

Źródła wiedzy a skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca

Aldona Kubica¹, Przemysław Magielski², Ewa Olejarczyk³, Aleksandra Jurek³, Rita Kowalczyk³, Katarzyna Frygier³, Dominika Budzbon³, Joanna Szmyt³, Marek Koziński³, Ryszard Dobosiewicz³, Iwona Świątkiewicz³, Zofia Grąbczewska³, Adam Sukiennik³, Władysław Sinkiewicz⁴ i Aleksander Araszkiewicz⁵

¹Katedra i Zakład Promocji Zdrowia *Collegium Medicum* w Bydgoszczy
 Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICUS w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych *Collegium Medicum* w Bydgoszczy
 Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴Katedra i Zakład Klinicznych Podstaw Fizjoterapii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy
 Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁵Katedra i Klinika Psychiatrii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy
 Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: *Wobec ograniczonej skuteczności działań w zakresie edukacji zdrowotnej konieczne jest poszukiwanie optymalnych metod, które można zastosować zarówno w profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej. Celem niniejszej pracy była ocena poziomu wiedzy o chorobie niedokrwiennej serca oraz skuteczności edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca w zależności od tego, jakie źródła wiedzy były uznawane przez pacjentów za najważniejsze.*

Metody: *Badaną grupę stanowiło 157 kolejnych chorych leczonych metodą pierwotnej angioplastyki wieńcowej z powodu ostrego zawału serca.*

Wyniki: *Spośród źródeł wiedzy, które na początku hospitalizacji, zdaniem pacjentów, były dla nich najważniejszym źródłem wiedzy na temat choroby niedokrwiennej serca, najczęściej wskazywano lekarza i telewizję. W ostatniej dobie hospitalizacji doszło do wyraźnego przewartościowania znaczenia źródeł wiedzy w opinii chorych. Jako źródła wiedzy, które w największym stopniu zwiększyły zasób informacji na temat choroby niedokrwiennej serca, najczęściej wskazywano: broszury edukacyjne i lekarza, rzadziej telewizję, a najrzadziej czasopisma i radio. Na podstawie analizy wykazano przyrost liczby prawidłowych odpowiedzi we wszystkich grupach, jednak był on znamieny jedynie u chorych, którzy wskazali na broszury jako ważne dla nich źródło wiedzy ($p = 0,048$). We wszystkich grupach obserwowano także spadek liczby odpowiedzi „nie wiem”, który był największy wśród pacjentów wskazujących lekarza jako ważne dla nich źródło wiedzy ($p = 0,003$). Niewiele mniejszy spadek liczby tych odpowiedzi stwierdzono wśród osób wskazujących na broszury edukacyjne ($p = 0,003$) i telewizję ($p = 0,008$). —>*

Adres do korespondencji: Dr n. med. Aldona Kubica, Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz, e-mail: kizpromzdr@cm.umk.pl

Wnioski: Edukacji zdrowotna prowadzona w trakcie hospitalizacji u osób z ostrym zawałem serca przynosi wymierne, choć ograniczone efekty. Znamienne przyrost wiedzy o chorobie niedokrwiennej serca udało się wykazać jedynie w grupie osób wskazujących na broszury edukacyjne jako najważniejsze dla nich źródło informacji. (Folia Cardiologica Excerpta 2009; 4, 5: 285–290)

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, choroba wieńcowa, zawał serca

Wstęp

Nowoczesna edukacja zdrowotna ma dostarczać informacji i wiedzy na temat zdrowia, wzmacniać działania na rzecz jego zachowania oraz wspierać tworzenie zdrowotnej polityki społecznej [1, 2]. Niestety, skuteczność realizacji tak zdefiniowanych celów jest ograniczona. Badania przeprowadzone między innymi w ośrodku autorów niniejszej pracy wykazały, że wiedza o objawach i prewencji miażdżycy tętnic, nawet wśród osób z już rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca, jest bardzo niezadowolająca [3–5]. Ponadto, chorzy często mają fałszywe przekonania dotyczące problematyki zdrowotnej, co w konsekwencji może prowadzić do podejmowania w dobrej wierze działań, które nie przynoszą pozytywnych efektów, a niekiedy są wręcz szkodliwe. Wobec takiej sytuacji konieczne jest poszukiwanie optymalnych narzędzi masowej edukacji zdrowotnej, możliwych do zastosowania zarówno w profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej [6].

