

Vesna Gavrilov-Jerković

REGULACIJA ZDRAVSTVENOG  
PONAŠANJA:  
SOCIJALNO KOGNITIVNA  
PERSPEKTIVA



**Vesna Gavrilov-Jerković**  
*Regulacija zdravstvenog ponašanja:  
socijalno kognitivna perspektiva*

*Recenzenti*

Dr sci Veljko Jovanović  
Dr sci Jelena Šakotić-Kurbalija  
Dr sci Danijela Budiša

*Izdavač*

Futura publikacije  
Novi Sad

*Za izdavača*

Relja Dražić

*Korektor*

Rastko Gajić

*Grafičko uređenje i računarski slog*

Rastko Gajić

*Tiraž*

100

*Štampa*

Futura publikacije, Novi Sad

ISBN

978-86-7188-149-4

**Nisu dopušteni fotokopiranje i snimanje, kao ni drugi vidovi  
zapisa ovog udžbenika, odnosno njegovih pojedinih delova  
bez prethodne pisane saglasnosti autora.**

**Vesna Gavrilov-Jerković**

**REGULACIJA ZDRAVSTVENOG  
PONAŠANJA:  
SOCIJALNO KOGNITIVNA  
PERSPEKTIVA**

**Novi Sad, 2014.**



# SADRŽAJ

PREDGOVOR.....	9
----------------	---

## I POGLAVLJE

<b>PONAŠANJE I ZDRAVLJE</b>	<b>13</b>
-----------------------------	-----------

---

1. ISTORIJSKI KONTEKST ISTRAŽIVANJA ZDRAVSTVENOG PONAŠANJA .....	15
1.1. Zdravstveni karton stanovnika zapadne Evrope tokom devetnaestog i početkom dvadesetog veka.....	16
1.2. Era hroničnih bolesti i njen uticaj na ideju o zdravstvenom ponašanju .....	19
1.3. Prvi nalazi o povezanosti ponašanja i zdravlja .....	22
1.3.1. Terijeva bomba .....	22
1.3.2. Framingam studija .....	25
1.3.3. Alameda studija.....	26
1.3.4. Lalonde izveštaj.....	28
2. ZDRAVSTVENO PONAŠANJE, ODREĐENJE, GLAVNI NALAZI I KONTROVERZE .....	31
2.1. Definicija zdravstvenog ponašanja.....	31
2.2. Rizična ponašanja - određenje i efekti.....	38
2.2.1. Pušenje.....	40
2.2.2. Prekomerna telesna težina i nedovoljna fizička aktivnost .....	43
2.3. Istraživanje relacije zdravlja i ponašanja.....	48
2.4. Efekti istraživanja zdravstvenog ponašanja .....	51
2.4.1. Osnovni pristupi organizovanju prevencije rizičnog zdravstvenog ponašanja i promocije zdravlja .....	53

2.4.2. Zdravlje kao vrednost, pravo i obaveza.....	59
2.4.3. Zdravlje kao unosni brend .....	62
2.4.4. Pojava paralelnih psiholoških teorija o promeni zdravstvenog ponašanja .....	64

## **II POGLAVLJE**

### **PSIHOLOŠKE TEORIJE I MODELI PROMENE ZDRAVSTVENOG PONAŠANJA**

**69**

3. TEORIJSKI MODELI KAO OKVIR IZUČAVANJA ZDRAVSTVENOG PONAŠANJA .....	71
3.1. Pretpostavke razvoja psiholoških teorija o zdravstvenom ponašanju .....	71
3.2. Socijalno kognitivni pristup razumevanju zdravstvenog ponašanja .....	74
4. EKSPLANATORNE ILI KONTINUUM TEORIJE .....	82
4.1. Model verovanja o zdravlju.....	83
4.1.1. Razvoj modela .....	84
4.1.2. Pretpostavke modela .....	86
4.1.3. Determinante zdravstvenog ponašanja .....	89
4.1.4. Inovacije i dopune modela.....	96
4.1.5. Empirijska evaluacija modela .....	98
4.2. Pristup promišljene akcije .....	102
4.2.1. Pretpostavke pristupa .....	103
4.2.2. Prva faza razvoja: teorija promišljene akcije .....	106
4.2.3. Druga faza razvoja: teorija planiranog ponašanja .....	112
4.2.4. Treća faza razvoja: pristup promišljene akcije.....	116
4.2.5. Empirijska evaluacija modela .....	122
4.3. Zaključak o eksplanatornim teorijama zdravstvenog ponašanja: nalazi i dileme.....	125
4.3.1. Diskriminativne karakteristike	

