

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Jakość życia pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej

Quality of life in patients of the interventional cardiology unit

DONATA KURPAS^{1, 2, A, C-F}, EDYTA BĄK^{3, A-F}, MARIOLA SEŃ^{4, A, C-E}, IZABELA WRÓBLEWSKA^{2, A, C-E}, BOŻENA MROCZEK^{5, A, C-E}¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu³ Studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu⁴ Zakład Promocji Zdrowia Katedry Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu⁵ Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Brak analiz dotyczących jakości życia pacjentów oddziałów kardiologii inwazyjnej jako heterogenicznej grupy. Niewiele jest także prac badawczych dotyczących określania poziomu akceptacji choroby u pacjentów z zaburzeniami sercowo-naczyniowymi.

Cel pracy. Ocena jakości życia pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej w odniesieniu do poziomu zachowań zdrowotnych i akceptacji choroby.

Materiał i metody. Grupę badawczą stanowiło 111 pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej. Do badań wykorzystano kwestionariusz oceny jakości życia WHOQoL-BREF, Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, Skalę Akceptacji Choroby oraz autorską ankietę z pytaniami o zmienne socjodemograficzne.

Wyniki. Średni wiek w badanej grupie to $59,76 \pm 9,98$ lat. BMI w badanej grupie wynosiło $28,31 \pm 4,29$. Najliczniejszą grupę, 45 osób (40,54%), stanowili pacjenci z dusznicą bolesną. Ogólna percepcja jakości życia w badanej grupie wynosiła $3,80 \pm 0,75$, ogólna percepcja własnego zdrowia: $3,02 \pm 0,88$. Średnia jakość życia była najwyższa w domenie społecznej: $15,09 \pm 2,41$ i najniższa w domenie fizycznej: $13,73 \pm 4,49$. Stwierdzono dodatnią korelację między pozytywnym nastawieniem psychicznym a wynikami w psychologicznej domenie jakości życia ($r = 0,243$; $p = 0,01$). Wykazano także dodatnią korelację między poziomem akceptacji choroby a ogólną oceną jakości życia, w tym każdą z jej domen.

Wnioski. W pracy z pacjentami oddziału kardiologii inwazyjnej należy zwrócić szczególną uwagę na rehabilitację przywracającą możliwie najlepszą sprawność fizyczną oraz na edukację pacjentów przygotowującą ich do samoopieki. Konieczne jest także szczególne ukierunkowanie działań edukacyjnych w zakresie zachowań zdrowotnych na grupy pacjentów, u których wykazano deficyty w tym zakresie.

Słowa kluczowe: jakość życia, akceptacja choroby, zachowania zdrowotne.

Summary Background. There is lack of analyses of the quality of life in patients of interventional cardiology as a heterogeneous group. There is also little research on the determination of the level of disease acceptance in patients with cardiovascular disorders.

Objectives. The purpose of the study was to assess the quality of life in patients of the interventional cardiology unit with regard to the level of health behaviors and the level of acceptance of the disease.

Material and methods. The study group consisted of 111 patients of the interventional cardiology unit. The study used a questionnaire assessing quality of life WHOQoL-BREF, Behavioral Health Inventory, Acceptance of Illness Scale and an original survey with questions about socio-demographic variables.

Results. The average age in the study group was 59.76 ± 9.98 . BMI in the study group was 28.31 ± 4.29 . The largest group, 45 patients (40.54%) had angina pectoris. The overall perception of the quality of life in the study group was 3.80 ± 0.75 , the overall perception of their own health: 3.02 ± 0.88 . Average quality of life was highest in the social domain: 15.09 ± 2.41 , and the lowest in the physical domain: 13.73 ± 4.49 . There was a positive correlation between positive mental attitude and performance in the psychological domain of the quality of life ($r = 0.243$; $p = 0.01$). It was noted that there was a positive correlation between the acceptance of the disease level and the overall evaluation of the quality of life, including each of its domains.

Conclusions. In care for patients of the interventional cardiology unit, there should be more attention paid to the rehabilitation which restores the best possible physical efficiency as well as patient education that prepares them for self-care. It was also determined that a specific focus on health behavior education should be made in the group of patients who demonstrated deficits in this area.

Key words: quality of life, acceptance of illness, health behaviors.

