

Ocena sprawności instrumentalnej seniorów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2 a poczucie własnej skuteczności

Instrumental skills assesment of seniors diagnosed with type 2 diabetes and self-efficacy

MARIOLA RYBKA¹, OLIWIA RZEPKA², JOANNA PRZYBYLSKA¹, ROBERT ŚLUSARZ¹

¹Institut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

²Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/lwP.2017.014>

ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Cukrzyca typu 2 to zespół zaburzeń metabolicznych, która najczęściej dotyczy osób w starszym wieku. Stanowi ona istotny problemem kliniczny oraz wykazuje negatywny wpływ na długość i jakość życia seniorów.

Cel. Celem prowadzonych badań była analiza wpływu sprawności seniorów z cukrzycą typu 2 w czynnościach instrumentalnych w odniesieniu do poczucia własnej skuteczności.

Materiał i metody. W badaniu uczestniczyło 100 pacjentów z cukrzycą typu 2. Wykorzystany został kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej, skala Lawtona oraz standaryzowana Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES.

Wyniki. Mężczyźni chorujący na cukrzycę w wieku podeszłym posiadają zdecydowanie wyższy poziom poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do kobiet. Lepiej radzą sobie także w instrumentalnych czynnościach dnia codziennego porównaniu do kobiet. Najwyższą sprawność w czynnościach

instrumentalnych prezentowali seniorzy z wykształceniem wyższym oraz średnim a najniższą- osoby z wykształceniem podstawowym.

Wnioski. Sprawność instrumentalna seniorów z cukrzycą typu 2 różnicuje ich opinie w zakresie poczucia własnej skuteczności.

Słowa kluczowe: sprawność instrumentalna, poczucie własnej skuteczności, senior

Abstract:

Introduction. Type 2 diabetes is a metabolic disorder that most often relates to elderly people. It is a vital clinical problem and results in a negative impact on life expectancy and quality of seniors' life .

Aim. The purpose of the study was to analyze the impact of seniors' instrumental skills diagnosed with type 2 diabetes in relation to self-efficacy.

Material and methods. There were 100 patients with type 2 diabetes who participated in the study. A self-report questionnaire, a Lawton scale, and a standardized GSES General Efficacy Scale were used.

Results. Men with advanced diabetes have a significantly higher level of self-efficacy than women. They also deal with daily instrumental skills better than women. The highest skilfulness was represented by seniors with tertiary and secondary education and the lowest by people with basic education.

Conclusions. Instrumental skills of seniors with type 2 diabetes differentiates their opinions on self-efficacy.

Keywords: instrumental ability, self-efficacy, senior

Wstęp

Według raportu WHO na świecie w 2012 roku odnotowano 3,7 mln zgonów związanych z podwyższonym poziomem glikemii, w tym 1,5 mln bezpośrednio z cukrzycą. Wiele z tych zgonów (ok.43 %) występuje poniżej 70 roku życia. Umieralność wśród cukrzyków w Polsce dwukrotnie przekracza umieralność populacji ogólnej.

W przedziale wiekowym 60-70 r.ż. na cukrzycę umiera 13,4 %, a powyżej 80 roku życia umiera 52,4% [1].

Regularna aktywność fizyczna u seniorów zwiększa wrażliwość organizmu na działanie insuliny oraz tolerancję glukozy. Jest to ważny element utrzymania prawidłowego metabolizmu glukozy. Przyczyną insulinooporności w wieku geriatrycznym jest także niska zdolność wiązania insuliny z receptorem [2, 3].

W cukrzycy występuje podwyższone ryzyko zawału serca, chromania przestankowego związanego z zwiększoną lepkością krwi i skłonnością płytek do agregacji oraz tendencja do częstych infekcji czy wolniejszego gojenia się ran. Jawne objawy kliniczne cukrzycy mogą być często maskowane przez wymienione dolegliwości, które nakładają się na obraz choroby [4, 3, 5, 6].

