

## Małgorzata Paplaczek<sup>1</sup>, Anna Gawor<sup>2</sup>, Aleksandra Palka<sup>3</sup>, Joanna Chrobak-Bien<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Studia doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Kraków; Szpital Uniwersytecki w Krakowie,

<sup>2</sup>Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Kraków

<sup>3</sup>Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego SUM w Katowicach

<sup>4</sup>Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

# Ocena poziomu wiedzy kobiet w zakresie czynników ryzyka osteoporozy a jej zastosowanie w praktyce

Assessment of the level of knowledge of women the risk factors osteoporosis and its application in practice

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Osteoporoza charakteryzuje się postępującym ubytkiem masy kostnej, co w konsekwencji prowadzi do częstych złamań kości. Schorzenie stanowi jeden z głównych problemów zdrowotnych w Polsce. Do rozwoju choroby przyczynia się wiele czynników, między innymi wiek, płeć, nieodpowiednia dieta, mała aktywność fizyczna, palenie papierosów, ale również brak profilaktyki oraz edukacji zdrowotnej.

**Cel pracy.** Celem badań było poznanie poziomu wiedzy kobiet w zakresie czynników ryzyka osteoporozy oraz podejmowanych zachowań zdrowotnych.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 105 kobiet w wieku 40–76 lat. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankietowania, w której posługiwano się następującymi narzędziami: autorski kwestionariusz ankiety oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

**Wyniki.** Na podstawie wyników uzyskanych w autorskim kwestionariuszu ankiety ustalono, że mniej niż połowa kobiet wykazała bardzo dobry poziom wiedzy w zakresie czynników ryzyka osteoporozy, natomiast ponad połowa ankietowanych wykazała się przeciętnym ogólnym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych. Osoby starsze wykazały niższą wiedzę ogólną, natomiast zaobserwowano w tej grupie wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych. Badania pokazały, że kobiety mieszkające w większych miejscowościach mają wyższy poziom wiedzy, z kolei kobiety z wyższym wykształceniem charakteryzują się wyższym poziomem wiedzy ogólnej, ale niższym nasileniem zachowań zdrowotnych, a więc im wyższa wiedza tym niższe nasilenie zachowań zdrowotnych.

**Wnioski.** Analiza wyników badań pozwoliła na stwierdzenie, że wiedza w zakresie czynników ryzyka osteoporozy oraz podejmowanych zachowań zdrowotnych jest niewystarczająca. Wyniki wskazują na konieczność prowadzenia edukacji zdrowotnej dotyczącej zasad profilaktyki osteoporozy oraz promocji zachowań zdrowotnych zarówno osób zdrowych, jak i chorych, w celu zapobiegania wystąpienia schorzenia oraz eliminowania czynników sprzyjających chorobie.

**Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (3–4): 206–212**

**Słowa kluczowe:** osteoporoza; czynniki ryzyka; zachowania zdrowotne; profilaktyka

### ABSTRACT

**Introduction.** Osteoporosis is characterized by loss in bone weight, which leads to often fractures. The disease is one of the main health problems in Poland. The progression of the disease is contributed by many factors, like age, sex, inappropriate diet, low physical activity, smoking and lack of health prevention and education. The purpose of thesis: The purpose of the research was to check the level of women's knowledge on the osteoporosis risk factors and health actions taken.

**Adres do korespondencji:** mgr piel. Małgorzata Paplaczek, Oddział Chirurgii Naczyniowej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31–501 Kraków, tel. 530 369 280, e-mail: [g.paplaczek@gmail.com](mailto:g.paplaczek@gmail.com)

DOI: 10.5603/PP.2016.0034

**Resources and methods.** The research was carried out on 105 women at the age of 40–76. The method used was diagnostic survey, with the following tools: author's questionnaire of survey and Inventory of Health Behaviours.

**Results.** Less than 50% of women shown very good level of knowledge, basing on author's questionnaire of survey, and over 50% of women characterized with the average level of health behaviours. The harmful results of smoking are mostly noticed by women who quit smoking, and in the least by those who smoke more than one packet per day.

