

Violetta Jachimowicz^{1, 2}, Tomasz Kostka¹

¹Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej

Assessment of self-efficacy in the residents of older people home

Abstract

Background. The aim of the study was to assess self-efficacy in the residents of older people home and to determine its relevance to health, fitness and the quality of life.

Material and methods. The research involved 104 residents, aged 65 and more, living in an older people home located in Kalisz. The level of self-efficacy was evaluated in the aforementioned group. Then, referring to the results obtained, functional skills, mobility, walking and balance, energy expenditure, hand muscle strength, nutrition state, mental state and the quality of life were assessed.

Results. The average level of self-efficacy in the residents amounts to 30.6 ± 6.8 , which places them in the upper level of reference values. Residents with a high level of self-efficacy showed a higher level of basic and instrumental functioning, physical activity, energy expenditure, mobility, better walking and balance fitness, more strength in their right hand, lower level of depression and high level of life satisfaction. No substantial differences in the state of nutrition or cognitive functions among individuals with a low, average and high level of self-efficacy were observed.

Conclusions. High level of self-efficacy is related to better psychophysical functioning and improved quality of life in the residents of older people home.

Gerontol. Pol. 2009; 17, 1: 23–31

key words: self-efficacy, quality of life, elderly, physical functioning

Wstęp

Okres starości niesie ze sobą wiele zmian. W miarę upływu lat następuje stopniowe zmniejszenie wydolności organizmu, sił immunologicznych, mobilności, aktywności i niezależności. Nierzadko konsekwencjami tych zmian są konieczność korzystania z pomocy innych, utrata pozycji społecznej, samotność i funkcjonowanie na marginesie życia społecznego [1, 2]. Zapobieganie tym procesom oraz utrzymanie osób starszych w najlepszej sprawności fizycznej, psychicznej, społecznej to jedno z głównych zadań opieki geriatrycz-

nej [3]. Wymaga to poznania czynników wzmacniających zdrowie i sprawność osób starszych oraz podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających uzależnieniu osób w podeszłym wieku od opieki innych. Czynnikiem determinującym wiele aspektów ludzkiego zachowania, w tym zachowania zdrowotnego, jest poczucie własnej skuteczności (PWS) [4, 5].

Poczucie własnej skuteczności to przekonanie jednostki, że z powodzeniem może wykonać czynności niezbędne do osiągnięcia zamierzonych wyników w określonej sytuacji życiowej [4, 6, 7]. Osoby posiadające duże PWS wykazują się większą motywacją do podjęcia zachowań, ich kontynuowania mimo trudności i utrzymania wysiłków umożliwiających zakończenie zachowania; takie osoby charakteryzuje

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. med. Tomasz Kostka
Klinika Geriatrii UM
Plac Hallera 1, 90–647 Łódź
tel.: (042) 639 32 15, faks: (042) 639 32 18
e-mail: TomaszKostka@wp.pl

optymizm i wybór trafnych strategii działania. Natomiast w przypadku małego PWS występują takie emocje, jak: bezradność, lęk, smutek, przygnębienie. Osoby takie potencjalne trudności postrzegają jako przeszkody przekraczające ich możliwości, wobec tego zmniejszają wysiłek lub rezygnują z działania [4, 5, 8, 9].

Lepsze poczucie własnej skuteczności nabywa się przez:

- bezpośrednie doświadczenie w wykonywaniu zadań i czynności;
- doświadczenie zastępcze związane z obserwacją innych;
- perswazje słowne, takie jak: sugestia, namawianie, zachęcanie, instruowanie;
- pobudzenie emocjonalne;
- okoliczności sytuacyjne [10].

Własna skuteczność odzwierciedla wiarę w siebie oraz swoje kompetencje, umożliwia podejmowanie działań służących przejęciu kontroli nad zachowaniem i otoczeniem [11]. Poczucie własnej skuteczności różnicuje ludzi pod względem funkcjonowania poznawczego, motywacyjnego, emocjonalnego, pozwala na prognozowanie wielu ludzkich zachowań [12, 13].

Wiele badań wskazuje na istotny udział PWS w podejmowaniu zachowań zdrowotnych i zmaganiu się z chorobą [14, 15]. Schwarzer i Fuchs wykazali [16], że PWS wiąże się z takimi zachowaniami zdrowotnymi, jak: zapobieganie niekontrolowanemu zachowaniu seksualnym, zrywanie z paleniem tytoniu, podejmowanie regularnych ćwiczeń fizycznych, kontrolowanie masy ciała i zachowań żywieniowych. Poczucie własnej skuteczności wpływa na ciśnienie krwi, tętno, funkcje układu immunologicznego [4, 9] oraz radzenie sobie ze stresem [17, 18].

