

Czy akceptacja choroby oraz satysfakcja z życia kobiet z osteoporozą pomenopauzalną jest zależna od BMI?

Is acceptance of disease and life satisfaction of women with postmenopausal osteoporosis dependent on BMI?

Bogumiła Górczewska¹, Elżbieta Jakubowska-Pietkiewicz²

¹ Uniwersyteckie Centrum Pediatrii im. Marii Konopnickiej CSK, Łódź

² Klinika Pediatrii, Patologii Noworodka i Chorób Metabolicznych Kości, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Uniwersyteckie Centrum Pediatrii im. Marii Konopnickiej CSK, Łódź

Summary

Aim. Osteoporosis is a chronic disease and affects an increasing number of people in the ageing population. Due to its 'quiet' progress, it gradually impacts on the patient's daily functioning, resulting in reduction, then abandoning of existing forms of life activities and deterioration of mental state.

The aim of the study was to analyze the levels of disease acceptance and satisfaction with life in women with postmenopausal osteoporosis depending on their body mass index.

Material and method. The study included a group of 198 women, 72.3 ± 8.59 years old, diagnosed with postmenopausal osteoporosis treated in two Osteoporosis Treatment Centers in the city of Lodz. The study used the Acceptance of Illness Scale (AIS), the Satisfaction with Life Scale (SWLS), the Visual Analogue Scale (VAS), and a self-made survey.

Results. The mean AIS score was 25.95 ± 10.20 points, which indicated a moderate level of acceptance and adjustment to the disease in the study group. The average level of satisfaction with life assessed on the SWLS was 19.37 ± 7.31 points and indicated moderate life satisfaction. The lowest acceptance of the disease (24.38 ± 11.3 points) was presented by underweight persons, while the lowest satisfaction with life (17.75 ± 7.50 points) was presented by overweight women. The subjects presented a mild level of pain according to the VAS scale (4.87 ± 2.39 points). The highest acceptance of the disease and satisfaction with life was presented by normal weight persons.

Conclusions. The levels of disease acceptance and satisfaction with life in women with postmenopausal osteoporosis do not differ statistically significantly depending on body mass index. It was indicated that greater acceptance of the disease was accompanied by greater satisfaction with life in people with osteoporosis. Psychological aspects (AIS, SWLS) should

be an important component of the assessment of therapy effectiveness in women undergoing a long-term treatment for postmenopausal osteoporosis.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, satysfakcja z życia, osteoporoza pomenopauzalna

Key words: acceptance of illness, life satisfaction, postmenopausal osteoporosis

Wstęp

Osteoporoza (łac. *osteoporosis*) jest obecnie najczęstszą chorobą metaboliczną kości. Szacuje się, że choruje na nią ponad 200 mln ludzi na całym świecie, w tym 75 mln w Europie, Stanach Zjednoczonych i Japonii [1, 2]. Choroba występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn. Ryzyko osteoporozy wzrasta ponad siedmiokrotnie po menopauzie [3]. Wynika to z niedoboru estrogenów, co prowadzi do utraty masy kostnej oraz zwiększa ryzyko rozwoju otyłości i zespołu metabolicznego. Istnieje związek między wskaźnikiem masy ciała (*Body Mass Index* – BMI) a gęstością mineralną kości (*Bone Mineral Density* – BMD), jednakże w publikacjach doniesienia na ten temat są rozbieżne. Dostępne są badania, w których analizowano związek między wartościami BMD i BMI, wykazując negatywną [4, 5] bądź pozytywną korelację między nimi [6–8]. U kobiet po menopauzie otyłość chroni przed złamaniem szyjki kości udowej, ale wiąże się z prawie 30% wzrostem ryzyka złamań bliższego końca kości ramiennej w porównaniu z kobietami z prawidłową masą ciała [9, 10].

Światowa Organizacja Zdrowia prognozuje wzrost liczby złamań biodra z 1,7 mln (1990 rok) do 6,3 mln w 2050 roku [11, 12]. Złamania kręgow oraz kości powodują ból, który może utrudniać czynności życia codziennego, aktywność społeczną oraz powodować następstwa psychologiczne takie jak cierpienie, lęk, stres czy depresja, nieoceniane podczas ambulatoryjnych wizyt w poradniach leczenia osteoporozy. Ponadto złamania kości są przyczyną hospitalizacji, kosztownego leczenia, długoterminowej rehabilitacji, a wszystko to wpływa na stan psychiczny chorego.

