

# ZACHOWANIA ZDROWOTNE A ZABURZENIA STANU ODŻYWIENIA WŚRÓD PACJENTÓW Z RAKIEM NERKI

## HEALTH BEHAVIORS AND NUTRITIONAL STATUS DISORDERS IN PATIENTS WITH KIDNEY CANCER

Lucyna Ścisło<sup>1</sup>, Elżbieta Walewska<sup>1</sup>, Grażyna Puto<sup>1</sup>, Monika Skrucch<sup>1</sup>, Antoni M. Szczepanik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ UJCM

<sup>2</sup>Klinika Chirurgii Ogólnej, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej UJ CM

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.55>

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Główne czynniki ryzyka wielu chorób wynikają z nieprawidłowych zachowań zdrowotnych i są przyczyną m. in. rozwoju nowotworów złośliwych, w tym raka nerki. Jednym z elementów zachowań zdrowotnych jest określenie stanu odżywienia, celem wczesnego wykrycia zaburzeń i podjęcia interwencji.

**Cel pracy.** Określenie i porównanie zachowań zdrowotnych ze stanem odżywienia pacjentów z rozpoznaniem rakiem nerki.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono wśród 100 osób, u których wykonany był zabieg operacyjny z powodu raka nerki. W badaniach zastosowano metodę analizy dokumentacji medycznej oraz sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem narzędzia standaryzowanego – Inwentarza Zachowań Zdrowotnych.

**Wyniki.** Wskaźnik zachowań zdrowotnych dla ogółu badanych wyniósł średnio 75,56 pkt. Najwyższe wyniki uzyskano w kategorii zachowań profilaktycznych (średnia 3,89), następnie w kategorii pozytywnych nastawień psychicznych (średnia 3,34) oraz w kategorii praktyk zdrowotnych (średnia 2,91). Najniższy wynik uzyskano w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych (średnia 2,49). Stwierdzono zależność pomiędzy wiekiem, BMI, a kategorią prawidłowe nawyki żywieniowe ( $p < 0,001$ ) oraz pomiędzy wiekiem, BMI, a kategorią praktyki zdrowotne ( $p < 0,001$ ).

**Wnioski.** W całej badanej grupie najniższe wyniki uzyskano w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych. Pomimo stwierdzenia w całej grupie najniższych wyników w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych, pacjenci w starszym wieku i z wyższym BMI uzyskali wyższe wyniki, ale w zakresie praktyk zdrowotnych uzyskali wyniki niskie.

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, BMI, rak nerki.

### ABSTRACT

**Introduction.** The main risk factors of numerous diseases result from abnormal health behaviors and among others are causing development of malignant tumors, including kidney cancer. One of the elements of health behaviors is to determine the state of nutrition, in order to early detect disorders and to undertake interventions.

**Aim of the study.** Determination and comparison of health behaviors with the nutritional status of patients with diagnosed kidney cancer.

**Material and methods.** The study was conducted among 100 people who underwent surgery because of kidney cancer. The research used the method of analysis of medical documentation and a diagnostic survey with a tool – Health Behavior Inventory.

**Results.** The average index of health behaviors for all respondents was 75.56 points. The highest results were obtained in the category of preventive behaviors (mean 3.89), then in the category of positive mental attitudes (mean 3.34) and in the category of health practices (mean 2.91). The lowest result was obtained in the category of proper eating habits (mean 2.49). The relationship between age, BMI, and the category of normal eating habits ( $p \leq 0.001$ ) was observed as well as between age, BMI, and the category of a health practice ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions.** The lowest results were obtained in the category of proper eating habits. Despite obtaining the lowest results in the category of normal eating habits in the whole group, among patients with a higher BMI and in the elderly patients, normal eating habits were found at a higher level, but their health practices remain at a low level.

