

Zachowania zdrowotne a akceptacja choroby osób w podeszłym wieku

Health behaviors and illness acceptance among elderly people

Mariusz Wysokiński¹, Paulina Dmowska¹, Wiesław Fidecki¹, Beata Dziedzic²

¹ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Wstęp. Zachowania zdrowotne są to dowolne zachowania jednostki, będące elementem codziennego życia, mające wpływ na stan jej zdrowia. Są to zatem działania polegające na praktycznym wykorzystaniu wiedzy odnoszącej się do zdrowia i choroby. Natomiast akceptacja choroby umożliwia prawidłowe funkcjonowanie pomimo różnorodnych zagrożeń, ograniczeń i problemów, które nakłada utrata zdrowia. Znajomość przyczyn i skutków choroby oraz świadomość jej możliwych powikłań umożliwia skuteczną samokontrolę oraz wykorzystanie zachowań prozdrowotnych w celu poprawy jakości życia. **Cel.** Celem pracy było określenie wpływu zachowań zdrowotnych osób w podeszłym wieku na akceptację choroby. **Materiał i metody.** Grupę badaną stanowiło 100 osób w podeszłym wieku. Kobiety stanowiły 52%, mężczyźni 48% ogółu ankietowanych. Badania przeprowadzono za pomocą dwóch wystandaryzowanych narzędzi: Inwentarza Zachowań Zdrowotnych oraz Skali Akceptacji Choroby. **Wyniki.** Wśród ankietowanych największy odsetek badanych osób przejawia wysoki poziom zachowań zdrowotnych 47%. Nieznacznie mniej, bo 39% respondentów deklaruje przeciętny poziom zachowań zdrowotnych, natomiast poziom niski prezentuje 14 % badanych. Badani przejawiający wysokie zachowania zdrowotne (7-10 sten) wykazują nieznacznie wyższy poziom akceptacji choroby ($M = 26,40$), niż osoby wykazujące niskie i przeciętne (1-6 sten) zachowania zdrowotne ($M = 26,06$). **Wnioski.** Badane osoby w podeszłym wieku prezentują przeciętny poziom zachowań zdrowotnych. Płeć istotnie różnicuje zachowania zdrowotne badanych. Pozytywne nastawienie psychiczne koreluje z akceptacją choroby w badanej grupie seniorów. *Geriatrics 2019; 13: 77-82.*

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, akceptacja choroby, osoby starsze

Abstract

Introduction. Health behaviors constitute any of the individual's behaviors that are part of everyday life, affecting one's health. These are, therefore, activities constituting the practical use of knowledge relating to health and disease. Acceptance of the disease allows for proper functioning despite various threats, limitations, and problems that the loss of health imposes. Knowledge concerning the causes and the effects of the disease and awareness of its possible complications enables adequate self-control and the use of pro-health behaviors to improve the quality of life. **Aim.** The study aimed to determine the influence of health behaviors among the elderly on illness acceptance. **Material and methods.** The study group consisted of 100 elderly people. Women accounted for 52%, while men accounted for 48% of the total number of respondents. The research was carried out using two standardized questionnaires: Inventory of Health Behaviours and The Acceptance of Illness Scale (AIS). **Results.** Among the respondents, the highest percentage was characterized by a high level of health behaviors of 47%. 39% of respondents declared the average level of health behaviors, while the low level was presented by 14% of respondents. Participants exhibiting a high level of health behaviors (7-10) showed a slightly higher level of disease acceptance ($M = 26.40$) than those characterized by low and average (1-6) health behaviors ($M = 26.06$). **Conclusions.** Elderly patients presented an average level of health behaviors. Gender significantly differentiates the health behaviors among the respondents. Positive mental attitude correlates with the illness acceptance in the researched group of seniors. *Geriatrics 2019; 13: 77-82.*

Keywords: health behaviours, acceptance of illness, elderly people

Wstęp

Zachowania zdrowotne to dowolne zachowania jednostki będące elementem codziennego bytu, co więcej mające wpływ na stan jej zdrowia. Są to działania opierające się na praktycznym wykorzystaniu posiadanej wiedzy dotyczącej zdrowia i choroby. Stanowią one przedmiot stosunkowo wolnych, osobistych wyborów i decyzji [1].

