

Pawlikowska-Lagód Katarzyna, Janiszewska Mariola, Firlej Ewelina, Dąbska Olga, Sak Jarosław. Akceptacja choroby kobiet leczących się z powodu osteoporozy = Acceptance of diseases of women treated for osteoporosis. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(5):139-148. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.51372>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3515>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7
© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 15.04.2016. Revised 29.04.2016. Accepted: 11.05.2016.

Akceptacja choroby kobiet leczących się z powodu osteoporozy Acceptance of diseases of women treated for osteoporosis

Pawlikowska-Lagód Katarzyna¹, Janiszewska Mariola², Firlej Ewelina², Dąbska Olga³,
Sak Jarosław¹

¹Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

mgr Pawlikowska-Lagód Katarzyna,
dr n. o zdr. Janiszewska Mariola,
mgr Firlej Ewelina,
Dąbska Olga,
dr hab. n med. Sak Jarosław

Abstrakt

Wprowadzenie: Współczesna medycyna oraz psychologia coraz więcej czasu poświęcają problemom związanym z osteoporozą oraz przystosowaniu się do niej. Przystosowanie się i akceptacja osteoporozy to skomplikowany proces, na który wpływają obciążenia chorobowe, uwarunkowania zewnętrzne oraz właściwości jednostki. Akceptacja choroby dla wielu pacjentek jest problemem, z którym zmagają się przez cały okres jej trwania, zmuszając je do akceptacji niedomagań przez nią narzuconych choroby. Pojawienie się choroby ma duże znaczenie, dla jakości życia kobiet. Przede wszystkim zmuszając je do akceptacji niedomagań narzuconych przez chorobę.

Cel pracy: Celem pracy było zbadanie stopnia akceptacji choroby kobiet chorujących na osteoporozę.

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło 137 pacjentek leczących się z powodu osteoporozy. Grupę badaną stanowiły kobiety od 38-go do 91-g roku życia. Badania przeprowadzono od lutego do kwietnia 2015 roku. W pracy zastosowano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz Skalę Akceptacji Choroby (AIS) autorstwa B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen w adaptacji Z Jurczyńskiego.

Wyniki: Kobiety chorujące na osteoporozę wykazują się średnim stopniem akceptacji choroby. Wiek zdiagnozowania choroby oraz wykształcenie różnicuje istotnie badane ze względu na stopień akceptacji choroby oraz problemów narzuconych przez chorobę.

Wnioski: Rosnąca liczba osób chorych z powodu osteoporozy stawia przed specjalistami służby zdrowia ogromne wyzwanie. Wdrożenie skutecznych programów profilaktycznych oraz oddziaływanie na zwiększenie świadomości chorujących byłoby pomocne w zapobieganiu chorobie, ewentualnie jej akceptacji w sytuacji wystąpienia.

Abstract

Introduction: Modern medicine and psychology more and spend more time problems with osteoporosis and adapt to it. Adaptation and acceptance of osteoporosis is a complex process, for which affect disease burden, external conditions and the characteristics of the individual. Acceptance of the disease for many patients is a problem faced by the whole period of its duration, forcing them to accept the shortcomings imposed by her illness. The emergence of the disease is important for the quality of life of women. First of all, forcing them to

accept the shortcomings imposed by the disease. The aim of the study was to examine the degree of acceptance of the disease women suffering from osteoporosis.

Material and Methods: The study included 137 patients treated for osteoporosis. The study group were women from 38 th to 91th years. The study was conducted from February to April 2015. The study used a questionnaire survey of his own authorship and Acceptance of Illness Scale (AIS) by B. J. Felton, Revenson T. A. and G. A. Hinrichsen adaptation With Jurczyński.

Results: Women suffering from osteoporosis have an average degree of acceptance of the disease. Age diagnose the disease and education differentiates significantly tested due to the degree of acceptance of the disease and the problems imposed by the disease.

Conclusions: The increasing number of patients suffering from osteoporosis poses to health care professionals a huge challenge. The implementation of effective prevention programs and impact on increasing awareness of suffering would be helpful in the prevention of disease, or to accept it in a situation occur.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, osteoporoza, kobieta.

