

Katarzyna Lewtak, Joanna Smolińska

## UOGÓLNIONE POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI A ZACHOWANIA ANTYZDROWOTNE LEKARZY RODZINNYCH NA PRZYKŁADZIE PALENIA TYTONIU

### GENERALIZED SELF-EFFICACY IN RELATION TO ANTI-HEALTH BEHAVIOURS OF GENERAL PRACTITIONERS EXEMPLIFIED BY SMOKING

Zakład Komunikacji Społecznej i Marketingu  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

#### STRESZCZENIE

Celem pracy była ocena uogólnionego poczucia własnej skuteczności lekarzy rodzinnych, a także określenie jego związków z danymi społeczno-demograficznymi oraz podejmowaniem przez lekarzy zachowań ryzykownych dla zdrowia na przykładzie palenia tytoniu.

Badaniem objęto 500 lekarzy rodzinnych, w wieku 27-75 lat zamieszkujących na terenie Polski. W badanej grupie zmierzono poziom uogólnionego poczucia własnej skuteczności. Analizie poddano związek uogólnionego poczucia własnej skuteczności ze zmiennymi społeczno-demograficznymi oraz paleniem tytoniu.

Średni wynik uogólnionego poczucia własnej skuteczności lekarzy wynosił  $29,425 \pm 3,64$  i zawierał się w granicach wysokich wartości referencyjnych. Poczucie własnej skuteczności było wyższe u mężczyzn niż u kobiet (różnice statystycznie istotne). Nie wykazano istotnych różnic w poziomie poczucia własnej skuteczności związanych z wiekiem oraz stanem cywilnym. Istotnie statystycznie związki pomiędzy wynikiem testu uogólnionego poczucia własnej skuteczności a paleniem tytoniu dotyczyły jedynie lekarzy palących obecnie codziennie (wynik badania GSES wynosił w tej grupie  $29,34$ ;  $SD=3,60$  zaś w grupie niepalących wynik ten był istotnie wyższy i wynosił  $31,19$ ;  $SD=4,23$ ).

Wyniki pracy wskazują na pozytywne znaczenie zasobów psychologicznych człowieka, w tym poczucia własnej skuteczności na aktywność prozdrowotną. Należy zwrócić szczególną uwagę na wykorzystanie tych zasobów w planowaniu działań profilaktycznych dotyczących palenia tytoniu.

**Słowa kluczowe:** *uogólnione poczucie własnej skuteczności, lekarze rodzinni, zachowania zdrowotne, palenie tytoniu*

#### ABSTRACT

The purpose of the present work is to make an assessment of generalized self-efficacy of General Practitioners and to investigate its relationship with socio-demographic factors and undertaking risky behaviours taking smoking as an example.

The participants of the research encompassed 500 General Practitioners aged 27-75 living in Poland. The participants' level of generalized self-efficacy was measured first, then, the relationship between generalized self-efficacy, socio-demographic variables and GP's attitudes towards smoking was investigated.

The averaged level of GP's generalized self-efficacy was  $29,425 \pm 3,64$ , which is within high referential values. There have been statistically significant relationships between self-efficacy and sex of the participants (men achieved higher scores than women). There have been no significant differences found in the perception of self-efficacy in terms of age and marital status. Statistically significant relationships between generalized self-efficacy and smoking were found only with General Practitioners addicted to smoking and smoking every day (in this group, the GSES score was  $29,34$ ;  $SD=3,60$ , while in the non-smokers' group the score is significantly higher and is  $31,19$ ;  $SD=4,23$ ). When implementing protective actions related to smoking special attention needs to be devoted to the psychological resources stimulating pro-health activity, including generalized self-efficacy.

**Key words:** *generalized self-efficacy, General Practitioners, health behaviours, smoking*

## WSTĘP

Koncepcja własnej skuteczności została sformułowana w 1977 r. na Uniwersytecie Stanforda i dotyczy przekonania jednostki o możliwościach działania zgodnie z obranym celem, niezależnie od przeszkód pojawiających się na drodze do jego realizacji (1).

Poczucie własnej skuteczności pozwala przewidzieć intencje i działania w różnych obszarach ludzkiej aktywności, w tym również w zakresie zachowań zdrowotnych, w szczególności związanych z radzeniem sobie ze stresem, podejmowaniem regularnych ćwiczeń fizycznych, kontrolą masy ciała, zachowań związanych z żywieniem, zapobieganiem i porzucaniem palenia tytoniu oraz innych uzależnień (2-6,8).

