

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA FUNKCJONOWANIE BIOPSYCHOSPOŁECZNE PACJENTÓW Z ROZPOZNANĄ NIEDOKRWISTOŚCIĄ

Factors affecting the bio-psycho-social functioning of patients diagnosed with anemia

Alicja Odwald-Wawreczko¹, Barbara Buc², Agnieszka Młynarska¹

ORCID ID: 0000-0002-6614-5486

ORCID ID: 0000-0003-4009-0613

¹ Zakład Gerontologii i Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Oddział Chorób Wewnętrznych i Reumatologii, Szpital w Ochojcu

adres do korespondencji: alicjakubieciodw@wp.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Niedokrwistość jest to patologiczny stan, który charakteryzuje się obniżoną liczbą erytrocytów, ich patologiczną budową oraz zbyt małą ilością hemoglobiny w ich wnętrzu. Światowa Organizacja Zdrowia WHO definiuje niedokrwistość jako stężenie hemoglobiny poniżej 12 g/dl u kobiet oraz poniżej 13 g/dl u mężczyzn.

Cel pracy. Ocena czynników wpływających na funkcjonowanie biopsychospołeczne pacjentów z rozpoznaną niedokrwistością.

Materiał i metody. Badaniem objęta była grupa 65 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Reumatologii oraz Oddziale Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych w Górnośląskim Centrum Medycznym im. Prof. Leszka Gieca w Katowicach. Dane zostały zebrane na podstawie przeprowadzonych ankiet. Kwestionariusz ankiet zawierał pytania na temat funkcjonowania biopsychospołecznego pacjentów z rozpoznaną jednostką chorobową. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego oraz wykorzystano specjalistyczne narzędzia badawcze.

Wyniki. Wśród przedstawionych badań zgodne jest to, że na niedokrwistość w większości chorują mężczyźni. Pacjenci, u których rozpoznano anemię są to osoby starsze powyżej 67. roku życia. Większość z nich choruje na niedokrwistość z niedoboru żelaza. Rozwój anemii znacząco wpływa na samodzielne funkcjonowanie chorych, zwłaszcza osób starszych.

Wnioski. Wystąpienie zespołu kruchości oznacza gorsze funkcjonowanie w chorobie przewlekłej. Im większe nasilenie sarkopenii, tym gorsze funkcjonowanie biopsychospołeczne pacjentów z rozpoznaną niedokrwistością. Im większe nasilenie lęku i depresji, tym gorsze funkcjonowanie biopsychospołeczne pacjentów z rozpoznaną niedokrwistością. Zachowania zdrowotne mają wpływ na funkcjonowanie biopsychospołeczne pacjentów z rozpoznaną niedokrwistością. Lepsza jakość życia pozwala na lepsze funkcjonowanie biopsychospołeczne pacjentów z rozpoznaną niedokrwistością.

Słowa kluczowe: anemia, pacjenci w wieku podeszłym.

SUMMARY

Background. Anemia is a pathological condition characterized by reduced erythrocytes, their pathological structure and too low hemoglobin concentration in their degree. The World Health Organization (WHO) defines anemia as a result of hemoglobin below 12 g/dl in women and below 13 g/dl in men.

Objectives. The aim of the study was to assess the factors influencing the bio-psycho-social functioning of patients diagnosed with anemia.

Material and methods. A group of 65 patients hospitalized in the Department of Internal Diseases and Rheumatology and the Department of Internal and Metabolic Diseases in the Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca in Katowice. The data was collected based on a survey. The questionnaire contains about the bio-psycho-social functioning of patients diagnosed with anemia diseases. The study used the diagnostics test method and specialized research tools.

Results. Among the presented studies, it is consistent that men suffer on anemia often than women. Patients diagnosed with anemia are usually elderly person over 67 years of age. Most of them suffer from deficiency anemia. The development of anemia affects the independent action of diseases, especially, in the elderly.

Conclusions. Means normal functioning Turing the Day. The great er the intensity of sarcopenia, the more it supports the bio-psycho-social functioning with diagnosed anemia. Behaviors affect the bio-psycho-social performance of patients diagnosed with anemia. Better quality of life allows for better bio-psycho-social functioning of patients diagnosed with anemia.

Key words: anemia, elderly people.

WSTĘP

Niedokrwistość jest to patologiczny stan, który charakteryzuje się obniżoną liczbą erytrocytów, ich patologiczną budową oraz zbyt małą ilością hemoglobiny w ich wnętrzu. Światowa Organizacja Zdrowia WHO definiuje niedokrwistość jako stężenie hemoglobiny poniżej 12 g/dl u kobiet oraz poniżej 13 g/dl u mężczyzn [1, 2].

