

Anna Piotrowska¹, Marcelina Szymczak²

¹ Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku im. Bł. księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, Oddział Dziecięcy Obserwacyjny

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku im. Bł. księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii we Włocławku

Ocena jakości życia pacjentów w przebiegu niedokrwistości z powodu niedoboru żelaza

Assessment of the quality of life of patients with iron deficiency anemia

Streszczenie

Wstęp. Najczęstszą chorobą hematologiczną jest niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza. W leczeniu farmakologicznym stosuje się preparaty doustne/ dożylnie żelaza lub przetaczanie Koncentratu Krwinek Czerwonych, w celu uzupełnienia brakującego pierwiastka.

Cel. Celem pracy jest zbadanie oceny jakości życia pacjentów chorujących na niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza.

Materiały i metody. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i szacowania. Badania przeprowadzono za pomocą Kwestionariusza SF – 36 oraz kwestionariusza ankiety własnego autorstwa.

Wyniki. Analiza wyników badań wykazała, że u znacznej większości respondentów jakość życia uległa zmianie po rozpoznaniu choroby, co może sugerować wpływ choroby na ich codzienne funkcjonowanie, samopoczucie i/lub relacje społeczne.

Badania nie wykazały znacznego wpływu płci, wieku, diety oraz wcześniejszych nawyków żywieniowych w zakresie zmiany jakości życia po rozpoznaniu choroby.

Wnioski. Wiek oraz płeć nie powodują istotnych statystycznie zmian w zakresie jakości życia po rozpoznaniu niedokrwistości. Zdecydowana większość badanych respondentów po rozpoznaniu choroby podjęła się zmiany nawyków żywieniowych, przez co poprawiła się ich jakość życia.

Słowa kluczowe: niedokrwistość, niedobór żelaza, anemia, jakość życia

Summary

Introduction. The most common hematologic disease is iron deficiency anemia. This disease cannot be cured. Oral or intravenous preparations are most often used, including the supply of iron preparations or the transfusion of Concentrated Red Blood Cells to supplement iron.

Methods such as interviews, medical examinations, and biochemical tests are used to assess the quality of life of patients suffering from iron deficiency anemia.

Objective. The aim of the study is to assess the quality of life of patients suffering from anemia due to iron deficiency.

Materials and methods. The study used diagnostic survey and estimation methods. The research was conducted using the SF-36 Questionnaire, a survey questionnaire of my own authorship.

Results. Using the above-mentioned research tools, it was shown that the quality of life of most respondents changed after the diagnosis of the disease, which may suggest the impact of the disease on their daily functioning, well-being and/or social relationships. Studies have not shown a significant impact of gender, age, diet and previous eating habits on the change in quality of life after diagnosis of the disease.

Conclusions. Age and gender do not have statistically significant differences in the change in quality of life after diagnosis of the disease. After being diagnosed with the disease, most respondents started to change their eating habits, which improved their quality of life.

Keywords: anemia, iron deficiency, anemia, quality of life

Wstęp

Jednym z najczęstszych zaburzeń hematologicznych jest niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza. Choroba ta dotyka ludzi w każdym wieku, bez względu na płeć oraz status materialny. Rozpoznanie można postawić na podstawie wykonania morfologii krwi obwodowej. Oprócz badań analitycznych do rozpoznania niedokrwistości z powodu niedoboru żelaza przyczyniają się badania obrazowe, takie jak endoscopia górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz badania obrazowe przewodu pokarmowego. Objawy niedokrwistości to osłabienie organizmu, złe samopoczucie, uczucie zmęczenia, zaburzenia koncentracji, kołatanie serca oraz słaba tolerancja na wysiłek fizyczny. Można zaobserwować również kruchość i łamliwość paznokci oraz włosów, zapalenie dziąseł, języka lub zaburzenia smaku, które są charakterystyczne dla niedokrwistości z powodu niedoboru żelaza. Najczęstszą przyczyną niedoboru tego pierwiastka w organizmie jest utrata krwi, np. z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego. Często również dochodzi do krwawienia z dróg rodnych lub moczowych (krwimocz), układu oddechowego (rozlane krwawienie pęcherzykowe), urazy, zabiegi chirurgiczne. Najczęstsza metoda leczenia to przetoczenie Koncentratu Krwinek Czerwonych. Można zastosować farmakologiczne uzupełnianie żelaza drogą doustną lub dożylną.

Cel

Celem badań była ocena jakości życia pacjentów chorujących na niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza.

Materiał i metody

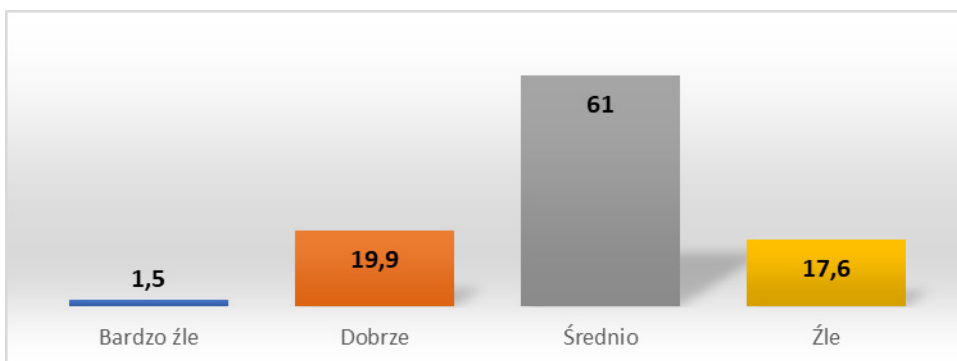
Materiał badawczy pozyskano metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano ankietę autorską składającą się z 23 pytań dotyczących oceny jakości życia pacjentów chorujących na niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza oraz standaryzowany Kwestionariusz SF-36.

Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu chi kwadrat. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem χ^2 dla prób niezależnych. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Badanie zostało przeprowadzone wśród pacjentów przebywających w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Specjalistycznym im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku. Respondenci zostali poinformowani o celu badań i anonimowym, dobrowolnym w nich udziale oraz że wyniki ankiety zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Liczebność grupy wynosiła 136 osób z czego kobiety stanowiły 97,8%, a mężczyźni 2,2%. Najstarszym uczestnikiem badania był 62-letni respondent, najmłodszy miał 18 lat. Średnia wieku respondentów wynosiła 36 lat, a odchylenie standardowe wynosiło 8,84.

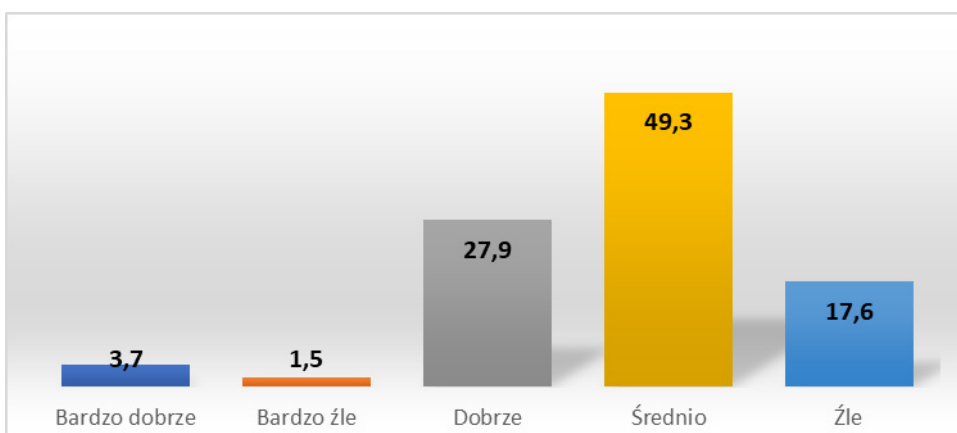
Wyniki

Przeprowadzone badanie oceniało funkcjonalność zdrowia i dobrego samopoczucia, jak również ocenę psychometryczną opartą na fizycznym i psychicznym stanie zdrowia respondenta. Jakość życia w oparciu o fizyczny stan zdrowia mierzona była za pomocą wskaźników: funkcjonowanie fizyczne, odczuwanie bólu, ogólny stan zdrowia, ograniczenia fizyczne. Natomiast jakość życia w oparciu o zdrowie psychiczne oceniana była poprzez: witalność funkcjonowania w społeczeństwie, stan emocjonalny oraz psychiczny.



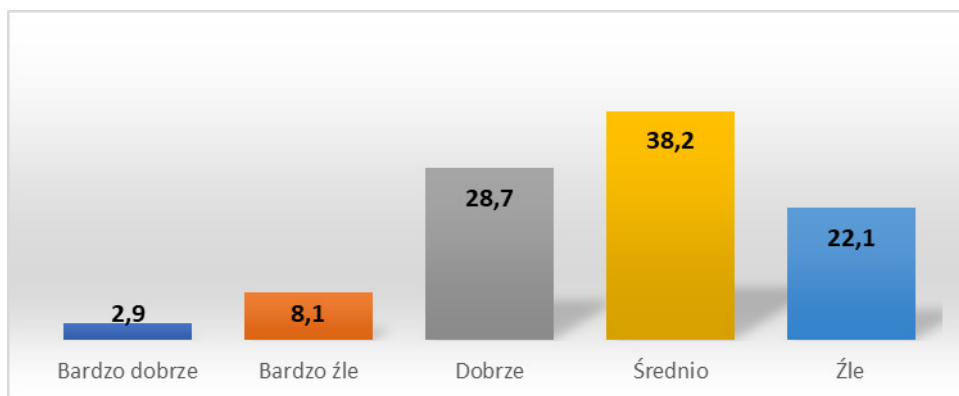
Ryc. 1. Samoocena stanu zdrowia

Większość respondentów (61%) oceniło swój stan zdrowia jako średni. Dobrze zdrowie deklarowało 19,9% badanych. Jednocześnie 17,6% ankietowanych wskazało na złe samopoczucie, a 1,5% badanych czuło się bardzo źle.



Ryc. 2. Ocena poziomu akceptacji choroby przez respondentów

Blisko połowa badanych (49,3%) określiła poziom akceptacji swojej choroby jako średni. Natomiast 27,9% ankietowanych, oceniła swój poziom akceptacji jako dobry, a 17,6% badanych nie akceptowała swojego stanu. Niewielki odsetek, tj. 3,7%, stwierdził, że akceptuje swoją chorobę bardzo dobrze, podczas gdy 1,5% ankietowanych deklaruje bardzo złe nastawienie do zaistniałego stanu.



