



Laura Piejko, Zbigniew Nowak,  
Agnieszka Nawrat-Szołtyś, Dorota Kopeć  
AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO IM. JERZEGO KUKUCZKI W KATOWICACH

## WYBRANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE A JAKOŚĆ DIETY PACJENTÓW Z ROZPOZNANĄ CHOROBA NIEDOKRWIENNĄ SERCA I PO PRZEBYTYM ZAWALE SERCA

**Cel badań.** Prawidłowe zachowania zdrowotne pacjentów mają charakter profilaktyczny i istotnie wspomagają leczenie chorób XXI w., w tym chorób układu krążenia. Celem badań było wyjaśnienie zależności między wybranymi zachowaniami zdrowotnymi a sposobem żywienia pacjentów z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca i po zawale serca. **Materiał i metody.** Anonimowe badanie ankietowe zostało przeprowadzone wśród 62 wybranych losowo pacjentów korzystających z kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej w Górnośląskim Centrum Medycyny i Rehabilitacji AMED w Katowicach. Badani wypełniali: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) i Listę Kryteriów Zdrowia (LKZ) Zygryda Juczyńskiego oraz kwestionariusz QEB (Questionnaire of Eating Behaviour) opracowany przez Zespół Behawioralnych Uwarunkowań Żywienia Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka PAN. Do opracowania statystycznego wyników wyznaczono podstawowe statystyki opisowe oraz test U Manna–Whitneya i współczynnik korelacji rang Spearmana. **Wyniki.** Respondentów cechowało instrumentalne postrzeganie zdrowia oraz chęć podejmowania aktywności prozdrowotnych. Odnotowano istotne różnice między badanymi w częstości spożywanej żywności o niekorzystnym wpływie na zdrowie oraz popełniane błędy żywieniowe. **Wnioski.** Pacjenci chętnie podejmowali aktywność o charakterze prozdrowotnym oraz stanowili grupę o podobnym sposobie żywienia, jednak popełniającą różne błędy dietetyczne.

**Słowa kluczowe:** styl życia, choroby serca, profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych

### WPROWADZENIE

Zachowania zdrowotne odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia oraz wpływają na długość i jakość życia człowieka (Hollis i Henry, 2007; Jurczak, Baryłski i Irzmański, 2011; Krajewska-Pędzik, Ratajczak i Stępień-Słodkowska, 2014; Stawarska, Tokarz i Kolczewska, 2008, 2009; Suliga, 2010). Definiuje się je jako ogół reakcji na wszelkie sytuacje związane ze zdrowiem, takie jak nawyki oraz czynności celowe. Każdy człowiek nieustannie dokonuje wyborów różnego typu zachowań mających korzystny lub niekorzystny wpływ na zdrowie. Jak podaje Prusik (2011), u podstaw prozdrowotnego stylu życia leży systematyczna aktywność fizyczna, racjonalne nawyki żywieniowe oraz unikanie czynników szkodzących zdrowiu, takich jak nałogi (nikotynizm, alkoholizm, zażywanie środków psychoaktywnych), nadmiar czynników stresowych i obciążeń psychicznych.

Częstość występowania chorób sercowo-naczyniowych wzrasta z wiekiem. Związane jest to m.in. z kumulacją negatywnych następstw nieprawidłowych nawyków zdrowotnych oraz znacznym ograniczeniem aktywności fizycznej (Dłużniewska, Pakulska i Budaj, 2003; Kałka, Sobieszczęńska i Marciniak, 2007). Realizowany w Polsce model żywienia osób dorosłych, oparty jest często na nadmiernej konsumpcji żywności, nierzadko wysoko przetworzonej i/lub charakteryzującej się niewłaściwym zbilansowaniem składników odżywczych. Przyczynia się to do wzrostu zachorowalności na przewlekłe choroby niezakaźne (jakimi są m.in. choroby serca) oraz wpływa na skrócenie długości i obniżenie jakości życia (Friedrich i Goluch-Koniuszy, 2014; Kozirok, Baumgart i Babicz-Zielinska, 2012). Problem jakości żywienia jest o tyle istotny, że zachowania żywieniowe to jedne z najtrudniej poddających się zmianom, ponieważ na skutek wysokiej powtarzalności następuje ich

utrwalenie i głębokie zakorzenienie (Słowińska i Wądołowska, 2008).