Objawy niedokrwistości są bardzo zróżnicowane i mogą charakteryzować się różnym nasileniem, często manifestują się ciągłym uczuciem zmęczenia, osłabieniem, zmniejszeniem wydolności fizycznej, dusznością, bladością skóry. W sytuacji, kiedy utrata erytrocytów występuje bardzo szybko, anemia może objawić się utratą przytomności i nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, a nawet bezpośrednim zagrożeniem życia [3–5].

Do przyczyn niedokrwistości zaliczamy stany nagłe, takie jak krwotok, krwawienie z przewodu pokarmowego oraz sytuacje wynikające z niedoboru witaminy B₁₂, żelaza czy przewlekłego stanu chorobowego, z którym zmagają się pacjenci [3, 4, 6].

Niedokrwistość, która wyróżnia się szeregiem różnych somatycznych objawów w konsekwencji wpływa także na zdrowie psychiczne pacjenta. Wystąpienie niedokrwistości u pacjenta może mieć wpływ na obniżenie nastroju, a także ogólne pogorszenie stanu psychicznego. Badania naukowe potwierdzają, że niedokrwistość jest jedną z przyczyn wystąpienia depresji, dlatego ważna jest ocena stanu psychicznego pacjenta oraz przedstawienie możliwości skorzystania z pomocy psychoterapeuty. W rezultacie może pojawić się znaczne pogorszenie więzi z rodziną, znajomymi czy współpracownikami [1–3, 7].

W niniejszej pracy zostały przedstawione czynniki wpływające na funkcjonowanie biopsychosocjalne pacjentów, którzy mają rozpoznaną niedokrwistość.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena czynników wpływających na funkcjonowanie biopsychosocjalne pacjentów z rozpoznaną niedokrwistością.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami została objęta grupa 65 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Reumatologii oraz Oddziale Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych w Górnośląskim Centrum Medycznym im. Prof. Leszka Gieca w Katowicach. Badania zostały przeprowadzone po uprzednim uzyskaniu zgody ordynatorów oddziałów.

Dane zostały zebrane na podstawie przeprowadzonych ankiet. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania na temat funkcjonowania biopsychosocjalnego pacjentów z rozpoznaną jednostką chorobową.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Badania przeprowadzono na podstawie analizy autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego 13 pytań zamkniętych (w tym 2 pytania wielokrotnego wyboru).

W pracy wykorzystano dodatkowo skale WHOQoL-Bref Age, Wskaźnik Słabości Tilburga (TFI), Skala dostosowania zaleceń farmakologicznych ARMS, Skala HADS (Skrócona Skala Depresji), Skala SARC F (Skala Sarkopenia), Inwentarz Zachowań Zdrowotnych IZZ (Juczyński) oraz Skala funkcjonowania w chorobie przewlekłej (*The functioning in the chronic illness scale* – FCIS) – autor Aldona Kubica część pierwsza, druga oraz trzecia.

W ankiecie zostały wykorzystane skale, które miały na celu ocenę biopsychosocjalną ankietowanych. Skale te to:

1. **WHOQoL-BREF AGE (Skala Oceny Jakości Życia)** – Jest narzędziem służącym do oceny jakości życia, charakteryzuje się szczególnym uwzględnieniem aspektów istotnych dla osób starszych.
2. **Wskaźnik Słabości Tilburg (TFI)** – Model kruchości. Skala składa się z dwóch części: części A – dotyczącej determinantów zdrowotnych oraz części B – obejmującej 15 pytań dotyczących występowania głównych komponentów kruchości.
3. **Skala dostosowania do zaleceń farmakologicznych ARMS** – Jest narzędziem umożliwiającym ocenę przestrzegania przez ankietowanych zaleceń farmakologicznych. Nie istnieją normy dla ARMS, gdyż ocenia się jedynie, czy poziom adherencji jest niski czy wysoki.
4. **Skala HADS (Skrócona Skala Depresji)**. Kwestionariusz Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – *Modified Version* – HADS-M) to zmodyfikowana wersja skali HADS (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*), która jest wykorzystywana do oceny lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych.
5. **Skala SARC F (Skala Sarkopenia)** – Kwestionariusz ten obejmuje pięć pytań, które pozwalają na ocenę następujących obszarów: siła, pomoc w chodzeniu, wstawanie z krzesła, wchodzenie po schodach, upadki. W odniesieniu do pierwszych czterech pytań badany ma do dyspozycji jeden z trzech wariantów odpowiedzi: 1) nie sprawia mi żadnych trudności, 2) odczuwam pewne trudności lub 3) odczuwam duże trudności albo nie jestem w stanie wykonać.
6. **Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)** – Jest przeznaczony do badania zdrowych i chorych osób dorosłych. Zawiera 24 stwierdzenia opisujące różne zachowania związane ze zdrowiem.
7. **Skala funkcjonowania w chorobie przewlekłej (*The functioning in the chronic illness scale* – FCIS)**. Część pierwsza – oddziaływanie choroby przewlekłej na pacjenta. Jest to subiektywna ocena na to, jak choroba wpływa na jego życie.