Celem niniejszej pracy była ocena poziomu wiedzy o chorobie niedokrwiennej serca oraz skuteczności edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca w zależności od tego, jakie źródła wiedzy były uznawane przez pacjentów za najważniejsze.

Metody

Badaną grupę stanowiło 157 kolejnych pacjentów (po uwzględnieniu przedstawionych poniżej kryteriów wyłączenia) leczonych metodą pierwotnej angioplastyki wieńcowej z powodu ostrego zawału serca w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych CM UMK. Średni wiek badanych wynosił $57,2 \pm 7,1$ roku. W badanej grupie było 49 kobiet (średni wiek $58,9 \pm 6,3$ roku) i 108 mężczyzn (średni wiek $56,4 \pm 7,4$ roku).

Do kryteriów wyłączenia chorych z badania należały:

- brak świadomej pisemnej zgody pacjenta;
- wiek powyżej 70 lat;
- stwierdzone wcześniej zaburzenia psychiczne;
- inne uwarunkowania zdrowotne uniemożliwiające świadome i samodzielne wypełnianie ankiet.

Badania przeprowadzono dzięki zgodzie Komisji Etycznej CM UMK nr KB/396/2006 z dnia 22 czerwca 2006 roku.

Plan badania. W 2. dobie hospitalizacji, po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta na udział w badaniach, lekarz intensywnego nadzoru kardiologicznego wypełniał ankietę kwalifikacyjną, zawierającą dane kliniczne. Następnie przeszkolona pielęgniarka zbierała od chorego odpowiedzi na pytania zawarte w specjalnie do tego celu przygotowanym kwestionariuszu, oceniającym wiedzę pacjenta na temat choroby niedokrwiennej serca. Ponadto każdego z badanych proszono o wskazanie źródeł wiedzy (jednego lub kilku), które w największym stopniu zwiększyły jego zasób informacji na temat choroby niedokrwiennej serca. Bezpośrednio potem każdy badany otrzymywał broszurę edukacyjną pt. „Choroba wieńcowa” (autorzy: A. Kubica, M. Bogdan). W treści tej broszury można znaleźć odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w kwestionariuszu oceniającym wiedzę. Wręczając broszurę, pielęgniarki informowały pacjenta, że zawiera ona bardzo ważne dla niego informacje dotyczące choroby, która jest przyczyną jego hospitalizacji. W ostatniej dobie pobytu w szpitalu pielęgniarka ponownie zbierała od chorego odpowiedzi na pytania z kwestionariusza oceniającego jego wiedzę — takiego samego jak na początku hospitalizacji — oraz prosiła o wskazanie najważniejszych źródeł wiedzy. Skuteczność edukacji zdrowotnej definiowano jako przyrost liczby prawidłowych odpowiedzi w kwestionariuszu końcowym w porównaniu z kwestionariuszem wypełnionym w 2. dobie pobytu w szpitalu.

Kwestionariusz oceniający wiedzę pacjenta zawierał pytania dotyczące choroby wieńcowej w czterech zakresach: 1. najważniejsze objawy (5 pytań); 2. podstawy patofizjologii (5 pytań); 3. podstawowe normy mające znaczenie dla oceny ryzyka (5 pytań); 4. profilaktyka (5 pytań). Do każdego pytania były przyporządkowane 4 możliwe odpowiedzi, spośród których tylko 1 jest prawdziwa. Jednak pacjent nie wybierał jednej z nich, a określał swój stosunek (na zasadzie wyboru: prawda–fałsz) do każdej z możliwych opcji osobno, odpo-

wiadając: TAK, NIE lub NIE WIEM. W ten sposób badany może potwierdzić prawdziwość 2 lub większej wykluczających się wzajemnie stwierdzeń. Taka konstrukcja ankiety pozwala na bardziej wiarygodną ocenę wiedzy (zmniejszenie przypadkowości), a jednocześnie uwidacznia zdolność chorego do logicznej oceny proponowanych mu odpowiedzi.