Zgodnie z zaleceniami klinicznymi PTD w skład leczenia wchodzi: terapia dietetyczna, wysiłek fizyczny, doustne leki hipoglikemizujące oraz insulinoterapia. W wyborze sposobu leczenia uwzględniany jest stan kliniczny pacjenta oraz problemy wieku podeszłego tj. polipragmazja (zażywanie przez chorego wielu środków leczniczych równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących między nimi interakcji albo przepisywanie nadmiernej liczby preparatów bez wskazań), zaburzenia depresyjne oraz funkcji poznawczych, nietrzymanie moczu, zespoły bólowe [3,7, 8].

Definicję poczucia własnej skuteczności (self-efficacy) wprowadził do użytku kanadyjski psycholog Albert Bandura w 1977 roku w teorii społeczno-kognitywnej. Poczucie własnej skuteczności modelowane jest na podstawie bezpośrednich doświadczeń, obserwacji, odwoływania się do innych przykładów oraz poprzez stany fizjologiczne i wzbudzone emocje. Omawiane pojęcie składa się z trzech obszarów: wielkości, ogólności oraz siły. Wielkość związana jest z trudnością sytuacji oraz poziomem osobistego przekonania o poczuciu poradzenia sobie z danym problemem. Ogólność dotyczy sytuacji, które mogą wymagać zdolności kontrolne, natomiast siła-

obrazuje własne przekonanie odnoszące się do posiadanych zdolności. Pojęcie poczucia własnej skuteczności jest zasadniczym elementem w psychologii zdrowia, ponieważ określa podejmowanie i wprowadzanie zmian w sferze zdrowia. Wyraża zdolność człowieka, jego wyposażenie w niezbędne środki umożliwiające dokonanie zaplanowanych działań [9,10].

Ludzie wykazują różnorodne poziomy przekonania o własnej skuteczności. Silne i rozwinięte poczucie własnej skuteczności wzmacnia w jednostce chęć do osiągnięcia wyższych, ambitniejszych celów nawet w przypadku napotykanego porażek. Osoby te mają silną motywację, umiejętnie oceniają napotykaną sytuację, planują odległe działania i wytrwale dążą do wyznaczonych celów. Cechuje je większa odporność na stres i optymistyczne podejście. W sytuacjach trudnych (także choroby) motywują siebie i skupiają swoje umiejętności i działania na pokonaniu przeszkody. Z kolei niskie poczucie kompetencji powiązane jest z odczuciem lęku, depresją, bezradnością, niskim poziomem motywacji również z napięciem emocjonalnym. Osoby te charakteryzują się małą efektywnością. Podejmują tylko te działania które odpowiadają w subiektywnej ocenie ich umiejętnościom. Mogą wykazywać cechy bierności, rezygnacji, utraty nadziei, co pogarsza współpracę na linii pacjent-personel medyczny, a w efekcie skuteczność prowadzonego leczenia. Zależność może być zakłócona przez deficyt w zakresie wiedzy, brak bodźców do określonego zachowania, niewłaściwe postrzeganie sytuacji [9,10].

Celem prowadzonych badań była analiza wpływu sprawności seniorów z cukrzycą typu 2 w czynnościach instrumentalnych w odniesieniu do poczucia własnej skuteczności.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród losowo wybranych chorych w wieku podeszłym z cukrzycą typu 2 będących w trakcie hospitalizacji. Respondenci stanowili grupę 100 osób przebywających w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy w wybranych oddziałach zachowawczych i zabiegowych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej KB/692/2016.

Do pomiaru sprawności w zakresie złożonych czynności dnia codziennego zastosowano wystandaryzowane narzędzie badawcze jakim jest Skala IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Natomiast do oceny własnej skuteczności zastosowano Skalę GSES za zgodą Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. W celu zebrania danych socjodemograficznych jako zmiennych zastosowano kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej, dla scharakteryzowania pacjentów w wieku starszym z cukrzycą typu 2 biorących udział w badaniu.

