

*Lucyna Gromulska, Maria Piotrowicz, Dorota Cianciara*

## WŁASNA SKUTECZNOŚĆ W MODELACH ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH ORAZ W EDUKACJI ZDROWOTNEJ

### SELF-EFFICACY IN HEALTH BEHAVIOUR MODELS FOR HEALTH EDUCATION

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

#### STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono zarys teorii własnej skuteczności (samoskuteczności), opis jej pomiaru oraz znaczenia samoskuteczności w modelach zmiany zachowań zdrowotnych. Zachowania zdrowotne stanowią tzw. bliskie uwarunkowania zdrowia, czyli wywierają bezpośredni wpływ na stan zdrowia i jakość życia jednostek oraz całych populacji. Proces zmiany zachowań na prozdrowotne jest wieloetapowy i uwarunkowany wieloma czynnikami. Czynnik skuteczności własnej skuteczności powinien być uwzględniony w planowaniu, wdrażaniu i ocenie strategii edukacji zdrowotnej. Działania edukacji zdrowotnej uwzględniające kształtowanie samoskuteczności przyniosą lepsze rezultaty, ponieważ adresaci tych działań, będą przekonani, że są w stanie skutecznie zmienić swoje zachowanie. Należałoby zadbać, aby edukacja zdrowotna stała się integralną częścią całego systemu zdrowotnego: opieki medycznej, rehabilitacji, profilaktyki oraz promocji zdrowia.

**Słowa kluczowe:** *zachowania zdrowotne, własna skuteczność, samoskuteczność, skala samoskuteczności, edukacja zdrowotna*

#### ABSTRACT

This article presents the overview of self-efficacy theory, description of self-efficacy measurement scale and meaning of self-efficacy in health behaviour change models. Health behaviours' impact on health and quality of life of individuals and populations is direct. Shifting health behaviour into pro-health direction is multi-conditioned process and composes of complexity of phenomena involved. Health education strategies which include self-efficacy will be more effective when people will be convinced about their ability to change their own health behaviours. Self-efficacy ought to be included in planning, implementation and evaluation of health education strategies, so their outcomes are much improved. In pursuit of health behaviour change, health education should be integrated into the health system: health care, rehabilitation, prevention and health promotion.

**Key words:** *health behaviours, self-efficacy, self-efficacy scale, health education*

#### WSTĘP

Zdrowie uwarunkowane jest wieloma czynnikami, a mianowicie: osobniczymi, czyli związanymi z zachowaniami zdrowotnymi i stylem życia; społecznymi, socjoekonomicznymi oraz kulturowymi (1). Zachowania zdrowotne należą to tzw. bliskich uwarunkowań zdrowia, a więc wywierają bezpośredni wpływ na stan zdrowia. Zachowania zdrowotne to zachowania podejmowane ze względów zdrowotnych, lub takie, które mają udowodniony wpływ na zdrowie (2). Inna definicja zachowań zdrowotnych, podkreśla ich wymiar społeczny i opisuje je jako „zachowania, które sprzyjają zdrowiu własnemu i/lub zdrowiu innych, podejmowane przez jednostki lub grupy osób” (3). Zachowania związane ze zdrowiem można podzielić na zachowania

sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywnie wpływające na zdrowie, służące jego poprawie i utrzymaniu) oraz zachowania ryzykowne dla zdrowia (antyzdrowotne, negatywne, zwane także autodestrukcyjnymi). Zachowania prozdrowotne to np. racjonalne żywienie, higiena osobista, odpowiednia aktywność fizyczna, dbanie o bezpieczeństwo, skuteczne odmawianie zachowań ryzykownych lub porzucanie ich. Do zachowań anty Zdrowotnych zalicza się palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i stosowanie innych substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania np. seksualne, ale także zaniedbywanie zachowań prozdrowotnych. Zachowania zdrowotne kształtują się od wczesnego dzieciństwa, w procesie socjalizacji, pod wpływem różnych czynników materialnych, społecznych i psychologicznych (4). Pojęcie zachowań zdrowotnych ma względny charakter

– należy je rozpatrywać w kontekście indywidualnym (np. wiek, stan zdrowia), społecznym (np. zawód, miejsce zamieszkania) i sytuacyjnym (np. konflikty zbrojne, katastrofy).