Brakuje opracowań wskazujących na rolę PWS w okresie starości. Tylko w nielicznych ośrodkach naukowych na świecie badano wpływ samoskuteczności na wybrane elementy funkcjonowania osób w podeszłym wieku. Celem niniejszego badania była ocena PWS u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej oraz określenie jego związku ze zdrowiem, sprawnością i jakością życia osób starszych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Domu Pomocy Społecznej (DPS) w Kaliszu, w okresie od lipca do września 2007 roku. Liczba miejsc w DPS wynosi 180. Podczas badania przebywało w nim 176 mieszkańców. Za kryteria włączenia osób do badań przyjęto wiek 65 lat i powyżej, zachowany logiczny kontakt werbalny, samodzielność w zakresie poruszania się, zgoda na udział w badaniu. Wykluczono z badań 72 osoby: 13 osób nie osiągnęło 65 lat, 39 osób nie miało logicz-

negu kontaktu, 10 osób poruszało się tylko za pomocą wózka, 1 osoba przebywała na urlopie u rodziny, 9 osób odmówiło udziału w badaniu. Ostatecznie w badaniach uczestniczyło 104 pensjonariuszy. W badaniu zastosowano wiele narzędzi. W celu zebrania podstawowych informacji demograficznych i klinicznych zastosowano ankietę osobową. Do badania PWS użyto Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES według Schwarzera, Jeruzalem, Juczyńskiego. Mierzy ona siłę ogólnego przekonania jednostki, dotyczącego skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami; składa się z 10 tez. Badany zaznacza wybrane przez siebie odpowiedzi, otaczając kółkiem właściwą cyfrę. Na każde pytanie są do wyboru 4 odpowiedzi: nie — 1 pkt, raczej nie — 2 pkt, raczej tak — 3 pkt, tak — 4 pkt. Suma punktów daje „ogólny wskaźnik własnej skuteczności”, który mieści się w granicach 10–40 punktów. Im wyższy wskaźnik, tym lepsze poczucie własnej skuteczności [5].

Sprawność funkcjonalną oceniono za pomocą skal funkcjonowania codziennego (ADL, *activities of daily living*) [19] i instrumentalnego (IADL, *instrumental activities of daily living*) [20]. Niewielka liczba punktów w tych skalach świadczy o zaburzeniach w zakresie funkcjonowania.

Aktywność ruchową mierzono za pomocą kwestionariuszy *Seven-Day Physical Activity Recall Questionnaire* (SDPAR) [21] oraz Stanford [22]. Kwestionariusz SDPAR zawiera 10 pytań dotyczących liczby godzin snu oraz długości trwania wysiłku o umiarkowanej, dużej i bardzo dużej intensywności w ciągu ostatniego tygodnia. Kwestionariusz Stanford za pomocą 6 pytań ocenia wysiłek o umiarkowanej intensywności. W celu oceny sprawności ruchowej chodu i równowagi użyto testu Tinetti. Maksymalna punktacja uzyskana w teście wynosi 28 punktów (16 + 12 z obu części testu) [23].

Stan odżywienia określono, opierając się na kwestionariuszu *Mini Nutritional Assessment* (MNA) [24] i pomiarach antropometrycznych oceniających procentową zawartość tkanki tłuszczowej metodą 4 fałdów, wskaźnik talia-biodra (WHR, *waist to hip ratio*), obwody ramienia i łydki oraz wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*).

Oceny funkcji poznawczych dokonano, posługując się Krótką Skalą Oceny Stanu Psychicznego (MMSE, *Mini-Mental State Examination*) [25] w zakresie 0–30 punktów, poziom depresji za pomocą geriatrycznej skali depresji (GDS, *Geriatric Depression Scale*) [26] w przedziale 0–15 punktów.

Do badania jakości życia zastosowano skalę satysfakcji z życia (SWLS, *Satisfaction with Life Scale*) au-

torstwa Diener, Emmons, Larson i Griffin w polskiej adaptacji Juczyńskiego. Skala zawiera 5 stwierdzeń, a wynikiem pomiaru jest wskaźnik poczucia zadowolenia z życia [5].

Zależności pomiędzy poszczególnymi zmiennymi analizowano jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA (*analysis of variance*) z analizą *post hoc* testem najmniejszej istotnej różnicy (LSD, *least significant difference*), testem chi kwadrat (χ^2) oraz za pomocą współczynnika korelacji Pearsona. Wyniki przedstawiono jako średnią i/lub odchylenie standardowe oraz w formie procentowej. Za poziom istotnie statystyczny przyjęto wartość *p* nie większą niż 0,05.

Wyniki

Badana grupa 104 osób składała się 80 kobiet (76,9%) i 24 mężczyzn (23,1%). Średni wiek dla całej grupy wynosił $78,6 \pm 6,8$ roku. Średni okres na-

uki to $7,6 \pm 3,6$ roku. Średni wynik PWS wyniósł $30,6 \pm 6,8$ (dla kobiet — $30,4 \pm 7,2$, dla mężczyzn — $31,4 \pm 5,2$), nie ulegał on istotnie zmianie wraz z postępującym wiekiem (tab. 1).

