

## Krystyna Kosek<sup>1</sup>, Renata Łukasik<sup>2</sup>, Joanna Bieniek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>II Oddział Kardiologiczny Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca w Bielsku-Białej

<sup>2</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

# Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

Health promoting behaviours of patients with arterial hypertension

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Nadciśnienie tętnicze stanowi zespół chorobowy będący głównym powodem zgonów w Europie oraz jest przyczyną niepełnosprawności i wyraźnego pogorszenia jakości życia chorych. Nadciśnienie tętnicze jest chorobą, w leczeniu której szczególnie rolę odgrywają pozytywne zachowania zdrowotne.

**Cel pracy.** Głównym celem pracy było poznanie poziomu zachowań zdrowotnych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

**Materiał i metody.** Badaną grupę stanowili pacjenci hospitalizowani w 2015 roku na II Oddziale Kardiologicznym Polsko-Amerykańskich Klinic Serca w Bielsku-Białej. Badaniami objęto 117 osób chorujących na nadciśnienie tętnicze, średni wiek badanych wynosił  $66,3 \pm 10$  lat. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego.

**Wyniki.** W globalnej ocenie wskaźnik zachowań zdrowotnych dla ogółu badanych wyniósł średnio 87,53, w tym dla kobiet 88,68 oraz 86,67 dla mężczyzn. Połowa ankietowanych charakteryzowała się wysokim poziomem IZZ, przeciętny poziom reprezentowało 34,2% badanych, tylko 16,2% respondentów prezentowało niski poziom IZZ.

### Wnioski.

1. Zachowania zdrowotne u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym determinuje wiek pacjenta.
2. Badani pacjenci z nadciśnieniem tętniczym stosują się do zaleceń lekarskich dotyczących farmakoterapii.
3. Z niefarmakologicznych metod leczenia nadciśnienia tętniczego istotne znaczenie w opinii pacjentów mają zachowania profilaktyczne oraz pozytywne nastawienie psychiczne do leczenia choroby.
4. Istnieje konieczność edukacji pacjentów z nadciśnieniem tętniczym na temat niefarmakologicznych metod leczenia, zwłaszcza w sferze prawidłowych nawyków żywieniowych oraz motywowania do ich przestrzegania.

**Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (4): 471–476**

**Słowa kluczowe:** pacjent; nadciśnienie tętnicze; zdrowie

### ABSTRACT

**Introduction.** Arterial hypertension is the main cause of deaths in Europe, as well as a reason for disability and clear deterioration of the patients' quality of life. It is an illness in which positive health behaviour is particularly important.

**Aim.** The main purpose of the work was to learn the habits of people suffering of arterial hypertension.

**Material and methods.** Researched were 117 arterial hypertension patients (average age of  $66.3 \pm 10$ ), hospitalised in 2015 at the Polish-American Heart Clinics in Bielsko-Biała. The research was carried out by diagnostic opinion polling with the use of Z. Juczyński's Health Behaviour Report (IZZ).

**Results.** Health behaviour indicator for all respondents was 87.53 on the average (88.68 for women, 86.67 for men). Half of the respondents reflected a high level of IZZ, 34.2% – the average level, and 16.2% achieved a low level.

### Conclusions.

1. Health behaviour of patients suffering of arterial hypertension depends on their age.
2. The researched patients with arterial hypertension abide by the doctors' recommendations regarding pharmacologic therapy.

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Renata Łukasik, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, ul. Willowa 2, 43–300 Bielsko-Biała, tel.: 33 82 79 403, tel. kom: 607 037 674, e-mail: rlukasik@ath.bielsko.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0077

3. Non-pharmacologic methods of treatment important in the opinion of the patients include prophylactics and positive mental attitude to the illness treatment.
4. Patients should be educated in non-pharmacologic methods of treatment, particularly proper eating habits and motivation to abide by the habits.

