

Marcin Rząca, Marianna Charzyńska-Gula, Andrzej Stanisławek

Katedra Środowiskowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Zadania pielęgniarki rodzinnej wobec osób zagrożonych chorobą niedokrwienną serca w świetle diagnozy zachowań zdrowotnych wybranej grupy osób

Tasks of the family nurse concerning people with the risk of ischaemic heart disease in the context of diagnosing health behaviour in the selected group of people

STRESZCZENIE

Wstęp. Zasadnicza strategia profilaktyki choroby niedokrwiennej serca (IHD) polega na zmniejszeniu ryzyka wystąpienia miażdżycy tętnic wieńcowych. Profilaktyka miażdżycy obejmuje głównie żywienie, aktywność fizyczną, zaprzestanie palenia tytoniu oraz spożycia alkoholu. Programowanie i wdrażanie skutecznych programów profilaktycznych należy do zadań systemu ochrony zdrowia, a także pielęgniarki rodzinnej.

Cel pracy. Celem badań było wskazanie kluczowych zadań pielęgniarki rodzinnej w pracy z osobami zagrożonymi IHD.

Materiał i metody. Zastosowano sondaż diagnostyczny w grupie 110 osób w wieku 35–55 lat uczestniczących w programie profilaktyki chorób układu krążenia czterech placówek podstawowej opieki zdrowotnej w Lublinie. Wyniki sondażu zestawiono z wynikami algorytmu *European Systematic COronary Risk Evaluation* (SCORE) (ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości), dzieląc badanych na osoby z potwierdzonym i niepotwierdzonym ryzykiem choroby niedokrwiennej serca. Podstawą analizy były świadomość zdrowotna i wybrane zachowania kobiet i mężczyzn zagrożonych wystąpieniem ryzyka sercowo-naczyniowego. Do oceny statystycznej zastosowano test χ^2 .

Wyniki. Wiedza i zachowania kobiet w zakresie żywienia są częściej poprawniejsze i pozytywniejsze niż u badanych mężczyzn (głównie spożywanie tłuszczów zwierzęcych). Prawidłową wartość wskaźnika masy ciała (BMI) zna niemal 33% kobiet i tylko 10% mężczyzn. Prawidłową wartość ciśnienia tętniczego zna ponad 83% kobiet i 67% mężczyzn. Kilka razy w tygodniu alkohol pije 3,3% kobiet i 8,1% mężczyzn. Prawidłowy przedział BMI stwierdzono u 57,4 kobiet i 34,7% mężczyzn. Warzywa codziennie zjada 55,7% kobiet i 92,4% mężczyzn. Zdecydowana większość kobiet nigdy nie paliła bądź paliła w przeszłości.

Wnioski. Pielęgniarka rodzinna musi różnicować swoje oddziaływania w programach profilaktyki IHD na kobiety i mężczyzn, gdyż zarówno świadomość zdrowotna, jak i przejawiane zachowania zdrowotne w obu grupach implikują różny stopień ryzyka zdrowotnego, a brak takiego różnicowania może się przekładać na niską efektywność podejmowanych działań.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (4): 515–519

Słowa kluczowe: pielęgniarka rodzinna, mężczyzna, kobieta, zagrożenie i profilaktyka, choroba niedokrwienna serca

ABSTRACT

Introduction. The general strategy of IHD prophylactics is focused on lowering the risk of coronary arteriosclerosis development. Arteriosclerosis prophylactic concerns mainly diet modification, physical activity, smoking cessation and reduction of alcohol consumption. Developing and preparing effective prophylactic programmes belongs to the tasks of the healthcare system, including the family nurse.

Aim of the study. The objective of the survey was to identify the key tasks of the family nurse while working with persons with IHD risk.

