

Przegląd Badań Edukacyjnych

Ewelina Książek

Krzysztof Rubacha

**TEST POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI ZDROWOTNEJ
(TPWSZ)**

PODRĘCZNIK PSYCHOMETRYCZNY

Numer 58 (2026), Podręcznik Pracowni Narzędzi Badawczych

Redakcja Naukowa
prof. dr hab. Krzysztof Rubacha

Rada Naukowa

prof. Jan Danek, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave (Słowacja), prof. dr hab. Dorota B. Gołębiak, Dolnośląska Szkoła Wyższa, Wrocław (Polska), prof. dr Zbigniew Formella, Università Pontificia Salesiana, Roma (Włochy), dr Halyna Katolyk, Ukraiński Uniwersytet Katolicki, Lwów (Ukraina), Ass. Prof. Roald Larsen, UiT University of Tromsø (Norwegia), prof. dr Tadeusz Lewicki, Università Pontificia Salesiana, Roma (Włochy), prof. dr hab. Zbyszko Melosik, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań (Polska), prof. dr hab. Roman Schulz, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń (Polska), dr Valentina Shvets, National Academy of Pedagogical Sciences, Kyiv (Ukraina), dr Sabina Siebert, University of Glasgow (Szkocja), dr hab. Dorota Siemieniecka, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń (Polska), dr hab. Teresa Sołtysiak, prof. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz (Polska), dr Zoroslav Spevak, Assoc. Prof., University u Novom Sadu (Serbia), doc. mgr Mariana Sirotová, PhD, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave (Słowacja), prof. dr hab. Marzenna Zaorska, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn (Polska)

Rada Naukowa Pracowni Narzędzi Badawczych

prof. dr hab. Krzysztof Rubacha, prof. dr hab. Joanna Madalińska-Michalak, prof. dr hab. Ewa Jarosz,
prof. dr hab. Ewa Wysocka, dr hab. Beata Nowak, prof. ChAT, dr hab. Sławomir Pasikowski, prof. UŁ, dr Emilia Aksamit,
dr Magdalena Cuprjak

Redaktor statystyczny

dr Magdalena Cuprjak

Redaktorzy językowi

dr hab. Krzysztof Gajdka – język polski

Sekretarze Redakcji

dr Emilia Aksamit, e-mail: eaksamit@umk.pl
dr Magdalena Cuprjak, e-mail: mcuprjak@umk.pl
dr Małgorzata Fopka-Kowalczyk, e-mail: mfopka-kowalczyk@umk.pl

Redakcja „Przeglądu Badań Edukacyjnych”
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Wydział Filozofii i Nauk Społecznych
Instytut Nauk Pedagogicznych
87-100 Toruń, ul. Lwowska 1
<https://apcz.umk.pl/czasopisma/index.php/PBE>



Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons
i dystrybuowane w wersji elektronicznej Open Access poprzez Akademicką Platformę Czasopism UMK
Wersja papierowa jest dostępna w druku na żądanie na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwo.umk.pl

ISSN 1895-4308

<http://dx.doi.org/10.12775/PBE.2026.001>

© Copyright by Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Toruń 2026

UNIwersytet MIKOŁAJA KOPERNIKA
ul. Gagarina 11, 87-100 Toruń, Polska

Druk: Drukarnia Wydawnictwa Naukowego UMK

Spis treści

Wprowadzenie	7
Budowanie konstruktu teoretycznego poczucia własnej skuteczności zdrowotnej	9
Operacjonalizacja konstruktu i właściwości psychometryczne	15
Moc dyskryminacyjna pozycji Testu Poczucia Własnej Skuteczności Zdrowotnej (TPWSZ)	15
Rzetelność testu	17
Trafność teoretyczna. Struktura wewnętrzna testu	18
Trafność diagnostyczna	21
Normalizacja	24
Arkusze PWSZ/CR	28
Klucz do zliczania wyników	30
Literatura cytowana	31

Abstract

This article presents the process of constructing and validating the Health Self-Efficacy Test (HSET). The starting point is the theory of self-efficacy, which posits that an individual's judgment regarding their ability to meet the demands of various tasks influences motivation and action. The authors define health self-efficacy as their judgment regarding their ability to implement preventive actions that promote health. The construct addresses the prevention of five groups of diseases: hypertension, obesity, lipid disorders, type 2 diabetes, and depression. The developed test comprises 19 items assessing readiness for health-promoting actions. Psychometric analyses indicate the tool's high reliability, single-factor structure, and satisfactory diagnostic accuracy. Norms were also developed to facilitate the interpretation of results.

Keywords:

health, prevention, self-efficacy, test, psychometric properties

Wprowadzenie

Wraz ze wzrostem liczby badań nad poczuciem własnej skuteczności i poczuciem sprawstwa umacniało się twierdzenie, że zmienna ta stanowi diagnostyczny regulator działania człowieka. Regulacyjna funkcja polega na utrzymaniu motywacji do realizacji zadań, opartej na przekonaniu, że konkretne działania są przyczyną konkretnych zdarzeń. Poczucie wpływu na zdarzenia pozwala znosić długie okresy wysiłku podczas realizacji własnych planów życiowych. Sukces w tym zakresie wzmacnia poczucie sprawstwa (Skinner, 1996). Z drugiej strony, wiele obszarów życia wymaga sporego wysiłku, by osiągać w nich oczekiwane rezultaty. Niektóre z tych obszarów po części zależą od jednostki, po części od zewnętrznych uwarunkowań, np. czynników genetycznych. Tak jest właśnie w obszarze ochrony zdrowia czy zdrowia w ogóle. Pomimo posiadania określonego, niekorzystnego, profilu genetycznego jednostka ma w swojej przestrzeni pulę czynników modyfikowalnych, których samokontrola może hamować wystąpienie wielu schorzeń, nawet tych genetycznie uwarunkowanych. Ponieważ jednak taka samokontrola wymaga wysiłku i zaangażowania, ważna jest wiara w powodzenie, pełniąca funkcję motywu stymulującego odpowiednie działanie. Ta wiara stanowi komponent poczucia własnej skuteczności. Powstaje więc mocne uzasadnienie poszukiwania naukowych wyjaśnień mechanizmu działania tej zmiennej. Niniejsza publikacja rekonstruuje proces definiowania i operacjonalizowania do postaci narzędzia pomiarowego konstruktu poczucia własnej skuteczności zdrowotnej.

