

Grzegorz Józef Nowicki\*

Barbara Ślusarska\*

Bożena Zboina\*\*

Alina Deluga\*

POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI I UMIEJSCOWIENIE  
KONTROLI JAKO ZASOBY DETERMINUJĄCE  
PODEJMOWANIE ZACHOWAŃ ZWIĄZANYCH  
ZE ZDROWIEM

SELF-EFFICACY AND CONTROL LOCATION AS THE RESOURCES  
DETERMINING HEALTH-RELATED BEHAVIORS

**Streszczenie:** Zasoby (potencjały) zdrowotne można określić jako specyficzne właściwości funkcjonalne człowieka i jego środowiska, które pełnią funkcję regulacyjną i prozdrowotną. Coraz częściej zwraca się uwagę na konieczność pomnażania zasobów zdrowia oraz ochronę ich przez całe życie. Powiązanie zdrowia ze stylem życia wymaga udzielenia pomocy jednostce w zakresie modyfikowania indywidualnych wzorów zachowań oraz kształtowania prozdrowotnego stylu życia, polegającego na świadomym podejmowaniu określonych działań, które zwiększają zasoby własnego zdrowia oraz eliminują zagrożenia. Kluczową rolę w tym procesie przypisuje się predyktorom poznaw-

**Abstract.** Health resources (potentials) can be defined as specific functional properties of a person and his/her environment, acting as the regulatory and health prevention. Increasingly, the attention is drawn to the need of multiplying health resources and protecting them for a lifetime. Linking health with lifestyle requires providing the individual with the help of modifying individual behavior patterns and shaping a pro-health lifestyle based on conscious undertaking of specific activities that increase the resources of one's own health and eliminate threats. The key role in this process is attributed to cognitive predictors, such as the sense of location of control and

---

\* Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

\*\* Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

czym, takim jak poczucie umiejscowienia kontroli i przekonanie o własnej skuteczności.. belief in self-efficacy.

**Słowa kluczowe:** zasoby zdrowotne, własna skuteczność, umiejscowienie kontroli, zachowania zdrowotne

**Key words:** health resources, self-efficacy, control location, health behaviors.

Received: 05.2017

Accepted: 08.2017

## WSTĘP

Zakres współczesnego rozumienia pojęcia zdrowia ma już swoją historię sięgającą połowy XX wieku i wyrasta z biomedycznego modelu ujmującego zdrowie jako brak choroby [Nettleton 2013]. Fundamentem współczesnego pojmowania zdrowia jest definicja zawarta w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, określająca jego istotę w kategorii dobrostanu, czyli pozytywnego funkcjonowania człowieka w różnych wymiarach [Preambuła Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia 1946]. Sama definicja wymienia trzy wymiary – fizyczny, psychiczny i społeczny, natomiast dzięki dużemu zainteresowaniu różnych dyscyplin naukowych oraz ich udziałowi w próbie definiowania tego zjawiska poszerzono terminologię o wymiar emocjonalny, duchowy i publiczny [Ogińska-Bulik, Juczyński 2008]. Współczesne definicje ujmują zdrowie w różny sposób. Karta Ottawska podkreśla, że zdrowie jest zasobem i bogactwem, którym jednostka dysponuje w życiu codziennym, determinującym rozwój indywidualny oraz społeczny i gospodarczy [Ottawa Charter for Health Promotion 1987]. Najczęściej zdrowie traktuje się jako proces, potencjał i właściwość człowieka. Sposób, w jaki człowiek postrzega własne zdrowie, wpływa na jego samopoczucie, aktywność życiową, a także na realizację zachowań sprzyjających zdrowiu. Podejmując działania promujące zdrowie, ważne jest, w jaki sposób ludzie definiują zdrowie oraz w jaki sposób utożsamiają je ze stanem, właściwością lub procesem [Nowicki, Ślusarska 2011]. W potocznym rozumieniu zdrowie traktowane jest jako wartość. Ostatnio zdrowie często rozpatrywane jest w kategorii procesu [Borys 2010]. Pojmowanie zdrowia jako procesu wiąże się z modelem salutogenetycznym Antonovsky'ego [2005]. Twórca teorii porównał życie ludzkie do rwącej rzeki, w nurcie której płynie człowiek unoszony przez prąd. Przetrwanie uzależnione jest od tego, jak niebezpieczna jest rzeka i jak dobrze umiemy pływać. Nikt nie jest całkowicie bezpieczny, rzeka na

różnych odcinkach jest inna, ale każdy musi płynąć. Zatem człowiek żyje w ciągle zmieniającym się środowisku, a przetrwanie zależy od umiejętności aktywnej adaptacji do jego zmian. Salutogeneza odrzuca dychotomiczny podział na zdrowie i chorobę jako dualizm stanów wynikający z orientacji patogenetycznej. Natomiast w ujęciu salutogenetycznym stan bytowania człowieka stanowi jedną całość, usytuowaną na kontinuum zdrowie–choroba, gdzie na jednym biegunie znajduje się zdrowie idealne, a na drugim, przeciwstawnym biegunie – choroba śmiertelna, zagrażająca życiu. Miejsce, w którym na kontinuum lokalizuje się jednostka/społeczność, opisuje się jej poziomem (stanem) zdrowia [por. Antonowvsky 2005 i 1996]. Życie człowieka to oscylowanie pomiędzy dwoma biegunami kontinuum, niejako po lekko skośnej równi pochyłej (naturalny proces starzenia się). Stan zdrowia jest cechą dynamiczną i zmienia się w czasie pod wpływem różnych czynników i okoliczności [Piotrowicz, Cianciara 2011]. Podejście do człowieka przez pryzmat teorii salutogenetycznej sprawia, że medycyna zaczyna interesować się zdrowiem człowieka, a nie tylko chorobą, co było charakterystyczne dla koncepcji patogenetycznej. W konsekwencji prowadzi to do bardzo poważnego traktowania szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej i różnych form promocji zdrowia [Heszen-Niejodek 1997].