Celem leczenia psychologicznego powinno być zminimalizowanie wpływu choroby na życie pacjenta w taki sposób, aby chory umiał sobie poradzić z negatywnymi emocjami związanymi z rozpoznaną chorobą i zastosowanym leczeniem [13, 14]. Odpowiedni stan psychiczny chorego, czyli m.in. wysoka satysfakcja z życia i akceptacja zaistniałej sytuacji, a także chęć do walki z chorobą, pozwala na osiągnięcie lepszego efektu terapeutycznego w trakcie leczenia. Akceptacja choroby jest dla wielu pacjentów problemem, z którym zmagają się przez cały czas jej trwania [15]. Pacjentom z osteoporozą nie jest łatwo zaakceptować m.in. zmianę budowy ciała, ograniczenia aktywności fizycznej, utratę roli społecznej (wycofanie się z życia zawodowego, rodzinnego), przewlekły strach związany z ryzykiem złamania kości, lęk przed przewlekłym i kosztownym leczeniem. Poziom akceptacji choroby oraz satysfakcja z życia są bardzo ważnymi parametrami wpływającym na stan psychiczny człowieka oraz dostarczają informacji na temat dostosowania się pacjenta do choroby.

Celem przeprowadzonego badania była analiza poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia kobiet z osteoporozą pomenopauzalną w zależności od wskaźnika masy ciała.

Material i metody

Badanie trwało od czerwca 2018 do maja 2019 roku. Zbadano pacjentki w dwóch Poradniach Leczenia Osteoporozy w Łodzi. W badaniu wzięło udział 198 kobiet po menopauzie w wieku $72,3 \pm 8,59$ lat (zakres 51–90 lat). Dobór próby badawczej był celowy – do badania zakwalifikowano kobiety, które miały w dokumentacji medycznej według ICD-10 – M81.0 rozpoznaną osteoporozę pomenopauzalną przez lekarza leczącego w Poradni Osteoporozy.

Wszystkim kobietom, które oczekiwały na wizytę w poczekalni poradni, badacz przedstawiał broszury informacyjne na temat celowości oraz przebiegu badania ankietowego. Kobiety, które zgodziły się na udział w badaniu, były pojedynczo proszone do osobnego gabinetu w poradni, gdzie potwierdzały świadomą zgodę na badanie oraz wypełniały kwestionariusze (jednocześnie miały możliwość zadawania pytań badaczowi). Następnie badacz analizował dokumentację medyczną ankietowanych i dokonywał celowego doboru pacjentek, które miały w historii choroby rozpoznaną według ICD-10 – M81.0 – osteoporozę pomenopauzalną (główne kryterium kwalifikacji). Natomiast osoby, które nie spełniały kryterium głównego, były wykluczane z badania.

Pozostałe kryteria włączenia kobiet do grupy badanej to:

- wyrażenie zgody na udział w badaniu,
- kompletne wypełnienie kwestionariusza AIS oraz SLWS,
- brak hospitalizacji w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

Wykluczono z badania kobiety:

- z aktywną chorobą nowotworową, ze złośliwymi przerzutami do kości,
- które zwróciły niekompletnie wypełnione kwestionariusze AIS oraz SLWS,
- z wtórną osteoporozą,
- leczone glikokortykosteroidami,
- z aktualnie złamanymi kośćmi,
- hospitalizowane w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędzia stanowiły:

1. Autorski kwestionariusz ankiety, składający się z pytań na temat danych społeczno-demograficznych (m.in. wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna).
2. *Skala akceptacji choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS)*, pierwotnie opracowana przez Felton i wsp. [16]. W niniejszym badaniu użyto polskiej wersji skali AIS, której adaptacji dokonał Zygfryd Juczyński [17]. Skala AIS składa się z 8 stwierdzeń ocenianych w skali 5-stopniowej i dostarcza informacji na temat akceptacji choroby przez pacjenta. Do każdego stwierdzenia ankietowany przypisuje jedną liczbę od 1 („zdecydowanie zgadzam się”) do 5 („zdecydowanie nie zgadzam się”), która najlepiej opisuje jego aktualny stan zdrowia. Suma

wszystkich uzyskanych punktów jest miarą stopnia akceptacji choroby. Możliwy wynik do uzyskania to od 8 do 40 punktów. Po podsumowaniu wszystkich uzyskanych punktów dokonuje się interpretacji wyniku według trzech przedziałów punktowych: wynik poniżej 18 punktów oznacza słabą akceptację choroby, wartość w przedziale 19–29 punktów oznacza średnią akceptację choroby, natomiast uzyskanie powyżej 29 punktów jest wyznacznikiem pełnej akceptacji i adaptacji do choroby [18]. Reasumując, im więcej uzyskanych punktów, tym wyższa akceptacja własnego stanu chorobowego.

3. *Skala satysfakcji z życia (Satisfaction with Life Scale – SWLS)* autorstwa Diener i wsp., w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego, dostarczająca informacji o subiektywnym poczuciu zadowolenia z życia [19]. SWLS składa się z 5 stwierdzeń ocenianych w skali 7-stopniowej. Do każdego stwierdzenia ankietowany przypisuje jedną cyfrę od 1 do 7. Badany ocenia w ten sposób, w jakim stopniu każde stwierdzenie odnosi się do jego dotychczasowego życia. Możliwy wynik do uzyskania to od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia. Wynik interpretowany jest w skali stenowej, wartości uzyskane od 1 do 4 są traktowane jako niski poziom satysfakcji z życia, 5–6 sten jako przeciętny, a w granicach 7–10 jako wysoki.
4. Skala VAS (*Visual Analog Scale*) do oceny nasilenia dolegliwości bólowych.