Część druga – oddziaływanie pacjenta na chorobę – określa poglądy pacjenta na możliwości wpływu na przebieg choroby oraz część trzecia – oddziaływanie choroby na postawy pacjenta – która pozwala na określenie postawy pacjenta wobec nowej sytuacji życiowej.

Każdy respondent został poinformowany o dobrowolności i anonimowości związanej z wypełnieniem ankiety. Ankiety zostały rozdane 72 pacjentom. Znaczna część wyraziła chęć wypełnienia formularza, 5 odmówiło. Do gromadzenia oraz opracowania materiału wykorzystany został program Microsoft Excel 2010 oraz PQStat (wersja 1.6.8). Do analizy badań wykorzystane zostało grupowanie pacjentów pod względem płci, wieku, powodu niedokrwistości, oceny funkcjonowania pacjentów.

WYNIKI

Analiza zebranych ankiet wykazała, że w 2020 roku do Oddziałów Chorób Wewnętrznych w trybie ostrodyżurowym przyjęto 67 pacjentów, w tym mężczyzn 47 (70,1%) i 20 kobiet (29,9%) w wieku od 23 do 95 lat. Badaniem objęto 70,1% mężczyzn oraz 29,9% kobiet. Średni wiek badanych wynosił $65,52 \pm 16,99$. Szczegóły przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badawczej. Analiza zmiennych – wiek

Analizowane zmienne	Wiek (w latach)
Liczebność	67
Średnia arytmetyczna	65,52
Mediana	67
Odchylenie standardowe	16,99
Minimum	23
Maksimum	95
Dolny kwartył	57
Górny kwartył	76,50

Ponad połowę ankietowanych (59,7%) stanowią osoby do 70. roku życia. Z kolei 40,3% respondentów to badani mający powyżej 70 lat. Szczegóły przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Charakterystyka grupy badawczej – wiek

Wiek (n = 67)	Liczebność	Procent
Do 70 lat	40	59,7
Powyżej 70 lat	27	40,3
Ogółem	67	100

Najliczniejszą grupę uczestników badania stanowią osoby z wykształceniem średnim (38,8%). Natomiast 28,4% badanych ukończyło szkołę zasadniczą zawodową, a 17,9% z nich są absolwentami studiów wyższych. Najmniej jest ankietowanych z edukacją podstawową (14,9%).

Wśród respondentów, 59,7% stanowią osoby żonate/zamężne. Z kolei 23,9% ankietowanych to wdowcy lub wdowy, a 14,9% z nich stanowią kawalerowie bądź panny. Pozostali uczestnicy badania (1,5%) posiadają status rozwiedzionego/rozwiedzionej.

Zdecydowana większość badanych (92,5%) mieszka w miastach. Na wsi żyje 7,5% uczestników badania.

Kolejno 56,7% i 4,5% ankietowanych stanowią osoby przebywające na emeryturze lub rencie. Natomiast 19,4% badanych wykonuje pracę fizyczną, a 11,9% z nich pracuje umysłowo. Pozostali respondenci (7,5%) są osobami bezrobotnymi. Charakterystykę społeczno-demograficzną przedstawia tabela 3.

Analiza występowania niedokrwistości wykazała, że najczęściej występującym rodzajem niedokrwistości jest niedokrwistość z niedoboru żelaza (34,3%), niedokrwistość pokrwotoczną (23,9%), niedokrwistość z powodu chorób przewlekłych (19,4%), niedokrwistość z niedoboru witaminy B₁₂ (13,4%), niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego (7,5%) oraz niedokrwistość aplastyczna (1,5%). Szczegóły przedstawia tabela 4.

