

Hanna Lubecka<sup>1</sup>, Beata Haor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach

<sup>2</sup>Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

## ZACHOWANIA ZDROWOTNE A STARZENIE SIĘ NA PRZYKŁADZIE PACJENTÓW Z ZAPALENIEM TRZUSTKI

### Health behavior and aging on patients with the acute pancreatitis

#### Streszczenie

##### Wstęp

Najwięcej zachorowań na ostre zapalenie trzustki dotyczy osób między 41 a 60 rokiem życia. Wśród czynników sprzyjających wystąpieniu choroby wymienia się zachowania antyzdrowotne.

##### Cel

Celem opracowania było zaprezentowanie zachowań zdrowotnych pacjentów z ostrym zapaleniem trzustki w zależności od zmiennych socjodemograficznych, które mogą wpływać na przebieg procesu starzenia się jednostki.

##### Material i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród 50 osób z rozpoznaniem ostrym zapaleniem trzustki. W badaniach zastosowano metodę szacowania, technikę skali szacunkowej z wykorzystaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych.

##### Wyniki

Pacjenci, których dotyczyło ostre zapalenie trzustki wykazywali średni poziom zachowań zdrowotnych, który podlegał zróżnicowaniu w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych.

##### Wnioski

Zaawansowanie wieku wpływało na prezentowanie wyższego poziomu zachowań zdrowotnych przez pacjentów z ostrym zapaleniem trzustki.

**Słowa kluczowe:** ostre zapalenie trzustki, zachowania zdrowotne, wiek przedstarczy

#### Abstract

##### Introduction

Most people with acute pancreatitis are between 41 and 60 years old. Among the factors contributing to the onset of the disease are the anti-health behaviors.

##### Aim

The aim of the study was to present the health behavior of patients with acute pancreatitis according to sociodemographic variables that may influence the course of the aging process.

##### Material and methods

The study was conducted among 50 people with diagnosed acute pancreatitis. The study used the estimation method, the estimation technique using the Health Behavior Inventory.

##### Results

Patients affected with acute pancreatitis exhibited an average level of health behavior that was differentiated according to selected sociodemographic variables.

##### Conclusions

Age-related effects have been shown to have a higher level of health behavior in patients with acute pancreatitis.

**Keywords:** acute pancreatitis, health behaviors, presenile age

#### Wstęp

Ostre zapalenie trzustki (OZT) jest samoograniczającą się chorobą. W efekcie, po przebyciu jej incydentu bez powikłań, trzustka powraca do stanu przed procesem zapalnym. Powyższa sytuacja dotyczy 80% przypadków zachorowań [Piskorz i in., 2016]. OZT poza samą trzustką może także dotyczyć również pobliskich tkanek, innych narządów czy układów, co z kolei wpływa na przebieg choroby w ramach postaci łagodnej, umiarkowanej i ciężkiej [Banks et al, 2013; Sarr, 2013]. Najwięcej zachorowań występuje wśród osób między 41 a 60 rokiem życia (ok. 35%) a zgony dotyczą ok. 4% przypadków [www1, 2016].

Współcześnie liczba zachorowań i hospitalizacji związanych z ostrym zapaleniem trzustki wykazuje tendencję wzrostową zarówno w Polsce oraz na świecie. W Polsce w 2014r. odnotowano około 72,1 zachorowań na 100 000 mieszkańców, co stanowiło jedną z najwyższych częstości występowania w Europie [Ledóchowski i in., 2014]. Wiodącą przyczyną zachorowań na OZT jest kamica żółciowa, alkohol [Kozieł, Głuszek, 2016]. Kamica żółciowa jako przyczyna OZT u osób w wieku podeszłym stanowi nawet do 75% przypadków choroby [Siekłucki, Krześniak, 2008]. Wzrasta również ilość zachorowań na ciężką postać choroby, gdzie śmiertelność sięga nawet do 60% przypadków [Kozieł, Głuszek, 2016; Tenner et al., 2013]. Częściej na OZT chorują mężczyźni - w 2015 roku ok. 63% przypadków choroby rozpoznano wśród osobników płci męskiej [www1, 2016]. Wzrasta liczba zachorowań także wśród kobiet jako efekt nadużywania alkoholu i otyłości [Ledóchowski i in., 2014].

Styl życia w największym zakresie determinuje zdrowie człowieka, co podkreślił M. Lalonde w koncepcji pól zdrowia [Bejma, 2017]. Jest to strategia postępowania w życiu, umiejętność podejmowania wyborów zachowań [Bejma, 2017; Słopiecka, Cieślik, 2011]. Ryzyko zagrożeń zdrowia rośnie wraz ze wzrostem ilości i jakości szkodliwych czynników, które wynikają z preferowania zachowań antyzdrowotnych (negatywnych). Zachowania prozdrowotne (pozytywne) z kolei sprzyjają zdrowiu i zmniejszają ryzyko chorób [Gruszczyńska i in., 2015; Słopiecka, Cieślik, 2011]. Prezentowanie negatywnych zachowań zdrowotnych przez jednostkę zwiększa ryzyko zaburzeń w stanie zdrowia, które z kolei mogą prowadzić do patologicznej starości i przyspieszać przebieg procesu starzenia się.

## Cel

Celem opracowania jest zaprezentowanie wybranych zachowań zdrowotnych pacjentów z ostrym zapaleniem trzustki w zależności od zmiennych socjodemograficznych, które mogą wpływać na przebieg procesu starzenia się jednostki.

