

Zdrowie jako wartość dla pacjentów z cukrzycą

Health as a value for diabetic patients

Marek Derkacz ¹, Iwona Chmiel-Perzyńska ¹,
Ewelina Grywalska ², Andrzej Nowakowski ¹

¹ Klinika Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Katedra i Zakład Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Wstęp: Zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, obejmującym wzajemnie od siebie zależne aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne. Zrozumienie istoty i wartości zdrowia, podobnie jak umieszczenie go w hierarchii życiowych wartości odgrywa bardzo dużą rolę w życiu każdego człowieka.

Celem badania: była ocena zachowań zdrowotnych i rozumienia zdrowia jako wartości osobistej i symbolu szczęścia wśród chorych na cukrzycę typu 2.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w grupie 50 chorych (22 mężczyzn i 28 kobiet). Średnia wieku badanych wynosiła 58,8 lat ($\pm 15,2$), a średni czas trwania choroby - 11,4 ($\pm 8,6$) lat. Narzędzia badawcze stanowiły: kwestionariusz autorski oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) i Lista Wartości Osobistych (LWO) opracowane przez Zygryda Juczyńskiego.

Wyniki: Wśród kategorii zachowań zdrowotnych wskaźniki nasilenia poszczególnych kategorii dla chorych na cukrzycę były wyższe w porównaniu z wytyczonymi normami. Wskaźnik zachowań zdrowotnych w badanej grupie wynosił $89,3 \pm 15$. Wykazano dodatnią korelację pomiędzy wykształceniem a wynikami uzyskanymi w kategoriach „nawyki żywieniowe” ($p < 0,05$) oraz „pozytywne nastawienie psychiczne” ($p < 0,001$) i ujemną korelację w kategorii „zachowania profilaktyczne” ($p < 0,001$). Kobiety wyżej oceniały dobre zdrowie i sprawność fizyczną i psychiczną jako wartość decydującą o szczęściu. 67,85% respondentek uznało te cechy za najważniejszy symbol szczęścia, w porównaniu do 27,27% mężczyzn ($p < 0,05$). Chorzy na cukrzycę wśród symboli szczęścia zdrowie wymieniali na pierwszym miejscu, zaś wśród wartości osobistych decydujących o szczęściu na miejscu drugim.

Wnioski: Osoby chore na cukrzycę przywiązują większą wagę do zachowań zdrowotnych w porównaniu z osobami zdrowymi. „Dobre zdrowie” stanowi istotną wartość decydującą o ich szczęściu osobistym.

Słowa kluczowe: zdrowie, zachowania zdrowotne, cukrzyca, IZZ, LWO

Abstract

Introduction: Health is a multidimensional phenomenon encompassing interdependent physical, mental and social aspects. Understanding the nature and value of health, as well as placing it in the hierarchy of life values, plays a substantial role in the life of every man.

Study goal: The assessment of health behaviours and understanding of health as a personal value and the symbol of happiness among patients with type 2 diabetes.

Material and methodology: The study was conducted on a group of 50 patients (22 males and 28 females). The average age of the population studied was 58.8 (± 15.2) years and the average duration of the disease was 11.4 (± 8.6) years. The research tools used in the study included: an original questionnaire, the Health Behaviour Inventory (HBI) and the List of Personal Values (LPV) developed by Zygrid Juczyński.

Study results: In the case of diabetic patients, among the categories of health behaviour the severity indices for each category were higher in comparison with established standards. The health behaviour index in the study group was 89.3 ± 15 . A positive correlation was revealed between education and the results obtained in categories of “eating habits” ($p < 0.05$) and “positive mental attitude” ($p < 0.001$), whereas in the category of “preventive behaviour” ($p < 0.001$) a negative correlation was observed. Women assessed good health higher and both physical and mental fitness as values determining happiness; 67.85% of female respondents considered these features as the most important symbols of happiness compared with 27.27% men ($p < 0.05$). Among the symbols of happiness patients with diabetes listed health in the first place, whereas among the personal values determining personal happiness they listed it on the second place.

Conclusion: Diabetic patients give a higher priority to health behaviours compared with healthy subjects. “Good health” is a significant value determining their personal happiness.

