

ZYGFRYD JUCZYŃSKI

Zakład Psychologii Zdrowia  
Instytut Psychologii UŁ

## POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI – TEORIA I POMIAR<sup>1</sup>

### PODSTAWY TEORETYCZNE

Pojęcie spostrzeganej własnej skuteczności (*perceived self-efficacy*) wprowadził Albert Bandura (1977), który zajmował się modyfikacją zachowań ludzi. Okazało się, że wyższe poczucie własnej skuteczności zwiększa motywację do działania i wiąże się z lepszymi osiągnięciami jednostki. Dzisiaj pojęcie własnej skuteczności stało się kluczowe w wielu dziedzinach psychologii, zwłaszcza zaś w psychologii zdrowia, gdzie stanowi podstawowy wyznacznik podejmowania i wprowadzania zmian w zachowaniach zdrowotnych (Schwarzer, Fuchs 1996).

Zgodnie z teorią społeczno-poznawczą naszymi zachowaniami kierują oczekiwania dotyczące: sytuacji (*situation-outcome expectancies*), wyniku działania (*action-outcome expectancies*) oraz własnej skuteczności (*self-efficacy expectancies*). O ile dwa pierwsze oczekiwania dotyczą spostrzeganych konsekwencji działania, to poczucie własnej skuteczności odnosi się do samego działania i wchodzi w zakres kontroli osobistego działania (Bandura 1997). Innymi słowy, poczucie skuteczności wyraża obraz kompetencji jednostki, jej wyposażenie w środki umożliwiające przeprowadzenie zamierzonych działań.

Poczucie własnej skuteczności różnicuje ludzi w zakresie myślenia, odczuwania i działania. Jak podkreślają Locke i Latham (1990), 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. Silne poczucie kompetencji<sup>2</sup> wpływa

---

<sup>1</sup> Badania finansowane z tematu 505/446.

<sup>2</sup> Pojęcia własnej skuteczności i kompetencji używane są zamiennie.

na procesy poznawcze i osiągnięcia intelektualne, skłania do zainwestowania większego wysiłku i wytrwałości, do wyboru bardziej ambitnych zadań. Niskie poczucie własnej skuteczności wiąże się z depresją, lękiem i bezradnością (Schwarzer, Fuchs 1996).

#### MOTYWACYJNE ZNACZENIE POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI

Poczucie własnej skuteczności wpływa na wybór sytuacji, tj. jej odrzucenie lub zaakceptowanie, w zależności od przewidywanych skutków. Równocześnie przypisywana sobie kompetencja wyznacza siłę zaangażowania się w dane działanie, jak i wytrwałość w dążeniu do sukcesu. Spośród wymienionych zmiennych jedynie pierwsza ma charakter motywacyjny w ścisłym tego słowa znaczeniu. Chodzi mianowicie o wybór sytuacji, ustalenie preferencji dla określonych czynności i podjęcie decyzji co do sposobu działania. Procesy poznawcze, poprzedzające działania, pozwalają na właściwe wykorzystanie dostępnych zasobów i przygotowanie konkretnych planów działania. Spostrzegany brak własnej skuteczności, jak podkreśla Bandura, może obniżyć do zera potencjał motywacyjny nęcących oczekiwań dotyczących wyniku działania. Dwie pozostałe zmienne mają związek z fazą działania (wolicjonalną), w której następuje przekształcenie zamiaru w konkretne czynności. Zainicjowanie działania wymaga odpowiedniej siły (wysiłku), zaś podtrzymywanie podjętego działania pomimo różnych przeciwności musi być wspierane wytrwałością.

#### POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI A ZACHOWANIA ZDROWOTNE

Wykazano, że poczucie własnej skuteczności pozwala przewidywać intencje i działania w różnych obszarach ludzkiej aktywności, w tym również w zakresie zachowań zdrowotnych. Przeglądu różnych badań dotyczących zachowań zdrowotnych, w których uwzględniono poczucie własnej skuteczności, dokonał Schwarzer (1992, 1996). Jeden z jego artykułów został przetłumaczony na język polski (Schwarzer 1997).