## Material i metody

Badania przeprowadzono wśród 50 pacjentów z rozpoznaniem ostrego zapalenia trzustki w wieku  $\geq 18$  r.ż. (kobiety i mężczyźni), którzy zostali hospitalizowani w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Specjalistycznego im. J. K. Łukowicza w Chojnicach. Były one realizowane po uzyskaniu pozytywnej zgody Komisji Bioetycznej przy UMK w Toruniu, Collegium Medium w Bydgoszczy nr KB 515/2016, zgody dyrekcji placówki i pacjentów. Badania miały charakter anonimowy, dobrowolny, bezpłatny. Wykorzystano w nich metodę szacowania, technikę skali szacunkowej z zastosowaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ). Kwestionariusz ten zawiera 24 stwierdzenia opisujące zachowania związane ze zdrowiem w czterech kategoriach: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne [Juczyński, 2009]. Testy IZZ zostały zakupione w Pracowni Testów Psychologicznych. Kwestionariusz został poprzedzony metryczką z danymi socjodemograficznymi pacjentów.

Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w pakiecie Statistica 10.0. firmy StatSoft. Zgromadzone dane uporządkowano oraz poddano weryfikacji w programie Microsoft Excel. Do analizy statystycznej wykorzystano test chi-kwadrat Pearsona. Służył on do oceny, czy zależności zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji czy tylko przypadkowym rezultatem. Test ten stosuje się wówczas, gdy do analizy wykorzystywane są zmienne mające charakter danych jakościowych (nie liczbowych). Wynikiem testu statystycznego było tzw. prawdopodobieństwo testowe (p), którego niskie wartości świadczyły o istotności statystycznej rozważanych różnic. Za poziom istotności statystycznej przyjęto  $p < 0,05$ .

W grupie badanych było 8 kobiet (16,0%) i 42 mężczyzn (84,0%). Średnia wieku respondentów wyniosła 51,76 lat  $\pm 14,69$ . Najmłodszy z badanych miał 26 lat a najstarszy 79 lat. Natomiast połowa respondentów miała nie więcej niż 49 lat. Zdecydowana większość pacjentów mieszkała w mieście (29 osób - 58,0%) a 21 respondentów (42,0%) zamieszkiwało na wsi. Ponad połowa posiadała wykształcenie zawodowe – 27 osób (54%), wykształceniem średnim legitymowało się 14 badanych (28,0%) a podstawowym - 9 osób (18,0%). Wśród pacjentów nie było osób z wykształceniem wyższym. Większość respondentów pozostawała w związku małżeńskim (33 osoby - 66,0%), stan wolny dotyczył 9 osób (18,0%). Z kolei 6 osób (12,0%) było rozwiedzionych a 2 respondentów (4,0%) owdowiało. Ponad połowa badanych była aktywna zawodowo (28 osób - 56,0%). W grupie respondentów było 17 rencistów /emerytów (34,0%), 1 student (2,0%) oraz 4 osoby bezrobotne (8%). Hospitalizowanych z powodu pierwszego incydentu ostrego zapalenia trzustki były 33 osoby (66,0%). Dla pozostałych 17 badanych (34,0%) była to kolejna sytuacja związana ze stanem zapalnym trzustki.

## Wyniki

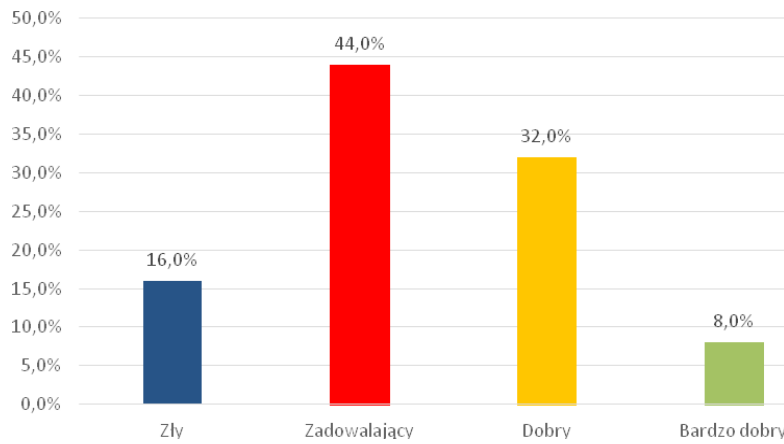
W tabeli I i na rycinie 1 zaprezentowano subiektywną ocenę własnego stanu zdrowia przez badanych.

Najwięcej respondentów określiło swój stan zdrowia jako zadowolający (22 osoby - 44,0%) oraz dobry (16 badanych - 32,0%). Jako zły, swój stan zdrowia określiło 8 osób (16,0%). Tylko 4 badanych oceniło swoje zdrowie jako bardzo dobre (8,0%).

**Tabela I. Subiektywna ocen własnego stanu zdrowia badanych.**  
**Table I. Subjective of evaluations of the own medical condition examined.**

Subiektywna ocen własnego stanu zdrowia	n	%
Zły	8	16,0%
Zadowolający	22	44,0%
Dobry	16	32,0%
Bardzo dobry	4	8,0%
Razem	50	100,0%

n-liczba obserwacji; %-procent  
Źródło: opracowanie własne



**Ryc. 1. Subiektywna ocena własnego stanu zdrowia badanych.**  
**Fig. 1. Subjective evaluation of the own medical condition examined.**

Źródło: opracowanie własne

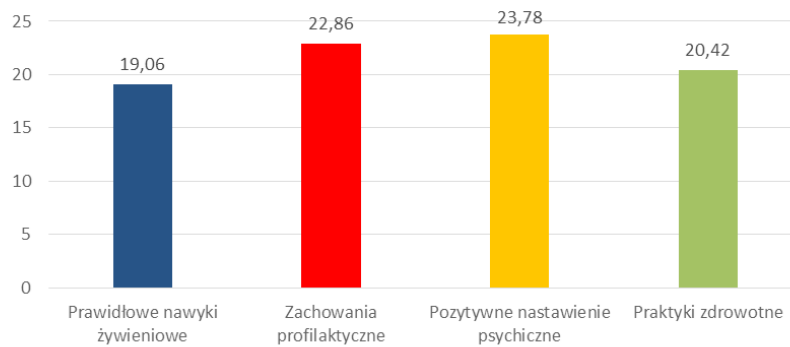
W tabeli II i na rycinie 2 przedstawiono kategorie zachowań zdrowotnych badanych. W badanej grupie najsilniej wyrażone były zachowania związane z pozytywnym nastawieniem psychicznym (23,78 pkt. ± 3,87 pkt.). Kolejno pacjenci prezentowali wysokie wyniki w ramach zachowań profilaktycznych (22,86 pkt. ± 4,58 pkt.) oraz praktyk zdrowotnych (20,42 pkt. ± 4,13 pkt.). Najniższe wyniki w badanej grupie dotyczyły zachowań związanych z prawidłowymi nawykami żywieniowymi (19,06 pkt. ± 4,56 pkt.)