Na świecie choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią przyczynę 30% wszystkich zgonów rocznie i są jednym z głównych powodów umieralności w krajach rozwiniętych (Plewka, Kluszczyńska i Plewka, 2004). W Polsce są najczęstszą przyczynę zgonów, hospitalizacji i trwałej niezdolności do pracy (Kubica, Sinkiewicz, Szymański i Bogdan, 2006). Prawidłowe zachowania zdrowotne pacjentów obniża ryzyko zachorowalności (profilaktyka) i w sposób istotny wspomagają leczenie chorób XXI w., w tym chorób układu krążenia (Paduch i Burda, 2013).

## CEL BADAŃ

Celem badań jest wyjaśnienie zależności między wybranymi zachowaniami zdrowotnymi a sposobem żywienia pacjentów z rozpoznąną chorobą niedokrwienną serca i po zawale serca leczonych metodą przezskórnej angioplastyki wieńcowej.

## MATERIAŁ I METODY

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety. Anonimowe badanie z wykorzystaniem kwestionariuszy: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) i Listę Kryteriów Zdrowia (LKZ) Zygryda Juczyńskiego oraz QEB (Questionnaire of Eating Behaviour) opracowany przez Zespół Behawioralnych Uwarunkowań Żywienia Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka PAN przeprowadzono wśród 62 pacjentów wybranych losowo (spośród wszystkich modeli rehabilitacji kardiologicznej) w Górnośląskim Centrum Medycyny i Rehabilitacji AMED w Katowicach. Każdego pacjenta poinformowano o celu i przebiegu procedury badawczej oraz o potencjalnym wykorzystaniu uzyskanych wyników. Dodatkowo zgoda na udział w badaniach została potwierdzona pisemnie. Każdy ankietowany mógł zrezygnować w dowolnym momencie oraz został szczegółowo poinstruowany, jak należy wypełnić kwestionariusze. Miał również możliwość konsultowania się z ankiete-

rem w trakcie ich wypełniania w celu zrozumienia pytań.

Kryteriami włączenia do badań były: rozpoznana choroba niedokrwienną serca i przebyty zawał serca, zgoda na udział w badaniu, wiek powyżej 40 lat, brak zaburzeń psychicznych lub innych uwarunkowań zdrowotnych uniemożliwiających świadome i samodzielne wypełnianie ankiet oraz sprawność funkcjonalna i niezależność motoryczna warunkująca samodzielność poruszania się i samoobsługi. Do badania nie kwalifikowano osób, które oprócz powyższych nie spełniały takich kryteriów zdrowotnych, jak niestabilny przebieg choroby wieńcowej, zaburzenia rytmu i przewodnictwa serca, powikłany przebieg zawału mięśnia sercowego, stan uniemożliwiający samodzielne poruszanie się i samoobsługę (w tym stosowanie pomocy ortopedycznych w celach lokomocji, tak jak kule, laski, balkonik itp.).

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych służy do oceny zachowań sprzyjających zdrowiu, a także stopnia nasilenia prawidłowych nawyków i praktyk zdrowotnych. Zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego typu zachowania z tym związane. Badany ma za zadanie ocenić stopień nasilenia danych zachowań zdrowotnych w skali od 1 („prawie nigdy”) do 5 („prawie zawsze”). Po zsumowaniu danych dotyczących częstotliwości poszczególnych zachowań ustala się ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech ich kategorii, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Prawidłowe nawyki żywieniowe odnoszą się głównie do rodzaju spożywanej żywności, zachowania profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych i uzyskiwania informacji o zdrowiu i chorobie, praktyki zdrowotne obejmują nawyki związane z aktywnością fizyczną, a pozytywne nastawienia psychiczne odnoszą się do unikania zbyt silnych emocji i stresu. Wartość ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych mieści się w granicach od 24 do 120 pkt. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie określonych zachowań zdrowotnych jednostki (Kaczyńska-Witkowska, Kopeć i Nowak, 2013; Kozieł, Kaczmarczyk, Naszydłowska i Gałuszka,

2008; Kurowska i Białasik, 2009; Smoleń, Gazdowicz i Żyłka-Reut, 2011; Palacz, 2014).