Budowanie konstruktu teoretycznego poczucia własnej skuteczności zdrowotnej

Albert Bandura zdefiniował poczucie własnej skuteczności (*self-efficacy*) jako przekonanie jednostki o jej zdolności do przeprowadzenia działań koniecznych do wykonania różnych zadań (Bandura, 1997). Nieprecyzyjne określenie „przekonanie” zastąpił kilka lat później terminem „sąd”, co wynikało bezpośrednio z włączenia poczucia skuteczności do struktury treściowej teorii społeczno-poznawczej. Teoria społeczno-poznawcza zakłada, że zachowanie człowieka jest wynikiem interakcji pomiędzy czynnikami osobistymi (poznawczymi, emocjonalnymi, motywacyjnymi), biologicznymi i środowiskiem. Ta przyczynowa triada stanowi tło dla poczucia skuteczności, które odgrywa kluczową rolę w procesie samoregulacji – wpływa na wybór działań, kontrolę emocji, motywację i uczenie się przez obserwację obiektów działających w środowisku. Mowa zatem o doświadczeniach, jakie jednostka wynosi z różnych obszarów działania. Poczucie skuteczności będzie więc wysokie, jeśli wynika z doświadczania sukcesów, niskie, jeśli wynika z porażek. Nie bez znaczenia są też tzw. doświadczenia pośrednie-zastępcze powstające z danych pochodzących z obserwacji innych osób, które odnoszą sukcesy lub ponoszą porażki. Doświadczenia zastępcze wzmacniają efekt doświadczeń osobistych. Ponieważ doświadczenia tego typu mają charakter społeczny, liczą się także właściwości interakcji z bliskimi ludźmi, które polegają na odbieraniu pozytywnych sygnałów, motywujących do działania. Często są to zachowania werbalne, np. rodziców, którzy komunikują dzieciom wiarę w ich możliwości. Równolegle działają inne zmienne towarzyszące wykonywaniu codziennych zadań, w tym szczególnie stany fizjologiczne i emocjonalne, takie jak zmęczenie, stres, lęk, napięcie. Mowa oczywiście o ich odpowiedniej interpretacji przez

podmiot. Kiedy wykorzystuje on je pozytywnie, wzmacnia poczucie własnej skuteczności. Jeśli jest odwrotnie, zmienne te dezorganizują działanie, generują porażki i zwrótnie zaniżają poczucie własnej skuteczności w kolejnych próbach zadaniowych. Warto też podkreślić, że stojące za wartościami tych zmiennych doświadczenia własne podmiotu nie stanowią monolitu. Pochodzą z różnych przestrzeni życia, więc mają zróżnicowane obrazy. Dlatego Bandura obok uogólnionego podkreśla także znaczenie mikroanalitycznego poczucia skuteczności, które może dotyczyć konkretnej dziedziny, np. zdrowia, kontroli nałogów, działalności akademickiej, sportu, uczenia się itp. W tym przypadku jednostka może ujawniać niskie poczucie skuteczności w jednych obszarach swoich działań, a wysokie w innych.

Ponieważ w pewnym momencie teoria społeczno-poznawcza wkroczyła także w badania nad funkcjonowaniem grup społecznych, Bandura wprowadził pojęcie kolektywnego poczucia skuteczności, które definiował jako wspólny sąd członków grupy o jej zdolności do organizowania i wykonywania działań potrzebnych do osiągnięcia grupowych celów. Jeśli będzie ono wysokie, zapewni spójność grupy, zaufanie między członkami oraz efektywność działań (Bandura, 2000). Analizy te dotyczyły poczucia organizacyjnej skuteczności kolektywnej w zespołach pracowniczych i instytucjach oraz poczucia społecznościowej skuteczności kolektywnej w działaniach obywatelskich i edukacyjnych.

Równoległe z wyżej opisanymi pracami nad poczuciem skuteczności powstawały jej inne koncepcje, których wartość w kontekście teorii społeczno-poznawczej tkwi w tym, że stanowią przestrzeń do testowania trafności jej twierdzeń. Uogólnione poczucie skuteczności w teorii Ralfa Schwarzera i Matthiasa Jerusalema (1995) jest traktowane jako względnie trwałe przekonanie jednostki o zdolności do skutecznego radzenia sobie z trudnościami i wyzwaniem w różnych kontekstach życiowych. Prowadzili oni analizy dotyczące zdrowotnego, edukacyjnego i zawodowego poczucia skuteczności. Generalnie wysokie poczucie skuteczności sprzyja postrzeganiu stresu jako wyzwania, stosowaniu strategii zadaniowych zamiast unikowych, zdrowiu psychicznemu i fizycznemu (Schwarzer, 1999). Ujęcie to nie odbiega w swych głównych twierdzeniach od empirycznych ustaleń Bandury. Podobnie jest zresztą z teorią celów Edwina Locke'a i Gary'ego Lathama. Poczucie skuteczności stanowi tutaj mechanizm wyznaczania celów i zadań. Im jest wyższe, tym

większa mu towarzyszy motywacja – najpierw do opracowania programów celowego działania, a potem do realizacji konkretnych zadań prowadzących do tych celów. Ci autorzy dodatkowo podkreślają rolę energii potrzebnej do organizowania zadań, którą generuje w głównej mierze właśnie wysokie poczucie własnej skuteczności. Osoby o wysokiej skuteczności wyznaczają sobie bardziej ambitne cele, wkładają więcej wysiłku i są w stanie dłużej wytrwać przy ich realizacji, a także szybciej wracają do działania po niepowodzeniach (Locke, Latham, 2002).

W tym samym czasie co Bandura zagadnienie to badała i wyjaśniała Ellen Skinner (1996). Według niej poczucie skuteczności jest częścią szerszego systemu poczucia kontroli, definiowanego jako przekonanie, że własne działania mają wpływ na wyniki zdarzeń. Chodzi o to, że ludzie potrzebują mieć pewność, że ich działania są przyczyną rezultatów. W tej teorii jest mowa o poczuciu skuteczności osobistej (wiara we własną sprawczość), poczuciu skuteczności pośredniej (przekonanie, że inni mogą osiągnąć cel w naszym imieniu), poczuciu skuteczności kolektywnej (przekonanie o zdolności grupy do wspólnego działania).

Powyższa analiza prowadzi do przyjęcia wyjściowego w tych badaniach rozumienia poczucia własnej skuteczności, wyprowadzonego z teorii społeczno-poznawczej, jako sądu jednostki na temat jej osobistych możliwości sprostania warunkom różnych zadań (Bandura, 2000). Szczegóły i zależności tej zmiennej od innych zmiennych regulujących zachowanie się człowieka zostały opisane powyżej. To rozumienie staje się teoretyczną podstawą do budowy konstruktu poczucia skuteczności zdrowotnej. **W omawianych badaniach przyjęto więc, że poczucie własnej skuteczności zdrowotnej to sąd jednostki na temat sprostania zadaniom związanym z utrzymaniem zdrowia i gotowością do działań profilaktycznych zapobiegających jego utracie (Rubacha, Książek, 2025).** W sensie medycznym zadania te kierują utrzymaniem zdrowia i gotowością do działań profilaktycznych w zakresie: nadciśnienia tętniczego, zaburzeń profilu lipidowego, wysokiego wskaźnika glikemii (cukrzycy typu 2), wzrostu masy ciała (otyłości) oraz ryzyka depresji. Decyzję o włączeniu tych chorób do omawianego konstruktu teoretycznego oparto na danych epidemiologicznych. Są to bowiem niezakaźne epidemie, obejmujące znaczną część populacji i rozwijające się w ciągle rosnącym tempie. Otyłość występuje w przedziale 18–25% populacji Polski, nadciśnienie tętnicze 30–60%,