Wstęp

Postęp kardiologii wiąże się ze stosowaniem skomplikowanych procedur inwazyjnych. Wdrażanie tych procedur jest możliwe dzięki dynamicznemu rozwojowi wyspecjalizowanych oddziałów kardiologii inwazyjnej. Nowoczesne metody diagnostyczno-lecznicze, jakie oferuje

kardiologia inwazyjna, choć niezbędne dla osiągnięcia celu terapeutycznego, narzucają choremu wiele ograniczeń, utrudniając codzienne funkcjonowanie. W sposób znaczący przyczyniają się do zmiany poziomu jakości życia [1, 2].

Chociaż wśród pacjentów oddziałów kardiologii inwazyjnej wielokrotnie przeprowadzono badania mające na celu ocenę jakości życia, jednak badania te na ogół doty-

czyły wybranych grup pacjentów, np. chorych po zawale mięśnia sercowego [3–6], chorych z chorobą niedokrwieną serca [4], chorych po implantacji stymulatora serca czy kardiowertera–defibrylatora [7–10]. Brakuje analiz dotyczących jakości życia pacjentów oddziałów kardiologii inwazyjnej jako heterogenicznej grupy.

W procesie przystosowania do życia z chorobą u pacjentów oddziałów kardiologii inwazyjnej jednym z fundamentalnych czynników jest akceptacja choroby przewlekłej. Powoduje ona mniejsze nasilenie negatywnych emocji wynikających z danego zaburzenia, łagodzi więc stres, podnosi poczucie własnej wartości w chorobie. Niewiele jest jednak prac badawczych dotyczących określania poziomu akceptacji choroby u pacjentów z zaburzeniami sercowo-naczyniowymi [11, 12].

Cel pracy

Celem badań była ocena jakości życia pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej w odniesieniu do poziomu zachowań zdrowotnych i poziomu akceptacji choroby.

Materiał i metody

Grupę badawczą stanowili pacjenci oddziału kardiologii inwazyjnej. Kryterium włączenia do badania była świadoma zgoda pacjenta wyrażona w obecności przeprowadzającego badanie oraz możliwość samodzielnego wypełnienia ankiety badawczej. W badaniu wzięło udział 111 osób, w tym 75 mężczyzn (67,57%) i 36 kobiet (32,43%) (tab. 1). Badanie przeprowadzono w okresie od marca do grudnia 2012 r.

Cecha	Zmienna	N	%
Płeć	mężczyźni	75	67,57
	kobiety	36	32,43
Miejsce zamieszkania	miasto	68	61,26
	wieś	43	38,74
Wykształcenie	podstawowe	9	8,11
	zawodowe	45	40,54
	średnie	29	26,13
	potomaturalne	5	4,50
	wyższe	23	20,72
BMI	niedowaga	1	0,90
	norma	18	16,22
	nadwaga	58	52,25
	otyłość	34	30,63
Stan cywilny	wdowa/wdowiec	16	14,41
	żonaty/mężatka	80	72,07
	rozwódnik/rozwódka	7	6,30
	kawaler/panna	8	7,20

Do badań wykorzystano kwestionariusz oceny jakości życia WHOQoL-BREF w polskiej interpretacji Wołowickiej i Jaracz [13], który umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych, środowiska. Skala zawiera również pytania, które analizowane są oddzielnie: pytanie 1. dotyczy indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia pacjenta, z kolei pytanie 2. dotyczy indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia.

Do oceny poziomu zachowań zdrowotnych posłużono się Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego [14], w którym suma wszystkich punktów mieści się w przedziale od 24 do 120 (im niższe wartości – tym niższy poziom zachowań zdrowotnych). Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych przelicza się na jednostki standaryzowane – steny. Wyniki w granicach 1–4 steny uważa się za niskie, 5–6 – za średnie, a 7–10 – za wysokie.

W badaniu zastosowano także Skalę Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS) autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen w polskiej adaptacji Juczyńskiego [14]. Zakres punktów od 8 do 29 oznaczał niski poziom akceptacji choroby, 30–34 – średni, a 35 i powyżej – wysoki.

Badani odpowiadali również na pytania autorskiej ankiety socjodemograficznej (dotyczące wieku, płci, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wagi i wzrostu).

Do opisu zmiennych ilościowych wykorzystano podstawowe statystyki opisowe (średnia, minimum, maksimum, odchylenie standardowe), do opisu zmiennych jakościowych zastosowano tabele licznosci. Oceny różnic dokonano za pomocą testu *t*-Student dla prób niezależnych, a zależności badano za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Za krytyczny przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analizy wykonano przy użyciu programu STATISTICA 10 firmy StatSoft.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu (Nr KB-562/2012).