Lista Kryteriów Zdrowia służy do analizy preferencji w definiowaniu zdrowia. Kwestionariusz zawiera 24 określenia dotyczące zdrowia rozpatrywanego w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym. Każde stwierdzenie przypisane jest do jednej z pięciu kategorii: (1) zdrowie jako cel, (2) zdrowie jako proces, (3) zdrowie jako stan, (4) zdrowie jako właściwość i (5) zdrowie jako wynik (Nowicki i Ślusarska, 2011; Zdziebło, Michalska, Krawczyńska i Czerwiak, 2009). Ankietowany określa w skali od 1 do 5 (1 – małe znaczenie, 5 – bardzo duże znaczenie), które stwierdzenie jest w jego odczuciu najważniejsze w ocenie zdrowia.

Questionnaire of Eating Behaviour wykorzystuje się do badania zachowań żywieniowych i opinii na temat żywności i żywienia. Narzędzie to pozwala na zebranie informacji o częstotliwości spożycia pożywienia z zakresu sklasyfikowanych 16 grup żywności, takich jak: pieczywo razowe, mleko, fermentowane napoje mleczne, sery twarogowe, przetwory i potrawy z ryb, potrawy z nasion roślin strączkowych, owoce, warzywa, żywność typu fast food, potrawy smażone, sery żółte, słodkie, wyroby cukiernicze, konserwy różnego typu, słodzone napoje gazowane, napoje energetyzujące i wyroby alkoholowe. Respondenci dokonują wyboru jednej z sześciu kategorii częstotliwości spożycia, opisanych w 6-stopniowej skali: „nigdy”, „3 razy w miesiącu”, „raz w tygodniu”, „kilka razy w tygodniu”, „raz dziennie”, „kilka razy w ciągu dnia”, które następnie przeliczane zostają na częstość dzienną (krotność/dzień). Potem utworzone zostają dwa indeksy jakości diety, do których zaliczanych jest po 8 grup żywności o odpowiednio korzystnym lub niekorzystnym wpływie na zdrowie (Hawrysz i wsp., 2015; Wądołowska i Krusińska, 2014; Zaborowicz i wsp., 2016). Są to: Indeks Prozdrowotnej Diety (pHDI-8) zawierający warzywa, owoce, pieczywo razowe i graham, mleko (w tym mleko z dodatkami smakowymi, np. napój mleczny bananowy), mleczne napoje fermentowane (jogurty, kefir itp.), sery twarogowe (w tym homogenizowane), przetwory i potrawy z ryb, rośliny strączkowe i potrawy z nasion roślin strączkowych oraz Indeks

Niezdrowej Diety (nHDI-8) obejmujący słodkie i wyroby cukiernicze, potrawy smażone, alkohol i napoje alkoholowe, słodzone napoje gazowane, konserwy mięsne, rybne i warzywno-mięsne, zupy w proszku i gotowe zupy zagęszczane, żywność typu fast food i napoje energetyzujące.

Zbadano 17 kobiet i 45 mężczyzn w wieku średnio  $65,0 \pm 9,7$  lat. Wszyscy chorzy byli hospitalizowani z powodu choroby niedokrwiennej serca i/lub zawału serca, a następnie leczeni metodą przeszłokroczą angioplastyki wieńcowej, skutkującej pełnym otwarciem tętnicy odpowiedzialnej za zawał, i poddani kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

Do opracowania statystycznego wyników wyznaczono podstawowe statystyki opisowe, tj. średnią arytmetyczną ( $\bar{x}$ ), odchylenie standardowe (SD), medianę (Me) wartość minimalną (min.) i maksymalną (max) oraz wykorzystano nieparametryczny test U Manna-Whitneya dla zmiennych niezależnych i nieparametryczny współczynnik korelacji rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności statystycznej  $\alpha=0,05$ . Do obliczeń statystycznych zastosowano program Statistica 12.0 (StatSoft PL).