Własna skuteczność jest czynnikiem determinującym zmianę zachowania - umożliwia właściwą ocenę sytuacji oraz poszukiwanie skutecznych sposobów radzenia sobie w obliczu napotykanym trudności i przeszkód (4,9).

Wraz ze wzrostem przekonania, że jest się w stanie rozwiązać określony problem wzrasta motywacja do podjęcia kroków zmierzających do jego rozwiązania (1,3). Poczucie własnej skuteczności oddziałuje na zachowanie również w sposób pośredni, poprzez wpływ na wybór celów (im silniejsze poczucie własnej skuteczności tym ambitniejsze cele) oraz na postrzegany rachunek zysków i strat (im silniejsze poczucie własnej skuteczności tym więcej spostrzeganych zysków a mniej strat wynikających z zachowania). Wykazano, że im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe cele stawiają sobie ludzie i tym silniejsze jest ich zaangażowanie w zamierzone zachowanie, nawet w obliczu piętrzących się porażek (1,2). Ponadto poczucie własnej skuteczności wpływa na intencję zmiany ryzykownych zachowań, na wysiłek podjęty dla osiągnięcia tego celu i na wytrwałość w dążeniu do niego, pomimo napotykanym przeszkód i niepowodzeń, które mogą osłabiać motywację (3,7).

Niskie poczucie własnej skuteczności wiąże się z lękiem, poczuciem bezradności, natomiast wysokie poczucie własnej skuteczności sprzyja podejmowaniu wyzwań, formułowaniu celów oraz osiągnięciu sukcesów w ich realizacji (1,9).

Osoby przekonane o własnej skuteczności wyróżnia wyższy poziom emocji pozytywnych. Osoby te częściej oceniają stresujące bodźce jako wyzwanie niż zagrożenie (7). Poczucie własnej skuteczności stało się szeroko stosowanym konstruktem teoretycznym w modelach nałogów i powrotu do nich (1,3).

Oczekiwania dotyczące własnej skuteczności reprezentują przekonanie, że nałogowe zachowanie może zostać zmienione za pomocą własnych zdolności do oparcia się pokusie lub do kontroli ilości przyjmowanej

substancji (np. palenie tytoniu) (8). Na całym świecie przeprowadzono szereg badań dotyczących zapobiegania i zmiany zachowań szkodliwych dla zdrowia m. in. palenia tytoniu. Udowodniono, że osoby o wysokim poczuciu własnej skuteczności rzadziej palą tytoń, wskazując tym samym na wiodącą rolę poczucia własnej skuteczności w podejmowaniu, utrzymaniu oraz zmianie zachowania w zakresie palenia tytoniu (6,8,10).

Ogólnie można stwierdzić, że postrzeganie własnej skuteczności jest wyznacznikiem zamiarów i działań podejmowanych w różnych obszarach zachowań zdrowotnych. Zarówno zamiar zaangażowania się w określone działania zdrowotne, jak i aktualne zachowanie są pozytywnie powiązane z przekonaniem dotyczącym własnej skuteczności. Poczucie własnej skuteczności pełni więc ważną rolę w podejmowaniu działań na rzecz poprawy i umacniania zdrowia (8,12).

W badaniach nad edukacją zdrowotną i profilaktyką zachowań ryzykownych dowiedziono, że najbardziej efektywne są programy profilaktyczne rozwijające umiejętność radzenia sobie oraz kształtujące poczucie własnej wartości oraz własnej skuteczności (10).

Podjęte badania miały odpowiedzieć na następujące pytania:

- jak kształtuje się poziom uogólnionego poczucia własnej skuteczności lekarzy rodzinnych?
- czy istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a zmiennymi społeczno - demograficznymi takimi jak: płeć, wiek, stan cywilny?
- czy istnieją różnice poziomu poczucia własnej skuteczności w zależności od nałogu palenia tytoniu w tej grupie zawodowej?

## MATERIAŁ I METODY

Wśród lekarzy rodzinnych praktykujących na terenie całego kraju przeprowadzono anonimowe badanie kwestionariuszowe. Udział w badaniu był dobrowolny. W badaniu wzięło udział 500 lekarzy rodzinnych, uczestników kursu „Wprowadzenie do specjalizacji w medycynie rodzinnej” (CMKP). Badana grupa lekarzy była wewnątrznie zróżnicowana pod względem płci, wieku oraz stanu cywilnego. Charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela I.