Material and methods. A diagnostic survey was carried out in the group of 110 subjects aged 35–55 years who took part in the prophylactic programme concerning circulatory system diseases implemented in four primary healthcare centres in Lublin. The results of the survey were correlated with the results of the SCORE algorithm (the assessment of the global future risk of ischaemic heart disease), by dividing the surveyed into the ones with confirmed and unconfirmed risk of IHD. The statistical evaluation was made with the use of the χ^2 test.

Adres do korespondencji: mgr Marcin Rząca, Katedra Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Chodźki 6, 20–093 Lublin, tel.: 509 992 327, e-mail: ma-rz@wp.pl, jaligula@o2.pl

Results. The knowledge and behaviour of women in terms of nutrition are more often accurate and positive than of the surveyed men (mainly concerning the consumption of animal fats). The correct BMI value is known to almost 33% of women and only 10% of men. 83% of women and 67% of men have the knowledge concerning the correct arterial blood pressure value. 3.3% of women and 8.1% of men drink alcohol several times a week. The proper body mass index (BMI) range was found in 57.4% of women and 34.7% of men. 55.7% of women and 22.4% of men eat vegetables every day. The number of women who have never smoked or have quit smoking is much higher than that of men.

Conclusions. Family nurse must diversify her actions in the programme of IHD prophylactics in relation to men and women since both health awareness and displayed health behaviour in both groups implicate a different degree of health risk, and the lack of such diversification can result in a low effectiveness of undertaken actions.

Nursing Topics 2011; 19 (4): 515–519

Key words: family nurse, man, woman, IHD risk and prophylactics

Wstęp

Pielęgniarka rodzinna planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad pacjentem, rodziną, pośrednio także nad społecznością lokalną, obejmując opieką zdrowych i chorych podopiecznych niezależnie od płci i wieku. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u osób objętych opieką, prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia, realizację programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób, prowadzenie działań profilaktycznych u świadczeniobiorców z grup ryzyka zdrowotnego [1–3]. Zatem programowanie i wdrażanie skutecznych programów profilaktycznych to zadanie systemu ochrony zdrowia z pielęgniarką rodzinną włącznie [4]. Budowa skutecznego programu jakiegokolwiek interwencji wkraczającej na obszar stylu życia podopiecznych musi się wiązać z rzetelną pielęgniarską diagnozą kluczowych dla ewentualnego ryzyka zdrowotnego elementów tego stylu życia [5]. Diagnoza ta to punkt wyjścia dla ustalania ogólnych i szczegółowych zadań zespołu pielęgniarskiego pracującego z określoną grupą podopiecznych. Jest ona szczególnie istotna wówczas, gdy zespół pielęgniarski pracuje z osobami, u których zostało potwierdzone ryzyko wystąpienia jakiejś choroby. Ustalenie tego, które z określonych elementów świadomości i zachowań takich osób są modyfikowalne, możliwe do zmiany w kierunku prozdrowotnym, jest kluczowym zadaniem w fazie rozpoznania [6].

Cel badań

Celem badań było wskazanie kluczowych zadań pielęgniarki rodzinnej w pracy z osobami zagrożonymi chorobą niedokrwienną serca (IHD, *ischaemic heart disease*), wynikających z rozpoznania poszczególnych elementów stylu życia tych osób.

Material i metody

Przeprowadzono badania metodą sondażu diagnostycznego, stosując jako narzędzie autorski kwestiona-

riusz ankiety. Respondentami były osoby, które uczestniczyły w programie profilaktyki chorób układu krążenia organizowanym przez Urząd Marszałkowski na terenie dwóch niepublicznych placówek podstawowej opieki zdrowotnej w Lublinie. W badaniu uczestniczyło 110 osób, w tym 55,5% kobiet i 44,5% mężczyzn. Badani podopieczni to stosunkowo młodzi ludzie, u których potwierdzono ryzyko wystąpienia IHD oraz wolni od takiego ryzyka. Ponad połowa badanych (51,8%) miała mniej niż 45 lat, a nieco ponad 16% stanowili respondenci powyżej 55. roku życia. Prawie połowa badanych posiadała wykształcenie średnie — 48,2%, wyższe — 37,7%, a zawodowe — 13,6%. Co trzeci badany twierdził, że jest obciążony czynnikiem rodzinnym IHD. Większość osób biorących udział w badaniu zamieszkiwała w mieście — 71,8%. Wymieniony wyżej program profilaktyczny był skierowany do osób ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia, w określonym wieku, u których nie rozpoznano chorób układu krążenia. Do oceny statystycznej uzyskanych wyników zastosowano test χ^2 .