eksplanatornih teorija.....	125
4.3.2. Analiza efikasnosti eksplanatornih teorija ...	126
4.3.3. Integrativni modeli .....	129
4.3.4. Nekompletnost eksplanatornih teorija .....	131
5. TEORIJE PROMENE ILI TEORIJE STADIJUMA.....	137
5.1. Transteorijski model promene ponašanja .....	142
5.1.1. Razvoj i pretpostavke modela .....	143
5.1.2. Osnovni konstrukti modela.....	147
5.1.3. Evaluacija pretpostavki modela i preporuke za tretman .....	157
REFERENCE.....	161





## PREDGOVOR

---

Ključna razmatranja u ovoj knjizi posvećena su unapređenju, regulaciji zdravstvenog ponašanja ljudi. Pod regulacijom ponašanja podrazumevamo ovladavanje, uspostavljanje kontrole nad onim faktorima koji determinišu to kakve ćemo odluke donositi i kakve ćemo akcije preduzimati, a koje imaju efekte na to koliko ćemo biti zdravi i koliko ćemo kvalitetno živeti. Potreba za ozbiljnim promišljanjem ove teme proističe iz nekoliko zapažanja.

Kao prvo, današnji zdravstveni karton čovečanstva je malo drugačiji od onog pre jednog veka. U njemu ima mnogo više neinfektivnih bolesti, bolesti koje su hronične, teško izlečive i sa dužim periodom smanjene disfunkcionalnosti i ponekad i invalidnosti. Problem sa ovim oboljelima je to da imaju veoma dug period latencije u kojem osoba ne oseća nikakve tegobe niti znake zbog kojih bi trebala da se zabrine i eventualno nešto preduzme.

Drugo, nalazi brojnih studija koje su se sprovodile poslednjih decenija su nedvosmisleno pokazale da su ove bolesti značajno povezane sa bihevioralnim zdravstvenim rizicima. To znači da postoje izvesna ponašanja koja povećavaju rizik da osoba razvije neko od hroničnih oboljenja. Problem s ovim ponašanjima je da se njihov negativan efekat na zdravlje akumulira kroz duži period i od po nekoliko godina što onemogućava osobe da same, kroz svoje iskustvo, prepoznaju vezu između svog ponašanja i svog zdravstvenog statusa. Sa druge strane, ova rizična ponašanja uglavnom nose sa sobom neko neposredno zadovoljstvo koje služi kao snažan potkrepljivač učvršćivanja takvih ponašanja. Takođe, ova činjenica otežava proces

odvikavanja od tih ponašanja jer dovodi osobu u situaciju uskraćenosti neposrednog zadovoljstva.

Treće, upoznavanje javnosti sa činjenicama koje ukazuju na to da su izvesna ponašanja rizična a neka druga blagotvorna za kvalitet našeg zdravlja nema skoro nikakvog efekta na regulaciju zdravstvenog ponašanja. Svest ljudi o tome da način na koji se ponašaju, dugoročno gledano, nosi sa sobom rizik da im ugrozi zdravlje, ne dovodi do toga da oni promene svoje ponašanje. Čak ni kada počne da oseća tegobe, najveći broj osoba neće zaista i trajno promeniti ponašanje. Za stručnjake koji rade u ovoj oblasti može biti frustrirajuća ova činjenica da ljudi, iako su suočeni sa potrebom da promene stil svog života ne bi li sačuvali svoje zdravlje, izuzetno retko to čine ili ako se i odluče da to urade, najčešće veoma brzo odustanu i vrate se svojim rizičnim oblicima ponašanja. Ovo iracionalno ponašanje predstavlja velik izazov za naučnike koji se bave razumevanjem ljudskog ponašanja.