Keywords: acceptance of illness, osteoporosis, women.

Wstęp

Osteoporoza stanowi jeden z istotnych problemów zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych współczesnego świata. Obok nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zawału mięśnia sercowego zaliczana jest do chorób cywilizacyjnych[1]. Około 80% chorujących na osteoporozę stanowią kobiety, jednak coraz częściej diagnozuje się ją również u mężczyzn. Na świecie na osteoporozę choruje około 200 mln ludzi w wyniku, której każdego roku dochodzi do 8,9 mln złamań [2]. Złamania osteoporotyczne w obrębie kręgosłupa i bioder powodują wzrost śmiertelności, umieralności oraz determinują, jakość życia osób starszych na całym świecie.

Ryzyko zachorowania, dotyczące kobiet wzrasta wprost proporcjonalnie do wieku i podwaja się wraz z każdą dekadą po 65 roku życia. Nie bez powodu wielu autorów osteoporozę określa, jako „cichy zabójca kości”. Choroba rozwija się powoli, w początkowym okresie bez jakichkolwiek objawów chorobowych. Wiele osób dowiaduje się o chorobie dopiero w wyniku wystąpienia niskoenergetycznego złamania. W związku ze stopniowym rozwojem choroby dochodzi do zmian w strukturze kości, przez co stają się one słabsze i podatne na złamania. Dlatego tak ważną rolę odgrywa aktywność fizyczna i prozdrowotna styl życia zarówno w zapobieganiu jak i leczeniu osteoporozy[3]. Pojawienie się choroby ma duże znaczenie, dla jakości życia kobiet. Przede wszystkim zmuszając je do akceptacji niedomagań narzuconych przez chorobę. Akceptacja choroby wiąże się z uznaniem faktu jej wystąpienia, co prowadzi do konieczności dokonania licznych ograniczeń i zmian w dotychczasowym życiu. Dla wielu pacjentów jest problemem, z którym zmagają się przez cały czas jej trwania[4]. Ponadto złamania osteoporotyczne w obrębie kręgosłupa i bioder powodują wzrost śmiertelności, umieralności oraz determinują jakość życia osób starszych na całym świecie[5].

W procesie przystosowania się do choroby istotną rolę odgrywa jej akceptacja. Chory akceptujący swój stan zdrowia zachowuje poczucie własnej wartości. Akceptacja choroby i poczucie kontroli nad własnym zdrowiem mogą być ważnymi czynnikami dla zachowania

zdrowia. Akceptacja choroby wiąże się z uznaniem faktu jej wystąpienia co prowadzi do konieczności dokonania licznych ograniczeń i zmian w dotychczasowym życiu. Akceptacja choroby jest dla wielu pacjentów problemem z którym zmagają się przez cały czas jej trwania. Jej brak lub niski poziom są przyczyną niestosowania się do zaleceń lekarzy, prób leczenia się „na własną rękę” lub dezawuowania sensu leczenia[6,7]. Osoba walcząca o swoje zdrowie, chętniej podejmując walkę z chorobą. A przede wszystkim jest ważnym czynnikiem wpływającym na zachowanie zdrowia[8].

Badania dotyczące akceptacji choroby były prowadzone wśród pacjentów zmagających się z różnymi jednostkami chorobowymi. Dotychczas nie przeprowadzono analizy odnoszącej się do aprobaty choroby wśród kobiet leczących się z powodu osteoporozy.

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie stopnia akceptacji choroby kobiet chorujących na osteoporozę.

Material i metody

W badaniu uczestniczyło 137 pacjentek dwóch poradni leczenia osteoporozy w Lublinie znajdujących się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie oraz Niepublicznym Zakładzie Opieki zdrowotnej REUMED. Grupę badaną stanowiły kobiety od 38-go do 91-g roku życia. Badania przeprowadzono od lutego do kwietnia 2015 roku. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz Skala Akceptacji Choroby (AIS) w adaptacji Jurczyńskiego. Skala służy do badania osób chorych. Stosowana jest do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Zawiera twierdzenia opisujące negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia[9]. W kwestionariuszu zastosowano pięciostopniową skalę Likerta. Badany określa, w jakim stopniu zgadza się z kolejnymi stwierdzeniami, przyznając każdemu punkt od 1 (zdecydowanie zgadzam się) do 5 (zdecydowanie nie zgadzam się). Miarą stopnia akceptacji choroby jest suma wszystkich punktów.