Do najczęściej występujących chorób należały: choroba reumatyczna i/lub zmiany zwyrodnieniowe układu ruchu — u 86 osób (82,7%), nadciśnienie tętnicze — u 62 (59,6%), osteoporoza — u 36 (34,6%), zaćma — u 35 (33,6%), niewydolność serca — u 28 (26,9%), choroba niedokrwienna serca — 21 (20,2%), przebyty udar mózgu — u 20 (19,2%), choroba wrzodowa — u 19 (18,3%), cukrzyca — u 18 (17,3%), przebyty zawał serca — u 16 osób (15,4%). Poziom poczucia własnej skuteczności nie ulegał zmianie istotnej statystycznie w zależności od występowania danej choroby. Wyjątek stanowiły osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze. Poziom PWS ($31,8 \pm 6,2$) u tych osób był istotnie statystycznie wyższy w stosunku do osób, u których nie stwierdzono tego schorzenia ($28,9 \pm 7,2$) (tab. 2).

Ze względu na zróżnicowanie wyników PWS wśród pensjonariuszy dokonano podziału badanych na 3 grupy. Grupa N obejmowała osoby, które uzyskały niskie PWS (18–24), co odpowiada obszarowi 1–4 stena; grupa P — ci, u których wykazano przeciętne PWS (25–29), co odpowiada obszarowi 5–6 stena; grupa W — osoby o wysokim PWS (30–40), co odpowiada obszarowi 7–10 stena. Badane grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku i lat kształcenia oraz liczby przyjmowanych leków. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby o wysokim PWS — 65 osób (62,5%) (tab. 3).

Tabela 1. Wartość poczucia własnej skuteczności w zależności od wieku

Table 1. Self-efficacy value in reference to age

Grupy wiekowe	Poziom poczucia własnej skuteczności
65–69 lat	$32,1 \pm 7,0$
70–74 lata	$30,0 \pm 6,7$
75–79 lat	$31,5 \pm 7,2$
80–84 lata	$29,5 \pm 8,2$
85–89 lat	$31,6 \pm 3,8$
≥ 90	$29,2 \pm 5,4$

Tabela 2. Poziom poczucia własnej skuteczności w zależności od choroby

Table 2. Self-efficacy level in reference to disease

Badana zmienna	Poziom poczucia własnej skuteczności		p
	występowanie choroby	brak choroby	
Cukrzyca	$30,5 \pm 6,5$	$30,6 \pm 6,9$	NS
Choroba niedokrwienna serca	$32,9 \pm 6,3$	$30,0 \pm 6,8$	$p = 0,08$
Choroby płuc	$30,5 \pm 5,4$	$30,6 \pm 7,0$	NS
Choroba reumatyczna i/lub zmiany zwyrodnieniowe układu ruchu	$30,8 \pm 6,7$	$29,8 \pm 7,4$	NS
Niewydolność krążenia	$29,7 \pm 6,7$	$31,0 \pm 6,8$	NS
Przebyty zawał serca	$31,4 \pm 6,6$	$30,5 \pm 6,8$	NS
Nadciśnienie tętnicze	$31,8 \pm 6,2$	$28,9 \pm 7,2$	$p = 0,029$
Przebyty udar mózgu	$30,5 \pm 7,6$	$30,6 \pm 6,6$	NS
Choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy	$29,1 \pm 4,8$	$31,0 \pm 7,1$	NS
Zaćma	$31,0 \pm 7,3$	$30,4 \pm 6,5$	NS
Osteoporoza	$31,1 \pm 7,1$	$30,5 \pm 6,6$	NS
Nietrzymanie moczu	$28,2 \pm 6,6$	$31,1 \pm 6,7$	$p = 0,16$

NS — różnice nieistotne statystycznie

Tabela 3. Charakterystyka badanych pensjonariuszy podzielonych na grupy na podstawie oceny poczucia własnej skuteczności**Table 3.** Characteristics of residents divided into groups based on the evaluation of self-efficacy

Zmienna	Grupa N n = 21 (20,2%)	Grupa P n = 18 (17,3%)	Grupa W n = 65 (62,5%)	p
Poczucie własnej skuteczności	20,2 ± 3,6	27,7 ± 1,5*	34,8 ± 3,6*†	p < 0,001
Wiek	78,0 ± 5,6	80,3 ± 7,6	78,6 ± 6,8	NS
Liczba lat nauki	7,7 ± 3,0	7,0 ± 2,7	7,8 ± 4,0	NS
Liczba regularnie stosowanych leków	5,8 ± 3,6	7,2 ± 3,3	5,7 ± 3,6	NS

*Różnice istotne statystycznie ($p \leq 0,05$) w grupie N; †różnice istotne statystycznie ($p \leq 0,05$) w grupie P; NS — różnice nieistotne statystycznie

Tabela 4. Sprawność funkcjonalna, aktywność ruchowa, równowaga i chód w grupach wyróżnionych na podstawie oceny poczucia własnej skuteczności**Table 4.** Functional skills, mobility, balance and walking abilities according to self-efficacy level