W badaniu wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji zawierający pytania dotyczące zmiennych społeczno-demograficznych (płeć, wiek, stan cywilny). Lekarzom zadano także pytanie: *Czy palisz papierosy lub inne wyroby tytoniowe ?* oraz poproszono o zaznaczenie jednej z podanych poniżej odpowiedzi: *tak – nałogowo, codziennie; tak, okazjonalnie; nie, ale palilem codziennie; nie, ale palilem od czasu do czasu; nie, nigdy nie palilem.*

Do oceny uogólnionego poczucia własnej skuteczności posłużono się Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES (5).

Skala GSES jest narzędziem badawczym składającym się z 10 pytań, przeznaczonym do badania ogólnego przekonania jednostki o skuteczności w radzeniu sobie z pojawiającymi się trudnościami i przeszkodami. Test przeznaczony jest do badania osób dorosłych. Zadaniem badanych jest ustosunkowanie się do podanych twierdzeń na czteropunktowej skali (od „nie”- oceniane jako 1 punkt do „tak”- 4 punkty).

Suma uzyskanych punktów (10-40) określa ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który następnie przekształcany jest na jednostki standaryzowane – steny.

Interpretując wynik testu GSES badanych można podzielić na 3 grupy – osoby o wysokim, przeciętnym i niskim poczuciu własnej skuteczności. Wysokie poczucie własnej skuteczności mają osoby osiągające wynik 30 punktów i wyższy, co odpowiada obszarowi 7-10 stena; przeciętne - w granicach 25-29 punktów, co odpowiada obszarowi 5-6 stena; zaś niskie – 24 punkty i niższy (obszar 1-4 stena). Do analizy statystycznej zakwalifikowano 475 kompletnie wypełnionych kwestionariuszy badania. Analizę wyników badania przeprowadzono przy użyciu standardowych metod statystycznych, z wykorzystaniem programu SPSS for Windows 12.0 .

## WYNIKI

**Uogólnione poczucie własnej skuteczności lekarzy.** Średnia wartość wyniku testu GSES wynosiła w badanej grupie 29,425, przy odchyleniu standardowym (SD) równym 3,643. W badanej próbie najmniejszą wartością tej zmiennej był wynik 17, a największą - 40. Skośność zmiennej była ujemna (równa -0,114), a kurtoza równa 0,573. Test Kołmogorowa-Smirnowa (K-S) wykazał, że kształt otrzymanego rozkładu istotnie odbiega od kształtu rozkładu normalnego.  $Z = 2,05$ ;  $p < 0,001$ . W wyniku analizy Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) okazało się, że 48,6% badanych lekarzy prezentowało wysoki poziom poczucia własnej skuteczności, poziom przeciętny osiągnęło 38,8% ankietowanych, a niski poziom jedynie 7,6% lekarzy.

**Uogólnione poczucie własnej skuteczności a zmienne społeczno-demograficzne.** Mężczyźni cechowali się

Tabela I. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy

Table I. Socio-demographic profile of the researched sample

Dane demograficzne	Lekarze rodzinni	
	n	%
<b>Ogółem</b>	500	100
<b>Płeć</b>		
Mężczyźni	166	33.2
Kobiety	334	66.8
<b>Wiek</b>		
20-29 lat	92	18.4
30-39 lat	297	59.4
40-49 lat	55	11.0
50-59 lat	43	8.6
60 lat i więcej	9	1.8
Brak danych	4	0.8
<b>Stan cywilny</b>		
Panna/kawaler	128	25.6
Żonaty/zamężna	333	66.6
Rozwiedziony/w separacji	29	5.8
Wdowiec/wdowa	6	1.2
Brak danych	4	0.8

wyższym wskaźnikiem poczucia własnej skuteczności w porównaniu z kobietami. Dla kobiet wyniósł on 28,95 (SD=3,62), zaś dla mężczyzn – 30,38 (SD=3,50). Otrzymane wyniki prezentuje tabela II. Wykonano test niezależności  $\chi^2$  Pearsona pomiędzy zmienną *Płeć* a zmienną *Interpretacja wyniku GSES*. Uzyskano wartość statystyki  $\chi^2(2)$  równą 16,2;  $p = 0,000$ ;  $p < 0,001$ . Istnieje związek między badanymi zmiennymi; siła tego związku wyrażona współczynnikiem kontyngencji C Pearsona wynosi 0,18; a moc wyrażona współczynnikiem V Cramera wynosi 0,18 (tab. III). Średni wiek lekarzy (w latach) wyniósł 35,74, przy odchyleniu standardowym (SD) równym 8,30. W badanej próbie najmniejszą wartością tej zmiennej było 27, a największą 75. Badanych następnie podzielono na grupy wiekowe (tab. I.) Wykonano test niezależności  $\chi^2$  Pearsona między zmienną *Interpretacja wyniku GSES* a *Wiek (grupa wiekowa)* i uzyskano wartość statystyki  $\chi^2(8)$  równą 11,3;  $p = 0,183$ ;  $p > 0,05$ . Wynik okazał się nieistotny statystycznie (tab. IV). Wykonano także korelację  $r$  Pearsona badającą istnienie związku między