Zdrowie jako proces polega na dążeniu do utrzymania równowagi pomiędzy środowiskiem zewnętrznym i wewnętrznym za pomocą posiadanych przez jednostkę potencjałów czy zasobów [Ogińska-Bulik, Juczyński 2008]. Hobfoll [2006, 77] uważa, że „do zasobów należą przedmioty, warunki, cechy osobowości i pokłady energii, które albo same w sobie są cenione jako potrzebne do przetrwania (bezpośrednio lub pośrednio), albo służą do zdobycia owych zasobów umożliwiających przetrwanie (...), które są cenione przez szeroką klasę jednostek i spostrzegane jako najistotniejsze zarówno dla ludzi w ogóle, jak i dla Ja”.

Zdaniem Hobfolla zasoby można klasyfikować w różny sposób, jednym z zaproponowanych jest wyodrębnienie zasobów wewnętrznych i zewnętrznych. Wewnętrzne znajdują się w sferze Ja i są to: poczucie własnej wartości, kompetencje zawodowe, optymizm i poczucie kompetencji. Zasoby zewnętrzne usytuowane są poza granicami Ja; będą to: wsparcie społeczne, zatrudnienie i status socjo-ekonomiczny [Kościelak 2010].

Zdrowie jest zjawiskiem dynamicznym, którego funkcja skupia się na utrzymaniu równowagi ciągle zakłócanej przez towarzyszące życiu ludzkiemu zróżnicowane sytuacje. Codzienność stawia przed jednostką obciążenia w postaci wymagań, obowiązków, pełnienia określonych ról społecznych. Egzystencja wymaga niejednokrotnie rozwiązywania trudnych sytuacji i stawiania czoła konfliktom [Borys 2010]. Człowiek, chcąc utrzymać równowagę procesów życiowych, sięga do swoich potencjałów czy zasobów zdrowotnych, które są w jego posiadaniu. Według Sęk zasobami zdrowotnymi są „właściwości jednostki, grup społecznych, środowiska i kultury, które wyrażają się cechą funkcjonalną, polegającą na możliwości unikania stresorów lub usprawnienia radzenia sobie z wymaganiami w ten sposób, że zapobiegają one przekształceniu się napięć w stan stresu” [Sęk 2003, 20].

Zasoby (potencjały) zdrowotne można określić jako specyficzne właściwości funkcjonalne człowieka i jego środowiska, które pełnią funkcję regulacyjną i prozdrowotną [Sęk 2003]. Zasoby znajdują się w sferach bytowania człowieka – biologicznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. W sferze biologicznej potencjały zdrowotne to: kod genetyczny, siła, sprawność, wydolność, odporność organizmu oraz wyposażenie biologiczne jednostki nabywane w procesie bytowania. W sferze psychicznej zasobami zdrowotnymi są: cechy temperamentu, cechy osobowości, emocje, inteligencja, kreatywność emocjonalna, odporność psychiczna oraz cała sfera osobowości w zakresie cech intelektualnych oraz emocjonalnych, zarówno ukształtowanych przez środowisko społeczne, jak i wypracowanych przez jednostkę. Potencjałami zawartymi w sferze społecznej będą: właściwości demograficzne, jakość relacji społecznych, poczucie więzi społecznej, ciągłość tradycji, zwyczaje. Potencjały tkwiące w sferze duchowej dotyczą pytań i odpowiedzi o sens ludzkiej egzystencji, zagadnień kultury, światopoglądu, religii, moralności itd. [Borys 2010, Kościelak 2010]. Wyrażają się poprzez uczestnictwo w praktykach religijnych, modlitwach oraz w sposobie postrzegania religii, co skutkuje zwiększeniem poczucia celu oraz spokojem wewnętrznym [Zagożdżon 2012].

Coraz częściej zwraca się uwagę na konieczność pomnażania zasobów zdrowia oraz ochronę ich przez całe życie. Powiązanie zdrowia ze stylem życia wymaga udzielenia pomocy jednostce w zakresie modyfikowania indywidualnych wzorów zachowań oraz kształtowania prozdrowotnego stylu

życia, polegającego na świadomym podejmowaniu określonych działań, które zwiększają zasoby własnego zdrowia oraz eliminują zagrożenia. Kluczową rolę w tym procesie przypisuje się predyktorom poznawczym, takim jak poczucie umiejscowienia kontroli i przekonanie o własnej skuteczności [Kościełak 2010].

### **Poczucie własnej skuteczności**

Koncepcja własnej skuteczności (*self-efficacy*), zwanej także samoskutecznością, została sformułowana w 1977 roku na Uniwersytecie Stanforda, a jej twórcą był Albert Bandura [2001], zajmujący się modyfikacją zachowań ludzkich. Koncepcja dotyczy przekonania jednostki o możliwości działania zgodnie z obranym celem niezależnie od pojawiających się przeszkód na drodze do jej realizacji [Ogińska-Bulik, Juczyński 2008] i mieści się w nurcie społeczno-poznawczym podejścia do człowieka. Bandura w jednej ze swoich książek pisze: „Teoria społecznego uczenia się wyjaśnia ludzkie zachowania w kategoriach stałych, wzajemnych interakcji między determinantami poznawczymi, behawioralnymi i środowiskowymi. Ten proces wzajemnego determinizmu kryje w sobie możliwość wpływania przez ludzi na swój los, ale także określa granice samokierowania. Zatem ta koncepcja funkcjonowania człowieka ani nie przypisuje ludziom roli bezsilnych pionków, kontrolowanych przez siły środowiska, ani też roli panów samych siebie, mogących stać się, kim tylko zechcą. Zarówno ludzie, jak i czynniki środowiskowe wzajemnie się determinują” [Bandura 2007, 17–18].