Akceptacja własnej choroby może wpłynąć na zmniejszenie negatywnych odczuć związanych z chorobą, zmniejszenie stresu przez nią wywołanego, a także pozwala na zachowanie poczucia własnej wartości. Osoby starsze akceptując swój stan zdrowia wyrażają postawę zrozumienia swojej niepełnosprawności i świadomości nieodwracalnych skutków choroby, podejmując leczenie mają nadzieję na poprawę stanu zdrowia [2].

Akceptacja choroby umożliwia prawidłowe funkcjonowanie pomimo różnorodnych zagrożeń, ograniczeń i problemów, które nakłada utrata zdrowia. Znajomość przyczyn i skutków choroby oraz świadomość jej możliwych powikłań umożliwia skuteczną samokontrolę oraz wykorzystanie zachowań prozdrowotnych w celu poprawy jakości życia [3].

Nie każde zaburzenie zdrowia musi wpływać na pogorszenie życia. Kiedy choroba skutkuje uruchomieniem indywidualnych zasobów, które pozwalają realizować wytyczone cele i zaspokajać istotne potrzeby, to efektem jest jej akceptacja [3,4].

Cel

Celem pracy było określenie wpływu zachowań zdrowotnych osób w podeszłym wieku na akceptację choroby.

Materiał i metoda

Badania zostały przeprowadzone w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Lublinie, w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SPZOZ w Siedlcach oraz w Osiedlu Senioralnym Senior Apartments w Majdanie w okresie kwiecień – maj 2018 roku. Grupę badaną stanowiło 100 osób w wieku 65 i więcej lat. Kobiety stanowiły 52%, mężczyźni 48% ogółu ankietowanych. Charakterystyka badanej grupy zaprezentowano w tabeli I.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy
Table I. Characteristics of the studied group

Zmienna		%
Płeć	Kobiety	52,00
	Mężczyźni	48,00
Wiek	65–69 lat	41,00
	70–79	35,00
	80 lat i więcej	24,00
Wykształcenie	Podstawowe	12,00
	Zawodowe	31,00
	Średnie	32,00
	Wyższe	25,00
Miejsce zamieszkania	Wieś	43,00
	Miasto	57,00
Stan cywilny	Panna / kawaler	8,00
	Zamężna / żonaty	48,00
	Wdowa / wdowiec	31,00
	Rozwiedziona/y	13,00

Badania przeprowadzono za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Obejmuje on 24 stwierdzeń, pogrupowanych w cztery kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ), zachowania profilaktyczne (ZP); praktyki zdrowotne (PZ) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (PNP). Suma uzyskanych punktów (zakres 24-120 pkt) stanowi tzw. ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych. Im wyższy wynik punktowy, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych [5].

W celu pomiaru stopnia akceptacji choroby zastosowano Skalę Akceptacji Choroby (AIS). Kwestionariusz ankiety zawiera 8 stwierdzeń odnoszących się do negatywnych skutków złego stanu zdrowia. Badany udziela odpowiedzi zaznaczając cyfrę na 5 stopniowej skali, wykazującą jego obecny stan zdrowia. Cyfry oznaczają kolejno: 1 – zdecydowanie zgadzam się, 2 – zgadzam się, 3 – nie wiem, 4 – nie zgadzam się, 5 – zdecydowanie się nie zgadzam. Zaznaczenie odpowiedzi 1 jest równoznaczne ze złym przystosowaniem się do choroby, zaś 5 oznacza całkowitą akceptację choroby. Wyniki uzyskują się poprzez zsumowanie wszystkich odpowiedzi respondenta, które mieszczą się w granicach od 8 do 40. Wartość punktowa 8-18 to brak akceptacji choroby, 19-29 oznacza średni stopień akceptacji, 30-40 akceptację jednostki chorobowej na dobrym poziomie [5].