Następnie na potrzeby analizy statystycznej osoby ankietowane podzielono na cztery grupy. Podziału dokonano po obliczeniu wskaźnika masy ciała (BMI) według wzoru: $BMI = \text{masa ciała [kg]} / \text{wzrost [m]}^2$. Pacjentki podzielono według wskaźnika masy ciała na cztery grupy: z niedowagą ($BMI < 18,0 \text{ kg/m}^2$), z prawidłową masą ciała ($BMI 18,0\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$), z nadwagą ($BMI 25,00\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$) i z otyłością ($BMI 30\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$). Na tej podstawie wyłoniono grupy kobiet z osteoporozą pomenopauzalną w następujących proporcjach: z niedowagą 7% ($n = 13$), z prawidłową masą ciała 39% ($n = 78$), z nadwagą 38% ($n = 75$) oraz z otyłością 16% ($n = 32$).

Etyka

Badanie było dobrowolne i zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami badań człowieka określonymi w Deklaracji Helsińskiej. Respondentki podpisały formularz świadomej zgody i zostały poinformowane, że badanie będzie anonimowe, zgodnie z obowiązującymi aktualnie rozporządzeniami oraz przepisami RODO. Przed przystąpieniem do wypełnienia kwestionariuszy pacjentki były informowane o celowości badania oraz instruowane, jak poprawnie wypełnić ankiety. Każda osoba zakwalifikowana do badania udzielała odpowiedzi w gabinecie, w którym przebywała wraz z osobą badającą. Niektóre z respondentek prosiły osobę przeprowadzającą badanie o czytanie na głos pytań, na które następnie udzielały ustnej odpowiedzi, a ta była zakreślana w kwestionariuszach. Czas trwania badania ankietowego był dostosowany do indywidualnych możliwości badanych kobiet.

Badanie zostało pozytywne zaopiniowane przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (Uchwała nr RNN/215/18KE z dnia 12 czerwca 2018 r.).

Analiza statystyczna

Wyniki uzyskane z kwestionariuszy poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów przedstawiono za pomocą średniej wraz z odchyleniem standardowym oraz jako medianę wraz z przedziałem międzykwartylowym (IQR). Do zbadania normalności rozkładu zmiennej ilościowej użyto testu Shapiro–Wilka. Współczynniki korelacji między zmiennymi ilościowymi obliczono, stosując korelację Spearmana. Porównania między grupami dokonano z użyciem testu ANOVA Kruskala–Wallisa. Przeprowadzono także analizę regresji wieloczynnikowej. Przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$. Analiza statyczna została wykonana za pomocą Statistica 13 Dell Inc (StatSoft, Polska).

Wyniki

Do badania włączono 198 kobiet z osteoporozą pomenopauzalną. Średnia wieku badanych wynosiła $72,3 \pm 8,59$ lat (zakres 51–90 lat). Większość uczestniczek badania miała nieprawidłową masę ciała, średni wskaźnik masy ciała (BMI) wyniósł $25,71 \pm 4,73$ kg/m². Ponadto w grupie badanej średnia masa ciała wynosiła $64,52 \pm 11,66$ kg, natomiast średni wzrost wyniósł $158,6 \pm 6,52$ cm.

Prawie połowa respondentek (47%, $n = 93$) była w związku małżeńskim, 36% ($n = 72$) było wdowami, 10% ($n = 19$) po rozwodzie, 7% ($n = 14$) zaś nigdy nie było w związku małżeńskim. Większość ankietowanych miała wykształcenie średnie (35%, $n = 70$) oraz wykształcenie wyższe (25%, $n = 50$), jedynie 19% ($n = 37$) miało wykształcenie zawodowe, a wykształcenie podstawowe 21% ($n = 41$). Większość uczestniczek badania (57%, $n = 112$) mieszkała w mieście powyżej 100 tysięcy mieszkańców, a jedynie 9% ($n = 17$) kobiet zamieszkiwało na obszarach wiejskich. Wśród pozostałych badanych 13% ($n = 26$) mieszkało w mieście do 50 tysięcy mieszkańców, a 22% ($n = 43$) w mieście od 50 do 100 tysięcy mieszkańców. Aż 89,4% ($n = 177$) badanych osób było na emeryturze lub rencie, a jedynie 10,6% ($n = 21$) było aktywnych zawodowo. Ponad połowa ankietowanych (53%, $n = 105$) oceniała swoje warunki życia jako dobre, 8,5% jako bardzo dobre ($n = 17$), a 26% ($n = 51$) jako niezadowolające oraz 12,5% ($n = 25$) jako bardzo złe.

W grupie badanej osteoporoza rozpoznana została średnio w wieku $61,82 \pm 9,74$ lat (zakres 43–81 lat). Natomiast czas trwania osteoporozy wśród respondentek wyniósł średnio $10,70 \pm 8,53$ lat. Ponadto 28,8% osób badanych ($n = 57$) deklaroowało, że osteoporoza występowała w najbliższej rodzinie, z czego 54% ($n = 31$) u matek oraz 21% ($n = 12$) u sióstr ankietowanych.