Podczas analizy przyjęto poziom istotności statystycznej $\alpha \leq 0,05$. Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano w programie Statistica 10.0 i arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Excel wykorzystując standardowe funkcje tego programu. Dokonano analizy skali Lawtona oraz Skali Poczucia Własnej Skuteczności.

Wyniki

W badaniu udział wzięła stu osobowa grupa pacjentów (42 kobiet i 58 mężczyzn) w wieku ≥ 60 r.ż. ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2 będących w trakcie hospitalizacji. Ponad połowę respondentów stanowili mężczyźni 58%- 58 osób, natomiast kobiety stanowiły 42%- (42 osoby). Średni wiek badanych to 73 lata. Seniorów podzielono na trzy grupy wiekowe: 60-69 lat, 70-79 lat oraz 80 lat i więcej. Najlicniejszą grupę stanowili badani w wieku 70-79 lat 43% - 43 osoby, natomiast najmniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku

powyżej 80 roku życia 21%- 21 osób. Pacjenci w przedziale wiekowym 60-69 lat stanowili 36% respondentów- 36 osób.

Każdy z respondentów w grupie seniorów z cukrzycą typu 2 wskazał że leczy się także w związku z chorobą współistniejącą. Łącznie w odniesieniu do badanej grupy odnotowano 366 chorób współistniejących. Najwięcej osób starszych (30%- 30 badanych) wskazało, że dotyczą ich 3 choroby współistniejące. Tylko 18% (18 seniorów) wskazało na występowanie 1-2 chorób współistniejących. W grupie badanych 29% -29 osób miało 4 choroby współistniejące, natomiast z powodu 5 i więcej chorób leczy się 23% respondentów (23 osoby).

Skala oceny możliwości wykonywania instrumentalnych codziennych czynności (ang. instrumental activities of daily living – IADL) – skala Lawtona – pisanie, czytanie, chodzenie po schodach, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, samodzielne wychodzenie z domu, korzystanie ze środków transportu, posługiwanie się pieniędzmi, lekami, telefonem. Liczną grupę ankietowanych stanowiły osoby korzystające z telefonu bez pomocy- 84%-84 osoby. Niewielkiej pomocy potrzebuje 14% -14 osób. Zupełną niezależność w umiejętności korzystania z telefonu odnotowano u 2% respondentów- 2 osób. Największa grupa badanych to osoby mogące przemieszczać się do miejsc poza odległością spaceru z niewielką pomocą- 43 osoby (43%). Możliwość dotarcia do takich miejsc bez pomocy deklarowało 18 osób- 18%. Całkowitą zależność w czynności odnotowano u 39 % respondentów-39 osób.

W grupie osób biorących udział w badaniu 37%-37 osób deklarowało samodzielność w dokonywaniu zakupów. Całkowitą zależność w tej czynności od pomocy innych odnotowano u 36% seniorów (36 osób). Niewielkiej pomocy w wykonywaniu zakupów potrzebowało 27% respondentów (27 osób).Większość pacjentów deklarowała samodzielność w przygotowaniu posiłków- 73% (73 osoby). Niewielkiej pomocy wymagało 18% seniorów- 18 osób. Całkowitą zależność odnotowano u 9% pacjentów geriatrycznych-

9 osób. Największa grupa seniorów zaznaczyła, że wykonuje drobne prace domowe z niewielką pomocą- 38% (38 osób). Zależność w tej czynności odnotowano u 33%- 33 respondentów. Samodzielnie prace domowe było w stanie wykonywać 29%- 29 badanych. Większość osób starszych odpowiedziało, że nie jest w stanie samodzielnie wykonywać drobnych napraw ani majsterkować- 63% (63 badanych) a niewielkiej pomocy potrzebuje 20%- 20 osób. Zupełną niezależność w tym zakresie odnotowano u 17% (17 osób). Większość osób w wieku podeszłym potrafiła samodzielnie wyprać swoje rzeczy- 64% (64 badanych) a 13 osób (13%) potrzebowała niewielkiej pomocy. Całkowitą zależność w tej czynności odnotowano u 23% - 23 osób. W grupie ankietowanych 80 %-80 osób deklarowało, że samodzielnie przygotowuje oraz przyjmuje leki a 15%-15 osób potrzebuje niewielkiej pomocy. Całkowitą zależność w tej czynności odnotowano u 5% - 5 respondentów. Najwięcej badanych odpowiedziało, że gospodaruje pieniędzmi samodzielnie -71% (71 osób) a 27%- 27 ankietowanych z niewielką pomocą. Całkowitą zależność w tym zakresie odnotowano u 2% (2 chorych).