## WYNIKI

Uszeregowanie stwierdzeń dotyczących zdrowia (LKZ) według ich średnich rang przedstawiono w tabeli 1, a średnie wartości analizowanych zachowań zdrowotnych (IZZ) w tabeli 2. Znamienności statystycznej nie zaobserwowano. W celu ułatwienia sposobu interpretacji indeksów kwestionariusza QEB przeliczono sumaryczną częstość spożycia i wyrażono ją w skali 0–100. Zaobserwowano znamienność statystyczną, którą oznaczono pogrubioną ccionką. Wyniki przedstawiono w tabeli 3. Następnie dokonano analizy korelacji pomiędzy wartościami ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) a wskaźnikami jakości diety respondentów (QEB). Znamienności statystycznej nie zaobserwowano. Wyniki przedstawiono w tabeli 4 i 5.

Tab. 1. Lista Kryteriów Zdrowia – uszeregowanie stwierdzeń dotyczących zdrowia badanych pacjentów według ich średnich rang

Numer stwierdzenia	Treść stwierdzenia	Definicja zdrowia	Średnia ranga
20	mieć sprawne wszystkie części ciała	właściwość	1,571
1	dożyć późnej starości	cel	1,309
14	nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	właściwość	1,238
5	należycie się odżywiać	wynik	1,119
6	dbać o wypoczynek, sen	wynik	1,119
4	umieć rozwiązywać swoje problemy	proces	0,833
3	potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	proces	0,761
10	jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	właściwość	0,761
2	czuć się szczęśliwym przez większość czasu	stan	0,714
16	umieć przystosować się do zmian w życiu	proces	0,714
23	czuć się dobrze	stan	0,690
9	mieć odpowiednią wagę ciała	wynik	0,642
8	nie palić tytoniu	wynik	0,619
17	umieć cieszyć się życiem	stan	0,500
7	pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	wynik	0,476
12	nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	właściwość	0,452
21	akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	cel	0,428
19	potrafić panować nad swoimi uczuciami, popędami	proces	0,357
22	mieć pracę, różnorodne zainteresowania	wynik	0,238
15	mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	właściwość	0,214
24	prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	właściwość	0,190
13	potrafić pracować bez napięcia i stresu	proces	0,095
18	być odpowiedzialnym	cel	0,023
11	mieć dobry nastrój	właściwość	0,000

Tab. 2. Średnie wartości analizowanych zachowań zdrowotnych badanych pacjentów (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych)

Zmienna	( $\bar{x}$ ) $\pm$ SD	Min.–Max	p
Zachowania zdrowotne ogółem	88,92 $\pm$ 14,84	40–108	0,626
Prawidłowe nawyki żywieniowe	21,83 $\pm$ 4,33	10–30	0,473
Zachowania profilaktyczne	23,00 $\pm$ 4,34	13–29	0,928
Pozytywne nastawienie psychiczne	22,47 $\pm$ 4,18	10–28	0,572
Praktyki zdrowotne	21,61 $\pm$ 4,69	7–30	0,223

Tab. 3. Wskaźniki jakości diety respondentów w zależności od ich płci

Wskaźnik jakości diety ( $\bar{x}$ ) $\pm$ SD [pkt]	Kobiety	Mężczyźni	p
Indeks Prozdrowotnej Diety	66,4 $\pm$ 8,3	63,4 $\pm$ 8,2	0,228448
Indeks Niezdrowej Diety	38,3 $\pm$ 6,5	43,9 $\pm$ 7,0	0,016579

Natężenie cech: małe: 0–33 pkt, umiarkowane: 34–66 pkt, duże: 67–100 pkt.

Tab. 4. Korelacja pomiędzy wartościami ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych a indeksem prozdrowotnej diety w badanych grupach

Badana grupa	Wartość poziomu p	R Spearmana
Całość	0,183	0,209

R Spearmana – współczynnik korelacji rang Spearmana

Tab. 5. Korelacja pomiędzy wartościami ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych a indeksem niezdrowej diety w badanych grupach

Badana grupa	Wartość poziomu p	R Spearmana
Całość	0,927	-0,014

R Spearmana – współczynnik korelacji rang Spearmana

## DYSKUSJA

Odpowiednie działania profilaktyczne i znajomość postępowania spowalniającego postęp chorób sercowo-naczyniowych jest konieczna, aby możliwe było jak najdłuższe zachowanie sprawności funkcjonalnej pacjentów i utrzymanie na wysokim poziomie ich satysfakcji życiowej. Jednym z najistotniejszych elementów tych działań jest konsekwentne przestrzeganie prozdrowotnego stylu życia chorych.