Zebrany materiał badawczy poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy warto-

ści średniej oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy licznosci i odsetka. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Wśród ankietowanych największy odsetek badanych osób przejawia wysoki poziom zachowań zdrowotnych 47%. Nie znacznie mniej, bo 39% respondentów deklaruje przeciętny poziom zachowań zdrowotnych, natomiast poziom niski wykazuje 14% badanej grupy. Średni wynik oceny zachowań zdrowotnych w całej grupie seniorów kształtuje się na poziomie 84,01 pkt.

Kobiety wykazują wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu z mężczyznami. Różnica ta była istotna statystycznie we wszystkich zakresach, z wyjątkiem pozytywnego nastawienia psychicznego. Wyższy poziom zachowań zdrowotnych prezentują

osoby stanu wolnego w porównaniu z tymi pozostającymi w związku. Jednak różnica istotna statystycznie jest tylko w zakresie praktyk zdrowotnych.

W tabeli II zaprezentowano szczegółową ocenę zachowań zdrowotnych badanych osób w zależności od zmiennych socjodemograficznych.

W badanej grupie seniorów akceptacja choroby wynosi 26,24 pkt, co wskazuje na jej średni poziom. Mężczyźni nieco lepiej akceptują swoją chorobę (średnia 26,87). Najlepszą akceptację swojej choroby wykazują osoby w wieku 70-79 lat (26,48). Seniorzy ze środowiska wiejskiego otrzymali nieco lepsze wskaźniki akceptacji choroby (26,26), w porównaniu z osobami z miasta (26,19). Szczegółową analizę poziomu akceptacji choroby w zależności od cech socjodemograficznych prezentuje tabela III.

Tabela IV obrazuje zależność pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi o różnym poziomie a akceptacją choroby. Badani przejawiający wysokie zachowania zdrowotne (7-10 sten) wykazują nieznacznie wyższy poziom akceptacji choroby (26,40), niż osoby ukazujące niskie i przeciętne (1-6 sten) zachowania zdrowotne (26,06). Różnice te jednak nie są istotne statystycznie.

Tabela II. Zmienne socjodemograficzne a ocena zachowań zdrowotnych

Table II. Sociodemographic variables and the assessment of health behaviors

Zmienne socjodemograficzne		ZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ
Płeć	kobieta	88,57 ± 10,26	3,63 ± 0,77	3,85 ± 0,69	3,70 ± 0,70	3,73 ± 0,59
	mężczyzna	79,06 ± 9,92	3,06 ± 0,65	3,18 ± 0,81	3,55 ± 0,62	3,25 ± 0,61
	<i>Analiza statystyczna</i>	$t = 4,383$ $p = 0,000$	$t = 3,994$ $p = 0,000$	$t = 4,477$ $p = 0,000$	$F = -1,031$ $p = 0,304$	$F = 4,000$ $p = 0,000$
Wiek	65-69 lat	82,34 ± 12,21	3,30 ± 0,71	3,55 ± 0,76	3,59 ± 0,68	3,52 ± 0,57
	70-79 lat	83,71 ± 10,12	3,30 ± 0,72	3,56 ± 0,76	3,60 ± 0,68	3,53 ± 0,57
	80-89 lat	87,29 ± 10,28	3,49 ± 0,84	3,75 ± 0,82	3,58 ± 0,62	3,74 ± 0,58
	<i>Analiza statystyczna</i>	$F = 1,826$ $p = 0,167$	$F = 0,481$ $p = 0,620$	$F = 1,699$ $p = 0,188$	$F = 0,236$ $p = 0,790$	$F = 2,783$ $p = 0,067$
Stan cywilny	Wolny	85,82 ± 11,30	3,49 ± 0,83	3,64 ± 0,85	3,50 ± 0,64	3,67 ± 0,66
	Żonaty	82,04 ± 10,70	3,2 ± 0,67	3,40 ± 0,77	3,75 ± 0,66	3,32 ± 0,58
	<i>Analiza statystyczna</i>	$t = 1,885$ $p = 0,062$	$t = 1,834$ $p = 0,070$	$t = 1,533$ $p = 0,129$	$t = 1,914$ $p = 0,059$	$t = 2,840$ $p = 0,005$
Wykształcenie	Podstawowe/Zawodowe	84,30 ± 12,28	3,24 ± 0,72	3,55 ± 0,84	3,78 ± 0,65	3,48 ± 0,54
	Średnie	81,93 ± 9,62	3,26 ± 0,64	3,46 ± 0,74	3,45 ± 0,59	3,49 ± 0,61
	Wyższe	86,16 ± 10,79	3,67 ± 0,92	3,56 ± 0,89	3,56 ± 0,72	3,57 ± 0,84
	<i>Analiza statystyczna</i>	$F = 0,852$ $p = 0,430$	$F = 3,017$ $p = 0,054$	$F = 0,155$ $p = 0,857$	$F = 2,572$ $p = 0,082$	$F = 0,162$ $p = 0,851$
Miejsce zamieszkania	Miasto	85,26 ± 11,02	3,44 ± 0,76	3,55 ± 0,82	3,65 ± 0,65	3,57 ± 0,69
	Wieś	82,34 ± 11,02	3,24 ± 0,78	3,49 ± 0,82	3,58 ± 0,68	3,41 ± 0,57
	<i>Analiza statystyczna</i>	$t = 1,108$ $p = 0,271$	$t = 1,326$ $p = 0,188$	$t = 0,347$ $p = 0,729$	$t = 0,505$ $p = 0,615$	$t = 1,198$ $p = 0,234$