W grupie ankietowanych 49% (49 osób) to osoby ze średnim stopniem sprawności w zakresie złożonych czynności życia codziennego. Pacjenci z wysokim stopniem sprawności w czynnościach instrumentalnych stanowili 48% (48 osób) badanej grupy a seniorzy z niskim stopniem sprawności 3% (3 osoby).

Respondenci jako grupa, to pacjenci o średnim stopniu sprawności, na granicy stopnia wysokiego. Odnotowany wynik średni w skali IADL wyniósł 20,61 punktu i mieści się w górnej strefie wyników średnich oraz na granicy stopnia wysokiego. Ze wszystkich złożonych czynności życia codziennego najwięcej problemów stwarzało badanym samodzielne dokonywanie drobnych napraw w domu oraz majsterkowanie – średnia 1,54 punktu, docieranie do miejsc poza odległością spaceru – średnia 1,79 punktu, samodzielne wykonywanie prac domowych oraz sprzątanie – średnia 1,96 punktu. Najmniej problemów odnotowano w przypadku: samodzielnego

gospodarowania pieniędzmi – średnia 2,69 punktu, samodzielnego przygotowania i przyjmowania leków – średnia 2,75 punktu oraz samodzielnego korzystania z telefonu – średnia 2,82 punktu. Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$), odnotowano istotną statystycznie różnicę w wynikach skali IADL pomiędzy kobietami oraz mężczyznami- mężczyźni wykazywali wyższą sprawność w czynnościach złożonych dnia codziennego. Mężczyźni uzyskali wyższą średnią punktową w skali IADL- 21,81 punktu a kobiety- 18,95 punktu.

Grupa mężczyzn lepiej radziła sobie z czynnościami instrumentalnymi dnia codziennego-odnotowano 62,1% badanych (36 osób) z wysokim stopniem sprawności. Natomiast wśród kobiet wskaźnik wysokiego stopnia sprawności dotyczył 28,6% (12 osób). Na podstawie poziomu istotności $p < 0,05$ zaobserwowano, że wiek badanych pozostawał w istotnej statystycznie niskiej korelacji z wynikami skali IADL.

Grupa respondentów w przedziale wiekowym 60-69 lat otrzymała najwyższą średnią wartość punktową skali IADL- 21,97 punktu, a najniższą osoby starsze w przedziale wiekowym 80 i więcej lat- 18,05 punktu. Pacjenci w grupie 70-79 lat otrzymali 20,72 punktu w średniej wartości punktowej IADL.

Osoby starsze w wieku 60-69 lat najlepiej radziły sobie z czynnościami złożonymi w życiu codziennym- wysoka sprawność dotyczyła 58,3% (21 osób). W tej grupie odnotowano 1 osobę (1,8%) z niskim stopniem sprawności. Najgorzej z czynnościami instrumentalnymi radzili sobie seniorzy powyżej 80 roku życia - wysoki stopień sprawności dotyczył 28,6% respondentów (6 osób), a niski- 9,5% (2 osoby). Najwyższą średnią punktową w skali IADL uzyskała grupa badanych mająca do 2 chorób współistniejących – 21,67 punktu oraz mająca 3 choroby– 21,03 punktu. Respondenci z 5 chorobami i więcej otrzymali średnią wartość punktową 20,39 punktu. Najniższą średnią wartość punktową zaobserwowano w grupie seniorów z 4 chorobami – 19,69 punktu. Najwyższe wyniki