Wyniki

Wiedza respondentów na temat czynników ryzyka IHD

Diagnozowano wiedzę respondentów dotyczącą palenia tytoniu. Ponad 88,2% ankietowanych uważa, że palenie tytoniu ma bardzo duże znaczenie na powstanie IHD, 10% — że niewielkie. Żaden respondent nie odpowiedział, że palenie tytoniu nie ma żadnego znaczenia w powstaniu IHD.

Kolejnymi czynnikami najczęściej wymienianymi przez podobną liczebnie grupę kobiet i mężczyzn, starszych i młodszych respondentów, które ich zdaniem mają bardzo duże znaczenie na powstanie IHD, były stres i częste spożywanie wysokocholesterolowych posiłków. Niemal 3/4 badanych (74,5%) stwierdziło, że bardzo duże znaczenie na powstanie IHD ma nadwaga, 73,6% — nadciśnienie tętnicze, a 67,3% — mała aktywność fi-

Tabela 1. Rodzaje diet stosowanych przez respondentów
Table 1. Types of diet used by respondents

Diety stosowane przez respondentów	Kobiety (%)	Mężczyźni (%)	Razem (%)
Ograniczanie spożycia tłuszczów zwierzęcych	45,9	32,6	40
Ograniczanie spożycia cukrów	45,9	14,3	31,8
Jedzenie dużych ilości warzyw i owoców	36,1	22,5	30
Ograniczanie spożycia potraw smażonych	34,4	20,4	28,2

zyczna. Ponad połowa (52,7%) respondentów uznała, że czynnik genetyczny ma bardzo duże znaczenie w powstaniu IHD, 38,2% — niewielkie znaczenie, a 5,5% respondentów, że czynnik rodzinny w ogóle nie ma wpływu na wystąpienie choroby. Niezbyt zadowolająca jest świadomość respondentów na temat tego, czym jest IHD. Mniej niż połowa kobiet (47,5%) oraz mężczyzn (44,9%) wie, że IHD jest spowodowana składowaniem się złogów tłuszczu w naczyniach krwionośnych zaopatrujących serce. Dość znaczna część respondentów zdaje sobie sprawę, że osoby zagrożone zawałem serca powinny przestrzegać jakiejś diety. Uważa tak 91,8% kobiet oraz 83,7% mężczyzn. Tylko 22,7% respondentów wie, jaki jest prawidłowy zakres wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*), w tym 32,8% badanych kobiet i 10,2% mężczyzn. Ponad 1/3 mężczyzn (34,7%) i 13,1% kobiet przyznaje, że nie wie, czym jest BMI. Ponad 3/4 badanych zna prawidłową wartość ciśnienia tętniczego, w tym 83,6% kobiet i 67,4% mężczyzn. Dla 54,6% kobiet i 50% mężczyzn obciążonych tym czynnikiem i 53,9% kobiet i 51,4% mężczyzn nim nieobciążonych czynnik genetyczny ma bardzo duży wpływ na rozwój IHD. Wszyscy mężczyźni rodzinie obciążeni IHD w jakimś stopniu — większym czy mniejszym — uznali, że fakt ten ma znaczenie dla wstąpienia tej choroby. Okazali się tym samym bardziej świadomi niż kobiety z tej grupy.