Tabela 3. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy pacjentów

Analizowane zmienne		Liczebność	Procenty
Wykształcenie	podstawowe	10	14,9
	zasadnicze zawodowe	19	28,4
	średnie	26	38,8
	wyższe	12	17,9
	ogółem	67	100,0
Stan cywilny	kawaler/panna	10	14,9
	rozwódziona/rozwidziona	1	1,5
	wdowiec/wdowa	16	23,9
	żonaty/zamężna	40	59,7
	ogółem	67	100,0
Miejsce zamieszkania	miasto	62	92,5
	wieś	5	7,5
	ogółem	67	100,0
Czy jest Pan/Pani aktywny/-a zawodowo?	emerytura	38	56,7
	nie pracuje/nie jestem aktywny/a zawodowo	5	7,5
	praca fizyczna	13	19,4
	praca umysłowa	8	11,9
	renta	3	4,5
	ogółem	67	100,0

Tabela 4. Znajomość rodzajów niedokrwistości spośród badanej grupy

Czy wie Pan/Pani jakie są rodzaje niedokrwistości? (n = 67)	Liczebność	Procenty
Niedokrwistość aplastyczna (AA)	1	1,5
Niedokrwistość pokrwotoczna	16	23,9
Niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego	5	7,5
Niedokrwistość z niedoboru witaminy B ₁₂	9	13,4
Niedokrwistość z niedoboru żelaza	23	34,3
Niedokrwistość z powodu chorób przewlekłych	13	19,4
Ogółem	67	100,0

OCENA WYNIKÓW W BADANEJ GRUPIE ANKIETOWANYCH NA PODSTAWIE UŻYTYCH NARZĘDZI STANDARDYZOWANYCH

WHOQoL-BREF AGE (Skala Oceny Jakości Życia)

W grupie badanej zakres wyników dotyczących oceny poziomu jakości życia mieścił się w przedziale od min = 13,08 do maks = 23,00. U jednej czwartej badanych z tej grupy wyniki nie przekraczały poziomu Q25 = 17,54, u połowy nie były wyższe od Me = 18,92, a u trzech czwartych badanych nie były wyższe niż Q75 = 20,92. Szczegóły przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Skala oceny jakości życia – analiza zmiennych

Analizowane zmienne	Skala oceny jakości życia
Liczność	67
Średnia arytmetyczna	18,95
Mediana	18,92
Odchylenie standardowe	2,50
Minimum	13,08
Maksimum	23
Dolny kwartyl	17,54
Górny Kwartyl	20,92

Wskaźnik Słabości Tilburg (TFI) – Model kruchości

W grupie badanej zakres wyników dotyczących nasilenia słabości mieścił się w przedziale od min = 5,00 do maks = 12,00. U jednej czwartej badanych z tej grupy wyniki nie przekraczały poziomu Q25 = 7,50, u połowy nie były wyższe od Me = 8,00, a u trzech czwartych badanych nie były wyższe niż Q75 = 9,00. Szczegóły przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Wskaźnik Słabości Tilburg – analiza zmiennych

Analizowane zmienne	Wskaźnik Słabości Tilburg
Liczebność	67
Średnia arytmetyczna	8,27
Mediana	8,00
Odchylenie standardowe	1,32
Minimum	5,00
Maksimum	12,00
Dolny kwartyl	7,50
Górny Kwartyl	9,00

U wszystkich uczestników badania (100,0%) stwierdzono występowanie zespołu kruchości. Szczegółowe dane przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Ocena występowania zespołu kruchości w grupie ankietowanych

Wskaźnik Słabości Tilburg (n = 67)	Liczebność	Procenty
Występuje zespół kruchości	67	100,00
Ogółem	67	100,00

Skala dostosowania do zaleceń farmakologicznych ARMS

W grupie badanej zakres wyników dotyczących dostosowania się do zaleceń farmakologicznych mieścił się w przedziale od min = 12,00 do maks = 33,00. U jednej czwartej badanych z tej grupy wyniki nie przekraczały poziomu Q25 = 13,50, u połowy nie były wyższe od Me = 16,00, a u trzech czwartych badanych nie były wyższe niż Q75 = 18,00. Szczegóły przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Skala dostosowania do zaleceń farmakologicznych ARMS – analizowane zmienne

Analizowane zmienne	Skala dostosowania do zaleceń farmakologicznych ARMS
Liczebność	67
Średnia arytmetyczna	16,58
Mediana	16,00
Odchylenie standardowe	4,34
Minimum	12,00
Maksimum	33,00
Dolny kwartyl	13,50
Górny Kwartyl	18,00