**Tabela II. Kategorie zachowań zdrowotnych badanych.**  
**Table II. Categories of examined health behaviours.**

IZZ	Statystyki opisowe						
	$\bar{x}$	Me	Min.	Max.	Q1	Q3	SD
Prawidłowe nawyki żywieniowe	19,06	20,00	9,00	27,00	17,00	22,00	4,56
Zachowania profilaktyczne	22,86	24,00	10,00	29,00	21,00	26,00	4,58
Pozytywne nastawienie psychiczne	23,78	24,50	13,00	30,00	22,00	26,00	3,87
Praktyki zdrowotne	20,42	21,00	11,00	30,00	18,00	23,00	4,13

$\bar{x}$  -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Min-minimum; Max-maksimum; Q1-kwartył dolny; Q3-kwartył górny; SD-odchylenie standardowe

Źródło: opracowanie własne



**Ryc. 2. Kategorie zachowań zdrowotnych badanych.**  
**Fig. 2. Categories of examined health behaviours.**

Źródło: opracowanie własne

Tabela III przedstawia średnią punktację, którą otrzymali badani w IZZ. Respondenci uzyskali średnio 86,12 pkt. ± 14,26 pkt. Najniższy wynik dotyczył 48 pkt. a najwyższy - 115 pkt.

**Tabela III. Średnia liczba punktów uzyskana przez badanych w IZZ.**  
**Table III. Average number of points get through examined in IZZ.**

IZZ	Statystyki opisowe						
	$\bar{x}$	Me	Min.	Max.	Q1	Q3	SD
[pkt.]	86,12	87,50	48,00	115,00	78,00	96,00	14,26

$\bar{x}$  -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Min-minimum; Max-maksimum; Q1-kwartył dolny; Q3-kwartył górny; SD-odchylenie standardowe

Źródło: opracowanie własne

Tabela IV prezentuje wartości stenowe uzyskane przez badanych w IZZ. Wyniki w skali punktowej IZZ przekształcono na wyniki w skali stenowej w przedziale od 0 do 10 stenów. Poziom nasilenia zachowań zdrowotnych oceniono w badanej grupie na średnim poziomie 6,24 stena  $\pm$  1,95 stena. Najniższy wynik mieścił się w obrębie 1 stena a najwyższy - 10 stena.

**Tabela IV. Średnie wartości stenowe uzyskane przez badanych w IZZ.**  
**Table IV. Mean sten get through examined in IZZ.**

IZZ	Statystyki opisowe						
	$\bar{x}$	Me	Min.	Max.	Q1	Q3	SD
[STEN]	6,24	6,00	1,00	10,00	5,00	8,00	1,95

$\bar{x}$  -średnia arytmetyczna; Me-mediana; Min-minimum; Max-maksimum; Q1-kwartyl dolny; Q3-kwartyl górny; SD-odchylenie standardowe

Źródło: opracowanie własne

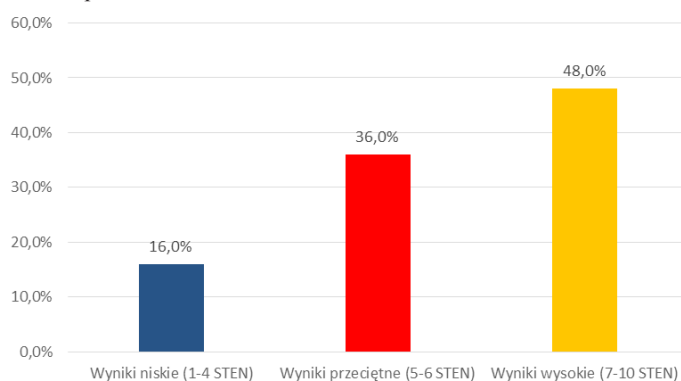
Interpretację zachowań zdrowotnych pacjentów w ramach wartości stenowych IZZ przedstawia tabela V i rycina 3. Na podstawie uzyskanych wartości stenowych określono poziom nasilenia zachowań zdrowotnych w badanej grupie pacjentów jako niski (1-4 STEN), przeciętny (5-6 STEN) lub wysoki (7-10 STEN). Najwięcej badanych prezentowało wysoki poziom nasilenia zachowań zdrowotnych (24 osoby - 48,0%). Zachowania zdrowotne kolejnych 18 osób (36,0%) oceniono jako przeciętne, zaś niski poziom nasilenia zachowań zdrowotnych dotyczył 8 osób (16,0%).

**Tabela V. Interpretacja wyników stenowych badanych wg IZZ.**  
**Table V. Interpretation of results sten examined according to IZZ.**

Interpretacja wyników skali IZZ	n	%
Wyniki niskie (1-4 STEN)	8	16,0%
Wyniki przeciętne (5-6 STEN)	18	36,0%
Wyniki wysokie (7-10 STEN)	24	48,0%
Razem	50	100,0%

n-liczba obserwacji; %-procent

Źródło: opracowanie własne



**Ryc. 3. Interpretacja wyników stenowych badanych wg IZZ.**  
**Fig. 3. Interpretation of results sten examined according to IZZ.**

Źródło: opracowanie własne

Tabela VI i rycina 4 przedstawiają zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich płci. Wykazano brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych a ich płcią ( $p=0,377$ ). Niemniej jednak wśród kobiet rejestrowano jedynie przeciętny lub wysoki poziom prezentowanych zachowań. Natomiast niskie wyniki w tym zakresie odnotowano wyłącznie w grupie mężczyzn.