Zgodnie z założeniami teorii społeczno-poznawczej zachowaniami ludzkimi kierują oczekiwania dotyczące: sytuacji, wyniku działania oraz własnej skuteczności. Dwa pierwsze dotyczą spostrzeganych konsekwencji działania, natomiast poczucie własnej skuteczności odnosi się do samego działania i wchodzi w zakres kontroli osobistego działania [Bandura 1977]. Innymi słowy, własna skuteczność to przekonanie jednostki o jej możliwościach działania ukierunkowanych na wybrany cel. To obraz kompetencji, w jakie wyposażona jest jednostka, umożliwiających przeprowadzenie zamierzonych działań [Juczyński 2000].

Bandura przekonanie o własnej skuteczności zalicza do podstawowych przekonań, kształtujących wszystkie pozostałe przekonania obejmujące pełne

funkcjonowanie człowieka. Przekonanie o własnej skuteczności i oczekiwania z nim związane są względnie trwałe i kształtują się w trakcie rozwoju. W sytuacji wyboru określonego zachowania jednostka może mieć wiele wyobrażeń, lecz w danym momencie znaczące okazują się tylko niektóre – te, które prowadzą do wyboru jednego wariantu postępowania. Przy wyborze określonego zachowania rolę odgrywają: zgeneralizowana własna skuteczność, czyli ogólne przekonanie o własnej możliwości, oraz specyficzna własna skuteczność – przekonanie o własnej skuteczności związanej z wyborami zachowania w określonej sytuacji [Gromulski, Piotrowicz, Cianciara 2009]. Własna skuteczność to czynnik determinujący zmianę zachowań: umożliwia właściwą ocenę sytuacji oraz poszukiwania skutecznego sposobu radzenia sobie w obliczu napotkanych trudności i przeszkód [Dolińska-Zygmunt 2000, Maddux, Lewis 1995].

Poczucie własnej skuteczności różnicuje ludzi pod względem myślenia, odczuwania i działania [Juczyński 2000]. Wraz ze wzrostem przekonania, że jest się w stanie rozwiązać określony problem, wzrasta poziom motywacji do podejmowania kroków w celu jego rozwiązania. Ponadto poczucie własnej skuteczności oddziałuje na zachowania w sposób pośredni, poprzez wpływ na wybór celów, tj. im wyższy poziom poczucia własnej skuteczności jest silniejszy, tym jednostka stawia sobie ambitniejsze cele. Drugim obszarem, na który ma wpływ poziom poczucia własnej skuteczności, jest postrzegany rachunek zysków i strat, tj. im wyższy poziom poczucia własnej skuteczności, tym więcej spostrzeganych zysków, a mniej strat wynikających z wyboru określonego zachowania [Ogińska-Bulik, Juczyński 2008]. Wykazano, że im silniejsze jest przekonanie o własnej skuteczności, tym wyższe cele stawiają sobie ludzie, a poziom zaangażowania w zamierzone zachowanie jest silniejszy nawet w obliczu piętrzących się porażek [Locke, Latham 1990]. Niskie poczucie własnej skuteczności wiąże się z lękiem, poczuciem bezradności, natomiast wysoki poziom poczucia własnej skuteczności sprzyja podejmowaniu wyzwań, formułowaniu celów oraz osiągnięciu sukcesów w ich realizacji [Ogińska-Bulik, Juczyński 2008]. Ponadto poczucie własnej skuteczności ma wpływ na intencję zmiany ryzykownych zachowań na wysiłek podjęty dla osiągnięcia tego celu i na wytrwałość w dążeniu do niego pomimo napotkanych przeszkód i niepowodzeń, które mogą osłabiać motywację [Lewtak, Smolińska 2011].

## Motywacyjne znaczenie poczucia własnej skuteczności

Własna skuteczność jest czynnikiem motywującym. Twórca teorii własnej skuteczności wyróżnił trzy właściwości spostrzeganej skuteczności: poziom (stopień trudności zadania, które jednostka ocenia jako łatwe lub trudne), ogólność (wielość różnych sytuacji, do których odnosi się osobiste kompetencje) oraz siła (stopień pewności wytrwania w realizacji podjętego zadania pomimo trudności). Innymi słowy, w poczuciu własnej skuteczności możemy wyodrębnić dwa elementy. Jeden jest bardziej widoczny w procesie motywacji – będzie to siła, czyli wielkość dążenia do poszukiwania rozwiązania danego zadania. Drugi element – z procesu działania, a zwłaszcza z fazy podtrzymywania działania – to element wytrwałości. W procesie motywacji chodzi o wybór sytuacji, preferencji dla określonych czynności, formułowanie zamiaru. W procesie wolicjonalnym (zależnym od woli jednostki) następuje zmiana intencji na rzeczywiste działanie i jego podtrzymywanie mimo różnych przeciwności. Model zmiany zachowania, w którym poczucie własnej skuteczności (kompetencja) jest ważne w fazie planowania zamykającej proces formułowania zamiaru, po której następuje podjęcie działania, jak i w całym procesie wymagającym wprowadzenia zmiany, nazwano modelem kompetencyjnym. Przekonanie jednostki, że jest w stanie zrealizować zamiar, okazuje się rozstrzygające dla przejścia z fazy motywacyjnej do fazy działania [Juczyński, Juczyński 2012]. Jak podkreśla Bandura [2004], spostrzegany brak własnej skuteczności może obniżyć do zera potencjał motywacyjny nęcących oczekiwań dotyczących wyniku działania. Zainicjowanie działania wymaga odpowiedniej siły (wysiłku), zaś podtrzymywanie podjętego działania pomimo różnych przeciwności musi być wspierane wytrwałością. 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.