Zależność między akceptacją choroby a wskaźnikiem masy ciała

Kobiety z osteoporozą pomenopauzalną akceptują swoją chorobę na poziomie średnim. Dla całej grupy badanej średni wynik w skali AIS wyniósł $25,95 \pm 10,2$ punktów (mediana 26,00; min. 8,0; maks. 40,0) i wskazuje, że ankietowane nie odczuwały w znacznym stopniu negatywnego wpływu osteoporozy oraz akceptowały swój stan zdrowia.

Analizując poziom akceptacji choroby za pomocą kwestionariusza AIS w zależności od wskaźnika masy ciała (tab. 1), stwierdzono wysoką akceptację i pełną adaptację do choroby u osób z prawidłową masą ciała (mediana 28 pkt). Pacjentki z niedowagą odczuwały najniższy komfort psychiczny (mediana 21 pkt). Pomimo zauważalnych różnic w wartościach punktowych wyniki nie są istotne statystycznie.

Tabela 1. Akceptacja choroby w zależności od kategorii wskaźnika masy ciała

AIS	Niedowaga	Prawidłowa masa ciała	Nadwaga	Otyłość	Test Kruskala-Wallis
Me	21	28	24	24,5	p = 0,3373
Q1-Q3	14-36	18-37	16-34	17-36	

AIS – Skala akceptacji choroby; Me – mediana; Q1 – kwartył 1; Q3 – kwartył 3; p – poziom istotności.

Na wstępie przeanalizowano poszczególne elementy skali AIS niezależnie od wskaźnika masy ciała (w interpretacji wyników posłużono się zależnością: im mniej punktów, tym większa zgodność ze stwierdzeniem). Ankietowane najbardziej zgadzały się ze stwierdzeniami: „Nigdy nie będę samowystarczalna w stopniu, w jakim chciałabym być” (średni wynik $2,85 \pm 1,62$ pkt), „Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (średni wynik $2,92 \pm 1,60$ pkt) oraz „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem” (średni wynik $2,96 \pm 1,57$ pkt). W najmniejszym zaś stopniu kobiety badane zgadzały się ze stwierdzeniami: „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” (średni wynik $3,67 \pm 1,51$ pkt), „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla mojej rodziny i przyjaciół” (średni wynik $3,58 \pm 1,47$ pkt) oraz „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” (średni wynik $3,52 \pm 1,55$ pkt).

Pozostałe stwierdzenia skali AIS oceniono w następujący sposób: „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” – średni wynik $3,11 \pm 1,67$ pkt; „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę” – średni wynik $3,30 \pm 1,56$ pkt.

Zależność między satysfakcją z życia a wskaźnikiem masy ciała

Średni wynik poziomu satysfakcji z życia oceniany w *Skali satysfakcji z życia* (SWLS) w grupie badanej wyniósł $19,37 \pm 7,31$ punktu (mediana 19,00; min. 5,0; maks. 35,0). Po przekształceniu na jednostki stenowe średnia wynosiła 5,0, co świadczy o przeciętnym zadowoleniu z życia badanej grupy kobiet ($p = 0,3956$). Porównując średnie wyniki SWLS w zależności od wskaźnika masy ciała (tab. 2), wykazano, że najniższy poziom zadowolenia z życia dotyczył kobiet otyłych (mediana 16 pkt). Natomiast osoby o prawidłowej masie ciała miały najwyższe poczucie satysfakcji z życia w grupie badanej (mediana 19 pkt). Pomimo zauważalnych różnic w wartościach punktowych wyniki nie są istotne statystycznie.

Tabela 2. Satysfakcja z życia w zależności od kategorii wskaźnika masy ciała

SWLS	Niedowaga	Prawidłowa masa ciała	Nadwaga	Otyłość	Test Kruskala-Wallis
Me	18,00	19,00	19,00	16,00	p = 0,3956
Sten	5	5	5	4	
Q1-Q3	14-24	14-27	13-25	12-22	

SWLS – Skala satysfakcji z życia; Me – mediana; Q1 – kwartył 1; Q3 – kwartył 3; p – poziom istotności.

Dokonano ogólnej analizy pytań skali SWLS. Najwyższą średnią dla poszczególnych elementów kwestionariusza satysfakcji z życia wykazano w wypadku stwierdzeń: „Jak dotąd osiągnąłem najważniejsze cele, jakie chciałem w życiu” (średnia ocena $4,22 \pm 1,80$ pkt) i „Jestem zadowolony ze swojego życia” (średni wynik $4,18 \pm 1,84$ pkt). Najniżej respondenci oceniali stwierdzenia: „Pod wieloma względami moje życie jest bliskie ideałowi” (średni wynik $3,58 \pm 1,71$ pkt) i „Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, prawie niczego bym nie zmienił” (średni wynik $3,60 \pm 2,02$ pkt). Natomiast stwierdzenie: „Jestem zadowolony ze swojego życia” uzyskało średni wynik $4,18 \pm 1,82$ pkt.