**Keywords:** health behaviors, BMI, kidney cancer.

### Wstęp

Badania epidemiologiczne dotyczące wpływu chorób cywilizacyjnych wykazują, że główne czynniki ryzyka wynikają z nieprawidłowych zachowań zdrowotnych i są przyczyną rozwoju nowotworów złośliwych. Zachowania zdrowotne to dowolne zachowania jednostki w codziennym funkcjonowaniu, mające wpływ na stan zdrowia. Podejmowane działania oparte są na osobistych wyborach i decyzjach, wykorzystaniu wiedzy i umiejętności dotyczących zdrowia i choroby. Wśród zachowań zdrowotnych

wyróżnia się: prozdrowotne (biopozytywne) – wykazujące pozytywny wpływ na zdrowie, podtrzymujące – umacniające, przywracające zdrowie i sprawność oraz zachowania antyzdrowotne (bionegatywne) – wykazujące negatywny związek ze zdrowiem, wpływające na czynniki ryzyka choroby oraz utrudniające profilaktykę, wczesną diagnozę i opóźniające leczenie i rehabilitację [1]. W obszarze badań naukowych podejmuje się działania badawcze dotyczące zachowań zdrowotnych z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi badawczych.

Obserwuje się wzrost wskaźnika zachorowalności na raka nerki: stanowi on około 3% wszystkich nowotworów złośliwych [2]. Nowotwór złośliwy nerki znajduje się na 8 miejscu wśród mężczyzn i 11 u kobiet [2]. Do czynników etiologicznych raka nerki mających wpływ na wzrost ryzyka zachorowania należą między innymi: czynniki genetyczne, nadciśnienie tętnicze, ekspozycja zawodowa na kadm i trichloroetan, dieta, otyłość, leki, alkohol, tytoń [3]. Według badań epidemiologicznych stwierdza się, że niektóre składniki pożywienia mają wpływ na rozwój raka nerki. Podwyższenie ryzyka obserwuje się przy spożyciu dużej ilości smażonego mięsa, ponieważ zachodzące reakcje chemiczne w efekcie procesu smażenia prowadzą do wytwarzania heterocyklicznych amin aromatycznych [4]. W profilaktyce raka nerki ochronny efekt zależy od spożycia dużej ilości owoców, szczególnie zawierających witaminę C. Działanie protekcyjne ma również wysoka konsumpcja warzyw z zawartością beta-karotenu [4]. Większość przeprowadzonych dotychczas badań typu „case control” wskazuje na związek pomiędzy otyłością u kobiet a zwiększonym ryzykiem rozwoju raka nerki z powodu wzrostu poziomu endogennych estrogenów [5].

### Cel

Określenie i porównanie zachowań zdrowotnych ze stanem odżywienia pacjentów z rozpoznany rakiem nerki.

### Materiał i metody

Do badania zakwalifikowano 100 pacjentów, u których przeprowadzony był zabieg operacyjny z powodu raka nerki potwierdzonego w badaniu histopatologicznym. Badania przeprowadzono w 2015 r. w poradni urologicznej podczas wizyt kontrolnych. Do badań wykorzystano metodę analizy dokumentacji medycznej, z której uzyskano informacje dotyczące rozpoznania choroby, wieku, płci, masy ciała i wzrostu. Ocenę stanu odżywienia pacjentów dokonano na podstawie Body Mass Index (BMI) wg wzoru: masa ciała w kg/wzrost w metrach<sup>2</sup>. Stan odżywienia pacjentów określono zgodnie z zaleceniami World Health Organization (WHO), przyjmując interpretację BMI – zgodnie z tabelą 1 [6].

Tabela 1. Interpretacja BMI wg WHO

BMI kg/m <sup>2</sup>	Klasyfikacja
< 18,5	Niedowaga (może wiązać się z niedożywieniem)
18,5–24,9	Prawidłowa masa ciała (najmniejsze ryzyko zwiększonej umieralności)
25,0–29,9	Nadwaga (mogą występować problemy zdrowotne)

30,0–34,9	Otyłość I° (umiarkowanie zwiększone ryzyko chorób związanych z otyłością)
35,0–39,9	Otyłość II° (poważnie zwiększone ryzyko chorób związanych z otyłością)
> 40,0	Otyłość III° (bardzo poważnie zwiększone ryzyko chorób związanych z otyłością)

W celu zbadania zachowań zdrowotnych pacjentów zastosowano sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem narzędzia standaryzowanego – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) aut. Z. Juczyńskiego (Pracownia Testów Psychologicznych) [7]. Zawiera on 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem, uwzględniające 4 kategorie zachowań: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne i praktyki zdrowotne. Każdemu stwierdzeniu można przyporządkować jedno z pięciu określeń (1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze). Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe sumuje się celem uzyskania ogólnego wskaźnika w granicach od 24–120 pkt (im wyższy wynik tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych). Otrzymane wyniki przeliczone zostały na skalę stenową zgodnie z założeniem autora narzędzia. Wyniki w granicach 1–4 stena (24–71 pkt.) przyjęto traktować jako wyniki niskie, wartości 5 i 6 stena (72–86 pkt.) jako przeciętne, a od 7–10 stena (87–120 pkt.) jako wysokie.