Skala HADS (Skrócona Skala Depresji)

U ponad połowy respondentów (55,2%) odnotowano wartość prawidłową dotyczącą nasilenia lęku. Poziom graniczny stwierdzono wśród 32,8% ankietowanych. Natomiast 11,9% uczestników badania uzyskało wartość nieprawidłową. Szczegóły przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Skrócona Skala Depresji – Skala lęku

Skala lęku (n = 67)	Liczebność	Procenty
Wartość prawidłowa	37	55,2
Poziom graniczny	22	32,8
Wartość nieprawidłowa	8	11,9
Ogółem	67	100,00

Większość badanych (70,1%) uzyskało wartość prawidłową dotyczącą nasilenia depresji, a 11,9% – wartość nieprawidłową. Poziom graniczny został stwierdzony pośród 17,9% respondentów. Szczegóły przedstawia tabela 10.

Tabela 10. Skrócona Skala Depresji – Skala depresji

Skala depresji (n = 67)	Liczebność	Procenty
Wartość prawidłowa	47	70,1
Poziom graniczny	12	17,9
Wartość nieprawidłowa	8	11,9
Ogółem	67	100,00

Skala SARC F (Skala Sarkopenia)

U 47,8% ankietowanych wystąpiło podejrzenie sarkopenii. Wynik prawidłowy odnotowano wśród ponad połowy badanych (52,2%). Szczegóły przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Ocena wystąpienia lub potwierdzenia sarkopenii

Skala SARC F (Skala Sarkopenia) (n = 67)	Liczebność	Procenty
Podejrzenie sarkopenii	32	47,8
Wynik prawidłowy	35	52,2
Ogółem	67	100,00

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych IZZ – Z. Juczyński. W grupie badanej zakres wyników dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych mieścił się w przedziale od min = 1,33 do maks = 4,67. U jednej czwartej badanych z tej grupy wyniki nie prze-

kraczały poziomu Q25 = 2,50, u połowy nie były wyższe od Me = 2,83, a u trzech czwartych badanych nie były wyższe niż Q75 = 3,50. W grupie badanej zakres wyników dotyczących zachowań profilaktycznych mieścił się w przedziale od min = 2,00 do maks = 5,00. U jednej czwartej badanych z tej grupy wyniki nie przekraczały poziomu Q25 = 3,17, u połowy nie były wyższe od Me = 3,50, a u trzech czwartych badanych nie były wyższe niż Q75 = 4,00. Szczegóły przedstawia tabela 12.

Skala funkcjonowania w chorobie przewlekłej

U większości uczestników badania (67,2%) stwierdzono przeciętny poziom oddziaływania choroby na pacjenta, u 20,9% – niski, a u 11,9% – wysoki. Szczegóły przedstawia tabela 13.

Analiza korelacji wykazała istotną statystycznie dodatnią korelację pomiędzy FCIS a jakością życia według WHO, tzn. im lepsza jakość życia, tym lepsze funkcjonowanie. Istotną statystycznie korelację wykazano również w podskali FCIS I oraz FCIS III. Wykazano istotne statystycznie ujemne korelacje między FCIS oraz sarkopenią, lękiem, depresją oraz zespołem kruchości. Im większe nasilenie sarkopenii, tym gorsze funkcjonowanie, analogicznie im większe nasilenie lęku i depresji, tym gorsze funkcjonowanie. Im większe wystąpienie zespołu kruchości, tym gorsze funkcjonowanie w chorobie przewlekłej. Podobne zależności wykazano w podskali FCIS I oraz FCIS III. Szczegóły przedstawiono w tabeli 14.

DYSKUSJA

Niedokrwistość jest chorobą, która nie daje ściśle jednoznacznych objawów pozwalających na rozpoznanie jej rodzaju. Pacjenci leczeni w poradni lekarza rodzinnego bądź przyjmowani

Tabela 12. Ocena wyników dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych wśród grupy ankietowanych

Analizowane zmienne	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne	Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych
Liczebność	67	67	67	67	67
Średnia arytmetyczna	2,98	3,58	3,90	3,81	85,64
Mediana	2,83	3,50	4,00	3,83	85
Odchylenie standardowe	0,67	0,59	0,43	0,52	9,81
Minimum	1,33	2,00	2,83	2,17	53,00
Maksimum	4,67	5,00	4,83	4,83	113,00
Dolny kwartył	2,50	3,17	3,67	3,50	79,00
Górny Kwartył	3,50	4,00	4,17	4,09	92,00