Uzyskane wyniki zostały poddane odpowiedniej analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie statystycznych różnic. Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe IBM SPSS Statistics wersja 21. Różnice pomiędzy grupami sprawdzono testem U Manna-Whitneya. Do badania zależności wykorzystano współczynnik korelacji rho-Spearmana. Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami jakościowymi użyto testu niezależności Chi² Pearsona. W przypadku zmiennych jakościowych wyznaczono częstości i procent występowania poszczególnych kategorii. W analizie zmiennych ilościowych wykorzystano miary statystyki opisowej: średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe, medianę, wartość minimalną i maksymalną.

Wyniki

Podstawą do oceny stopnia aprobaty choroby były wyniki uzyskane za pomocą Skali Akceptacji Choroby. Skala składa się z 8 twierdzeń, które charakteryzują negatywne konsekwencje stanu zdrowia badanych. Na podstawie analizy wyników skali AIS badane mogły uzyskać od 8 do 40 pkt. Liczba punktów 8–18 oznacza brak akceptacji choroby, 19–29 – średni poziom akceptacji, 30–40 akceptację sytuacji zdrowotnej na dobrym poziomie. Im niższy wynik tym mniejszy poziom aprobaty choroby, im wyższy tym zaakceptowanie choroby jest silniejsze.

Tabela 1. Stopień akceptacji choroby u respondentek

Twierdzenie	M	Me	SD	Min.1	Max.2
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	3,1	3,0	1,3	1,0	5,0
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	3,3	3,0	1,3	1,0	5,0
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,4	4,0	1,3	1,0	5,0
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	3,4	4,0	1,3	1,0	5,0
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,5	4,0	1,4	1,0	5,0
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,5	4,0	1,3	1,0	5,0
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,3	3,0	1,4	1,0	5,0
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,7	4,0	1,3	1,0	5,0
Ogólna punktacja	27,3	28,0	8,9	8,0	40,0

Tabela nr 1 przedstawia stopień akceptacji choroby kobiet leczących się z powodu osteoporozy. Łączny uzyskany wynik to 27,3 punkty. Według interpretacji Skali Akceptacji Choroby AIS, uzyskana punktacja zalicza się do średniego poziomu akceptacji choroby. Ponadto na podstawie przeprowadzonej analizy wynika, że badane mają świadomość ograniczeń związanych z chorobą, która sprawia, że nie są w stanie robić tego, co najbardziej lubią. Najmniej odczuwają zakłopotanie innych wynikające z ich choroby.

Tabela 2. Częstotliwość odczuwania dolegliwości a AIS

Twierdzenia	Częstotliwość dolegliwości					
	Codziennie		Kilka razy w miesiącu		Dość rzadko lub nie występują	
	M	SD	M	SD	M	SD
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	3,1	1,3	3,0	1,2	3,2	1,4
Z powodu swojego stanu zdrowie nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	3,4	1,3	3,2	1,2	3,4	1,3
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,5	1,3	3,4	1,3	3,4	1,4
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	3,5	1,3	3,2	1,3	3,5	1,4
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,7	1,3	3,4	1,5	3,5	1,4
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,5	1,2	3,5	1,4	3,5	1,3
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,4	1,4	3,0	1,4	3,4	1,3
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,7	1,3	3,6	1,5	3,8	1,3
Ogólna punktacja	27,7	8,2	26,3	9,1	27,7	9,5

Na podstawie analizy badań (Tab.2) stwierdzono, iż niezależnie od częstości występowania dolegliwości związanych z chorobą badane charakteryzowały się średnim stopniem akceptacji choroby. Bez względu na częstotliwość występowania dolegliwości badane najbardziej czują się ciężarem dla swojej rodziny oraz są zdania, iż ich choroba wprawia ludzi w zakłopotanie.