Element oceny	Grupa N	Grupa P	Grupa W	p
ADL (liczba punktów)	4,9 ± 1,3	5,5 ± 0,7*	5,5 ± 1,0*	p = 0,02
IADL (liczba punktów)	3,7 ± 2,8	4,3 ± 2,0	5,2 ± 2,7*	p = 0,03
Wydatek energetyczny [kcal/kg/d.]	33,1 ± 1,1	33,0 ± 1,2	34,1 ± 2,4*	p = 0,04
Wskaźnik Stanford umiarkowany	0,9 ± 1,2	0,9 ± 1,1	1,6 ± 1,4*†	p = 0,02
Tinetti (łącznie liczba punktów)	17,6 ± 7,4	17,4 ± 6,0	21,5 ± 7,0*†	p = 0,02
Tinetti równowaga (liczba punktów)	10,4 ± 4,6	10,3 ± 3,4	12,5 ± 3,9*†	p = 0,04
Tinetti chód (liczba punktów)	7,1 ± 3,4	7,1 ± 2,9	9,0 ± 3,4*†	p = 0,02
Siła mięśni dłoni [kg]:				
Lewa	19,3 ± 9,0	18,7 ± 7,1	23,1 ± 10,3	p = 0,1
Prawa	19,4 ± 9,7	21,6 ± 9,3	24,8 ± 9,7*	p = 0,05

*Różnice istotne statystycznie ($p \leq 0,05$) względem grupy N; †różnice istotne statystycznie ($p \leq 0,05$) względem grupy P; NS — różnice nieistotne statystycznie; ADL (activities of daily living) — skala funkcjonowania codziennego; IADL (instrumental activities of daily living) — skala instrumentalnego funkcjonowania codziennego

Poczucie własnej skuteczności a sprawność funkcjonalna, aktywność ruchowa, równowaga i chód

Wykazano istotnie statystycznie wyższy poziom sprawności funkcjonowania codziennego i instrumentalnego, wysiłku fizycznego, wydatku energetycznego, sprawności chodu i utrzymania równowagi, siły dłoni prawej u pensjonariuszy z grupy W o wysokim poziomie PWS, w stosunku do pensjonariuszy z grupy N o małym PWS (tab. 4).

Poczucie własnej skuteczności a stan odżywienia pensjonariuszy

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w ocenie stanu odżywienia pomiędzy poszczególnymi grupami (tab. 5).

Poczucie własnej skuteczności a stan umysłowy pensjonariuszy

Wykazano istotnie statystycznie niższy poziom zagrożenia depresją w grupie W ($3,7 \pm 3,2$), w porów-

naniu z grupą N ($7,7 \pm 4,0$). Nie stwierdzono różnic istotnie statystycznych w ocenie funkcji poznawczych (skala MMSE). Wyniki we wszystkich grupach (MMSE < 24 pkt) sugerują wystąpienie zaburzeń poznawczych lub otępienia w stopniu lekkim (tab. 6).

Poczucie własnej skuteczności a jakość życia

Wykazano istotnie statystyczną różnicę w stopniu satysfakcji życiowej pomiędzy poszczególnymi grupami. Pensjonariusze z grupy W mieli najwyższy poziom satysfakcji życiowej ($22,8 \pm 6,1$), mieszczący się w granicach wyników wysokich, grupa P wykazała przeciętny poziom satysfakcji życiowej ($18,8 \pm 5,5$), a grupa N — niski poziom ($17,5 \pm 6,9$) (tab. 7).

Korelacje zmiennych

Otrzymane zależności potwierdzono za pomocą współczynnika korelacji Pearsona. Stwierdzono istotną statystycznie korelację pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a liczbą punktów w skali ADL, IADL, Stanford umiarkowany, Tinetti, MMSE, GDS,

Tabela 5. Ocena stanu odżywienia w grupach wyróżnionych na podstawie oceny poczucia własnej skuteczności**Table 5.** The assessment of nutrition state according to self-efficacy level

Element oceny	Grupa N	Grupa P	Grupa W	p
BMI [kg/m ²]	27,9 ± 4,2	27,5 ± 5,0	26,8 ± 4,9	NS
Obwód łydki [cm]	33,9 ± 4,1	32,7 ± 4,1	33,6 ± 4,3	NS
Liczba punktów wg MNA	22,4 ± 4,3	22,5 ± 3,7	23,4 ± 3,5	NS
Zadawalający stan odżywienia wg MNA (%)	52,4	55,6	46,1	NS
WHR	0,9 ± 0,1	0,9 ± 0,0	0,9 ± 0,1	NS
Zawartość tkanki tłuszczowej (%)	33,4 ± 8,1	32,0 ± 8,5	30,8 ± 8,8	NS

NS — różnice nieistotne statystycznie; BMI (body mass index) — wskaźnik masy ciała; MNA — Mini Nutritional Assessment; WHR (waist to hip ratio) — wskaźnik talia-biodra

Tabela 6. Ocena stanu umysłowego w grupach wyróżnionych na podstawie oceny poczucia własnej skuteczności**Table 6.** The assessment of mental state according to self-efficacy level

Element oceny	Grupa N	Grupa P	Grupa W	p
MMSE (liczba punktów)	21,2 ± 4,8	23,0 ± 5,1	23,6 ± 4,7	NS
GDS (liczba punktów)	7,7 ± 4,0	5,4 ± 3,8	3,7 ± 3,2*	p < 0,001