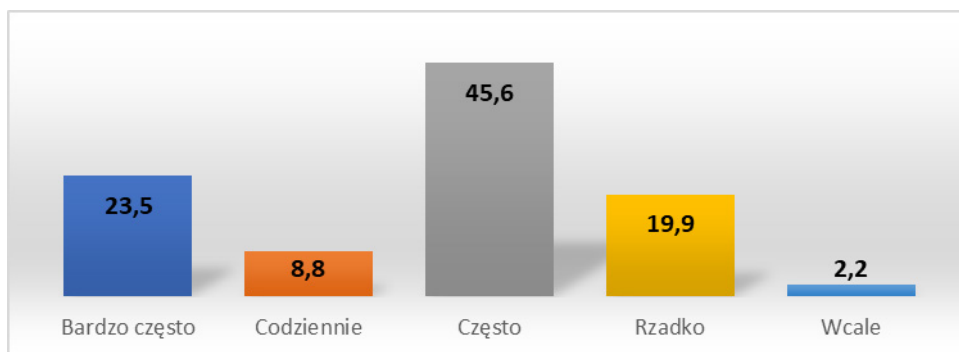
Ryc. 3. Stopień zadowolenia z dotychczasowego leczenia

Największa grupa respondentów (38,2%) zaznaczyła, że jest średnio zadowolona ze swojego dotychczasowego leczenia, a 28,7% osób określiła swoje zadowolenie jako dobre. Wśród badanych 22,1% wyraziło niezadowolenie, oceniając swoje leczenie jako ich zdaniem niedostateczne, a 8,1% ankietowanych deklarowało mierne zadowolenie z dotychczasowej terapii. Natomiast jedynie 2,9% respondentów była zadowolona z leczenia.



Ryc. 4. Zmiana nawyków żywieniowych respondentów po diagnozie niedokrwistości

Z przeprowadzonych badań wynika, że większość badanych (63,2%) zmieniła swoje nawyki żywieniowe po diagnozie niedokrwistości, podczas gdy 30,1% respondentów nie zmieniła diety. Dodatkowo 6,6% badanych określiło, że nie wie, czy po diagnozie zmieniły się ich nawyki żywieniowe.



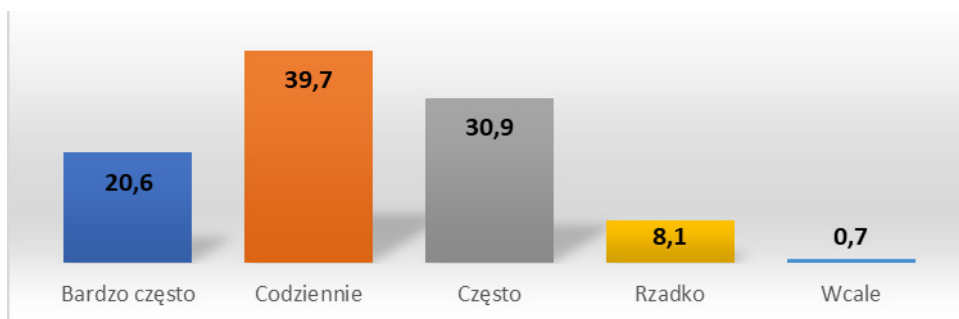
Ryc. 5. Częstość spożywania produktów zawierających żelazo przez respondentów

Pośród badanej grupy 45,6% osób zaznaczyło, że często spożywa produkty zawierające żelazo, podczas gdy 23,5% spożywało je bardzo często. Codzienne zjadanie pokarmów bogatych w żelazo deklaruje 8,8% respondentów. Natomiast 19,9% osób przyznało, że spożywało je rzadko, a 2,2% ankietowanych nie spożywało ich wcale.



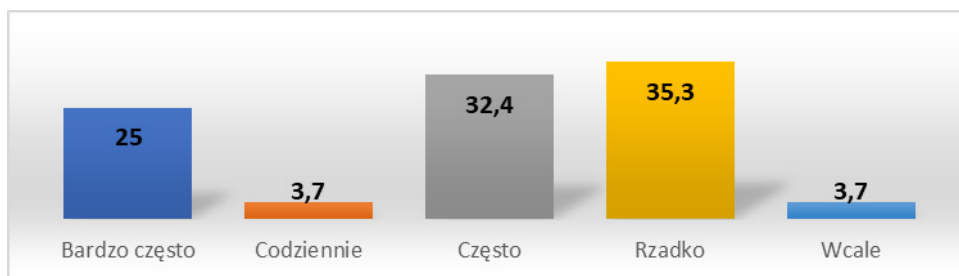
Ryc. 6. Zmiana jakości życia respondentów po rozpoznaniu choroby

Połowa badanych osób przyznała, że po rozpoznaniu choroby zmieniła się ich jakość życia, a 39,7% respondentów nie zauważyło zmiany. Natomiast 10,3% ankietowanych deklarowało, że nie wie, czy choroba miała wpływ na zmiany w ich życiu.