Četvrto, nakon uvida u to koliko ovakve bolesti koštaju privredu i na globalnom i na nacionalnom nivou, mnoge internacionalne i nacionalne institucije su u cilju smanjenja broja ljudi koji pate od hroničnih tegoba pokazale interes da se ponude programi koji bi povećali šansu da ljudi počnu da se ponašaju na način koji će unaprediti njihovo zdravlje. Ovo je pokrenulo brojna istraživanja o faktorima koji determinišu zdravstveno ponašanje. Među tim faktorima, osim ekonomskih, kulturnih i socijalnih prepoznat je značaj i psiholoških faktora.

Peto, i pored uključenosti brojnih stručnjaka u kreiranje različitih preventivnih i promotivnih programa koji bi trebalo da stvore uslove da ljudi lakše uvide potrebu da brinu o svom blagostanju kroz to kakve navike održavaju, prepoznato je da se često ovi programi sprovode nesistematski, od prilike do prilike, najčešće u skladu sa zdravim razumom a ne u skladu sa naučnim znanjima o tome zašto i kako se ljudi odlučuju da promene svoje ponašanje i kako onda to ponašanje i održavaju. Zdrav razum se, nažalost ne pokla-

pa uvek sa onim šta se u realnosti zaista i dešava. A ima i više zdravih razuma! Ova činjenica je pokrenula potrebu da se organizovanju interventnih programa priđe sistematski, sa nekim racionalom i na način da se efekti tog pristupa mogu registrovati i interpretirati tako da doprinesu povećanju opšteg znanja o determinantama ponašanja i specifično, zdravstvenog ponašanja. Ono što najbolje nudi okvir za ovakav sistematski i sa racionalom osmišljen program za intervencije su, naravno, teorije i modeli o zdravstvenom ponašanju. Teorije usmeravaju pažnju i stručnjaka i istraživača na ograničen broj konstrukata, odnosno pojava koje treba pratiti i na koje treba delovati i na očekivane relacije između tih konstrukata. Teorije tako olakšavaju konstrukciju plana o tome na koji način je potrebno organizovati akcije različitih nivoa, od globalnih do individualnih, i na koje prepreke treba računati i kako isplanirati njihovo prevazilaženje. Teorije nam takođe obezbeđuju paket mera preko kojih možemo da evaluiramo i kompariramo uspešnost različitih programa. Teorije nam pružaju i racional i uputstva o tome kako edukovati stručnjake, kojim veštinama i znanjima ih opremiti. Pregledi studija koje su evaluirale različite programe ukazuju da su programi vođeni teorijskim okvirom zaista i efikasniji od programa za koje se ne zna na kakvim osnovama se zasnivaju.

Sve nabrojano predstavljalo je razlog da se u ovakvoj knjizi obradi tema regulacije zdravstvenog ponašanja i to iz perspektive psiholoških teorija o promeni takvog ponašanja.

Knjiga je organizovana kroz dva veća poglavlja. U prvom poglavlju je obrađena tema zdravstvenog ponašanja, kako se razvijala svest naučnika o povezanosti ponašanja i zdravlja i kakve efekte to ima na funkcionisanje različitih sistema uključenih u regulaciju zdravstvenog ponašanja.

U drugom poglavlju se daje prikaz vodećih psiholoških teorija koje daju svoj doprinos temi razumevanja i promene zdravstvenog ponašanja. Broj psiholoških teorija je ogroman i prevazilazi mogućnosti prikaza u jednoj monografiji.

U ovom izdanju je odabrano da se prikažu one teorije koje se po preglednim studijama pokazuju kao najzastupljenije u praksi i koje su dobile do sada najveću empirijsku potporu. Kao takve se trenutno pokazuju teorije koje se bave individualnim, intrapsihičkim faktorima nastale u okviru socijalno-kliničke tradicije, odnosno u okviru socijalno-kognitivnih modela. Predstavljene su dve grupe teorija, tako zvane eksplanatorne, odnosno kontinuum teorije i teorije promene, odnosno teorije modela stadijuma i diskutovana je razlika među njima kao i njihove prednosti i ograničenja. Jasno je naglašeno da svi ovi pristupi i pored toga što precizno i dosta usklađeno usmeravaju pažnju naučnika na ograničen set faktora kojima se objašnjava zašto se ljudi ponašaju ili ne ponašaju na određen način, još uvek imaju dug put empirijske validacije pred sobom.