*Różnice istotne statystycznie (p ≤ 0,05) w grupie N; NS — różnice nieistotne statystycznie; MMSE (Mini-Mental State Examination) — Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego; GDS (Geriatric Depression Scale) — Geriatryczna Skala Depresji

Tabela 7. Ocena jakości życia w grupach wyróżnionych na podstawie oceny poczucia własnej skuteczności**Table 7.** The assessment of the quality of life according to self-efficacy level

Element oceny	Grupa N	Grupa P	Grupa W	p
SWLS (liczba punktów)	17,5 ± 6,9	18,7 ± 5,5	22,8 ± 6,1*	p = 0,009

*Różnice istotne statystycznie (p ≤ 0,05) w grupie N; SWLS (Satisfaction with Life Scale) — Skala Satysfakcji z Życia

SWLS, wydatkiem energetycznym, siłą mięśni dłoni lewą i prawą. Wraz z wzrostem poczucia własnej skuteczności pensjonariusze wykazywali lepszą sprawność w zakresie podstawowych czynności życiowych i złożonych czynności życia codziennego, większą aktywność ruchową, lepszą sprawność w zakresie chodu i równowagi, wyższy wydatek energetyczny i większą siłę mięśni dłoni oraz niższy poziom symptomów depresji, lepszy stan funkcji poznawczych i wyższą satysfakcję życiową.

Nie wykazano istotnej korelacji poczucia własnej skuteczności ze wskaźnikami stanu odżywienia (tab. 8).

Dyskusja

W niniejszej pracy zastosowano wiele ankiet umożliwiających poznanie związku PWS i stanu zdrowia, sprawności oraz jakości życia osób w podeszłym wieku mieszkających w DPS.

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że średni poziom poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy wyniósł 30,63 i mieścił się w granicach wyso-

kich wyników. W badaniach normalizacyjnych przeprowadzonych przez Juczyńskiego w grupie 496 osób w wieku 30–55 lat średni wynik wyniósł 27,32. W badaniach realizowanych w różnych grupach klinicznych wykazano, że najwyższy poziom PWS stwierdza się u kobiet po mastektomii — 30,07 i osób chorych na cukrzycę — 28,34; najniższy rozpoznano u pacjentów dializowanych — 27,16, kobiet w ciąży z powikłaniami — 26,9, mężczyzn po zawale serca — 26,57 [14]. W badaniach porównawczych obejmujących 16 różnych kultur uzyskano średni wynik 29,46. Najniższe średnie zanotowano w Chinach, Hong Kongu, Japonii, najwyższe średnie — w Costa Rice i Rosji [27].

Podobnie wysoki poziom PWS stwierdzono w badaniach realizowanych przez Ogińską-Bulik i Kaflik-Pieróg [28] wśród 557 mężczyzn służb ratowniczych (poczucie własnej skuteczności wyniosło 30,32). Natomiast u uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, wykazujących zachowania sprzyjające zdrowiu, poczucie własnej skuteczności

Tabela 8. Związek poczucia własnej skuteczności ze składowymi oceny geriatrycznej przedstawiony za pomocą współczynnika korelacji

Table 8. Correlations coefficients between self-efficacy and different components of geriatric assessment

Element oceny geriatrycznej	Poczucie własnej skuteczności	
	Współczynnik korelacji r	Wartość p
ADL (liczba punktów)	0,30	p = 0,002
IADL (liczba punktów)	0,33	p = 0,006
Wydatek energetyczny [kcal/kg/d.]	0,32	p < 0,001
Wskaźnik Stanforda umiarkowany	0,33	p < 0,001
Tinetti (łącznie liczba punktów)	0,30	p = 0,002
Tinetti równowaga (liczba punktów)	0,28	p = 0,004
Tinetti chód (liczba punktów)	0,29	p = 0,003
Siła mięśni dłoni [kg]:		
lewa	0,24	p = 0,015
prawa	0,33	p < 0,001
BMI [kg/m ²]	-0,07	NS
Obwód łydki [cm]	-0,02	NS
Liczba punktów wg MNA	0,18	p = 0,065
WHR	-0,06	NS
Zawartość tkanki tłuszczowej (%)	-0,07	NS
MMSE (liczba punktów)	0,29	p = 0,002
GDS (liczba punktów)	-0,43	p < 0,001
SWLS (liczba punktów)	0,38	p < 0,001

ADL (*activities of daily living*) — skala funkcjonowania codziennego; IADL (*instrumental activities of daily living*) — skala instrumentalnego funkcjonowania codziennego; BMI (*body mass index*) — wskaźnik masy ciała; MNA — *Mini Nutritional Assessment*; WHR (*waist to hip ratio*) — wskaźnik talia-biodra; MMSE (*Mini-Mental State Examination*) — Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego; GDS (*Geriatric Depression Scale*) — Geriatryczna Skala Depresji; SWLS (*Satisfaction with Life Scale*) — Skala Satysfakcji z Życia

wynosiło 37,22. U tych, którzy przejawiali zachowania niekorzystne dla zdrowia, uzyskano niższy wynik — 32,31 [29].