Pacjenci z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca i po przebytych zawałach serca traktują zdrowie głównie jako fizyczną właściwość (mieć sprawne wszystkie części ciała, nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność) i cel (dożyć późnej starości) (tab. 1). Podobne wyniki uzyskali Kochaniuk, Adamczyk i Kruk (2005), którzy zauważyli, że dla osób chorych bardzo ważne jest, aby mieć sprawne ciało i nie odczuwać dolegliwości fizycznych. Ankietowani nie przywiązywali większej wagi do jakiegoś konkretnego czynnika zachowań zdrowotnych, a stopień nasilenia poszczególnych tych zachowań był u wielu z nich do siebie zbliżony. Średni wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych wyniósł 88,92 pkt (przy wartości maksymalnej 120 pkt) i nie był zależny od

płci respondentów (tab. 2). Nie udało się wykazać również istotnej zależności między ogólnym nasileniem zachowań zdrowotnych (IZZ) a indeksem prozdrowotnej i niezdrowej diety w badanych grupach (tab. 4 i 5). Można więc wnioskować, że poszczególne rodzaje zachowań zdrowotnych są dla pacjentów podobnie istotne i może to świadczyć o ich wiedzy na temat roli wszystkich tych czynników, z których każdy jest ważny w równym stopniu (Kochaniuk i wsp., 2005; Kaczyńska-Witkowska i wsp., 2013). Wśród badanych zaobserwowano chęć podejmowania aktywności prozdrowotnej, jednakże powinni oni byli intensyfikować swoje działania, aby wykorzystać w pełni swoje możliwości i uzyskać jak największe korzyści we wszystkich sferach zdrowia.

Rozpoznanie zawału mięśnia sercowego i choroby niedokrwiennej serca wiąże się z występowaniem wielu powiązanych ze sobą czynników ryzyka. Do najważniejszych należą: nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, otyłość, zaniechanie aktywności fizycznej, palenie papierosów i niewłaściwy sposób odżywiania się (Mędreła-Kuder, 2009). Znaczna część wymienionych czynników jest efektem niewłaściwej diety i niezdrowego trybu życia, a czynniki te są w dużej mierze modyfikowalne. W badaniu Schuler i wsp. (1992) wolniejsza progresja choroby wieńcowej wiązała się ze zmianą tylko dwóch czynników ryzyka w okresie 12 miesięcy. Było to wprowadzenie ćwiczeń fizycznych oraz zmiana sposobu żywienia w postaci zastosowania diety niskotłuszczowej i niskocholesterolowej. W badaniach prezentowanych w niniejszym artykule stwierdzono wysoką wartość Indeksu Prozdrowotnej Diety (pHDI-8) oraz umiarkowaną wartość Indeksu Niezdrowej Diety (nHDI-8), przy czym ta druga istotnie różniła badanych (tab. 3). Wysoka wartość pHDI-8 świadczy może o tym, iż pacjenci stanowią grupę o podobnym sposobie żywienia, jednak popełniającą różne błędy dietetyczne, a program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (w tym zajęcia z zakresu profilaktyki zdrowia i edukacji żywieniowej) wpłynął na ich przestrzeganie zachowań zdrowotnych, szczególnie w wypadku kobiet. Należy mieć na uwadze, że badanie przeprowadzono stosunkowo



szybko po ostatnim incydencie sercowo-naczyniowym badanych, co mogło mieć wpływ na uzyskane rezultaty.

Jak podaje Zysnarska i wsp. (2014), samo pojawienie się choroby stawia w sytuacji trudnej, zagrażającej życiu (jaką jest zawał serca) i wpływa na deklarowanie przez dotknięte chorobą osoby zmian i zachowań związanych ze stylem życia, często wręcz je wymusza (trwale bądź okresowo). Co więcej, większość ankietowanych (opisanych we wspomnianym artykule) była przekonana, że odżywia się prawidłowo. Według Raportu CBOS (2014) aż 8 na 10 dorosłych (81%) twierdziło, że odżywia się zdrowo i postrzegało swoją dietę jako zbilansowaną, a zaledwie co szósty ankietowany (16%) wyrażał przeciwną opinię. Niestety, często jest to przekonanie błędne, gdyż wyniki badań potwierdzają, że sposób żywienia pacjentów w dużej mierze sprzyjał rozwojowi i progresji chorób układu krążenia (Mędreła-Kuder, 2009), co implikuje wprowadzenie edukacji z zakresu zachowań żywieniowych w profilaktyce tychże schorzeń. Ponadto większość ankietowanych cierpiących na choroby układu sercowo-naczyniowego nie wykazuje chęci współpracy w czasie terapii oraz wytrwałości w stosowaniu się do prozdrowotnych zaleceń (Pudło, Gabłońska i Respondek, 2012).