Knjiga je prvenstveno namenjena psiholozima u praksi koji se bave pomoći ljudima da uspostave kontrolu nad svojom brigom o sebi, ali takođe i studentima psihologije na svim nivoima studija. Osim toga, verujemo da ovakav tekst mogu da ocene kao koristan i stručnjaci drugih profesija koji svoj profesionalan život ostvaruju kroz komunikaciju sa ljudima kojima predstoji promena ponašanja, čak i izvan okvira zdravstvenog ponašanja, pošto neke od teorija mogu da se primene u različitim oblastima ljudskog funkcionisanja, odnosno svim onim u kojima ljudi treba da donesu odluku o preduzimanju neke akcije ili dugotrajnijeg ponašanja koje je pod njihovom kontrolom.

Na kraju, a kao da je na početku, želim da se zahvalim svojoj divnoj maloj porodici i bliskim prijateljima i kolegama ne samo na podršci i pomoći tokom stvaranja ovog teksta nego, pre svega na toploj podršci i spremnosti da me podsete na sve ono što je lepo, smešno i važno u životu.

Vesna Gavrilov-Jerković  
Sombor, Februar, 2014.

**I POGLAVLJE**

**PONAŠANJE I ZDRAVLJE**



# 1.

## ISTORIJSKI KONTEKST ISTRAŽIVANJA ZDRAVSTVENOG PONAŠANJA

---

*Kako su nauka i tehnologija očigledno napredovale,  
najveća misterija univerzuma ostaje čovek, njegove  
akcije i njegovo iskustvo  
(Kanfer and Schefft, 1988)*

Zapažanje da su ponašanje i zdravlje povezani nije novo. Tako Selin (2003) navodi da se još pre više od 2,500 godina u Kini beleže začeci preventivne medicine. Odnosno, tradicionalna kineska medicina je isticala da je put do zdravog života povezan sa konzumiranjem zdrave hrane, praktikovanjem fizičkih poslova i sprovođenjem redovnih vežbi disanja.

Slično tome, Hipokrat (460-377 p.n.e) je verovao da je najsigurniji put do dobrog i zdravog života povezan sa umerenom ishranom i fizičkom aktivnošću.

Međutim, intenzivno i sistematsko proučavanje odnosa ponašanja i zdravlja se vezuje ipak za drugu polovinu dvadesetog veka. Bilo je potrebno da se stekne nekoliko faktora da u žižu izučavanja bolesti i zdravlja dođe ponašanje pojedinca.

Turnock (2001) navodi sledeće faktore kao ključne za povećanu zainteresovanost naučnika za zdravstveno ponašanje:

- činjenica da se struktura bolesti većeg dela, uglavnom zapadnog dela čovečanstva značajno promenila, posebno u periodu posle Drugog svetskog rata,
- značajan porast broja starih osoba,
- rapidno povećanje zdravstvenih troškova,

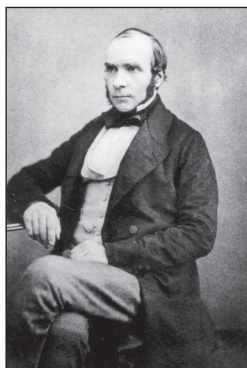


- pojava empirijskih nalaza koji su indikovali da bi individualno ponašanje moglo značajno doprinosti zdravstvenom statusu osobe.

Promena strukture bolesti se prvenstveno očitovala u smanjenju broja osoba obolelih od infektivnih bolesti, do tada vekovima vodećih uzročnika smrtnosti i povećanju prevalence i incidence određenih hroničnih oboljenja. Do ove promene nije došlo odjednom. Veruje se da je ona najvećim delom rezultat razvoja epidemiologije i napretka medicine i mikrobiologije tokom devetnaestog i početkom dvadesetog veka (Susser & Susser, 1996), konkretno brojnih otkrića koja su dovela do mogućnosti da se uspostavi kontrola infektivnih bolesti te da se stvore uslovi da se životni vek stanovništva produži i da se promeni stil života.