Model kompetencyjny opiera się na założeniach teorii poznawczo-behawioralnej i nawiązuje do proceduralnego ujęcia Schwarzera oraz teorii woli Kuhla. Zgodnie z założeniami omawianego modelu jednostka, formułując zamiar (np. rzucenie palenia, podjęcie aktywności fizycznej, zmiana diety) i realizując go, ma do czynienia z dwoma procesami: procesem motywacyj-

nym i procesem wolicjonalnym, czyli podjęciem danego działania i jego podtrzymywaniem.

W przebiegu procesu motywacyjnego można wyróżnić trzy fazy:

- faza przygotowania: zmiana zachowań nie jest jeszcze rozważana, natomiast tworzone są już pewne sprzyjające warunki, które umożliwią zainicjowanie pobudek do zastanowienia się nad wyeliminowaniem, zredukowaniem czy też wprowadzeniem nowych zachowań zdrowotnych;
- faza podejmowania decyzji: w trakcie trwania tej fazy dochodzi do sformułowania zamiaru, który może wynikać z racjonalnych przesłanek, ale również z lęku, obawy przed takim zdarzeniem, jak np. choroba, dlatego też ważnym czynnikiem skłaniającym do podjęcia decyzji jest spostrzeganie zagrożenia. Prawdopodobieństwo podjęcia decyzji o zmianie zależy również od atrakcyjności jej skutków (dokonany bilans zysków i strat);
- faza planowania: tu podstawową rolę odgrywa oczekiwanie. Decyzja o podjęciu określonego działania jest funkcją wartości celu oraz szansą jego realizacji. Wartość celu to przekonanie jednostki co do oczekiwanych konsekwencji, a te z kolei wyrażają prawdopodobieństwo, z jakim podjęte działania mogą doprowadzić do osiągnięcia pożądanego celu. Podjęcie określonych działań jest uzależnione od przekonania, że posiada się odpowiednie kompetencje. To właśnie poziom własnej skuteczności jest subiektywnym miernikiem tego, czy możliwości, jakie posiada jednostka, są wystarczające do przeprowadzenia zamierzonych działań [Juczyński, Juczyński 2012].

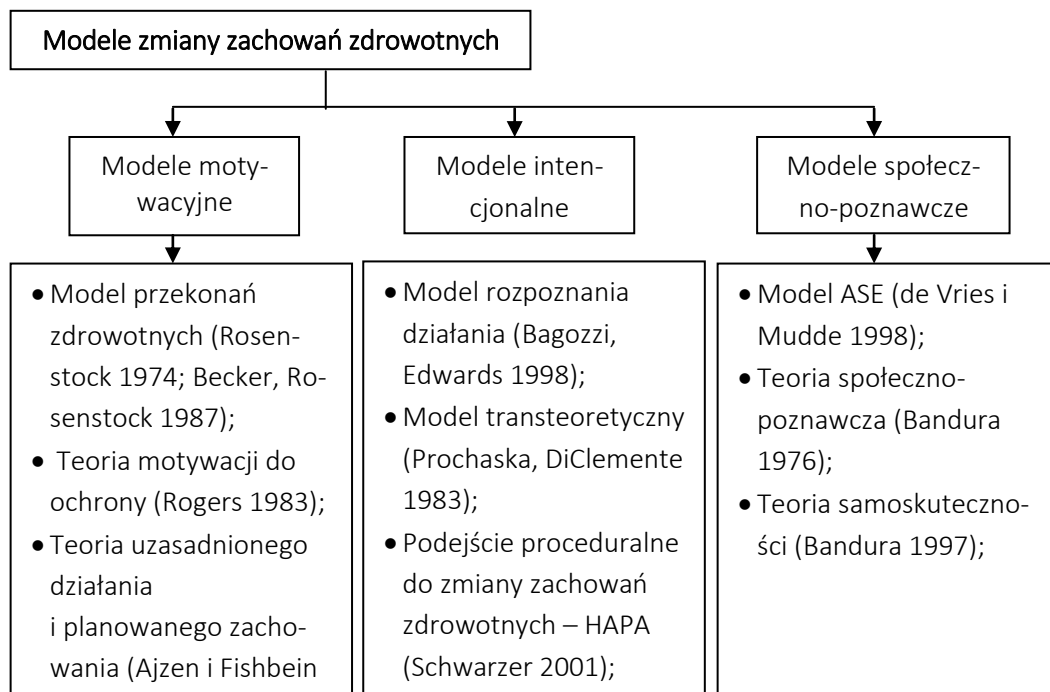
Proces motywacji kończy się sformułowaniem określonego zamiaru, a tuż za procesem motywacji następują procesy wolicjonalne, składające się z dwóch faz:

- faza działania: w tej fazie można wyróżnić czynności kontrolne oraz oceniające wyniki zmiany. Uzyskiwana gratyfikacja wzmacnia działanie. Ponieważ wprowadzona zmiana (np. nowa dieta) wymaga długotrwałych działań, bardzo ważna jest ostanía faza;
- faza podtrzymywania działania: na jednostkę oddziałują dwie grupy czynników: pozytywne – związane z doznawaniem wsparcia społecznego, oraz negatywne, czyli pojawiające się przeszkody [Juczyński, Juczyński 2012].