Jak zauważają Rząca, Charzyńska-Gula i Stanisławek (2011a, 2011b), właściwe działania w zakresie kształtowania pozytywnych zachowań zdrowotnych znajdują odzwierciedlenie w stanie zdrowia pacjentów, ich dzieci oraz pozostałych członków rodziny mieszkających we wspólnym gospodarstwie domowym. Grochulska i Jerzemowski (2007) oraz Kurowska i Kudas (2013) badali zachowania zdrowotne osób po przebytych zawałach serca i z niewydolnością serca. Autorzy dowiedli, że kobiety bardziej niż mężczyźni dbają o zachowania zdrowotne, częściej same gotują i starają się stosować zdrowe diety. Z drugiej strony kobiety rzadziej niż mężczyźni podejmują regularną aktywność fizyczną i częściej spożywają słodkie. Bez względu na płeć edukacja w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych jest niezwykle istotna, ponieważ osoby, których krewni przebyli zawał serca, często nie są zainteresowani pogłębianiem swojej wiedzy

na temat choroby sercowo-naczyniowej i zjawisk ją wywołujących, mimo że obciążenie czynnikiem rodzinnym zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania. Co czwarty mężczyzna i co piąta kobieta nie interesują się stanem swojego zdrowia po zawałach serca, ponieważ uważają, że ryzyko tej choroby już ich nie dotyczy. Niepokojące jest też to, że respondenci obciążeni rodzinnym czynnikiem ryzyka nie zdają sobie sprawy, jak bardzo jest on istotny (Rząca i wsp., 2011a, 2011b).

## WNIOSKI

Respondentów cechowało instrumentalne postrzeganie zdrowia oraz chęć podejmowania aktywności prozdrowotnych. Odnotowano istotne różnice w częstości spożywanej żywności o niekorzystnym wpływie na zdrowie oraz popełnianie błędów żywieniowych, których podłożem może być niewystarczająca wiedza żywieniowa lub utrwalone złe nawyki żywieniowe. Konieczna jest dalsza edukacja w zakresie zdobycia umiejętności odpowiedniej modyfikacji stylu życia przez pacjentów i ich rodziny.

## BIBLIOGRAFIA

- Dłużniewska, M., Pakulska, I., Budaj, A. (2003). Zasady postępowania po zawałach serca. *Postępy Nauk Medycznych*, 3, 3–9.
- Friedrich, M., Goluch-Koniuszy, Z. (2014). Ocena wpływu prozdrowotnej edukacji żywieniowej i wynikających stąd zmian zachowań żywieniowych na wartości wskaźników antropometrycznych i wskaźników przemian węglowodanowo-lipidowych u kobiet w wieku 65–85 lat. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 95(4), 934–940.
- Grochulska, A., Jerzemowski, J. (2007). Deklaracja stylu życia a wybrane zachowania zdrowotne osób po przebytych zawałach mięśnia sercowego zamieszkujących miasto Słupsk i powiat słupski. *Nowiny Lekarskie*, 6, 472–476.
- Hawrysz, I., Krusińska, B., Słowińska, M.A., Wądołowska L., Czerwińska A., Biernacki, M. (2015). Jakość diety a ryzyko raka piersi lub płuc: badania kliniczno-kontrolne osób dorosłych z regionu Warmii i Mazur. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 96(4), 753–756.
- Hollis, J.H., Henry, C.J.K. (2007). Dietary variety and its effect on food intake of elderly adults.

- Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 20(4), 345–351.
- Jurczak, I., Barylski, M., Irzmański, R. (2011). Znaczenie diety u osób w podeszłym wieku – ważny aspekt prewencji zdrowia czy nieistotna codzienność? *Geriatrics*, 5, 127–133.
- Kaczyńska-Witkowska, A., Kopeć, D., Nowak, Z. (2013). Zachowania zdrowotne oraz postawa wobec zdrowia kobiet aktywnych fizycznie. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 43, 22–28.
- Kałka, D., Sobieszcańska, M., Marciniak, W. (2007). Aktywność fizyczna jako element prewencji chorób sercowo-naczyniowych u osób w podeszłym wieku. *Polski Merkurusz Lekarski*, 127(22), 48–53.
- Kochaniuk, H., Adamczyk, K., Kruk, M. (2005). Styl życia ludzi długowiecznych. *Annales UMCS*, 60(16), 454, 8–10.
- Kozieł, D., Kaczmarczyk, M., Naszydłowska, E., Gałuszka, R. (2008). Wpływ kształcenia w uniwersytecie trzeciego wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. *Studia Medyczne*, 12, 23–28.
- Koziorok, W., Baumgart, A., Babicz-Zielinska, E. (2012). Postawy i zachowania konsumentów wobec żywności prozdrowotnej. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 45(3), 1030–1034.
- Krajewska-Pędzik, A., Ratajczak, J., Stępień-Słodkowska, M. (2014). Ocena sposobu żywienia słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku. *Aktywność Ruchowa Ludzi w Różnym Wieku*, 1–4(21–24), 83–91.
- Kubica, A., Sinkiewicz, W., Szymański, P., Bogdan, M. (2006). Edukacja zdrowotna w chorobach układu krążenia – możliwości i zagrożenia. *Folia Cardiologica*, 1(4), 177–188.
- Kurowska, K., Białasik, B. (2009). Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR). *Nowiny Lekarskie*, 78(2), 113–122.
- Kurowska, K., Kudas, A. (2013). Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca. *Folia Cardiologica*, 8(1), 1–8.
- Mędręła-Kuder, E. (2009). Charakterystyka spożycia tuczyców przez pacjentów podejmujących rehabilitację po przebytych zawale mięśnia sercowego. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 42, 678–682.
- Nowicki, G., Ślusarska, B. (2011). Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych. *Hygeia Public Health*, 46(2), 280–285.
- Paduch, P., Burda, A. (2013). Porównanie aktywności ruchowej osób po zawale serca leczonych zabiegiem angioplastyki wieńcowej oraz pomostowania aortalno-wieńcowego za pomocą kwestionariusza Minnesota. *Folia Cardiologica*, 8(1), 14–17.
- Palacz J. (2014). Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(3), 301–306.
- Plewka, B., Kluszczyńska, A., Plewka, M. (2004). Zasady rehabilitacji u chorych po ostrym zespole wieńcowym. *Forum Kardiologów*, 9(2), 55–58.
- Prusik, K. (2011). Kryteria ilościowe i jakościowe oceny zdrowia pozytywnego kobiet w starszym wieku. *Pedagogika. Psychologia ta Mediko-Biologiczne Problemy Fizycznego Vihovanna i Sportu*, 1, 130–134.
- Pudło, H., Gabłońska, A., Respondek, M. (2012). Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2(3), 193–200.
- Raport CBOS, (2014). Komunikat z badań, nr 115/2014. Zachowania żywieniowe Polaków. Pobrano z: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K\\_115\\_14.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_115_14.PDF) [dostęp: 30.05.2016].
- Rząca, M., Charzyńska-Gula, M., Stanisławek, A. (2011a). Świadomość zagrożenia chorobą niedokrwienną serca u osób z grup ryzyka a zachowania zdrowotne. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19, 348–352.
- Rząca, M., Charzyńska-Gula, M., Stanisławek, A. (2011b). Zadania pielęgniarki rodzinnej wobec osób zagrożonych chorobą niedokrwienną serca w świetle diagnozy zachowań zdrowotnych wybranej grupy osób. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(4), 515–519.
- Schuler, G., Hambrecht, R., Schlierf, G., Niebauer, J., Hauer, K., Neumann, J., Hoberg, E., Drinkmann, A., Bacher, F., Grunze, M., Kuibler, W. (1992). Regular physical exercise and low-fat diet. Effects on progression of coronary artery disease. *Circulation*, 86, 1–11.
- Słowińska, M.A., Wądołowska, L. (2008). Stan zdrowia a model żywienia osób w wieku 75–80 lat. *Nowiny Lekarskie*, 77(4), 294–298.
- Smoleń, E., Gazdowicz, L., Żyłka-Reut, A. (2011). Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 3(36), 5–9.
- Stawarska, A., Tokarz, A., Kolczewska, M. (2008). Wartość energetyczna oraz zawartość składników podstawowych w dietach ludzi starszych zrzeszonych w wybranych warszawskich stowarzyszeniach społecznych. Cz. II. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 41(4), 987–991.
- Stawarska, A., Tokarz, A., Kolczewska, M. (2009). Ocena ilościowa składników mineralnych i witamin w dietach ludzi starszych zrzeszonych w wybranych warszawskich stowarzy-