Zachowania respondentów w aspekcie zdrowotnym

Zachowania badanych respondentów podzielono na prozdrowotne i antyzdrowotne, uznając za prozdrowotne te, które pozytywnie wpływają na zdrowie i są elementem profilaktyki IHD, natomiast za antyzdrowotne te, które przysposabiają do obciążenia czynnikami ryzyka IHD, zwiększając ryzyko wystąpienia choroby [7, 8].

Badane kobiety i mężczyźni podobnie często spożywają posiłki. Ponad połowa spośród nich (62,7%) spożywa 2–3 posiłki dziennie, 1/3 (32,7%) — 4–6 posiłków dziennie, a 4,5% — tylko jeden, obfity posiłek. Jednak gdy chodzi o rodzaj spożywanych posiłków, to wystąpiły różnice między kobietami i mężczyznami. Większość respondentów stosuje „jakąkolwiek dietę”. Najczęściej

jest stosowana dieta ograniczająca spożycie tłuszczów zwierzęcych (40%), cukrów (31,8%), z większą zawartością warzyw i owoców (30%) oraz ograniczająca spożycie potraw smażonych. We wszystkich kategoriach oceny sposobu żywienia uwzględniających rodzaj stosowanej diety lepiej „wypadają” kobiety. Niemal połowa respondentów nie stosuje żadnej diety (46,4%). Szczegółowe dane zawarto w tabeli 1.

Ponad połowa respondentów (66,4%) lubi jeść słodkie. Skłonność do spożywania słodczy dużo częściej przejawiają kobiety (75,4%) niż mężczyźni (55,1%). Fakt, że badani lubią spożywać słodkie, nie zawsze odzwierciedla się w diecie; unikanie ich spożycia jest uwarunkowane świadomością zdrowotną ich negatywnego wpływu na zdrowie. Ponad połowa badanych kobiet (55,8%) i tylko 22,5% mężczyzn codziennie spożywa warzywa i owoce. Kobiety i mężczyźni także z różną częstotliwością spożywają alkohol. Abstynencję alkoholową deklaruje 65,6% kobiet oraz 26,5% mężczyzn. Natomiast kilka razy w tygodniu alkohol spożywa 3,3% kobiet i 8,2% mężczyzn, a kilka razy w miesiącu 31,2% kobiet i 2-krotnie więcej mężczyzn. Najczęściej spożywanym alkoholem jest piwo (47,8% respondentów, w tym: 42,9% kobiet oraz 51,2% mężczyzn), następnie czerwone wino (28,9% osób badanych, w tym: 42,9% kobiet oraz 19,5% mężczyzn) oraz wódka (ogółem 23,2%, w tym: 14,3% kobiet oraz 29,3% mężczyzn).

Palenie tytoniu jest bardzo zróżnicowane, jednak gorzej wypadają mężczyźni, którzy częściej przejawiają postawę aktywnego palacza. Także analiza statystyczna potwierdza różnice w paleniu tytoniu u obu płci (szczegóły w tab. 2). Aktualnie tytoń pali 27,3% badanych osób. Nigdy nie paliło tytoniu ponad 40% osób (41,8%), 26,4% osób paliło w przeszłości, a 4,5% uznało, że pali tylko biernie.

Ponad połowa badanych kobiet (50,8%) i niemal 40% mężczyzn (38,8%) posiada w domu sfigmomanometr i potrafi się nim posługiwać. Jest to zachowanie niezależne od występującej u osoby badanej lub członka jej rodziny choroby nadciśnienia tętniczego.