Liczne dowody wskazują, że zmiana zachowań na prozdrowotne wywołana profesjonalną edukacją zdrowotną, zarówno wśród osób zdrowych, jak i chorych, przyczynia się do polepszania stanu zdrowia populacji oraz poprawy jakości życia. Jest to korzystne z punktu widzenia poszczególnych osób, ale też systemu zdrowotnego. Dążąc do zmiany zachowań należałoby zadbać, aby edukacja zdrowotna stała się integralną częścią całego systemu zdrowotnego: opieki medycznej, rehabilitacji, profilaktyki oraz promocji zdrowia.

Rolą edukacji zdrowotnej jest motywowanie ludzi do podejmowania zachowań prozdrowotnych. Proces zmiany zachowania przebiega w kilku etapach: wyznaczenie celu (intencja); motywowanie; podjęcie zachowania i wytrwałość w dążeniu do celu; podtrzymanie nowych zachowań. Doświadczenia edukacji zdrowotnej wskazują, że przekazywanie wiedzy, czyli działania ukierunkowane tylko na sferę poznawczą nie przynoszą oczekiwanych efektów w postaci zmiany zachowań. Konieczne jest również oddziaływanie na emocje i motywację. Zmiana zachowań wymaga również nabycia odpowiednich umiejętności, dzięki którym osoba nie tylko wie, ale i potrafi wykonać określone czynności (np. ułożyć dietę, przeprowadzić samobadanie piersi). Ogromne znaczenie ma ponadto wzmacnianie wsparcia społecznego, co wymaga tworzenia oraz popularyzowania pozytywnych wzorców i postaw zdrowotnych, poszerzania korzystnych sieci społecznych oraz usuwania przeszkód środowiskowych.

Działania edukacji zdrowotnej uwzględniające wyżej wymienione czynniki zmiany zachowania przyniosą lepsze rezultaty, jeżeli adresaci tych działań, będą przekonani, że są w stanie skutecznie z nich skorzystać. Dlatego, jednym z celów edukacji zdrowotnej powinno być także zwiększanie poczucia własnej skuteczności odbiorców działań, aby nabrali przekonania, że potrafią zmienić zachowanie i utrzymać nowe. Działania ukierunkowane na wzmocnienie poczucia własnej skuteczności mogą przyczynić się do tego, że ludzie łatwiej i skuteczniej będą podejmowali zachowania prozdrowotne, pomimo różnego rodzaju barier i trudności. Metody kształtowania własnej skuteczności wykraczają poza dostarczanie wiedzy. Odnoszą się także do środowiska społecznego i własnych doświadczeń w podejmowaniu zachowań prozdrowotnych.

## TEORIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI

Własna skuteczność, nazywana także samoskutecznością, to przekonanie o własnej zdolności zor-

ganizowania i kontroli swojego zachowania w celu doprowadzenia do określonego, oczekiwanego przez siebie wyniku tego zachowania (5).

*Albert Bandura* (6) zalicza przekonania o własnej skuteczności do podstawowych przekonań (*core beliefs*), na podstawie których kształtują się wszystkie pozostałe przekonania, obejmujące pełne funkcjonowanie człowieka. Przekonanie o własnej skuteczności prowadzi do powstawania oczekiwań dotyczących osiągnięcia podjętego działania. Oczekiwania te to próba wyobrażenia tego, co się uda. Przekonania o własnej skuteczności i oczekiwania z nimi związane są względnie trwałe i kształtują się w trakcie rozwoju. Jednostka może mieć wiele wyobrażeń, co do zmiany określonego zachowania, lecz w danym momencie znaczące okazują się tylko niektóre – prowadzące do wyboru jednego wariantu postępowania (6,7,8). Przy wyborze konkretnego zachowania odgrywają rolę: *zgeneralizowana własna skuteczność* – czyli ogólne przekonanie na temat własnych możliwości, oraz *specyficzna własna skuteczność* – przekonanie o własnej skuteczności związanej z wybranym zachowaniem w określonej sytuacji. Ogólna i specyficzna własna skuteczność są ze sobą ściśle powiązane.