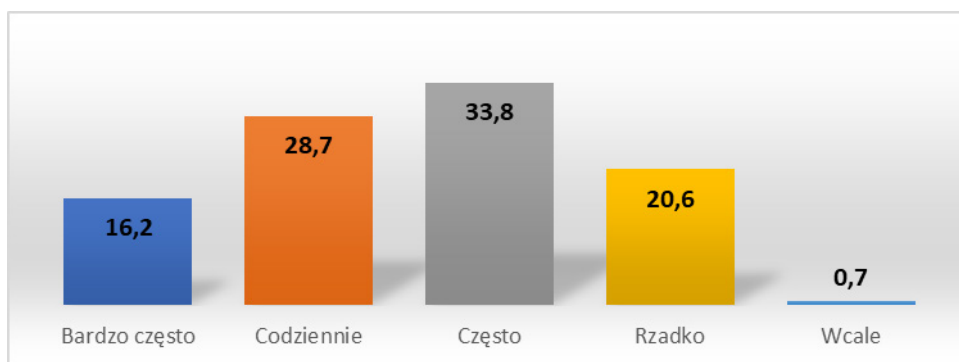
Ryc. 7. Częstość występowania senności, zmęczenia i osłabienia u respondentów

Z analizy przeprowadzonej ankiety wynika, że senność, zmęczenie oraz osłabienie były powszechne wśród respondentów. Największy odsetek – 39,7% wskazało, że doświadcza objawów somatycznych codziennie. Kolejne 30,9% badanych odczuwało symptomy często, a 20,6% bardzo często. U 8,1% badanych objawy choroby manifestują się rzadko, a tylko jeden respondent (0,7%) nie doświadczał senności, zmęczenia ani osłabienia.



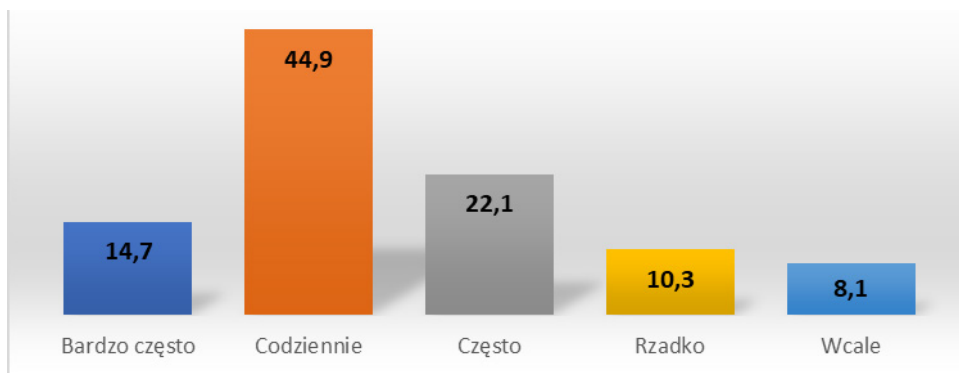
Ryc. 8. Częstość występowania bólu głowy u respondentów

Największy odsetek osób ankietowanych, wynoszący 35,3%, zgłosiło, że bóle głowy występowały u nich rzadko. Kolejne 32,4% respondentów doświadczało tych bólów często, 25% bardzo często, a 3,7% cierpiało na bóle głowy codziennie. Tylko 3,7% badanych deklarowało, że nie doświadczało bólów głowy.



Ryc. 9. Częstość wypadania włosów u respondentów

Dyskomfort wypadania włosów wskazało 33,8%, a 28,7% ankietowanych podkreśla, że borykało się z tym problemem codziennie. Rzadko włosy wypadały u 20,6%. Tylko jeden respondent (0,7%) nie doświadczał wypadania włosów.



Ryc.10. Stosowanie suplementów uzupełniających niedobór żelaza przez respondentów

Największy odsetek badanych, wynoszący 44,9%, deklarował codzienne stosowanie suplementów uzupełniających niedobór żelaza. Kolejne 22,1% respondentów stosowało je często, natomiast 14,7% – bardzo często. Jednak 10,3% ankietowanych przyjmowało farmakologiczne preparaty żelaza rzadko, a 8,1% respondentów nie stosowało ich w ogóle.

Tabela 1. Średnia i SD 8 skal kwestionariusza SF-36

Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36	N	Średnia	SD
Funkcjonowanie fizyczne	136	35,23	10,23
Ograniczenia fizyczne	136	40,33	9,24
Ograniczenia emocjonalne	136	40,22	10,36
Dolegliwości bólowe	136	21,2	12,2
Zdrowie psychiczne	136	49,23	13,2
Witalność	136	41,12	10,8
Funkcje społeczne	136	35,33	11,2
Zdrowie ogólne	136	39,1	9,98

Najwyższa wartość średnia została uzyskana dla kategorii Zdrowie psychiczne (49,23), co sugeruje stosunkowo dobre samopoczucie psychiczne badanych.

Najniższa wartość średnia została odnotowana dla kategorii Dolegliwości bólowe (21,2), co sugeruje, że badani doświadczali stosunkowo niewielkich dolegliwości bólowych.