Nursing Topics 2015; 23 (4): 471–476

**Key words:** patient; arterial hypertension; health**Wstęp**

Nadciśnienie tętnicze stanowi zespół chorobowy będący głównym powodem zgonów w Europie oraz jest przyczyną niepełnosprawności i wyraźnego pogorszenia jakości życia chorych. Według wyników badania nadciśnienia tętniczego w Polsce plus zaburzeń lipidowych i cukrzycy (NATPOL plus) z 2011 roku na nadciśnienie tętnicze w Polsce aktualnie choruje około 32% dorosłych Polaków (10,5 mln chorych, w tym 9,5 mln w wieku 18–79 lat i prawie mln osób powyżej 80 lat), 3 miliony Polaków nie zdaje sobie sprawy z tego, że ma nadciśnienie tętnicze [1]. Do powstawania nadciśnienia tętniczego (AH, *arterial hypertension*) przyczyniają się złe warunki życia, prowadzące do zachwiania równowagi psychoemocjonalnej na przykład: ciężka, wyczerpująca praca, często powtarzające się stresy psychiczne oraz lęk, nieregularny tryb życia. Ma to szczególne znaczenie w ujawnianiu się nadciśnienia u osób z obciążeniem genetycznym [2]. Z punktu widzenia klinicznego wyróżniono AH pierwotne, zwane inaczej samoistnym (stanowi ono do 95% przypadków AH) oraz AH wtórne, będące objawem w przebiegu różnych chorób, zwane też nadciśnieniem objawowym (stanowi pozostałe 5% przypadków AH) [3]. Skojarzone działanie czynników genetycznych i środowiskowych prowadzi do wzrostu CTK, co stanowi główną cechę AH pierwotnego [4]. Badanie kliniczne pacjentów z AH ma trojaki cel: ustalenie stylu ich życia i wykrycie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego lub chorób współistniejących, ujawnienie wykrywalnych przyczyn AH, wykrycie uszkodzeń narządowych i chorób sercowo-naczyniowych. Leczenie AH należy rozpocząć po wykluczeniu jego wtórnej postaci. Filary terapii hipotensyjnej to: metody niefarmakologiczne oraz farmakoterapia [5].

**Cel pracy**

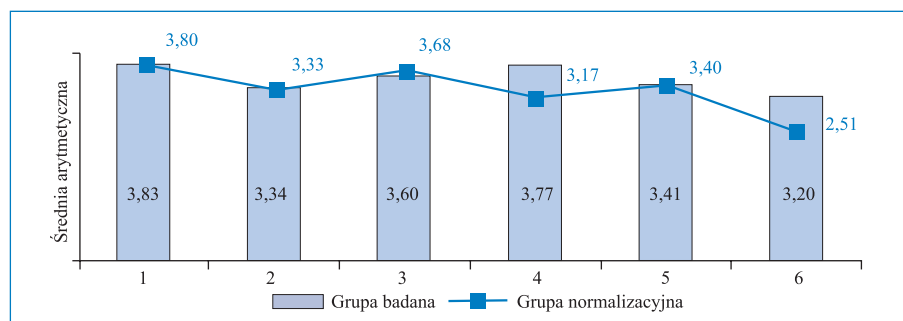
Głównym celem pracy było poznanie poziomu zachowań zdrowotnych u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Następnie analiza poziomu zachowań zdrowotnych badanych pacjentów w porównaniu z grupą normalizacyjną, z uwzględnieniem podziału na płeć oraz wiek badanych respondentów.

**Materiał i metody**

Badania wykonano na II Oddziale Kardiologicznym Polsko-Amerykańskich Klinik Serca w Bielsku-

-Białej, od stycznia do marca 2015 roku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Zarządu *American Heart of Poland*, zgodę Ordynatora Oddziału oraz zgodę każdego pacjenta indywidualnie. Badana zbiorowość statystyczna to pacjenci leczeni na oddziale kardiologii inwazyjnej z powodu przebytego zawału serca lub przewlekłej choroby niedokrwiennej serca. W kryteriach doboru grupy brano pod uwagę występowanie AH potwierdzonego klinicznie, świadomość choroby u pacjenta oraz brak zaburzeń w zakresie komunikowania się. Materiał do badań stanowiły dane uzyskane od grupy 117 osób chorujących na AH, obojga płci. Wśród respondentów większość (n = 67; 57%) stanowili mężczyźni, kobiety (n = 50; 43%) badanych. Średni wiek badanych osób wynosił  $66,3 \pm 10$  lat, przy czym średnia wieku grupy kobiet to  $66,46 \pm 10,34$  lat, a mężczyzn  $65,49 \pm 9,83$  lata. Najmłodsza z kobiet miała 35 lat, a najstarsza 87 lat. Wśród mężczyzn najmłodszy miał 39 zaś najstarszy 83 lata. Najliczniejszą grupę, 33,3% (39 osób) stanowili chorzy w przedziale wiekowym 61–70 lat. Kolejną najbardziej liczną grupą pacjentów były osoby w wieku 71–80 lat, stanowili oni 28,2% ankietowanych (33 osoby). Respondenci w wieku 51–60 lat stanowili trzecią podgrupę wiekową (23,9% z całości badanych, 28 osób). Ankietowani w wieku do 50 lat to była grupa 7,7% (9 osób). Wśród osób powyżej 81 lat było 6,8% respondentów (8 osób).