cukrzyca 6–7%, hipercholesterolemia (zaburzenie lipidowe) 25–30%, depresja (analizowana objawowo) 10–25% populacji. Przy czym np. tylko 1% osób otyłych jest leczonych. Te choroby są często powiązane ze sobą i stanowią bezpośrednio, ale przede wszystkim też pośrednio największy odsetek śmiertelności (Wojtyniak, Smaga, 2025). Chodzi oczywiście o ich powikłania i czynniki ryzyka populacyjnego, jakie za sobą niosą. Budując konstrukt teoretyczny będący przestrzenią do badania poczucia skuteczności zdrowotnej, zgodnie z jej wyżej ukazaną definicją, wyodrębniono trzy kryteria opisu tych chorób, które są kluczowe z punktu widzenia profilaktyki. Są to definicja i powikłania danego schorzenia, modyfikowalne czynniki ryzyka podlegające samokontroli oraz typowe działania profilaktyczne, które może podjąć jednostka. Upraszczając definicję poczucia skuteczności zdrowotnej, można przyjąć, że jej przedmiotem jest gotowość jednostki do podjęcia działań profilaktycznych wobec tych pięciu chorób. Chodzi przy tym o trzy rodzaje działań profilaktycznych, czyli nastawionych na zapobieganie, wczesne wykrywanie i leczenie, ujmowane z perspektywy człowieka (jednostki) jako sprawcy, nie zaś instytucji zdrowia publicznego. Profilaktyka wczesna jako utrwalanie wzorców zdrowego stylu życia jest realizowana np. poprzez udział w edukacji zdrowotnej. Profilaktyka pierwotna, czyli pierwszej fazy, to zapobieganie chorobom, kontrolowanie czynników ryzyka, np. korzystanie ze szczepień ochronnych. Profilaktyka wtórna, czyli drugiej fazy, to zapobieganie następstwom i powikłaniom chorób poprzez ich wczesne wykrycie i poddanie się leczeniu. Profilaktyka trzeciorzędowa, czyli trzeciej fazy, to redukowanie szkód wynikających z choroby, np. uczenie się zdrowego stylu życia już po zawale serca. Działania te ulegają uszczegółowieniu w przypadku konkretnych chorób.

1. Nadciśnienie tętnicze to schorzenie, którego wskaźnikiem jest przekroczenie wartości pomiarowej 120 mmHg ciśnienia krwi w momencie skurczu serca (pompowanie krwi z serca) i 70 mmHg w chwili rozkurczu serca (napełnianie się serca krwią). Ciśnienie jest podwyższone, kiedy wartości te zawierają się w przedziałach 121–139 mmHg w skurczu i 71–89 mmHg w rozkurczu serca, z nadciśnieniem zaś mamy do czynienia, kiedy ciśnienie osiąga wartość 140 mmHg i więcej w skurczu oraz 90 mmHg i więcej w rozkurczu. Bezpośrednim skutkiem choroby jest uszkodzenie śródbłonna i przebudowa naczyń krwionośnych, wcześniejsza miażdżyca, nefropatia (uszkodzenie nerek), retinopatia (uszkodzenie siatkówki oka), przerost mięśnia sercowego, choroby

sercowo-naczyniowe, udary niedokrwienne i krwotoczne, tętniaki, demencja, zaburzenia erekcji. W ramach profilaktyki polegającej na samokontroli należy skupić się na eliminowaniu następujących modyfikowalnych czynników ryzyka: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nadmierne spożywanie soli, mała aktywność fizyczna, otyłość i nadwaga, siedzący styl życia, zaburzenia snu, ignorowanie zaleceń lekarzy i niewłaściwe stosowanie leków. Z kolei typowe działania profilaktyczne to: zbilansowane odżywianie się, utrzymanie właściwej masy ciała, aktywność fizyczna, techniki relaksacyjne, higiena snu, domowe pomiary ciśnienia.

2. Otyłość jest definiowana jako stan organizmu rozpoznawany na podstawie wskaźnika masy ciała $BMI \geq 30 \text{ kg}/(\text{wzrost})^2$. Wskaźnik masy ciała BMI dobrze koreluje z zawartością tkanki tłuszczowej organizmu i jest niezależny od wzrostu, dlatego można go traktować jako empiryczny wskaźnik otyłości. Choroba ta daje daleko idące powikłania, do których należą: zespół metaboliczny, cukrzyca typu 2, choroby układu sercowo-naczyniowego, dyslipidemia (zaburzenie poziomu lipidów we krwi), miażdżycy naczyń krwionośnych, zawał serca, udar, zatorowość płucna, zespół bezdechu sennego, stłuszczenie wątroby, uszkodzenie nerek, obniżenie jakości życia, problemy psychiczne. Dodatkowo otyłość zwiększa ryzyko nowotworów, szczególnie raka jelita grubego (40% nowotworów wynika z otyłości). W ramach profilaktyki polegającej na samokontroli należy skupić się na eliminowaniu następujących modyfikowalnych czynników ryzyka: brak lub niewystarczająca aktywność fizyczna, nadmierna podaż kalorii, nadmierny stres, zaburzenia nastroju, depresja, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, nieprawidłowo zbilansowane posiłki z dużą zawartością cukrów prostych i tłuszczów zwierzęcych. Do typowych działań profilaktycznych należą: kontrola masy ciała, odpowiednio zbilansowane odżywianie się, wyeliminowanie cukrów prostych, wysoko przetworzonej żywności, okresowe pomiary talii, regularna aktywność fizyczna.

3. Zaburzenia lipidowe (hipercholesterolemia i hipertrójglicerydemia) to nieprawidłowości metaboliczne (podwyższone stężenie cholesterolu i/lub trójglicerydów we krwi) wtórne wobec innych chorób, m.in. stan wtórny przebiegu cukrzycy, otyłości, zespołu metabolicznego, niektórych chorób nerek, niedoczynności tarczycy, ostrego zapalenia trzustki, stłuszczonej wątroby, nadciśnienia tętniczego. W ramach profilaktyki polegającej na samokontroli należy skupić się na eliminowaniu następujących modyfikowalnych

czynników ryzyka: ograniczenie aktywności ruchowej, duża ilość tłuszczów nasyconych i trans (fast food, tłuste mięso, przetworzone produkty), nadmiar cukru i słodkich napojów, spożywanie alkoholu i palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2. Z kolei do typowych działań profilaktycznych należą: odpowiednio zbilansowane odżywianie się (błonnik, warzywa, pełne ziarna), aktywność fizyczna, stosowanie się do zaleceń lekarza, utrzymanie prawidłowej masy ciała, kontrola chorób towarzyszących, regularne badania profilu lipidowego.