Keywords: health, health behaviour, diabetes, HBI, LPV

Wstęp

Cukrzycą nazywamy grupę chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiper-

glikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych [1]. Cukrzyca typu 2 (występująca u około 80-90% wszystkich cho-

rych na cukrzycę) stała się powszechnym problemem zdrowotnym na świecie. Z uwagi na dramatyczny wzrost liczby zachorowań obserwowany w ostatnich dekadach, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała ją za pierwszą niezakaźną epidemię. Według szacunkowych danych, na świecie żyje około 285 mln chorych na cukrzycę. Zgodnie z przewidywaniami w 2030 r. liczba osób, które zachorują może wzrosnąć nawet do 438 mln. Obecnie w Europie jak się szacuje cukrzyca występuje u ponad 55 mln osób, a w krajach członkowskich Unii Europejskiej choroba ta może dotyczyć nawet ponad 30 mln. [2].

Zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, obejmującym zależne od siebie wzajemnie aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne. Według definicji WHO, zdrowie to nie tylko brak choroby lub niedomagania, ale właśnie także pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny [3,4]. Zdrowie każdego człowieka w ok. 53% jest determinowane przez styl życia i zachowania zdrowotne. Mniejszą zaś rolę odgrywają czynniki środowiskowe (21%), genetyczne (16%) i działania służby zdrowia (10%) [5]. Zachowaniami zdrowotnymi określa się postępowanie, działanie (lub ich zaniechanie) bezpośrednio lub pośrednio wpływające na zdrowie i samopoczucie człowieka [6]. Zrozumienie istoty i wartości zdrowia, podobnie jak umieszczenie go w hierarchii życiowych wartości odgrywa bardzo dużą rolę w życiu każdego człowieka [7]. Zdrowie stanowi zwykle wartość postrzeganą inaczej przez osoby zdrowe, a inaczej przez ludzi chorych. Samo w sobie stanowi podstawę kształtowania zachowań wobec potrzeb zdrowotnych i świadczy o ludzkim wkładzie w zwiększenie lub zatrzymanie wysokiego potencjału cech psychofizycznych niezbędnych w życiu [8]. Z kolei wpływ zmian chorobowych na postępowanie pacjentów zależy również od jakości i wielkości wywoływanych przez nie cierpień [9].

Cel badania

Celem badania była ocena zachowań zdrowotnych oraz rozumienia zdrowia jako wartości osobistej i symbolu szczęścia wśród osób chorych na cukrzycę typu 2.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród 50 chorych na cukrzycę (22 mężczyzn, 28 kobiet) hospitalizowanych w Klinice Endokrynologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie. Średnia wieku badanych wynosiła 58,8 lat ($\pm 15,2$), a średni czas trwania choroby 11,4 ($\pm 8,6$) lat. W badanej grupie u 14 pacjentów w leczeniu cukrzycy stosowano doustne leki przeciwcukrzycowe, 20 osób leczonych było równocześnie lekami doustnymi i insuliną, a 16 osób stosowało insulinę w monoterapii.

Badanie przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza autorskiego oraz Inwentarza Zachowań Zdrowot-

nych (IZZ) i Listy Wartości Osobistych (LWO) opracowanych przez Zygrfyda Juczyńskiego [10].

Kwestionariusz autorski składał się m.in. z pytań metryczkowych dotyczących cech społeczno-demograficznych respondentów oraz przebiegu choroby. Użyty w badaniu formularz IZZ składa się z 24 stwierdzeń opisujących 4 kategorie zachowań związanych ze zdrowiem, takich jak: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne i praktyki zdrowotne. Częstość wykonywania danej czynności badani określali w skali 5-stopniowej (od 1 - prawie nigdy do 5 - prawie zawsze). Wartość wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych mieści się w granicach od 24 do 120 punktów. Wyższy wskaźnik oznacza większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Zachowania zdrowotne określone przez IZZ uwzględniają trzy główne typy zachowań:

- zachowania, o których wiadomo, że obniżają lub podwyższają ryzyko zachorowania
- zachowania podejmowane w przekonaniu, że przyczyniają się do utrzymania zdrowia lub zredukowania zagrożenia chorobą
- zachowania związane z przestrzeganiem zaleceń lekarskich [11].

Do oceny nasilenia kategorii zachowań zdrowotnych służy podany przez autora klucz diagnostyczny [12]. Zastosowany w badaniu formularz LWO, jest narzędziem badawczym składającym się z dwóch części. Pierwsza zawiera opis 9 symboli szczęścia, druga 10 kategorii wartości osobistych, wśród których znajduje się między innymi "dobre zdrowie" utożsamiane ze sprawnością fizyczną i psychiczną. LWO umożliwia oszacowanie wartości, jaką przypisuje się zdrowiu w kontekście innych ważnych dla człowieka dóbr osobistych i wartości.