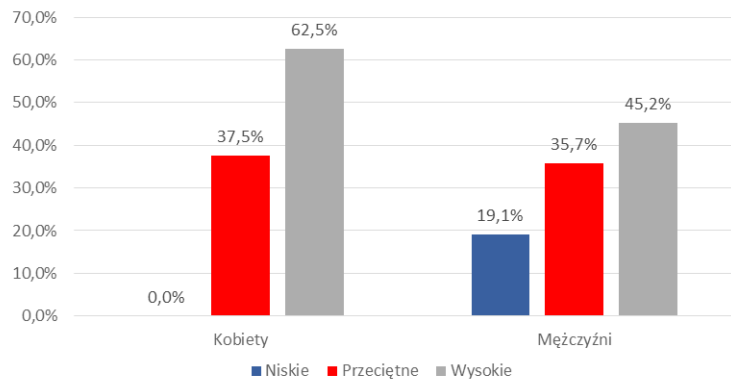
**Tabela VI. Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich płci.**  
**Table VI. Health behaviours examined depending on their sex.**

Zachowania zdrowotne	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Niskie	0	0,0%	8	19,1%	8	16,0%
Przeciętne	3	37,5%	15	35,7%	18	36,0%
Wysokie	5	62,5%	19	45,2%	24	48,0%
Razem	8	100,0%	42	100,0%	50	100,0%
Istotność(p)	$\chi^2(2)=1,94$ $p=0,377$					

n-liczba obserwacji; %-procent

$\chi^2$ -wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p-poziom prawdopodobieństwa

Źródło: opracowanie własne



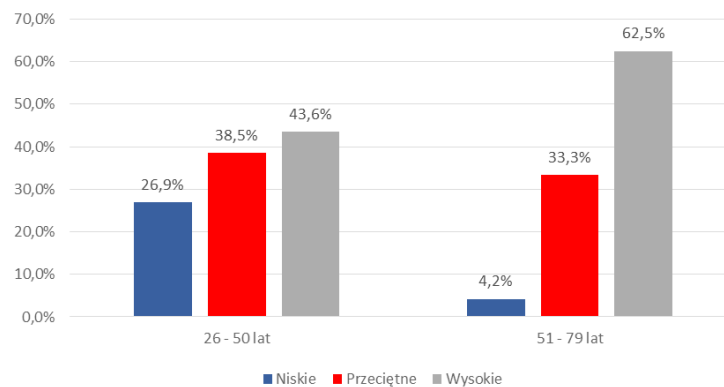
Ryc. 4. Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich płci.  
 Fig. 4. Health behaviours examined depending on their sex.  
 Źródło: opracowanie własne

W tabeli VII i rycinie 5 zaprezentowano zachowania zdrowotne pacjentów w zależności od ich wieku. Poziom nasilenia prezentowanych zachowań zdrowotnych związany był istotnie z wiekiem badanych ( $p=0,046$ ). Wykazano, że pacjenci w wieku 51-79 lat prezentowali wyższy poziom zachowań zdrowotnych, aniżeli młodsi respondenci w wieku 26-50 lat.

Tabela VII. Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich wieku.  
 Table VII. Health behaviours examined depending on their age.

Zachowania zdrowotne	26-50 lat		51-79 lat		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Niskie	7	26,9%	1	4,2%	8	16,0%
Przeciętne	10	38,5%	8	33,3%	18	36,0%
Wysokie	9	43,6%	15	62,5%	24	48,0%
Razem	26	100,0%	24	100,0%	50	100,0%
Istotność (p)	$\chi^2(2)=6,15$ $p=0,046$					

n-liczba obserwacji; %-procent  
 $\chi^2$ -wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p-poziom prawdopodobieństwa  
 Źródło: opracowanie własne



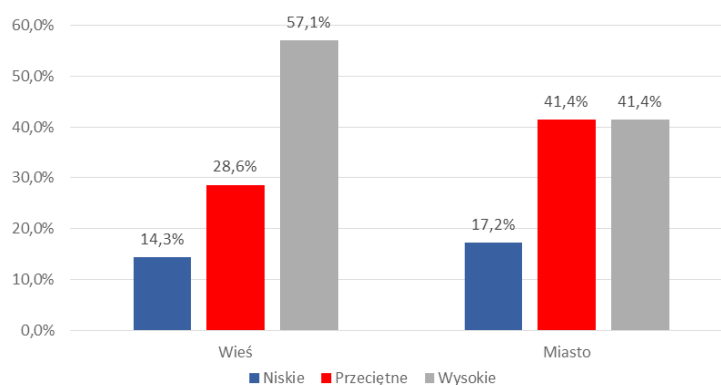
Ryc. 5. Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich wieku.  
 Fig. 5. Health behaviours examined depending on their age.  
 Źródło: opracowanie własne

Tabela VIII i rycina 6 przedstawiają zachowania zdrowotne respondentów w zależności od ich miejsca zamieszkania. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zachowaniach zdrowotnych pacjentów w zależności od ich miejsca zamieszkania ( $p=0,532$ ). Niemniej jednak wysoki poziom zachowań zdrowotnych prezentowała ponad połowa mieszkańców wsi (57,1%), w porównaniu do osób mieszkających w mieście (41,4%).