Tabela II. Wyniki testu t-studenta porównania grupy *kobiety* z grupą *mężczyźni* utworzonych ze zmiennej niezależnej *pleć*, policzone w całej próbie. Pogrubiono wyniki istotne statystycznie

Table II. T-test student scores comparing the group of women and the group of men made from the dependent variable sex measured in the entire sample. Statistically significant scores in bold.

Zmienna	Mężczyźni		Kobiety		Istotność testu Levene'a	wariancje w obu grupach	statystyka t	df	Istotność testu t (2stronna)
	Średnia	SD	Średnia	SD					
Wynik testu GSES	30,38	3,50	28,95	3,62	0,592	równe	4,10	473	0,000

Tabela III. Uogólnione poczucie własnej skuteczności w zależności od płci oraz stanu cywilnego w badanej grupie

Table III. Generalized self-efficacy level in reference to sex and marital status

Płeć	Poczucie własnej skuteczności				
	Niskie	Przeciętne	Wysokie	suma	
Mężczyźni	częstość	7	50	101	158
	procent	18,42%	25,77%	41,56%	33,26%
Kobiety	częstość	31	144	142	317
	procent	81,58%	74,23%	58,44%	66,74%
Stan cywilny					
Panna /kawaler	częstość	13	58	48	119
	procent	34,21%	30,05%	19,92%	25,21%
Żonaty/zamężna	częstość	22	120	176	318
	procent	57,89%	62,18%	73,03%	67,37%
Rozwiedziony rozwiedziona	częstość	3	12	14	29
	procent	7,89%	6,22%	5,81%	6,14%
Wdowiec/ wdowa	częstość	0	3	3	6
	procent	0,00%	1,55%	1,24%	1,27%

wiekem (w latach) a uogólnionym poczuciem własnej skuteczności. Nie uzyskano wyniku istotnego statystycznie (na poziomie istotności 0,05). Współczynnik korelacji  $r(470) = -0,02$ .  $p > 0,01$ . Zbadano również związek stanu cywilnego respondentów z wynikiem

testu GSES (test niezależności  $\chi^2$  Pearsona). Uzyskano wartość statystyki  $\chi^2(6)$  równą 9,0;  $p = 0,176$ ;  $p > 0,05$ . Test ten również nie dał wyniku istotnego statystycznie. (tab. III).

**Uogólnione poczucie własnej skuteczności lekarzy rodzinnych a palenie tytoniu.** Ze względu na rozpowszechnienie nałogu palenia tytoniu w badanej grupie, lekarzy zakwalifikowano do jednej z poniżej przedstawionych grup:

- lekarze palący obecnie nałogowo codziennie - 4.4% respondentów,
- lekarze palący obecnie okazjonalnie – 4%
- lekarze palący w przeszłości codziennie - 6.6%
- lekarze palący w przeszłości okazjonalnie – 10.8%.
- lekarze nigdy nie palący - 74.2%.

Analizie poddano związki pomiędzy zaangażowaniem w nałóg palenia tytoniu a uogólnionym poczuciem własnej skuteczności lekarzy. Porównania dokonano używając testu U Manna-Whitneya. Wyniki testów U Manna-Whitneya policzone zostały w całej próbie. Zmienną niezależną (grupującą) było *Czy pali(l)* (obecnie nałogowo codziennie, obecnie okazjonalnie, w przeszłości codziennie, w przeszłości okazjonalnie, nigdy nie palił) mierzona na dwóch poziomach: *Nie pali(l)* i *Pali(l)*. Hipotezą zerową było założenie, że mediana zmiennej zależnej w obu grupach jest taka sama. Wszystkie testy wykonano na poziomie istotności 5,0%. (tab. V)

Tabela IV. Uogólnione poczucie własnej skuteczności w zależności od wieku w badanej grupie