Analiza statystyczna zebranych danych została przeprowadzona przy pomocy testu χ^2 , testu t Studenta oraz współczynnika korelacji Spearmana. Za poziom istotności przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki badań

Wśród kategorii zachowań zdrowotnych wskaźniki nasilenia poszczególnych kategorii dla chorych na cukrzycę: „prawidłowe nawyki żywieniowe”, „pozytywne nastawienie psychiczne”, „zachowania profilaktyczne” oraz „praktyki zdrowotne” były wyższe w porównaniu z wytyczonymi normami, odpowiednio: 3,9 [N=3,22], 3,7 [N=3,52], 3,7 [N=3,22], 3,5 [N=3,32].

Osoby mieszkające w mieście uzyskały wyższe średnie wartości w kategorii „pozytywne nastawienia psychiczne” w porównaniu do mieszkańców wsi ($p < 0,001$; $t = 4,58$). Nie stwierdzono zależności pomiędzy wiekiem badanych a wynikami uzyskanymi w niemal wszystkich poszczególnych kategoriach zachowań wśród ogółu badanych. Stwierdzono jedynie występowanie ujemnej korelacji pomiędzy wiekiem

a kategorią „pozytywne nastawienia psychiczne” w podgrupie badanych kobiet ($p < 0,05$; $R = -0,471$). Wykazano dodatnią korelację pomiędzy wykształceniem a wynikami uzyskanymi w kategoriach „nawyki żywieniowe” ($p < 0,05$; $R = 0,478$) oraz „pozytywne nastawienie psychiczne” ($p < 0,001$; $R = 0,999$) i ujemną korelację w kategorii „zachowania profilaktyczne” ($p < 0,001$; $R = -0,554$), zarówno wśród ogółu badanych, jak i w podgrupach mężczyzn i kobiet. Czas trwania choroby korelował dodatnio z wynikiem uzyskiwanym w kategorii praktyki zdrowotne zarówno wśród ogółu badanych, jak i w podgrupach mężczyzn i kobiet ($p < 0,001$; $R = 1$). Nie wykazano zależności pomiędzy czasem trwania choroby, a pozostałymi kategoriami zachowań zdrowotnych. Nie wykazano również zależności pomiędzy płcią, miejscem zamieszkania i sposobem leczenia, a badanymi czynnikami.

Wskaźnik zachowań zdrowotnych w badanej grupie wynosił $89,3 \pm 15$ i był wyższy od normy dla zdrowych dorosłych $N = 81,82 \pm 14,6$ [13]. Kobiety wyżej oceniały dobre zdrowie oraz sprawność fizyczną i psychiczną jako wartości decydujące o szczęściu. 67,85% respondentek uznało te cechy za najważniejszy symbol szczęścia, w porównaniu do 27,27% mężczyzn ($p < 0,05$; $\chi^2 = 14,149$). W przypadku pozostałych symboli nie wykazano istotnych statystycznie różnic w obrębie płci.

Badani bardzo wysoko ocenili dobre zdrowie, umieszczając je na 1. miejscu wśród symboli szczęścia i na 2. pozycji wśród wartości osobistych decydujących o szczęściu. Najwyższe oceny w grupie badanych pacjentów wśród symboli szczęścia otrzymały w wymienionej kolejności zgodnej ze wskaźnikami nasilenia: dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna (3,96), miłość, przyjaźń (3,4), wiedza, mądrość (1,66), inteligencja, bystrość umysłu (1,58) oraz radość, zadowolenie (1,52). Nie wykazano zależności pomiędzy wykształceniem a wyborem poszczególnych symboli w badanej grupie.

Z kolei wśród wartości decydujących o szczęściu, chorzy najwyżej oceniali: udane życie rodzinne (4,1), dobre zdrowie (3,5), bycie potrzebnym dla innych ludzi (2,14), wykonywanie ulubionej pracy, zawodu (2,14) oraz duży krąg przyjaciół (1,46). Kobiety wyżej oceniały dobre zdrowie oraz sprawność fizyczną i psychiczną jako wartość decydującą o szczęściu. 67,85% respondentek uznało te cechy za najważniejszy symbol szczęścia, w porównaniu do 27,27% mężczyzn ($p < 0,05$; $\chi^2 = 14,149$). W przypadku pozostałych symboli nie wykazano istotnych statystycznie różnic w obrębie płci.