Wyniki

Średni wiek w badanej grupie to $59,76 \pm 9,98$ (zakres: 28–82 lat). BMI w badanej grupie wynosiło $28,31 \pm 4,29$ (zakres: 17,10–42). Najlicniejszą grupę, 45 osób (40,54%), stanowili pacjenci z dusznicą bolesną (wg ICD-10: I21), 34 osoby (30,63%) to pacjenci z ostrym zawałem serca (I20), z kardiomiopatią (I42) – 9 osób (8,11%), z przewlekłą chorobą niedokrwieną serca (I25) – 9 osób (8,11%), 3 osoby (2,70%) z niewydolnością serca (I50), 2 osoby (1,80%) z blokiem przedsionkowo-komorowym i blokiem lewej odnogi pęczka Hisa (I44).

Ogólna percepcja jakości życia w badanej grupie wynosi $3,80 \pm 0,75$, ogólna percepcja własnego zdrowia wynosi $3,02 \pm 0,88$. Średnia jakość życia była najwyższa w domenie społecznej: $15,09 \pm 2,41$ i domenie środowiskowej: $14,26 \pm 1,99$, z kolei najniższa w domenie psychologicznej: $14,08 \pm 2,33$ i w domenie fizycznej: $13,73 \pm 4,49$. 65 badanych (58,56%) było zadowolonych z jakości swojego życia, natomiast najlicniejsza grupa badanych (40 osób, 36,04%) nie miała zdania na temat jakości własnego zdrowia.

Nie wykazano zależności jakości życia w domenie fizycznej od czynników socjodemograficznych ($p > 0,05$). W domenie psychologicznej stwierdzono istotną statystycznie zależność od wieku ($p = 0,039$). Wyższą jakość życia w tym zakresie prezentują badani młodsi ($14,59 \pm 2,48$). W domenie środowiskowej stwierdzono istotną statystycznie zależność od statusu rodzinnego ($p < 0,001$). Wyższe wyniki uzyskali badani pozostający w związku małżeńskim ($15,63 \pm 2,20$). W domenie środowiskowej uzyskano istotną statystycznie zależność od miejsca zamieszkania ($p = 0,012$). Wyższe wyniki uzyskali badani zamieszkujący wieś ($14,86 \pm 2,01$). Nie stwierdzono zależności w zakresie percepcji jakości życia i zdrowia od czynników socjodemograficznych ($p > 0,05$).

Poziom akceptacji choroby w badanej grupie wynosił $27,13 \pm 6,73$. Wysoki poziom akceptacji choroby prezentowało jedynie 15 osób (13,51%), średni – 33 osoby (29,73%), niski – 63 osoby (56,76%). Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności poziomu akceptacji choroby od czynników socjodemograficznych ($p > 0,05$).

Tabela 2. Macierz współczynników korelacji jakości życia i poziomu akceptacji choroby

	Ogólna percepcja		Domeny jakości życia			
	Jakości życia	Zdrowia	Fizyczna	Psychologiczna	Spółeczna	Środowiskowa
Akceptacja choroby	0,2668	0,1782	0,2052	0,3631	0,1875	0,1956
	$p = 0,005$	$p = 0,061$	$p = 0,031$	$p = 0,000$	$p = 0,049$	$p = 0,040$

Średni wynik w Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych wyniósł w badanej grupie $83,14 \pm 10,54$. W skali stenowej badani uzyskali średni wynik $6,04 \pm 1,5$. W zakresie pozytywnych nawyków żywieniowych badani uzyskali średnią $3,20 \pm 0,75$, w zakresie zachowań profilaktycznych: $3,65 \pm 0,63$, w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego: $3,68 \pm 0,61$, z kolei w zakresie praktyk zdrowotnych: $3,32 \pm 0,61$. Jedyną stwierdzoną istotną statystycznie zależnością była ta między poziomem wszystkich zachowań zdrowotnych a płcią ($p = 0,008$). Zdecydowanie wyższe wyniki prezentowały kobiety ($3,68 \pm 0,61$, w skali stenowej: $6,64 \pm 1,25$; $p = 0,003$). Stwierdzono również statystycznie istotną zależność w zakresie zachowań zdrowotnych w podskali zachowania profilaktyczne od płci ($p = 0,003$). Zdecydowanie wyższy wynik uzyskały w tym zakresie kobiety ($3,91 \pm 0,52$). Podobnie w zakresie podskali praktyki zdrowotne stwierdzono istotną statystycznie zależność od płci ($p = 0,037$) – wyższe wyniki uzyskały kobiety ($3,50 \pm 0,55$), ale równocześnie od wieku ($p = 0,023$) – wyższe wyniki prezentowali badani po 60. roku życia ($3,44 \pm 0,63$). W pozostałych podskalach nie stwierdzono zależności od czynników socjodemograficznych ($p > 0,05$).