Nie odnotowano wpływu wieku i płci na poziom PWS osób starszych. W badaniu Dolińskiej-Zygmunt [14], przeprowadzonym wśród 302 osób w wieku 18–55 lat, dotyczącym uwarunkowań zachowań promujących zdrowie, podobnie nie wykazano wpływu wieku na poziom PWS. Okazało się natomiast, że mężczyźni charakteryzują się wyższym poziomem PWS niż kobiety. Nie stwierdzono istotnych różnic w PWS między wynikiem badanych z rozpoznaną określoną chorobą a wynikiem osób bez tej choroby. Tylko w chorobie nadciśnieniowej stwierdzono większą samoskuteczność pensjonariuszy w stosunku do osób bez tego schorzenia. Może to się wiązać z faktem, że osoby z problemem nadciśnienia podejmują dodatkowe, łatwo dostępne w DPS działania, takie jak kontrola wartości ciśnienia tętniczego, zastosowanie dodatkowego leku obniżającego podwyższony poziom ciśnienia czy skorzystanie z konsultacji lekarskiej. W badanej grupie pensjonariuszy stwierdzono, że duża ich część (62,5%) wykazuje duże PWS. Średnie

PWS wynosiło w tej grupie 34,8. Dużą liczebność tej grupy i wysokie wartości PWS można tłumaczyć tym, że pobyt w DPS nie wymaga od mieszkańców realizacji trudnych zadań, pensjonariusze nie stawiają dużych oczekiwań wobec siebie. Wszystkie problemy dotyczące codziennego funkcjonowania rozwiązuje personel DPS, stąd u pensjonariuszy duże poczucie skuteczności w funkcjonowaniu w swoim środowisku. Inną przyczyną może być porównywanie swojej sprawności psychofizycznej do sytuacji dużej grupy pensjonariuszy niepełnosprawnych — wypada ono na ich korzyść. Być może, gdyby pensjonariusze zestawiali swoje działania z osobami mieszkających w środowisku domowym, którzy zmuszeni są do radzenia sobie z problemami codziennego życia, poziom PWS byłby niższy. Prawdopodobnym czynnikiem dużej liczebności tej grupy może być obniżony poziom funkcji umysłowych (wynik w skali MMSE — 26,6 pkt) i związany z tym obniżony krytycyzm [30]. Podobny związek poczucia własnej skuteczności ze stanem intelektualnym stwierdził Marcinek [31] w badaniach dotyczących funkcjonowania intelektualnego osób starszych. Wykazał on, że

wzrostowi sprawności intelektualnej towarzyszy spadek poczucia własnej skuteczności. Ponadto w wynikach badań Różyckiej [32] dowiedziono, że osoby, u których sprawność intelektualna jest obniżona i które nie wykazują dużej skuteczności działania, wysoko oceniają swoje możliwości. W takiej sytuacji PWS prawdopodobnie pełni funkcję obronną — maskuje niepowodzenia.

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a stanem funkcjonalnym i zadowoleniem z życia osób starszych. Pensjonariusze o wysokim poziomie PWS cechują się lepszą mobilnością, aktywnością w odniesieniu do podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego, podejmują większy wysiłek fizyczny, co skutkuje zwiększoną niezależnością od innych. Większa aktywność sprzyja zaspokojeniu potrzeb biopsychosocjalnych, daje poczucie satysfakcji. Osoby o małym PWS charakteryzują się obniżoną sprawnością i ograniczoną aktywnością, co może prowadzić do samotności, depresji, a nawet przedwczesnej śmierci [33, 34]. Jeżeli jednostka radzi sobie z różnymi czynnościami, poprawia się jej PWS, a to z kolei skłania do dalszej aktywności. Natomiast brak sukcesów w codziennym funkcjonowaniu wpływa na obniżenie PWS [8]. Wykazano, że pacjenci ze schorzeniami układu ruchu chętniej podejmowali regularne ćwiczenia fizyczne, gdy zostało wzmocnione ich PWS. Także terapia wzmacniająca PWS po zawale serca czy w chorobach płuc zwiększała udział pacjentów w ćwiczeniach fizycznych [16]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych na Tajwanie — ćwiczenie samoskuteczności u osób starszych prowadziło do zwiększenia czasu przeznaczonego na ćwiczenia fizyczne [35, 36]. W badaniach realizowanych w Japonii wśród starszych mieszkańców wsi wykazano, że mniejsza samoskuteczność wiąże się z gorszym funkcjonowaniem seniorów [37].

Wysokie PWS sprzyja także występowaniu lepszego samopoczucia i braku symptomów depresyjnych, natomiast u osób z niskim PWS stwierdza się objawy świadczące o umiarkowanej depresji. W badaniach Ogińskiej-Bulik [38, 39] policjanci wykazujący wysoki poziom PWS charakteryzowali się lepszym stanem zdrowia nie tylko w zakresie objawów somatycznych, ale także niepokoju i symptomów depresji, w porównaniu z policjantami o niskim PWS.