Dyskusja

Wyższe wskaźniki zachowań zdrowotnych wśród badanych chorych na cukrzycę znajdują potwierdzenie w wynikach uzyskanych przez innych autorów [14,15]. Zachowania prozdrowotne związane m.in. z odpoczynkiem, regularnym snem, kontrolą masy ciała i ogranicze-

niem używek u osób ze schorzeniami przewlekłymi, do których zalicza się również cukrzyca najprawdopodobniej wynikają ze świadomości powagi tego typu chorób [16].

Uzyskanie przez osoby mieszkające w mieście wyższych wartości w kategorii „pozytywne nastawienie psychiczne” może wynikać z lepszej dostępności do świadczeń specjalistycznych, w tym do lekarza diabetologa, co ułatwia uzyskanie lepszego wyrównania metabolicznego cukrzycy. Właściwe wyrównanie choroby zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań cukrzycy oraz poprawia jakość życia chorych. Mieszkańcy wsi w Polsce mają niestety utrudniony dostęp do wielu świadczeń [17,18].

Wykazane w badaniu niższe wartości w kategorii „pozytywne nastawienie psychiczne” wśród starszych kobiet chorych na cukrzycę wskazuje na potrzebę otoczenia opieką szczególnie tej grupy pacjentek. Poza wsparciem psychologicznym bardzo ważny jest udział we wszelkiego rodzaju grupach i stowarzyszeniach, pozwalający na wymianę doświadczeń z innymi osobami cierpiącymi na schorzenia przewlekłe oraz zdobywanie wiedzy na temat własnej choroby. W naszej opinii skuteczną formę terapii, szczególnie dla osób w starszym wieku mogłyby być np. regularny udział w zajęciach na Uniwersytecie Trzeciego Wieku. Ludzie starsi, aktywni intelektualnie wykazują nie tylko bardziej pozytywne nastawienie psychiczne, ale także charakteryzują się ogólnie wyższym wskaźnikiem zachowań prozdrowotnych, mają lepsze nawyki żywieniowe oraz częściej podejmują zachowania profilaktyczne i praktyki służące zdrowiu [19]. Rozszerzone wsparcie socjalne i pewność siebie w samokontroli cukrzycy mogą poprawić kontrolę metaboliczną choroby, radzenie sobie z cukrzycą oraz psychospołeczne dostosowanie się do tej choroby [20].

Osoby z wyższym wykształceniem biorące udział w badaniu cechowały się lepszymi nawykami żywieniowymi oraz lepszym nastawieniem psychicznym w porównaniu do osób gorzej wykształconych. Wynikało to najprawdopodobniej z większej samoświadomości, będącej efektem posiadania większych zasobów wiedzy i w związku z tym z lepszego radzenia sobie z chorobą. Do cech społecznych jednostki, które wywierają najsilniejszy wpływ na preferencje żywieniowe człowieka należy m.in. poziom wykształcenia. Oddziałuje on na system wartości i ocenę potrzeb. Wyższy poziom wykształcenia rozwija zarówno potrzeby, jak i pozwala na ich zaspokojenie. Poziom wykształcenia często wiąże się z wysokością osiąganych dochodów, co bezpośrednio wpływa na stopień urozmaicenia spożywanej diety i sprzyja prawidłowemu spożyciu poszczególnych składników odżywczych. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) gospodarstwa domowe prowadzone przez osoby z wyższym wykształceniem charakteryzują się większą konsumpcją napojów mlecznych, serów, owoców, soków

i wód mineralnych w porównaniu do gospodarstw domowych osób z wykształceniem podstawowym [21,22].

Zaskakujące jest, iż osoby z wyższym wykształceniem uzyskały niższą punktację w kategorii "zachowania profilaktyczne". Gorsze wyniki mogły wynikać z faktu, że osoby z wyższym wykształceniem prawdopodobnie częściej miały wątpliwości dotyczące zaleceń wydawanych przez lekarzy. Mogły one również nie odczuwać potrzeby regularnego poddawania się okresowym badaniom. Być może wynikało to też z przekonania, że są w stanie lepiej samodzielnie kontrolować swoje zdrowie i posiadają wystarczającą wiedzę, często samodzielnie czerpaną z dostępnej literatury i mediów. Lepsze wyniki uzyskane w tej kategorii przez osoby gorzej wykształcone w naszej opinii wynikały m.in. z dokładniejszego przestrzegania zaleceń lekarskich, zgłaszania się na badania lekarskie, częstszego dążenia do uzyskania informacji medycznych i zrozumienia przyczyn zdrowia i choroby.