Dodatkowo kobiety doświadczające objawów chorobowych kilka razy w miesiącu (M=3,0) w mniejszym stopniu, niż kobiety z dolegliwościami pojawiającymi się codziennie (M=3,4), wierzą w swoją samowystarczalność.

Tabela 3. Wiek zdiagnozowania choroby a AIS

Korelacja	Wiek zdiagnozowania osteoporozy		
	Rho Spearman	P	N
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	-0.321	0.000***	137
Z powodu swojego stanu zdrowie nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	-0.315	0.000***	137
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	-0.289	0.001**	137
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	-0.271	0.001**	137
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	-0.221	0.010**	137
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	-0.154	0.072	137
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	-0.224	0.008**	137
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	-0.136	0.112	137
Ogólna punktacja	-0.287	0.001**	137

*<0,05; **<0,01; ***<0,001

Do zbadania zależności pomiędzy wiekiem zdiagnozowania osteoporozy a poszczególnymi podskalami skali AIS i wynikiem ogólnym zastosowano test Rho Spearmana (Tab 3).

W wyniku tego uzyskane zostały korelacje na poziomie istotności 0,001 pomiędzy wiekiem zdiagnozowania osteoporozy a twierdzeniem „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” (wystąpiła tutaj korelacja negatywna, umiarkowana). Kolejna korelacja dotyczy wieku zdiagnozowania osteoporozy a twierdzeniem „Z powodu swojego stanu zdrowie nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (korelacja negatywna, umiarkowana). Reasumując wiek badanych w czasie zdiagnozowania choroby ma znaczenie dla akceptacji problemów związanych z chorobą. Późniejszy wiek diagnozy osteoporozy zwiększa trudności z przystosowaniem się do problemów narzuconych przez chorobę oraz ogranicza badanym wykonywanie czynności, które najbardziej lubią.

Dodatkowo wykazano negatywne słabe, ale istotne statystycznie korelacje na poziomie 0,01 pomiędzy wiekiem zdiagnozowania osteoporozy a twierdzeniami: „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny”, „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”, „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być” oraz wiekiem zdiagnozowania osteoporozy a ogólną punktacją.

Wszystkie wyżej wymienione korelacje świadczą o tym, że w raz późniejszym zdiagnozowaniem osteoporozy kobietom trudniej jest zaakceptować obecność choroby oraz przeciwności, jakie jej towarzyszą.

Tabela 4. Wykształcenie respondentek a AIS

Twierdzenia	Wykształcenie					
	Podstawowe		Średnie i zawodowe		Wyższe	
	M	SD	M	SD	M	SD
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	3,0	1,2	2,9	1,3	3,4	1,3
Z powodu swojego stanu zdrowie nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	3,2	1,1	3,2	1,4	3,6	1,2
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,4	1,1	3,2	1,4	3,7	1,3
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	3,3	1,2	3,2	1,4	3,8	1,2
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,2	1,3	3,5	1,5	3,8	1,3
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,5	1,2	3,3	1,4	3,8	1,2
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,2	1,3	3,2	1,5	3,5	1,3
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,7	1,4	3,4	1,5	4,0	1,1
Ogólna punktacja	26,5	7,6	25,9	9,8	29,6	8,2

Tabela nr 4 ukazuje stopień akceptacji choroby w zależności od wykształcenia badanych. Kobiety z wykształceniem podstawowym (26,5 pkt) i średnim (25,9 pkt) akceptują chorobę w stopniu średnim. Kobiety posiadające wykształcenie wyższe, cechują się najwyższym ogólnym wskaźnikiem (29,6 pkt) średniego stopnia akceptacji choroby.