Nie stwierdzono korelacji między poziomem zachowań zdrowotnych a ogólną percepcją jakości życia i własnego zdrowia. Stwierdzono natomiast dodatnią korelację między pozytywnym nastawieniem psychicznym a wynikami w psychologicznej domenie jakości życia ($r = 0,243$; $p = 0,01$). Nie stwierdzono korelacji między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem akceptacji choroby ($p > 0,05$). Wykazano natomiast dodatnią korelację między akceptacją choroby a ogólną oceną jakości życia, w tym każdą z jej domen (tab. 2).

Dyskusja

Jakość życia wraz z oceną kliniczną i funkcjonalną jest obecnie najważniejszym wyznacznikiem skuteczności terapii [2, 15]. W badaniach własnych respondenci znacznie wyżej ocenili jakość własnego życia niż jakość własnego zdrowia. Podobne wyniki do uzyskanych w ramach naszej analizy przedstawili Reczek i wsp., którzy dokonali oceny jakości życia u chorych po wszczepieniu stymulatora serca [8]. Z kolei Rykała i wsp. [16], oceniający jakość życia chorych po udarze mózgu, podkreślają zależność jakości życia od wieku i BMI. Stwierdzili oni wyższą jakość życia ($\bar{x} = 13,50$) w domenie społecznej u chorych poniżej 60. roku życia z wyższym BMI oraz zdecydowaną zależność oceny stanu zdrowia ($\bar{x} = 13,1$) i jakości życia w domenie fizycznej ($\bar{x} = 13,03$) od BMI [16]. W badaniach własnych nie potwierdzono zależności jakości życia od BMI. Analiza badań własnych wykazała istotną statystycznie zależność jakości życia w domenie środowiskowej od miejsca zamieszkania. We wcześniejszych badaniach [15] oceniających jakość życia pacjentów w wieku podeszłym wykazano odmiennie – w domenie środowiskowej znacznie niższą jakość życia u badanych zamieszkujących obszary mniej zaludnione. Ponadto w badaniach tych [15] zadowolonych i bardzo zadowolonych z jakości życia było tylko 16,85%, a zadowolonych i bardzo zadowolonych z jakości własnego zdrowia – 33,38%. W porównaniu do naszych badań wśród pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej – pierwszy wynik jest zdecydowanie niższy, natomiast drugi – porównywalny. Badania własne wykazały także zależność

jakości życia w domenie społecznej od stanu cywilnego – badani pozostający w związku małżeńskim znacznie wyżej ocenili jakość życia. Podobny wynik przedstawiają Kurowska i wsp. określając jakość życia pacjentów po zabiegach kardiologicznych [17]. W swoich badaniach Kurowska i wsp. uzyskali najwyższy poziom jakości życia w domenie społecznej, najniższy w domenie fizycznej, a także korelacje między ogólną jakością życia a poziomem wszystkich zachowań zdrowotnych oraz ich wszystkimi składowymi. Również wcześniejsze analizy autorów [15] wśród pacjentów w podeszłym wieku wykazały korelację między jakością życia i wszystkimi jej domenami, a wszystkimi składowymi zachowań zdrowotnych z wyjątkiem korelacji między ogólną percepcją zdrowia i domeną fizyczną a praktykami zdrowotnymi. Badania własne przedstawiają wynik zdecydowanie różny, a mianowicie statystycznie istotną korelację tylko między psychologiczną domeną jakości życia a pozytywnym nastawieniem psychicznym.