Do analizy statystycznej wykorzystano test Shapiro-Wilka, Manna-Whitney’a. Do oceny korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a zmiennymi ilościowymi (wiek i BMI) zastosowano współczynnik korelacji Spearmana. W obliczeniach przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ . Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego R 3.2.2.

### Wyniki

Wśród 100 pacjentów, u których przeprowadzono zabieg operacyjny z powodu raka nerki potwierdzonego w badaniu histopatologicznym, było 54% mężczyzn i 46% kobiet. Średni wiek pacjentów wynosił 60,94 lat (SD = 11,65) i wahał się od 24 do 84 lat. Mediana wynosiła 62 lata. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 55 i 67 lat.

Wskaźnik zachowań zdrowotnych dla ogółu badanych wyniósł średnio 75,56 pkt., co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną poziomowi 5–6 stena i interpretowane jest jako wynik przeciętny. Wśród badanych 68% uzyskało wynik na poziomie 5–6 stena (72–86 pkt.) klasyfikowany jako przeciętny, a 32% wynik na poziomie 1–4 stena (24–71 pkt.) klasyfikowany jako niski. Nikt z badanych nie uzyskał wyniku wysokiego na poziomie

7–10 stena (87–120 pkt.). W tabeli 2 zamieszczono wyniki pacjentów we wszystkich czterech kategoriach.

Tabela 2. Zachowania zdrowotne badanych

Lp.	Zachowanie zdrowotne	Prawie nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Często	Prawie zawsze
1.	Jem dużo warzyw i owoców	16	25	42	11	6
2.	Unikam przeziębień	2	2	0	8	90
3.	Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	0	28	32	40	0
4.	Wystarczająco dużo odpoczywam	3	11	75	10	1
5.	Ograniczam spożywanie takich produktów jak tłuszcze zwierzęce, tłuszcze	8	1	10	80	1
6.	Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	14	71	5	6	4
7.	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	0	6	78	1	5
8.	Unikam przepracowania	6	40	52	2	0
9.	Dbam o prawidłowe odżywianie	0	48	48	0	4
10.	Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	0	0	2	48	50
11.	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	0	8	46	45	1
12.	Kontroluję swoją wagę ciała	0	90	2	8	0
13.	Unikam spożywania żywności z konserwantami	38	48	9	4	0
14.	Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	0	0	2	8	90
15.	Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	0	0	0	2	98

16.	Wystarczająco dużo śpię	1	10	80	4	5
17.	Unikam soli i silnie solonej żywności	0	90	2	1	7
18.	Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	0	2	86	10	2
19.	Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	0	1	95	3	1
20.	Ograniczam palenie tytoniu	1	8	11	0	80
21.	Jem pieczywo pełnoziarniste	0	82	7	8	3
22.	Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	0	5	2	90	3
23.	Myszę pozytywnie	24	19	45	4	8
24.	Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	30	17	38	12	3

Analizując poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych, stwierdzono, że najwyższe wyniki uzyskano w kategorii zachowań profilaktycznych (średnia 3,89), następnie w kategorii pozytywnych nastawień psychicznych (średnia 3,34) i kolejno w kategorii praktyk zdrowotnych (średnia 2,91). Najniższy wynik uzyskano w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych (średnia 2,49), co pokazuje tabela 3.

Tabela 3. Kategorie zachowań zdrowotnych

Kategorie zachowań zdrowotnych	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	kwartyl	kwartyl
Prawidłowe nawyki żywieniowe	2,49	0,37	2,5	1,83	3,67	2,17	2,67
Zachowania profilaktyczne	3,89	0,24	3,83	3,17	4,5	3,83	4
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,34	0,27	3,33	2,83	4	3,17	3,5
Praktyki zdrowotne	2,91	0,32	3	2	3,5	2,67	3,17

SD – odchylenie standardowe, Min. – wartość minimalna, Max. – Wartość maksymalna

Do analizy zależności pomiędzy wiekiem badanych a zachowaniami zdrowotnymi wykorzystano współczynnik

korelacji Spearmana. Stwierdzono zależność statystyczną pomiędzy wiekiem a kategorią prawidłowe nawyki żywieniowe; im starszy wiek, tym bardziej prawidłowe nawyki żywieniowe ( $p = 0,001$ ), co pokazuje **tabela 4**.