Table IV. Generalized self-efficacy level in reference to age

Poczucie własnej skuteczności		Wiek badanych osób w latach					ogółem
		<29	30-39	40-49	50-59	>60	
Niskie	częstość	5	24	4	3	1	37
	procent	5,68%	8,57%	7,41%	7,50%	11,11%	7,86%
Przeciętne	częstość	39	112	15	23	2	191
	procent	44,32%	40,00%	27,78%	57,50%	22,22%	40,55%
Wysokie	częstość	44	144	35	14	6	243
	procent	50,00%	51,43%	64,81%	35,00%	66,67%	51,59%

Tabela V. Palenie tytoniu przez lekarzy a wynik testu GSES

Table V. General Practitioners' smoking in relation to GSES test score

Palenie tytoniu przez lekarzy		Liczebność grupy	Wynik testu GSES (SD)	Średnia ranga	Mann-Whitney U	Istotność (2 stronna)
Lekarze palący obecnie codziennie	tak	21	29,34 (3,60)	234,9	3350	<b>0,021*</b>
	nie	454	31,19 (4,23)	305,3		
Lekarze palący obecnie okazjonalnie	tak	19	29,16 (3,45)	228,5	4150	0,758
	nie	456	29,44 (3,65)	238,4		
Lekarze palący w przeszłości codziennie	tak	33	29,35 (3,65)	234,7	5850	0,057
	nie	442	30,48 (3,40)	281,6		
Lekarze palący w przeszłości okazjonalnie	tak	49	29,48 (3,63)	239,8	9680	0,404
	nie	426	28,98 (3,79)	222,6		
Lekarze nigdy nie palący		353	29,30 (3,59)	232,6	1962	0,141
Lekarze, którzy palili lub palą obecnie		122	29,80 (3,78)	253,7		

\* wynik istotny statystycznie

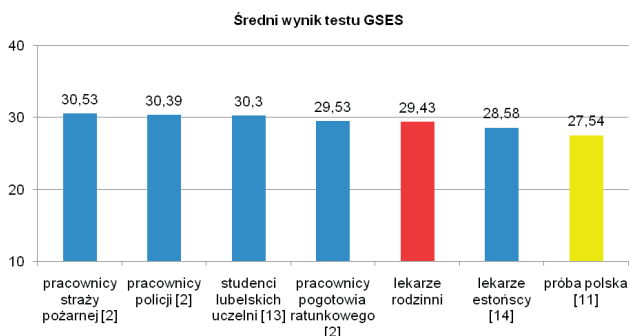


Badane grupy istotnie się różniły między sobą poziomem zmiennej *Wynik testu GSES* jedynie w grupie lekarzy, którzy palą codziennie nałogowo. W tej grupie jej średnia ranga wynosiła 234,9 a w grupie niepalących codziennie nałogowo jej średnia ranga była istotnie większa, równa 305,3;  $U = 3350$ ;  $p=0,021$ ;  $p < 0,05$ . W pozostałych grupach nie stwierdzono podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o braku różnic median w grupach *Nie pali(t)* i *Pali(t)* dla zmiennej *Wynik testu GSES*. Wyniki okazały się nieistotne statystycznie.

## DYSKUSJA

W badaniach porównawczych uogólnionego poczucia własnej skuteczności obejmujących mieszkańców 25 różnych krajów, przeprowadzonych na próbie 19.120 badanych uzyskano średni wynik 29,55, przy odchyleniu standardowym równym 5,32. Stwierdzono statystycznie znaczące zróżnicowanie wyników w zależności od języka ojczystego badanych. Najniższe średnie zanotowano w Japonii i Hong Kongu (odpowiednio 20,22;  $SD=6,19$  oraz 23,05;  $SD=5,05$ ) a najwyższe średnie — w Costa Rice i Danii (33,19;  $SD=4,43$  oraz 32,87;  $SD=3,96$ ). Próbką polską (697 osób) osiągnęła średni wynik 27,54 ( $SD=5,11$ ) (11). W badanej przez nas grupie lekarzy rodzinnych średnia wartość zmiennej *wynik testu GSES* wynosiła 29,425, przy odchyleniu standardowym równym 3,643. Lekarze rodzinni osiągnęli wyższy od średniej dla populacji Polski wynik testu uogólnionego poczucia własnej skuteczności.

Wynik badania GSES polskich lekarzy rodzinnych porównano z wynikami badań uogólnionego poczucia własnej skuteczności w innych grupach zawodowych, przeprowadzonych w Polsce oraz na świecie (2,11,13,14). Porównanie to ilustruje rycina 1. Badani lekarze wykazują zbliżony poziom poczucia własnej skuteczności (mierzonego testem GSES) do przedstawicieli innych zawodów (strażaków, policjantów, pracowników pogotowia ratunkowego), lekarzy estońskich oraz studentów.