Wykazaliśmy, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta częstość stosowania prawidłowych nawyków żywieniowych w badanej przez nas grupie. Odmienne od naszych wyniki w kategorii "nawyki żywieniowe" uzyskali w swoich badaniach Kurowska i wsp. badający pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego [23]. W badaniu tym częstsze występowanie prawidłowych nawyków żywieniowych stwierdzono w grupie osób z wykształceniem podstawowym oraz średnim. Być może różnice w wynikach wynikają ze specyfiki choroby jaką jest cukrzyca. Osoby chore na cukrzycę często już w momencie rozpoznania są edukowane w kierunku zaleceń dietetycznych. Pacjenci posiadający wyższe wykształcenie mając świadomość kluczowego warunku dobrego wyrównania cukrzycy, jakim jest właściwa dieta, bardziej restrykcyjnie tych zaleceń przestrzegają.

Zbliżone do naszych wyniki uzyskali Ślusarska i wsp. w badaniach prowadzonych wśród osób zdrowych. Autorzy wykazali zależność pomiędzy deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi, a poziomem wykształcenia. Osoby legitymujące się wykształceniem wyższym deklarowały wyższy poziom tych zachowań w porównaniu do osób z wykształceniem średnim i zasadniczym. Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych z wyjątkiem kategorii „prawidłowe nawyki żywieniowe”, które w grupie osób z wyższym wykształceniem, podobnie jak wśród badanych przez nas osób miały najwyższą wartość punktową [24].

Wskaźnik zachowań zdrowotnych w badanej przez nas grupie wynosił 89,3 i był nieznacznie niższy niż wskaźnik uzyskany w grupie chorych na cukrzycę w badaniu Juczyńskiego - 92,44 [10]. Wynik ten był jednak wyższy niż średnie wyniki IZZ w grupie zdrowych studentek: 80,62; nauczycielek: 79,93, pacjentów dializowanych: 83,45, mężczyzn po zawale serca: 84,00, kobiet

w okresie menopauzy: 85,98 czy pielęgniarek opiekujących się chorymi na cukrzycę: 81,59 [10,25]. Wyższe wskaźniki zachowań zdrowotnych wśród osób chorych na cukrzycę w odniesieniu do innych grup świadczą naszym zdaniem o lepszej edukacji i świadomości korzyści wynikających z przestrzegania właściwych zachowań zdrowotnych oraz ich wpływu na przebieg cukrzycy. Niestety ogólna świadomość Polaków przekładająca się na zachowania zdrowotne jest niska w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej [26], stąd niezwykle ważna jest rola personelu medycznego w edukowaniu pacjentów. Wydaje się, że w przypadku badanych pacjentów diabetologicznych to zadanie zostało właściwie wykonane. Podejmowanie przez lekarzy działań mających na celu kształtowanie wśród chorych na cukrzycę odpowiedzialności za własne zdrowie, pogłębianie wiedzy na temat choroby, a także nauczanie umiejętności życia z chorobą mogą również zmniejszać lęk i poczucie inwalidztwa, jak również stwarzać szansę na większą samodzielność i niezależność pacjentów [27,28].

Podczas normalizacji testu przeprowadzonej na grupie zdrowych ochotników stwierdzono, że zdrowie należy do najczęściej wybieranych symboli szczęścia, lecz rzadko przypisywano mu najwyższą rangę. Wśród symboli szczęścia zdrowie znalazło się na 5. miejscu, zaś wśród wartości osobistych osoby zdrowe przypisywały mu 2. pozycję [10]. Również umieszczenie zdrowia na wysokiej pozycji wśród wartości osobistych człowieka i symboli szczęścia może sprzyjać kształtowaniu zachowań prozdrowotnych i pomóc skuteczniej radzić sobie z chorobą. Takie działania powinny być podejmowane już w okresie dzieciństwa i dojrzewania.