Procesy poznawcze, a zwłaszcza oczekiwania, uznane zostały za kluczowe determinanty zmiany zachowań zdrowotnych. Widoczne stało się to w różnych modelach teoretycznych, które przedstawiają sposoby wyjaśnienia przyczynowego mechanizmu kształtowania się zamiaru zmiany zachowania niesprzyjającego zdrowiu lub podjęcia zachowań sprzyjających utrzymaniu bądź polepszeniu zdrowia (Juczyński 1998). W kilku badaniach wykazano, że poczucie własnej skuteczności wiąże się z takimi zachowaniami zdrowotnymi, jak: zapobieganie niekontrolowanym zachowaniom seksualnym, podejmowanie regularnych cwi-

czeń fizycznych, kontrolowanie wagi i zachowań związanych z jedzeniem, zapobieganie i porzucanie palenia tytoniu i innych uzależnień (Schwarzer, Fuchs 1996).

Oczekiwanie wyniku oraz poczucie własnej skuteczności okazały się najlepszym wyznacznikiem zarówno samego zamiaru, jak i faktycznego udziału w badaniach profilaktycznych raka piersi (Seydel i in. 1990). Wykazano wpływ poczucia własnej skuteczności na ciśnienie krwi, tętno, poziom amin katecholowych w sytuacjach wyzwania lub zagrożenia. Spostrzegana skuteczność sprzyja radzeniu sobie ze stresem, a nawet wpływa mobilizująco na funkcje systemu immunologicznego. Osoby z wysokim poczuciem skuteczności lepiej kontrolowały ból niż osoby z niskim poczuciem. Funkcje układu krążenia w chorobie wieńcowej szybciej stabilizowały się u tych pacjentów, którzy spostrzegali swój wpływ na radzenie sobie z chorobą. Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej celem poprawy spostrzeganej własnej skuteczności u pacjentów po zawale mięśnia sercowego, w chorobach płuc, sprzyjało udziałowi w ćwiczeniach fizycznych (Schwarzer, Fuchs 1996).

Większość badań dotyczących zapobiegania i zmiany zachowań szkodliwych dla zdrowia dotyczyła palenia tytoniu. Najbardziej efektywne okazały się programy profilaktyczne, które uczą odporności na wpływy rówieśników, rozwijają umiejętności radzenia sobie i kształtują poczucie własnej wartości i skuteczności (Ogińska-Bulik, Juczyński 1996). Kok i wsp. (1992) przeprowadzili wiele badań na temat wpływu spostrzeganej własnej skuteczności na zamiary i faktyczne niepalenie. Badane zmienne wyjaśniały 64% wariacji, zarówno intencji, jak i zachowania. Najlepszym predyktorem było poczucie własnej skuteczności ( $r = 0,66$  z zamiarem,  $r = 0,71$  z zachowaniem). Stwierdzono również, że zmiana poczucia własnej skuteczności dokonująca się w trakcie leczenia pozwala na przewidywanie nawrotów palenia. Osoby, u których poczucie skuteczności wzrosło po leczeniu częściej zachowywały abstynencję ocenianą po upływie 1 roku.

W długofalowych badaniach 800 mieszkańców Berlina dokonano oceny zależności zachodzących między zachowaniami zdrowotnymi, spostrzeganym ryzykiem zawału serca lub udaru mózgu, a poczuciem własnej skuteczności i oczekiwanymi zmianami swojej sytuacji zdrowotnej. Analiza regresji wykazała, że wcześniejsze zwyczaje związane z jedzeniem, poczucie własnej skuteczności oraz ocena zagrożenia wyjaśniają 28–29% (odpowiednio u mężczyzn i kobiet) wariacji przewidywanego zamiaru zmiany swoich zwyczajów konsumpcyjnych. Ocena zagrożenia zdrowia okazała się mało znacząca, w przeciwieństwie do roli oczekiwań.

Dalsza analiza statystyczna oparta na modelu LISREL 8 miała na celu ustalenie przewidywania zamiaru i zachowania na podstawie oceny oczekiwań i spostrzeganego ryzyka. I tak, dla przykładu w grupie 353 mężczyzn

wyznacznikiem zamiaru były pozytywne oczekiwania wyniku (0,58) i poczucie skuteczności (0,29), zaś wyznacznikiem faktycznego zachowania okazały się głównie zamiar (0,50) i własna skuteczność (0,37). Stwierdzono więc, że poczucie własnej skuteczności wiąże się nie tylko z gotowością do spożywania zdrowych pokarmów, lecz że jest również rozstrzygające w procesie przekształcania zamiaru w działanie (Schwarzer, Fuchs 1996).

Wiara w swoje możliwości sprzyja osiągnięciu sukcesu i wyzwala dodatkową energię. Poczucie własnej skuteczności różni się jednak od iluzji i nierealistycznego optymizmu, gdyż wyrasta na bazie własnych doświadczeń życiowych weryfikujących stale swoje zdolności i umiejętności. Przekonania dotyczące własnej skuteczności, aby spełniały rolę samoregulacyjną, muszą uwzględniać rzeczywiste możliwości jednostki (Zakrzewski 1987).