t - test *t*-Studenta; *F*-analiza wariancji

Tabela III. Ocena akceptacji choroby w badanej grupie
Table III. Evaluation of illness acceptance in the studied group

Analizowana zmienna		M	SD	Analiza statystyczna
Płeć	Kobieta	25,58	6,24	t = -1,045 p = 0,299
	Mężczyzna	26,87	6,58	
Wiek	do 69 lat	26,32	0,71	F = 0,122 p = 0,885
	70-79 lat	26,48	6,83	
	+80 lat	25,67	6,41	
Miejsce zamieszkania	Miasto	26,19	6,34	t = -0,048 p = 0,962
	Wieś	26,26	6,47	
Wykształcenie	Podstawowe\Zawodowe	26,21	6,43	F = 0,011 p = 0,988
	Średnie	26,34	6,64	
	Wyższe	26,08	6,33	
Stan cywilny	Osoby samotne	25,750	6,52	t = -0,762 p = 0,448
	Osoby w związkach	26,73	6,31	

t – test t-Studenta; F – analiza wariancji

Tabela IV. Poziom zachowań zdrowotnych a akceptacja choroby
Table IV. The level of health behaviors and illness acceptance

Analizowana zmienna	Zachowania zdrowotne				t	p
	Niskie/Przeciętne (1-6 sten)		Wysokie (7-10 sten)			
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	26,06	6,33	26,40	6,56	-0,269	0,788

t – test t-Studenta

Tabela V. Korelacje zachowań zdrowotnych i akceptacji choroby
Table V. Correlations of health behaviors and illness acceptance

IZZ	Akceptacja choroby
Wskaźnik zachowań zdrowotnych	r = 0,062 p = 0,541
Prawidłowe nawyki żywieniowe	r = -0,028 p = 0,785
Zachowania profilaktyczne	r = 0,054 p = 0,591
Pozytywne nastawienie psychiczne	r = 0,304 p = 0,002
Praktyki zdrowotne	r = -0,170 p = 0,091

r- korelacja r-Pearsona

Analizując zachowania zdrowotne i akceptację choroby zaobserwowano korelację dodatnią pomiędzy obszarem dotyczącym pozytywnego nastawienia psychicznego a akceptacją choroby (p = 0,002). Wraz z wyższym pozytywnym nastawieniem psychicznym wzrasta akceptacja choroby. W pozostałych obszarach

(wskaźniku zachowań zdrowotnych, prawidłowych nawykach żywieniowych, zachowaniach zdrowotnych, praktykach zdrowotnych) nie stwierdzono korelacji z akceptacją choroby (tabela V).