Do badania zachowań zdrowotnych pacjentów z AH wykorzystano standaryzowany kwestionariusz — Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego [6]. Badany oceniał nasilenie zachowań zdrowotnych w ciągu ostatniego roku, posługując się skalą ocen: 1 — prawie nigdy, 2 — rzadko, 3 — od czasu do czasu, 4 — często, 5 — prawie zawsze. Wartość ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych mieścił się w granicach 24–120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych przez respondentów pozytywnych zachowań zdrowotnych. Sumę uzyskanych punktów w ogólnym wskaźniku można przeliczyć na skalę stenową zaproponowaną przez autora tego narzędzia. Wyniki w granicach 1–4 stena przyjmuje się jako niskie, 5–6 stena uważa się za przeciętne, zaś 7–10 stena traktuje się jako wysokie [6]. Do gromadzenia danych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Otrzymane wyniki poddano analizie ilościowej i statystycznej. Wartość



**Rycina 1.** Średnie wyniki w domenie prawidłowych nawyków żywieniowych. 1 — jem dużo warzyw, owoców; 2 — ograniczam spożywanie takich produktów jak tłuszcze zwierzęce; 3 — dbam o prawidłowe odżywianie; 4 — unikam spożywania żywności z konserwantami; 5 — unikam soli i silnie solonej żywności; 6 — jem pieczywo pełnoziarniste

**Figure 1.** Average results as regards proper eating habits.

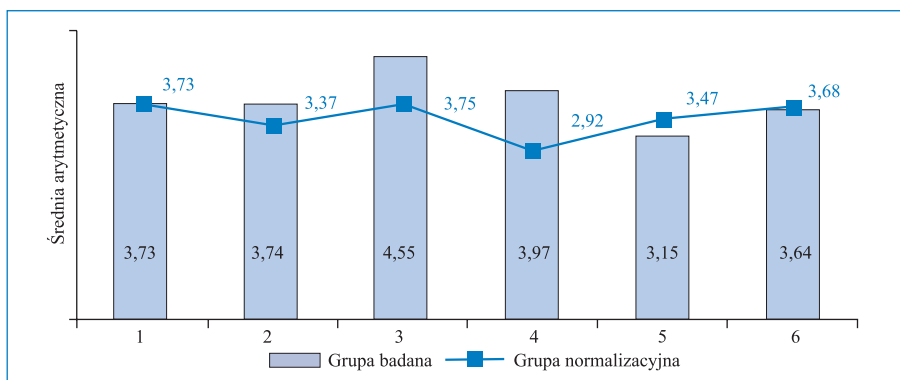
mierzalnych parametrów przedstawiono za pomocą analizy wartości średniej arytmetycznej ( $M$ ) oraz odchylenia standardowego ( $SD$ , *standard deviation*). Niemierzalne wartości zanalizowano za pomocą odsetka i liczności. W opracowaniu wypełnionych ankiet pod względem statystycznym zastosowano program STATISTICA 10.0.