Ryc. 1. Porównanie średniego wyniku testu GSES w różnych grupach zawodowych

Fig. 1. The comparison of average GSES test score in different professional groups

Wysokie poczucie własnej skuteczności badanych lekarzy świadczy o posiadaniu przez tę grupę zawodową zasobów osobistych niezbędnych, by sprostać stawianym wymaganiom, zagrożeniom zdrowotnym oraz by poradzić sobie w trudnych sytuacjach. Przekonania o własnej skuteczności wpływają na ocenę posiadanych zasobów w trudnych, często stresujących sytuacjach oraz na wybór intencji działania. Im silniejsze jest poczucie własnej skuteczności, tym bardziej wzrasta zaangażowanie i tym ambitniejsze cele stawia sobie człowiek.

Przekonanie o własnej skuteczności zmniejsza także poczucie stresogenności pracy oraz pełni rolę bufora w zapobieganiu negatywnym konsekwencjom stresu zawodowego, w tym wystąpieniu syndromu wypalenia zawodowego. Świadczą o tym badania przeprowadzone w grupach zawodowych strażaków oraz policjantów oraz lekarzy estońskich (2,14).

W naszym badaniu wykazano istotną statystycznie różnicę wyniku testu GSES – uogólnionego poczucia własnej skuteczności związanej z płcią badanych lekarzy. W grupie mężczyzn jej wartość wynosiła 30,38 a w grupie kobiet wartość ta była istotnie niższa, równa 28,95;  $t(473) = 4,1$ ;  $p = 0,000$ .

Natomiast nie odnotowano wpływu wieku oraz stanu cywilnego na poziom poczucia własnej skuteczności lekarzy.

W badaniu G. Dolińskiej-Zygmunt przeprowadzonym wśród 302 osób w wieku 18–55 lat, dotyczącym uwarunkowań zachowań promujących zdrowie również nie wykazano wpływu wieku na poczucie własnej skuteczności. Wykazano natomiast związek własnej skuteczności z płcią badanych. Podobnie jak w przypadku lekarzy rodzinnych mężczyźni charakteryzowali się wyższym poczuciem własnej skuteczności niż kobiety (4). Znalazło to także potwierdzenie w badaniach GSES przeprowadzonych w Estonii (mężczyźni osiągnęli średni wynik 28,2, kobiety – 26,5;  $F[1.668]=18.6$ ;  $p<0.001$ ) (14).

Różnice w poziomie poczucia własnej skuteczności kobiet i mężczyzn wynikają najprawdopodobniej z podziału ról społecznych – na kobiece i męskie oraz kształtowania u dziewcząt i chłopców w toku socjalizacji odmiennych wzorców emocjonalnych. (5,14)

Poczucie własnej skuteczności stało się szeroko stosowanym konstruktem teoretycznym w modelach nałogów i powrotu do nich (8). Oczekiwania dotyczące własnej skuteczności odgrywają ważną rolę w podejmowaniu zachowań zdrowotnych, w zmianie szkodliwych nawyków i w trwałości tej zmiany (7,8).

Wyniki dotyczące rozpowszechnienia palenia wśród lekarzy rodzinnych wskazują na niski stopień zaangażowania w nałóg palenia tytoniu. Zestawiono je i porównano z danymi z badań krajowych i międzynarodowych (na podstawie dostępnego piśmiennictwa) do-

Tabela VI. Status palenia wśród lekarzy oraz w populacji polskiej (GATS)  
Table VI. Smoking status among physicians and Polish population (GATS).

Palenie tytoniu	lekarze									GATS (27)
	lekarze rodzinni	Konsylium 24.pl (19)	lekarze pulmonolodzy (20)	Grecja (21)	Brazylia (22)	Holandia (23)	Turcja (24)	Indie (25)	Armenia (26)	
Palący obecnie	<b>8.4%</b>	16%	11.2%	38.6%	7.2%	8.2%	24%	10.8%	34%	30.3%
Palący w przeszłości	<b>17.4%</b>	28%	25.5%	13.8%	22.7%	29.7%	29%	26.1%	10.5%	21.7%
Nigdy nie palący	<b>74.2%</b>	55%	63.5%	47.6%	70.1%	62%	46%	63.1%	55.5%	48%

tyczących palenia tytoniu w grupie zawodowej lekarzy oraz wynikami badania GATS dorosłej populacji Polski (19-27). Porównanie statusu palenia tytoniu wśród lekarzy oraz w populacji polskiej ilustruje tabela VI.