**Conclusions.** The analysis of the results of the research leads to the statement, that the knowledge on osteoporosis risk factors is insufficient. The results show the need for running education on osteoporosis prevention and for promotion of health behaviors both of health and sick people, to prevent the sickness and to eliminate the factors that enhance the sickness.

**Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (3–4): 207–212**

**Key words:** osteoporosis; risk factors; health behaviours; prevention; education

## Wstęp

Międzynarodowa Fundacja Osteoporozy (IOF, *International Osteoporosis Foundation*) określiła, że: „(...) osteoporoza jest chorobą szkieletu charakteryzującą się obniżoną wytrzymałością kości, co zwiększa ryzyko złamania”. W Polsce osteoporoza jest jednym z głównych problemów zdrowotnych. Schorzenie rozpoznano u około 4 mln osób, co stanowi 20% wszystkich dorosłych, w tym 2,4 mln kobiet, z tego wynika, że 20% polskich kobiet cierpi na osteoporozę. Według Jaworskiego i Lorenca liczba złamań osteoporotycznych w Polsce w roku 2006 wyniosła około 150 tys., z czego 30 tys. stanowiły złamania szyjki kości udowej. W Polsce w 2011 roku odnotowano około 1,7 mln złamań osteoporotycznych, co sprawia, że w wyniku starzenia się społeczeństwa w 2035 roku będzie ich już około 4,1 mln [1, 2].

Chorzy na osteoporozę to osoby charakteryzujące się małą szczytową masą kostną oraz szybką utratą kości w okresie inwolucji (po 45. roku życia). Na obydwie elementy wpływa wiele czynników, nazywanych czynnikami ryzyka osteoporozy. Czynniki ryzyka osteoporozy, na które człowiek ma niewielki wpływ, można podzielić na niemodyfikowalne i częściowo modyfikowalne. Natomiast te, na które pacjent może wpływać, określono jako modyfikowalne i należą do nich: obniżona podaż wapnia i witaminy D, mała lub nadmierna podaż fosforu, niedobory białkowe i dieta bogatobiałkowa, palenie tytoniu, picie alkoholu, nadmierne spożywanie kawy oraz mała aktywność fizyczna [1, 2].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) określiła zdrowie, jako „(...) stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub kalectwa i niepełnosprawności”. Z powyższej definicji wynika, że istnieje ścisły związek pomiędzy utrzymywaniem właściwej kondycji fizycznej, a zachowaniem równowagi psychicznej. Za ten stan odpowiedzialny jest każdy człowiek poprzez styl życia jaki prowadzi oraz podejmowane zachowania zdrowotne [3].

Sęk definiuje zachowania zdrowotne, jako „(...) zachowania, które pozostają — w ramach pewnej

wiedzy obiektywnej lub subiektywnego przekonania — w istotnym związku ze zdrowiem. Zachowania te mogą sprzyjać równoważeniu obciążeń i działaniu czynników patogennych przez aktualizowanie zgeneralizowanych zasobów odpornościowych, mogą one jednak także, przeciwnie, ten proces, zakłócać oraz powodować naruszenie zasobów odpornościowych” [4, 5].

Profilaktyka osteoporozy polega na likwidacji czynników ryzyka, takich jak palenie papierosów oraz nadmierne spożywanie alkoholu i kofeiny, stosowaniu odpowiedniej diety i ćwiczeń fizycznych. Bardzo ważne dla profilaktyki osteoporozy jest również przeciwdziałanie występowaniu upadków, które są główną przyczyną złamań kości [4].