## Wyniki

Globalny wynik surowy dla badanej grupy pacjentów z nadciśnieniem tętniczym (badania własne) wyniósł średnio 87,53 ( $SD = 13,64$ ) punktów. Oddzielny wynik uzyskano dla kobiet 88,68 ( $SD = 14,97$ ) oraz dla mężczyzn 86,67 ( $SD = 12,61$ ) punktów. W przeliczeniu na standaryzowaną jednostkę odpowiada to poziomowi 6 stena i interpretowane jest jako wynik przeciętny w zakresie zachowań zdrowotnych. Średnie wyniki w grupie kontrolnej (badania Juczyńskiego) to: suma 81,82%, kobiety 84,03%, mężczyźni 78,50%. Grupa normalizacyjna uzyskała poziom 5 stena. W analizie szczegółowej wyników badań własnych prawie połowa ankietowanych — 49,6% (58 osób), charakteryzowała się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych, przeciętny poziom reprezentowało 34,2% badanych (40 osób). Tylko 16,2% respondentów (19 osób) uzyskało niski poziom zachowań prozdrowotnych. Analizując poszczególne kategorie IZZ, zauważono, że przez respondentów najwyżej ocenione zostały zachowania profilaktyczne ( $M = 3,80$ ;  $SD = 0,72$ ), następnie pozytywne nastawienie psychiczne ( $M = 3,71$ ;  $SD = 0,67$ ) i praktyki zdrowotne ( $M = 3,56$ ;  $SD = 0,73$ ). Najślabiej ankietowani ocenili prawidłowe nawyki żywieniowe ( $M = 3,52$ ;  $SD = 0,76$ ).

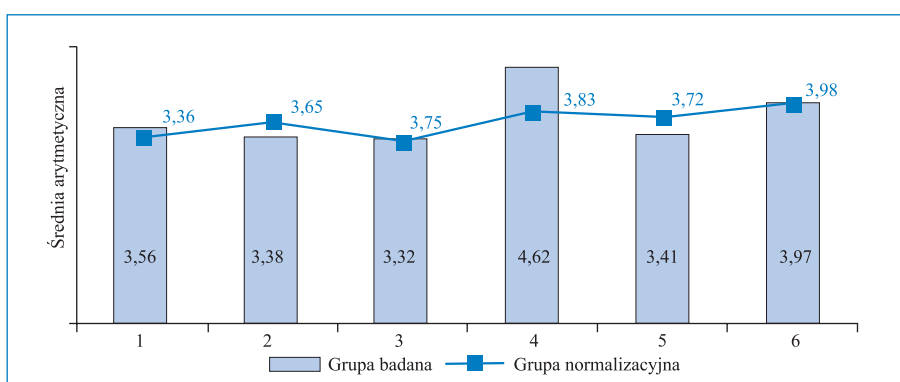
W badaniach własnych stwierdzono, że pacjenci z AH znacznie częściej spożywali pieczywo pełnoziarniste ( $M = 3,20$ ) niż respondenci z grupy normalizacyjnej ( $M = 2,51$ ); większą wagę przywiązywali do

unikania produktów z konserwantami ( $M = 3,77$ ) w stosunku do grupy kontrolnej ( $M = 3,17$ ). Otrzymano bardzo zbliżone wyniki dla obu grup w zakresie spożywania owoców i warzyw, ograniczania soli, cukru i tłuszczów zwierzęcych (ryc. 1). W badaniach własnych zaobserwowano wyższe wartości dotyczące przestrzegania zarówno zaleceń lekarskich ( $M = 4,55$ ), jak i regularnego zgłaszania się na badania ( $M = 3,97$ ) versus grupa kontrolna. Respondenci w podobnym zakresie jak grupa normalizacyjna uzyskują informacje medyczne, rozumieją przyczyny zdrowia i choroby oraz unikają przeziębień. W małym stopniu ( $M = 3,15$ ) ankietowani starają się dowiedzieć jak inni unikają chorób (ryc. 2). Grupa badana osiągnęła niższe wartości w zakresie unikania sytuacji wpływających przynębiająco ( $M = 3,38$ ) oraz unikania gniewu, lęku, depresji ( $M = 3,41$ ) w porównaniu z grupą normalizacyjną. Obie grupy w podobnym zakresie preferują pozytywne myślenie oraz starają się unikać silnych stresów i napięć (ryc. 3). Zdecydowana większość ankietowanych ogranicza palenie tytoniu ( $M = 4,27$  vs.  $M = 3,72$ ). Ankietowani dbają o swój wypoczynek ( $M = 3,38$  vs.  $M = 3,02$ ) oraz wystarczającą ilość snu ( $M = 3,71$  vs.  $M = 3,51$ ). Kontrolują swoją masę ciała ( $M = 3,55$  vs.  $M = 3,18$ ), unikają nadmiernego wysiłku fizycznego ( $M = 3,33$  vs.  $M = 2,9$ ) oraz unikają przepracowania ( $M = 3,31$  vs.  $M = 2,83$ ) (ryc. 4). Można zauważyć mocną tendencję wzrostową zachowań zdrowotnych wraz z wiekiem badanych. Niskie natężenie IZZ dotyczy pacjentów z AH do 50. roku życia. Średnie poziomy IZZ można zaobserwować u respondentów w przedziale wiekowym 51–80 lat. Wysoki poziom zachowań prozdrowotnych reprezentują ankietowani mający wiek powyżej 81 lat. Wśród respondentów najstarszych wiekiem najwyżej ocenione zostały pozytywne nastawienie psychiczne ( $M = 4,15$ ) oraz praktyki zdrowotne ( $M = 4,15$ ). Następnie zachowania profilaktyczne ( $M = 4,12$ ),