W ocenie jakości życia, a zwłaszcza jej psychologicznej domeny, ważne jest przystosowanie się do choroby, czyli poziom jej akceptacji. Opisuje się zależność jakości życia od poziomu akceptacji choroby, którą wykazano również w badaniach własnych. We wcześniejszych analizach [15] stwierdzono również korelację między poziomem akceptacji choroby a jakością życia i zachowaniami zdrowotnymi na poziomie istotności $p < 0,01$, natomiast między poziomem akceptacji choroby a praktykami zdrowotnymi – na poziomie istotności $p < 0,05$. W badaniach własnych wykazano korelację między poziomem akceptacji choroby a jakością życia ogólną i poszczególnymi jej domenami. Nie wykazano natomiast korelacji między poziomem akceptacji choroby a ogólną oceną zdrowia, jak również między poziomem akceptacji choroby a zachowaniami zdrowotnymi.

Znacznie niższy poziom akceptacji choroby w porównaniu do naszych wyników wykazali Marzec i wsp. [12] oceniający poziom akceptacji choroby u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, hemodializowanych ($\bar{x} = 21$), oraz z cukrzycą, jak również Niedzielski i wsp. [11] badający poziom akceptacji choroby w chorobach przewlekłych, takich jak: cukrzyca, przewlekła choroba nerek, astma oskrzelowa i choroba niedokrwienna serca. Niedzielski i wsp. w swoich badaniach podkreślają statystycznie istotną zależność poziomu akceptacji choroby od płci (wyższy poziom akceptacji prezentują mężczyźni), od wieku (wyższy poziom akceptacji choroby prezentują osoby poniżej 55. roku życia) oraz od miejsca zamieszkania (wyższy poziom akceptacji choroby notuje się u badanych zamieszkujących miasto) [11]. Wyniki te są spójne z naszymi badaniami w zakresie zależności od płci i wieku, a odmiennie – w zakresie zależności od miejsca zamieszkania.

Wcześniejsze badania [15] wykazały, że wysokie wyniki w zakresie praktyk zdrowotnych powszechne są wśród osób starszych, samotnych, mieszkających w mieście, z większą liczbą współistniejących chorób przewlekłych. Badania aktualne w tej samej kategorii wykazały taką samą zależność od wieku, dodatkowo od płci, jednak nie potwierdzono statystycznie istotnych zależności w przypadku pozostałych zmiennych. W przeciwieństwie do Kurowskiej i wsp. [17], która podaje, że im wyższe wykształcenie, tym wyższa jakość życia i wyższy poziom zachowań zdrowotnych, w badaniach własnych nie wykazano wpływu wykształcenia na poziom zachowań zdrowotnych. Niepokojący jest fakt, że podobne wyniki do uzyskanych w naszej analizie przedsta-

wili Urbańska i wsp. [18] badający zachowania zdrowotne pielęgniarek. Można przyjąć założenie, że pielęgniarki, jako grupa profesjonalnie przygotowana do propagowania zdrowia, z dużym zasobem wiedzy merytorycznej w tym zakresie, powinna reprezentować znacznie wyższy poziom zachowań zdrowotnych. Najniższe wyniki autorzy wykazali w zakresie praktyk zdrowotnych oraz pozytywnych nawyków żywieniowych, co daje wynik identyczny do uzyskane- go w badaniach własnych.

Kurowska i wsp. we wcześniejszych badaniach [19] dokonała oceny wpływu zachowań zdrowotnych na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2. Stwierdziła dodatnią korelację między globalnymi zachowaniami zdrowotnymi a domeną psychologiczną, społeczną i środowiskową jakości życia oraz korelację między pozytywnym nastawieniem psychicznym a domeną psychologiczną, społeczną i środowiskową jakości życia [19]. W badaniach własnych zależności dotyczą tylko wpływu pozytywnego nastawienia psychicznego na domenę psychologiczną. W badaniach własnych wykazano także dodatnią korelację globalnych zachowań zdrowotnych, zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych z wiekiem, co potwierdzają także wcześniejsze analizy [15].