Warto zwrócić uwagę, że wartości dla Funkcjonowania fizycznego (35,23) oraz Funkcji społecznych (35,33) są dość zbliżone, co może wskazywać na pewne ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności fizycznych i społecznych wśród badanej populacji.

W porównaniu do innych kategorii, kategorie Ograniczenia fizyczne (40,33) i Ograniczenia emocjonalne (40,22) wykazują wartości średnie nieco wyższe, co może sugerować

rować pewne trudności w funkcjonowaniu związane zarówno z aspektami fizycznymi, jak i emocjonalnymi.

Ogólnie rzecz biorąc, wartości średnie dla większości kategorii mieszczą się w średniej dobrej lub przeciętnej, co sugeruje, że badana populacja ma pewne wyzwania i obszary do poprawy w zakresie jakości życia, ale nie są one znacznie niepokojące.

Wskaźnik jakości życia to suma punktów oceny wszystkich 8 skali jakości życia, które umożliwiają ogólną ocenę stanu zdrowia. Według polskiej wersji kwestionariusza najwyższa ilość punktów oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, a najniższa ilość, najwyższy stopień jakości życia.

Tabela 2. Porównanie ogólnej oceny zdrowia fizycznego, mentalnego i wskaźnika jakości życia na podstawie kwestionariusza SF-36

	N	Średnia	SD
Ogólna ocena zdrowia fizycznego	136	41,23	8,58
Ogólna ocena zdrowia mentalnego	136	45,98	10,18
Wskaźnik jakości życia	136	87,21	6,36

Średnia ocena zdrowia fizycznego (41,23) jest nieco niższa niż średnia ocena zdrowia mentalnego (45,98), co może sugerować, że badani mogą odczuwać pewne trudności lub wyzwania w obszarze zdrowia fizycznego w porównaniu do zdrowia mentalnego.

Wskaźnik jakości życia (87,21) wydaje się być stosunkowo wysoki, co wskazuje na ogólnie pozytywne postrzeganie jakości życia przez badanych.

Odchylenia standardowe dla ogólnej oceny zdrowia fizycznego (8,58) i zdrowia mentalnego (10,18) są na ogół umiarkowane, co sugeruje pewne zróżnicowanie w postrzeganiu tych dwóch aspektów zdrowia wśród badanej populacji, ale nie jest to bardzo duże zróżnicowanie.

Ogólna ocena zdrowia mentalnego wydaje się być nieco wyższa niż ogólna ocena zdrowia fizycznego, co może wskazywać na to, że badani mogą być bardziej zadowoleni z własnego stanu zdrowia psychicznego niż fizycznego.

Mimo pewnych różnic w ocenie zdrowia fizycznego i mentalnego, ogólna jakość życia, wyrażona przez wskaźnik jakości życia, jest wysoka, co może sugerować, że badani są w stanie dobrze funkcjonować i doświadczać satysfakcji życiowej, pomimo ewentualnych trudności w zdrowiu fizycznym lub psychicznym.

Tabela 3. Powiązanie płci ze zmianą jakości życia po rozpoznaniu choroby

			Czy zmieniła się Pana/Pani jakość życia po rozpoznaniu choroby?			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			Nie	Nie wiem	Tak			
Płeć	Kobieta	n	54	14	65	133	3,06	0,216
		%	40,6%	10,5%	48,9%	100,0%		
	Mężczyzna	n	0	0	3	3		
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%		
Ogółem		n	54	14	68	136		
		%	39,7%	10,3%	50,0%	100,0%		

n – liczba obserwacji; p – poziom istotności statystycznej; χ^2 – wynik testu chi kwadrat Pearsona

Wyniki analizy wykazują, że istnieje istotna statystycznie zależność między płcią a zmianą jakości życia po rozpoznaniu choroby ($\chi^2(2) = 3,06$, $p = 0,216$). Otrzymana p-wartość ($p = 0,216$) jest większa niż tradycyjny poziom istotności 0,05, co oznacza, że nie ma istotnych statystycznie różnic między płciami w zakresie zmiany jakości życia po rozpoznaniu choroby.

Tabela 4. Powiązanie płci ze zmianą nawyków żywieniowych w oparciu o poziom istotności statystycznej oraz wyniki testu chi kwadrat Pearsona

Wiek /Czy zmieniła się Pana/Pani jakość życia po rozpoznaniu choroby?	Średnia	N	SD	F	p
Nie	36,54	54	9,26	0,406	0,667
Nie wiem	36,71	14	7,92		
Tak	35,21	68	8,74		
Ogółem	35,89	136	8,84		

n – liczba obserwacji; p – poziom istotności statystycznej; χ^2 – wynik testu chi kwadrat Pearsona

Na podstawie dostępnych danych nie można stwierdzić, że rozpoznanie choroby miało istotny wpływ na jakość życia w tej próbie.

Nie obserwuje się także istotnych różnic w jakości życia po rozpoznaniu choroby w zależności od grup wiekowych.