Stwierdzono brak istotnych różnic w zakresie funkcji poznawczych pomiędzy osobami z wysokim PWS a niskim. Może to być spowodowane tym, że badani pensjonariusze stanowią dosyć jednorodną grupę osób pod względem wykształcenia.

Nie zaobserwowano znamiennych zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a stanem odżywiania. Pewien wpływ na ten wynik ma z pewnością korzystanie ze zbiorowego, jednolitego odżywiania. Z wywiadu wiadomo, że tylko nieliczni pensjonariusze dokupują dodatkową żywność, często są to jednak słodczyce i napoje typu kawa czy herbata. Natomiast w badaniach Gotowskiej-Wyki [15], dotyczących psychologicznych wyznaczników zachowań związanych z jedzeniem u nastolatków z nadwagą, poczucie własnej skuteczności okazało się predykatorem ogólnych zachowań żywieniowych. Im mniejsze PWS posiadały dziewczęta, tym gorsze były ich zachowania związane z odżywianiem.

Wykazano, że osoby o wysokim PWS odczuwają istotnie większą satysfakcję życiową, a więc są bardziej zadowoleni z przeżytych lat i z obecnego życia [40, 41]. Jednym z czynników wpływających na nią jest umiejętność osiągania celów życiowych, a wysoki poziom PWS sprzyja skutecznej realizacji założonych celów [42, 43].

Reasumując, w niniejszych badaniach zaobserwowano, że PWS może odgrywać szczególną rolę u osób starszych: wzmacniać sprawność psychofizyczną, niezależność i zwiększać zadowolenie z życia. Ważne wydaje się tworzenie osobom w podeszłym wieku takiego otoczenia, w którym mieliby możliwość przezwyciężać swoje słabości i podejmować różnorodne działania, aby wzmacniać PWS skuteczności i podnosić jakość życia.

Wnioski

1. W badanej grupie pensjonariuszy większość przejawiała wysokie PWS.
2. Wiek, płeć, wykształcenie i współistniejące choroby, z wyjątkiem nadciśnienia tętniczego, nie wpływały w istotny sposób na PWS.
3. Wyższe PWS wiązało się z lepszą sprawnością funkcjonalną, sprawniejszym chodem i równowagą, lepszą aktywnością fizyczną i wydatkiem energetycznym, większą siłą mięśni dłoni, lepszym stanem umysłowym oraz większą satysfakcją z życia.

Streszczenie

Wstęp. Celem niniejszej pracy była ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS) oraz określenie jego związku ze zdrowiem, sprawnością i jakością życia.

Materiał i metody. Badaniem objęto 104 mieszkańców DPS w Kaliszu w wieku 65 lat i starszych. W badanej grupie oceniono poziom poczucia własnej skuteczności. Następnie w jego kontekście zbadano sprawność funkcjonalną, aktywność ruchową, chód i równowagę, wydatek energetyczny, siłę mięśni dłoni, stan odżywienia, stan umysłowy oraz jakość życia pensjonariuszy.

Wyniki. Średni poziom poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy wynosił $30,6 \pm 6,8$ i mieścił się w granicach wysokich wartości referencyjnych. Pensjonariusze z dużym poczuciem własnej skuteczności wykazywali wyższy poziom funkcjonowania codziennego i instrumentalnego, aktywności ruchowej, wydatku energetycznego, lepszą sprawność chodu i utrzymania równowagi, większą siłę prawej dłoni, niższy poziom zagrożenia depresją oraz wysoki poziom zadowolenia z życia. Nie wykazano istotnych różnic w ocenie stanu odżywienia i funkcji poznawczych pomiędzy osobami z małym, przeciętnym oraz dużym poczuciem własnej skuteczności.

Wnioski. Duże poczucie własnej skuteczności wiąże się z większą sprawnością psychofizyczną i jest wyznacznikiem lepszej jakości życia u osób starszych przebywających w Domu Pomocy Społecznej.

Gerontol. Pol. 2009; 17, 1: 23–31

słowa kluczowe: poczucie własnej skuteczności, jakość życia, osoby starsze, sprawność funkcjonalna

