

Hanna Grabowska¹, Władysław Grabowski¹, Michał Grzegorzczak¹, Aleksandra Gaworska-Krzemińska¹, Krzysztof Narkiewicz²

¹Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Nadciśnienia Tętniczego, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Wydział Lekarski Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Zastosowanie minimalnej interwencji w prewencji pierwotnej nadciśnienia tętniczego

The use of minimum intervention in the primary prevention of arterial hypertension

STRESZCZENIE

Problem nadciśnienia tętniczego, stanowiącego istotny czynnik ryzyka zaburzeń sercowo-naczyniowych, dotyczy 29% Polaków, a 30% jest narażonych na rozwój tej choroby w przyszłości. Kompetencje pielęgniarki obejmują rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowia, prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa obejmującego zdrowy styl życia, realizowanie programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki. W procesie pielęgnowania osób narażonych na wystąpienie nadciśnienia tętniczego kluczowe znaczenie odgrywa formułowanie diagnozy pielęgniarskiej odzwierciedlającej stopień ryzyka indywidualnego podopiecznego, którą pielęgniarka stawia na podstawie analizy informacji uzyskanych w trakcie przeprowadzonego z pacjentem wywiadu, badania przedmiotowego, pomiarów czynności życiowych oraz obserwacji.

Trafna i rzetelna diagnoza pielęgniarska warunkuje w dalszej kolejności zakres i charakter opieki pielęgniarskiej, obejmującej przede wszystkim wdrażanie minimalnej interwencji ukierunkowanej na utrzymanie optymalnej masy ciała, ograniczenie spożycia soli i tłuszczów nasyconych w diecie oraz alkoholu, rzucenie palenia tytoniu, a także optymalną aktywność fizyczną i umiejętność radzenia sobie ze stresem.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (2): 243–247

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, pielęgniarka, proces pielęgnowania, profilaktyka, krótka interwencja

ABSTRACT

The problem of arterial hypertension, which constitutes a major risk factor for cardiovascular disorders, affects 29% of Poles, and 30% of them run the risk of developing this disease in future. The competence of nurses includes diagnosis, assessment and prevention of health threats, counselling and conducting health care education including health life style, and carrying out programs within the scope of health advocacy and prevention.

In the nursing process of people who run the risk of arterial hypertension it is crucial to formulate a nursing diagnosis reflecting the risk of a patient. This diagnosis is formulated by a nurse based on the analysis of information obtained in the process of taking the patient's medical history, their physical examination, the measurements of vital signs and observation.

An accurate and reliable nursing diagnosis conditions the subsequent scope and form of nursing that is oriented to maintain the optimal body mass, reduce the intake of salt, saturated fats and alcohol, give up smoking, as well as to ensure optimal physical activity and show how to cope with stress.

Nursing Topics 2010; 18 (2): 243–247

Key words: arterial hypertension, nurse, nursing process, prophylactics, brief intervention

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze stanowi jedną z najczęstszych przyczyn chorobowości i śmiertelności sercowo-naczyniowej. Wyniki badań NATPOL-PLUS i WOBASZ jednoznacznie wskazują na rozpowszech-

nienie nadciśnienia i stopień zagrożenia jego rozwojem, bowiem stwierdzono, że występuje u 29% Polaków, a 30% jest narażonych na rozwój tej choroby w przyszłości [1, 2]. Koszty leczenia nadciśnienia rosą wraz ze wzrostem liczby zagrożonej populacji.

Adres do korespondencji: mgr Hanna Grabowska, Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa GUMed, ul. Do Studzienki 38, 80–227 Gdańsk; tel./faks: (58) 349 12 92, e-mail: hanna.grabowska@gumed.edu.pl

Rozwiązaniem tego problemu może stać się edukacja zdrowotna z zakresu nefarmakologicznych metod obniżania ciśnienia tętniczego i zapobiegania jego wystąpieniu [3–6].

Oczekiwania i potrzeby zdrowotne społeczeństwa, a także kompetencje oraz zakres zadań zawodowych realizowanych w różnorodnych placówkach ochrony zdrowia umożliwiają pielęgniarkom w coraz większym stopniu profesjonalne działania ukierunkowane na promocję zdrowia i profilaktykę. Takie możliwości posiadają przede wszystkim pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej [7–9].