Respondenci w różnym stopniu podejmują codzienną aktywność fizyczną [9]. Ponad połowa bada-

Tabela 2. Palenie tytoniu w badanej grupie**Table 2.** Prevalence of smoking in the study population

Stosunek respondentów do palenia tytoniu	Kobiety (%)	Mężczyźni (%)	Razem (%)
Aktualnie palę tytoń	19,7	36,7	27,2
Nigdy nie paliłem/-am	55,7	24,5	41,8
Nie palę, paliłem/-am w przeszłości	19,7	34,7	26,4
Nie palę czynnie, ale często biernie	4,9	4,1	4,6
Ogółem	100	100	100

Analiza statystyczna: $\chi^2 = 11,61$; $p = 0,009$

nych (ogółem 50,9%, w tym: 54,1% kobiet i 46,9% mężczyzn) udaje się na spacer oraz pracuje na działce w ogrodzie (53,6%: 49,2% kobiet i 59,2% mężczyzn). Drogę do pracy pieszo pokonuje podobna liczba kobiet i mężczyzn — około 22%. Natomiast psa na spacer wyprowadzają nieznacznie częściej mężczyźni (16,3%) niż kobiety (14,7%). Bieganie jako aktywność fizyczna jest stosowana bardzo rzadko. Tylko 6,1% mężczyzn oraz 1,6% kobiet regularnie biega. Ćwiczenia gimnastyczne regularnie wykonuje 6,6% kobiet i 10,2% mężczyzn. Mężczyźni (34,7%) częściej regularnie jeżdżą na rowerze niż kobiety (22,9%). Także mężczyźni (14,3%) częściej pływają niż kobiety (8,2%). Zbyt mała porcja codziennego wysiłku fizycznego naraża respondentów wykonujących pracę umysłową (48,2%) na wystąpienie większego ryzyka zdrowotnego. Tylko 58,5% spośród respondentów podało, że zapewnia go sobie poza pracą zawodową. Swój wolny czas badani spędzają w różny sposób. Także analiza statystyczna wykazuje istotne różnice występujące między kobietami i mężczyznami. Czas wolny badani spędzają najczęściej aktywnie na wykonywaniu dodatkowych prac w domu (58,2%, w tym 68,8% kobiet i 44,9% mężczyzn) i biernie — oglądając telewizję lub przed komputerem (56,4%, w tym: 44,3% kobiet i 71,4% mężczyzn). Dwóch z pięciu badanych swój wolny czas przeznaczają na spacer, a ponad połowa mężczyzn na majsterkowanie (53,1%). Czytaniem książki w wolnym czasie zajmuje się 59,2% kobiet oraz 24,5% mężczyzn. Respondentom bardzo często towarzyszy stres. Ponad 60% kobiet (65,6%) i niemal 60% mężczyzn (59,2%) odczuwa go często. Respondenci posiadają różne sposoby, aby zmniejszyć towarzyszący im stres. Zastosowana analiza wykazała istotne różnice statystyczne w sposobach zmniejszania stresu u kobiet i mężczyzn. Najczęściej stosowaną metodą jest tłumienie stresu w sobie. Postępuje tak 18,2% badanych. Stres tłumią w sobie znacznie częściej mężczyźni (26,7%) niż kobiety (11,1%). Kolejnym najpopularniejszym sposobem zmniejszania stresu jest rozmowa o problemie z inną osobą (17,7%). Jednak sposób ten 3-krotnie częściej wykorzy-

stują kobiety (25%) niż mężczyźni (8,9%). Popularnym sposobem jest także spacerowanie (16,2%) oraz odreagowanie stresu wysiłkiem fizycznym. Tak postępuje 16,2% respondentów. Aż 11,6% badanych, aby się zrelaksować, pali tytoń (10,2% kobiet i 13,3% mężczyzn), a 5,6% mężczyzn sięga po alkohol. Stres tłumi w sobie aż 60% mężczyzn i tylko 14% kobiet z wyższym wykształceniem. Kobiety częściej od mężczyzn sięgają po leki uspokajające.

Aż 21,8% badanych (19,7% kobiet oraz 24,5% mężczyzn) posiada następujący pogląd „nie interesuje mnie zawał serca, bo uważam że ten problem aktualnie mnie nie dotyczy”. Im młodszy wiek respondentów, tym częściej ignorują oni niebezpieczeństwo zawału serca w przyszłości. Aż 25% kobiet i 29% mężczyzn poniżej 45. roku życia nie interesuje się w chwili obecnej przyszłą kondycją własnego układu krążenia. Tak samo uważa 12% kobiet i 28% mężczyzn w wieku 45–55 lat oraz wyraźnie mniej, bo 13% kobiet i 10% mężczyzn powyżej 55. roku życia.