Tabela 13. Ocena oddziaływania choroby na pacjenta w grupie ankietowanych

Oddziaływanie choroby na pacjenta (n = 67)	Liczebność	Procenty
Niski	14	20,9
Przeciętny	45	67,2
Wysoki	8	11,9
Ogółem	67	100,00

Tabela 14. Korelacje zmiennych

Zmienna	Korelacje (Arkusz 1), Oznaczone wsp. korelacji są istotne z $p < ,05000$, $n = 67$ (braki danych usuwano przypadkami)						
	IZZ	SARC	HADS lęk	HADS depresja	ARMS	TFI	WHO
FCIS	$r = ,1062$ $p = ,392$	$r = -,4020$ $p = ,001$	$r = -,5084$ $p = ,000$	$r = -,4588$ $p = ,000$	$r = -,1903$ $p = ,123$	$r = -,3733$ $p = ,002$	$r = ,3832$ $p = ,001$
FCIS I	$r = ,0264$ $p = ,832$	$r = -,4742$ $p = ,000$	$r = -,3680$ $p = ,002$	$r = -,4095$ $p = ,001$	$r = -,1344$ $p = ,278$	$r = -,3777$ $p = ,002$	$r = ,5090$ $p = ,000$
FCIS II	$r = -,0005$ $p = ,997$	$r = -,0494$ $p = ,691$	$r = -,2861$ $p = ,019$	$r = -,2014$ $p = ,102$	$r = -,1241$ $p = ,317$	$r = -,1033$ $p = ,406$	$r = -,1700$ $p = ,169$
FCIS III	$r = ,2108$ $p = ,087$	$r = -,2264$ $p = ,065$	$r = -,4395$ $p = ,000$	$r = -,3315$ $p = ,006$	$r = -,1559$ $p = ,208$	$r = -,2541$ $p = ,038$	$r = ,3055$ $p = ,012$

na oddziały szpitalne często nie są świadomi tego, że są chorzy. By móc postawić diagnozę, potrzebne są wyniki badań laboratoryjnych oraz prawidłowo zebrany wywiad chorobowy [1, 2, 8].

W badanej populacji niedokrwistość stwierdzono u 67 osób (100%), w tym u 20 kobiet (29,9%) oraz u 47 mężczyzn (70,1%). Analiza statystyczna wykazała większą częstość rozpowszechniania anemii u mężczyzn oraz u osób starszych. Wyniki te pokrywają się z badaniami przeprowadzonymi przez Sulimiera-Michalak. W badaniach przeprowadzonych przez Sulimiera-Michalak spośród analizowanej populacji 169 osób (17,2%), 90 kobiet (9,2%) oraz 79 mężczyzn (8%) miało zdiagnozowaną niedokrwistość. Analizując rozpowszechnienie anemii oddzielnie w grupie mężczyzn i kobiet, stwierdzono, że choroba wystąpiła w 20,4% w populacji mężczyzn i 15,2% wszystkich kobiet. Średnia wieku osób z rozpoznaną anemią wynosiła 75,04 lat (mediana 75,4 lat). Przeprowadzone obserwacje wskazują, iż anemia jest częściej rozpoznawana w grupie mężczyzn. Diagnoza jest stawiana także w grupie osób starszych, gdzie średni wiek wynosi powyżej 67 lat i jest to największa grupa spośród badanej populacji, która stanowi powyżej 50% ankietowanych [9].

Przeprowadzone badanie własne wykazało, że najczęściej występującą anemią jest anemia z powodu niedoboru żelaza, która wystąpiła u 23 osób, co stanowi 34,3%. Niedokrwistość pokrwotoczna jest drugą z najczęstszych powodów hospitalizacji i wystąpiła u 16 osób, co daje 23,9%. W badanej populacji niedokrwistość chorób przewlekłych wystąpiła w grupie 13 osób (19,4%). Anemia z niedoboru witaminy B₁₂ wystąpiła u 9 osób (13,4% niedokrwistości), natomiast anemia z niedoboru kwasu foliowego została stwierdzona u 5 osób (7,5% niedokrwistości). Najrzadziej występującym rodzajem niedokrwistości jest anemia aplastyczna – u 1 osoby (1,5% niedokrwistości). Wyniki te różnią się z badaniami przeprowadzonymi przez Sulimiera-Michalak. W badaniach przeprowadzonych przez Sulimiera-Michalak najczęstszą przyczyną niedokrwistości była niedokrwistość chorób przewlekłych, która wystąpiła u 56 osób (33,1% niedokrwistości). W grupie 48 osób (28,4%) wskazano niedokrwistość nieokreśloną. Najczęstszą niedokrwistością niedoborową była anemia z niedoboru żelaza, którą rozpoznano u 22 osób (13% niedokrwistości). Anemia z niedoboru witaminy B₁₂ wystąpiła w grupie 10 osób (5,9% niedokrwistości), anemia z niedoboru kwasu foliowego została zdiagnozowana u 1 osoby (0,6% niedokrwistości). Niedokrwistość pokrwotoczna została rozpoznana u 7 osób (4,1% niedokrwistości). W badaniach nie zdiagnozowano przypadku anemii aplastycznej [8].