### POMIAR POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI

Poczucie własnej skuteczności wyraża subiektywne przekonanie, które konstytuują różne elementy osobowe i sytuacyjne. Bandura (1977) wyróżnił trzy aspekty własnej skuteczności, tj. wielkość, ogólność oraz siłę. Wielkość (poziom) przekonania odnosi się do stopnia trudności zadania i związanego z tym naszego poczucia poradzenia sobie z tym problemem. Ogólność wiąże się z wielością różnych możliwych sytuacji, wśród których sytuacje specyficzne mogą wymagać szczególnych kompetencji kontrolnych. Wreszcie siła wyraża stopień pewności i zaufania co do posiadanych przez siebie kompetencji.

Struktura semantyczna oczekiwania wyniku zawiera się w stwierdzeniu: „Jeżeli... (zachowanie), to... (konsekwencja)”. Analogicznie, dla poczucia własnej skuteczności można sformułować stwierdzenie: „Jestem przekonany, że potrafię... (to wykonać), nawet gdy... (przeszkoda)” (Schwarzer, Fuchs 1996).

Ponieważ rzetelność pojedynczego stwierdzenia jest na ogół niska, dlatego używa się skal zawierających większą liczbę twierdzeń. Według Bandury, spostrzeganą skuteczność powinno się odnosić, o ile to możliwe, do specyfiki sytuacyjnej. Specyficzność sytuacji przejawia się zarówno w aspekcie treściowym (np. zaprzestanie palenia czy zgłoszenie się na badania piersi), jak i formalnym, wyrażającym różne stopnie motywacji do podjęcia określonego działania.

Skonstruowano kilka narzędzi w postaci kwestionariuszy i skal, przeznaczonych do pomiaru przekonań specyficznych dla określonych sytuacji, w tym do pomiaru własnej skuteczności związanej z aktywnością fizyczną, kontrolą wagi ciała, unikaniem zachowań ryzykownych, przystąpieniem do badań profilaktycznych. Treść sformułowań dostosowana jest do konkretnych osób czy czynności, np. dla palaczy tytoniu (Colletti i in. 1985), do oceny oczekiwań związanych z aktywnością fizyczną i przestrzeganiem zaleceń

lekarskich (Kaplan i in. 1984), jak również do treści oczekiwań pozytywnych i negatywnych (Schwarzer 1992).

Nieliczne są natomiast narzędzia do pomiaru uogólnionej skuteczności, odzwierciedlającej osobiste zasoby jednostki pomocne w radzeniu sobie z problemami w różnych dziedzinach życia. Uogólnione poczucie własnej skuteczności może być porównywane z pojęciem dyspozycyjnego optymizmu, sformułowanym przez Scheiera i Carvera (1985) i badanym przy pomocy Testu Orientacji Życiowej. Optymizm, jak zauważają Schwarzer i Fuchs (1996), jest jednak pojęciem szerszym, wiążącym się również z pozytywnym oczekiwaniem wyniku. Zupełnie natomiast brak podobnych narzędzi przeznaczonych dla dzieci.

W kolejnej części artykułu przedstawiono podstawowe informacje dotyczące dwóch narzędzi służących do pomiaru spostrzeganego poczucia własnej skuteczności. Pierwsze jest adaptacją popularnej skali Schwarzera i Jerusalema, skonstruowanej w 1992 r., a już w roku 1998 zaadaptowanej w 21 krajach, w tym również w Polsce (<http://www.yorku.ca/academics/schwarze/self-scal.htm>). Drugie narzędzie, Skala Kompetencji Osobistej, jest pierwszą próbą konstrukcji skali przeznaczonej do badania poczucia własnej skuteczności u dzieci i młodzieży.

#### SKALA UOGÓLNIONEJ WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI (SUWS)<sup>3</sup>

##### **Autorzy:**

R. Schwarzer i M. Jerusalem z Freie Universität Berlin

##### **Opis i zastosowanie**

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (Generalized Self-Efficacy Scale – GSES) nawiązuje do sformułowanych przez Bandurę (1977, 1997) koncepcji oczekiwań i pojęcia spostrzeganego poczucia własnej skuteczności. Skala składa się z 10 twierdzeń. Została przygotowana w wersji niemieckojęzycznej w 1992 r. i przełożona w następnym roku na język angielski. W przeciwieństwie do szeregu skal przeznaczonych do pomiaru skuteczności przejawianej w specyficznych sytuacjach, skala ujmuje siłę ogólnych przekonań jednostki, wyrażających jej przeświadczenie co do poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami (Schwarzer 1993).