W opiece pielęgniarskiej sprawowanej nad osobami narażonymi na rozwój nadciśnienia tętniczego kluczowe znaczenie odgrywa wczesna identyfikacja oraz ograniczenie lub wyeliminowanie czynników ryzyka nadciśnienia, pozyskanie pacjenta do współpracy, zmiana postawy, świadomości zdrowotnej i motywacji chorego w kierunku wprowadzenia pożądanych zmian, przygotowanie chorego do prowadzenia samoobserwacji.

Diagnoza pielęgniarska powinna odzwierciedlać stopień ryzyka indywidualnego podopiecznego (w tym występowanie czynników niepodlegających modyfikacji, takich jak wiek, płeć, rodzinne występowanie nadciśnienia tętniczego, chorób układu krążenia i cukrzycy oraz czynników modyfikowalnych, dotyczących sposobu odżywiania, masy ciała, preferowanych form aktywności fizycznej, spożycia alkoholu, palenia papierosów, radzenia sobie ze stresem) [10–13].

Trafna i rzetelna diagnoza pielęgniarska warunkuje w dalszej kolejności zakres i charakter opieki pielęgniarskiej, obejmującej przede wszystkim wdrażanie krótkiej/minimalnej interwencji ukierunkowanej na utrzymanie optymalnej masy ciała, ograniczenie spożycia soli i tłuszczów nasyconych w diecie oraz alkoholu, rzucenie palenia tytoniu, a także optymalną aktywność fizyczną i umiejętność radzenia sobie ze stresem.

Minimalna/krótka interwencja stanowi ustrukturalizowaną poradę przy okazji wizyty pacjenta z innego powodu lub przeprowadzaną z inicjatywy podczas wizyty specjalnie zaproszonego pacjenta. W odniesieniu do palenia papierosów okazała się skuteczniejsza od samokontroli, metody behawioralnej i psychologicznej, porównywalna z nikotynową terapią zastępczą, ustępująca jedynie metodom farmakologicznym. Omawiana interwencja opiera się na schemacie „5 x P”, spolszczonym akronimie angielskiego „5 x A”: Pytaj (*Ask*), Poradz (*Advise*); Przeprowadź ocenę (*Assess*); Pomóż (*Assist*) i Planuj (*Arrange*) [14, 15].

W niniejszej pracy podjęto próbę ukazania możliwości wykorzystania strategii krótkiej pielęgniarskiej interwencji w prewencji pierwotnej nadciśnienia tętniczego, ukierunkowanej na wybrane, modyfikowalne czynniki ryzyka jego rozwoju.

Pytaj (*Ask*)

Przy okazji każdej wizyty pacjenta pielęgniarka powinna skierować pytania odnoszące się do potencjalnych czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia, zwłaszcza tych, które podlegają modyfikacji. Dokonując oceny, pielęgniarka zobowiązana jest uwzględnić:

1. Preferencje żywieniowe odbiorcy pod względem ilościowym i jakościowym (spożycie owoców i warzyw; orzechów i roślin strączkowych; niskotłuszczowych produktów mlecznych; ryb, drobiu i czerwonego mięsa; produktów zbożowych; tłuszczów i węglowodanów; udział soli kuchennej w codziennym jadłospisie) [16, 17].
2. Masę ciała oraz wzrost, niezbędny do obliczenia i interpretacji wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*). Standardowe kryteria wyznaczające BMI obejmują: niedowagę (< 18,5), prawidłową masę ciała (18,5–24,9), nadwagę (25,0–29,9), otyłość (30–39,9) i otyłość patologiczną (> 40). Wskaźnik masy ciała nie uwzględnia jednak dystrybucji tkanki tłuszczowej [18–20].
3. Obwód pasa (WC, *waist circumference*) służący do rozpoznania otyłości brzusznej, a także obwód bioder, który w powiązaniu ze znaną wartością obwodu pasa umożliwia ocenę i interpretację wskaźnika talia–biodro (WHR, *waist to hip ratio*), stanowiącego stosunek obwodu pasa do obwodu bioder, który lepiej prognozuje obecność miażdżycy niż obwód talii czy zwiększony BMI [21–23].
4. Aktywność fizyczną — jej formy, częstość i czas trwania oraz systematyczność podejmowanego przez pacjenta wysiłku [24].
5. Palenie papierosów — kluczowe znaczenie odegrać może określenie i udokumentowanie „statusu nikotynowego” odzwierciedlającego charakter i stopień uzależnienia od nikotyny. W efekcie pielęgniarka może rozpoznać w pacjencie palacza codziennego, okazjonalnego, byłego codziennego palacza lub osobę nigdy niepalącą. Zastosowanie Kwestionariusza Tolerancji Nikotyny Fagerströma umożliwi ocenę stopnia uzależnienia od nikotyny [15].
6. Spożycie alkoholu — w ocenie stylu picia alkoholu przez odbiorcę pielęgniarka powinna zastosować dostępne narzędzia. Stanowią je najczęściej kwestionariusze, na przykład Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu (AUDIT, *The Alcohol Use Disorders Identification Test*), Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), test do samooceny (SAAST, *Self-Administered Alcoholism Screening Test*) lub *Cutting down, Annoyance if criticized, Guilty feelings, Eye-openers* (CAGE). W efekcie pielęgniarka wspólnie z pacjentem może określić wzór (styl) picia alkoholu: picie ryzykowne, szkodliwe czy też prawdopodobieństwo występowania uzależnienia [10, 11, 25–28].