W przeprowadzonych badaniach użyto Wskaźnika Słabości Tilburga (TFI), zespół kruchości został stwierdzony u wszystkich uczestników badania (100%). Badanie własne wykazało również, że występowanie zespołu kruchości przyczynia się do gorszego funkcjonowania w sferze biopsychospołecznej. Zespół kruchości jest ważnym elementem mogącym wpłynąć na pogorszenie stanu ogólnego i utraty samodzielności przez pacjentów populacji starszej. Zespół ten prowadzi do zwiększonej częstości występowania zdarzeń, takich jak upadki, hospitalizacje, konieczność umieszczania pacjentów w instytucjach opiekuńczo-zdrowotnych związaną z utratą samodzielności oraz rzutuje na zwiększoną częstość zgonów. Badania przeprowadzone przez Zawadzkiego potwierdzają, że wystąpienie zespołu kruchości częściej występuje u pacjentów z niedokrwistością i również przyczynia się do gorszego funkcjonowania [10].

Na podstawie przeprowadzonych badań możemy zauważyć, iż grupa 35 osób (52,2%) uzyskała wartość prawidłową, świadczącą o sarkopenii, natomiast grupa 32 osób (47,8%) ma podejrzenie sarkopenii. Badanie własne wykazało również, że wystąpienie sarkopenii przyczynia się do gorszego funkcjonowania w sferze biopsychospołecznej pacjentów z rozpoznaną niedokrwistością. W Polsce wciąż brakuje badań dotyczących związku sarkopenii z niedokrwistością. Problem występowania sarkopenii wśród pacjentów w wieku podeszłym jest wciąż bagatelizowany. W piśmiennictwie można odnaleźć głównie prace poglądowe dotyczące sarkopenii. Jednakże wobec wzrostu osób starszych w społeczeństwie potrzebne są dalsze ba-

dania dotyczące sarkopenii i jej wpływu na funkcjonowanie osób w wieku podeszłym. Wczesne rozpoznanie i profilaktyka oraz odpowiednie postępowanie terapeutyczne pozwoliłoby na zwiększenie komfortu pacjentów dotkniętych sarkopenią – czyli utratą siły mięśniowej, która jest częstą przyczyną np. upadków, niesprawności oraz częstych hospitalizacji [11].

Na podstawie przeprowadzonych badań z uwzględnieniem Skali HADS (Skróconej Skali Depresji) dokonano analizy występowania depresji. W grupie ankietowanych wartości nieprawidłowe uzyskało 8 osób (17,9%), wartości graniczne – 12 osób (17,9%), natomiast wartości prawidłowe uzyskało większość badanych – 47 osób (70,1%). Badanie własne wykazało również, że im większe nasilenie lęku i depresji, tym gorsze funkcjonowanie w sferze biopsychospołecznej wśród pacjentów z niedokrwistością. Wyniki te pokrywają się z badaniami przeprowadzonymi przez Walkiewicz i wsp. Autorzy pracy na podstawie przeprowadzonych badań z wykorzystaniem testu GDS ocenili występowanie zaburzeń depresyjnych u 19 spośród 28 chorych (68%). Niedokrwistość występowała u 17 chorych (61%), częściej u kobiet ($n = 11$). Po dokonaniu analizy statystycznej w grupie badanych nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między zaburzeniami nastroju a niedokrwistością. Depresja jest częstym zaburzeniem psychicznym u osób starszych, wpływając negatywnie na jakość życia. Wcześniej rozpoznana i leczona daje możliwość powrotu do zdrowia [10].

Badanie własne wykazało, że pacjenci mają wysoki poziom nasilenia zachowań zdrowotnych. Badanie własne wykazało również istotną statystycznie dodatnią korelację między funkcjonowaniem biopsychospołecznym pacjentów a prawidłowymi nawykami zdrowotnymi, co oznacza, że im pacjenci mają lepsze nasilenie zachowań zdrowotnych, tym lepsze jest ich funkcjonowanie. Wyniki te pokrywają się z badaniami przeprowadzonymi przez innych autorów. Odpowiednie Zachowania Zdrowotne kształtują postawę wobec zdrowia, którą można nabyć przez całe życie [12, 13].