Ponadto, zależność statystyczna wystąpiła pomiędzy wiekiem a kategorią praktyki zdrowotne; im starszy wiek, tym mniejsze nasilenie praktyk zdrowotnych ( $p < 0,001$ ), co pokazuje **tabela 4**.

**Tabela 4.** Wiek a zachowania zdrowotne

Kategorie	Korelacja z wiekiem			
	Współczynnik korelacji	p	Kierunek zależności	Siła zależności
Wynik ogólny	0,026	0,797	---	---
Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,327	0,001	dodatni	średnia
Zachowania profilaktyczne	0,106	0,294	---	---
Pozytywne nastawienie psychiczne	-0,02	0,84	---	---
Praktyki zdrowotne	-0,385	<0,001	ujemny	średnia

p – istotność statystyczna

Zachowania profilaktyczne	0,1	0,325	---	---
Pozytywne nastawienie psychiczne	0,028	0,785	---	---
Praktyki zdrowotne	-0,405	<0,001	ujemny	średnia

p – istotność statystyczna

## Dyskusja

Zachowania zdrowotne należą do podstawowych czynników warunkujących zdrowie jednostki, wpływają na utrzymanie oraz wzmocnienie zdrowia, zarówno indywidualnego jak i całej populacji. Nie przestrzeganie zachowań zdrowotnych często prowadzi do rozwoju chorób przewlekłych, w tym nowotworów.

Częstość występowania raka nerki w ciągu ostatniej dekady znacznie wzrosła wśród osób dorosłych [2, 4].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że rak nerki częściej dotyczy płci męskiej (54%), szczyt zachorowalności przypadał na 55–67 lat, średni wiek osób wynosi 60,94, podobnie jak w badaniach Mieczkowskiego: rak nerki występował częściej u mężczyzn niż u kobiet (stosunek 71% do 29%), a szczyt zachorowalności przypadał na 50–70 lat [8]. Według badań własnych, wartość średniego wskaźnika zachowań zdrowotnych wynosiła 75,56 pkt., co stanowi przeciętny wynik nasilenia zachowań zdrowotnych. Najwyższe wartości określające zachowania zdrowotne stwierdzono w odniesieniu do zachowań profilaktycznych (średnia 3,89), a najniższe w odniesieniu do prawidłowych nawyków żywieniowych (średnia 2,49). W kategorii pozytywnych nastawień psychicznych wartości wynosiły średnio 3,34, a w kategorii praktyk zdrowotnych 2,91. Wśród osób z rakiem nerki, 68% badanych uzyskało wynik na poziomie przeciętnym, 32% respondentów wykazało niski poziom zachowań zdrowotnych, natomiast nikt z badanych nie prezentował wysokiego nasilenia zachowań zdrowotnych, przejawiających się dbaniem o stan swojego zdrowia. W badaniach przeprowadzonych przez Cierzniańską i wsp. dotyczących zachowań zdrowotnych chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych również wykazano, że grupa badanych prezentuje średni stopień nasilenia zachowań zdrowotnych, uzyskując średnią arytmetyczną 84,76 pkt. Najwyższe nasilenie zachowań zdrowotnych uzyskano w zakresie praktyk zdrowotnych, natomiast najniższe nasilenie dotyczyło prawidłowych nawyków żywieniowych [9].

Z badań przeprowadzonych przez Muszaliak M. i wsp. dotyczących zachowań zdrowotnych osób starszych hospitalizowanych wynika, że wskaźnik zachowań zdrowotnych

Na podstawie analizy wskaźnika BMI, u 54% badanych stwierdzono nadwagę, u 21% pacjentów otyłość a 25% respondentów miało masę ciała prawidłową.

Do analizy zależności pomiędzy BMI a zachowaniami zdrowotnymi wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana.