7. Znajomość wartości ciśnienia tętniczego krwi, stężenia glukozy oraz profilu lipidowego.

Poradź (Advise)

Pielęgniarka powinna polecić pacjentowi palącemu tytoń, aby całkowicie zaprzestał palenia i unikał narażenia na dym tytoniowy. Nikotyna zawarta w dymie tytoniowym prowadzi do znacznego wzrostu ciśnienia tętniczego. Ze względu na to, że nie występuje zjawisko tolerancji, wartości BP pozostają wysokie tak długo, jak długo pacjent kontynuuje palenie tytoniu. Działanie presyjne wywołane paleniem tytoniu trwa podczas palenia oraz 15–30 min po jego zakończeniu. U wypalających 20 papierosów dziennie powtarzające się działanie presyjne każdego wypalonego papierosa podtrzymuje podwyższone BP przez cały dzień. Do niekorzystnych skutków palenia tytoniu należą również osłabienie czynności rozkurczowej śródbrzońka naczyń, zaburzenie hemodynamiki i czynności układu krzepnięcia oraz zaburzenia metaboliczne [3, 29, 30].

Pielęgniarka powinna też polecić pacjentowi podjęcie wysiłku zmierzającego do normalizacji masy ciała, a także zmniejszenia otyłości brzusznej. Redukcja masy ciała średnio o 3,8 kg powoduje obniżenie ciśnienia skurczowego o 2,9 mm Hg, a rozkurczowego o 2,3 mm Hg oraz zmniejszenie zachorowalności na nadciśnienie tętnicze o połowę. Ryzyko rozwoju nadciśnienia jest kilkakrotnie większe u osób otyłych, zwłaszcza u tych z tak zwaną otyłością centralną (brzuszną, androidalną, trzewną). Pielęgniarka powinna zasugerować choremu utrzymanie masy ciała w granicach BMI 18,5–24,9 kg/m², obwodu w talii poniżej 94–102 cm u mężczyzn oraz poniżej 80–88 cm u kobiet — zgodnie z zaleceniami *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III* (NCEP ATP III) z 2001 roku oraz *International Diabetes Federation* (IDF) z 2005 roku, a WHR w granicach poniżej 0,85 u kobiet i poniżej 0,94 u mężczyzn [31–33].

Należy zwrócić pacjentowi uwagę, aby zwiększył spożycie świeżych owoców i warzyw oraz produktów ubogich w kwasy tłuszczowe nasycone, wprowadził dietę *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH). W badaniu DASH wykazano, że dieta bogata w owoce i warzywa, orzechy, niskotłuszczowe produkty mleczne, ryby i drób, produkty zbożowe z pełnego przemiału z ograniczeniem tłuszczów nasyconych, czerwonego mięsa i węglowodanów (słodczy i napojów zawierających cukier) oraz niskotłuszczowe produkty mleczne obniża ciśnienie tętnicze zarówno u osób z prawidłowym ciśnieniem, jak i nadciśnieniem tętniczym w stopniu porównywalnym do leczenia farmakologicznego. Stosowanie diety DASH powoduje obniżenie BP (w stopniu znaczącym: o 11,6/5,3 mm Hg) u osób z nadciśnieniem tętniczym oraz (w mniejszym stopniu: o 3,5/2,1–2,2 mm Hg) u osób z prawidłowym ciśnieniem krwi.

Dieta DASH nie tylko obniża ciśnienie krwi, ale również normalizuje stężenie cholesterolu we krwi, zapobiega gromadzeniu się reaktywnych związków tlenu i uszkodzeniom oksydacyjnym [34, 35].