Wskaźnik masy ciała umożliwia ocenę zagrożenia chorobami związanymi z nieprawidłową masą ciała, czyli także IHD [10]. Niemal połowa badanych (47,3%) posiadała BMI w prawidłowej normie — częściej kobiety (57,4%) niż mężczyźni (34,7%). Nadwagę posiadała niemal 1/3 respondentów (31,8%), w tym 24,6% kobiet i 40,8% mężczyzn. Na otyłość pierwszego stopnia cierpiał niemal co 5. respondent, odpowiednio 14,7% kobiet i 22,5% mężczyzn. Jedna kobieta była obciążona otyłością 3. stopnia (jej BMI wynosiło 39,7 kg/m²). Dwoje respondentów miało BMI kwalifikujące ich do grupy osób z niedowagą.

Dyskusja

Pielęgniarka rodzinna musi różnicować swoje oddziaływanie w programach profilaktyki IHD na kobiety i mężczyzn, gdyż zarówno świadomość zdrowotna, jak i przejawiane zachowania zdrowotne w obu grupach implikują różny stopień ryzyka zdrowotnego, a brak takiego zróżnicowania może się przekładać na niską efektywność podejmowanych działań. Znajomość częstości i intensywności

ności występowania poszczególnych czynników ryzyka u kobiet i mężczyzn pomaga zaplanować program edukacji zdrowotnej oraz skuteczniej prowadzić profilaktykę. Wśród mężczyzn nałóg palenia tytoniu jest znacznie bardziej rozpowszechniony niż u kobiet, zatem powinni oni otrzymywać więcej informacji na temat szkodliwości nałogu oraz pomoc w rzuceniu palenia lub choćby w zmniejszeniu nasilenia tego nałogu.

Także mężczyźni mają znacznie mniejszą wiedzę odnośnie wskaźnika BMI. Niewiedza ta idzie niestety w parze z częstszą niż u kobiet nieprawidłową (zbyt wysoką) masą ciała. Mężczyźni częściej niż kobiety w nieprawidłowy sposób próbują zmniejszać odczucie stresu poprzez tłumienie go w sobie. Pielęgniarka powinna przekazać informację, że sposób ten jest niepoprawny, a lepiej zastąpić go rozmową z bliską osobą lub z profesjonalistą, na przykład psychologiem lub zastosować określoną technikę relaksacyjną, na przykład oddychanie, odreagowanie stresu wysiłkiem fizycznym. Natomiast kobiety rzadziej niż mężczyźni podejmują regularną aktywność fizyczną i częściej spożywają słodkie. Co czwarty mężczyzna i co piąta kobieta nie interesują się aktualnie zawałem serca, ponieważ uważają, że aktualnie ich on nie dotyczy. Niepokojący jest także fakt, że respondenci obciążeni rodzinnym czynnikiem ryzyka nie zdają sobie sprawy, jak jest on istotny.