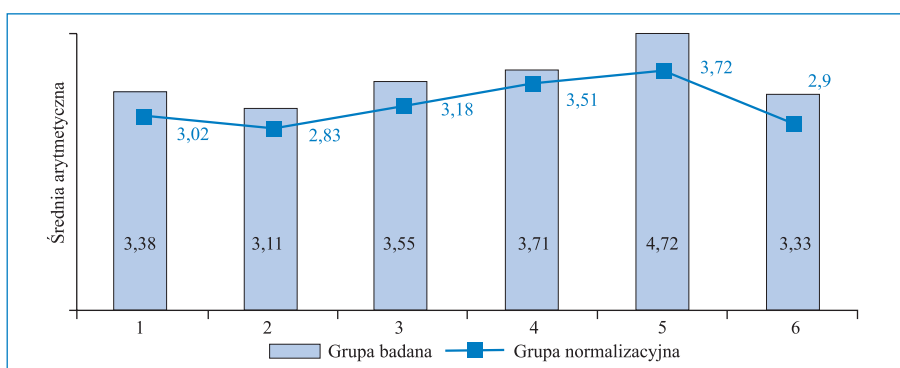
**Rycina 2.** Średnie wyniki w domenie zachowań profilaktycznych. 1 — unikam przeziębień; 2 — mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia; 3 — przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań; 4 — regularnie zgłaszam się na badania lekarskie; 5 — staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób; 6 — staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby

**Figure 2.** Average results as regards prophylactic behaviour



**Rycina 3.** Średnie wyniki w domenie pozytywne nastawienie psychiczne. 1 — poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem; 2 — unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco; 3 — staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć; 4 — mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne; 5 — unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja; 6 — myślę pozytywnie

**Figure 3.** Average results as regards positive mental attitude



**Rycina 4.** Średnie wyniki w domenie praktyki zdrowotne. 1 — wystarczająco dużo odpoczywam; 2 — unikam przepracowania; 3 — kontroluję swoją masę ciała 4 — wystarczająco dużo śpię; 5 — ograniczam palenie tytoniu; 6 — unikam nadmiernego wysiłku fizycznego

**Figure 4.** Average results as regards health habits

a na końcu znalazły się prawidłowe nawyki żywieniowe ( $M = 3,69$ ). Inaczej wyniki rozkładają się w grupie osób najmłodszych wiekiem, gdzie kategoria zachowań profilaktycznych ma największą średnią ( $M = 3,48$ ), a prawidłowe nawyki żywieniowe oraz praktyki zdrowotne najniższą (w obu  $M = 3,06$ ) w zakresie zachowań zdrowotnych.