Decyzja o wyborze danego zachowania spośród kilku możliwych (np. rzucenie palenia vs. kontynuacja palenia) jest funkcją:

1. oczekiwania własnej skuteczności („Czy ja jestem w stanie rzucić palenie?”)
2. oczekiwania wyniku zachowania („Czy uda mi się rzucić palenie?”)
3. oczekiwań dotyczących wyniku, czyli **bezpośrednich następstw** zachowania („Czy korzyści z rzucenia palenia będą większe niż straty”, „Czy dzięki temu, że rzucę palenie zaoszczędzę pieniądze?”).
4. oczekiwania, co do wyznaczonego skutku, czyli **bardziej trwałych konsekwencji** zachowania („Czy chcę rzucić palenie, żeby być zdrowszy?”)
5. oczekiwań, co do ułatwień/utrudnień w utrzymaniu skutku („Czy okoliczności ułatwią mi niepalenie?”)

Poziom zgeneralizowanej własnej skuteczności wpływa na zainicjowanie i podtrzymanie zachowania. Jest on ważniejszy niż oczekiwania wyniku określonego zachowania czy oczekiwań skutku (specyficzna własna skuteczność). Dlatego, osoba może nie podjąć danego zachowania, jeśli ma wątpliwości, co do własnej skuteczności, nawet jeśli ma określone oczekiwanie wyniku i korzystnych skutków swojego zachowania.

Siła przekonania o własnej skuteczności ma wpływ na wybór zachowań (*choice of activity*) i sytuacji (*behavioral setting*) np. ludzie mogą podejmować zachowania w sytuacjach niebezpiecznych, wierząc, że skutecznie sobie z nimi poradzą. Co więcej, ludzie, którzy skutecznie radzą sobie z trudnymi zadaniami,

nabywają doświadczeń, które zwrotnie wzmacniają ich poczucie własnej skuteczności. Bandura utrzymuje, że oczekiwania dotyczące własnej skuteczności są głównym wyznacznikiem wyboru zachowania, ilości włożonego wysiłku i siły podtrzymania zachowania (6, 9). Im silniejsze poczucie własnej skuteczności, i związane z nim oczekiwanie, tym większe przekonanie o możliwości osiągnięcia przez siebie dobrych wyników, trwałych skutków oraz konsekwentnego – mimo przeszkód – podtrzymywania działań prowadzących do celu (6).

### KSZTAŁTOWANIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI

Osoba nabywa przekonania o własnej skuteczności na podstawie wielu rodzajów informacji. Informacje te pochodzą ze środowiska i dotyczą otoczenia społecznego lub cech określonej sytuacji. Skuteczne porządzenie sobie z określoną sytuacją może przyczyniać się do zwiększenia siły własnej skuteczności, o ile osoba nada swojemu sukcesowi odpowiednie znaczenie poznawcze (*cognitive appraisal*). Można to zilustrować następującym przykładem rozumowania: „rzuciłem palenie już trzy razy i wierzę, że tym razem, wreszcie mi się uda, ponieważ nie palę już 3 miesiące i mam wsparcie rodziny”. Siła i jakość nadawanych ocen poznawczych mają związek z wieloma czynnikami np.: różnicowaniem bodźców, umiejscowieniem kontroli (*locus of control*), cechami zachowania. Sukces odniesiony przy małym wysiłku własnym zwiększa własną skuteczność bardziej niż sukces odniesiony ze znacznym wysiłkiem (np. „mam wielu znajomych palących papierosy i, mimo to, nie palę już 3 miesiące”) (9).

Albert Bandura wyróżnia również cztery główne źródła informacji, na podstawie których osoba buduje przekonanie o własnej skuteczności. Mają one podstawowe znaczenie dla planowania i wdrażania działań z zakresu edukacji zdrowotnej.