Wnioski

1. Osoby chore na cukrzycę przywiązują większą wagę do zachowań zdrowotnych w porównaniu z osobami zdrowymi, zaś „dobre zdrowie” stanowi istotną wartość decydującą o ich szczęściu osobistym.
2. Należy zwracać uwagę na czynniki socjodemograficzne warunkujące kategorie zachowań prozdrowotnych.
3. Z uwagi na istnienie wielu cech specyficznych dla każdego człowieka, takich jak: płeć, wiek, osobowość, długość trwania choroby - niezbędne wydaje się zindywidualizowanie działań terapeutycznych, które mogłyby zwiększyć korzyści dla pacjentów i poprawić wyniki ich leczenia.
4. Zastosowane w badaniu kwestionariusze mogą być przydatne w planowaniu działań profilaktycznych, ustalaniu kierunków zmian zachowań zdrowotnych i ich monitorowaniu.

References

1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2011. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

2. Halban PA. Doniesienie z 46. dorocznego spotkania Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą (EASD).
3. World Health Organization. 1946. [www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf *WHO definition of Health*], Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
4. World Health Organization. 2006. Constitution of the World Health Organization - Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.
5. Kowalczyk-Sroka, Marmurowska –Michałowska H., Cieślak A., Lelonek B. Zachowania zdrowotne wśród chorych na cukrzycę i personelu medycznego. *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska [Med]* Vol.LVIII, Suppl. XIII, 125 Sectio D 2003; 106-112.
6. Woynarowska B. Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Pediatrii Społecznej i Szkolnej, Warszawa 1993.
7. Antonowsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wyd. Instytut Psychologii i neurologii. Warszawa 2005.
8. Antonowsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wyd. Instytut Psychologii i neurologii. Warszawa 2005.
9. Kulczycki M.: Charakterystyka sytuacji pacjenta w leczeniu otwartym. [W:] Jarosz M. (red.): *Psychologia lekarska*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.
10. Juczyński Z.: Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. W: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych*. Warszawa 2001, 106-127.
11. Juczyński Z.: Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. W: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych*. Warszawa 2001, 110.
12. Juczyński Z.: Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. W: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych*. Warszawa 2001, 116.
13. Juczyński Z.: Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. W: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych*. Warszawa 2001.
14. Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. Warszawa, 2001.
15. Kowalczyk-Sroka, Marmurowska –Michałowska H., Cieślak A., Lelonek B. Zachowania zdrowotne wśród chorych na cukrzycę i personelu medycznego. *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska [Med]* Vol.LVIII, Suppl. XIII, 125 Sectio D 2003; 106-112.
16. Kurowska K., Białasik B. Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) *Nowiny Lek.* 2009, 78, 2, 113–122.
17. Trudności w uzyskiwaniu świadczeń medycznych. Komunikat z badań. Warszawa: CBOS:2001,3.
18. Krot K., Glińska E., Problem dostępu do usług medycznych po reformie służby zdrowia w Polsce, <http://www.univ.rzeszow.pl/nauka/konferencje/nierownosci/referaty.html>.
19. Kozieł D., Kaczmarczyk M., Naszydlowska E., Galuszka R. Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. *Studia Medyczne* 2008; 12: 23-28.
20. Whittemore R., D'Eramo Melkus G., Grey M. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *J Clin Nurs.* 2005;14(2):195-203.
21. Gawęcki J., Roszkowski W. *Żywnienie człowieka a zdrowie publiczne*, wyd. PWN, Warszawa 2009.
22. Jeżewska-Zychowicz M. *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania*, wyd. SGGW, Warszawa 2004.
23. Kurowska K., Białasik B. Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) *Nowiny Lek.* 2009, 78, 2, 113–122.
24. Ślusarska B., Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(1): 34-40.
25. Kowalczyk-Sroka B., Marmurowska-Michałowska H., Cieślak A., Lelonek B. Zachowania zdrowotne wśród chorych na cukrzycę i personelu medycznego. *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska [Med]* Vol.LVIII, Suppl. XIII, 125 Sectio D 2003; 106-112.
26. Kulmatycki L., Supinski J. Styl życia i zdrowie Polaków na tle krajów UE – analiza porównawcza *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska [Med.]* Vol.LX, Suppl. XVI, 265 Sectio D 2005. 181-185.
27. Taton J.: *Cukrzyca. Nauczanie samoopieki*. Warszawa: PWN, 1995
28. Abramczyk A., Turowski K. (red): *Wybrane szczegółowe standardy pielęgniarstwa klinicznego*. Lublin 1996, s.73-75.

Correspondence address

Marek Derkacz
 Klinika Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
 ul. Jaczewskiego 8
 20-090 Lublin
 Tel. 81 7244668