---

<sup>3</sup> Prawa autorskie do polskiej wersji Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności posiada Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa).

## Sposób badania

Badany sam zaznacza wybrane przez siebie odpowiedzi otaczając kółkiem właściwą odpowiedź. Czas wypełnienia skali nie przekracza 2–3 minut.

## Ocena i interpretacja

Na każde pytanie możliwe są do wyboru 4 odpowiedzi, od „NIE” – oceniane 1 punktem, do „TAK” – oceniane 4 punktami. Suma wszystkich ocen daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Im wyższa ocena, tym większe poczucie własnej skuteczności.

W badaniach niemieckich, przeprowadzonych na próbce 1660 osób dorosłych, uzyskano średni wynik 29,28 (SD = 4,6), przy braku różnic związanych z wiekiem i płcią (Schwarzer 1993). W badaniach porównawczych, obejmujących 14 różnych kultur, na próbce 12 840 badanych, otrzymano średni wynik 28,63 (SD = 6,18) (Schwarzer 1998). Stwierdzono występowanie statystycznie znaczącego zróżnicowania wyników w zależności od języka (najniższe średnie dla Chin (Hong Kong) i Japonii, najwyższe – Costa Rica i Rosja) oraz płci (wyższe u mężczyzn). Próbką polską uplasowała się w środku (mężczyźni  $M = 29,03$ ,  $SD = 4,70$ ; kobiety  $M = 27,13$ ,  $SD = 5,25$ ).

## Właściwości psychometryczne

Dostępne dane psychometryczne opierają się przede wszystkim na wynikach trzech badań niemieckich. W pierwszych uczestniczyło ponad 2 tys. badanych, młodzieży i dorosłych z Berlina i Düsseldorfu, w drugim badaniu wzięło udział 269 nauczycieli z 10 miast, zaś w trzecim ponad 3 tys. studentów. Rzetelność wewnętrzną analizowanych próbek, oceniana za pomocą alfa Cronbacha wynosiła od 0,82 do 0,93, zaś rzetelność ustalona metodą test-retest w grupie 991 emigrantów z dawnej NRD wynosiła 0,47 dla mężczyzn i 0,63 dla kobiet. Rzetelność wewnętrzną różnych wersji językowych skali wahała się od 0,91 (wersja japońska) do 0,78 (wersja grecka).

Trafność skali oceniono porównując wyniki skali z narzędziami mierzącymi zbliżone właściwości. Zgodnie z oczekiwaniami uzyskano pozytywną korelację wskaźnika skuteczności z poczuciem własnej wartości (0,52), umiejscowieniem wewnętrznej kontroli (0,40) oraz z optymizmem (0,49). Negatywna korelacja dotyczyła ogólnego niepokoju (0,54), nieśmiałości (0,58) oraz pesymizmu (0,28).

Trafność prognostyczną weryfikowano na podstawie powtórnego badania wykonanego po upływie 2 lat. Dla mężczyzn wskaźniki korelacji okazały się słabe (0,20–0,34) i znacznie niższe niż dla kobiet (0,40 z poczuciem własnej wartości oraz 0,56 z optymizmem). Analiza czynnikowa wyłoniła

jeden czynnik, co świadczy o tym, że skala mierzy jednolity konstrukt. Podobnie analiza czynnikowa przeprowadzona oddzielnie dla każdej wersji językowej potwierdziła homogeniczność skali (Schwarzer 1997). Również konfirmacyjna analiza czynnikowa dla 14 grup kulturowych potwierdziła jednowymiarowość narzędzia.

### Polska adaptacja

Przekładu skali dokonano zgodnie z przyjętymi zasadami opracowanymi przez ŚOZ na użytek badań międzykulturowych (WHOQOL Translation Methodology), opierając się na wersji angielskiej. Ułatwieniem dla uzyskania zgodności przekładu było z pewnością to, że wszystkie pytania są sformułowane pozytywnie. Pierwsze badania przeprowadzono na kilkudziesięciu osobach w wieku 20–40 lat (Juczyński 1997).

Badania zasadnicze przeprowadzono na grupie 496 osób, w wieku 30–50 lat (średnia wieku = 41,2), dobranych w sposób warstwowo-losowy. Badani pochodzili z małych i dużych miast oraz z środowiska wiejskiego. Reprezentowane były wszystkie poziomy wykształcenia. Nieznacznie przeważały kobiety.