Przyjęto następującą klasyfikację odpowiedzi:

- prawdziwa logiczna (odpowiedź prawdziwa — TAK; pozostałe: NIE);
- prawdziwa nielogiczna (odpowiedź prawdziwa — TAK; pozostałe: co najmniej 1 — TAK);
- nieprawdziwa logiczna (odpowiedź prawdziwa — NIE; pozostałe: tylko 1 — TAK);
- nieprawdziwa nielogiczna (odpowiedź prawdziwa — NIE; pozostałe: co najmniej 2 — TAK);
- brak odpowiedzi — NIE WIEM.

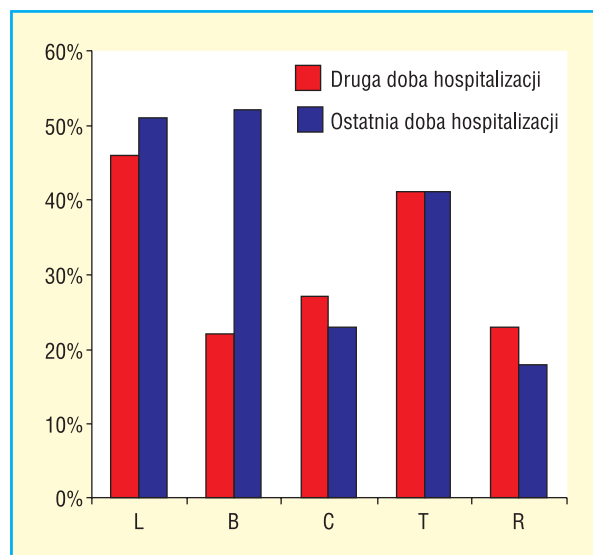
Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem pakietu Statistica. Dane o charakterze ilościowym scharakteryzowano przy użyciu określenia liczebności podgrup, odsetka, wartości średniej dla grupy wraz z odchyleniem standardowym, mediany, wartości maksymalnych i minimalnych. Dane o charakterze nominalnym opisano za pomocą liczebności oraz odsetka.

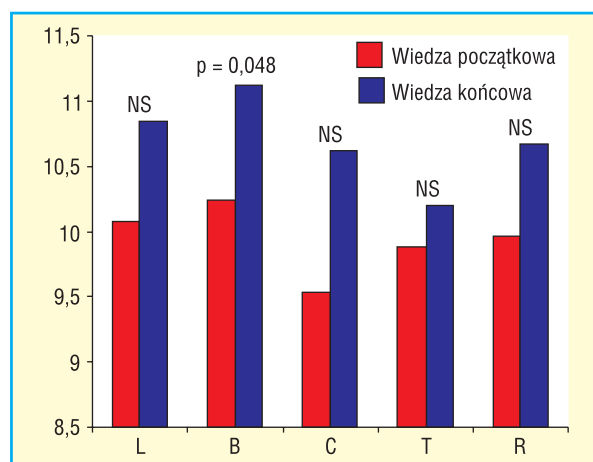
Wykonano testy normalności rozkładu w obrębie podgrup: Kolmogorowa-Smirnowa z poprawką Lillieforsa oraz Shapiro-Wilka. Do wykrycia istotności różnic między podgrupami zastosowano odpowiednio dla grup niezależnych — test ANOVA Kruskala-Wallisa i test mediany lub test U Manna-Whitneya, dla prób zależnych — test kolejności par Wilcoxon lub odpowiednio testy T. Oceniono także różnicę między dwoma wskaźnikami struktury w obrębie wybranych podgrup.