## Poczucie własnej skuteczności, a zachowania związane ze zdrowiem

W obszarze teoretycznym promocji zdrowia zagadnienie kształtowania aktywności człowieka sprzyjającej zdrowiu ma fundamentalne znaczenie. Opracowanie koncepcji określających układ determinantów istotnych w podejmowaniu zachowań o związku pozytywnym ze zdrowiem jest ważną wykładnią dla rozumienia zagadnienia i weryfikacji empirycznej [Łuszczynska 2004]. Wielu badaczy podjęło próbę wyjaśnienia, jakie czynniki wpływają na zachowania zdrowotne oraz jak przebiega proces zmian zachowań. W ten sposób powstały tzw. modele (teorie) zachowań zdrowotnych. Teoretyczne modele wyjaśniające podejmowanie i utrzymanie zachowań zdrowotnych można podzielić na cztery grupy: modele motywacyjne (opisują czynniki wpływające na pojawienie się intencji), postintencjonalne (wyjaśniające sposób realizacji intencji), społeczno-poznawcze (zwracają uwagę na przekonanie jednostki oraz społeczne uczenie się zachowań) oraz fazowe (przedstawiają kolejne etapy procesu zmiany zachowań zdrowotnych) [Gromulska, Piotrowicz, Cianciara 2009]. Istnieje wiele modeli teoretycznych, których konstrukcje mają za zadanie pomóc w wyjaśnieniu podejmowania i utrzymania zachowań zdrowotnych; pojęcie własnej skuteczności znajduje zastosowanie w wielu modelach jako podstawowa determinanta zachowania (ryc. 1).



Rysunek 1. Teoretyczne modele zmian zachowań zdrowotnych uwzględniające własną skuteczność

Figure 1. Theoretical models of changes in health behaviors taking into account their own effectiveness

Źródło: Gromulska L, Piotrowicz M, Cianciara D: Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. Przegl Epidemiol 2009; 63: 427–432.

Model przekonań zdrowotnych (Health Belief Model), którego twórcą był Rosenstock, określa, że warunkiem podjęcia działań profilaktycznych jest motywacja. Wśród znaczących czynników wpływających na motywację są: spostrzeganie zagrożenia własną chorobą oraz spostrzeganie korzyści i przeszkód dla działania prewencyjnego. Zgodnie z założeniami modelu stosunek do profilaktyki zależy od trzech grup czynników: indywidualnej percepcji zagrożenia (postrzegania podatności na chorobę), czynników modyfikujących (charakteryzujących jednostkę, np.: wiek, płeć, klasa społeczna, wiedza medyczna itd. oraz wskazówki do podjęcia działania, np.: kampanie medialne,

wskazówki lekarza itd.), a także szacowanych kosztów i zysków związanych z podjęciem określonego zachowania. Wypadkową wszystkich tych elementów będzie poczucie zagrożenia chorobą, które po uwzględnieniu zysków i strat związanych ze zmianą zachowania wyznaczy prawdopodobieństwo jej podjęcia [Ostrowska 2011]. Z upływem lat dodano element przekonania o własnej skuteczności, rozumiany jako przekonanie o własnej zdolności skutecznego doprowadzania do określonego rezultatu swojego działania [Becker, Rosenstock 1987].

Rogers dołączył w swojej teorii motywacji do ochrony (Protection Motivation Theory) wątki koncepcji przekonania zdrowotnych i samoskuteczności, uznając, że motywację do zachowań zdrowotnych warunkują niezależnie od siebie: spostrzegany poziom zagrożenia zdrowotnego, spostrzegany poziom własnej wrażliwości i poczucie własnej skuteczności [Gromulska, Piotrowicz, Cianciara 2009]. Informacja o zagrożeniu zdrowotnym, które rejestruje jednostka, daje początek dwu procesom poznawczym: ocenie zagrożenia oraz ocenie możliwości poradzenia sobie z zagrożeniem. Własna skuteczność natomiast jest zmienna w procesie reagowania na zagrożenie.

Teoria uzasadnionego działania zakłada, że większość zachowań zdrowotnych pozostaje pod kontrolą woli jednostki. Intencja – rozumiana jako „behawioralna dyspozycja o wysokiej mocy przewidywania” – jest najważniejszym elementem determinującym rozpoczęcie zachowania zdrowotnego lub zaprzestanie szkodliwego [Schwarzer 1997]. Czynniki sprawczymi powstania intencji są: postawa wobec danego zachowania wyrażona jego właściwościami oraz norma subiektywna, czyli przekonanie jednostki o sile nacisku społecznego do wykonania lub odstąpienia od danego działania [Sheridan, Radmach 1998]. Rozwinięciem tej teorii jest teoria planowanego działania [Ajzer 1991]. Zgodnie z jej założeniami intencja nadal pozostaje podstawą, ale na jej powstanie – oprócz wyżej wymienionych – wpływa spostrzegana kontrola behawioralna, rozumiana jako przekonanie jednostki, że posiada wystarczające zasoby umożliwiające poradzenie sobie z napotkanymi przeszkodami w trakcie realizacji danego zachowania (własna skuteczność).

W następnej grupie modeli zmiany zachowań zdrowotnych – postintencjonalnej, zajmującej się analizą czynników po podjęciu intencji, zakładających przejście jednostki od fazy motywacyjnej do wolicjonalnej zmiany

zachowania – znajduje się model rozpoczynania działania (Goal Setting Pursuit) [Gollwitzer 1993]. Model Bagozziego i Edwardsa [1998] skupia się na rozpoczynaniu działania określonego jako próbowanie zależne od decyzji. Na decyzję wpływają: poczucie własnej skuteczności, ocena prawdopodobieństwa osiągnięcia celu, planowanie, kontrola wyznaczonych celów oraz spostrzegana kontrola nad zachowaniem, a także spostrzegana przyjemność związana z realizacją wyznaczonego celu.