Kobiety z wykształceniem podstawowym ($M=3,0$) mają większe kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę niż kobiety z wykształceniem wyższym ($M=3,4$). Różnice widoczne są również między kobietami posiadającymi wykształcenie średnie/zawodowe a kobietami z wykształceniem wyższym. Badane, które skończyły szkołę średnią lub zawodową uważają, że, choroba wywołuje u nich uczucie bycia niepotrzebnym ($M=3,2$), oraz czują się bardziej zależne od innych z powodu problemów ze zdrowiem ($M=3,2$). Natomiast kobiety z wyższym wykształceniem w mniejszym stopniu czują się zależne od innych ($M=3,8$) i rzadziej czują się niepotrzebne dla najbliższego otoczenia ($M=3,8$).

Dyskusja

Uzyskane w toku analiz dane pozwoliły zrealizować cel postawiony w pracy. Badane kobiety, chorujące na osteoporozę w średnim stopniu akceptują swoją chorobę. Uzyskany ogólny wynik 27,3 punkty według interpretacji AIS jest to średni poziom akceptacji choroby. W literaturze nie ma podobnych badań skierowanych bezpośrednio na akceptację choroby wśród kobiet chorujących na osteoporozę. Badania dotyczące akceptacji choroby prowadzone były między innymi przez Pawła Zielaznego i in. [2013] w pracy „Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa”. Najwięcej osób badanych ujawniało przeciętną akceptację choroby, ponad 1/3 dobrą akceptację. Jeden na 12 badanych wykazywał brak akceptacji (mniej niż 19 punktów)[10]. Zbliżone wyniki uzyskała również Elżbieta Rusin-Pawelek i wsp.[2012] w pracy „Akceptacja choroby pacjentów chorych na astmę oskrzelową a kontrola astmy oskrzelowej”. W przeprowadzonych badaniach analizowana grupa wykazywała średni stopień akceptacji choroby, która wynosił 29,4 (w skali 8-40). Kobiety deklarowały nieznacznie niższy stopień akceptacji astmy oskrzelowej – na poziomie 28,8 punktów[11]. Barbara Lelonek i Małgorzata Kaczmarczyk [2011] prowadziły badania odnoszące się do akceptacji choroby wśród pacjentów leczonych zabiegowo w Kieleckim szpitalu. Uzyskały one wynik, określający, że chorzy w średni sposób akceptują swoją chorobę oraz, że ponad połowa pacjentów ma kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę[12]. Badania dotyczące akceptacji choroby prowadzone były również wśród pacjentów leczonych na raka piersi we wczesnym okresie pooperacyjnym w centrum Onkologii w Bydgoszczy, gdzie 38% badanych wykazywało wysoki poziom akceptacji choroby[13]. Podobny poziom akceptacji choroby zaobserwowano wśród pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą serca[14].

Kobiety chorujące na osteoporozę najniżej oceniały następujące twierdzenia Skali Akceptacji Choroby: „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” (3,1), „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (3,3), „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być (3,3). Natomiast pacjenci cierpiący na astmę oskrzelową najniżej określili tezy: „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (3,05) oraz „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzucanych przez chorobę” (3,15)[11].

Skala Akceptacji Choroby została wykorzystana również przez Hannę Rolka i in. [2010] w celu oceny akceptacji choroby pacjentów ze wszczepionym rozrusznikiem serca. W wyniku uzyskanych badań wykazano, że wśród kobiet biorących udział w badaniu 36,6% było ze średnią i dobrą akceptacją wszczepienia rozrusznika serca, a 26,8% nie akceptowało swojej sytuacji zdrowotnej. W powyższych badaniach stwierdzono na poziomie istotności $p = 0,024$, że akceptacja choroby zależy od wieku pacjentów[15]. Na podstawie analizy wyników własnych również zaobserwowano korelacje na poziomie istotności 0,001 pomiędzy wiekiem respondentek a Skalą Akceptacji Choroby. Oznacza to, że w im starszym wieku u pacjentek zdiagnozowano osteoporozę, tym jej akceptacja była mniejsza. Natomiast w badaniach realizowanych wśród chorych przewlekle hemodializowanych wykazano, że akceptacja choroby wzrasta wraz z wiekiem pacjenta[16].