W dużej mierze od rodziców zależy, jakie zachowania zdrowotne będą reprezentowały ich dzieci oraz pozostali członkowie rodziny mieszkający we wspólnym domu. Przeważnie kobiety przygotowują posiłki dla całej rodziny, zakupują produkty spożywcze, od nich więc w znacznym stopniu zależy, jak rodzina będzie się odżywiać. Edukacja zdrowotna dotycząca zdrowego odżywiania powinna być zatem w szczególności kierowana do kobiet. Najmłodszy członkowie rodziny przyglądają się zachowaniom rodziców, bardzo prawdopodobne jest, że w przyszłości będą je naśladować. Wychowywanie dzieci jest domeną kobiet, one uczą dzieci wielu nawyków związanych ze stylem życia, istotne jest, aby były to zachowania prozdrowotne. Dziecko, obserwując zachowania ojca, na przykład palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, nie zawsze zdaje sobie sprawę, że są to zachowania antyzdrowotne. Pielęgniarka środowiskowa powinna uświadomić mężczyźni, jak powinni postępować, jakie wzorce zachowania powinni przekazywać swoim dzieciom. Wiele zachowań, które podejmują członkowie rodziny, jest uzależnionych od „głowy” rodziny, którą często jest mężczyzna i to on daje na nie przyzwolenie. Pielęgniarka powinna zatem edukować szczególnie mężczyzn, jak ważne jest zapewnienie odpowiedniej ilości aktywności fizycznej, zdrowego stylu życia, unikania antyzdrowotnych zachowań, takich jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu. „Głowa rodziny” powinna być promotorem zdrowia, a jednocześnie przykładem dla członków swojej rodziny.

Wnioski

Stopień świadomości zdrowotnej zagrożenia IHD ma odzwierciedlenie w przejawianiu przez respondentów zachowań zdrowotnych i antyzdrowotnych. Poziom świadomości zdrowotnej osób biorących udział w badaniu jest niezadowalający; wielu z nich nie wie, czym jest IHD i nie zna czynników wywołujących. Respondenci z wysokim poziomem świadomości zdrowotnej podejmują więcej zachowań prozdrowotnych niż respondenci z niską świadomością. Stąd bardzo istotna jest rola pielęgniarki, jako promotora zdrowia, propagatora profilaktyki mającej na celu eliminację lub chociaż ograniczenie wpływu czynników ryzyka, co w konsekwencji wpłynie na zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności, zwłaszcza w młodym wieku.

Pielęgniarka środowiskowa, promując zdrowie w zakresie odżywiania, swoje działania powinna kierować głównie do kobiet. Kształtowanie nawyków w codziennym życiu u synów i córek jest dokonywane przez matkę lub ojca w zależności od rodzaju nawyku, zachowania — pielęgniarka powinna w sposób przemyślany kierować swoje działania edukacyjne do odpowiedniego rodzica, aby odnieść jak najlepszy rezultat, jednak należałoby dokładnie zbadać, za które zachowania odpowiada kobieta, a za które mężczyzna.

Piśmiennictwo

1. Cybulska B., Adamus J., Bejnarowicz J. Rekomendacje Komisji Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca. *Kardiologia Pol.* 2000; 53 (supl. I): 11–15.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 28 października 2005 r.), załącznik nr 2.
3. Piątkowski W., Puchalski K. *Zdrowie, choroba, społeczeństwo*. Wyd. Lublin UMCS 2004: 109–120.
4. Kawczyńska-Butrym Z. *Zachowania zdrowotne*. W: Widomska-Czekajka T., Górajek-Jóźwik J. (red.). *Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek*. Wyd. PZWL, Warszawa 1996: 89–121.
5. Koźmicki M. Program ABC. Podstawy prewencji choroby wieńcowej i zawału serca. *Przewod. Lek.* 2002; 5 (3): 22–29.
6. Żołnierczuk-Kieliszek D. *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem*. W: Kulik T.B. (red.), Latałski M. *Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych*. Wyd. Czelej, Lublin 2002: 89–121.
7. Gil R., Dziedziczko A. Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby. *Zdrowie Publiczne* 2004; 114 (2): 250–255.
8. Karczewski K., Grębowski R. Czynniki decydujące o zdrowiu człowieka. W: Karczewski K. (red.). *Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Wyd. Czelej, Lublin 2002; 13 (21): 250–255.
9. Taylor R.S., Brown A., Ebrahim S. i wsp. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am. J. Med.* 2004: 116.
10. Cybulska B., Szostak W.B. Miazdzyca — profilaktyka i leczenie. *Przew. Lek.* 2001; 4 (5): 39–43.