## Cel badania

Celem badań było poznanie poziomu wiedzy kobiet w zakresie czynników ryzyka osteoporozy oraz podejmowanych zachowań zdrowotnych.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od maja do września 2015 roku. Badaniu poddano 105 kobiet w wieku  $\geq 40$  lat z województwa śląskiego. Respondentki wybrano spośród kobiet pracujących w zakładzie pracy jednego ze śląskich przedsiębiorstw. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrektora przedsiębiorstwa, a także zgodę ustną każdej z respondentek. Przeprowadzone badania były całkowicie zgodne z zapisami Deklaracji Helsińskiej. W celu przeprowadzenia badań w niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wybraną techniką badawczą była ankieta, z kolei narzędziem pracy były: autorski kwestionariusz ankiety oraz wystandaryzowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

1. Autorski kwestionariusz ankiety składa się z 33 pytań. Pierwsze cztery pytania dotyczą danych socjalno-demograficznych respondentek. Kolejne 12 pytań miało na celu określić, czy badane kobiety i/lub członkowie ich rodzin chorują na osteoporozę, czy występuje u kobiet menopauza oraz czy stosują hormonalną terapię zastępczą, a także, jak

wyglądają zachowania zdrowotne respondentek w zakresie diety, stosowania używek oraz poziomu aktywności fizycznej. Pozostałe pytania zadano, aby ocenić wiedzę kobiet na temat osteoporozy oraz czynników ryzyka tej choroby.

- Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) według Juczyńskiego składa się z 24 twierdzeń opisujących różne zachowania związane ze zdrowiem oraz z twierdzenia nr 25 o nazwie „inne”, w którym respondentki mogły wpisać własne twierdzenie. Treść twierdzeń ocenia się w skali 1–5 punktów, gdzie 1 oznacza — prawie nigdy, 2 — rzadko, 3 — od czasu do czasu, 4 — często i 5 — zawsze. Suma punktów wynosi od 24 do 120 i określa ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych przez respondentki. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) obejmuje cztery kategorie zachowań zdrowotnych, a mianowicie: prawidłowe nawyki żywieniowe, pozytywne nastawienie psychiczne, zachowania profilaktyczne i praktyki zdrowotne [6].

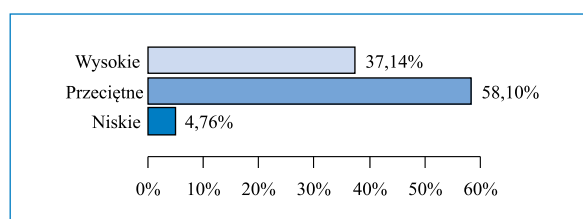
#### Charakterystyka badanej grupy

Badane kobiety były w przedziale wiekowym między 40 a 76 lat. Wśród ankietowanych było 30 kobiet w wieku 40–50 lat (28,57%), 30 badanych było w wieku 51–60 lat (28,57%) oraz 30 kobiet było w przedziale wieku między 61 a 70 lat (28,57%), 15 respondentek było w wieku powyżej 70. roku życia (14,29%). Spośród 105 uczestniczek badania najwięcej pań mieszkało w mieście liczącym do 100 tys. mieszkańców — 40 (38,1%), nieco mniej badanych kobiet mieszkało na wsi — 35 (33,3%), natomiast najmniejszą grupę badanych stanowiły kobiety mieszkające w mieście liczącym powyżej 100 tys. mieszkańców — 30 (28,6%). Największą grupę stanowiły kobiety posiadające średnie wykształcenie — 32 (30,48%), nieco mniejszą grupę stanowiły kobiety z wyższym oraz zawodowym wykształceniem, których było po 29 ankietowanych (27,6%), z kolei podstawowe wykształcenie posiadało najmniej respondentek, bo zaledwie 15 (14,3%).