## Dyskusja

Badani pacjenci z AH generalnie prezentują zachowania zdrowotne na poziomie wysokim i przeciętnym. Uzyskane w toku badań własnych rezultaty korelują z wynikami badań przeprowadzonymi wśród pacjentów z AH w 2014 roku w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie. W badaniach wykorzystano IZZ, przebadano 101 dorosłych w różnym wieku, chorujących na nadciśnienie tętnicze [7]. Z przeprowadzonych badań w Lublinie wynika, że wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych prezentuje 47,5% ankietowanych, przeciętne 33,7% badanych, natomiast niskie nasilenie cechuje 18% chorych z AH. W badaniach prowadzonych za pomocą IZZ wśród pacjentów z rozpoznaniem AH hospitalizowanych na Oddziale Chorób Wewnętrznych w 2007 roku, w szpitalu w Nakle uzyskano wyniki wskazujące na przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych [8]. Przebadano tam 77 osób, średnia wieku wyniosła 59 lat i uzyskano średni wynik IZZ 83,14 punkty ( $SD = 15,32$ ). Jest on niższy od wyników uzyskanych w badaniu własnym, gdzie ogólny wskaźnik IZZ wyniósł 87,53 punktów ( $SD = 13,64$ ), odpowiada to poziomowi przeciętnemu zachowań zdrowotnych (5–6 stena). Podobnie niższe wyniki wskaźnika zachowań zdrowotnych stwierdzono w badaniach przeprowadzonych z wykorzystaniem IZZ w 2011 roku przez Kurowską i Ratajczyk [9]. Przebadaly one 100 pacjentów z rozpoznaniem AH hospitalizowanych na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Słupcy. Tamtejsza grupa uzyskała ogólny wynik punktowy 79,62 punkty ( $SD = 12,20$ ) i prezentuje przeciętny poziom zachowań zdrowotnych. W przypadku badań własnych należy zauważyć, że jest to największa różnica między badanymi na korzyść badanych w Bielsku-Białej (gdzie IZZ wynosi 87,53 pkt.).

Grupę badanych respondentów z AH porównano z innymi grupami chorych badanych kwestionariuszem IZZ (badania diabetyków i kobiet w ciąży powikłanej oraz mężczyzn po zawale serca i pacjentów dializowanych). Dokonano analizy zachowań zdrowotnych tych grup w zestawieniu do opublikowanych przez Juczyńskiego średnich wyników [6]. Analizując dane, można zauważyć, że wyższe wyniki zachowań zdrowotnych od wyników badań własnych uzyskały tylko osoby chore na cukrzycę oraz kobiety w ciąży powikłanej. Diabetycy osiągnęli najwyższy średni

wynik w IZZ (ogólny wskaźnik  $M = 92,44$ ), następnie kobiety w ciąży powikłanej (ogólny wskaźnik  $M = 90,18$ ). Uczestnicy badań własnych, określając poziom swoich zachowań prozdrowotnych znaleźli się w grupie ze zbliżonymi wartościami IZZ (ogólny wskaźnik  $M = 87,53$ ).

Podjęcie zachowań zdrowotnych determinowane jest przez wiele czynników, takich jak: stan zdrowia, choroba, wiek, płeć, wykształcenie, status materialny, a nawet źródło utrzymania. W badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi u osób starszych, prowadzonymi w powiecie sanockim przebadano 88 słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku [10]. Wśród badanych w wieku 60.–81. roku życia 53,4% chorowało na AH, analiza IZZ wykazała średni wskaźnik zachowań zdrowotnych na poziomie przeciętnym, uzyskując wynik ogólny 88,39 punktów. Średnia wieku badanych powiatu sanockiego to 65 lat, a badanych w Bielsku-Białej 66 lat; uzyskane wyniki w obu badaniach są bardzo zbliżone z minimalną przewagą w grupie seniorów (88,39 pkt. vs. 87,53 pkt. w badaniach własnych). Potwierdza to tezę, że właściwe zachowania zdrowotne częściej przejawiają emeryci i renciści niż osoby młode i pracujące [11]. Badania przeprowadzone przez Basińską i Andruszkiewicz pokazały, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a zażywaniem leków w grupie chorych z AH [12]. Im bardziej pacjenci z AH dbają o prawidłowe zachowania zdrowotne, tym rzadziej zdarza się im nie zażywać zaleconych leków. W wynikach badań własnych u respondentów zaobserwowano wysokie wartości dotyczące przestrzegania zaleceń lekarskich ( $M = 4,55$ , gdzie maksymalnie można było uzyskać  $M = 5,0$ ) oraz regularnego zgłaszania się na badania lekarskie ( $M = 3,97$ ). Dla pacjentów przestrzeganie zaleceń lekarskich jest związane raczej z zażywaniem leków, a już niekoniecznie z zaleceniami dotyczącymi odpowiedniej diety [13]. Raport Centrum Badania Opinii Społecznej z 2012 roku wskazuje, że najczęściej (50% wskazań) badanych uznaje zdrowe odżywianie, jako sposób poprawy zdrowia, następnie regularne wizyty u lekarza (34% wskazań) oraz unikanie sytuacji nerwowych i stresowych (29% wskazań). Bronkowska i wsp. w prowadzonych badaniach na temat wiedzy żywieniowej u chorych z AH udowodniła, że wiedzę żywieniową pacjentów z AH można uznać za zadowalającą, niestety znajomość zasad żywienia nie przekłada się na prawidłowe zachowania żywieniowe [14, 15].