Tabela VIII. Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich miejsca zamieszkania.  
 Table VIII Health behaviours examined depending on their domicile

Zachowania zdrowotne	Wieś		Miasto		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Niskie	3	14,3%	5	17,2%	8	16,0%
Przeciętne	6	28,6%	12	41,4%	18	36,0%
Wysokie	12	57,1%	12	41,4%	24	48,0%
Razem	21	100,0%	29	100,0%	50	100,0%
Istotność(p)	$\chi^2(2)=1,25$ $p=0,534$					

n-liczba obserwacji; %-procent  
 $\chi^2$ -wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p-poziom prawdopodobieństwa  
 Źródło: opracowanie własne



Ryc. 6. Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich miejsca zamieszkania.  
Fig. 6. Health behaviours examined depending on their domicile.

Źródło: opracowanie własne

W tabeli IX i rycinie 7 zaprezentowano analizę zachowań zdrowotnych pacjentów w zależności do poziomu wykształcenia. Wykształcenie badanych nie było czynnikiem istotnie różnicującym ich poziomu zachowań zdrowotnych ( $p=0,449$ ). Niemniej jednak wśród pacjentów z wykształceniem średnim najczęściej rejestrowano osoby z wysokim i średnim poziomem zachowań zdrowotnych.

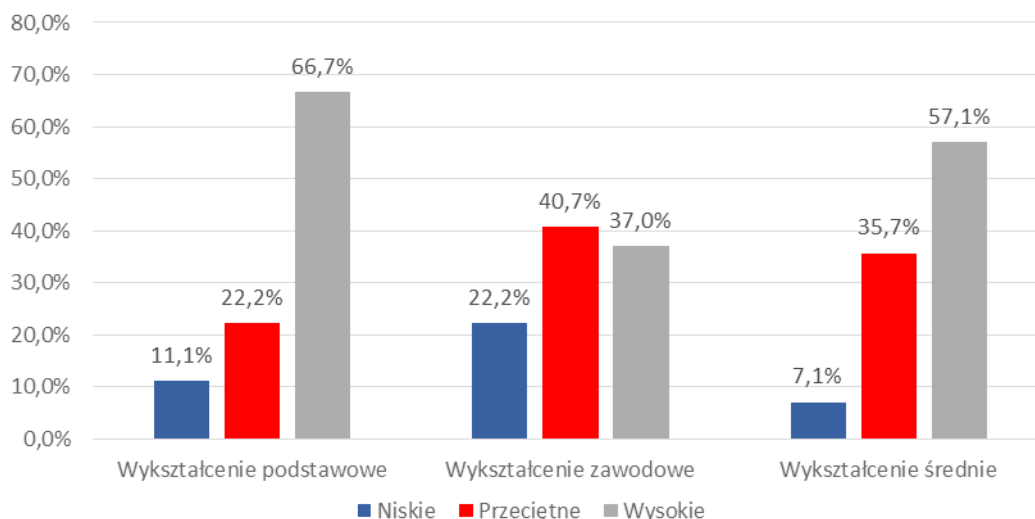
Tabela IX. Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich wykształcenia.  
Table. IX Health behaviours examined depending on educating them

Zachowania zdrowotne	Wykształcenie podstawowe		Wykształcenie zawodowe		Wykształcenie średnie		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Niskie	1	11,1%	6	22,2%	1	7,1%	8	16,0%
Przeciętne	2	22,2%	11	40,7%	5	35,7%	18	36,0%
Wysokie	6	66,7%	10	37,0%	8	57,1%	24	48,0%
Razem	9	100,0%	27	100,0%	14	100,0%	50	100,0%
Istotność(p)	$\chi^2(4)=3,69$ $p=0,449$							

n-liczba; %-procent

$\chi^2$ -wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p-poziom prawdopodobieństwa

Źródło: opracowanie własne



Ryc. 7. Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich wykształcenia.  
Fig. 7. Health behaviours examined depending on educating them.

Źródło: opracowanie własne

Tabela X i rycina 8 przedstawia zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich BMI. Zachowania zdrowotne badanych były istotnie związane z ich BMI ( $p=0,026$ ). Wykazano, że poziom zachowań zdrowotnych wśród osób z masą ciała w normie był zazwyczaj przeciętny lub wysoki. Z kolei niski poziom zachowań deklarowali częściej pacjenci z nadwagą i otyłością.

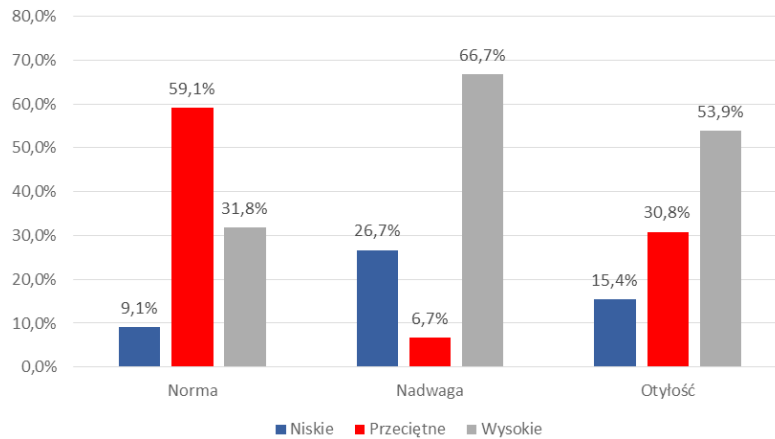
**Tabela X. Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich BMI.**  
**Table X. Health behaviours examined depending on their BMI.**

Zachowania zdrowotne	Norma		Nadwaga		Otyłość		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Niskie	2	9,1%	4	26,7%	2	15,4%	8	16,0%
Przeciętne	13	59,1%	1	6,7%	4	30,8%	18	36,0%
Wysokie	7	31,8%	10	66,7%	7	53,9%	24	48,0%
Razem	22	100,0%	15	100,0%	13	100,0%	50	100,0%
Istotność(p)	$\chi^2(4)=11,05$ p=0,026							

n-liczba; %-procent

$\chi^2$ -wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p-poziom prawdopodobieństwa

Źródło: opracowanie własne



**Ryc. 8. Zachowania zdrowotne badanych w zależności od ich BMI.**  
**Fig. 8. Health behaviours examined depending on their BMI.**

Źródło: opracowanie własne

Tabela XI prezentuje masę ciała badanych z uwzględnieniem BMI. Prawidłowa masa ciała dotyczyła 22 osób (44,0%). Natomiast 15 pacjentów (30,0%) miało nadwagę a 13 chorych (26,0%) było otyłych.