Na podstawie szeroko zakrojonych badań Prochaska i DiClemente opracowali model transteoretyczny (Transtheoretical Model – TTM / Stages of Change) zakładający, że zmiana zachowania zachodzi w pięciu stadiach. Model wyjaśnia kolejność etapów i relacje czasowe pomiędzy nimi:

- faza pierwsza: prekontemplacji – dotyczy stanu jednostki pozostającej w niepełnej lub pełnej świadomości istniejących zagrożeń, ale nie planującej jeszcze w przyszłości podejmować zmiany swoich zachowań, często zaprzeczającej istnieniu problemu;
- faza druga: kontemplacji – jednostka dokonuje namysłu, uświadamia sobie istnienie problemu i rozważa zmianę zachowania;
- faza trzecia: przygotowania – jednostka podejmuje decyzję o tym, jakich zmian będą dotyczyły dotychczasowe zachowania – pojawia się intencja;
- faza czwarta: działania – osoba dokonuje zmiany w swoim zachowaniu i otoczeniu, otrzymuje też wsparcie społeczne;
- faza piąta: utrzymania – osoba zbiera korzyści z dokonanej zmiany, aktywnie zapobiega ryzyku nawrotu, utrzymuje prozdrowotne zmiany w zachowaniu, które utrwala. Nowe zachowanie staje się trwałym elementem życia jednostki [Prochaska, Velicer 1997].

Proces przejścia z fazy do fazy zależy m.in. od bilansu kosztów i zysków czy poczucia własnej skuteczności [Heszen, Sęk 2007].

Proceduralny model zachowań zdrowotnych (Health Action Process Approach – HAPA) najpełniej wyjaśnia mechanizmy zmiany zachowań zdrowotnych, czyli podejmowanie zachowań prozdrowotnych oraz rolę czynników społeczno-poznawczych w tych zmianach. Podejście proceduralne zakłada istnienie dwóch różnych etapów zmiany, zarówno obejmujących proces preintencjonalny (faza motywacyjna), jak i postintencjonalny (faza woli-cjonalna). W pierwszej fazie jednostka rozwija intencje pod wpływem nastę-

pujących czynników: spostrzegane ryzyko, oczekiwania dotyczące wyników zmiany zachowania oraz spostrzegana własna skuteczność [Łuszczyńska 2004]. W drugiej fazie podstawową rolę odgrywają dwa czynniki: własna skuteczność i planowanie. Własna skuteczność w fazie wolicjonalnej utrzymuje działanie, decyduje o jego kontynuacji pomimo pojawiających się przeszkód. W sytuacji, gdy dojdzie do zaprzestania działania i powrotu do wcześniejszych, niekorzystnych dla zdrowia zachowań, własna skuteczność może spowodować ponowne podjęcie zachowań [Schwarzer 2001].

Według modelu AES zachowanie można zrozumieć, znając jego predyktory, którymi są: postawy, wpływ społeczny oraz własna skuteczność [Gromulska, Piotrowicz, Cianciara 2009].

Społeczno-poznawcza teoria Bandury zakłada, że zachowaniem jednostki – obok bodźców – kierują oczekiwania. Spostrzegana własna skuteczność to przekonanie o tym, że jest się w stanie podjąć oraz kontynuować – pomimo przeszkód – działania prowadzące do określonych rezultatów. Własna skuteczność jest czynnikiem motywacyjnym [Bandura 2001].

Podsumowując, własna skuteczność wpływa na zdrowie człowieka bezpośrednio lub pośrednio – poprzez oddziaływanie na inne determinanty zachowań. Im silniejsze poczucie własnej skuteczności, tym ludzie chętniej podejmują zachowania zdrowotne, stawiają sobie wyższe cele, a ich zaangażowanie w zamierzone zachowania jest silniejsze mimo piętrzących się porażek.

## Umiejscowienie kontroli zdrowia

Koncepcja poczucia umiejscowienia kontroli (*locus of control* – LOC) wywodzi się z teorii społecznego uczenia się Juliana B. Rottera (1966) [Drwal 1995], która podkreśla rolę oczekiwań i wartości wzmocnienia w wartości zachowań. Poczucie umiejscowienia kontroli traktowane jest jako wymiar osobowości decydujący o autonomii podmiotu, przejawiający się w różnych jego zachowaniach niezależnie od sytuacji [Kościelak 2010]. Koncepcja poczucia umiejscowienia kontroli mówi o tym, że człowiek dąży do zaspokajania potrzeb poprzez różne formy zachowań instrumentalnych. Ten styl bycia dostarcza jednostce wzmocnień i sprawia, że w przyszłości po takim zachowaniu zawsze oczekiwane będzie takie samo wzmocnienie. Natomiast gdy

możliwe są alternatywne zachowania, wybrany zostanie ten sposób, który dostarczy wzmocnień najbardziej oczekiwanych i wartościowych [Basińska, Maćkowska, Listwa 2011, Rotter 1990]. Teoria odnosi się do oczekiwań człowieka dotyczących tego, w jakim stopniu wzmocnienie lub wynik zachowania uwarunkowany jest własnym zachowaniem bądź osobistymi zachowaniami. Oznacza stopień percepcji danej jednostki dotyczący tego, czy zdarzenia jej własnego zachowania zależą od niej samej, czy też można je przypisać losowi, szczęściu, zbiegowi okoliczności bądź innym siłom [Kościelak 2010].