punktowe we wszystkich czynnościach złożonych (z wyjątkiem korzystania z telefonu oraz przygotowywania sobie posiłków) odnotowano w grupie seniorów mających do 2 chorób współistniejących. Najlepiej z obsługą telefonu radzili sobie ankietowani mający 5 i więcej chorób dodatkowych, natomiast z przygotowywaniem sobie posiłków- respondenci z 3 chorobami. Najniższe wyniki odnotowano w grupie osób z czterema chorobami dodatkowymi (z wyjątkiem korzystania z telefonu, przyjmowania leków i gospodarowania pieniędzmi). Najniższy wynik w obsłudze telefonu uzyskali seniorzy z maksymalnie 2 chorobami, w przyjmowaniu leków-osoby starsze z 3 chorobami, a z gospodarowaniem pieniędzmi- z 5 i więcej chorobami. Najlepiej w zakresie złożonych czynności radzili sobie badani mający do 2 chorób- wysoka sprawność dotyczyła 10 osób (55,6%). W tej grupie seniorów nie odnotowano występowania osób z niskim stopniem sprawności. Wysoki stopień sprawności wśród badanych z 5 i więcej chorobami dotyczył 52,2% (12 osób). Najgorzej z czynnościami instrumentalnymi radziły sobie osoby w wieku starszym z 4 chorobami – wysoki stopień sprawności prezentowało tylko 9 osób (3,0%). Ze względu na poziom istotności ($p>0,05$) nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy w wynikach skali IADL pomiędzy grupami ankietowanych przebywających w oddziale zachowawczym i zabiegowym. Pacjenci w oddziale zabiegowym otrzymali wyższą średnią punktową w skali IADL- 20,64 punktu niż pacjenci z oddziału zachowawczego- 20,60 punktu. Wyższe wyniki w wykonywaniu prac domowych, majsterkowaniu, praniu ubrań, przyjmowaniu leków oraz gospodarowaniu pieniędzmi odnotowano w grupie pacjentów przebywających w oddziale zabiegowym. Respondenci z oddziałów zachowawczych lepiej radzili sobie w czynnościach tj. korzystanie z telefonu, docieranie do miejsc poza odległością spaceru oraz przygotowanie sobie posiłków.

Badani przebywający na oddziale zabiegowym prezentowali wyższy stopień sprawności (50,0% badanych- 7 osób). W oddziale

zabiegowym nie odnotowano pacjentów o niskim stopniu sprawności. W grupie respondentów przebywających w oddziale zachowawczym było 41 osób z wysokim stopniem sprawności w czynnościach instrumentalnych- 47,7%.

Skala uogólnionej własnej skuteczności – GSES zawiera dziesięć stwierdzeń opisujących radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami.

Seniorzy z cukrzycą typu 2 najwyżej ocenili następujące obszary poczucia własnej skuteczności: niezależnie od tego co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić- średnia 3,49 punktu, zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się staram- średnia 3,43 punktu, łatwo jest mi trzymać się swoich celów i je osiągnąć- średnia 3,35 punktu oraz potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie – średnia 3,35 punktu. Najniżej ze wszystkich pozycji badani ocenili wymienione stwierdzenia: potrafię rozwiązać większość problemów, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku- średnia 3,14 punktu, dzięki swojej pomysłowości potrafię dać sobie radę w nieoczekiwanych sytuacjach- średnia 3,05 punktu oraz jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z niespodziewanymi wydarzeniami – średnia 2,81 punktu.

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy ilością chorób współistniejących a wynikami poczucia własnej skuteczności respondentów.

W grupie pacjentów mających 4 choroby współistniejące odnotowano najwyższy średni wynik poczucia własnej skuteczności- 33,79 punktu oraz u osób mających 5 i więcej chorób- 32,78 punktu. Wynik seniorów deklarujących leczenie się z powodu 0-2 chorób współistniejących wynosił 31,50 punktu. Najniższy wynik otrzymała grupa mająca 3 choroby współistniejące- 30,90 punktu.