Wyniki

Spośród źródeł wiedzy, które na początku hospitalizacji w ocenie pacjentów były najważniejszym dla nich źródłem wiedzy na temat choroby niedokrwiennej serca, najczęściej wskazywano lekarza i telewizję (ryc. 1). W obu przypadkach odsetek wskazań przekraczał 40%. Pozostałe źródła wiedzy — broszury edukacyjne, czasopisma i radio — były wskazywane znacznie rzadziej (20–30%). W ostatniej dobie hospitalizacji doszło do wyraźnego przewartościowania znaczenia źródeł wiedzy w opinii pacjentów. Jako źródła wiedzy, które w najwyższym stopniu zwiększyły zasób informacji na temat choroby niedokrwiennej serca, najczęściej wskazywano: broszury edukacyjne i lekarza, rzadziej telewizję, a najrzadziej czasopisma i radio (ryc. 1).



Rycina 1. Częstość wskazań najważniejszych źródeł wiedzy o chorobie wieńcowej w odpowiedziach pacjentów. Źródło wiedzy: L — lekarz, B — broszura, C — czasopismo, T — telewizja, R — radio



Rycina 2. Skuteczność edukacji zdrowotnej (średnia liczba poprawnych odpowiedzi) w zależności od wskazywanych przez chorych źródeł wiedzy na temat choroby niedokrwiennej serca. Źródło wiedzy: L — lekarz, B — broszura, C — czasopismo, T — telewizja, R — radio

Analiza poziomu wiedzy pacjentów przeprowadzona w grupach (podział według wskazań w ostatniej dobie hospitalizacji) wykazała pewien przyrost liczby prawidłowych odpowiedzi (Δ OW 2–1) we wszystkich grupach, jednak próg znaczenia statystycznej przekroczył on jedynie u chorych, którzy wskazali na broszury jako ważne dla nich źródło wiedzy ($p = 0,048$) (ryc. 2, tab. 1).

We wszystkich grupach zaobserwowano także spadek liczby odpowiedzi „nie wiem” (Δ OW 2–1),

Tabela 1. Ocena wyników edukacji zdrowotnej w zależności od wskazywanych przez chorych źródeł wiedzy na temat choroby niedokrwiennej serca

Odpowiedź	Zmienna	OW 1	OW 2	Δ OW 2-1	p
Prawidłowa	Lekarz	10,08 ± 2,87	10,84 ± 3,27	0,76 ± 4,05	NS
	Broszura	10,24 ± 2,86	11,12 ± 3,17	0,88 ± 3,8	0,048
	Czasopismo	9,53 ± 2,79	10,62 ± 3,53	1,09 ± 3,77	NS
	Telewizja	9,88 ± 2,74	10,2 ± 3,36	0,32 ± 3,54	NS
	Radio	9,96 ± 2,26	10,67 ± 3,79	0,7 ± 3,68	NS
„Nie wiem”	Lekarz	13,11 ± 10,47	9,08 ± 11,27	-4,03 ± 14,17	0,003
	Broszura	11,65 ± 10,31	8,42 ± 12,63	-3,23 ± 15,42	0,003
	Czasopismo	12,65 ± 9,77	10,47 ± 13,85	-2,18 ± 14,53	NS
	Telewizja	13,42 ± 9,62	10,27 ± 10,09	-3,15 ± 12,02	0,008
	Radio	11,74 ± 9,23	9,81 ± 10,55	-1,93 ± 12,0	NS
Nielogiczna	Lekarz	4,19 ± 3,1	4,16 ± 3,4	-0,03 ± 4,13	NS
	Broszura	4,43 ± 3,09	3,96 ± 3,44	-0,47 ± 3,97	NS
	Czasopismo	4,82 ± 3,45	4,5 ± 3,81	-0,32 ± 4,08	NS
	Telewizja	4,42 ± 3,0	4,83 ± 3,73	0,42 ± 3,84	NS
	Radio	4,19 ± 2,54	4,04 ± 3,41	-0,15 ± 4,05	NS