**Tabela XI. Masa ciała badanych z uwzględnieniem BMI.**  
**Table XI Body weight examined including BMI.**

Kategoria masy ciała	n	%
Norma	22	44,0%
Nadwaga	15	30,0%
Otyłość	13	26,0%
Razem	50	100,0%

n-liczba obserwacji; %-procent

W tabeli XII i na rycinie 9 zaprezentowano analizę zachowań zdrowotnych w zależności od deklarowanego przez badanych statusu materialnego.

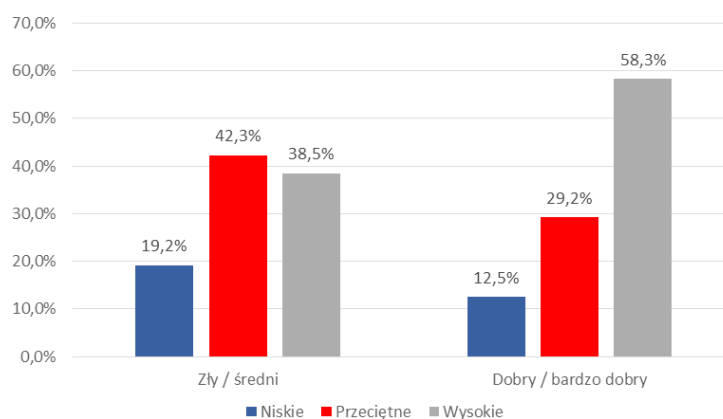
**Tabela XII. Zachowania zdrowotne badanych a ich status materialny.**  
**Table XII. Health behaviours examined and their material status.**

Zachowania zdrowotne	Zły / średni		Dobry / bardzo dobry		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Niskie	5	19,2%	3	12,5%	8	16,0%
Przeciętne	11	42,3%	7	29,2%	18	36,0%
Wysokie	10	38,5%	14	58,3%	24	48,0%
Razem	26	100,0%	24	100,0%	50	100,0%
Istotność(p)	$\chi^2(2)=1,97$ p=0,371					

n-liczba obserwacji; %-procent

$\chi^2$ -wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p-poziom prawdopodobieństwa

Źródło: opracowanie własne



**Ryc. 9. Zachowania zdrowotne badanych a ich status materialny.**  
**Fig. 9. Health behaviours examined and their material status.**

Źródło: opracowanie własne

Nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy prezentowanymi przez badanych zachowaniami zdrowotnymi a ich statusem materialnym ( $p=0,371$ ). Niemniej jednak osoby deklarujące bardzo dobrą lub dobrą sytuację materialną częściej wskazywały na prezentowanie wysokich lub przeciętnych zachowań zdrowotnych, w porównaniu do pacjentów o złej kondycji finansowej.

## Dyskusja

Zachowania zdrowotne stanowią istotny wykładnik zdrowia a tym samym rzutują na obraz pomyślnego starzenia się człowieka [Ahmed et al., 2016]. Styl życia i składające się na niego zachowania i nawyki w zakresie zdrowia kształtują się w okresie dzieciństwa i dojrzałości. Związane są z dokonywanymi wyborami, postawami wobec własnego zdrowia oraz nawykami w zakresie prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej, umiejętnościami radzenia sobie ze stresem oraz ograniczeniami w stosowaniu używek [Cruz-Monserrate et al, 2016; Ćwik i in., 2010; Dąbrowski, 2013; CBOS, 2016]. Niedostatek zachowań prozdrowotnych istotnie przekłada się na obraz czynników ryzyka wielu chorób, a tym samym starości w wymiarze patologicznym. Taka sytuacja dotyczy także pacjentów z ostrym zapaleniem trzustki. Zachowania antyzdrowotne są bowiem istotnym elementem wpływającym najpierw na wystąpienie a później przebieg choroby [Juczyński, 2009].

W przedstawionych badaniach blisko połowa pacjentów (44,0%) określiła swój stan zdrowia jako zadowolający, 32,0% osób jako dobry a tylko 8% osób jako bardzo dobry. Złej samooceny zdrowia dokonało 16% badanych. Należy przypuszczać, że negatywne opinie w tym zakresie wynikały z przebytego incydentu OZT, do którego przyczyniły się dotychczasowe zachowania antyzdrowotne prezentowane przez chorych.

IZZ umożliwiła analizę zachowań zdrowotnych respondentów pod kątem czterech kategorii: prawidłowe nawyki żywieniowe, pozytywne nastawienie psychiczne, zachowania profilaktyczne oraz praktyki zdrowotne [Juczyński, 2009]. W badanej grupie najsłabiej zostały ocenione nawyki żywieniowe, natomiast wyniki najwyższe związane były z pozytywnym nastawieniem psychicznym.

Incydent ostrego zapalenia trzustki w większości dotyczy mężczyzn. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia z 2015 r. mężczyźni stanowili 63,23% wszystkich osób hospitalizowanych w Polsce z ostrym zapaleniem trzustki. Pozostały odsetek dotyczył kobiet (36,77%) [www1, 2016]. W przedstawionych badaniach w grupie chorych także dominowali mężczyźni (84,0% respondentów). Potwierdzają to także wyniki badań Cichońskiej i Tokarskiej, które dotyczyły pacjentów z OZT hospitalizowanych w oddziale chirurgii, gdzie także przeważali mężczyźni [Cichońska, Tokarska, 2013]. W przedstawionych badaniach wykazano wprawdzie brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych a ich płcią. Niemniej jednak wśród kobiet rejestrowano jedynie przeciętny lub wysoki poziom prezentowanych zachowań. Natomiast niskie wyniki w tym zakresie odnotowano wyłącznie w grupie mężczyzn.