## Wyniki

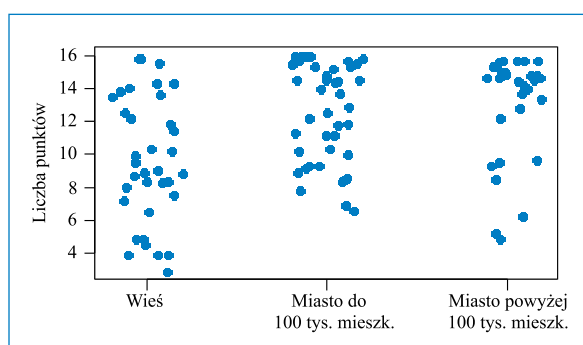
#### Ogólny poziom wiedzy badanych kobiet na temat czynników osteoporozy

Spośród 105 uczestniczek badania 37 osób (35,24%) miało wiedzę na temat czynników osteoporozy ocenianą jako bardzo dobrą, 20 ankietowanych (19,05%) dobrą, a 32 ankietowane (30,48%) dostateczną, natomiast 16 ankietowanych (15,24%) miało niedostateczną wiedzę.



Rycina 1. Ogólny poziom nasilenia zachowań zdrowotnych badanych kobiet według kwestionariusza IZZ

Figure 1. The overall level of severity of the health behavior of women surveyed by questionnaire IZZ



Rycina 2. Wpływ wieku na poziom wiedzy badanych kobiet

Figure 2. Influence of age on the level of knowledge of the women

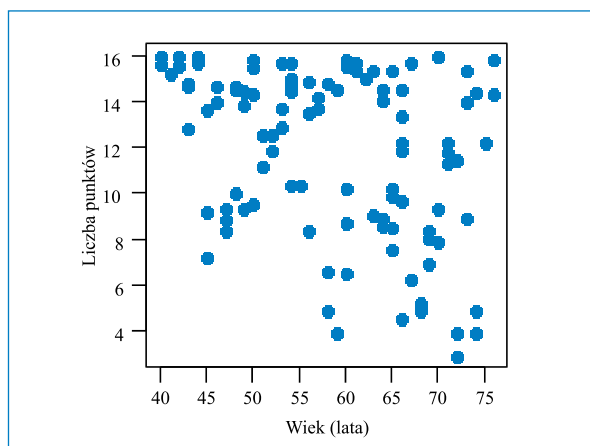
#### Ogólny poziom nasilenia zachowań zdrowotnych badanych kobiet

Wynik ogólny kwestionariusza IZZ został przeliczony na steny — zgodnie z normami dla kobiet podanymi w kluczu do tego kwestionariusza. Wyniki w stenach 1–4 oznaczają niskie, 5–6 przeciętne, natomiast 7–10 wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych. Spośród 105 uczestniczek badania większość kobiet (58,10%) wykazała przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych, 39 ankietowanych (37,14%) — wysokie, a pięć ankietowanych (4,76%) — niskie nasilenie zachowań zdrowotnych (ryc. 1).

Wpływ czynników socjalno-demograficznych na wiedzę badanych kobiet

#### Wiek

Do analizy wieku wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Współczynnik korelacji pomiędzy wiedzą a wiekiem wynosił  $-0,308$  i był istotny statystycznie ( $p < 0,05$ ), a więc te dwie cechy istotnie zależą od siebie. Zależność ta jest ujemna, co oznacza, że im starszy wiek badanych kobiet, tym niższa wiedza. Siła tej zależności jest średnia, a więc dość często występują wyjątki od opisanej reguły (ryc. 2).



**Rycina 3.** Wpływ miejsca zamieszkania na poziom wiedzy badanych kobiet

**Figure 3.** The influence of the place of residence in the level of knowledge of the women

#### Miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania było zmienną typu porządkowego, a więc do analizy wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Współczynnik korelacji pomiędzy wiedzą a miejscem zamieszkania wyniósł 0,374 i jest istotny statystycznie ( $p < 0,05$ ), a więc te dwie cechy istotnie zależą od siebie. Zależność ta jest dodatnia, co oznacza, że kobiety mieszkające w większej miejscowości, mają wyższy poziom wiedzy. Siła tej zależności jest średnia, a więc dość często występują wyjątki od opisanej reguły (ryc. 3).