### Rzetelność i trafność

Tabela 1

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności: średnie, odchylenia standardowe oraz współczynniki korelacji poszczególnych stwierdzeń z ogólnym wynikiem

Lp.	Treść stwierdzenia	M	SD	<i>r</i>
1.	Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się staram	2,90	,86	,49
2.	Jeśli ktoś mi się sprzeciwia, mam sposoby, aby osiągnąć to, co chcę	2,54	,82	,47
3.	Łatwo jest mi trzymać się swoich celów i je osiągać	2,65	,81	,51
4.	Jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z niespodziewanymi wydarzeniami	2,51	,83	,59
5.	Dzięki swojej pomysłowości potrafię dać sobie radę w nieoczekiwanych sytuacjach	2,72	,84	,60
6.	Potrafię rozwiązać większość problemów, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku	3,04	,73	,55
7.	Potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie	2,74	,83	,54
8.	Gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduję kilka rozwiązań	2,80	,80	,55
9.	Gdy jestem w kłopotliwej sytuacji, na ogół wiem, co robić	2,65	,83	,63
10.	Niezależnie od tego co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić	2,76	,78	,60
Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności		27,32	5,31	,85

W tab. 1 przedstawiono średnie wyniki oraz skorygowane współczynniki korelacji poszczególnych twierdzeń z całą skalą. Wskaźniki korelacji poszczególnych twierdzeń z ogólnym wynikiem są wysokie i wahają się od 0,47 do 0,63, zaś średni współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,85. Rzetelność skali oceniana w grupie 85 osób metodą test-retest (po 5 tygodniach) wynosiła 0,78.

Trafność skali oceniono porównując wyniki 496 osobowej grupy z wynikami uzyskanymi za pomocą innych metod (Juczyński 1997). Z dyspozycyjnym optymizmem oraz poczuciem własnej wartości skala koreluje słabiej niż w wersji oryginalnej (0,30 oraz 0,35), co prawdopodobnie wiąże się z gorszymi właściwościami psychometrycznymi Testu Orientacji Życiowej Scheiera i Carvera oraz Skali Poczucia Własnej Wartości Rosenberga. Występuje także ujemna korelacja z natężeniem stresu mierzonym Skala Spostrzeganego Stresu Cohena i wsp. ( $r = 0,28$ ). W badaniach własnych stwierdzono również występowanie statystycznie znamiennej zależności między wynikami skali własnej skuteczności, a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia (Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia Wallstona i wsp.  $r = 0,25$ ) oraz nasileniem zachowań zdrowotnych, mierzonych Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego ( $r = 0,30$ ). Wskaźnik poczucia własnej skuteczności okazał się dobrym wyznacznikiem powodzenia w egzaminach wstępnych na studia i w sukcesach w nauce, ocenianych po upływie 1 roku. Podobnie, jak w wersji oryginalnej, skala ma jednolitą strukturę potwierdzoną wynikami analizy czynnikowej. Jedyny czynnik wyjaśnia 44% wariacji.

## Normalizacja

Średni wynik dla całej grupy wynosi 27,32 i jest zbliżony do przeciętnego wyniku wersji oryginalnej. Nie stwierdzono statystycznie znamienych różnic związanych z wiekiem, płcią i wykształceniem. Tymczasowe normy zamieszczono w tab. 2.

Tabela 2

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności: tymczasowe normy polskie (N = 496)

Steny	Wynik surowy	Steny	Wynik surowy
10	38–40	5	25–27
9	36–37	4	22–24
8	33–35	3	20–21
7	30–32	2	17–19
6	28–29	1	10–16



**SKALA KOMPETENCJI OSOBISTEJ (KompOs)<sup>4</sup>****Autor**

Z. Juczyński z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

**Opis i zastosowanie**

Pomiar uogólnionego poczucia własnej skuteczności, czy inaczej kompetencji osobistych, wymaga w przypadku dzieci odwołania się do określonych sytuacji zadaniowych, dlatego też pilotażowa wersja skali zawierała opisy kilku takich sytuacji odnoszących się do zachowań społecznych. Każda sytuacja zadaniowa uwzględniała kilkadziesiąt różnych form zachowań.

Po przeprowadzeniu badań nad zrozumiałością treści wyselekcjonowano 6 sytuacji. Na podstawie wstępnych badań, oceny stopnia zgodności ocen sędziów kompetentnych i wyników analizy właściwości psychometrycznych zbudowano pierwszą wersję skali, zawierającą opis dwóch sytuacji ocenianych na podstawie 10 stwierdzeń.