Najwyższe wyniki w grupie badanych mających do 2 chorób współistniejących odnotowano w pozycji *potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach*

radzenia sobie (7) natomiast wśród seniorów mających 5 i więcej chorób w pozycjach: *jeśli ktoś mi się sprzeciwi, mam sposoby, aby osiągnąć to, co chcę* (2), *gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduję kilka rozwiązań* (8). W pozostałych pozycjach najwyższe wyniki dotyczyły osób w wieku starszym mających 4 choroby współistniejące. Najniższe wyniki w grupie badanych mających do 2 chorób odnotowano w pozycjach: *jeśli ktoś mi się sprzeciwi, mam sposoby, aby osiągnąć to, co chcę* (2), *gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduję kilka rozwiązań* (8) a w grupie mających 5 i więcej chorób w pozycjach: *potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie* (7) oraz *niezależnie od tego co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić* (10). W pozostałych pozycjach skali GSES najniższe wyniki uzyskała grupa mająca 3 choroby dodatkowe.

Najwyższy poziom poczucia własnej skuteczności zaobserwowano wśród pacjentów mających 4 choroby współistniejące 82,8% (24 osoby). Następnie w grupie osób mających 5 i więcej chorób 73,9% (17 osób). Najniższe poczucie własnej skuteczności zanotowano w grupie seniorów mających do 2 chorób współistniejących 66,7%- 12 osób, przy najwyższym wskaźniku wyników niskich 11,1% (2 osoby). Ze względu na poziom istotności ($p>0,05$) nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy w poziomie poczucia własnej skuteczności pomiędzy pacjentami leczonymi w oddziale zachowawczym i zabiegowym.

Wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych odnotowano nieznacznie wyższy średni wynik punktowy w skali GSES- 32,57 punktu. Pacjenci leczeni w oddziałach zachowawczych uzyskali 32,23 punktu. W grupie pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych odnotowano wyższe wyniki w większości stwierdzeń skali GSES z wyjątkiem pozycji: *jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z niespodziewanymi wydarzeniami* (4), *gdy jestem w kłopotliwej sytuacji, na ogół wiem, co robić* (9) oraz *niezależnie od tego co mnie spotyka, potrafię sobie z tym*

poradzić (10). Seniorzy z oddziałów zachowawczych otrzymali wyższe średnie wyniki punktowe w pozycjach 4, 9, 10 skali GSES. Pacjenci na oddziale zabiegowym mieli wyższy poziom poczucia własnej skuteczności- wskaźnik wyników wysokich wyniósł 78,6% (11 osób) niż pacjenci z oddziałów zachowawczych 72,1 % (62 osoby). Niższy wskaźnik wyników niskich odnotowano na oddziałach zabiegowych 7,1%- 1 osoba niż na oddziałach zachowawczych 8,1% (7 osób).

Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) wyniki poczucia własnej skuteczności pozostawały w istotnej statystycznie średniej korelacji z wynikami IADL.

W grupie badanych o wysokim poczuciu własnej skuteczności większość pacjentów jest samodzielna w zakresie IADL 60,37%-44 osoby. Pomocy potrzebuje 37%- 27 osób a pacjentów zależnych jest 2,7%- 2 osoby.

Dyskusja

Według Światowego Raportu Cukrzycy stworzonego przez WHO, w ciągu ostatnich trzech dekad obserwuje się stały wzrost zachorowań na cukrzycę, w szczególności w krajach o niskim i średnim dochodzie. Według International Federation Diabetes na świecie na cukrzycę choruje 415 mln ludzi, natomiast w Europie 59,8 mln. Upośledzona tolerancja glukozy dotyczy 318 mln ludzi- są to osoby u których występuje ryzyko rozwoju cukrzycy w przyszłości. Szacuje się, że w 2040 roku liczba dorosłych z cukrzycą będzie wynosić 642 mln na świecie i 71,1 mln w Europie.