Pierwszym ze źródeł informacji, o największej sile wpływu na przekonanie o własnej skuteczności, są **osiągnięcia** (*performance accomplishments*) wynikające z doświadczenia własnych sukcesów (*mastery experiences*). W ten sposób, zwrotnie, wzmacnia się początkowa motywacja do podejmowania zachowań, również zdrowotnych. Sukcesy zwiększają przekonanie o własnej skuteczności, a porażki zmniejszają je tym bardziej, im wcześniej pojawią się w procesie zmiany zachowań – na przykład porażki w rzucaniu palenia na wczesnym etapie rzucania.

Drugim źródłem informacji budujących przekonanie o własnej skuteczności są **doświadczenia obserwacji** (*vicarious experiences*). Osoby budują oczekiwanie co do własnej skuteczności na podstawie obserwacji uda-

nych prób innych osób w otoczeniu. Ta prawidłowość wiąże się bezpośrednio z teorią społecznego uczenia się (10), według której osoba uczy się nowych zachowań nie tylko jako aktywny podmiot danej czynności, ale poprzez obserwację zachowania innych osób. Jest to wykorzystywane w różnorodnych grupach wsparcia w podtrzymywaniu zachowań zdrowotnych np. dla osób rzucających palenia, odchudzających się czy AA.

Osoba może zwiększyć poczucie swojej własnej skuteczności również w wyniku **słownej perswazji** (*verbal persuasion*). Szczególne znaczenie mają rozmowy z autorytetami czy innymi ważnymi osobami.

Poziom **pobudzenia emocjonalnego** (*emotional arousal*), które odczuwa osoba, stanowi dla niej czwarte źródło informacji o jej skuteczności. Słabe pobudzenie emocjonalne – niski poziom napięcia psychoruchowego oraz niski poziom emocji takich jak np. lęk czy złość, towarzyszących zachowaniu, stanowi informację dla osoby, że jej poczucie kompetencji, a więc również samoskuteczności w danej sytuacji jest wysokie.

### WŁASNA SKUTECZNOŚĆ W INNYCH MODELACH ZMIANY ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Wielu badaczy podjęło próby wyjaśnienia, jakie czynniki wpływają na zachowania zdrowotne oraz jak przebiega proces zmiany zachowania. W ten sposób powstały tzw. modele (teorie) zachowań zdrowotnych. Teoretyczne modele wyjaśniające podejmowanie i utrzymywanie zachowań zdrowotnych można podzielić na cztery grupy: **motywacyjne, postintencjonalne (modele realizowania intencji), społeczno-poznawcze i fazowe**. Modele motywacyjne opisują czynniki wpływające na pojawienie się intencji (zamiaru, chęci) zmiany zachowania. Modele postintencjonalne skupiają się na zachowaniu, czyli realizacji intencji. Modele fazowe przedstawiają kolejne etapy (fazy) w procesie zmiany zachowań, zarówno przed jak i po sformułowaniu intencji. Modele społeczno-poznawcze zwracają uwagę na przekonania jednostki oraz społeczne uczenie się zachowań.

Modele te wymieniają różnego rodzaju zmienne wpływające na zachowania. Pojęcie własnej skuteczności (*self-efficacy*) wprowadzone przez A. Bandurę znajduje zastosowanie w wielu modelach zmiany zachowań zdrowotnych jako podstawowa determinanta zachowania. Poniżej przedstawiono te modele, w których występuje pojęcie/zjawisko własnej skuteczności (zestawiono w tabeli 1).