#### Poziom wykształcenia

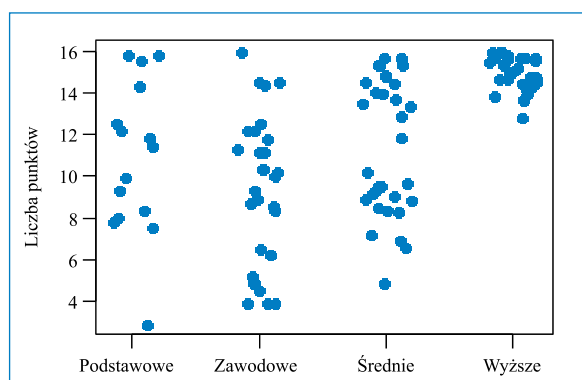
Wykształcenie było zmienną typu porządkowego, a więc do analizy wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Współczynnik korelacji pomiędzy wiedzą a wykształceniem wynosił 0,51 i był istotny statystycznie ( $p < 0,05$ ), a więc te dwie cechy istotnie zależą od siebie. Zależność ta jest dodatnia i silna, co oznacza, że im wyższe wykształcenie, tym wyższa wiedza, a wyjątki od opisanej reguły występują niezbyt często (ryc. 4).

Analizie poddano również wpływ stanu cywilnego na poziom wiedzy kobiet, ale wynik nie wykazał istotności statystycznej.

#### Wpływ czynników socjalno-demograficznych na poziom nasilenia zachowań zdrowotnych badanych kobiet

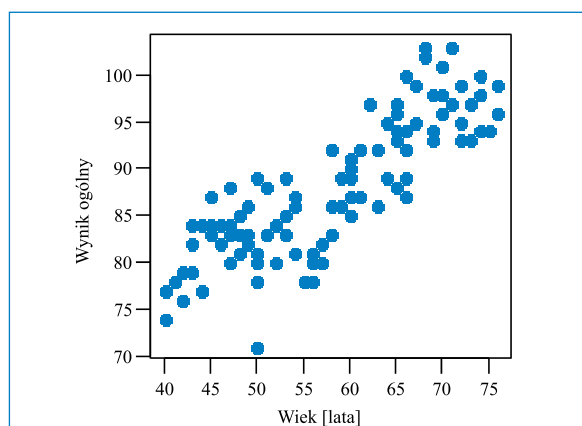
##### Wiek

Wpływ wieku na poziom nasilenia zachowań zdrowotnych zbadano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Wynik nie miał rozkładu prawidłowego w analizowanych grupach, a więc do analizy wykorzystano



**Rycina 4.** Wpływ wykształcenia na poziom wiedzy badanych kobiet

**Figure 4.** Influence of the level of education at the level of knowledge of the women



**Rycina 5.** Wynik ogólny poziomu nasilenia zachowań zdrowotnych badanych kobiet według IZZ

**Figure 5.** Influence of age of women at the level of severity of health behavior by IZZ

współczynnik korelacji Spearmana. Wyniki wskazały, że wiek wpływał istotnie na wynik ogólny oraz podskale prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych. Zależności te są dodatnie, a więc im starszy wiek, tym wyższe wyniki na tych skalach (tab. 1).

#### Stan cywilny

Zależność pomiędzy stanem cywilnym a poziomem nasilenia zachowań zdrowotnych zbadano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Wartości  $p < 0,05$  wskazywały na skale, których wyniki zależały od stanu cywilnego. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak wyglądała ta zależność wykonano analizę *post-hoc* testami Manna-Whitney'a z korektą Bonferroni. Pokazała ona, że wynik ogólny IZZ był istotnie wyższy u wdów niż u kobiet stanu wolnego, mężatek i kobiet w stałym związku (tab. 2).