Badania własne wskazują, że zachowania zdrowotne pacjentów z OZT istotnie statystycznie były uzależnione od wieku chorych. Wykazano, że pacjenci w wieku 51-79 lat prezentowali wyższy poziom zachowań zdrowotnych, aniżeli młodszy respondenci w wieku 26-50 lat. Z danych NFZ wynika, iż OZT w większości dotyczy osób od 19 do 80 r. ż. Najczęściej jednak występuje w wieku 41-60 lat (34,81% zachorowań) [www1, 2016]. Z analizy aktualnych badań wynika, że pacjenci znajdowali się w przedziale wiekowym 26-79 lat. Średnia wieku tych osób wyniosła ok. 52 lat, z czego połowa badanych miała nie więcej niż 49 lat.

Wyszkolenie człowieka wpływa na wybory określonych zachowań zdrowotnych [Gruszczyńska i in., 2015]. Z analizy badań własnych wynika, że wykształcenie badanych nie było czynnikiem istotnie różnicującym ich poziom zachowań zdrowotnych. Niemniej jednak wśród pacjentów z wykształceniem średnim najczęściej rejestrowano osoby z wysokim i średnim poziomem zachowań zdrowotnych. Na podstawie raportu z badań Taylor Nelson Sofres (TNS)



„Spożycie alkoholu w Polsce w 2012 r.”, określono związek pomiędzy poziomem wykształcenia i spożywaniem alkoholu [TNS, 2013]. Alkohol jest jedną z głównych przyczyn wystąpienia OZT [Kozieł, Głuszek, 2016]. Z badań TNS wynika, że w grupie osób z wykształceniem wyższym jest więcej osób pijących, niż u osób z niższym wykształceniem. W badaniach własnych większość respondentów (54%) posiadała wykształcenie zawodowe. Nie było natomiast żadnej osoby z wykształceniem wyższym. Wykształcenie może wpływać na sposób odżywiania i masę ciała człowieka. Wg raportu „Puszyści na drabinie społecznej i u lekarza – nadwaga i otyłość w Polsce” z 2015 r., ryzyko wystąpienia nadwagi i otyłości koreluje z wykształceniem i płcią badanych osób. U kobiet ryzyko otyłości i nadwagi różni się znacząco. Im niższy poziom wykształcenia, tym wyższe ryzyko otyłości i nadwagi. Natomiast u mężczyzn różnice są nieznaczne. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia zagrożenie otyłością maleje, natomiast rośnie ryzyko nadwagi [Mikucka, 2015]. Z badań opublikowanych w 2017 r. „Nadwaga i otyłość w Polsce” najczęściej osób z otyłością zaobserwowano w grupie o wykształceniu zawodowym [Zgliczyński, 2017]. Problemy z nieprawidłową masą ciała wznoszą także wraz z zaawansowaniem wieku. W grupie kobiet wraz z wiekiem obserwuje się tendencję wzrostową w zakresie podwyższonego wskaźnika BMI. Liczba kobiet z nadwagą i otyłością maleje po 70 r.ż., co związane jest z fizjologią procesu starzenia. U mężczyzn znaczny wzrost osób z nieprawidłowym BMI obserwuje się po 30 r.ż., a tendencja ta jest stała [Mikucka, 2015].

W aktualnych badaniach zachowania zdrowotne badanych były istotnie związane z ich BMI. Wykazano, że poziom zachowań zdrowotnych wśród osób z masą ciała w normie był zazwyczaj przeciętny lub wysoki. Z kolei niski poziom zachowań deklarowali częściej pacjenci z nadwagą i otyłością. Ponad połowa pacjentów miała nieprawidłową masę ciała. Dotyczyła ich bowiem nadwaga oraz otyłość. Otyłość stanowi nie tylko ważny element etiologiczny OZT, ale jest istotnym czynnikiem rokowniczym w przebiegu choroby [Hong et al, 2011]. Badania kohortowe opublikowane w 2013 r. w *The American Journal of Gastroenterology* wskazują, że nie tylko ogólnie ujęta otyłość i wskaźnik BMI jest najistotniejszym czynnikiem ostrego zapalenia trzustki, ale otyłość brzuszna wpływa jej przebieg [Sadr-Azodi et al, 2013].

Większość pacjentów z OZT pochodziło z miasta (58,0%). Podobne wyniki uzyskały w swoich badaniach Cichońska i Tokarska, gdzie OZT częściej dotyczyło mieszkańców miast [Cichońska, Tokarska, 2013]. W aktualnej literaturze nie ma informacji dotyczących związku pomiędzy miejscem zamieszkania a ryzykiem OZT. Niemniej jednak można odnaleźć dane dotyczące czynników ryzyka OZT takich jak nadużywanie alkoholu oraz otyłość. Z badań na temat: „Spożycie alkoholu w Polsce w 2012 r.”, wynika, że częściej po alkohol sięgają mieszkańcy miast [TNS, 2013]. Natomiast badania „Nadwaga i otyłość w Polsce” wskazują, że stosunkowo częściej otyłość dotyczy osób mieszkających na wsi [Zgliczyński, 2017]. Z analizy własnych badań również wynika, że nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zachowaniach zdrowotnych pacjentów w zależności od ich miejsca zamieszkania. Niemniej jednak wysoki poziom zachowań zdrowotnych prezentowała ponad połowa mieszkańców wsi (57,1%), w porównaniu do osób mieszkających w mieście (41,4%).