W wyniku analizy danych otrzymanych z badań ponad 300 dzieci i młodzieży w wieku od 12 do 17 lat wyeliminowano 8 stwierdzeń o wskaźnikach rzetelności poniżej 0,30. W rezultacie w każdej z dwóch sytuacji pozostało po 6 stwierdzeń. Przyjęta wersja składa się więc z dwóch części, oznaczonych literami A i B, z których każda zawiera 6 stwierdzeń sformułowanych w połowie pozytywnie i negatywnie. Skala bada ogólne przekonania jednostki wyrażające jej zdolność do efektywnego i wytrwałego działania.

**Sposób badania**

Skala Kompetencji Osobistych (KompOs) zawiera ogółem 12 twierdzeń. Badany dokonuje oceny, najpierw 6 twierdzeń dotyczących oczekiwań związanych z częstotliwością występowania określonych zachowań (A), a następnie 6 kolejnych, dotyczących podjęcia różnych działań (B). Wykonanie badania zajmuje przeciętnie ok. 10 minut w grupie dzieci młodszych (12 lat). Badanie można prowadzić indywidualnie i grupowo.

---

<sup>4</sup> Prawa autorskie do skali KompOs posiada Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa).

## Ocena i interpretacja

Odpowiedzi oceniane są w skali 4-stopniowej. W odniesieniu do sytuacji A badany zaznacza częstotliwość występowania podanych form zachowania, tj. od „prawie zawsze” do „prawie nigdy”. Z kolei w drugiej części (B) zaznacza swój stopień aprobaty treści poszczególnych stwierdzeń dokonując wyboru jednej spośród 4 odpowiedzi, tj. od „tak” do „nie”. Układ odpowiedzi jest identyczny dla twierdzeń obydwu części skali. Punkty przypisuje się w następujący sposób:

- dla odpowiedzi o treści sformułowanej pozytywnie (twierdzenia nieparzyste):

- prawie zawsze lub tak – 4,
- często lub raczej tak – 3,
- czasem lub raczej nie – 2,
- prawie nigdy lub nie – 1,

- dla odpowiedzi o treści sformułowanej negatywnie (twierdzenia parzyste):

- prawie zawsze lub tak – 1,
- często lub raczej tak – 2,
- czasem lub raczej nie – 3,
- prawie nigdy lub nie – 4.

Suma punktów jest wskaźnikiem poczucia własnej kompetencji i jest obliczona dla całości oraz oddzielnie dla części A i B. Dla części A i B rozpiętość wyników wynosi od 6 do 24 punktów, zaś dla całej skali od 12 do 48 punktów. Im wyższy wynik tym wyższe poczucie własnej skuteczności. Wynik pierwszej części jest wskaźnikiem wytrwałości, drugiej – siły.

## Rzetelność i trafność

Do skali włączono te twierdzenia, których korelacja z ogólnym wynikiem przekraczała 0,30, Rzetelność wewnętrzna, oceniana za pomocą alfa Cronbacha, wynosi dla całej skali 0,72, zaś dla części A i B odpowiednio: 0,62 oraz 0,74. Ogólnie, wewnętrzna zgodność wzrasta wraz z wiekiem osiągając dla wieku 14 lat i powyżej wartości zadowalające. Rzetelność ustalona metodą test-retest, oceniana w odstępie 6 tygodni w grupie młodzieży starszej (16 i 17 lat) wynosiła 0,59. Korelacja połówek skali okazała się statystycznie istotna (0,49;  $p < ,01$ ).

Trafność skali oceniono porównując jej wyniki z narzędziami mierzącymi zbliżone właściwości. W badaniach 227 osobowej grupy młodzieży starszej uzyskano pozytywną, lecz słabą korelację skali KompOs z wskaźnikiem poczucia własnej skuteczności skali SUWS (0,28), wyższą dla części B (0,43,  $p < ,001$ ). Zgodnie z oczekiwaniami uzyskano znaczącą korelację wskaźnika

skuteczności z poczuciem własnej wartości z Inwentarza Coopersmitha (0,30), natomiast korelacja ze wskaźnikiem aprobaty społecznej (skala Marlowe-Crowne) okazała się bardzo niska (0,05).