Pacjent powinien zwiększyć aktywność fizyczną (najlepiej 30–60 minut, 4–7 razy w tygodniu, preferując wysiłek o charakterze aerobowym).

Regularna aktywność fizyczna zmniejsza częstość występowania nadciśnienia, a także obniża wartość ciśnienia tętniczego przeciętnie o około 5/3 mm Hg. Korzystny wpływ aktywności fizycznej wiąże się ze zmniejszeniem aktywności układu współczulnego, poprawą czynności śródbrzońka, zwiększeniem podatności tętnic oraz korzystnym wpływem na stężenie lipidów i układ fibrynolityczny, zwiększa się także wrażliwość na insulinę [10, 11, 29, 30, 36].

Niezwykle ważne jest ograniczenie spożycia alkoholu. Wpływ ilości spożywanego alkoholu na ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego zależy od płci. Próg umiarkowanego (rozsądnego) spożycia alkoholu w odniesieniu do kobiet ustalono na maksymalnie 10–20 g (1–2 porcje standardowe) i 20–30 g — w stosunku do mężczyzn (2–3 porcje standardowe). Po jego przekroczeniu wzrasta prawdopodobieństwo rozwoju nadciśnienia, bowiem każde dodatkowe 10 g alkoholu dziennie, powyżej określonej granicy, podwyższa BP o około 1–2 mm Hg. Ograniczenie spożycia alkoholu poniżej sugerowanych limitów może obniżyć ciśnienie skurczowe o około 3–4 mm Hg, a ciśnienie rozkurczowe — o 2 mm Hg [3, 10, 14, 36].

Powinno się również zredukować spożycie sodu do zalecanej ilości 65–100 mmol/dobę. U osób z prawidłowym ciśnieniem tętniczym zmniejszenie podaży sodu o około 100 mmol/dobę powoduje obniżenie ciśnienia o około 2 mm Hg. Największą redukcję ciśnienia i najniższą zachorowalność na nadciśnienie uzyskuje się w grupach osób spożywających niewielkie ilości soli. Zaleca się ograniczenie spożycia soli do niespełna 6 g/dobę, pamiętając, że około 10% pochodzi ze świeżej żywności, 75% z przetworzonej, a tylko 15% zależy od indywidualnych przyzwyczajzeń chorego [16, 18, 29, 30].

Pacjent powinien regularnie mierzyć ciśnienie tętnicze oraz systematycznie oznaczać stężenie lipidów oraz glukozy w surowicy krwi. Warto podkreślić znaczenie utrzymania wartości ciśnienia tętniczego poniżej 140/90 mm Hg (< 130/80 mm Hg, jeśli pacjent ma cukrzycę lub przewlekłą chorobę nerek), bowiem przekroczenie zalecanych wartości ciśnienia zwiększa ryzyko rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych [10, 29, 30].

Udzielając porady, pielęgniarka powinna zrobić to w sposób możliwie najprostszy, ale stanowczy, odnosząc się do aktualnego stanu zdrowia pacjenta i jego rodziny, a także do perspektyw (korzyści) zdrowotnych i społecznych wynikających z wprowadzenia niezbędnych modyfikacji zachowań zdrowotnych.

Przeprowadź ocenę (Assess)

Oznacza zidentyfikowanie i ocenę gotowości pacjenta do podjęcia próby wprowadzenia zmian dotychczasowych zachowań zdrowotnych sprzyjających rozwojowi nadciśnienia tętniczego, pozyskanie pacjenta/rodziny do współpracy, zmianę postaw, świadomości zdrowotnej i motywacji chorego w kierunku wprowadzenia pożądaných zmian. Pomocnym w tym zakresie może okazać się na przykład test dr Schneider oceniający aktualną motywację pacjenta do zaprzestania palenia tytoniu [12, 13, 15].

Istotne jest uzyskanie informacji na temat dotychczasowych prób i podejmowanego przez pacjenta wysiłku zmierzającego do wprowadzenia pożądaných modyfikacji zachowań zdrowotnych. Wcześniejsze doświadczenia chorego w tym zakresie mogą w dużym stopniu determinować szanse osiągnięcia założonych celów.