Zależność między akceptacją choroby a satysfakcją z życia

W dalszej części pracy postanowiono ustalić, czy istnieje zależność między punktacją w skali AIS a SWLS w badanej próbie. Wykazano istotną statystycznie ($p < 0,0005$) dodatnią korelację (R Spearmana = 0,56991), co oznacza, że im większa akceptacja choroby, tym większa satysfakcja z życia u kobiet chorych na osteoporozę.

Zależność między dolegliwościami bólowymi a wskaźnikiem masy ciała

W skali VAS pacjentki oceniały ból jako łagodny. Średni poziom uzyskany w skali VAS wynosił $4,87 \pm 2,39$ pkt. Analizując poziom bólu w zależności od masy ciała, największe natężenie bólu stwierdzono u osób z niedowagą ($5,84 \pm 2,30$ pkt) i nadwagą ($5,09 \pm 2,49$ pkt). Nasilenie bólu było najniższe oceniane przez kobiety o prawidłowej masie ciała ($4,59 \pm 2,28$ pkt) oraz przez kobiety z otyłością ($4,66 \pm 2,42$ pkt).

Zależność między dolegliwościami bólowymi a satysfakcją z życia i akceptacją choroby

Dokonano korelacji między stopniem intensywności bólu mierzonym za pomocą VAS a poziomem satysfakcji życiowej ocenianej w skali SWLS i stwierdzono korelację między nimi ($r = -0,271$; $p < 0,05$). Następnie zbadano korelację między VAS i AIS i uzyskano następujące wartości: $r = -0,505$; $p < 0,05$. Negatywne korelacje pokazują, że im wyższy poziom bólu, tym niższy poziom zadowolenia z życia (SWLS) i akceptacji choroby (AIS).

W dalszej analizie statystycznej stworzono model wieloczynnikowy za pomocą estymacji uogólnionego modelu równań strukturalnych (*generalized structural equation model estimation*). Zmienne zależne to: VAS, AIS i SWLS, natomiast zmienna niezależna to kategoria masy ciała badanych (wyznaczona według międzynarodowych wytycznych, na podstawie uzyskanej, tj. empirycznej, wartości BMI). Omawiana procedura statystyczna pozwoliła na ocenę zależności wyników uzyskanych przez uczestniczki badania w wymienionych skalach względem wskaźnika masy ciała. Nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności w wypadku VAS ($p = 0,944$), AIS ($p = 0,341$) oraz SWLS ($p = 0,102$).

Dyskusja

W trakcie menopauzy niedobór estrogenów zwiększa ryzyko rozwoju otyłości oraz zespołu metabolicznego. W grupie badanej większość kobiet miała nieprawidłową masę ciała ($BMI > 25,00 \text{ kg/m}^2$), przy czym redukcja masy ciała nie jest obojętna, jeśli chodzi o jej wpływ na masę kostną. Jiang i wsp. [8] zauważyli, że u osób po 65. roku życia utrata masy ciała zmniejsza masę kostną i może zwiększać ryzyko złamania kości. Co istotne, w piśmiennictwie podaje się, że osoby z osteoporozą nie powinny odchudzać się drastycznie [20]. W grupie badanej osoby z nadwagą najgorzej oceniały swój stan psychiczny pod względem akceptacji choroby i zadowolenia z życia. Stąd tak ważne w wypadku kobiet z osteoporozą pomenopauzalną i nieprawidłową masą ciała są wsparcie psychologiczne, pomoc dietetyczna oraz odpowiednia aktywność fizyczna.

Ponadto ankietowane zgłaszały przewlekłe dolegliwości bólowe, ocenione na poziomie łagodnym. Badacze zwracają uwagę, że kobiety cierpiące na osteoporozę odczuwają różny stopień bólu, chociaż ten mechanizm nadal jest niejasny [21]. Aktualnie trwają prace nad badaniami dotyczącymi leczenia bólu dostosowanego do tego schorzenia.

Porównywalny do naszych wyników poziom akceptacji choroby ocenianej w skali AIS uzyskano w pracy Pawlikowskiej-Łagód i wsp. [15], w której zbadano 137 kobiet chorych na osteoporozę. Także w innym badaniu oceniającym akceptację choroby u 207 pacjentów leczonych z powodu osteoporozy uzyskano średni poziom akceptacji choroby [22]. W cytowanych pracach, tak jak i w naszej grupie respondentek wykazano, że badane mają świadomość ograniczeń związanych z osteoporozą, której sprawiają, że nigdy nie będą samowystarczalne w takim stopniu, w jakim chciałyby być.