4. Cukrzyca typu 2 jest chorobą metaboliczną polegającą na zaburzeniu gospodarki węglowodanowej, której istotą jest hiperglikemia spowodowana zaburzeniami wydzielania lub działania insuliny. Powikłania cukrzycy typu 2 to: retinopatia, nefropatia, stopa cukrzycowa, miażdżycowa choroba naczyń, choroby naczyń tętniczych, choroby sercowo-naczyniowe, udar, niedokrwienie kończyn dolnych, neuropatia, zaburzenia czucia, choroby przewodu pokarmowego, impotencja. Typowe działania profilaktyczne polegają na: utrzymaniu właściwej masy ciała, zbilansowaniu odżywiania się (bez węglowodanów prostych), aktywności fizycznej, stosowaniu się do zaleceń lekarza, niespożywania glukozy i fruktozy.

5. Ryzyko depresji – depresja to zaburzenia nastroju, w przebiegu obniżonego nastroju, zaburzenia emocji, myślenia, motywacji, utrata zainteresowań, zaburzenia psychosomatyczne. Do powikłań należą m.in. myśli samobójcze, uzależnienia, rozwój chorób serca, nowotwory, przewlekłe stany zapalne, zaburzenia snu, zaburzenia łaknienia, otyłość, spadek aktywności fizycznej, spadek libido, zaburzenia hormonalne, w tym m.in. zaburzenia miesięczkowania. W ramach profilaktyki polegającej na samokontroli należy skupić się na eliminowaniu następujących modyfikowalnych czynników ryzyka: zaburzenia neuroprzekazników (wahania serotoniny, dopaminy, noradrenaliny), zaburzenia snu, zaburzenia neurologiczne, niska samoocena, pesymizm, wysoki poziom stresu, neurotyzm, perfekcjonizm, osobowość zależna. Typowe działania profilaktyczne to: regularny sen i odpoczynek, aktywność fizyczna, zbilansowane odżywianie się, radzenie sobie ze stresem, unikanie alkoholu, przestrzeganie zaleceń lekarza, korzystanie z psychoterapii, autoedukacja.

Tak zdefiniowany konstrukt teoretyczny został poddany operacjonalizacji do postaci twierdzeń zamieszczonych w kwestionariuszu, zawierających wskaźniki poczucia własnej skuteczności oraz działań profilaktycznych wobec

wyżej wymienionych chorób. Czterostopniowa skala ustosunkowania się do treści tych zdań stanowiła przestrzeń diagnozowania stanu poczucia własnej skuteczności zdrowotnej. Poniżej opisano proces operacjonalizacji oraz szacowania i weryfikowania własności psychometrycznych tego narzędzia pomiarowego.

Operacjonalizacja konstruktów i właściwości psychometryczne

Moc dyskryminacyjna pozycji Testu Poczucia Własnej Skuteczności Zdrowotnej (TPWSZ)

W odniesieniu do poczucia własnej skuteczności wskaźnik definicyjny umieszczono w instrukcji kwestionariusza wprowadzającej do zdań zawierających inferencyjne i definicyjne wskaźniki działań sprzyjających utrzymaniu zdrowia w zakresie ciśnienia tętniczego, masy ciała, profilu lipidowego, poziomu glikemii oraz ryzyka depresji. Kierując się wywiadami kognitywnymi ($N = 50$ kobiet i mężczyzn w wieku od 30 do 70 lat), jako wskaźnik poczucia własnej skuteczności wybrano określenie „w jakim stopniu jesteś w stanie w sposób ciągły spełniać warunki utrzymania zdrowia swojego organizmu w zakresach opisanych w poniższych zdaniach”. Osoby badane wystąpiły *de facto* w roli sędziów kompetentnych, którzy ocenili intersubiektywność określeń wskazanych przez siebie jako najlepsze, występujących w mowie potocznej i na co dzień używanych do opisywania czynności, jakie ludzie podejmują dla utrzymania właściwego stanu zdrowia. Współczynnik zgodności sędziów wynosił 0,9. Następnie budowano zdania zawierające wskaźniki praktyk prozdrowotnych stosowanych przez osoby badane. Wyjściowo dysponowano 37 zdaniami, proporcjonalnie reprezentującymi poszczególne obszary zdrowia. Po poddaniu ich pierwszej ocenie sędziów kompetentnych (lekarz internista, psycholog zdrowia i pedagog w zakresie edukacji zdrowotnej) zostało 26 twierdzeń, które miały odpowiednie wskaźniki trafności fasadowej oraz wskaźnik zgodności sędziów (0,71–0,92). W ten sposób powstała pierwsza wersja eksperymentalna Testu Poczucia Własnej Skuteczności Zdrowotnej (TPWSZ), którą zbadano 390 losowo dobranych osób i uzyskano w ten sposób 370 wyników. Ten pomiar

nie pokazał jednak zadowalających wskaźników w przypadku aż 17 twierdzeń. W związku z tym ponownie uruchomiono procedurę oceny tych pozycji przez kolejnych dwóch sędziów kompetentnych (dwoje lekarzy: internista i nefrolog-hipertensjolog), których poproszono także o zbudowanie nowych wskaźników działań na rzecz zdrowia. Po tej procedurze zostało 17 pozycji, którymi zebrano kolejną pulę danych, tym razem jednak w próbie $N = 119$. Po wyliczeniu współczynników mocy dyskryminacyjnej zostało jedynie 15 pozycji, dwie miały zbyt niskie wartości współczynnika Rbi. W tej sytuacji, biorąc pod uwagę wszystkie doświadczenia z poprzednich pomiarów, skonstruowano nowe pozycje w odniesieniu do brakujących wskaźników. Nowa próbka 244 badanych (120 mężczyzn i 124 kobiety w wieku 31–74 lata) dostarczyła nam dane, które pozwoliły wyliczyć możliwe do przyjęcia wskaźniki mocy dyskryminacyjnej. Uwzględniono dolną i górną grupę, czyli po 27% wyników najwyższych i najniższych, i budując proporcję, ostateczne wartości odczytano z tablic Flanagana. Współczynniki Rbi są z przedziału (0,34–0,88).

Tabela 1. Współczynniki mocy dyskryminacyjnej Rbi

Nr	Pozycja ze wskaźnikiem	Rbi
1	Wykonywanie ćwiczeń fizycznych rozciągających, siłowych i kondycyjnych minimum 45 minut dziennie	0,34
2	Zrezygnowanie z nadmiernego solenia potraw spożywanych na śniadanie, obiad i kolację	0,49
3	Nie używanie żadnych wyrobów tytoniowych, narkotyków, dopalaczy bez względu na ich rodzaj	0,67
4	Rezygnacja z picia wysokoprocentowego alkoholu	0,63
5	Wprowadzenie diety zawierającej surowe warzywa w $\frac{1}{3}$ wielkości jedzonej porcji	0,77
6	Zrezygnowanie z posiłków wysoko przetworzonych, m.in. takich jak fast food	0,55
7	Pilnowanie, by spożywane posiłki nie przekraczały norm kalorycznych (nieprzejadanie się)	0,55
8	Pamiętanie o okresowym kontrolowaniu poziomu cukru we krwi	0,58
9	Systematyczne kontrolowanie stężenia lipidów we krwi wraz z gromadzeniem wyników badań laboratoryjnych z poszczególnych lat	0,63
10	Ponieważ stężenie lipidów we krwi zależy od czynników genetycznych, w wypadku ich wzrostu przyjmowanie zleconych przez lekarza preparatów	0,88

Tabela 1 (cd.)