**Tabela 1.** Wpływ wieku badanych kobiet na poziom nasilenia zachowań zdrowotnych

**Table 1.** Influence of age of women at the level of severity of health behavior by IZZ

IZZ	Korelacja z wiekiem			
	Współczynnik korelacji	p	Kierunek zależności	Siła zależności
Wynik ogólny	0,836	< 0,001	Dodatni	Bardzo silna
Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,622	< 0,001	Dodatni	Silna
Zachowania profilaktyczne	0,905	< 0,001	Dodatni	Niemal idealna
Pozytywne nastawienie psychiczne	0,169	0,084	---	---
Praktyki zdrowotne	0,472	< 0,001	Dodatni	Średnia

**Tabela 2.** Wpływ stanu cywilnego badanych kobiet na poziom nasilenia zachowań zdrowotnych według IZZ

**Table 2.** Influence of marital status of the women on the level of severity of health behavior by IZZ

IZZ	Stan cywilny	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	Q1	Q3	p	post-hoc *
Wynik ogólny	Wolna	81	3	82	77	85	78,5	83	p < 0,001	a
	Zamężna	87,04	7,91	84	71	103	81,5	93,5		a
	W stałym związku	85,81	4,75	86,5	78	95	83,25	89		a
	Rozwiedziona	91,23	7,24	93	78	101	86	97		ab
	Wdowa	93,72	3,95	94	86	100	92,25	95,75		b
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Wolna	18,43	1,4	18	17	21	17,5	19	p = 0,003	a
	Zamężna	21,37	2,41	21	16	26	20	23		b
	W stałym związku	20,5	2,07	20	17	24	19	22,25		ab
	Rozwiedziona	21,85	1,63	22	19	26	21	22		b
	Wdowa	22,33	2,25	22	19	28	21	23		b
Zachowania profilaktyczne	Wolna	17,43	2,23	18	14	20	16	19	p < 0,001	a
	Zamężna	21,75	3,69	21	15	29	19	25		b
	W stałym związku	20,56	2,5	20	16	26	19,75	20,75		ab
	Rozwiedziona	23	3,24	24	18	27	20	25		bc
	Wdowa	24,89	2,42	25,5	21	30	23	26		c
Pozytywne nastawienie psychiczne	Wolna	24,43	0,98	24	23	26	24	25	p = 0,009	ab
	Zamężna	22,71	1,9	23	17	26	22	24		a
	W stałym związku	23,25	1,48	23	22	27	22	24		ab
	Rozwiedziona	24,38	1,56	25	21	26	23	26		b
	Wdowa	23,44	1,79	23,5	19	26	23	24		ab
Praktyki zdrowotne	Wolna	20,71	1,6	21	18	23	20	21,5	p = 0,055	-
	Zamężna	21,22	2,57	21	16	27	19	23		-
	W stałym związku	21,5	2,85	21,5	16	27	19,75	23		-
	Rozwiedziona	22	2,48	22	18	26	20	24		-
	Wdowa	23,06	2,51	23	16	28	22,25	24		-

\* Wyniki analizy *post-hoc*. Grupy oznaczone tą samą literą nie różniły się istotnie statystycznie.



**Tabela 3.** Wpływ poziomu wykształcenia badanych kobiet na poziom nasilenia zachowań zdrowotnych według IZZ**Table 3.** Influence of the level of education of the women on the level of severity of health behavior by IZZ

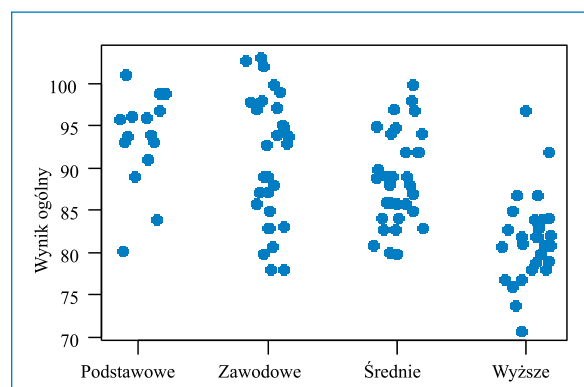
IZZ	Korelacja z wykształceniem			
	Współczynnik korelacji	p	Kierunek zależności	Siła zależności
Wynik ogólny	-0,551	< 0,001	Ujemny	Silna
Prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,292	0,002	Ujemny	Słaba
Zachowania profilaktyczne	-0,523	< 0,001	Ujemny	Silna
Pozytywne nastawienie psychiczne	-0,182	0,064	---	---
Praktyki zdrowotne	-0,412	< 0,001	Ujemny	Średnia