**Model przekonań zdrowotnych** (*Health Belief Model*) opiera się na założeniu, że przekonania dotyczące zdrowia są głównie wynikiem wiedzy na jego temat. Z upływem lat, do modelu dodano element przekonania



Tabela 1. Teoretyczne modele zmiany zachowań zdrowotnych uwzględniające samoskuteczność (*self-efficacy*)

Modele zmiany zachowań zdrowotnych	
Modele motywacyjne	Model przekonanych zdrowotnych ( <i>Becker, Rosenstock, 1987; Rosenstock, 1974</i> )
	Teoria motywacji do ochrony ( <i>Rogers, 1983</i> )
	Teoria uzasadnionego działania i planowanego zachowania ( <i>Ajzen i Fishbein, 1980</i> )
Modele post-intencjonalne	Model rozpoczynania działania ( <i>Bagozzii, Edwards, 1998</i> )
	Model transteoretyczny ( <i>Prochaska, Di Clemente, 1983</i> )
	Podejście procesualne do zmiany zachowań zdrowotnych – HAPA ( <i>Schwarzer, 2001</i> )
Modele społeczno-poznawcze	Model ASE ( <i>de Vries i Mudde, 1998</i> )
	Teoria społeczno-poznawcza ( <i>Bandura, 1976</i> )
	Teoria samoskuteczności ( <i>Bandura, 1997</i> )

o własnej skuteczności, rozumianej jako przekonanie o własnej zdolności do skutecznego doprowadzenia do określonego rezultatu swojego zachowania (11).

Według **teorii motywacji do ochrony** (*Protection Motivation Theory*) (12) informacje o zagrożeniu zdrowotnym, które rejestruje osoba, dają początek dwu procesom poznawczym: ocenie zagrożenia (*threat appraisal*) i ocenie możliwości poradzenia sobie z tym zagrożeniem (*coping appraisal*). Postrzegana własna skuteczność (*perceived self-efficacy*) jest jedną ze zmiennych w procesie reagowania na zagrożenie zdrowotne.

**Model uzasadnionego działania i planowanego zachowania** (*Theory of Reasoned Action and Planned Behavior*) (13) zakłada, że ludzie zachowują się rozsądnie - biorą pod uwagę dostępne informacje o sytuacji i rozważają konsekwencje swoich zachowań. Model ten nie mówi jednoznacznie o własnej skuteczności jako czynnika występującym w powstawaniu intencji zmiany zachowania, jednakże można doszukać się jej elementów w wyznacznikach intencji, przyjętych w tym modelu, np. w ocenie podjęcia zachowania.

**Model rozpoczynania działania** (*Goal Setting Pursuit*) opisuje zmienne zwiększające szanse na wystąpienie zachowania. Na decyzję próbowania, czyli kluczowy etap rozpoczynania zachowania, wpływa między innymi poczucie własnej skuteczności (14,2).

W **modelu transteoretycznym** (*Transtheoretical Model – TTM /Stages of Change*) wyróżniono pięć faz (stadiów) w procesie zmiany zachowania. Procesy przejścia z fazy do fazy zależą między innymi od: bilansu kosztów i zysków czy poczucia własnej skuteczności (15,16,17).

**Procesualny model zachowań zdrowotnych** (*Health Action Process Approach – HAPA*) (18,2) zakłada dwie fazy zmiany zachowania – motywacyjną i wolicjonalną. Samoskuteczność jest zmienną, która występuje w obu fazach. W modelu uszczegółowiono

rolę własnej skuteczności zakładając, że istnieją jej specyficzne rodzaje: własna skuteczność w inicjowaniu działania (*preaction self-efficacy*), własna skuteczność w utrzymaniu działania (*maintenance self-efficacy*) oraz własna skuteczność w ograniczeniu nawrotów (*recovery self-efficacy*).

**Model ASE de Vriesa i Mudde** (19,20) stanowi połączenie teorii uzasadnionego działania, teorii społeczno-poznawczej i modelu transteoretycznego. Głównym założeniem modelu jest, że zachowanie można zrozumieć znając jego predyktory, którymi są: postawy (*A -attitudes*), wpływ społeczny (*S-social influence*) oraz samoskuteczność (*E-efficacy*), rozumiana w tym modelu według założeń i definicji *Bandury*.