Pielęgniarka powinna ustalić, na którym etapie wprowadzania zmian znajduje się aktualnie pacjent. Przydatnym w tym zakresie może okazać się model transteoretyczny Prochaski i DiClemente, w którym autorzy wyróżnili następujące po sobie fazy: od prekontemplacji (brak intencji modyfikacji zachowań), przez kontemplację (uświadomienie przez pacjenta istnienia problemu, który rozważa jego rozwiązanie), przygotowanie (pacjent planuje wprowadzenie zmian), skończywszy na działaniu (pacjent dokonuje zmiany zachowań zdrowotnych). W efekcie — w zależności od motywacji, czasu przeznaczanego przez pacjenta na każdy etap cyklu zmiany zachowań, jak również udzielonego mu wsparcia ze strony bliskich, ale także personelu ochrony zdrowia — może nastąpić okres utrzymania zmian lub nawrót do wcześniejszych zachowań. Stąd wydaje się nader istotnym, aby pielęgniarka po uwzględnieniu aktualnego etapu chorego — podejmowała najbardziej optymalne sposoby oddziaływania na pacjenta (odpowiednio zwiększające świadomość, rozwiewające wewnętrzne wątpliwości, przedstawiające różne wybory, wzmacniające podjęte przez chorego postanowienia i wiarę w skuteczność własną pacjenta, wspierające, a w sytuacji nawrotu problemu — unikanie krytyki i zwiększające jego samoocenę) [13–15].

Pomóż (Assist)

Polega na udzieleniu pomocy pacjentowi, który zdecydował się na wprowadzenie zmian w zakresie preferowanego stylu życia. Warto zachęcić pacjenta do ustalenia konkretnej daty wprowadzenia zmiany/zmian zachowania/zachowań zdrowotnych niosących ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego w przyszłości. Pielęgniarka powinna wskazać sposoby radzenia sobie z niepożądanymi objawami (np. abstynencyjnymi) pojawiającymi się po zaprzestaniu dotychczasowych przyzwyczajeń.

Najczęściej nie jest to możliwe podczas jednorazowej, rutynowej wizyty. Czasami może się okazać, że pacjent wymaga intensywnej (specjalistycznej) porady. Zadaniem lekarza/pielęgniarki jest w takiej sytuacji wskazanie czasu, miejsca oraz osoby, u której pacjent taką poradę uzyska [10, 13–15].

Planuj (Arrange)

Oznacza zaplanowanie dalszego oddziaływania i wspierania pacjenta przy każdej kolejnej wizycie, a w razie potrzeby skierowanie do innych specjalistów medycznych zajmujących się terapią. Jeśli status pacjenta uległ zmianie na korzyść, należy wzmocnić poczucie sukcesu, pochwalić i docenić włożony przez pacjenta trud i wysiłek. Jeżeli pacjent wrócił do nałogu, wymaga powtórnej oceny motywacji, jej zmiany lub wzmocnienia [13–15].

Podsumowanie

Podstawowe czynniki warunkujące zdrowie człowieka obejmują styl życia, środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy, czynniki genetyczne i system ochrony zdrowia. Najważniejszym spośród tych czynników jest styl życia, oznaczający zespół zachowań (biopozytywnych i bionegatywnych) oraz postaw zdrowotnych. Kierunek oraz cele strategiczne, wynikające z polityki zdrowotnej w Polsce, stawiają przed pielęgniarkami nowe wyzwania: profilaktykę i promocję zdrowia, nieodłącznie związane z koniecznością prowadzenia edukacji zdrowotnej, poradnictwa i krótkich interwencji ukierunkowanych na ograniczanie zagrożeń zdrowia, w tym czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego.

Piśmiennictwo

1. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P. i wsp. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. *Kardiologia Pol.* 2004; 61 (supl. 4): 1–26.
2. Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki ogólnopolskiego badania stanu zdrowia ludności program WOBASZ. *Kardiologia Pol.* 2005; 63 (supl. 4): 614–685.
3. Hedner Th., Kjeldsen S.E., Narkiewicz K. Nadciśnienie tętnicze 2007. *Via Medica*, Gdańsk 2007.
4. Europejskie wytyczne dotyczące prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej — wersja skrócona. *Kardiologia Pol.* 2008; 66: 4 (supl. 1): 1–48.
5. Europejska Deklaracja na rzecz Zdrowia Serca. *Kardiologia Pol.* 2008; 66: 3: 356–360.
6. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U., nr 214, poz. 1816).
8. Stachowska M., Grabowska H. Krajowy standard kwalifikacji zawodowych. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa rodzinnego (224118). Warszawa: Departament Rynku Pracy MPiPS: 2007.