Tabela 5. Powiązanie płci ze zmianą nawyków żywieniowych

			Czy po diagnozie niedokrwistości zmienił Pan/ Pani nawyki żywieniowe?			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			Nie	Nie wiem	Tak			
Płeć	Kobieta	n	41	8	84	133	4,23	0,12
		%	30,8%	6,0%	63,2%	100,0%		
	Mężczyzna	n	0	1	2	3		
		%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%		
Ogółem		n	41	9	86	136		
		%	30,1%	6,6%	63,2%	100,0%		

n – liczba obserwacji; p – poziom istotności statystycznej; χ^2 – wynik testu chi kwadrat Pearsona

Wyniki analizy wykazują, że istnieje istotna statystycznie zależność między płcią a zmianą nawyków żywieniowych po diagnozie niedokrwistości (χ^2 (2) = 4,23, p = 0,12). Otrzymana p-wartość (p = 0,12) jest większa niż tradycyjny poziom istotności 0,05, co oznacza, że nie ma istotnych statystycznie różnic między płciami w zakresie zmiany nawyków żywieniowych po diagnozie niedokrwistości.

Tabela 6. Powiązanie płci ze zmianą nawyków żywieniowych w oparciu o poziom istotności statystycznej oraz wyniku testu ANOVA

Wiek /Czy po diagnozie niedokrwistości zmienił Pan/ Pani nawyki żywieniowe?	Średnia	N	SD	F	p
Nie	34,73	41	10,44	2,322	0,102
Nie wiem	31,11	9	7,06		
Tak	36,94	86	7,99		
Ogółem	35,89	136	8,84		

n – liczba obserwacji; p – poziom istotności statystycznej; F – wynik testu ANOVA

Analiza statystyczna za pomocą testu ANOVA wykazała brak istotnej statystycznie różnicy w zmianie nawyków żywieniowych po diagnozie niedokrwistości w zależności od wieku (F (2) = 2,322, p = 0,102).

Nie ma istotnej statystycznie różnicy w średniej zmiany nawyków żywieniowych po diagnozie niedokrwistości między różnymi grupami wiekowymi.

Dyskusja

Pojęcie jakości życia w medycynie związane jest z pojmowaniem zdrowia, choroby oraz nieuchronnymi procesami starzenia się. Ma charakter holistyczny, czyli obejmuje człowieka w aspektach somatycznych, psychicznych i społecznych. Określenie jakości życia

nie jest łatwe. Bardzo często zdarza się, iż osoby, które są obciążone wieloma schorzeniami oceniają swój stan w sposób nieobiektywny. Uważają się za osoby zdrowsze, a wskutek tego oceniają swoją jakość życia na wyższą niż człowiek, który nie posiada żadnych niedyspozycji w kwestii chociażby fizycznej. Ważnym aspektem jest, jak pacjenci radzą sobie ze skutkami choroby oraz z ich zapobieganiem, jak potrafią funkcjonować ze swoją chorobą. Wpływa na to charakter danej osoby, wykształcenie, wiek oraz pozycja ekonomiczno-społeczna [1,2].

Praca dotyczyła oceny jakości życia pacjentów chorujących na niedokrwistość spowodowaną niedoborem żelaza. W badaniu uczestniczyło 136 osób, które ukończyły minimum 18 rok życia. Wyniki zebrano wśród pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nefrologii w Wojewódzkim Szpitalu im. błogosławionego Księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku.

Respondenci mogą cieszyć się stosunkowo dobrym samopoczuciem psychicznym, co potwierdza najwyższą wartość średnią uzyskaną dla kategorii zdrowie psychiczne (49,23). Ponadto, niska wartość średnia dla kategorii dolegliwości bólowe (21,2) sugeruje, że badani doświadczali stosunkowo niewielkich dolegliwości bólowych. Mimo że wartości średnie dla większości kategorii mieszczą się w średniej dobrej lub przeciętnej, sugeruje to, że badana populacja może napotykać pewne wyzwania i obszary do poprawy w zakresie jakości życia.

Badani mogą doświadczać nieznacznych trudności lub wyzwań w obszarze zdrowia fizycznego w porównaniu do zdrowia mentalnego, ponieważ średnia ocena zdrowia fizycznego (41,23) jest nieco niższa niż średnia ocena zdrowia mentalnego (45,98). Jednak ogólna ocena jakości życia, wyrażona przez wskaźnik jakości życia (87,21), jest stosunkowo wysoka, co sugeruje ogólne pozytywne postrzeganie jakości życia przez badanych.

Celem prezentowanych badań było określenie, iż diagnoza ma wpływ na jakość życia pacjentów. Podjęto próbę określenia wpływu wieku i płci na jakość życia pacjentów z niedokrwistością z powodu żelaza. Ponadto wykazano, że rozpoznanie choroby miało wpływ na zmianę nawyków żywieniowych u respondentów.

1. Diagnoza miała wpływ na zmianę jakości życia

Niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza prowadzi do szeregu objawów, które mogą znacznie obniżyć jakość życia. Najczęściej są to objawy, takie jak zmęczenie, osłabienie, duszność, problemy z koncentracją oraz obniżona wydolność fizyczna i psychiczna, wpływają na codzienne funkcjonowanie i ogólne samopoczucie pacjentów. Uzyskane wyniki na podstawie ankiety własnej potwierdziły pierwszą hipotezę. Większość respondentów (50,0%) zgłasza, że jakość ich życia uległa zmianie po rozpoznaniu choroby, co może sugerować wpływ choroby na ich codzienne funkcjonowanie, samopoczucie i/lub relacje społeczne. Aż 39,7% respondentów stwierdziło, że jakość ich życia nie zmieniła się po rozpoznaniu choroby. Natomiast pozostała część (10,3%) respondentów nie jest pewna, czy jakość ich życia uległa zmianie po rozpoznaniu choroby.