Aktualne badania określały również status materialny respondentów. Nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy prezentowanymi przez badanych zachowaniami zdrowotnymi a ich statusem materialnym. Niemniej jednak osoby deklarujące bardzo dobrą lub dobrą sytuację materialną częściej wskazywały na prezentowanie wysokich lub przeciętnych zachowań zdrowotnych, w porównaniu do pacjentów o złej kondycji finansowej. Wg badań CBOS „Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków”, osoby wyrażające brak zadowolenia ze swojej sytuacji materialnej niechętnie dbają o swoje zdrowie [CBOS, 2016].

### Wnioski

1. Zachowania zdrowotne wśród pacjentów z OZT kształtują się na średnim poziomie. Najsilniej wyrażone były postawy związane z pozytywnym nastawieniem psychicznym a najsłabiej dotyczące prawidłowych nawyków żywieniowych. Niski poziom zachowań deklarowali bowiem częściej pacjenci z nadwagą i otyłością.
2. Istotne różnice w prezentowanych zachowaniach zdrowotnych pacjentów z OZT wynikały z wieku. Osoby w wieku 51-79 lat prezentowały wyższy poziom zachowań zdrowotnych, w porównaniu do młodszych badanych w wieku 26-50 lat.

### Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Zachowania zdrowotne pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zapalenia trzustki są ważnym czynnikiem predykcyjnym pierwszego i kolejnych incydentów choroby. Niezbędne są intensywne działania w ramach edukacji zdrowotnej chorych w dążeniu do ich redukcji a tym samym kształtowania obrazu pomyślnego starzenia się jednostki.

### Piśmiennictwo

1. Ahmed Ali i wsp.. 2016. Risk of Recurrent Pancreatitis and Progression to Chronic Pancreatitis After a First Episode of Acute Pancreatitis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 14 (5): 738-746.
2. Banks Peter i wsp. 2013. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus, *Gut*, 62: 102-111.
3. Bejma Urszula. 2017. Prozdrowotne style życia w świadomości współczesnego społeczeństwa polskiego. *Studia nad rodziną*; 2 (33): 65-80.

4. Cichońska Małgorzata, Tokarska Lidia. 2013. Rola pielęgniarki w identyfikacji czynników ryzyka i profilaktyce wśród osób hospitalizowanych z powodu ostrego zapalenia trzustki. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis*, Ostrowiec Św.: Wyd. Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Św.: 147-164.
5. Cruz-Monserrate Zobeida i wsp. 2016. The Impact of Obesity on Gallstone Disease, Acute Pancreatitis, and Pancreatic Cancer. *Gastroenterology Clinics of North America*, 45 (4): 625-637.
6. Ćwik Grzegorz, Solecki Michał, Pedowski Tomasz, Wallner Grzegorz. 2010. Współczesna ultrasonografia w ocenie zmian chorobowych w trzustce. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 5 (4): 202-206.
7. Dąbrowski Andrzej. 2013. Choroby trzustki – postępy 2012. *Medycyna Praktyczna*, 2: 52 – 63.
8. Gruszczynska Magda, Bąk – Sosnowska Monika, Plinta Ryszard. 2015. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. *Hygeia Public Health*, 50 (4): 558-565.
9. Hong Shen i wsp. 2011. Body mass index and the risk and prognosis of acute pancreatitis: a meta-analysis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 23 (12): 1136-1143.
10. Juczyński Zygfryd. 2009. *Inwentarz Zachowań Zdrowotnych*. [w:] Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa; Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego: 110-116.
11. Komunikat z badań CBOS. 2014. *Zachowania żywieniowe Polaków*. Warszawa: CBOS.
12. Komunikat z badań. 2016. *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków*. Warszawa: CBOS.
13. Kozieł Dorota, Głuszek Stanisław. 2016. Epidemiology of acute pancreatitis In Poland – selected problems. *Studia Medyczne*, 32 (1): 1-3.
14. Ledóchowski Maciej, Sieklucki Jerzy, Tarnowski Wiesław. 2014. Wyniki leczenia ostrego zapalenia trzustki. 25-letnie doświadczenia Kliniki. *Postępy Nauk Medycznych*, 27 (8): 555-557.
15. Mikucka Małgorzata. 2015. „Puszyści” na drabinie społecznej i u lekarza – nadwaga i otyłość w Polsce. Raport z badań. Zespół Porównawczych Analiz Nierówności Społecznych, Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk.
16. Piskorz Łukasz, Piskorz Beata, Misiak Piotr, Jabłoński Sławomir. 2016. Ostre zapalenie trzustki – choroba, która wciąż nas zaskakuje. Opis przypadku. *Postępy Nauk Medycznych*, 29 (3): 197-202.
17. Raport z badania TNS Polska. 2013. *Spożycie alkoholu w Polsce w 2012r.* Warszawa: TNS.
18. Sadr-Azodi i wsp 2013. Abdominal and total adiposity and the risk of acute pancreatitis: a population-based prospective cohort study. *Am J Gastroenterol.*; 108 (1): 133-139.
19. Sarr Michael. 2013. *Ostre zapalenie trzustki – rewizja 2012 Klasyfikacji z Atlanty*. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 123: 118-124.
20. Sieklucki Jerzy, Krześniak Natalia. 2008. Choroby trzustki u pacjentów w wieku podeszłym. *Postępy Nauk Medycznych*, 11: 733-735.
21. Słopiecka Aleksandra, Cieślak Aleksandra 2011. Zachowania zdrowotne – wybrane definicje. *Studia Medyczne*; 24 (4): 77-81.
22. Statystyka JGP, Narodowy Fundusz Zdrowia, [https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/Grupa.aspx?id=8jbt1rwwag%3d.\[www1\]](https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/Grupa.aspx?id=8jbt1rwwag%3d.[www1])
23. Tenner Scot, Baillie John. 2013. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. *The American Journal of Gastroenterology*; 108 (9): 1400-1415.
24. Zgliczyński Wojciech. 2017. *Nadwaga i otyłość w Polsce*. Wydawnictwo Sejmowe dla Biura Analiz Sejmowych, 4 (227): 1-4.