Tabela 3

Ładunki czynnikowe dla twierdzeń skali KompOs

12–15 lat (N = 364)	Czynniki			16–17 lat (N = 390)	Czynniki	
	wytrwałość	siła 1	siła 2		wytrwałość	siła
A1	,47			A1	,62	
A2	,66			A2	,71	
A3	,35			A3	,41	
A4	,68			A4	,73	
A5	,56			A5	,66	
A6	,63			A6	,70	
B1			,43	B1		,56
B2		,42		B2		,57
B3			,75	B3		,56
B4		,32		B4		,53
B5			,51	B5		,51
B6		,98		B6		,69
% wariacji wyjaśnionej	17,9	11,8	7,9		23,4	15,5

W celu uzyskania danych o strukturze badanego konstruktów zastosowano analizę czynnikową varimax oraz oblimin, oddzielnie dla grupy młodszej (12–15 lat) oraz starszej (16–17 lat), uzyskując zbliżony układ czynników wyjaśniających 39% wariacji, w tym pierwszy czynnik, nazwany wytrwałością – ok. 21%, zaś drugi, nazwany siłą – ok. 18%. W tab. 3 przedstawiono ładunki czynnikowe przypisane poszczególnym twierdzeniom. W grupach 15- i 17-latków otrzymano dwa czynniki, zgodne z przyjętym podziałem na dwie części. Obydwa czynniki wyjaśniały 39% wariacji całkowitej. Natomiast w grupach 11- i 13-latków otrzymano trzy czynniki. Dwa z nich odpowiadały czynnikowi drugiemu ujawnionemu w starszej grupie i wiązały się z pozytywnym lub negatywnym sformułowaniem twierdzeń. Innymi słowy, czynniki te odzwierciedlały z jednej strony efekt mobilizacji, z drugiej zaś rezygnacji. Obydwa wyjaśniały ok. 20% wariacji całkowitej zmienności. Ze względu na występujące podobieństwo przyjęto układ 2 czynnikowy dla wszystkich badanych nazywając czynnik pierwszy wytrwałością, drugi siłą. Korelacja obydwu czynników jest niska i waha się od 0,15 w grupie 11-latków, do 0,33 u 17-latków.

## Normalizacja

Tabela 4

Skala Pomiaru Kompetencji Osobistej (KompOs): porównanie średnich wyników badanych grup (N = 754)

	Wynik ogólny			Czynnik wytrwałości		Czynnik siły	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Płeć</b>							
chłopcy	359	34,04	5,04	17,44	3,21	16,60	3,23
dziewczęta	399	34,00	5,10	16,74	3,29	17,26	3,07
<b>Wiek</b>							
11 lat	186	34,50	4,75	17,02	2,90	17,47	3,01
13 lat	179	33,69	4,76	16,66	3,04	17,03	3,08
15 lat	210	33,74	5,17	17,08	3,65	16,66	3,16
17 lat	183	34,16	5,47	17,29	3,40	16,87	3,29
<b>Środowisko</b>							
wiejskie	224	34,73	4,83	17,34	2,91	17,39	3,21
małe miasto	253	34,10	5,06	17,13	3,97	16,97	3,15
duże miasto	281	33,16	5,10	16,27	3,40	16,88	2,88

W tab. 4 przedstawiono zestawienie średnich wyników badań z uwzględnieniem podziału na płeć, wiek i środowisko. Zasadnicze różnice, związane zarówno z wynikiem ogólnym, jak i obydwoma czynnikami, dotyczą środowiska. Istotnie niższe wskaźniki poczucia skuteczności ( $p < 0,001$ ) ujawniają badani reprezentujący środowisko dużego miasta. Chłopcy uzyskali wyższy wynik w czynniku wytrwałości, zaś dziewczęta w czynniku siły ( $p < 0,005$ ). Wraz z wiekiem spada wartość czynnika siły, wzrasta zaś czynnika wytrwałości.

W innych badaniach, przeprowadzonych na 227 osobowej grupie młodzieży miejskiej w wieku 15–17 lat, uzyskano średnią zbliżoną do wyników wcześniejszych badań ( $M = 33,94$ ;  $SD = 5,00$ ).

Ponieważ ogólny wynik skali nie ujawnia zróżnicowania ze względu na wiek i płeć, zaś rozkłady wyników badanych grup są podobne (test Kołmogorowa-Smirnowa), obliczono wspólne normy dla wszystkich badanych kategorii dzieci i młodzieży (tab. 5).

Tabela 5

Skala Pomiaru Kompetencji Osobistej (KompOs): normy dla wieku  
11–17 lat (N = 754)

Steny	Wynik surowy	Steny	Wynik surowy
10	44–48	5	31–33
9	42–43	4	29–30
8	40–41	3	27–28
7	37–39	2	25–26
6	34–36	1	12–24

### Ogólna ocena

Skala skonstruowana przez Schwarzera i Jerusalema stała się popularnym narzędziem pomiaru. Wynika to z zapotrzebowania na metody określające opisany konstrukt, wyrażający tak znaczące dla przewidywania zachowań właściwości dyspozycyjne jednostki. Na podstawie dotychczasowych badań można uznać, że polska wersja SUWS nie odbiega od wersji oryginalnej i posiada dobre właściwości psychometryczne.

Z kolei skala KompOs wymaga dalszej weryfikacji empirycznej. Dotychczasowe wyniki okazały się zadowalające. W porównaniu z innymi konstruktami, jak np. poczuciem własnej wartości, brak jest literatury i badań poświęconych problematyce oczekiwań i roli poczucia własnej skuteczności u dzieci i młodzieży. Wzrastające zainteresowanie programami profilaktycznymi i modyfikacją zachowań spotęguje poszukiwania predyktorów zachowań, wśród których poczucie własnej kompetencji znajdzie z pewnością swoje poczesne miejsce.

### BIBLIOGRAFIA

- Bandura A. (1977), *Self-efficacy. Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, „Psychology Review”, **84**, 191–215
- Bandura A. (1997), *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, Freeman, New York
- Colletti G., Supnick J., Payne T. (1985), *The Smoking Self-efficacy Questionnaire (SSEQ): Preliminary Scale Development and Validation*, „Behavioral Assessment”, **7**, 249–260
- Juczyński Z. (1997), *Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych*, [w:] J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie*, Wydawnictwo AWF, Wrocław, 285–291
- Juczyński Z. (1998), *Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, **14**, 54–63

- Kaplan R. M., Atkins C., Reinsch S. (1984), *Specific Efficacy Expectations Mediate Exercise Compliance in Patients with COPD*, „Health Psychology”, **3**, 223–242
- Kok G., Den Boer D., De Vries H., Gerards F., Hospers H., Mudde A. (1992), *Self-efficacy and Attribution Theory in Health Education*, [in:] R. Schwarzer (ed.), *Self-efficacy: Thought Control of Action*, Hemisphere, Washington D.C., 245–262
- Locke E. A., Latham G. P. (1990), *A theory of goal setting and task performance*, Prentice Hall, New York
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (1996), *Development Support and Smoking Prevention Programme Among School Children*, [in:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (eds.), *Health promotion. A psychosocial perspective*, University Press, Łódź, 87–95
- Scheier M., Carver C. (1985), *Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies*, „Health Psychology”, **4**, 219–247
- Schwarzer R. (1992), *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, Hogrefe, Göttingen
- Schwarzer R. (1993), *Measurement of Perceived Self-efficacy: Psychometric Scales for Cross-cultural Research*, Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie, Berlin
- Schwarzer R. (1997), *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*, [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa, 175–205
- Schwarzer R. (1998), *General Perceived Self-Efficacy in 14 Cultures*, An Electronic Volume, Produced for the European Health Psychology Society
- Schwarzer R., Fuchs R. (1996), *Self-efficacy and Health Behaviours*, [in:] M. Conner, P. Norman (eds.), *Predicting Health Behaviour*, Open University Press, Buckingham –Philadelphia, 163–196
- Seydel E., Taal E., Wiegman O. (1990), *Risk-appraisal, Outcome and Self-efficacy Expectancies: Cognitive Factors in Preventive Behavior Related to Cancer*, „Psychology and Health”, **4**, 99–109
- Zakrzewski J. (1987), *Poczucie skuteczności a samoregulacja zachowania* „Przegląd Psychologiczny”, **3**

ZYGFRYD JUCZYŃSKI

#### SELF-EFFICACY – THEORY AND MEASUREMENT

The first part presents fundamentals assumptions concerning expectations, especially taking into account self-efficacy and its role in changing behaviour. Generalized self-efficacy beliefs reflect the strength of individuals' ability to respond to and control environmental demands and challenges.

Second part presents two methods to assessment self-efficacy beliefs: for adults – Generalized Self-Efficacy Scale developed by Schwarzer and Jerusalem, adopted into Polish condition by Juczyński and for children – Scale of Self-Efficacy prepared by Juczyński. For each method have been presented description, administration, scoring, interpretation, evaluation and psychometric status.

**Key words:** expectations, self-efficacy, health behaviour.