## Wnioski

1. Zachowania zdrowotne u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym determinuje wiek pacjenta.
2. Badani pacjenci z nadciśnieniem tętniczym stosują



się do zaleceń lekarskich dotyczących farmakoterapii.

3. Z niefarmakologicznych metod leczenia nadciśnienia tętniczego istotne znaczenie w opinii pacjentów mają zachowania profilaktyczne oraz pozytywne nastawienie psychiczne do leczenia choroby.
4. Istnieje konieczność edukacji pacjentów z nadciśnieniem tętniczym na temat niefarmakologicznych metod leczenia zwłaszcza w sferze prawidłowych nawyków żywieniowych oraz motywowania do ich przestrzegania.

### Piśmiennictwo

1. Suligowska K., Gajewska M., Stokwizewski J. Niedostateczna wiedza Polaków na temat kryteriów nadciśnienia tętniczego i jego powikłań — wyniki badania NATPOL 2011. *Nadciśnienie Tętnicze* 2014; 18 (1): 9–18.
2. Januszewicz A., Prejbisz A. Nadciśnienie tętnicze. W: Szczeklik A., Gajewski P. (red.). *Interna Szczeklika Podręcznik chorób wewnętrznych*. Wyd. 6. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014: 411–423.
3. Gaciong Z., Symonides B., Góra J., Placha G. Czy znamy patogenezę nadciśnienia tętniczego? *Przewodnik Lekarza* 2008; 6: 10–13.
4. Januszewicz A., Sieradzki J., Więcek A. (red.). *Nadciśnienie tętnicze i diabetologia w pytaniach i odpowiedziach*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2009.
5. Wożakowska-Kapłon B., Salwa P., Siebert J. Nowe europejskie wytyczne dotyczące postępowania u chorego z nadciśnieniem tętniczym — czy istotnie zmieniają postępowanie lekarza praktyka? *Folia Cardiologica* 2014; 9 (1): 33–53.
6. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. 2. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. Warszawa 2009: 110–116.
7. Krzyżanowska E., Zezula-Tudruj A., Baczevska B., Kropornicka B., Łuczyk R., Daniluk J. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Journal of Health Sciences* 2014; 4 (11): 79–94.
8. Kurowska K., Leis I., Ponczek D., Głowacka M. Poczucie koherencji i zachowania zdrowotne u osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. W: Janowski K., Grzesiuk K. (red.). *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne*. Tom 3. Centrum Psychoedukacji i Pomocy Psychologicznej, Lublin 2009: 62–70.
9. Kurowska K., Ratajczyk M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze* 2012; 16 (6): 345–352.
10. Smoleń E., Gazdowicz L., Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2011; 3 (36): 5–9.
11. Ponczek D., Koziczyńska J., Głowacka M., Kurowska K. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym krwi. W: Janowski K., Grzesiuk K. (red.). *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne*. Tom 3. Centrum Psychoedukacji i Pomocy Psychologicznej, Lublin 2009: 50–61.
12. Basińska M.A., Andruszkiewicz A. Poglądy na farmakoterapię a tendencja do podejmowania zachowań zdrowotnych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze* 2013; 17 (4): 332–342.
13. Grabowska H., Grabowski W., Grzegorzczak M., Flis A., Gaworska-Krzemińska A., Narkiewicz K. Wpływ diety na ryzyko rozwoju pierwotnego nadciśnienia tętniczego. Zalecenia dietetyczne stosowane w prewencji nadciśnienia tętniczego. *Probl. Piel.* 2011; 19 (4): 538–5444.
14. Raport Centrum Badania Opinii Społecznej. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. Raport CBOS — komunikat z badań. Warszawa, sierpień 2012 (oprac. R. Boguszewski). <http://www.cbos.pl>; data pobrania: 31.04.2015.
15. Bronkowska M., Martynowicz H., Żmich K., Szuba A., Biernat J. Wybrane elementy stylu życia oraz wiedza żywieniowa otyłych osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze* 2009; 13 (4): 266–274.