Ponadto pacjenci z rakiem jelita grubego (AIS = 27,74 pkt) [23], rakiem płuc (AIS = 27,1 pkt) [24] i rakiem pęcherza moczowego (AIS = 28,8 pkt) [25] także akceptują swoją chorobę na poziomie średnim. Można zatem wysunąć wniosek, że poziom akceptacji choroby w badanej grupie jest porównywalny z akceptacją choroby nowotworowej, co oznacza, że pacjenci z osteoporozą mają niewielką wiedzę na temat etiologii, leczenia oraz jej powikłań. Stąd tak ważne jest szerzenie w populacji informacji na temat osteoporozy oraz propagowanie zdrowego i aktywnego stylu życia. Jak podają autorzy, wiedza na temat osteoporozy w Polsce oraz w innych krajach świata jest niewystarczająca w kwestiach związanych z jej profilaktyką i zapobieganiem [26]. Potwierdzają to wyniki pracy Janiszewskiej i wsp. [27], w której opisano, że kobiety

w wieku okołomenopauzalnym postrzegają osteoporozę jako średnio poważny problem zdrowotny oraz nie czują się w szczególności w sposób obciążone ryzykiem zachorowania.

W badaniach prowadzonych przez Juczyńskiego [17] w populacji polskiej wykazano, że chorzy z cukrzycą (AIS = 24,81 pkt) oraz kobiety ze stwardnieniem rozsianym (AIS = 24,59 pkt) w gorszym stopniu akceptują swoją chorobę, w porównaniu z naszymi wynikami dotyczącymi kobiet z osteoporozą. Dostosowanie się do postawionej diagnozy oraz akceptacja choroby to bardzo ważne parametry wpływające na stan psychiczny człowieka i mogą mieć znaczenie w przewlekłym leczeniu osteoporozy.

Wśród respondentów nie wykazano istotnego statystycznie ($p < 0,05$) wpływu wskaźnika masy ciała (BMI) na poziom akceptacji choroby. Uzyskane wartości są zgodne z wynikami badań Kowalskiej i wsp. [28], przeprowadzonych w grupie pacjentów po 60. r.ż. przebywających w ośrodku rehabilitacyjnym, u których nie wykazano zależności istotnych statystycznie między wartościami cech somatycznych (w szczególności BMI) a poziomem akceptacji choroby. Olszak i wsp. [29] także nie zaobserwowali istotności statystycznej między wskaźnikiem masy ciała a AIS u pacjentów z cukrzycą typu II. Jednakże wiadomo, że wyższa akceptacja choroby wpływa na poprawę współpracy między pacjentem i lekarzem, a to przekłada się na lepszy efekt terapeutyczny. Dlatego tak ważne jest kontrolowanie poziomu akceptacji choroby u chorych oraz dążenie do jej poprawy.

Uzyskany w naszej pracy średni wynik w skali SWLS jest niższy w porównaniu z wynikami kobiet zdrowych w populacji polskiej. Juczyński, autor polskiej adaptacji skali SWLS, uzyskał średni wynik 21,09 pkt, badając zdrowe kobiety [17]. Także Bułiński i Błachnio [31] w dużym badaniu, obejmującym 312 osób ze zdrowej populacji polskiej, wykazali, że średnia wartość SWLS po 60. roku życia wynosi 21,67 pkt. W badaniu Janiszewskiej i wsp. [22] zaś uzyskano jeszcze niższy poziom satysfakcji z życia (SWLS $14,7 \pm 5,6$ pkt) u kobiet z osteoporozą niż w naszym badaniu. Pacjenci z osteoporozą gorzej oceniają swoją satysfakcję z życia w porównaniu z pacjentami z chorobą Leśniowskiego-Crohna (SWLS 23,8 pkt), z zeszytniającym zapaleniem stawów kręgosłupa (SWLS 22,2 pkt) oraz z zespołem policystycznych jajników (SWLS 20,16 pkt) [32–34]. Może to wynikać z wpływu osteoporozy na wszystkie sfery życia, w tym m.in. na aktywność fizyczną, co skutkuje pogorszeniem oraz ograniczeniem funkcjonowania w życiu społecznym i oddziałuje na stan psychiczny. Osteoporoza stopniowo ogranicza pacjentom samodzielne poruszanie się, wywołuje strach przed złamaniem kości, osamotnienie, wpływa na rozwój depresji oraz pogarsza jakość życia [30, 35–37].

Podsumowując, należy podkreślić, że poziom akceptacji choroby oraz stopień zadowolenia z życia u kobiet z osteoporozą pomenopauzalną, pomimo zauważalnych różnic w wartościach punktowych, nie różni się istotnie statystycznie w zależności od wskaźnika masy ciała (BMI). Wskazane byłoby opracowanie dla chorych programów profilaktycznych oraz rehabilitacyjnych. Zadaniem tych projektów byłaby edukacja na temat osteoporozy, szerzenie informacji na temat zdrowej żywności oraz aktywności fizycznej – w celu utrzymania odpowiedniej masy ciała, a tym samym poprawa stanu fizycznego oraz psychicznego pacjentów. Ważne jest multidyscyplinarne podejście do leczenia kobiet z osteoporozą pomenopauzalną, a nie tylko stosowanie farmakoterapii.