Nr	Pozycja ze wskaźnikiem	Rbi
11	Zdecydowana rezygnacja ze spożywania słodczy w jakiegokolwiek postaci	0,82
12	Dbanie o codzienne relacje z innymi ludźmi, utrzymywanie z nimi kontaktu nawet mimo ograniczeń czasowych	0,42
13	Ograniczenie czasu pracy na rzecz snu, czynnego odpoczynku i utrzymywania relacji z bliskimi sobie ludźmi nawet kosztem zmniejszenia zarobków	0,53
14	Gotowość do poddania się psychoterapii, by nauczyć się radzić sobie z lękiem, smutkiem, rozczarowaniem	0,60
15	Posiadanie urządzenia do mierzenia ciśnienia tętniczego i systematyczne jego mierzenie, nawet gdy kolejne pomiary dają wyniki w normie	0,84
16	Kontrolowanie czasu nocnego zasypiania tak, by między 22.00 a 2.00 spać nieprzerwanie	0,65
18	Korzystanie z programów profilaktycznych, by rozpoznać ewentualną chorobę, kiedy będzie we wczesnej fazie	0,86
19	W przypadku stwierdzenia nieprawidłowych wysokich wartości pomiarów ciśnienia tętniczego bezwzględne przyjmowanie leków i stosowanie się do zaleceń lekarza	0,74

Źródło: badania własne.

Rzetelność testu

W pierwszym podejściu jako wskaźnika spójności wewnętrznej TPWSZ użyto miary Alfa Cronbacha, która pozwala sprawdzić, czy pozycje w teście są ze sobą silnie skorelowane, co świadczyłoby o ich spójności. Jeżeli bowiem test mierzy jedną cechę, choć o złożonej strukturze wewnętrznej, to badani powinni udzielać podobnych odpowiedzi na wszystkie jego pozycje. I tak się stało, ponieważ uzyskana wartość dla całego testu wynosi 0,94. Nie wskazuje to jednoznacznie, że test ma rzetelność zbliżoną do idealnej, ponieważ wysoka wartość współczynnika Alfa Cronbacha, taka jak nasza, może sugerować, że część pozycji jest redundantna, gdyż mierzy tę samą właściwość skali w sytuacji, gdy konstrukt, choć mierzy jedną cechę, składa się z pozycji akcentujących kilka jej aspektów. W naszym przypadku można się spodziewać, że badani mogą chętnie dokonywać pomiaru ciśnienia tętniczego i stosować odpowiednią dietę, ale jednocześnie mieć niskie poczucie skuteczności w odniesieniu do systematycznego wykonywania ćwiczeń fizycznych. Dlatego warto zachować ostrożność

w interpretowaniu tego wyniku. Drugim powodem jest liczba pozycji naszego testu. Konstrukcja Alfya Cronbacha „uprzywilejowuje” wielość pozycji testu, dając nieco zawyżone wyniki wraz z ich wzrostem. Granicą jest ok. 20 pozycji, a TPWSZ ma ich 19. Z tych dwóch powodów, estymując rzetelność tego narzędzia, wyliczono jeszcze dwie inne miary. Pierwszą z nich była technika estymacji zgodności wewnętrznej według formuły Spearmana-Browna (rtt), w której następuje podział testu na dwie równe części, by powiedzieć, jak rosłaby rzetelność, gdyby test został wydłużony o 100 procent. Jest to więc nieco inne podejście niż w przypadku Alfya. Formuła ta wykorzystuje współczynniki mocy dyskryminacyjnej R_{bi} , podnosząc je do kwadratu i przeliczając w oparciu o kombinację liczby pozycji w teście. W rezultacie otrzymano wartość 0,90, którą uznano za wysoki wskaźnik zgodności wewnętrznej testu.

Trzecim sposobem estymacji rzetelności TPWSZ było badanie stabilności bezwzględnej. Ta sama próbka ($N = 244$) została zbadana dwa razy w odstępie jednego miesiąca. Oba pomiary korelowały ze sobą dość wysoko, współczynnik ϕ wynosił bowiem 0,78 (przy $p < 0,05$). Mierząc te trzy aspekty rzetelności i uzyskując pokazane wyżej wyniki, uznano, że na obecnym etapie tymczasowa rzetelność testu jest zadowalająca.

Trafność teoretyczna. Struktura wewnętrzna testu

Zmierzając do poznania struktury wewnętrznej testu, wykonano Eksploracyjną Analizę Czynnikową (EFA) metodą głównych składowych (PCA). Dane teoretyczne nie nasuwały konkretnej struktury narzędzia, nie było więc hipotezy, która mogłaby być testowana w ramach Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej. Pierwszym krokiem było zweryfikowanie zasadności użycia EFA. Tabela 2 przedstawia miarę adekwatności doboru próbki, która jest wysoka, bliska jedności, a więc dane przystają do analizy czynnikowej. Wynik testu Bartletta, zamieszczony w tej samej tabeli, jest istotny statystycznie i ujawnia skorelowanie zmiennych ze sobą nawzajem. Taka niejednostkowa macierz korelacji również pozwala na wykonanie analizy czynnikowej.

Tabela 2. Testy Kaisera-Mayera-Olkina i Bartletta

Miara KMO adekwatności doboru próby		0,905
Test sferyczności Bartletta	przybliżone chi-kwadrat	6015,294
	df	171
	istotność	< 0,001

Źródło: badania własne.

Przystępując do oszacowania głównych składowych, zdecydowano się na rozwiązanie jednoczynnikowe, co wtórnie uzasadnia procent wyjaśnionej przez ten czynnik wariancji, widoczny w tabeli 3.

Tabela 3. Całkowita wyjaśniona wariancja

Składowa	Początkowe wartości własne			ogółem	% wariancji
	ogółem	% wariancji	% skumulowany		
1	12,762	67,166	67,166	12,762	67,166
2	1,248	6,570	73,737		
3	1,090	5,739	79,476		
4	0,740	3,893	83,370		
5	0,610	3,211	86,581		
6	0,420	2,209	88,790		
7	0,361	1,900	90,690		
8	0,339	1,782	92,472		
9	0,276	1,455	93,927		
10	0,219	1,152	95,079		
11	0,176	0,926	96,005		
12	0,157	0,827	96,832		
13	0,148	0,779	97,611		
14	0,124	0,651	98,262		
15	0,106	0,556	98,818		
16	0,092	0,484	99,302		
17	0,066	0,347	99,649		
18	0,041	0,213	99,862		
19	0,026	0,138	100,000		

Źródło: badania własne.