Wg **teorii społeczno-poznawczej Alberta Bandury** (10) własna skuteczność jest podstawą motywacji i działania. Inne czynniki wpływające na zachowanie, wspomniane w tej teorii, pełnią rolę motywatorów i drogowskazów zachowania, ale są zakorzenione we własnej skuteczności - podstawowym przekonaniu o własnej mocy osiągnięcia pożądanego rezultatu swojego zachowania.

Podsumowując, własna skuteczność może wpływać na zachowanie zdrowotne bezpośrednio, oraz pośrednio - poprzez działanie na inne determinanty zachowania. Im silniejsze poczucie własnej skuteczności, tym ludzie chętniej podejmują zachowania zdrowotne, mają silne przekonanie, że cele są możliwe o osiągnięcia i pokonują przeszkody w dążeniu do nich.

## POMIAR SAMOSKUTECZNOŚCI

Narzędzia pomiaru skuteczności własnej mierzą uogólnioną samoskuteczność, rozumianą jako względnie stała cecha osoby, a nie jako charakterystyka określonego zachowania.

Skala uogólnionej własnej skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale, GSES*) *Schwarzera i Jerusalema* (21) została zaadoptowana do kilkudziesięciu różnych kultur (22,23) – w tym polskiej – i nawiązuje do sformułowanej przez *A. Bandurę* koncepcji samoskuteczności (9).

Autorami wersji polskiej są: *Ralf Schwarzer, Matthias Jerusalem i Zygfryd Juczyński* (8). Skala GSES – PL przeznaczona jest do badania osób dorosłych - zdrowych i chorych. Przekładu dokonano opierając się na wersji angielskiej, przetłumaczonej z oryginalnej niemieckiej.

Skala składa się z 10 ogólnych stwierdzeń na temat radzenia sobie w życiu, postawy wobec problemów, własnej wiedzy o skuteczności swoich działań np. "Gdy jestem w kłopotliwej sytuacji, na ogół wiem, co robić" lub „Jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z niespodziewanymi sytuacjami”. Badany jest

proszony o określenie prawdziwości tych stwierdzeń na skali 1-4, gdzie 1 oznacza „nie”, 2 – „raczej nie”, 3 – „raczej tak” i 4 – „tak”. Czas badania to 2-3 minuty. Wynik to ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który przekształca się na jednostki standaryzowane – steny.

Skala mierzy jeden psychometrycznie wyodrębniony czynnik – ogólne przekonanie jednostki na temat własnych możliwości skutecznego radzenia sobie z sytuacjami. Charakteryzuje się wysoką rzetelnością. W badaniu trafności teoretycznej testu ustalono, że wysoki wynik na skali samoskuteczności wiąże się z wysoką samooceną, samoakceptacją oraz nastawieniem optymistycznym. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między wysokim poczuciem własnej skuteczności a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia i nasileniem zachowań zdrowotnych. Jest to więc dobry wyznacznik zachowań zdrowotnych (8). Stwierdzono negatywną korelację własnej skuteczności z nieśmiałością, pesymizmem i ogólnym niepokojem (21).

Ralf Schwarzer i Britta Renner (24) opracowali skale służące do badania własnej skuteczności w specyficznych kontekstach, również zdrowotnych. Istnieją skale: Skala Samoskuteczności w Odżywianiu (*Nutrition Self-Efficacy*), Skala Samoskuteczności Aktywności Fizycznej (*Physical Exercise Self-Efficacy*), Skala Samoskuteczności w Odmawianiu Alkoholu (*Alcohol Resistance Self-Efficacy*). Są to testy w wersji niemieckiej i angielskiej, dobrze opracowane psychometrycznie.

W departamencie edukacji pacjentów przy stanfordzkiej szkole medycznej (25) opracowano również skale własnej skuteczności wspomagające proces diagnozy pacjentów chorujących na cukrzycę (*Diabetes Self-Efficacy*), choroby przewlekłe (*Chronic Disease Self-Efficacy*) czy zapalenie stawów (*Arthritis Self-Efficacy*). Skale te charakteryzuje inna niż u Schwarzera konstrukcja, sposób pomiaru i właściwości psychometryczne, ale znajdują szerokie zastosowanie w leczeniu pacjentów.