### Poziom wykształcenia

Wykształcenie było zmienną typu porządkowego i do analizy wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Wykształcenie wpływało istotnie na wynik ogólny oraz podskale prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych. Zależności te były ujemne, a więc im wyższe wykształcenie tym niższe wyniki na tych skalach. Najsilniej wykształcenie wpływało na ogólny poziom zachowań zdrowotnych (tab. 3, ryc. 6).

### Dyskusja

Osteoporoza jest jednym z głównych problemów zdrowotnych w Polsce. Jak wskazuje Bączyk, Opala i Bartosik [7], schorzenie rozpoznano u około 4 mln osób. Podbielska i wsp. [8] przeprowadzili badania w zakresie wiedzy kobiet po 50. roku życia na temat osteoporozy i stosowanej profilaktyki. Wśród 100 badanych kobiet wynik bardzo dobry uzyskano zaledwie u 15,6% badanych. Dla porównania w badaniach własnych większość kobiet wykazała wiedzę bardzo dobrą. Niewątpliwie na poziom wiedzy badanych kobiet wpływają czynniki socjalno-demograficzne. Wyniki badań własnych pokazują, że wyższą wiedzę mają kobiety mieszkające w dużych miejscowościach oraz posiadające wyższe wykształcenie. Na podobną zależność pomiędzy wiedzą a miejscem zamieszkania i poziomem wykształcenia wskazały w swoich badaniach Ochota i Mroczek [9]. Wykazano, że kobiety mieszkające na wsi, które osiągnęły jedynie podstawowe lub zawodowe wykształcenie, miały problem z podaniem prawidłowych odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie. Muszalik i wsp. [10] w swoich badaniach potwierdzają wyniki uzyskane w niniejszej pracy na temat występowania zależności pomiędzy wiekiem a ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, mianowicie im starszy wiek badanych tym wyższy ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych. Odmienne wyniki od powyższych uzyskali Ślusarska i Nowicki [11], którzy nie wykazali zależności pomiędzy de-

**Rycina 6.** Wpływ poziomu wykształcenia badanych kobiet na poziom nasilenia zachowań zdrowotnych według IZZ**Figure 6.** Influence of the level of education of the women on the level of severity of health behavior by IZZ

klarowanymi zachowaniami zdrowotnymi badanych a wiekiem. Z kolei Kurowska [12] w badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych wykazała, że najwyższy ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych wykazali chorzy do 50. roku życia.

Ślusarska i Nowicki [11], podobnie jak w niniejszej pracy, nie wykazali zależności pomiędzy deklarowanymi zachowaniami zdrowotnymi badanych, a miejscem zamieszkania. Natomiast Zielińska-Więczkowska i wsp. [13] uzyskali odmienne wyniki badań od powyższych. Wykazali oni, że pacjenci w wieku podeszłym z chorobą nadciśnieniową mieszkający w mieście charakteryzują się wyższym ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Z kolei Krzyżanowska i wsp. [14] nie wykazali statystycznej zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi pacjentów z nadciśnieniem tętniczym a ich miejscem zamieszkania. Muszalik i wsp. [10] potwierdzają wyniki badań własnych na temat występowania zależności pomiędzy wykształceniem badanych a poziomem praktyk zdrowotnych. Dowiedli zależności, że im wyższe wykształcenie

badanych, tym wyższy poziom praktyk zdrowotnych. Zielińska-Więczkowska i wsp. [13] uzyskali podobne wyniki badań do powyższych, a mianowicie pacjenci geriatryczni z chorobą nadciśnieniową, którzy posiadają wyższe wykształcenie, charakteryzują się wyższym ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Ślusarska i Nowicki [11] także potwierdzają powyższe wyniki badań, ponieważ wykazali statystyczną zależność pomiędzy poziomem wykształcenia, a ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych.