W przeprowadzonym przez nas badaniu wykazano również zróżnicowany poziom poczucia własnej skuteczności w zależności od zaangażowania w nałóg palenia tytoniu. Wyniki badania wskazują na istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a nałogowym paleniem tytoniu. Lekarze palący tytoń nałogowo codziennie charakteryzują się niższym poczuciem własnej skuteczności (29,34; SD=3,6) niż lekarze niepalący nałogowo (31,19; SD=4,23),  $p=0.021$ . Wysokie poczucie własnej skuteczności okazuje się być czynnikiem chroniącym przed podejmowaniem zachowania antyzdrowotnego, jakim jest palenie tytoniu. Pozostałe testy dotyczące związków palenia okazjonalnego, palenia w przeszłości oraz abstynencji nikotynowej z poziomem poczucia własnej skuteczności nie wykazały istotnych statystycznie zależności. Uzyskane wyniki są w dużym stopniu zbliżone z danymi z innych badań oraz oczekiwaniami teoretycznymi.

W ramach programu zapobiegania paleniu wśród młodzieży holenderskiej przeprowadzono szereg studiów nad wpływem poczucia własnej skuteczności na zamiar niepalenia i rzeczywiste niepalenie. W badaniach przekrojowych 64% wariacji intencji i rzeczywistego zachowania wyjaśniała siła poczucia własnej skuteczności ( $r=0,66$  dla intencji,  $r=0,71$  dla relacjonowanych zachowań) (17). W badaniu studentów amerykańskich wykazano, że poczucie własnej skuteczności jest ważnym predyktorem częstotliwości palenia tytoniu oraz liczby wypalanych papierosów. Studenci o niskim poziomie własnej skuteczności palili tytoń częściej niż ich koledzy o wyższej samoskuteczności oraz palili większą liczbę papierosów. Udowodniono także rolę samoskuteczności w procesie inicjacji oraz porzuceniu nałogu palenia tytoniu. Wysokie poczucie samoskuteczności wiązało się z wysoką motywacją do porzucenia nałogu oraz brakiem inicjacji palenia (15). Również A. Andruszkiewicz i wsp. badając 221 osób uzależnionych od palenia tytoniu, zaobserwowali istotny statystycznie pozytywny związek między poczuciem własnej skuteczności a wysoką motywacją do zaprzestania palenia (16). W badaniu nad zmianą

szkodliwych zachowań w odniesieniu do porzucania palenia liczba wypalanych papierosów ( $r=-0,62$ ), ilość tytoniu na jedno palenie ( $r=-0,43$ ) i zawartość nikotyny ( $r=-0,30$ ) były odwrotnie skorelowane z poczuciem własnej skuteczności w próbie badanych poddanych terapii antynikotynowej (18).

Dane zawarte w dostępnym piśmiennictwie oraz wyniki otrzymane w naszym badaniu świadczą, że wyższy poziom poczucia własnej skuteczności warunkuje podejmowanie zachowań prozdrowotnych, w tym również zaprzestania palenia tytoniu (8).

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Podsumowując wyniki przeprowadzonego badania można stwierdzić, że uogólnione poczucie własnej skuteczności należy traktować jako czynnik warunkujący podejmowanie zachowań prozdrowotnych. Im silniejsze poczucie własnej skuteczności i związane z nim oczekiwania, tym większe jest przekonanie o możliwości osiągnięcia dobrych wyników, trwałych skutków oraz konsekwentnego dążenia do wyznaczonego celu, pomimo napotykaných przeszkód.

Zebrane w prezentowanym badaniu dane mogą posłużyć celom badawczym, opisując zasoby osobiste sprzyjające zdrowiu lekarzy, ale mogą mieć także praktyczne implikacje dla procesu szkolenia tej grupy zawodowej. Należy zwrócić uwagę na możliwość kształtowania u lekarzy przekonania o własnych możliwościach radzenia sobie, odzwierciedlane w wysokim poziomie własnej skuteczności.

W działaniach profilaktycznych związanych ze zdrowiem lekarzy należy zwrócić szczególną uwagę na zasoby psychologiczne motywujące do podejmowania aktywności prozdrowotnej – w tym na uogólnione poczucie własnej skuteczności.