W Polsce na cukrzycę cierpi ponad 3 mln ludzi, a częstość zachorowań w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia sięga 25-30 %. Dane wskazują, że około 1 mln pacjentów ma nierozpoznaną cukrzycę, nie wie o swojej chorobie [8]. W Polsce prognozuje się szybszy proces starzenia się populacji. Wzrasta ilość osób w wieku powyżej 65. roku życia oraz występuje zjawisko tzw. podwójnego starzenia się polegające na zwiększaniu się liczby młodszych

emerytów (od 66- 80 r. ż) oraz ludzi po 80. roku życia. Problem cukrzycy będzie eskalował. Według najobszerniejszego badania populacji w wieku podeszłym w Polsce PolSenior na cukrzycę cierpi 22% seniorów a 4% respondentów miało wcześniej nierozpoznaną chorobę. Co piąty senior ma zaburzenia glikemii na czczo [11]. Zaburzenie tolerancji glukozy dotyczy płci męskiej i żeńskiej, z dominującą liczbą mężczyzn [2].

Poziom poczucia własnej skuteczności wśród 100 respondentów w wieku podeszłym z cukrzycą typu 2 wskazywał na istotne statystycznie zróżnicowanie co do płci badanych oraz wykształcenia. Mężczyźni charakteryzowali się wyższym poziomem poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do kobiet. Majda A. oraz Józefowska H. w przeprowadzonych badaniach na grupie 105 pacjentów z gdzie największą grupę badanych stanowiły osoby w wieku podeszłym zdiagnozowały istotną zależność pomiędzy płcią a poziomem własnej skuteczności chorych gdzie kobiety osiągnęły wyższy poziom poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do badanej grupy mężczyzn [12]. Szeroko zakrojone badania przeprowadzone przez Jachimowicz V, i Kostkę T. na grupie 104 podopiecznych DPS wykazano, istotne różnice pomiędzy kobietami, a mężczyznami. Potwierdziło to, że płeć istotnie statystycznie różnicuje poziom własnej skuteczności [13]. Uzyskane wyniki badań własnych potwierdzają powyżej uzyskane wyniki badań przez cytowanych autorów.

Wiek jako zmienna socjodemograficzna nieznacznie różnicuje poczucie własnej skuteczności u pacjentów w wieku podeszłym. W przeprowadzonych badaniach odnotowano istotną statystycznie różnicę dotyczącą wyników pacjentów w skali IADL w zależności od płci oraz poziomu wykształcenia. Mężczyźni lepiej radzili sobie w czynnościach złożonych w porównaniu do kobiet. Humańska M.A., Felsmann M. i wsp. również dowiodły w swoich badaniach, że płeć różnicuje sprawność w zakresie czynności instrumentalnych- kobiety charakteryzowały się niższym poziomem niezależności

w czynnościach złożonych dnia codziennego [14]. W badaniach własnych wykazano także, że najwyższe wyniki punktowe w skali IADL otrzymali respondenci z wykształceniem wyższym oraz średnim a najniższe z wykształceniem podstawowym. Podobne wyniki badań uzyskały Humańska M.A. i wsp. – osoby z wykształceniem podstawowym były bardziej zależne od pomocy innych w czynnościach złożonych [14].

Wśród respondentów o wysokim poczuciu własnej skuteczności najliczniejsza grupa to osoby samodzielne w wykonywaniu czynności instrumentalnych dnia codziennego. Badania przeprowadzone przez Joachimowicz V. i Kostkę T. w grupie 104 pensjonariuszy domu pomocy społecznej, potwierdzają uzyskane wyniki badań. Autorzy pracy wykazali istotnie wyższe wyniki poczucia własnej skuteczności u pacjentów, którzy przedstawiają wysoki poziom funkcjonowania instrumentalnego [13].