- szeniach społecznych. Część III. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 42(2), 117–122.
- Suliga E. (2010). Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych. *Hygeia Public Health*, 45(1), 44–48.
- Wądołowska, L., Krusińska, B. (2014) Procedura opracowania danych żywieniowych z kwestionariusza QEB, 2014. Pobrano z: <http://www.uwm.edu.pl/edu/lidiawadolowska/> [dostęp: 11.11.2015].
- Zaborowicz, K., Czarnocińska, J., Galiński, G., Kaźmierczak, P., Górka, K., Durczewski, P. (2016). Evaluation of selected dietary behaviours of students according to gender and nutritional knowledge. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 67(1), 45–50.
- Zdziebło, K., Michalska, M., Krawczyńska, J., Czerwiak, G. (2009). Pojęcie zdrowia w opinii pielęgniarzek studiujących na studiach licencjackich-pomostowych. *Studia Medyczne*, 14, 27–32.
- Zysnarska, M., Jarmuż, L., Kara, I., Adamek, R., Gromadecka-Sutkiewicz, M., Kłós, J., Kalupa, W., Maksymiuk, T., Marcinkowski, J.T. (2014). Wybory w zakresie zachowań zdrowotnych dokonywane przez pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 95(2), 488–490.

#### Abstract

Selected health behaviours and diet quality among patients with diagnosed ischaemic heart disease and a history of myocardial infarction

**Background.** Appropriate health behaviours significantly contribute to the prevention and management of the 21st century diseases, including those of the cardiovascular system. The aim of the study was to elucidate the relationship between selected health behaviours and the diet pattern among patients with diagnosed ischaemic heart disease and a history of myocardial infarction. **Material and methods.** An anonymous survey was conducted among a randomly chosen sample of 62 patients undergoing cardiac rehabilitation in the Upper-Silesia Medical and Rehabilitation Centre AMED in Katowice, Poland. The Juczyński Health Behaviour Checklist, Juczyński Health Criteria List, and the Questionnaire of Eating Behaviour (developed by the Polish Academy of Sciences) were applied. The results were analysed with the use of basic descriptive statistics, the Mann-Whitney U test, and the Spearman rank correlation coefficient. **Results.** The patients were characterized by an instrumental approach to health and a willingness to undertake health-promoting activities. Significant differences were observed in the frequency of consuming unhealthy products; nutritional errors were also identified. **Conclusions.** Patients are willing to undertake health-promoting activities and implement similar nutrition methods; however, they commit various nutritional errors.

**Key words:** lifestyle, cardiovascular diseases, heart disease prevention

Praca wpłynęła do Redakcji: 03.08.2017

Po recenzji: 07.10.2017

Zaakceptowano do druku: 07.11.2017

*Adres do korespondencji:*

Laura Piejko

Wydział Fizjoterapii

Katedra Fizjoterapii w Chorobach Narządów Wewnętrznych

Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki

ul. Mikołowska 72 a

40-065 Katowice

e-mail: [laura.piejko@gmail.com](mailto:laura.piejko@gmail.com)

*Jak cytować:*

Piejko, L., Nowak, Z., Nawrat-Szołtyśnik, A., Kopeć, D. (2017). Wybrane zachowania zdrowotne a jakość diety pacjentów z rozpoznaną chorobą niedokrwieniową serca i po przebytych zawale serca. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 59, 30–37.