który był największy w grupie pacjentów wskazujących lekarza jako ważne dla nich źródło wiedzy ($p = 0,003$). Niewiele mniejszą redukcję stwierdzono wśród wskazujących na broszury edukacyjne ($p = 0,003$) i telewizję ($p = 0,008$). Natomiast w grupach wskazujących na czasopisma i radio różnica nie była istotna statystycznie (tab. 1).

Liczba odpowiedzi nielogicznych, zgodnie z oczekiwaniami, nie różniła się znamienne między grupami zarówno w pierwszej (OW1), jak i w drugiej (OW2) ankiecie, nie uległa też istotnym zmianom w czasie obserwacji (Δ OW 2-1) (tab. 1).

Analiza wpływu średniej liczby źródeł wiedzy, z których korzystał pacjent, na rodzaj zmiany liczby prawidłowych odpowiedzi (przyrost, brak zmiany lub spadek) wydaje się sugerować, że wskazywanie przez chorych większej liczby źródeł wiedzy wcale nie przekładało się na zwiększenie zasobu ważnych informacji na temat choroby niedokrwiennej serca w badanej populacji. Osoby, u których odnotowano spadek liczby poprawnych odpowiedzi, wskazywały średnio na większą liczbę ważnych źródeł wiedzy niż ci, wśród których stwierdzono wzrost wiedzy. Różnice nie były istotne statystycznie.

Dyskusja

Zapotrzebowanie na wiedzę dotyczącą problematyki zdrowotnej w społeczeństwie stale rośnie [7]. W odpowiedzi na to zjawisko, wobec braku łatwo dostępnego, wiarygodnego, a przy tym atrakcyjnego źródła wiedzy, rozpowszechniają się przekona-

nia i sądy mające niewiele wspólnego z prawdą. Wiedza medyczna jest zdobywana najczęściej poprzez własne obserwacje [7, 8]. Źródłem wiedzy o zdrowiu i chorobie są również informacje, opinie lub postawy przejęte od innych osób, które ze względu na poziom wiarygodności można podzielić na trzy grupy. Pierwsza, o najwyższej wiarygodności, dysponuje rzetelną wiedzą medyczną (personel medyczny). Druga grupa to osoby o niższej wiarygodności, mające pewien zasób wiedzy ze względu na przebycie choroby. Te osoby często mają skłonność do „koloryzowania” i „straszenia” — szczególnie w kontakcie z innymi chorymi. Trzecia grupa, o najniższej wiarygodności, to osoby „znające się na medycynie”, które często propagują obiegowe opinie nieoparte wiedzą ani własnym doświadczeniem. To źródło jest potencjalną przyczyną największych szkód w świadomości społecznej [1]. Istnieje zatem potrzeba aktywnego dostarczania rzetelnej wiedzy w przystępnej formie wieloma drogami, z użyciem różnych metod jednocześnie, aby odpowiedzieć na potrzeby społeczne i zminimalizować możliwość rozpowszechniania nieprawdziwych poglądów [6].

Paradoksalnie, efektywność edukacji zdrowotnej w większości opublikowanych badań jest bardzo niezadowolająca [9-11]. W poszukiwaniach sposobów optymalizowania działań edukacyjnych przydatna wydaje się informacja, jakie źródła wiedzy chorzy cenią sobie najbardziej pod względem przydatności do pozyskiwania informacji o chorobie wieńcowej. W niniejszym badaniu każdy pacjent mógł wskazać