PIŚMIENNICTWO

- Kocemba J.: *Starzenie się człowieka*. W: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.). *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Via Medica, Gdańsk 2006; 6–12.
- Trafiałek E.: *Polska starość w dobie przemian*. Wydawca „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2003; 90–101.
- Pędzich W.: *Gerontologia i geriatrya*. W: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.). *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Via Medica, Gdańsk 2006; 2–5.
- Juczyński Z.: *Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych*. *Promocja zdrowia*. Nauki Społeczne i Medycyna 1998; 14: 54–63.
- Juczyński Z.: *Narzędzia w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001; 93–97, 134–139.
- Bandura A.: *Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavior change*. *Psychological Review* 1977; 84: 191–215.
- Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 107–121.
- Poprawa R.: *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 133–135.
- Schwarzer R.: *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia terapeutyczne i nowy model*. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997; 175–205.
- Bandura A.: *Teoria społecznego uczenia się*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 85–93.
- Ozer E., Bandura A.: *Mechanisms governing empowerment effects. A self-efficacy analysis*. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 53: 472–486.
- Franken R.E.: *Psychologia motywacji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005; 490–508.
- Łuszczynska A.: *Zmiana zachowań zdrowotnych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 29–62.
- Dolińska-Zygmunt G.: *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Wydawnictwo Psychologii PAN, Warszawa 2000.
- Gotowska-Wyka A.: *Psychologiczne wyznaczniki zachowań jedzeniowych u nastolatków z nadwagą*. W: Ogińska-Bulik N. (red.). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2004; 71–90.
- Schwarzer R., Fuchs R.: *Self-efficacy and health behaviors*. W: Conner M., Norman P. (red.). *Predicting Health Behaviors*. Open University Press, Buckingham 1996; 163–196.
- Lazarus R.S., Folkman S.: *Transactional Theory and Research on Emotions and Coping*. *European Journal of Personality* 1987; 1: 141–170.
- Schwarzer R., Taubert S.: *Radzenie sobie ze stresem: wymiary i procesy*. *Promocja Zdrowia*. Nauki Społeczne i Medycyna 1999; 17: 72–92.
- Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W.: *Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function*. *JAMA* 1963; 185: 914–919.
- Lawton M., Brody E.: *Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale: original observer-rated version*. *Psychopharmacol. Bull.* 1988; 24: 785–792.
- Blair S.N., Haskell W.L., Ho P. i wsp.: *Assessment of habitual physical activity by a seven-day recall in a community survey and controlled experiments*. *Am. J. Epidemiol.* 1985; 122: 794–804.
- Sallis J., Haskell W., Wood P.: *Physical activity assessment methodology in the Five-City Project*. *Am. J. Epidemiol.* 1985; 121: 91–106.
- Tinetti M.: *Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients*. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1988; 34: 119–126.
- Guigoz Y., Vellas B., Garry P.J.: *Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients*. *Facts and Research in Gerontology* 1994; 2: 15–59.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.: *“Mini-Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. *J. Psychiatr. Res.* 1975; 12: 189–198.
- Yesavage J.A., Brink T., Lom O.: *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. *J. Psychiatr. Res.* 1983; 17: 37–49.
- Schwarzer R., Scholz U.: *Cross-cultural assessment of coping resources: the general perceived self-efficacy scale*. *The Asian Congress of Health Psychology 2000: Health, psychology and Culture*. Tokyo, Japan, 2000; August 28–29.
- Ogińska-Bulik N., Kaflik-Pieróg M.: *Stres zawodowy w służbach ratowniczych*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2006; 81–180.
- Łuczak J.: *Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży*. W: Ogińska-Bulik N. (red.). *Psychologia zdro-*

- wia. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2004; 83–100.
30. Wojszel Z.B., Bień B., Przydatek M.: *Wielkie problemy geriatryczne: III. Zespoły otępienie*. Medycyna Rodzinna 2001; 14: 1–7.
 31. Marcinek P.: *Funkcjonowanie intelektualne i subiektywna jakość życia u osób w wieku emerytalnym*. Geront. Pol. 2008; 15: 76–81.
 32. Mądrzycki T.: *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*. Wydawnictwo UG, Gdańsk 2002.
 33. Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P.: *Czynniki warunkujące zmiany w stanie funkcjonalnym w wieku starszym na podstawie 12-letniej obserwacji*. Gerontol. Pol. 2002; 10: 23–29.
 34. Borowiak E., Kostka T.: *Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym*. W: *Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. (red.). Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008; 81–95.
 35. Lee L.L., Arthur A., Avis M.: *Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: a discussion paper*. Int. J. Nurs. Stud. 2008; 45: 1690–1699.
 36. Lee L.L., Arthur A., Avis M.: *The role of self-efficacy in older people's decisions to initiate and maintain regular walking as exercise — Findings from a qualitative study*. Prev. Med. 2007; 45: 62–65.
 37. Yokokawa Y., Kai I.: *Influence of self-efficacy for health promotion on functional decline of elderly living in a rural community in Japan*. Nippon Koshu Eisei Zasshi 2004; 51: 945–50.
 38. Ogińska-Bulik N.: *Stres zawodowy u policjantów. Źródła, konsekwencje, zapobieganie*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2003.
 39. Ogińska-Bulik N.: *Zasoby osobiste chroniący funkcjonariuszy policji przed negatywnymi skutkami stresu zawodowego*. W: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003; 90–106.
 40. Bień B.: *Satysfakcja życiowa ludzi starszych w świetle badań jakościowych*. Geront. Pol. 2002; 10: 144–148.
 41. Halicka M., Pędich W.: *Obiektywne i subiektywne korelaty satysfakcji życiowej w starości — obiektywne wyznaczniki jakości życia*. Geront. Pol. 1999; 7: 63–68.
 42. Okła W.: *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych w rodzinach własnych i w domach opieki społecznej*. W: *Steuden S., Marczuk M. (red.). Starzenie się a satysfakcja z życia*. Wydawnictwo KUL, Lublin 2007; 29–38.
 43. Diener E., Suh E., Lucas R.E., Smith H.L.: *Subjective Well-Being: three decades of progress*. Psychol. Bull. 1999; 125: 275–302.