Rotter wyróżnił ogólnie zewnętrzne i wewnętrzne umiejscowienie kontroli [Borys 2010]. Zgodnie z jego teorią człowiek może zaspokoić swoje potrzeby poprzez różnego rodzaju zachowania instrumentalne. Zachowanie i wzmocnienie są ze sobą ściśle powiązane – wzmocnienie uzyskane dzięki danemu zachowaniu zwiększa oczekiwania, że w przyszłości po określonym zachowaniu wystąpi takie samo wzmocnienie. Związek pomiędzy zachowaniem a wzmocnieniem uzależniony jest od stopnia, w jakim wzmocnienie uwarunkowane jest zachowaniem instrumentalnym. W pewnych sytuacjach wzmocnienie zależy od jednostki, w innych pozostaje poza jej kontrolą. Odbieranie wzmocnień jako konsekwencji własnych działań sprzyja powstawaniu poczucia wewnętrznego umiejscowienia kontroli. Osoby charakteryzujące się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli mają świadomość wpływania na swój los i przebieg wydarzeń, mają wyższe aspiracje i wyżej oceniają prawdopodobieństwo sukcesu w swoich działaniach, tolerują wieloznaczność, ufają sobie i są bardziej samodzielne w podejmowaniu decyzji. Jeżeli uzyskanie wzmocnienia odbierane jest jako efekt działania otoczenia, wtedy mamy do czynienia z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli. Jednostka z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli jest przekonana, że to, co ją spotyka, jest niezależne od podejmowanych działań i pozostaje poza jej kontrolą. Sprzyja to powstawaniu takich zachowań, jak: bierność, zależność, nietolerancja, wieloznaczności. Osoby takie nie ufają sobie i swoim możliwościom, są niepewne, silnie przeżywają zagrożenie, a w sytuacjach trudnych stosują mechanizmy obronne oparte na wypieraniu [Drwal 1995b, Sęk 2008]. Umiejscowienie kontroli można porównać do kontinuum, gdzie na jednym biegunie znajduje się całkowita możliwość sprawowania kontroli nad wzmocnieniem (kontrola wewnętrzna), a na drugim brak jakiegokolwiek wpływu na

wzmocnienie (kontrola zewnętrzna). Z jednej strony kontinuum wyniki działania zależą od sprawności w realizowaniu celu, z drugiej strony – rezultaty działań zależą od czynników losowych, innych ludzi, przeznaczenia, fatum itd. [Kościelak 2010]

### **Umiejscowienie kontroli, a zachowania związane ze zdrowiem**

Teoria poczucia umiejscowienia kontroli stała się inspiracją dla wielu badaczy. Po raz pierwszy w obszar zdrowia wprowadzili ją Melvin Seeman i Jonathan W. Evans [1962], badający alienację pacjentów hospitalizowanych z powodu gruźlicy.

Umiejscowienie kontroli odnosi się w szczególności do kontroli zdrowia. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli przypisuje to, co się dzieje, czynnikom zewnętrznym, niepodlegającym kontroli konkretnej jednostki [Borys 2010]. Jednostki o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli wyrażają przekonanie o dominującym wpływie czynników od nich niezależnych na ich poziom zdrowia. Charakteryzuje je poczucie braku wpływu na otoczenie [Dolińska-Zygmunt 1996] oraz tendencja do negowania objawów i pomniejszania konieczności przestrzegania prawidłowych zachowań [Juczyński 2003]. Przypisywanie głównego wpływu na zdrowie przypadkowi jest często przyczyną braku poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie [Juczyński 2012, Piasecka, Nowicki, Ślusarska 2014]. Wewnętrzne umiejscowienie kładzie natomiast nacisk na własny wysiłek w działaniu, odpowiedzialność za to działanie, poszukiwanie odpowiednich informacji w tym zakresie, uczenie się i podejmowanie autonomicznych decyzji [Borys 2010]. U osób z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia występuje przekonanie, że stan zdrowia uzależniony jest od nich samych. Osoby te uważają, że ich doświadczenia są wynikiem osobistych działań oraz wykazują kontrolę nad pożądanymi i niepożądanymi dla siebie wzmocnieniami [Ogińska-Bulik 2008]. W odniesieniu do osób zdrowych – tam, gdzie chodzi o inicjowanie nowych zachowań zdrowotnych – przyjmuje się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest zdecydowanie korzystniejsze dla zdrowia niż kontrola zewnętrzna, która bazuje przede wszystkim na wpływie innych osób i przypadku [Borys 2010].

Podsumowując, należy stwierdzić, że poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, które określa źródła wpływu na stan zdrowia, ma istotne znaczenie w modyfikacji zachowań związanych ze zdrowiem [Jachimowicz, Gawłowicz, Juszcak 2011]. Unikanie zachowań ryzykownych jest tym skuteczniejsze, im bardziej osoba jest przekonana o swoim wpływie na zdrowie. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest wypadkową oddziaływań środowiska rodzinnego, szkoły, rówieśników, mediów i ochrony zdrowia. Stanowi wynik prawidłowej edukacji, a także wysokiego poczucia własnej skuteczności oraz wartościowania zdrowia [Kościelak 2010, Bandura 2004]. Uważa się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest korzystniejsze, gdyż osoby je prezentujące są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywności prozdrowotne, posiadają duże poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz dążą do jego utrzymania i poprawy [Norma, Bennet 1996]. Rolą edukacji i promocji zdrowia jest motywowanie do podejmowania zachowań prozdrowotnych i unikania tych niekorzystnych dla zdrowia. Doświadczenia wskazują, że działania ukierunkowane tylko na sferę poznawczą nie przynoszą oczekiwanych efektów. Konieczny jest również wpływ na emocje i motywację. Ogromne znaczenie ma także udzielanie wsparcia, co wymaga tworzenia oraz popularyzowania pozytywnych wzorców i postaw zdrowotnych [Schwarzer 2001].

## BIBLIOGRAFIA

- Ajzen I., *The theory of planned behavior*, „Organizational Behavior and Human Decision Processes” 1991, nr 2, s. 179–211.
- Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Wydawnictwo Fundacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
- Antonovsky A., *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*, „Health Promotion International” 1996, nr 1, s. 11–18.
- Bagozzi R.P., Edwards E.A., *Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight*, „Psychology and Health” 1998, nr 13, s. 593–621.
- Bandura A., *Health promotion by social-cognitive means*, „Health Education & Behavior” 2004, nr 2, s. 143–164.