Ważnym estymatorem, w dużej mierze rozstrzygającym o sensowności struktury narzędzia, jest układ ładunków czynnikowych. Pokazują one powiązanie między czynnikiem a zmienną obserwowalną, w tym przypadku pozycją testu. Przedział, w jakim te ładunki wskazują na dobre powiązanie, to (0,4 do 1). Jak widać w kolumnie drugiej tabeli 4, ładunki są wysokie, często bliskie jedności, i potwierdzają trafność modelu jednoczynnikowego.

Tabela 4. Ładunki czynnikowe i zasoby zmienności wspólnej

Pozycja	Ładunki czynnikowe	Zasoby zmienności wspólnej
1	0,689	0,475
2	0,896	0,803
3	0,930	0,865
4	0,934	0,873
5	0,919	0,845
6	0,905	0,819
7	0,834	0,695
8	0,896	0,803
9	0,910	0,829
10	0,900	0,811
11	0,846	0,716
12	0,872	0,760
13	0,761	0,580
14	0,700	0,490
15	0,747	0,558
16	0,697	0,486
17	0,778	0,605
18	0,736	0,541
19	0,456	0,208

Źródło: badania własne.

Struktura jest zatem stabilna, z jedną tylko pozycją słabszą, lecz mieszczącą się w przedziale dobrych powiązań. W trzeciej kolumnie tej samej tabeli 4 pokazano zasoby zmienności wspólnej, czyli proporcję wariancji zmiennych obserwowalnych – pozycji kwestionariusza testu, która została wyjaśniona

przez wyodrębniony(e) czynnik(i). W modelu jednoczynnikowym, a takim jest aktualnie analizowany, zasoby zmienności wspólnej są kwadratem ładunku czynnikowego dla zmiennej. Im wartość zasobów zmienności wspólnej bardziej zbliża się do jedności, tym lepiej zmienna jest wyjaśniona przez czynnik. Po odjęciu tej wartości od jedności otrzymuje się wariancję niewyjaśnioną przez czynnik. Im wyższa wartość zasobu zmienności wspólnej, tym mniejsza wariancja niewyjaśniona przez czynnik i odwrotnie. Pozycja 19 charakteryzuje się właśnie wysokim wskaźnikiem zmienności niewyjaśnionej przez czynnik, jest więc swego rodzaju szumem informacyjnym. Równie dobrze mogłaby być usunięta. Nie zdecydowano się jednak na ten krok głównie z powodu wystarczającego ładunku czynnikowego tej pozycji ($< 0,4$), ale także z uwagi na ważność zawartego w niej wskaźnika. Generalnie jednak TPWSZ jest narzędziem o jednoczynnikowej strukturze dobrze powiązanych z czynnikiem zmiennych obserwowalnych. Jeśli spojrzymy na ten fakt z punktu widzenia konstruktów mikroanalitycznego poczucia własnej skuteczności, nie jest to stan w jakiś sposób wykraczający poza definicję teoretyczną tego konstruktu. Z punktu widzenia natomiast obszarów działań profilaktycznych nie widać zróżnicowania poczucia własnej skuteczności zdrowotnej ze względu na działania wobec konkretnych zagrożeń zdrowotnych. To też wydaje się uzasadnione choćby ze względu na silne wzajemne powiązanie objawów tych schorzeń. Dbłość o zdrowie zdaje się tą kategorią, która obejmuje wszystko, co może się z nim dzieć, o czym jednak nie wiedzą szczegółowo osoby bez medycznego przygotowania.

Trafność diagnostyczna

Dotychczas zweryfikowano trafność diagnostyczną zbieżną i kryterialną. Trafność zbieżna została sprawdzona za pomocą procedury korelacyjnej wyników TPWSZ z testem mierzącym uogólnione poczucie własnej skuteczności oraz ze skalą stylu życia. Trafność kryterialną określono zaś, wykonując porównanie średnich TPWSZ ze względu na samoocenę dotychczasowego zaangażowania w działania profilaktyczne.

Poszukując kryteriów zewnętrznych do oceny trafności diagnostycznej zbieżnej, nie znaleziono w literaturze doniesień o istnieniu wystandaryzowanego narzędzia do pomiaru tej zmiennej. Z kolei przegląd badań nad zmien-

nymi, które potencjalnie mogłyby stanowić przestrzeń do oceny wariacji poczucia skuteczności zdrowotnej, nie przyniósł wystarczająco silnych argumentów teoretycznych wspierających takie działanie. Jedynym sposobem dobrze ugruntowanym teoretycznie okazało się skorelowanie wyników TPWSZ z uogólnionym poczuciem skuteczności. Argument teoretyczny, który tłumaczy taką decyzję, nawiązuje do społeczno-poznawczej teorii Alberta Bandury (2009). Wyłonienie bowiem mikroanalitycznej konceptualizacji poczucia własnej skuteczności nie stało w konflikcie z pomiarem jego uogólnionej postaci. Z drugiej strony, dostrzeżenie zmienności poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do różnych obszarów życia pokazało granice wyjaśniania z użyciem pojęcia uogólnionej skuteczności. W tym kontekście wydaje się, że oba rodzaje poczucia własnej skuteczności (mikroanalitycznej i uogólnionej) powinny ze sobą niezbyt wysoko korelować dodatnio. Drugi argument pochodzi z ustaleń Bandury (2009), że poczucie skuteczności w stosunku do danego obiektu czy sytuacji zależy od pozytywnych doświadczeń zebranych w przeszłości w zakresie wpływu na zdarzenia. Po pierwsze, uogólnione poczucie własnej skuteczności wydaje się więc dobrym kryterium zewnętrznym do szacowania trafności TPWSZ, a po drugie – badanie powinno pokazać niewielką, ale dodatnią i istotną statystycznie, zależność w tym zakresie. Obok TPWSZ w badaniu użyto Testu Poczucia Skuteczności (TPS) mierzącego uogólnione poczucie własnej skuteczności (Chomczyńska-Rubacha, Rubacha, 2013). Test ten składa się z 17 twierdzeń opisujących cechy osobowości i doświadczenia związane z poczuciem własnej skuteczności bez odwoływania się do konkretnego jego rodzaju. Pozycje TPS mają wysokie wskaźniki mocy dyskryminacyjnej, odpowiednią rzetelność oraz trafność czynnikową, diagnostyczną i prognostyczną (Chomczyńska-Rubacha, Rubacha, 2013). Stosując oba narzędzia na próbie $N = 201$, spełniając założenia testu parametrycznego Pearsona, uzyskano $r = 0,47$ przy $p < 0,05$. Zależność taką można uznać za znaczącą, co wzmacnia trafność diagnostyczną TPWSZ.