dowolną liczbę źródeł wiedzy, które w największym stopniu zwiększyły jego zasób informacji na temat choroby niedokrwiennej serca. Zrozumiałe przewartościowania ocen, które pojawiły się w trakcie hospitalizacji, doprowadziły ostatecznie do wskazania broszury edukacyjnej i lekarza jako najcenniejszych źródeł informacji. Rzadziej wskazywano na telewizję, a najrzadziej — czasopisma i radio. Te informacje do pewnego stopnia mogą wskazywać na preferencje badanych, które wcale nie muszą się pokrywać z rzeczywistą efektywnością wskazanych źródeł wiedzy. Weryfikację tych wskazań mogą stanowić wyniki oceny odpowiedzi na pytania dotyczące choroby wieńcowej w zależności od wskazanego źródła wiedzy. We wszystkich grupach wskazujących różne źródła wiedzy zauważalny był pewien przyrost liczby prawidłowych odpowiedzi, jednak próg znamienności statystycznej przekroczył on jedynie w grupie chorych, którzy wskazali na broszury jako ważne dla nich źródło wiedzy. Warto zwrócić także uwagę na fakt, że poziom wiedzy zarówno na początku, jak i na końcu hospitalizacji był największy w grupie wskazującej broszurę, chociaż różnice między grupami były niewielkie. We wszystkich grupach zaobserwowano także spadek liczby odpowiedzi „nie wiem”, przy czym był on znamienny wśród pacjentów wskazujących lekarza, broszury edukacyjne i telewizję. Natomiast w grupach wskazujących na czasopisma i radio różnica nie była istotna statystycznie. Podsumowując tę analizę, należy stwierdzić, że wskazania pacjentów na źródła wiedzy w odniesieniu do ich rzeczywistej wartości edukacyjnej były trafne i znalazły potwierdzenie w obiektywnej ocenie.

Personel medyczny powinien wykorzystywać wszelkie możliwości prowadzenia edukacji zdrowotnej. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę z faktu, że podstawowym ograniczeniem jest możliwość wpływu na osoby już chore, natomiast oddziaływanie na osoby zdrowe jest bardzo ograniczone. Kontakt z chorym i jego rodziną w takich okolicznościach daje wyjątkową okazję do skuteczniejszych działań w zakresie promocji zdrowia, w tym przede wszystkim edukacji zdrowotnej, ponieważ polega na tym, że wystąpienie choroby, połączone najczęściej z poczuciem zagrożenia, jest zwykle silnym czynnikiem motywującym chorego i jego rodzinę do podejmowania konkretnych kroków na rzecz własnego zdrowia [12–14]. Jedną z najbardziej popularnych metod dostarczania niezbędnej wiedzy pacjentom jest stosowanie broszur edukacyjnych. Metoda ta

jest bardzo wygodna dla personelu medycznego, ponieważ wymaga relatywnie małego wysiłku i, co niezwykle ważne, nie jest czasochłonna. Ma ona także inny walor — pacjent może w dowolnej chwili wracać do lektury. Zasadniczą wadą broszur, poza relatywnie małą atrakcyjnością, jest wymóg aktywnej postawy chorego, który musi chcieć pozyskać zamieszczone w nich informacje. Zatem motywacja w przypadku tej metody edukacji odgrywa szczególnie istotną rolę [5, 15]. Broszury nie mogą być oczywiście jedyną metodą oddziaływania. Prawdopodobnie na osiągnięcie lepszych wyników pozwolą łączenie różnych metod edukacyjnych tworzących spójną całość, doskonalenie narzędzi edukacyjnych oraz wzmocnienie motywacji pacjentów.

O ile w prewencji wtórnej kluczową rolę odgrywają osobisty kontakt z personelem medycznym i dostarczane pacjentom materiały edukacyjne, na przykład broszury, to w prewencji pierwotnej ogromną rolę do odegrania mają środki masowego przekazu, w tym przede wszystkim telewizja, jako medium o najszerszym zakresie oddziaływania. Prasa i radio, wykorzystując swoją specyfikę, docierają z wiedzą medyczną do społeczeństwa w nieco inny sposób. Wszystkie te media cechują się trudnym do przecenienia potencjałem edukacyjnym, w którym, ze względu na potęgę oddziaływania, przekazywane treści powinny być szczególnie precyzyjnie formułowane, tak aby były nie tylko prawidłowe merytorycznie, ale także zrozumiałe dla ogółu odbiorców [6].