## PIŚMIENNICTWO

- Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Warszawa: Wyd. Diffin; 2008:148-152
- Ogińska-Bulik N, Kaflik-Pieróg M. Stres zawodowy w służbach ratowniczych. Łódź: Wyd. WSHE; 2007:89-92

3. Łuszczynska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004; 30-35
4. Dolińska-Zygmunt G. Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie. Wydawnictwo Psychologii PAN, Warszawa 2000.
5. Juczyński Z. Narzędzia w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001; 93-97, 134-139.
6. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1998; 14: 54-63.
7. Bandura A. Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavior change. Psychological Review 1977; 84: 191-215
8. 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.
9. Maddux, J.E., Lewis J. Self-efficacy and adjustment. Basic principles and issues. W: Maddux, J.E. (red.) Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application. New York: Plenum Press, 1995:37-68
10. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Development Support and Smoking Prevention Programme among School Children. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N.(red) Health Promotion. A Psychological Perspective. Łódź University Press, 1996:87-95
11. Scholz U, Gutiérrez-Dona B, Sud, S, & Schwarzer, R. Is perceived self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. European Journal of Psychological Assessment, 2002 18, 242 - 251.
12. O'Leary, A. Self-efficacy and health. Behavioural Research and Theory, 1985, 23(4), 437-451.
13. Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. The Journal of Psychology, 139(5), 439-457.
14. Rimm H, & Jerusalem, M. Adaptation and validation of an Estonian version of the General Self-Efficacy Scale (ESES). Anxiety, Stress, and Coping, 1999 12:329-345.
15. Von Ah D., Ebert S., Ngamvitroj A., Park N., Kang D.H; Factors Related to Cigarette Smoking Initiation and Use among College Students. Tobacco Induced Diseases 2005;3 (1): 27-40
16. Andruszkiewicz A, Basińska M, Kubica A.; Czynniki wpływające na poziom motywacji do zaprzestania palenia tytoniu w grupie osób uzależnionych od nikotyny. Folia Cardiologica Excerpta, 2010, 5, (2): 49-53.
17. De Vries, H, Dijkstra, M, & Kuhlman, P. Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. Health Education Research, 1988; 3, 273-282.
18. Godding, P. R., & Glasgow, R. E. Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status. Cognitive Therapy and Research 1985; 9: 583-590.
19. <http://informacje.netpr.pl/pr/120146/lekarze-rzucaja-palenie-31-maja-obchodzony-jest-dzien-bez-papierosa>
20. Czajkowska-Malinowska M, Ciesielska A, Kruza K, Jesionka P. The prevalence of tobacco smoking and attitudes of Polish pulmonologists towards smoking. Pneumonol Alergol Pol 2008; 76(3):148-54.
21. A. Sotiropoulos, A. Gikas, E. Spanou, D. i in. Smoking habits and associated factors among Greek physicians. Public Health (2007) 121, 333-340
22. Viegas CA, de Andrade AP, Silvestre Rda S. Characteristics of smoking among physicians in the Federal District of Brazil. J Bras Pneumol 2007;33(1):76-80.
23. Kotz D, Wagena EJ, Wesseling GJ. Smoking cessation practices of Dutch general practitioners, cardiologists, and lung physicians. Respiratory Medicine 2007; 101:568-573
24. Uysal MA, Dilmen N, Karasulu L, Demir T. Smoking habits among physicians in Istanbul and their attitudes regarding anti-smoking legislation. Tuberk Toraks 2007;55(4):350-5.
25. Thankappan KR, Pradeepkumar AS, Nichter M. Doctors' behaviour & skills for tobacco cessation in Kerala. Indian J Med Res 2009 Mar;129(3):249-55.
26. Paul C Perrin, Ray M Merrill, Gordon B Lindsay. Patterns of smoking behavior among physicians in Yerevan, Armenia. BMC Public Health 2006, 6:139
27. [http://www.cdc.gov/tobacco/global/gats/countries/eur/fact\\_sheets/poland/2009\\_2010/pdfs/poland\\_2009\\_2010.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/global/gats/countries/eur/fact_sheets/poland/2009_2010/pdfs/poland_2009_2010.pdf)

Otrzymano: 29.09.2010

Zaakceptowano do druku: 28.10.2010

#### Adres do korespondencji:

Lek. stom. Katarzyna Lewtak

Mgr Joanna Smolińska

Zakład Komunikacji Społecznej i Marketingu

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy

Zakład Higieny

Ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: [klewtak@pzh.gov.pl](mailto:klewtak@pzh.gov.pl); [jmolinska@pzh.gov.pl](mailto:jsmolinska@pzh.gov.pl)