Wyniki wykazały, że istnieje zależność pomiędzy BMI a kategorią prawidłowe nawyki żywieniowe. Zależność ta jest dodatnia; im wyższe BMI, tym bardziej prawidłowe nawyki żywieniowe ( $p < 0,001$ ), co pokazuje **tabela 5**.

Ponadto, zaobserwowano związek pomiędzy BMI a kategorią praktyki zdrowotnej. Zależność ta jest z kolei ujemna; im wyższe BMI, tym mniejsze nasilenie praktyk zdrowotnych ( $p < 0,001$ ) – patrz **tabela 5**.

**Tabela 5.** BMI a zachowania zdrowotne badanych

Kategorie	Korelacje z BMI			
	Współczynnik korelacji	p	Kierunek zależności	Siła zależności
Wynik ogólny	0,05	0,622	---	---
Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,353	<0,001	dodatni	średnia

dla ogółu badanych wyniósł średnio 83,2. W badaniach tych uzyskano nieco wyższe wyniki niż standardowe w kategorii zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych. Poniżej norm średnich znalazły się prawidłowe nawyki żywieniowe [10].

W badaniach prowadzonych wśród osób starszych, będących słuchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW), wykazano wysoki średni wynik wskaźnika zachowań zdrowotnych (88,39 pkt.). W analizie szczegółowej niemal połowa badanych cechowała się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych, co trzeci senior wykazywał poziom przeciętny. Niski poziom nasilenia zachowań zdrowotnych wykazało najmniej badanych osób. Grupa ta prezentowała średnio przeciętne wskaźniki zachowań zdrowotnych we wszystkich kategoriach: praktyki zdrowotne, nastawienie psychiczne, zachowania profilaktyczne oraz prawidłowe nawyki żywieniowe [11]. Natomiast zbliżone wyniki do przedstawionych w badaniach własnych uzyskali pacjenci Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy przyjęci z powodu zaostrzenia objawów choroby przewlekłej. Wykazano przeciętne i niskie wyniki w zakresie zachowań zdrowotnych, a średnia wartość wskaźnika wynosiła 77,47 pkt. Natomiast w przypadku pacjentów hospitalizowanych z przyczyn ostrych, wartość wskaźnika wyniosła 73,13 pkt., który w skali stenowej oznacza wynik niski [12].

W badaniach własnych stwierdzono nadwagę u ponad 1/2 badanych (54%) oraz otyłość u 21% badanych. Otyłość jest groźną chorobą przewlekłą, której powikłania zagrażają życiu. Otyłość po paleniu papierosów stanowi czynnik ryzyka rozwoju m.in. chorób układu krążenia, oddechowego i nowotworów złośliwych [5]. Osoby otyłe i z nadwagą cechuje zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwór, nawet gdy są aktywne fizycznie [13]. Dodatkowo w przeprowadzonych badaniach własnych stwierdzono, że respondenci rzadko jedzą warzywa i owoce (25%), nie zwracają uwagi, czy żywność zawiera dużą ilość konserwantów (48%), czy też jest mocno solona (90%), a są to czynniki ryzyka rozwoju nowotworów. Według Zatońskiego, badania nad pochodzeniem chorób nowotworowych w korelacji z dietą rozpoczęły się w latach 40. XX wieku. Wynika z nich, że odsetek zgonów z powodu nowotworów i związanych z nim nawyków żywieniowych waha się między 10% a 70%, przy czym za najbardziej wiarygodną wartość przyjmuje się około 30% [14]. Szereg badań epidemiologicznych potwierdza ochronne właściwości owoców i warzyw, częste ich spożywanie zmniejsza ryzyko zachorowań na różne typy nowotworów [14]. W badaniach własnych wykazano, że osoby z wyższymi wynikami BMI zachowują bardziej prawidłowe nawyki