- Bandura A., *Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning* [in:] Schwarzer R. (eds.), „Self-efficacy: thought control of action”, DC, Hemisphere, Washington 1992, pp. 355–394.
- Bandura A., *Self-efficacy. Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, „Psychological Review” 1977, nr2, s. 191–215.
- Bandura A., *Social cognitive theory: an agentic perspective*, „Annual Review of Psychology” 2001, nr 52, s. 1–26.
- Bandura A., *Teoria społecznego uczenia się*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Basińska M.A., Maćkowska P., Listwan A., *Przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia u chorych na cukrzycę typu 1 a zachowania zdrowotne*, „Diabetologia Praktyczna” 2011, nr 4, s. 151–159.
- Becker M.H., Rosenstock I.M., *Comparing social learning theory and the health belief model* [in:] Ward W.B. (eds.), „Advances in health education and promotion”, CT: JAI Press Greenwich 1987, pp. 245–249.
- Borys B., *Zasoby zdrowotne w psychice człowieka*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2010; nr 1, s. 44–52.
- Dolińska-Zygmunt G., *Elementy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996.
- Dolińska-Zygmunt G., *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*, Wydawnictwo Psychologii PAN, Warszawa 2000.
- Drwal R.L., *Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Wybrane zagadnienia i techniki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995a.
- Drwal R.L., *Poczucie kontroli jako wymiar osobowości – podstawy teoretyczne, techniki badawcze i wyniki badań* [w:] Drwal RL (red.), „Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Wybrane zagadnienia i techniki”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995b, s. 199–227.
- Gollwitzer P., *Goal achievement. The role of intentions* [in:] Stroebe W., Hewstone M (eds.), „Handbook of motivation and cognition”, Guilford, New York 1993.
- Gromulska L., Piotrowicz M., Cianciara D., *Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2009; nr 63, s. 427–432.
- Heszen-Niejodek I., Sek H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

- Heszen-Niejodek I., *Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych* [w:] Heszen-Niejodek I., Sęk H (red.), „Psychologia zdrowia: praca zbiorowa”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Hobfoll S., *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Jachimowicz V., Gawłowicz K., Juszcak K., *Poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli zdrowia a palenie papierosów wśród pielęgniarek*, „Przegląd Lekarski” 2011; nr 10, s. 879–882.
- Juczyński Z., Juczyński A., „*Chcieć to móc*”, czyli o znaczeniu poczucia własnej skuteczności w modyfikacji zachowań związanych z piciem alkoholu, „Alkoholizm i Narkomania” 2012, nr 2, s. 215–227.
- Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
- Juczyński Z. *Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar*, „Acta Universitatis Lodziensis Folia Psychologica” 2000, nr 4, s. 11–24.
- Juczyński Z., *Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem*, [w:] Juczyński Z., Ogińska-Bulik N (red.), „Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki”, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003, s. 49–61.
- Kościelak R., *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010.
- Lewtak K., Smolińska J., *Uogólnione poczucie własnej skuteczności a zachowania antyzdrowotne lekarzy rodzinnych na przykładzie palenia tytoniu*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2011, nr 65, s. 115–121.
- Locke E.A., Latham G.P., *A theory of goal setting and task performance*, Prentice Hall, New York 1990.
- Łuszczńska A., *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Maddux J.E., Lewis J., *Self-efficacy and adjustment. Basic principles and issues*, [in:] Maddux J.E. (eds.). „Self-efficacy, adaptation and adjustment: theory, research and application”, Plenum Press; New York 1995, pp. 37–68.
- Nettleton S., *The sociology of health and illness*, Polity Press, Oxford 2003.

- Norma P., Bennet P., *Health locus of control*, [in:] Conner M., Norman P (eds.). „Predicting health behaviour”, Open University Press, Buckingham 1996: 62–94.
- Nowicki G., Ślusarska B., *Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych*, „Hygeia Public Health” 2011, nr 2, s. 280–285.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Osobowość, stres a zdrowie*, Wydawnictwo Centrum Doradztwa i Informacji Diffin, Warszawa 2008.
- Ogińska-Bulik N., *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, „Zeszyty Naukowe WSHE” 2008, nr 13, s. 93–103.
- Ostrowska A., *Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet)*, „Studia Socjologiczne” 2011, nr 3, s. 73–94.
- Ottawa Charter for Health Promotion*, „Health Promotion” 1987, nr 1, s. 382–384.
- Piasecka H., Nowicki G., Ślusarska B., *Sposób żywienia i umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie studentów medycyny*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2014, nr 2, s. 17–22.
- Piotrowicz M., Cianciara D., *Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2011, nr 65, s. 521–527.
- Preambuła Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia 1946, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44192/1/9789241650472\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44192/1/9789241650472_eng.pdf) (10.07.2015).
- Prochaska J.O., Velicer W.F., *The transtheoretical model of behavior change*, „American Journal of Health Promotion” 1997, nr 12, s. 38–48.
- Rotter J.B., *Poczucie wewnętrznej versus zewnętrznej kontroli wzmocnień*, „Nowiny Psychologiczne” 1990, nr 5–6, s. 59–70.
- Schwarzer R., *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*, [w:] Heszen-Niejodek H., Sęk H (red.). „Psychologia zdrowia”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 175–205.
- Schwarzer R., *Social-cognitive factors in changing health-related behavior*, „Current Direction in Psychological Science” 2001, nr 2, s. 47–51.
- Seeman M., Evans J.W., *Alienation and learning in a hospital setting*, „American Sociological Review” 1962, nr 27, s. 722–783.

Sęk H. (red.), *Psychologia kliniczna*, Tom 1 i 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

Sęk H., *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia*, [w:] Juczyński Z., Ogińska-Bulik N (red.), „Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki”, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003, s. 17–22.

Sheridan Ch.L., Radmacher S.A., *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998.

Zagożdżon P., Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych, „Polski Merkurusz Lekarski” 2012, nr 32, s. 349–353.