Drugim kryterium trafności zbieżnej było korelowanie wyników TPWSZ z wynikami skali stylu życia SSŻ, diagnozującej praktyki żywieniowe, aktywność ruchową, wykonywanie okresowych badań profilaktycznych. Skala, opracowana na potrzeby tego badania, została oparta na wyborze konkretnych działań, nawyków, stosowanych w codzienności preferencji w trzech wymienionych zakresach. Badani wskazują, jakie konkretnie potrawy jedzą,

jakich unikają, jakie ćwiczenia fizyczne wykonują i o jakich porach dnia, które z dostępnych dla nich badań profilaktycznych wykonali w ostatnich trzech latach itd. Decyzje te są zamieniane na punkty, a z nich wylicza się średnie wyniki w tych trzech zakresach, które są następnie kodowane jako zdrowy – przeciętny – niezdrowy styl życia. Ponieważ te pomiary są wyrażone w postaci średniej arytmetycznej, poziom zmiennej zostaje podniesiony z porządkowego do interwałowego. Tym samym po spełnieniu pozostałych warunków testu parametrycznego można w procedurze korelacyjnej pomiędzy wynikami TPWSZ i SSŻ użyć współczynnika Pearsona (liniowość związku i rozkłady zbliżone do normalnych – brak wyraźnych skośności obu zmiennych). Badanie wykonano na próbie $N = 201$ i uzyskano $r = 0,74$ przy $p < 0,05$. Oznacza to, że wraz ze wzrostem zdrowego stylu życia wzrasta poczucie własnej skuteczności i odwrotnie. Ten wynik także wzmacnia trafność diagnostyczną TPWSZ.

Teraz pora na trafność kryterialną. Rozważano różne kryteria zewnętrzne, jednak te oparte na sądzie introspekcyjnym wydały się najtrafniejsze, ponieważ powstają jako rezultat analizy własnego doświadczenia. Zapytano bowiem badanych o to, czy uważają się za osoby mające, poprzez swoje działania profilaktyczne, wpływ na własne zdrowie. Taka introspekcyjna samoocena powinna różnicować wyniki w TPWSZ, jeśli zmienna grupująca występuje w wariancie pozytywnym i negatywnym. Aby skonfrontować TPWSZ z takim sądem introspekcyjnym, wykonano jednoczynnikową analizę wariancji ($N = 201$). Tabela 5 pokazuje, że wariancje są homogeniczne, co uprawnia do użycia testu ANOVY.

Tabela 5. Testy jednorodności wariancji

	Test Levene'a	df1	df2	Istotność
PWSZ bazując na średniej	0,098	1	199	0,754
bazując na medianie	0,075	1	199	0,785
bazując na medianie i skorygowanych <i>df</i>	0,075	1	198	0,785
bazując na średniej obciętej	0,099	1	199	0,753

Źródło: badania własne.

Otrzymane rezultaty (tabela 6) pozwalają odrzucić hipotezę zerową, co oznacza, że TPWSZ zyskuje kolejne potwierdzenie trafności diagnostycznej. Osoby badane z grupy pozytywnej samooceny dotyczącej skuteczności własnych praktyk profilaktycznych uzyskują wyższe średnie w zakresie poczucia skuteczności zdrowotnej niż osoby z samooceną negatywną.

Tabela 6. Jednoczynnikowa ANOVA

PWSZ	Suma kwadratów	<i>df</i>	Średni kwadrat	<i>F</i>	Istotność
Między grupami	7,903	1	7,903	13,373	< 0,001
Wewnątrz grup	117,600	199	0,591		
Ogółem	125,502	200			

Źródło: badania własne.

Aktualnie nie zgromadzono innych danych potwierdzających trafność diagnostyczną TPWSZ, ale też ich nie testowano. Dobrym, jak się zdaje, obszarem są badania nad dobrostanem, postrzeganiem własnego zdrowia i choroby, poczuciem sprawstwa, doświadczeniami w osiąganiu celów życiowych, samooceną w zakresie realizowania zadań życiowych oraz samokontroli.

Normalizacja

Ostatnim krokiem standaryzacji było wyliczenie norm, czyli przekształcenie wyniku surowego w wynik interwałowy. Zastosowano skalę stenową, którą tworzy 10 interwałów obejmujących 3 odchylenia standardowe od średniej, gdzie 1 sten to 0,5 odchylenia standardowego. Podstawą obliczeń były wyniki z próbki 251 osób badanych (127 kobiet i 124 mężczyzn w wieku 31–73 lata). Tabela 7 zawiera formułę i szczegółowe przeliczenie wyników na podstawie analizy liczebności poszczególnych wyników surowych (*f*), liczebności skumulowanych (*cf*), proporcji liczebności skumulowanych do *n*. Ten ostatni parametr można już bezpośrednio przeliczyć na steny. Dane pokazują, że stosując interpretację skali stenowej zaproponowaną przez M. Nowakowską (1970), wyniki wysokie (10–7 sten) tworzy przedział wyników surowych (76–55), a lokuje się w nim 26% badanych. Wyniki przeciętne (6–5 sten) tworzy przedział (54–45), będący stosunkowo wąskim przedziałem, lecz z najsilniejszą koncentracją

badanych (40%). Niskie wyniki surowe (4–1 sten) to przedział 44–19 punktów surowych. Tworzy go 34% badanych osób z próbki normalizacyjnej.

Tabela 7. Normy stenowe TPWSZ

Wyniki surowe	$F = \text{frekwencja}$	$Cf = N - f$	$Cf * 1/n$	Sten
76	0	251	1,000	10
75	3	251	1,000	10
74	0	248	0,992	10
73	2	248	0,992	10
72	1	246	0,984	10
71	0	245	0,980	10
70	0	245	0,980	10
69	1	245	0,980	10
68	3	244	0,976	9
67	5	241	0,964	9
66	2	236	0,944	9
65	4	234	0,936	9
64	5	230	0,920	8
63	6	225	0,900	8
62	3	219	0,876	8
61	2	216	0,864	8
60	0	214	0,856	8
59	3	214	0,856	8
58	7	211	0,844	8
57	12	204	0,816	7
56	8	192	0,768	7
55	12	184	0,736	7
54	5	172	0,688	6
53	14	167	0,668	6
52	10	153	0,612	6
51	12	143	0,572	6
50	6	131	0,524	6
49	21	125	0,500	5
48	12	104	0,416	5

Tabela 7 (cd.)

Wyniki surowe	$F = \text{frekwencja}$	$Cf = N - f$	$Cf * 1/n$	Sten
47	5	92	0,368	5
46	4	87	0,348	5
45	9	83	0,332	5
44	2	74	0,296	4
43	6	68	0,272	4
42	2	62	0,248	4
41	0	60	0,240	4
40	0	60	0,240	4
39	4	60	0,240	4
38	4	54	0,216	4
37	1	50	0,200	4
36	5	49	0,196	4
35	3	44	0,176	4
34	9	41	0,164	4
33	8	32	0,128	3
32	11	24	0,096	3
31	0	13	0,052	2
30	4	13	0,052	2
29	2	9	0,036	2
28	4	7	0,028	2
27	0	3	0,012	1
26	2	3	0,012	1
25	1	1	0,004	1
24	0	0	0,000	1
23				
22				
21				
20				
19				

Źródło: badania własne.