Piśmiennictwo

1. Misiak A. *Factors osteoporosis predisposing factors after 50 years old women's group – abilities of preventive and therapy proceedings*. Long-Term Care Nursing. 2018; 1: 15–22. [https://doi.org/10.19251/pwod/2018.1\(2\)](https://doi.org/10.19251/pwod/2018.1(2)).
2. Cauley JA. *Public health impact of osteoporosis*. J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 2013; 68(10): 1243–1251. <https://doi.org/10.1093/gerona/glt093>.
3. Shin CS, Choi HJ, Kim MJ, Kim JT, Yu SH, Koo BK et al. *Prevalence and risk factors of osteoporosis in Korea: A community-based cohort study with lumbar spine and hip bone mineral density*. Bone. 2010; 47(2): 378–387. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2010.03.017>.
4. Lloyd JT, Alley DE, Hochberg MC, Waldstein SR, Harris TB, Kritchevsky SB et al. *Changes in bone mineral density over time by body mass index in the health ABC study*. Osteoporos Int. 2016; 27(6): 2109–2116.
5. Emaus N, Wilsgaard T, Ahmed LA. *Impacts of body mass index, physical activity, and smoking on femoral bone loss: The Tromsø study*. J. Bone Miner. Res. 2014; 29(9): 2080–2089. <https://doi.org/10.1002/jbmr.2232>.
6. Aggarwal P. *Effect of diet and lifestyle on obesity and bone mineral density among women*. AAUW Report. SSRN Electronic Journal. 2016. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3337172>.
7. Lloyd JT, Alley DE, Hawkes WG, Hochberg MC, Waldstein SR, Orwig DL. *Body mass index is positively associated with bone mineral density in US older adults*. Arch Osteoporos. 2014; 9: 175. <https://doi.org/10.1007/s11657-014-0175-2>.
8. Jiang BC, Villareal DT. *Weight loss-induced reduction of bone mineral density in older adults with obesity*. J. Nutr. Gerontol. Geriatr. 2019; 38(1): 100–114. <https://doi.org/10.1080/21551197.2018.1564721>.
9. Compston JE, Watts NB, Chapurlat R, Cooper C, Boonen S, Greenspan S, et al. *Glow Investigators. Obesity is not protective against fracture in postmenopausal women: GLOW*. Am. J. Med. 2011; 124(11): 1043–1050. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.06.013>.
10. Prieto-Alhambra D, Premaor MO, Fina Avilés F, Hermosilla E, Martínez-Laguna D, Carbonell-Abella C et al. *The association between fracture and obesity is site-dependent: A population-based study in postmenopausal women*. J. Bone Miner. Res. 2012; 27(2): 294–300. <https://doi.org/10.1002/jbmr.1466>.
11. J. Z. Auditoria Regional da América Latina: *Epidemiologia, custos e ônus da osteoporose em*. http://osteoporosisinlatinamerica.com/pt/wpcontent/uploads/2012/11/LA_Audit_Portugues.pdf.: International Osteoporosis Foundation.; 2012 (dostęp: 2015).
12. Brondani JE, Comim FV, Flores LM, Martini LA, Premaor MO. *Fruit and vegetable intake and bones: A systematic review and meta-analysis*. PloS One. 2019. 14(5): e0217223. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217223>.
13. Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D. *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007. S. 97–107.
14. Rolka H, Pilecka E, Kowalewska B, Krajewska-Kułak E, Jankowiak B, Klimaszewska K i wsp. *Acceptance evaluation of disease and quality of life of patients with a pacemaker*. Piel. Zdr. Publ. 2012; 2(3): 183–192.
15. Pawlikowska-Łagód K, Janiszewska M, Firlej E, Dąbska O, Sak J. *Acceptance of diseases of women treated for osteoporosis*. J. Educ. Health Sport. 2016; 6(5): 139–148.
16. Felton BJ, Revenson TA. *Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment*. J. Consult. Clin. Psychol. 1984; 52(3): 343–353.

17. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, wyd. 2. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012.
18. Krzyżanowska E, Matej A, Łuczyk R, Kropornicka B, Baczewska B, Olszak C i wsp. *The impact of the acceptance of the disease on the health behaviors of patients with liver cirrhosis*. J. Educ. Health Sport. 2016; 6(11): 225–244. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.166302>.
19. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego ; 2001.
20. Bailey RL, Sahni S, Chocano-Bedoya P, Daly RM, Welch AA, Bischoff-Ferrari H et al. *Best practices for conducting observational research to assess the relation between nutrition and bone: An International Working Group Summary*. Adv. Nutr. 2019; 10(3): 391–409. <https://doi.org/10.1093/advances/nmy111>.
21. Mattia C, Coluzzi F, Celidonio L, Vellucci R. *Bone pain mechanism in osteoporosis: A narrative review*. Clin. Cases Miner. Bone Metab. 2016; 13(2): 97–100. <https://doi.org/10.11138/cmbm/2016.13.2.097>.
22. Janiszewska M, Barańska A, Jędrych T, Kulik T, Kasperek J, Drop B. *The impact of selected factors on acceptance of illness and life satisfaction among female residents of rural areas treated for osteoporosis*. Ann. Agric. Environ. Med. 2019; 26(4): 592–599. <https://doi.org/10.26444/aaem/109598>.
23. Czerw AI, Religioni U, Deptała A, Walewska-Zielecka B. *Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer, and coping strategies in colorectal cancer patients*. Prz. Gastroenterol. 2016; 11(2): 96–103. <https://doi.org/10.5114/pg.2015.52561>.
24. Chabowski M, Polański J, Jankowska-Polanska B, Lomper K, Janczak D, Rosinczuk J. *The acceptance of illness, the intensity of pain and the quality of life in patients with lung cancer*. J. Thorac. Dis. 2017; 9(9): 2952–2958. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.08.70>.
25. Krajewski W, Mazur M, Poterek A, Pastuszek A, Halska U, Tukiendorf A i wsp. *Assessment of pain management, acceptance of illness, and adjustment to life with cancer in patients with nonmuscle invasive bladder cancer*. Biomed. Res. Int. 2018; 2018: 7598632. <https://doi.org/10.1155/2018/7598632>.
26. Janiszewska M, Kulik T, Dziedzic M, Żołnierczuk-Kieliszek D, Jarosz MJ. *Knowledge of osteoporosis prophylaxis and health behaviours of the population of chosen countries of the world*. Ann. Agric. Environ. Med. 2014; 21(2): 364–368.
27. Janiszewska M, Firlej E, Dziedzic M, Żołnierczuk-Kieliszek D. *Health beliefs and sense of one's own efficacy and prophylaxis of osteoporosis in peri – and post-menopausal women*. Ann. Agric. Environ. Med. 2016; 23(1): 167–173. <https://doi.org/10.5604/12321966.1196875>.
28. Kowalska J, Wolny K, Kobylańska M, Wójcik B. *Stopień akceptacji choroby a stan funkcjonalny pacjentów starszych przebywających w ośrodku rehabilitacyjnym*. Geriatria. 2015; 9: 3–9.
29. Olszak C, Nowicka E, Baczewska B, Łuczyk R, Kropornicka B, Krzyżanowska E i wsp. *Wpływ wybranych czynników społeczno-demograficznych i medycznych na akceptację choroby w grupie osób z cukrzycą typu 2*. J. Educ. Health Sport. 2016; 6(12): 11–28.
30. Jachimowicz V, Kostka T. *Satisfaction with life of elderly women*. Gin. Prakt. 2009; 3(17): 27–32.
31. Buliński L, Błachnio A. *Health in old age, and patients' approaches to telemedicine in Poland*. Ann. Agric. Environ. Med. 2017; 24(2): 322–328. <https://doi.org/10.26444/aaem/74200>.
32. Sarid O, Slonim-Nevo V, Pereg A, Friger M, Sergienko R, Schwartz et al. *Coping strategies, satisfaction with life, and quality of life in Crohn's disease: A gender perspective using structural equation modeling analysis*. PLoS One. 2017; 12(2): e0172779. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172779>.

33. Genderen van S, Plasqui G, Heijde van der D, Gaalen van F, Heuft L, Luime J et al. *Social role participation and satisfaction with life: A study among patients with ankylosing spondylitis and population controls*. *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. 2018; 70(4): 600–607. <https://doi.org/10.1002/acr.23304>.
34. Rzońca E, Bień A, Wdowiak A, Szymański R, Iwanowicz-Palus G. *Determinants of quality of life and satisfaction with life in women with polycystic ovary syndrome*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018; 15(2): 376. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020376>.
35. Lukkala PS, Honkanen RJ, Rauma PH, Williams LJ, Quirk SE, Kröger H et al. *Life satisfaction and morbidity among postmenopausal women*. *PLoS One*. 2016; 11(1): e0147521. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147521>.
36. Noh JW, Kim KB, Lee JH, Kim MH, Kwon YD. *Relationship of health, sociodemographic, and economic factors and life satisfaction in young-old and old-oldelderly: A cross-sectional analysis of data from the Korean Longitudinal Study of Aging*. *J. Phys. Ther. Sci.* 2017; 29(9): 1483–1489. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.1483>.
37. Wang L, Crawford JD, Reppermund S, Trollor J, Campbell L, Baune BT et al. *Body Mass Index and waist circumference predict health-related quality of life, but not satisfaction with life, in the elderly*. *Qual. Life Res.* 2018; 27(10): 2653–2665. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1904-6>.

Praca naukowa finansowana z funduszu statutowego 503/1-090-02/503-11-00.

Adres: Bogumiła Górczewska,
Uniwersyteckie Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej CSK
91-738 Łódź, ul. Sporna 36/50
e-mail: bogumila.gorczevska@gmail.com

Otrzymano: 15.07.2020

Zrecenzowano: 28.09.2020

Otrzymano po poprawie: 4.11.2020

Przyjęto do druku: 4.11.2020