Van Haalen, Jackson, Spinowitz potwierdzają, iż diagnoza niedokrwistości ma wpływ na zmianę jakości życia pacjentów. Według badań zaobserwowano spadek wydajności oraz upośledzenie aktywności w momencie niższych wartości Hb. Po wdrożeniu leczenia, jakość życia poprawiła się [3]. Badania Kumar, Sharma, Marley, oraz Sharma, Kaur, Kasinadhuni, wykazały, iż pacjenci chorujący na niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza cierpią na chroniczne zmęczenie, osłabienie i zawroty głowy. Skutkuje to zmniejszoną wydajnością podczas wykonywania czynności dnia codziennego, co jednocześnie wpływa na ich jakość życia. Pacjenci, którzy wdrożyli leczenie oraz zmienili nawyki żywieniowe zauważyli znaczną poprawę w stanie zdrowie, a dodatkowo wiąże się to z poprawą jakości życia chorych [4]. Podsumowując, diagnoza niedokrwistości zdecydowanie wpływa na jakość życia pacjentów. Dzięki odpowiedniemu leczeniu i zmianie nawyków żywieniowych można znacząco poprawić samopoczucie i funkcjonowanie pacjentów. Regularne monitorowanie i zarządzanie niedokrwistością są kluczowe dla utrzymania wysokiej jakości życia.

2. Wiek, płeć, dieta oraz nawyki żywieniowe mają wpływ na zmianę jakości życia osób chorujących na niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza

Spośród ankietowanych kobiety stanowiły 97,8%, a 2,2% badanych stanowili mężczyźni. Najstarszym uczestnikiem badania był 62-letni respondent, zaś najmłodszy badany miał 18 lat.

Nie ma istotnych statystycznie różnic między płciami w zakresie zmiany jakości życia po rozpoznaniu choroby. Nie obserwuje się także istotnych różnic w jakości życia po rozpoznaniu choroby w zależności od grup wiekowych. Jednakże kobiety znacznie częściej chorują w wieku rozrodczym, a mężczyźni w wieku podeszłym. Według Styszyńskiego wiek i płeć nie mają znacznego wpływu na jakość życia. Potwierdza on również w swoim artykule, iż niedokrwistość występuje częściej u kobiet w wieku rozrodczym oraz u mężczyzn w wieku podeszłym. Wpływ na to mają androgeny, które ulegają obniżeniu, są to czynniki stymulujące erytropoezę. Z wiekiem dochodzi do zaniku ich produkcji co powoduje zmniejszoną liczbę powstających krwinek czerwonych [5]. Według Głuszek, Manon de Vries-Brilland, Seegers, Baroin, Kieffer, Delva, Cornuault-Foubert wiek, płeć i dieta mają wpływ na zmianę jakości życia. U młodszych osób objawy, takie jak zmęczenie, zawroty głowy i osłabienie mają wpływ na zmniejszenie jakości życia. U osób starszych niedokrwistość powoduje zmniejszenie aktywności fizycznej, jednocześnie zwiększając ryzyko upadku. W przypadku płci u kobiet występują miesiączki, które powodują większą utratę krwi. Dodatkowo ciąża oraz karmienie piersią również wpływają na znaczne pogorszenie wyników laboratoryjnych, dochodzi do niedoborów żelaza. Niedokrwistość u kobiet często prowadzi do zmęczenia i zmniejszonej zdolności do wykonywania codziennych obowiązków, jednocześnie obniża to ich jakość życia. U mężczyzn niedokrwistość występuje rzadziej, natomiast doświadczają oni również objawów, takich jak zmęczenie i osłabienie mięśniowe związane z niedoborem żelaza.

Dieta bogata w żelazo dostarcza energii oraz poprawia poziom żelaza we krwi. Nieodpowiednia dieta może doprowadzić do niedoborów żelaza i jednocześnie obniżyć jakość życia pacjentów. Odpowiednie nawyki żywieniowe, na przykład regularność posiłków bogatych w żelazo pozwala na poprawę samopoczucia, zwiększa ilość żelaza we krwi oraz redukuje objawy niedokrwistości. Powoduje to poprawę jakości życia pacjentów [6]. Podsumowując, wiek, płeć, dieta i nawyki żywieniowe mają znaczący wpływ na jakość życia pacjentów z niedokrwistością z powodu niedoboru żelaza. Odpowiednie zarządzanie suplementacją, dietą oraz edukacją żywieniową są kluczowe w poprawie stanu zdrowia, jak i jakości życia pacjentów z niedokrwistością.