Dyskusja

Literatura przedmiotu wskazuje, iż w okresie starzenia się i starości wzrasta zachorowalność na choroby przewlekłe, które wpływają na poziom sprawności starszych ludzi. Do najczęściej wymienianych należą: choroby układu krążenia, układu oddechowego, nerwowego, kostno-stawowego oraz choroby metaboliczne [6].

Akceptowanie stanu zdrowia oddziałuje na poziom aktywności i odczuwaną jakość życia. Postępującemu starzeniu się społeczeństwa polskiego, z ciągle rosnącą liczbą osób dożywających późnej starości, towarzyszy występowanie licznych chorób przewlekłych. Ponad połowa populacji seniorów podlega starzeniu się patologicznemu, charakteryzującemu się występowaniem licznych chorób, doprowadzających w kolejnych latach do trwałego upośledzenia funkcjonowania w życiu codziennym. Poziom akceptacji choroby ma istotny

wpływ na przystosowanie się do ograniczeń narzucanych przez chorobę, zależności od innych osób oraz poczucie własnej wartości [7].

Wyniki naszych badań wskazują, że prawie połowa seniorów (47%) wykazuje wysokie zachowania zdrowotne. Są to wyniki lepsze niż np. w badaniach Smoleń i wsp. gdzie 43,2% to osoby o wysokich wynikach zachowań zdrowotnych [8].

W badaniach własnych osoby starsze prezentowały poziom zachowań zdrowotnych na poziomie średniej 84,01 pkt. Wyższy poziom zachowań zdrowotnych prezentowali seniorzy w badaniach Smoleń i wsp. W ich badaniach średni wskaźnik zachowań zdrowotnych kształtował się na poziomie 88,39 punktów [8]. Natomiast w badaniach Kupcewicz i wsp. otrzymany wynik średni wynik był na poziomie 79,85 punktów [9].

Nasi seniorzy akceptują swoją chorobę na poziomie średnim. Wynik uśredniony dla całej grupy był na poziomie 26,24 punktów. Są to wyniki lepsze niż np. uzyskane w badaniach prowadzonych wśród pacjentów neurogeriatrycznych [10-12].

W badaniach własnych stwierdzono, że płeć istotnie różnicuje zachowania zdrowotne, kobiety uzyskały wyższe wyniki. Podobną zależność wykazały również badania Muszalik i wsp. [13].

Jednocześnie mężczyźni lepiej akceptują swoją chorobę w porównaniu z kobietami. Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach Kwiatkowska [7]. Natomiast wyniki badań Kunikowskiej i wsp. [14] oraz Kowalskiej i wsp. [15] są odmienne z naszymi. W ich badaniach kobiety lepiej akceptują swoje schorzenia.

W naszych badaniach stwierdzono, że najstarsi seniorzy najmniej akceptują swoją chorobę. Jednak najlepszą akceptacją w tym zakresie odznaczają się osoby ze średniego przedziału wieku (70-79 lat). Badania Kwiatkowskiej wskazują, że akceptacja choroby maleje wraz z wiekiem. Według tych badań osoby w wieku powyżej 80 lat najmniej akceptują swoje schorzenia [7].

Badania innych autorów wskazują, że wraz z wykształceniem wznoszą się pozytywne zachowania zdrowotne. Do takich wniosków doszła w swoich badaniach Sygit-Kowalkowska [16]. Również Muszalik i wsp. [13] uzyskali wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych u osób z wyższym wykształceniem, które były

sluchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Wyższy wynik wśród słuchaczy uniwersytetów może wynikać z faktu wykształcenia. Dowodzą to także badania Zielińskiej-Więczkowskiej i wsp. [17] przeprowadzone wśród pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową. W naszych badaniach uzyskaliśmy podobne wyniki. Najlepsze zachowania prezentowały osoby z wykształceniem wyższym, jednak najniższy wynik uzyskano w grupie z wykształceniem średnim.

W naszych badaniach natomiast najlepiej akceptują chorobę osoby z wykształceniem średnim. Badania innych autorów wskazują na zależność pomiędzy wykształceniem a akceptacją choroby, wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta stopień akceptacji choroby [12].