Wnioski

1. Pacjenci hospitalizowani w oddziałach zabiegowych uzyskali wyższy średni wynik punktowy w skali GSES- w odniesieniu do pacjentów leczonych w oddziałach zachowawczych.
2. Mężczyźni lepiej radzili sobie w czynnościach instrumentalnych w porównaniu do kobiet.
3. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy ilością chorób współistniejących a wynikami poczucia własnej skuteczności respondentów.
4. Ze względu na poziom istotności ($p < 0,05$) wyniki poczucia własnej skuteczności pozostawały w istotnej statystycznie średniej korelacji z wynikami IADL.
5. Wśród respondentów o wysokim poczuciu własnej skuteczności najliczniejsza grupa to osoby samodzielne w wykonywaniu czynności instrumentalnych dnia codziennego.

Bibliografia / Bibliography:

1. Czeleko T., Śliwczyński A., Krasnodębski P., Karnafel P.: Przeżywalność chorych na cukrzycę w Polsce w latach 2008-2013: Ocena na podstawie bazy Górską- Ciebiada M., Ciebiada M., Barylski M., Loba J. Leki działające na układ inkretynowy w terapii cukrzycy typu 2. *Geriatrics*. 2010;4:274-278.
2. Górską- Ciebiada M., Ciebiada M., Barylski M., Loba J.: Leki działające na układ inkretynowy w terapii cukrzycy typu 2. *Geriatrics*. 2010;4: 274-278.
3. Wiktor K., Drozdowska B., Czekajło A. i wsp.: Wybrane metody oceny czynnościowej (funkcjonalnej) w praktyce lekarskiej. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. 2010;64(5-6):76-81.
4. Januszkiewicz- Caulier J., Mossakowska M., Zdrojewski T. i wsp.: Cukrzyca i jej powikłania w wieku podeszłym [w:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P.: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Wydawnictwo Termedia. Poznań 2012;169-180.
5. Kuczerowski R., Piątkiewicz P. *Farmakoterapia w cukrzycy typu 2 w wieku podeszłym [w:] Piątkiewicz P.: Leczenie osób chorych na cukrzycę w wieku podeszłym*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015;47-82.
6. Wieczorowska- Tobis K., Derejczyk J. *Układ endokrynologiczny. Cukrzyca [w:] Wieczorowska- Tobis K., Talarska D. Geriatrics i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2013;180-186.
7. Schmid B., Strub P., Studer A. *Układ hormonalny. Doustne leki przeciwcukrzycowe [w:] Schmid B., Strub P., Studer A. Farmakologia dla zawodów pielęgniarzkich*. Wydawnictwo MedPharm Polska. Wrocław 2013;138-141.

8. Walicka M., Czerwińska E., Marcinowska -Suchowierska E. Cukrzyca-odrębności diagnostyczne i terapeutyczne u osób w wieku podeszłym. *Postępy Nauk Medycznych*. 2011;24(5):372-378.
9. Kościelak R. Przekonania o własnej skuteczności jako wymiar indywidualnych zasobów zdrowia [w:] Kościelak R.: *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Wydawnictwo Impuls. Kraków 2010;61-69.
10. Schwarzer R., Jerusalem M., Juczyński Z. Skala uogólnionej własnej skuteczności- GSES.Opis, sposób badania i interpretacja GSES [w:] Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 2009;93-94.
11. Mossakowska M. Problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku-wnioski z projektu PolSenior [w:] Samoliński B., Raciborski F.: *Zdrowe starzenie się - biała księga*. Wydawnictwo naukowe SCHOLAR. Warszawa 2013;49-54.
12. Majda A., Józefowska H. Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009;17(4): 238-293.
13. Jachimowicz V., Kostka T. Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy w Domu Pomocy Społecznej. *Gerontologia Polska* 2009;17(1):23-31
14. Humańska M.A., Felsmann M., Sopalska J. Sprawność funkcjonalna osób w podeszłym wieku chorujących na cukrzycę - doniesienia wstępne. *Gerontologia Polska*. 2016;24;98-101.