3. Rozpoznanie choroby miało wpływ na zmianę nawyków żywieniowych

Rozpoznanie niedokrwistości z powodu niedoboru żelaza ma istotny wpływ na zmianę nawyków żywieniowych pacjentów, co potwierdzają liczne badania naukowe oraz artykuły medyczne. Wprowadzenie odpowiednich modyfikacji dietetycznych jest kluczowym elementem w zarządzaniu niedokrwistością, zwłaszcza tą spowodowaną poprzez niedobór żelaza. Odpowiednie interwencje dietetyczne mogą poprawić stan zdrowia pacjentów i polepszyć ich jakość życia. Według własnych badań, zdecydowana większość respondentów (63,2%) podjęła działania w celu zmiany swoich nawyków żywieniowych po diagnozie niedokrwistości, co sugeruje świadomość znaczenia diety dla zdrowia.

Według badań Pietrzak i Witek w przypadku zdiagnozowanego niedoboru żelaza miało wpływ na zmianę nawyków żywieniowych. Zalecana jest dieta rozszerzona o suplementację żelaza w dawkach 60–120 mg dziennie, a według niektórych autorów nawet do 200 mg dziennie. W wielu publikacjach podkreśla się, że najbardziej efektywna jest długotrwała suplementacja niskimi dawkami żelaza. Poprawa stanu zdrowia w wyniku zmiany nawyków żywieniowych prowadzi do redukcji objawów takich jak zmęczenie, osłabienie, zawroty głowy i problemy z koncentracją. Dzięki temu pacjenci z anemią mogą odczuwać znaczną poprawę jakości życia, w tym lepsze samopoczucie fizyczne i psychiczne oraz większą zdolność do wykonywania codziennych czynności [7]. Podsumowując, zmiana nawyków żywieniowych po rozpoznaniu choroby jest kluczowa dla poprawy zdrowia i jakości życia pacjentów. Interwencje żywieniowe, świadomość i edukacja na temat zdrowych nawyków żywieniowych są niezbędne do skutecznego zarządzania i leczenia niedokrwistości.

Wnioski

1. Nie ma istotnych statystycznie różnic między płcią badanych w zakresie zmiany jakości życia po rozpoznaniu choroby. Nie obserwuje się także istotnych różnic w jakości życia po rozpoznaniu choroby w zależności od grup wiekowych.

2. Zdecydowana większość badanych podjęła działania w celu zmiany swoich nawyków żywieniowych po diagnozie niedokrwistości, co sugeruje świadomość znaczenia diety dla zdrowia.
3. Nie ma istotnych statystycznie różnic między płcią w zakresie zmiany nawyków żywieniowych po diagnozie niedokrwistości. Nie ma istotnej statystycznie różnicy w średniej zmiany nawyków żywieniowych po diagnozie niedokrwistości między różnymi grupami wiekowymi.

Zalecenia dla praktyki zawodowej

Niedokrwistość z niedoboru żelaza jest jednym z najważniejszych czynników chorobotwórczych. Negatywny wpływ niedokrwistości na przebieg ciąży, rozwój fizyczny i poznawczy dzieci oraz na wydolność fizyczną, w tym wydajność pracy u dorosłych jest dobrze udokumentowany, podobnie jak poziom jakości życia. Jednakże w badaniu zdecydowana większość ankietowanych podjęła działania w celu zmiany swoich nawyków żywieniowych po diagnozie niedokrwistości, co sugeruje świadomość znaczenia diety dla zdrowia i potwierdza wysoki poziom działań edukacyjnych pielęgniarki.

Bibliografia

1. Saroj V.R., Dahl PharmD N., Jiang J., Strauss W. Sustained Improvements in Fatigue and Quality of Life in Iron Deficiency Anemia Patients Following a Single Course of Ferumoxytol: Results of a 6-Month Extension Study, 2018;29,11:1050.
2. Sharma, Y.P., Kaur, N., Kasinadhuni, G. et al. Anemia in heart failure: still an unsolved enigma. Egypt Heart J 2021;73:75.
3. van Haalen, H., Jackson, J., Spinowitz, B. et al. Impact of chronic kidney disease and anemia on health-related quality of life and work productivity: analysis of multinational real-world data. BMC Nephrol 2020;21:88.
4. Kumar A, Sharma E, Marley A. Iron deficiency anaemia: pathophysiology, assessment, practical management; BMJ Open Gastroenterologia; 2022.
5. Awidiego M., Bawaneh H., Zureigat H., AlHusban M., Awidi A.; Factors contributing to iron deficiency anemia in Jordanian women: a single-center cross-sectional study; 2018.
6. Głuszak K., Manon de Vries-Brilland, Seegers V., Baroin C., Kieffer H., Delva R., Cornuault-Foubert D. Impact of iron deficiency treatment on quality of life in cancer patients: a prospective cohort study; The Oncologist, 2022;27,4:328–333.
7. Pietrzak B., Seremak-Mrozikiewicz A., Marciniak B., Witek A., Leszczyńska-Gorzelak B. Niedokrwistość z niedoboru żelaza w położnictwie i ginekologii; Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2016;1(3):115–121.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

ANNA PIOTROWSKA

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych

we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25

87-800 Włocławek

e-mail: anna.piotrowska@pans.wloclawek.pl

Konflikt interesów: Nie

Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

MARCELINA SZYMCZAK A–F

ANNA PIOTROWSKA A–C

A – Koncepcja i projekt badania

B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych

C – Analiza i interpretacja danych

D – Napisanie artykułu

E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu

F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Data otrzymania: 14.09.2024

Data akceptacji: 24.09.2024