Wyższe zachowania zdrowotne stwierdzono w grupie seniorów z miasta. Również badania Fideckiego i wsp. wykazały lepsze zachowania zdrowotne mężczyzn mieszkających w mieście [18]. Natomiast w naszych badaniach akceptacja choroby nieco wyższa była w grupie osób ze środowiska wiejskiego. Zupełnie odmienne wyniki uzyskali inni autorzy zajmujący się powyższą tematyką [12,19].

Wnioski

Badane osoby w podeszłym wieku prezentują przeciętny poziom zachowań zdrowotnych i średni poziom akceptacji choroby. Płeć istotnie różnicuje zachowania zdrowotne badanych. Pozytywne nastawienie psychiczne koreluje z akceptacją choroby w badanej grupie seniorów.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Mariusz Wysokiński

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Staszica 4-6; 20-081 Lublin

☎ (+48 81) 448 68 01

✉ mariusz.wysokinski@umlub.pl

Piśmiennictwo/References

1. Arendt A, Laszczyńska M, Bażydło M i wsp. Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40 roku życia. *Probl Hig Epidemiol.* 2014;95(3): 659-66.
2. Marzec A, Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M. Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych – doniesienie wstępne. *Pielęg XXI.* 2011;2(35):51-6.
3. Basińska MA, Wózniewicz A. Inteligencja emocjonalna chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby. *Przeegl Dermatol.* 2012;99:202-9.
4. Łuczak-Wawrzyniak J, Szczepańska M, Skrzypczak J. Ocena jakości życia kobiet z rozpoznaną endometriozą oraz sposobów radzenia sobie z negatywnymi skutkami choroby. *Przeegląd Menopauzalny.* 2007;6:329-35.
5. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012.
6. Kaczmarczyk M. Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. *Stud Med.* 2008;12:29-33.
7. Kwiatkowska GE. Satysfakcja z życia a poziom akceptacji choroby przez osoby starsze. *ANNALES UMCS, Sectio J,* 2018;3:313-25.
8. Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. *Piel XXI.* 2011;3(36):5-9.
9. Kupcewicz E, Gontarz A, Wilk B i wsp. Evaluation of health behaviours of individuals aged over 60 years. *Hygeia Public Health.* 2016;51(2):202-8.
10. Kamusińska E, Rojowska A. Akceptacja niepełnosprawności przez osoby po przebytych udarze mózgu. *Stud Med.* 2012;25(1):37-42.
11. Rosińczuk J, Rychła K, Bronowicka J, et al. The Impact of Illness Acceptance on Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis – Preliminary Study. *J Neurol Neurosurg Nurs.* 2017;6(4):157-62.
12. Wysokiński M, Kuszplak B, Kuszplak K i wsp. Acceptance of the disease by neurogeriatric patient's. *Geriatrics.* 2018;12:125-9.
13. Muszałik M, Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K i wsp. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Probl Hig Epidem.* 2013;94(3):509-13.
14. Kunikowska B, Lewandowska M, Glińska J i wsp. Analiza porównawcza jakości życia chorych z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu. *Kwart Ortop.* 2011;4:329.
15. Kowalska J, Wolny K, Marzena Kobyłańska M i wsp. Stopień akceptacji choroby a stan funkcjonalny pacjentów starszych przebywających w ośrodku rehabilitacyjnym. *Geriatrics.* 2015;9:3-9.
16. Sygit-Kowalkowska E. Zachowania zdrowotne osób w okresie późnej dorosłości - socjodemograficzne korelaty i różnice między środowiskami społecznymi. *Ann Acad Med Stetin.* 2013;59(1):103-13.
17. Zielińska-Więczkowska H, Pawelska K, Muszałik M i wsp. Zachowania zdrowotne pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową – w świetle badań empirycznych. *Piel XXI.* 2011;19(2):23-6.
18. Fidecki W, Wysokiński M, Królik W i wsp. Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn w podeszłym wieku. *Geriatrics.* 2018;12:130-5.
19. Moczyłowska A, Krajewska-Kułak E. Stopień akceptacji choroby przez pacjentów oddziałów zachowawczych i zabiegowych. *Pielęg Chir Angiol.* 2014;8(2):62-70.