żywieniowe, ale wykazano u nich mniejsze nasilenie praktyk zdrowotnych. Wyniki mogą sugerować, że pacjenci z nadwagą i otyłością, którzy zachowują prawidłowe nawyki żywieniowe w mniejszym stopniu stosują działania w zakresie praktyk zdrowotnych, takich jak: nie unikają nadmiernego wysiłku fizycznego i przepracowania oraz unikają dłuższego odpoczynku i długiego snu, a także nie kontrolują masy ciała. Wykazano również, że pacjenci w starszym wieku posiadają lepsze nawyki żywieniowe, ale w mniejszym stopniu zachowują praktyki zdrowotne. Może to wynikać ze zmniejszonej aktywności fizycznej z powodu wieku, a tym samym ograniczenia działań w zakresie praktyki zdrowotnej. Jednocześnie osoby starsze, w większości będące na emeryturze i/lub mające mniej obowiązków, więcej czasu poświęcają zasadom zdrowego odżywiania się, m.in. poprzez zdobywanie wiedzy w tym zakresie – w obecnym czasie jest łatwo dostępna (np. UTW, media, czasopisma) [11, 16].

## Wnioski

1. U pacjentów z rozpoznaniem rakiem nerki najwyższe wyniki uzyskano w obszarze zachowań profilaktycznych, a najniższe w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych.
2. Pomimo stwierdzenia w całej grupie najniższych wyników w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych, pacjenci w starszym wieku i z wyższym BMI uzyskali wyższe wyniki, ale w zakresie praktyk zdrowotnych uzyskali wyniki niskie.
3. Wyniki wskazują na potrzebę propagowania właściwych zachowań zdrowotnych szczególnie w zakresie czynników ryzyka raka nerki w celu zastosowania profilaktyki oraz wczesnego wykrycia objawów, aby podjąć diagnostykę i leczenie.

## Oświadczenia

### Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

### Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

## Piśmiennictwo

1. Gruszczynska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. *Hygeia Public Health*. 2015, 50(4): 558–565.
2. Didkowska J, Wojciechowska U, Olasek P. Nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów. Centrum Onkologii – Instytut M. Curie-Skłodowskiej. Ministerstwo Zdrowia Warszawa 2017.
3. Tuchowska P, Worach-Kardas H, Marcinkowski JT. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka

- i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94(2): 166–171.
4. Cyran-Chlebicka A. Rak nerkowokomórkowy – epidemiologia, etiologia, patogeneza. *Przegląd Urologiczny.* 2013; 3(79): 43–46.
  5. Jaworski P, Binda A, Tarnowski W. Wpływ otyłości na rozwój choroby nowotworowej. *Post Nauk Med.* 2015; 9: 673–676.
  6. Kłęk S, Jankowski M, Kruszewski WJ i wsp. Standardy leczenia żywieniowego w onkologii. *Postępy Żywienia Klinicznego.* 2016; 3(40): 38–70.
  7. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. W: Juczyński Z. (red.) *Narzędzia pomiarów w promocji i psychologii zdrowia.* Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2009: 81–88.
  8. Mieczkowski M, Kohmann-Golc A. Rak nerki – zasady postępowania z chorym. *Nefrol Dial Pol.* 2013; 17: 118–120.
  9. Cierznikowska K, Westpha B, Szewczyk MT, Cwajda-Białasiak J, Popow A. Zachowania zdrowotne chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych. *Pielęg Chir Angiol.* 2011; 4: 211–217.
  10. Muszalik M, Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego a aspekcie czynników socjodemograficznych. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94(3): 509–513.
  11. Smoleń E, Gazdowicz I, Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęg XXI wieku.* 2011; 36(3): 5–9.
  12. Kurowska K, Białasiak B. Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). *Now Lek.* 2009; 2(78): 113–122.
  13. Szostak WB, Szostak-Węgierk D, Kłosiewicz-Latoszek L. Konsekwencje zdrowotne otyłości. *Post Nauk Med.* 2011; 9: 778–781.
  14. Zatoński W. Europejski Kodeks walki z rakiem. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2010.
  15. Rynkowska D. Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów. *An Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin Polonia sectio I,* 2016, XLI(2): 91–101.
  16. Białeczka-Dębek A, Pietruszka B, Minta D. Spożycie warzyw i owoców a funkcje poznawcze wybranej grupy osób starszych – badanie pilotażowe. *Geriatrics.* 2017; 11: 265–271.

Zaakceptowano do edycji: 15.12.2019  
Zaakceptowano do publikacji: 15.02.2020

**Adres do korespondencji:**

Lucyna Ścisło  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ UJCM  
ul. Kopernika 25  
31-501 Kraków  
tel. 600 654 207  
e-mail: lucyna.scislo@uj.edu.pl