Badanie własne wykazało również istotną statystycznie dodatnią korelację między jakością życia a funkcjonowaniem biopsychospołecznym, co oznacza, że lepsza jakość życia pozytywnie wpływa na funkcjonowanie pacjentów w każdej sferze.

Wśród naszego społeczeństwa obserwujemy wzrost liczby osób starszych. Współczesne teorie mówią, że sam proces starzenia nie przyczynia się do powstawania chorób, lecz daje sprzyjające warunki do pojawienia się niesprawności. Utrata samodzielności i niezależności jest niepokojąca dla wieku ludzi. Dla spokojnej i sprawnej starości zagrożeniem jest wielochorobowość. W znaczny sposób przyczynia się do niesprawności. Wielkie zespoły geriatryczne prowadzą do utraty sprawności funkcjonalnej oraz wpływają na jakość życia starszych osób. Należy zaliczyć do nich: nietrzymanie moczu i stolca, otępienie, depresję, upadki i zaburzenia lokomocji, zaburzenia wzroku i słuchu coraz częściej zalicza się również sarkopenię.

WNIOSKI

Z badań własnych można sformułować następujące wnioski:

1. Wystąpienie zespołu kruchości oznacza gorsze funkcjonowanie w chorobie przewlekłej.
2. Im większe nasilenie sarkopenii, tym gorsze funkcjonowanie biopsychospołeczne pacjentów z rozpoznaną niedokrwistością.
3. Im większe nasilenie lęku i depresji, tym gorsze funkcjonowanie biopsychospołeczne pacjentów z rozpoznaną niedokrwistością.
4. Zachowania zdrowotne mają wpływ na funkcjonowanie biopsychospołeczne pacjentów z rozpoznaną niedokrwistością.
5. Lepsza jakość życia pozwala na lepsze funkcjonowanie biopsychospołeczne pacjentów z rozpoznaną niedokrwistością.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Charliński G. *Stany nagłe. Hematologia i onkologia*. Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune Polska; 2019.
2. Gajewski P. *Interna Szczeklika 2020/2021*. Wyd. XII. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2020.
3. Matysiak M. *Choroby krwi*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2022.
4. Robak T, Warzocha K. *Hematologia*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica; 2016.
5. Szczeklika A, Gajewski P. *Interna Szczeklika 2020*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2020.
6. Kokot F. *Choroby wewnętrzne podręcznik akademicki*. T. 1. Wyd. VIII. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
7. Walkiewicz K, Gętek M, Dzięgielewska-Gęsiak S, i wsp. Współwystępowanie niedokrwistości i niedoboru witaminy B12 u pacjentów w starszym wieku z zaburzeniami nastroju – doniesienie wstępne. *Hygea Public Health* 2016; 51(4): 364–367.
8. Albiński R, Kleszczewska-Albińska A, Bedyńska S. Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań. *Psychiatr Pol* 2011; XLV(4): 555–562.
9. Sulimiera-Michalak S. *Analiza występowania i charakterystyka niedokrwistości u pacjentów w wieku 60 lat i powyżej* [Rozprawa doktorska]. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2016.
10. Zawadzki B.K. *Gospodarka żelaza u chorych z zespołem kruchości* [Rozprawa doktorska]. Wrocław: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu; 2020.
11. Mziray M, Żuralska R, Siepiak M, i wsp. Sarkopenia – marginalizowany problem wieku podeszłego. *Pielęgn Pol* 2017; 3(65): 506–513.
12. Muszałik M, Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, i wsp. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Probl Hig Epidemiol* 2013; 94(3): 509–513.
13. Kurowska K, Marek J. Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności u pacjentów geriatrycznych z nadciśnieniem. *Geriatrics* 2016; 10: 145–152.

Adres do korespondencji:

Mgr Alicja Odwald-Wawreczko
Zakład Gerontologii i Pielęgniarstwa Geriatrycznego
Katedra Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Śląski Uniwersytet Medyczny
ul. Ziołowa 45/47
40-635 Katowice
Tel.: 721 894 077
E-mail: alicjajakubieciodw@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 12.03.2023 r.

Po recenzji: 30.03.2023 r.

Zaakceptowano do druku: 02.04.2023 r.