## PODSUMOWANIE

Teoria samoskuteczności dostarcza informacji jak skutecznie pomagać ludziom w procesie zmiany zachowań zdrowotnych. Proces zmiany zachowań na prozdrowotne jest trudny, wieloetapowy, uwarunkowany wieloma czynnikami i przebiega w warunkach ułatwiających lub utrudniających dokonanie tej zmiany. Samoskuteczność jest jednym z tych wyznaczników zachowania, który powinien być uwzględniany przy planowaniu i wdrażaniu strategii edukacji zdrowotnej w obszarach leczenia, rehabilitacji, prewencji i promocji zdrowia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Equity in Health. Institute for Future Studies. Stockholm: 1991.
2. Łuszczzyńska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? Wyd 1. Gdańsk: GWP; 2004: 14, 35-46.
3. de Vries H. Planowanie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia. W: Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia. Zbiór materiałów szkoleniowych dla pracowników oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia. Warszawa: Zakład Promocji Zdrowia PZH w Warszawie; 1999: 43.
4. Woynarowska B, Mazur J. Zachowania zdrowotne. Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990-1998. Warszawa: Wyd Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, BOWI; 2000: 27.
5. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
6. Bandura A. Health Promotion by Social-Cognitive Means. Health Education & Behavior 2004; 31: 143-164.
7. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. Promocja Zdrowia. Nauki społeczne i medycyna, 1998; 54-63.
8. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
9. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; 84: 191-215.
10. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1976.
11. Becker MH, Rosenstock IM. Comparing social learning theory and the health belief model. W: Ward WB, ed. Advances in health education and promotion. Greenwich, CT: JAI Press; 1987: 245-249.
12. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. W: Cacioppo J, Petty R, Eds. Social Psychophysiology. New York: Guilford Press; 1983: 153-176. [http://www.cw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Protection\\_Motivation\\_Theory.doc/](http://www.cw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Protection_Motivation_Theory.doc/)
13. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1980.
14. Baggio RP, Edwards EA. Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight. Psychology and Health 1998; 13: 593-621.
15. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007: 130-32.
16. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983; 51: 390-395.

17. <http://ww2.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/behres/bcr4theo.html> (2 of 13)11/12/2004 4:51:45 AM
18. Schwarzer R. Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10: 47-51.
19. Sandvik C, Gjestad R, Brug J, i in. The application of a social cognition model in explaining fruit intake in Austrian, Norwegian and Spanish schoolchildren using structural equation modeling. W: *Int J Behav Nutr Phys Act* 2007; 4: 57.
20. **de Vries H, Mudde A, Leijts I.** The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health Education Research* 2003; 18 (5): 611-626. <http://her.oxfordjournals.org/cgi/content/full/18/5/611>
21. Schwarzer R, Jerusalem M. Self Efficacy as a Resource Factor in Stress Appraisal Processes. W: Schwarzer, ed. *Self-Efficacy. Thought control of action.* Washington, D.C.: Hemisphere; 1992.
22. Scholz U, Doña BG, Sud S, i in. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment* 2002; 18(3): 242-51. [http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/gse\\_scholz2002.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/gse_scholz2002.pdf)
23. Schwarzer R. Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research. Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie; 1993.
24. Schwarzer R, Renner B. Health-Specific Self-Efficacy Scales <http://userpage.fu-berlin.de/~health/healself.pdf>
25. Lorig K, Stewart A, Ritter P, i in. *Outcome Measures for Health Education and other Health Care Interventions.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996: 24-25, 41-45. Stanford Patient Education Research Center, Stanford School of Medicine. <http://patienteducation.stanford.edu/research/index.html>

Otrzymano: 15.04.2009 r.

Zakwalifikowano do druku: 6.05.2009 r.

**Adres do korespondencji:**

mgr Lucyna Gromulska

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH

ul. Chocimska 24

00-791 Warszawa

e-mail: [lgromulska@pzh.gov.pl](mailto:lgromulska@pzh.gov.pl)