Wnioski

Zarówno ogólna ocena jakości życia (zwłaszcza w do- menie fizycznej), jak i ocena percepcji własnego zdrowia wśród pacjentów oddziału kardiologii inwazyjnej, są niskie. Ocena jakości życia zależy od wieku, stanu cywilnego i miejsca zamieszkania. Globalna ocena zachowań zdrowotnych w badanej grupie plasuje się na poziomie średnim. Deficyt dotyczy zwłaszcza mężczyzn. Wraz z wiekiem poziom zachowań zdrowotnych rośnie. Pozytywne nastawienie psychiczne ma wpływ na jakość życia. Poziom akceptacji choroby w badanej grupie jest niski, zależy od wykształcenia, stanu cywilnego i wieku. Koreluje dodatnio z jakością życia we wszystkich domenach. W pracy z pacjentami oddziału kardiologii inwazyjnej należy zwrócić szczególną uwagę na rehabilitację przywracającą możliwie najwyższy poziom sprawności fizycznej oraz edukację pacjentów przygotowującą ich do samoopieki i samopie- lęgności w tym zakresie. Konieczne jest także szczególne ukierunkowanie działań edukacyjnych w zakresie zachowań zdrowotnych na grupy pacjentów, u których wykazano deficyty w tym zakresie.

Piśmiennictwo

1. Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010–2012 POLKARD. Podst. prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz 1027, z późn. zm.).
2. Uchmanowicz I, Łoboz-Grudzień K. Jakość życia – definicje i narzędzia badawcze – przegląd literatury. *Fam Med Prim Care Rev* 2008; 10: 245–252.
3. Celiński R. Wpływ leczenia inwazyjnego lub zachowawczego na jakość chorych z rozpoznanymi ostrymi zespołami wieńcowymi. *Pol Merkur Lekarski* 2008; 25: 148–320.
4. Klocek M, Kawecka-Jaszcz K. *Jakość życia osób z chorobą niedokrwienną serca*. W: Kawecka- Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B, red. *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*. Poznań: Termedia; 2006.
5. Pałczyk E, Uchmanowicz I. Analiza czynników wpływających na jakość życia po zawale mięśnia sercowego. *Piel Zdr Pub* 2012; 2: 29–37.
6. Juzwiszyn J, Mazurek W, Wojewoda B, i wsp. Wybrane aspekty jakości życia chorych na niedokrwienną chorobę serca pod- danych planowej przeszłokornej plastyce naczyń wieńcowych. *Piel Zdr Pub* 2012; 2: 7–13.
7. Małecka B, Ząbek A, Lelakowski J, i wsp. Zmiana jakości życia oraz klasyfikacji NYHA u chorych z zaawansowaną niewydol- nością serca i utrwalonym migotaniem przedsionków po 12 miesiącach od rozbudowy systemu stymulacji. *Pol Merkur Lek* 2012; 32: 9–13.
8. Reczek A, Stańczykiewicz-Kudła K, Brzostek T, i wsp. Jakość życia chorych po wszczępieniu stymulatora serca. *Piel Chir Angiol* 2012; 2: 107–113.
9. Orzechowski P, Wąsowski M. Leczenie przewlekłej niewydolności serca. *Post Nauk Med* 2009; 12: 329–333.
10. Kochańska A, Zarzycka B. Pacjent z implantowanym kardiowerterem defibrylatorem serca (ICD). Czy można się przyzwyczaić do wyładowań kardiowertera defibrylatora? *Forum Med Rodz* 2010; 4: 10–16.
11. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, i wsp. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek* 2007; 5–6: 224–227.
12. Marzec A, Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M. Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej chorych na chorobę nerek, chorych na cukrzycę, hemodializowanych – doniesienia wstępne. *Piel XXI Wieku* 2011; 2: 51–56.
13. Wołowicka L, Jaracz K. *Polska wersja WHOQoL 100 i WHOQoL Bref*. W: Wołowicka L, red. *Jakość życia w naukach medycy- nych*. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu; 2001.
14. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
15. Kurpas D, Mroczek B, Bielska D. The correlation between quality of life, acceptance of illness and health behaviors of ad- vanced age patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2013; 56: 448–456.
16. Rykała J, Kwolek A. Wpływ wybranych czynników na jakość życia oraz stan funkcjonalny pacjentów po udarze mózgu. *Przegł Med Uniw Rzesz* 2009; 4: 384–391.
17. Kurowska K, Korecińska M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia chorych po zabiegach kardiologicznych. *Piel Chir Angiol* 2012; 1: 20–25.
18. Urbańska B, Kurowska K. Poczucie koherencji (SOC), a zachowania zdrowotne u pielęgniarek. *Piel Chir Angiol* 2010; 3: 90–95.
19. Kurowska K, Szomszor M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. *Diabet Prakt* 2011; 12: 142–150.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Donata Kurpas
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław
Tel.: 71 325-43-41
E-mail: dkurpas@hotmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 14.02.2014 r.

Po recenzji: 1.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 2.04.2014 r.