:61-8.

20. Kurowska M., Figiel O.: Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2. *Now Lek* 2009;78: 197-205.

21. Pietras T.: Umiejętności porozumiewania się z pacjentem. W: Grabski W., Nowak D. (red.): Przewodnik do ćwiczeń z praktycznego nauczania medycyny klinicznej. Łódź: Wydaw. Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; 2007.