Poziom wykształcenia respondentek również ma znaczenie w akceptacji choroby. Z analizy badań własnych wynika, że kobiety wykazujące się wykształceniem podstawowym i średnim w średni sposób akceptują swoją chorobę. Pacjentki posiadające wykształcenie wyższe cechują się najwyższym ogólnym wskaźnikiem średniego stopnia akceptacji choroby.

Zbliżone wyniki uzyskały również w swoim rozważaniach Krystyna Kurowska i Agnieszka Kasprzyk [2013]. Badały one stopień akceptacji choroby u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek- ponad połowa badanych w średni sposób akceptowała chorobę. Ponadto im wyższy był poziom wykształcenia, tym chorzy wykazywali większe zdolności adaptacji do życia z daną jednostką chorobową[17].

Wnioski:

1. Badane wykazują się średnim poziomem akceptacji choroby.
2. Wiek różnicuje istotnie stopień akceptacji choroby badanych. Późniejszy wiek diagnozy osteoporozy, obniża stopień akceptacji choroby oraz zwiększa trudności z przystosowaniem się do problemów narzuconych przez chorobę.
3. Kobiety posiadające wykształcenie wyższe, cechują się najwyższym ogólnym wskaźnikiem poziomu akceptacji choroby.

Bibliografia:

1. Barti R, Osteoporoza- profilaktyka, diagnoza, leczenie. Klub dla Ciebie. Warszawa; 2009 s. 9.
2. Pisani P, i. in., Major osteoporotic fragility fractures: Risk factor updates and societal impact, *World J Orthop* 2016 March 18; 7(3): 171.
3. Alghadir A.,H, Correlation between bone mineral density and serum trace elements in response to supervised aerobic training in older adults . *Clin Interv Aging* 2016;11: 265.
4. Chodkiewicz J, Problem akceptacji choroby u osób uzależnionych od alkoholu. Znaczenie zasobów osobistych. *Acta UniversitatisLodzensis. Folia Psychologica.* 2004; 8: 123.
5. Chodick G, Moser S,S, Goldshtein I, Non-adherence with bisphosphonates among patients with osteoporosis: impact on fracture risk and healthcare cost. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2016 Mar 25.
6. Dolińska-Zygmunt G, Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby. *Elementy psychologii zdrowia.* Wydawnictwo UW. Wrocław; 1996: 195–205.
7. Juczyński Z, Adamiak G, Psychologiczne i behawioralne wyznaczniki jakości życia chorych ze stwardnieniem rozsianym. *Polski Merkurusz Lekarski.* 2000; 8(48): 413–415.
8. Denys K, i in., Quality of life, acceptance of illness and a sense of health control in patients with chronic musculoskeletal disorders during the rehabilitation process. *Pol Merkur Lekarski.* 2015; 38(225):155.
9. <http://pmd.uksw.edu.pl/node/24>, (dostęp: 29.05.2015).
10. Zielazny P, i in., Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *Postępy Psychiatrii i Neurologii.* 2013; 22(4): 254.
11. Rusin-Pawełek E, i in., Akceptacja choroby pacjentów chorych na astmę oskrzelową a kontrola astmy oskrzelowej. *Alergol Info.*7(3-4): 63.
12. Lelonek B, Kaczmarczyk M, Przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym. *Studia Medyczne.* 2011; 24(4): 45-49.
13. Nowicki A, Krzemkowska E, Rhone P, Acceptance of Illness after Surgery in Patients with Breast Cancer in the Early Postoperative Period, *Pol PrzeglChir.* 2015; 87(11): 539.

14. Kocjan J, Is quality of life related to illness and acceptance of illness?.*Journal of Education, Health and Sport*. 2015; 5(7): 34.
15. Rolka H, i in., Ocena akceptacji choroby i jakości życia pacjentów ze wszczepionym rozrusznikiem serca. *Piel. Zdr. Publ.* 2012; 2(3): 186.
16. Basińska A, i in., Nastrój jako wyznacznik akceptacji choroby pacjentów dializowanych. *Nefrol. Dial. Pol.* 2014; 18: 28.
17. Kurowska K., Kasprzyk A., Akceptacja choroby i style radzenia sobie ze stresem u osób dializowanych. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2013; 13(2): 115.