Poszukiwanie metod poprawiających efektywność edukacji zdrowotnej powinno być jednym z priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Znaczenie edukacji zdrowotnej jest stale niedoceniane przez wielu lekarzy i pacjentów. Działania w tym zakresie są żmudne i mało efektowne, skutki pojawiają się po długim czasie i w przypadku pojedynczych osób są często mało wymierne, niemniej jednak wiedza, jaką posiadamy, obliguje nas do ich kontynuowania.

Wnioski

Edukacji zdrowotna prowadzona w trakcie hospitalizacji u osób z ostrym zawałem serca przynosi wymierne, choć ograniczone efekty.

Znamienny przyrost wiedzy o chorobie niedokrwiennej serca udało się wykazać jedynie wśród osób wskazujących na broszury edukacyjne jako najważniejsze dla nich źródło informacji.

Piśmiennictwo

1. Kubica A., Bogdan M., Grzešek G., Krakowska A., Sukiennik A. Radzenie sobie ze stresem we wczesnym okresie po zawale serca. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2005; 2: 95–98.
2. Karski J.B. Znaczenie rozwoju pojęcia zdrowia dla tworzenia nowych pojęć i wartości. W: Karski J.B. *Praktyka i teoria promocji zdrowia.* Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2003: 9–17.
3. Światowa Organizacja Zdrowia, Biuro Regionu Europejskiego: *Zdrowie 21 — Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku.* Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 1999.
4. Kubica A., Pufal J., Moczulska B. i wsp. Ocena wiedzy dotyczącej profilaktyki i objawów choroby niedokrwiennej serca u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2004; 4: 135–141.
5. Kubica A., Pufal J., Moczulska B. i wsp. Skuteczność edukacji zdrowotnej u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2005; 5: 61–68.
6. Kubica A., Sinkiewicz W., Szymański P., Bogdan M. Edukacja zdrowotna w chorobach układu krążenia — możliwości i zagrożenia. *Folia Cardiol. Excerpta* 2006; 1: 177–181.
7. Tobiasz Adamczyk B. Poziom wiedzy medycznej ludności jako element zachowań w zdrowiu i chorobie. W: Tobiasz Adamczyk B. red. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998: 38–43.
8. Dylewicz P., Przywarska I., Bobrowicz-Bieńkowska S., Tylka J., Filipiak K.J., Opolski G. Wybrane problemy rehabilitacji pozawałowej. W: Opolski G., Filipiak K.J., Polowski L. red. *Ostre zespoły wieńcowe.* Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002: 465–484.
9. Moore S.M., Prior K.N., Bond M.J. The contributions of psychological disposition and risk factor status to health following treatment for coronary artery disease. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2007; 6: 137–145.
10. Kirk-Gardner R., Steven D. Hearts for live: a community program on heart health promotion. *Can. J. Cardiovasc. Nurs.* 2003; 13: 5–10.
11. Baberg H.T., Jager D., Kahrman G. i wsp. Health promotion and cardiovascular risk factors. The level of knowledge among 510 inpatients of an acute coronary care unit. *Med. Klin. (Munich)* 2000; 95: 75–80.
12. Kubica A., Bogdan M., Budnik-Szymoniuk M. Zaburzenia lękowe u chorych po zawale serca. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2004; 4: 103–106.
13. Jakubowska-Winecka A. Style a strategie radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 83–106.
14. Wrześniewski K. Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne.* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996: 44–64.
15. Kubica A., Grzešek G., Grąbczewska Z. Choroby układu sercowo-naczyniowego — wyzwanie dla promocji zdrowia. *Cardiovasc. Forum* 2006; 11: 44–47.