Można zauważyć, że niemal co czwarta osoba (26%) osiąga wyniki wysokie, co oznacza, że wysokie poczucie własnej skuteczności zdrowotnej nie jest rzadkie, ale też nie jest udziałem większości. Próg wysokiego wyniku jest ustawiony umiarkowanie, nie skrajnie wysoko. Jednocześnie zakres wyników wysokich (55–76) jest dość szeroki, co sugeruje, że po przekroczeniu progu łatwiej różnicować osoby rzeczywiście dobrze funkcjonujące, ale samo wejście do tej kategorii wymaga wyniku wyraźnie powyżej średniej. Wyniki niskie natomiast dotyczą 34% badanych. To przesunięcie w stosunku do wyników wysokich sugeruje, że normy nie są sztucznie „zaniżone” ani nadmiernie po-błażliwe. Największa część badanych (40%) mieści się w przedziale wyników przeciętnych, mimo że obejmuje on wąski zakres punktów surowych. Ostatecznie można powiedzieć, że rozkład jest zbliżony do normalnego, choć nie jest symetryczny – z lekkim przesunięciem w kierunku wyników niskich.

Arkusz PWSZ/CR

(Ewelina Książek, Krzysztof Rubacha)

Masz przed sobą opis tego, co należy robić, by dbać o zdrowie w życiu codziennym, zwłaszcza w sytuacji, kiedy jest się zdrowym. Prosimy, zaznacz na skali od 1 do 4, w jakim stopniu jesteś w stanie w sposób ciągły spełniać warunki utrzymania zdrowia w zakresach opisanych w poniższych zdaniach.

Znaczenie skali jest następujące:

- 1 oznacza, że zdecydowanie sobie z tym nie poradzę;
- 2 oznacza, że raczej sobie z tym nie poradzę;
- 3 oznacza, że raczej sobie z tym poradzę;
- 4 oznacza, że zdecydowanie sobie z tym poradzę.

1	Wykonywanie ćwiczeń fizycznych rozciągających, siłowych i kondycyjnych minimum 45 minut dziennie	1	2	3	4
2	Zrezygnowanie z nadmiernego solenia potraw spożywanych na śniadanie, obiad i kolację	1	2	3	4
3	Nie używanie żadnych wyrobów tytoniowych, narkotyków, dopalaczy bez względu na ich rodzaj	1	2	3	4
4	Rezygnacja z picia wysokoprocentowego alkoholu	1	2	3	4
5	Wprowadzenie diety zawierającej surowe warzywa w ⅓ wielkości jedzonej porcji	1	2	3	4
6	Zrezygnowanie z posiłków wysoko przetworzonych, m.in. takich jak fast food	1	2	3	4
7	Pilnowanie, by spożywane posiłki nie przekraczały norm kalorycznych (nieprzejadanie się)	1	2	3	4
8	Pamiętanie o okresowym kontrolowaniu poziomu cukru we krwi	1	2	3	4
9	Systematyczne kontrolowanie stężenia lipidów we krwi wraz z gromadzeniem wyników badań laboratoryjnych z poszczególnych lat	1	2	3	4
10	Ponieważ stężenie lipidów we krwi zależy od czynników genetycznych, w wypadku ich wzrostu przyjmowanie zleconych przez lekarza preparatów	1	2	3	4
11	Zdecydowana rezygnacja ze spożywania słodczy w jakiegokolwiek postaci	1	2	3	4

Test Poczucia Własnej Skuteczności Zdrowotnej (TPWSZ)

12	Dbanie o codzienne relacje z innymi ludźmi, utrzymywanie z nimi kontaktu nawet mimo ograniczeń czasowych	1	2	3	4
13	Ograniczenie czasu pracy na rzecz snu, czynnego odpoczynku i utrzymywania relacji z bliskimi sobie ludźmi nawet kosztem zmniejszenia zarobków	1	2	3	4
14	Gotowość do poddania się psychoterapii, by nauczyć się radzić sobie z lękiem, smutkiem, rozczarowaniem	1	2	3	4
15	Posiadanie urządzenia do mierzenia ciśnienia tętniczego i systematyczne jego mierzenie, nawet gdy kolejne pomiary dają wyniki w normie	1	2	3	4
16	Kontrolowanie czasu nocnego zasypiania tak, by między 22.00 a 2.00 spać nieprzerwanie	1	2	3	4
18	Korzystanie z programów profilaktycznych, by rozpoznać ewentualną chorobę, kiedy będzie we wczesnej fazie	1	2	3	4
19	W przypadku stwierdzenia nieprawidłowych wysokich wartości pomiarów ciśnienia tętniczego bezwzględne przyjmowanie leków i stosowanie się do zaleceń lekarza	1	2	3	4

Jeśli zgadzasz się na to, zaznacz płeć: **Kobieta** **Mężczyzna** i wpisz swój wiek w latach [.....]

Klucz do zliczania wyników

Wyniki zlicza się zgodnie ze skalą na prawo od twierdzenia – zakreślona wartość jest wagą, którą dodaje się do kolejnych wag, tworząc sumę w całym teście: 19–76 punktów. Diagnostyczne dla poczucia własnej skuteczności zdrowotnej są wartości 3 i 4. Wynik surowy należy porównać do poniższej tabeli norm i interpretować go zgodnie z zawartością tabeli.

Tabela norm dla TPWSZ

Poziom PWSZ	Wysoki	Przeciętny	Niski
Sten	10–7	6–5	4–1
Wynik surowy	76–55	54–45	44–19

Literatura cytowana

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman.
- Bandura, A. (2000). Exercise of Human Agency Through Collective Efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9(3), 75–78.
- Bandura, A. (2009). Cultivate Self-efficacy for Personal and Organizational Effectiveness. W: E.A. Locke (Ed.), *Handbook of Principles of Organizational Behavior* (2nd ed., ss. 179–200). Wiley.
- Chomczyńska-Rubacha, M., Rubacha, K. (2013). Test poczucia skuteczności. Opracowanie teoretyczne i psychometryczne Pracowni Narzędzi Badawczych Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 16, 5–20.
- Locke, E.A., Latham, G. P. (1990). *A Theory of Goal Setting and Task Performance*. Prentice-Hall.
- Locke, E.A., Latham, G.P. (2002). Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation. *American Psychologist*, 57(9), 705–717.
- Nowakowska, M. (1970). Polska adaptacja 16-czynnikowego kwestionariusza osobowości R.B. Cattella. *Psychologia Wychowawcza*, 13, 478–500.
- Rubacha, K., Książek, E. (2025). Contribution of Physical Activity Experience to Variation in Sense of Health Efficacy. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 47, 227–235.

LITERATURA CYTOWANA

- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-efficacy Scale. W: J. Weinman, S. Wright, M. Johnston (Eds.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs* (ss. 35–37). NFER-Nelson.
- Wojtyniak, B., Smaga, A. (red.). (2025). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH.