

POCZUCIE KOHERENCJI A JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

The sense of coherence and quality of life in patients with heart failure

Aleksandra Kołtuniuk¹, Aleksandra Podsiadły², Beata Jankowska-Polańska²

¹ Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: aleksandra.koltuniuk@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Niewydolność serca, mimo znacznych postępów w leczeniu, stanowi coraz większy problem zdrowotny, jak i społeczny w rozwiniętych krajach Ameryki i Europy. Obecnie duży postęp w leczeniu ostrych incydentów wieńcowych, w szczególności zawałów serca, postęp kardiologii inwazyjnej oraz dobra farmakoterapia przyczyniły się do znacznej redukcji liczby zgonów, a tym samym do wydłużenia życia pacjentom.

Cel pracy. Ocena czynników wpływających na poziom koherencji u pacjentów z niewydolnością serca oraz określenie związku między poczuciem koherencji a jakością życia u tych pacjentów.

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone wśród 114 pacjentów z niewydolnością serca leczonych na Oddziale Kardiologii. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem narzędzi badawczych, tj. autorskiego kwestionariusza oraz standaryzowanych skal: Testu Orientacji Życiowej oraz Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF. Wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Analiza materiału badawczego wykazała, iż 34% badanych charakteryzuje się niskim poczuciem koherencji, a 66% – wysokim poczuciem koherencji. Osoby będące w związku małżeńskim ($p = 0,047$) oraz mieszkające z rodziną ($p = 0,021$) częściej charakteryzują się wysokim poczuciem koherencji. Natomiast osoby, u których choroba niedokrwienna serca ($p = 0,024$) lub nadciśnienie tętnicze jest przyczyną niewydolności serca częściej charakteryzują się niskim poczuciem koherencji. Poziom koherencji istotnie pozytywnie wpływa na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca.

Wnioski. Jakość życia pacjentów z wysokim poziomem koherencji (optymistów) jest istotnie wyższa od jakości życia pacjentów z niskim poziomem koherencji (pesymistów).

Słowa kluczowe: niewydolność serca, jakość życia, koherencja.

SUMMARY

Background. Heart failure, despite significant progress in treatment procedures, is a growing health and social problem in the developed countries of America and Europe. Currently, a major advance in the treatment of acute coronary events, especially heart attacks, the progress of invasive cardiology and good pharmacotherapy contributed to a significant reduction in the number of deaths and at the same time to longer life of patients.

Objectives. To assess factors affecting the coherence level in patients with heart failure and to determine the dependence between coherence and quality of life in the above patients.

Material and methods. The study was conducted among 114 patients with heart failure treated at the Department of Cardiology. A diagnostic survey method was used in the study with other research tools, i.e. author's questionnaire and standardized scales: Life Orientation Test and WHOQoL-BREF Quality of Life Questionnaire. The results were analyzed statistically.

Results. The analysis of the study material showed that 34% of respondents are characterized by a low sense of coherence and 66% by a high sense of coherence. Married persons ($p = 0.047$) and those living with the family ($p = 0.021$) are more likely to have a high sense of coherence. On the other hand, patients whose coronary artery disease ($p = 0.024$) or hypertension are the cause of heart failure are more often characterized by a low sense of coherence. The level of coherence significantly positively affects the quality of life in patients with heart failure.

Conclusions. Quality of life in patients with high levels of coherence (optimists) is significantly higher than the quality of life in patients with low coherence (pessimists).

Key words: heart failure, quality of life, coherence.

WSTĘP

Niewydolność serca, mimo znacznych postępów w leczeniu, stanowi coraz większy problem zdrowotny, jak i społeczny w rozwiniętych krajach Ameryki oraz Europy. Określano ją mianem „medycznej hydry”. Hydra była mitologicznym potworem o wielu głowach, które odrastały w zwiększonej liczbie, po odcięciu jednej z nich [1, 2]. To porównanie określa złożony charakter niewydolności serca, a także trudności przy rozwiązywaniu tego problemu. Obecnie duży postęp w leczeniu ostrych incydentów wieńcowych, w szczególności zawałów serca, postęp kardiologii inwazyjnej oraz dobra farmakoterapia przyczyniły się do znacznej redukcji liczby zgonów z powodów kardiologicznych, a tym samym do wydłużenia życia pacjentów [3].

Jakość życia można zdefiniować jako termin łączący poczucie satysfakcji oraz szczęścia, aczkolwiek termin ten trudno jednoznacznie określić, gdyż ma powiązanie z wielorakimi aspektami życia ludzkiego. Pojęcie QoL (*quality of life*) może dotyczyć komponentów zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych. Z medycznego punktu „widzenia” jakość życia jest uznawana za właściwość oceniającą efekt leczenia [4, 5]. Termin ten pozwala określić oraz zrozumieć potrzeby i deficyt pacjenta, a tym sa-

mym umożliwia wprowadzenie holistycznej i zindywidualizowanej opieki nad chorym.

Koherencja to pojęcie wprowadzone przez Antonovsky'ego i stanowi kluczową rolę w salutogenetycznej koncepcji zdrowia. Ujmuje on je jako „globalną orientację człowieka”. Koherencja składa się z trzech komponentów (poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności i poczucie sensowności), jednakże to poczucie sensowności ma największy wpływ na pozostałe dwa. Jeśli poczucie sensowności jest wysokie, wzrasta także poczucie zrozumiałości i zaradności [6, 7]. Najkrócej rzecz ujmując, poczucie koherencji jest charakterystycznym dla jednostki sposobem postrzegania świata i swojego w nim miejsca. Silne poczucie koherencji powoduje, iż człowiek jest w stanie posługiwać się zgromadzonymi zasobami. Umie rozpoznawać i nazywać własne emocje, przez co żyje świadomie i rozumie siebie. Łatwiej radzi sobie z problemami, gdyż doszukuje się źródła i logiki problemu, jest nastawiony na walkę z problemem, a nie życie pasywne.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena czynników wpływających na poziom koherencji u pacjentów z niewydolnością serca oraz określenie związku między poczuciem koherencji a jakością życia u tych pacjentów.

MATERIAŁ I METODY

Badanie było prowadzone od 1 maja 2015 do 1 grudnia 2015 roku w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu. W badaniu wzięło udział 114 pacjentów z niewydolnością serca.

Do przeprowadzenia badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem narzędzi badawczych, tj. Testu Orientacji Życiowej (LOT-R wg adaptacji Z. Juczyńskiego), Kwestionariusza oceny jakości życia (WHOQoL-BREF w tłumaczeniu H. Baran-Furga, B. Habrata i K. Steinbarth-Chmielewskiej) oraz ankiety własnego autorstwa, zawierającej pytania o dane socjodemograficzne i 19 pytań związanych z chorobą.

Kryteria włączenia do badań:

- wiek > 18 r.ż.,
- rozpoznanie niewydolności serca,
- klasyfikacja NYHA 2. lub 3. stopień,
- zgoda na udział w badaniu.

Na potrzeby niniejszej pracy przyjęto podział pacjentów ze względu na poziom koherencji na dwie grupy w Skali Optymizmu Dyspozycyjnego według LOT-R:

- niski (sten 1–5),
- wysoki (sten 6–10).

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 114 pacjentów leczonych z powodu niewydolności serca. Wśród badanych osób 43% stanowiły kobiety, a 57% mężczyźni. Zdecydowana większość respondentów była w wieku powyżej 65 lat, pozostałe 10,5% stanowiła grupa wiekowa od 45 do 64. Wśród badanych 80,7% osób była w związku, pozostałe 19,3% to osoby wolne. Prawie połowa badanych mieszkała z mężem/żoną, natomiast 18,4% osób mieszkało samotnie. Wśród ankietowanych tylko jedna osoba była aktywna zawodowo, 99% utrzymywało się z renty lub emerytury.

Analiza danych uzyskanych dzięki kwestionariuszowi LOT-R wykazała, iż 43% badanych oceniło ogólny poziom koherencji jako przeciętny, natomiast 33,3% to osoby o wysokim wskaźniku koherencji, a 23,7% to osoby, które charakteryzują się niskim poczuciem koherencji.

U pacjentów będących w związku częściej niż u żyjących w stanie wolnym stwierdzano wysoki poziom koherencji (86,7% vs. 13,3%; $p = 0,047$). Natomiast pacjenci mieszkający samotnie rzadziej charakteryzowali się wysokim poziomem koherencji niż osoby mieszkające razem z mężem/żoną (12% vs. 53,3%; $p = 0,021$). Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Liczba (n) i proporcja (%) pacjentów różniących się poziomem koherencji według kwestionariusza LOT-R i cechami socjalno-demograficznymi oraz wyniki testu niezależności chi-kwadrat i wartości ilorazu szans (OR)

Zmienna (cecha)	Poziom koherencji				p	OR (95% PU)
	niski n = 39		wysoki n = 75			
	n	%	n	%		
1. Płeć:					0,367	1,57 (0,7–3,46)
kobiety	14	35,9	35	46,7		
mężczyźni	25	64,1	40	53,3		
2. Wiek:					0,215	2,85 (0,59–13,7)
od 45 do 64 lat	2	5,1	10	13,3		
65 lat lub więcej	37	94,9	65	86,7		
3. Miejsce zamieszkania:					0,685	1,27 (0,58–2,76)
miasto	19	48,7	41	54,7		
wieś	20	51,3	34	45,3		
4. Stan cywilny:					0,047	2,89 (1,12–7,48)
w związku	27	69,2	65	86,7		
wolna/wolny	12	30,8	10	13,3		
5. Z kim Pani/Pan mieszka obecnie?:					0,021	X
sama/sam	12	30,8	9	12,0		

z mężem/żoną, partnerem/partnerką	12	30,8	40	53,3		
z dziećmi oraz mężem/żoną	14	35,9	26	34,7		
w placówce zorganizowanej	1	2,6	0	0,0		
6. Poziom wykształcenia:					0,072	X
podstawowe	7	17,9	19	25,3		
zawodowe	10	25,6	28	37,3		
średnie	20	51,3	20	26,7		
wyższe	2	5,1	8	10,7		
7. Aktywność zawodowa:					1,0	X
praca umysłowa	0	0,0	1	1,3		
emerytura/renta	39	100,0	74	98,7		

OR (odds ratio) – iloraz szans; 95% PU – 95-procentowy przedział ufności dla ilorazu szans (OR).

Niski poziom koherencji występował istotnie częściej wśród pacjentów, u których przyczyną niewydolności serca była choroba niedokrwienna serca (76,9% vs. 53,3%; $p = 0,024$) lub nadciśnienie tętnicze (79,5% vs. 50,7%; $p = 0,005$), a także wśród pacjentów, u których podstawowym objawem choroby jest spadek wydolności wysiłkowej (97,4% vs. 70,7%; $p < 0,001$) oraz niepokój (66,7% vs. 32%; $p = 0,001$). Szczegółowe dane przedstawia tabela 2.

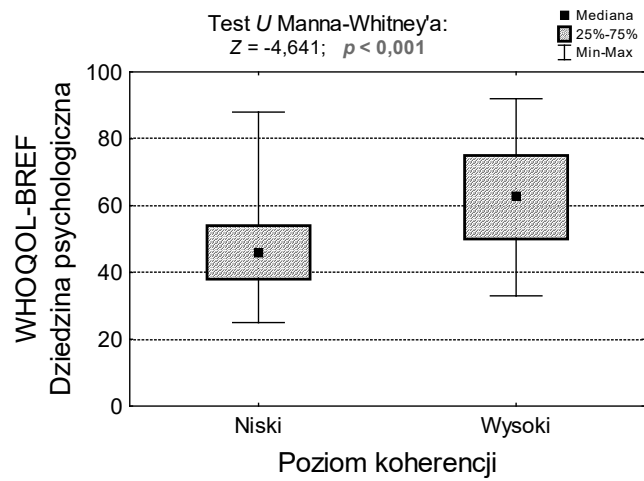
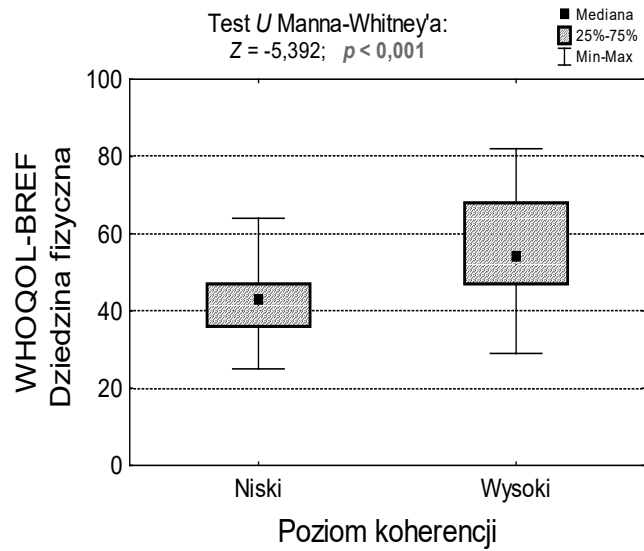
Osoby znające nefarmakologiczne metody leczenia choroby niewydolności serca istotnie częściej charakteryzują się wysokim poziomem koherencji (12% vs. 0,0%; $p = 0,027$).

Tabela 2. Liczba (n) i proporcja (%) pacjentów różniących się poziomem koherencji według kwestionariusza LOT-R i cechami klinicznymi oraz wyniki testu niezależności chi-kwadrat (p) i wartości ilorazu szans (OR)

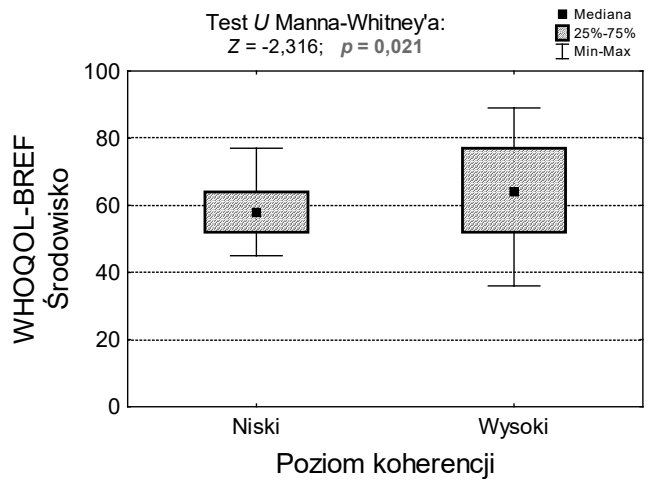
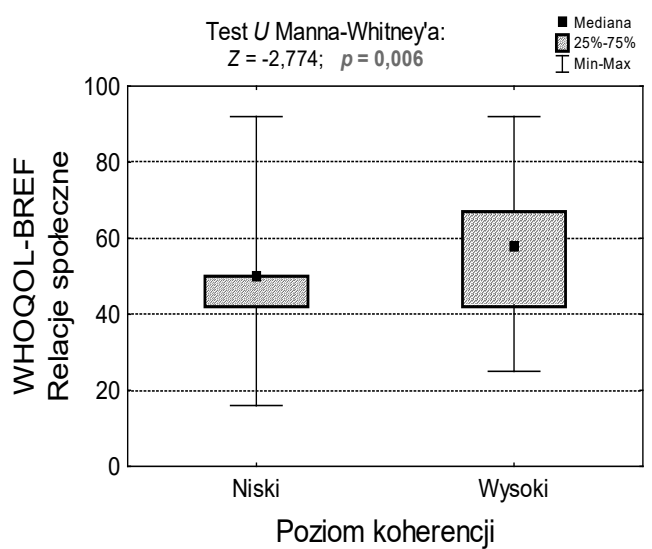
Zmienna (cecha)	Poziom koherencji				p	OR (95% PU)
	niski n = 39		wysoki n = 75			
	n	%	n	%		
15. Przyczyny niewydolności serca:						
a. Choroba niedo- krwienna (zawał serca)	30	76,9	40	53,3	0,024	0,34 (0,14–0,82)
b. Nadciśnienie tętnicze	31	79,5	38	50,7	0,005	0,26 (0,11–0,65)
c. Nadużywanie alkoholu	0	0,0	0	0,0	1,000	X
d. Pierwotne choro- by serca (kardio- miopatie)	5	12,8	16	21,3	0,317	1,84 (0,62–5,48)
e. Zapalenie mię- śnia sercowego	0	0,0	6	8,0	0,093	X
f. Wada zastawek serca	3	7,7	6	8,1	1,000	1,06 (0,25–4,49)
g. Zaburzenia ryt- mu serca	2	5,1	6	8,0	0,713	1,61 (0,31–8,37)
16. Jakie są podstawowe objawy choroby?						
a. Duszności	38	97,4	64	85,3	0,056	0,15 (0,02–1,23)
b. Spadek wydolno- ści wysiłkowej	38	97,4	53	70,7	<0,001	0,06 (0,01–0,49)
c. Obrzęki (np. w okolicach kostek)	38	97,4	70	93,3	0,662	0,37 (0,04–3,27)
d. Sinica	16	41,0	20	26,7	0,176	0,52 (0,23–1,18)
e. Kołatanie serca	16	41,0	25	33,3	0,544	0,72 (0,32–1,60)
f. Niepokój	26	66,7	24	32,0	0,001	0,24 (0,10–0,54)

17. Do której klasyfikacji wg NYHA Pan/(i) się wpisuje?					0,390	X
Klasa II	14	35,9	35	46,7		
Klasa III	25	64,1	39	52,0		
18. Frakcja wyrzutowa lewej komory?					0,178	X
30%	1	2,6	0	0,0		
34%	0	0,0	1	1,3		
35%	28	71,8	44	58,7		
40%	0	0,0	8	10,7		
45%	8	20,5	19	25,3		
50%	2	5,1	3	4,0		
19. Jak leki obecnie przyjmuje Pan(i) na chorobę niewydolności serca?						
a. Beta-blokery	37	94,9	71	94,7	1,000	0,96 (0,17–5,48)
b. ACE inhibitory	39	100,0	75	100,0	1,000	X
c. Antagoniści receptora aldosteronu	16	41,0	37	49,3	0,518	1,40 (0,64–3,06)
d. Leki diuretyczne (moczopędne)	38	97,4	64	85,3	0,056	0,15 (0,02–1,23)

Jakość życia pacjentów z wysokim poziomem koherencji (optymistów) jest istotnie wyższa od jakości życia pacjentów z niskim poziomem koherencji (pesymistów). Różnice są istotne statystycznie ($p < 0,05$) we wszystkich domenach jakości życia (ryc. 1a, 1b, 1c, 1d).



Ryciny 1a, 1b. Porównanie jakości życia w dziedzinie fizycznej i psychologicznej kwestionariusza WHOQoL-BREF między pacjentami różniącymi się poziomem koherencji (Test LOT-R) i wynik testu istotności



Ryciny 1c, 1d. Porównanie jakości życia w podskali relacje interpersonalne i środowisko kwestionariusza WHOQoL-BREF między pacjentami różniącymi się poziomem koherencji (Test LOT-R) i wynik testu istotności

DYSKUSJA

Niewydolność serca ze względu na swój złożony charakter stanowi duże wyzwanie dla całego sektora ochrony zdrowia. Na jej rozwój i przebieg wpływ ma wiele czynników, w tym również komponenta psychologiczna. Dlatego też oprócz leczenia farmakologicznego, operacyjnego ważne jest poznanie zasobów psychicznych i społecznych każdego pacjenta, aby móc efektywniej sprawować holistyczną opiekę nad pacjentem. Jednym z takich zasobów jest poczucie koherencji zaproponowane przez Antonowsky'ego. W niniejszej pracy oceniono wpływ wybranych czynników na poziom koherencji u pacjentów z niewydolnością serca oraz określono związek między poczuciem koherencji a jakością życia u tych pacjentów.

Analiza materiału badawczego wykazała, iż u większości pacjentów (43%) poziom orientacji życiowej był przeciętny (oscylował w granicach 5. a 6. stenu). Z badań przeprowadzonych przez Kurowską i wsp. [8] wśród pacjentów ze stabilną chorobą niedokrwienną serca wynika, iż odsetek osób, u których poziom koherencji był przeciętny, był zdecydowanie wyższy.

W niniejszym badaniu wykazano, iż płeć nie wpływa na poziom koherencji u pacjentów z niewydolnością serca [9]. Natomiast według Kurowskiej i wsp. [10] pacjenci będący w związku częściej charakteryzują się wysokim poziomem koherencji niż osoby stanu wolnego, co zostało potwierdzone również w badaniu własnym. Zgodne jest to z definicją koherencji wyprowadzoną przez Antonowsky'ego [11], który wyjaśnia, że u jej podłoża leży emocjonalno-motywacyjny wymiar poczucia koherencji,

w którym mowa jest o tym, iż warto sobie radzić z wymaganiami środowiska, że wymagania te warte są emocjonalnego zaangażowania, a podejmowanie działań i inwestowanie wysiłku ma sens. Badani, którzy mieszkali z bliskim, mieli w swoim otoczeniu osoby, które jak można przypuszczać interesowały się nimi oraz poświęcały im czas i uwagę, dzięki temu chorzy czuli, że nie są sami, mieli wsparcie i łatwiej mogli akceptować chorobę i nauczyć się z nią żyć.

Wcześniejsze badania wykazały, iż poziom koherencji jest predyktorem jakości życia pacjentów kardiologicznych [12, 13]. U pacjentów z niewydolnością serca, u których występuje silne poczucie koherencji, częściej obserwuje się tendencję do większego zadowolenia z życia, ponieważ są bardziej skłonni identyfikować bariery i ich rozwiązania oraz czują się bardziej pewni siebie [14]. Jakość życia pacjentów z niewydolnością serca charakteryzujących się wysokim poziomem koherencji (optymistów) jest istotnie wyższa od jakości życia pacjentów z niskim poziomem koherencji (pesymistów). Obecną korelację tłumaczy teoria Antonowsky'ego, który to zawarł ją w podejściu salutogenetycznym. Zdrowie i choroba to skrajne kontinuum, na którym można zlokalizować osoby w zależności od tego, jaki obraz przybiera u nich właściwość osobowościowa nazywana „poczuciem koherencji” (*sense of coherence*) i jakimi dysponują uogólnionymi zasobami odpornościowymi (*generalized resistance resources*), które ukierunkowują nadawanie znaczeń powszechnie występującym stresorom (wymaganiom, które rodzą stan napięcia) oraz mechanizmom radzenia sobie z nimi, czyli znajdowaniem optymalnych sposobów oddziaływania na otaczający człowieka system społeczny, środowisko fizyczne oraz własny organizm przez wspomniane wyżej własne, uogólnione zasoby odpornościowe. Nie jest tak, że wszystkie stresory muszą się przeradzać w stres, negatywne stany emocjonalne. Stresory mogą pełnić funkcję korzystną, rozwojową, mogą mo-

bilizować i wyzwalać energię, istotną bowiem rolę odgrywa subiektywna ocena wydarzeń (pozytywne, negatywne, ambiwalentne) i posiadane kompetencje tworzenia nowych sposobów funkcjonowania w obliczu tych stresorów [11]. Według Antonowsky'ego, osoby o silnym poczuciu koherencji charakteryzują się aktywnym, podmiotowym stosunkiem do własnego zdrowia oraz dokonują wewnętrznej atrybucji przyczyn zdrowia i działań prozdrowotnych.

A. Antonovsky stawia więc pytanie: w jaki sposób i dlaczego silne poczucie koherencji sprzyja zdrowiu? Jego zdaniem ([11], s. 144) człowiek o silnym poczuciu koherencji dobrze sobie radzi z napięciem, udaje mu się zatrzymać dobry stan zdrowia lub je poprawić. Zachodzi też większe prawdopodobieństwo, że trafnie oceni charakter i zakres problemu instrumentalnego, że potraktuje problem jako wyzwanie, że wybierze z repertuaru zasobów te, które lepiej pasują do problemu, i wykorzysta je w sposób racjonalny ([11], s. 146). Zatem istnieje związek przyczynowo-skutkowy między poczuciem koherencji, zachowaniami prozdrowotnymi i stanem zdrowia. Innymi słowy, ludzie o silnym poczuciu koherencji częściej zachowują się w sposób bardziej sprzyjający zdrowiu, niż ludzie o słabym poczuciu koherencji ([11], s. 151).

WNIOSKI

1. Występuje istotny związek między poczuciem koherencji a jakością życia pacjentów z niewydolnością serca.
2. Pozytywny wpływ na poczucie koherencji mają takie czynniki, jak: małżeństwo, mieszkanie z rodziną oraz dobre relacje społeczne.
3. Negatywny wpływ na poczucie koherencję ma odczuwanie niepokoju przez pacjenta.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur J Heart Fail* 2008; 10: 933–989.
2. Grupa Robocza 2012 Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) ds. Rozpoznania oraz Leczenia Ostrej i Przewlekłej Niewydolności Serca działająca we współpracy z Asocjacją Niewydolności Serca ESC (HFA). Wytyczne ESC dotyczące rozpoznania oraz leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca na 2012 rok. *Kardiologia Pol* 2012; 70 (Supl. II): 101–176.
3. Cleland JGF. Heart failure: a medical hydra. *Lancet* 1998; 352(spec. issue): si1–si2, doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)90011-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(98)90011-3).
4. Cramer JA, Spilker B. *Introduction*. In: Cramer JA, Spilker B. *Quality of life and pharmacoeconomics. An introduction*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
5. Kawecka-Jaszcz K, Kłoczek M, Tobiasz-Adamczyk B. *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*. Poznań: Termedia; 2006.
6. Piotrowicz M, Cianciara D. Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby. *Prz Epidemiol* 2011; 65(3): 521–527.
7. Binnebesel J. *Pedagogiczne możliwości kształcenia poczucia koherencji w kontekście salutogenetycznej koncepcji zdrowia A. Antonowsky'ego*. Toruń: Zakład Pedagogiki Specjalnej; 2000.
8. Kurowska K, Nowak A. The sense of coherence and knowledge about the disease in patients with stable coronary artery disease. *Folia Cardiol* 2014; 9(4): 337–343.
9. Ferreira VM, Silva LN, Furuya RK, et al. Self-care, sense of coherence and depression in patients hospitalized for decompensated heart failure. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(3): 387–393.
10. Kurowska K, Gawron A. Poczucie koherencji (SOC) a poziom posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaną przewlekłą niewydolnością tętniczą kończyn dolnych. *Now Lek* 2008; 77(3): 204–208.
11. Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1985.
12. Motzer SU, Stewart BJ. Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Res Nurs Health* 1996; 19(4): 287–298.
13. Kattainen E, Meriläinen P, Sintonen H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5(1): 21–30.
14. Goodman H, Firouzi A, Banya W, et al. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(7): 945–953.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Aleksandra Kołtuniuk
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
51-617 Wrocław
Tel.: 71 784-18-39
E-mail: aleksandra.koltuniuk@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.12.2016 r.

Po recenzji: 11.01.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 15.01.2017 r.