Powyższe prezentowane wyniki badań nie są jednoznaczne. Poziom wiedzy na temat osteoporozy oraz podejmowanych zachowań zdrowotnych jest różny w badaniach przedstawionych przez autorów. Wynika z tego, że należy prowadzić edukację wśród populacji w każdym wieku, mieszkającej w odmiennych środowiskach oraz posiadającej różne wykształcenie. Ważne, aby dążyć do uświadomienia społeczeństwa o ryzyku, jakie niesie za sobą osteoporoza. Większość naukowców zgadza się z poglądem dr Susan Brown, dla której "(...) *nie ma znaczenia, kiedy zaczyna się dbać o kości i nie jest istotny styl życia, jaki się wcześniej prowadziło. Ważne jest, aby wiedzieć, że nigdy nie jest za późno na dbanie o zdrowie swoich kości*" [15].

### Wnioski

1. Czynniki socjalno-demograficzne determinują poziom wiedzy badanych kobiet oraz nasilenie zachowań zdrowotnych.
2. Badane kobiety wykazały się przeciętnym poziomem wiedzy oraz nasileniem zachowań zdrowotnych.
3. Należy prowadzić programy prewencji wtórnej wśród osób chorych, by zapobiegać dalszemu rozwojowi choroby.
4. Konieczne jest prowadzenie programów profilaktyki zarówno wśród najmłodszych osób, jak również wśród grup podwyższonego ryzyka.

### Piśmiennictwo

1. Głuszko P. Osteoporoza – spojrzenie w przeszłość. Reumatologia 2011; 49, 5: 372–377.

2. Tlustochowicz W. Osteoporoza i osteomalacja. W: Zimmermann-Górska I. (red.). Reumatologia Kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2008: 903–923.
3. Marciniowska-Suchowierska E., Sawicka A. Wapń i witamina D w prewencji złamań osteoporotycznych. Postępy Nauk Medycznych 2012; 3: 273–279.
4. Andruszkiewicz A., Nowik M. Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. Problemy pielęgniarstwa 2011; 19(2): 148–152.
5. Borzucka-Sitkiewicz K. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2006: 9–30.
6. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 2001: 121.
7. Bączek G., Opala T., Bartosik W. Funkcjonowanie i jakość życia kobiet z osteoporozą w okresie pomenopauzalnym. Ortopedia, traumatologia, rehabilitacja 2007; 9(2): 152–154.
8. Podbielska M., Sokołowski K., Sokołowska M. Ocena poziomu wiedzy na temat osteoporozy i stosowanej profilaktyki wśród kobiet po 50. roku życia. Zeszyty Naukowe WSSP 2013; 17: 87–96.
9. Ochota A., Mroczek M. Porównanie wiedzy kobiet po 40. roku życia i studentek fizjoterapii na temat osteoporozy. Zamojskie studia i materiały 2012; 1(35): 127–130.
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 w aspekcie czynników socjodemograficznych. Problemy higieny i epidemiologii 2013; 94(3): 509–513.
11. Ślusarska B., Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. Problemy higieny i epidemiologii 2010; 91(1): 34–40.
12. Kurowska K. Zachowania zdrowotne a jakość życia pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne 2013; 3: 107–114.
13. Zielińska-Więczkowska H., Pawelska K., Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T. Zachowania zdrowotne pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową – w badaniach empirycznych. Pielęgniarstwo XXI wieku 2011; 4(37): 23–26.
14. Krzyżanowska E., Zezula-Tudruj A., Baczewska B., Kropornicka B., Łuczyk R., Daniluk J. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Journal of Health Sciences 2014; 4(11): 79–94.
15. Sellman S.: Osteoporoza – kość niezgody. <http://rawfoods.pl/informacje/artykuly/osteoporoza-kosc-niezgody/> [aktualizacja 31 sierpień 2015].