9. Kilańska D. Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.
10. Nursing management of hypertension. Heart and Stroke Foundation of Ontario, Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Nursing management of hypertension. Toronto (ON): Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2005 Oct; http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=8342&nbr=4669, 04.05.2009.
11. Clinical guidance for nurses in primary care in the detection and management of essential hypertension. Nurses Hypertension Association, UK; www.nha.uk.net/docs/hypertension_protocol_july_2006_1.18.03.2009.
12. Majda A, Bодys-Cupak I. Model edukacji pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2006; 8 (2): 285–289.
13. Majda A. Edukacja antynikotynowa i antyalkoholowa w praktyce pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. *Zdr. Publ.* 2003; 113 (3/4): 237–243.
14. Mierzecki A., Godycki-Ćwirko M. (red.). Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna. Kliniczne wytyczne rozpoznawania i krótkiej interwencji. PARPAMEDIA, Warszawa 2007.
15. Zasady interwencji antytytoniowej. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Wyd. AKTIS, Łódź 2008.
16. Kaplan N.M. Nadciśnienie tętnicze — aspekty kliniczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
17. Middeke M. Nadciśnienie tętnicze. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
18. Williams B., Poulter N.R., Brown M.J. i wsp. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004 — BHS IV. *J. Hum. Hypertens.* 2004; 18: 139–153.
19. Wyrzykowski B. Nadciśnienie pierwotne. W: Januszewicz A., Januszewicz W., Szczepańska-Sadowska E., Sznajderman M. (red.). Nadciśnienie tętnicze. Medycyna Praktyczna, Kraków 2004.
20. Zahorska-Markiewicz B., Podolec P., Kopeć G. i wsp. Polish Forum for Prevention Guidelines on overweight and obesity. *Kardiolog Pol* 2008; 66: 594–596.
21. Chrostowska M., Narkiewicz K. Dekalog diagnostyki, prewencji i leczenia chorób układu krążenia związanych z otyłością. *Kardiologia na co Dzień* 2007; 3: 137.
22. Domienik J., Pruszczyk P. Otyłość jako czynnik ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych. *Pol. Przegl. Kard.* 2007; 9 (6): 432–436.
23. Jasiel-Wojculewicz H., Chrostowska M., Narkiewicz K. Otyłość — niektóre aspekty epidemiologiczne i rokownicze. *Kardiologia na co Dzień* 2007; 3: 79–83.
24. Clinical Guidance for Nurses In Primary Care In the Detection and Management of Essential Hypertension. www.nha.uk.net/education.htm; 10.03.2010.
25. Griffiths R.D., Stone A., Tran D.T., Fernandez R.S., Ford K. Drink a little; take a few drugs: do nurses have knowledge to identify and manage in-patients at risk of drugs and alcohol? *Drug Alcohol Rev.* 2007; 26: 545–552.
26. Habrat B. Osoby z problemami alkoholowymi — rozpoznawanie i postępowanie. *Przew. Lek.* 2000; 3: 86–91.
27. Johansson K., Åkerlind I., Bentsen P. Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions? A qualitative study from primary care in Sweden. *Addict. Behav.* 2005; 30: 1049–1053.
28. Sesso H.D., Cook N.R., Bering J.E., Manson J.E., Galiano M. Alcohol consumption and risk of hypertension in women and men. *Hypertension* 2008; 51: 1080–1087.
29. Zalecenia ESH/ESC dotyczące leczenia nadciśnienia tętniczego — 2007 rok. *Nadciśn. Tętn.* 2007; 11 (supl. D): 1–22.
30. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. *Nadciśn. Tętn.* 2008; 12 (5): 317–342.
31. Alberti K.G., Zimmet P., Shaw J. Metabolic syndrome — a new worldwide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabet. Med.* 2006; 23: 469–480.
32. Executive summary of the Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486–2497.
33. Kaczmarek M., Tarchalski J. Zespół metaboliczny — aktualne spojrzenie. *Pol. Przegl. Kard.* 2007; 9 (1): 53–58.
34. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206–1252.
35. DASH. Eating Plan Lower Your Blood Pressure. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Pressure Education Program; 2006: 1–28.
36. Ferrari A.U. Czynniki środowiskowe w nadciśnieniu tętniczym. W: Mancia G., Grassi G., Kjeldsen S.E. (red.). Nadciśnienie tętnicze — podręcznik European Society of Hypertension. Via Medica, Gdańsk 2009.