### **1.1. Zdravstveni karton stanovnika zapadne Evrope tokom devetnaestog i početkom dvadesetog veka**

---



*John Snow  
(1813 – 1858)*

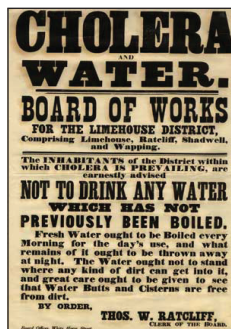
Prve sistematske javne akcije usmerene na kontrolu bolesti proističu iz miazmičke teorije bolesti dominantne sredinom devetnaestog veka na tlu zapadne Evrope. Po ovoj teoriji bolest je posledica nehigijenskih uslova i prenosi se kroz kontakt sa prljavom okolinom, kao što je udisanje prljavog vazduha ili pijenje prljave vode. Po Schnider (2006), razvoju ove teorije je najdirektine doprinelo temeljno istraživanje britanskog lekara Johna Snowa koji se smatra ocem moderne epidemiologije.

Snow je sredinom devetnaestog veka tragajući za uzrokom pojave kolere u Londonu došao do nalaza da je incidenca kolere bila viša u nekim delovima grada nego u drugim. Pokušavajući da otkrije šta je ono što razlikuje ove delove grada, ustanovio je da se

oni snabdevaju vodom preko različitih kompanija. Snabdevači delova grada u kojima je bila visoka incidenca su bile dve kompanije koje su uzimale vodu iz veoma zagađenih delova Temze. Da bi proverio ovu svoju pretpostavku o tome da je prljava voda uzrok razboljevanja ljudi od kolere, on je odlazio u kuće u kojima su se javljali smrtni slučajevi i uzimao podatke o snabdevačima vode. Došao je do podatka da je u delu grada koji je obuhvatao preko četrdeset hiljada kuća i gde su kompanije uzimale vodu iz zagađenog dela Temze zabeleženo preko 1200 smrtnih slučajeva, dok je u delu grada koji je obuhvatao oko trideset hiljada kuća i koje je vodom snabdevala druga kompanija koja je vodu uzimala iz čistijeg dela Temze, zabeleženo 98 smrtnih slučajeva. Tako je potvrđena njegova pretpostavka o zagađenoj vodi kao uzroku kolere i obezbeđeni su uslovi za dalji razvoj miazmičke teorije bolesti.

Ovakvo shvatanje bolesti je dovelo do intervencija usmerenih na poboljšanje sanitarnih uslova i higijene prvenstveno u velikim industrijskim centrima i poznato je pod nazivom sanitarna era epidemiologije. Iako ova ideja sa današnje tačke gledišta može da izgleda naglašeno simplifikovana, ona je predstavljala ogroman pomak u odnosu na dotadašnje dominantno religiozne koncepcije bolesti i "prevencije" i postavila je temelje za pojavu ideje i prvih akcija sistematskog praćenja kako bolesti, tako i faktora rizika i mogućih puteva prevencije.

Po Susser i Susser (1986) od kraja devetnaestog veka napredak u oblasti prirodnih nauka i medicine omogućava napuštanje miazmičke teorije bolesti i početak takozvane ere teorije mikroorganizama (germ theory). Po ovoj teoriji, uzročnici bolesti su pojedinačni agensi, odnosno mikroorganizmi koji se prenose neposrednim kontaktom sa zaraženom osobom. Interes naučnika tog doba je, u skladu sa ovom teorijom, bio usmeren na to da se za svaku bolest



*Primer letka iz sanitarne ere epidemiologije*

otkrije odgovoran jedinstveni uzročnik a kontrola bolesti je najviše bila usmerena na otkrivanje adekvatnih antibiotika i na sprečavanje da se ovi mikroorganizmi prenose kontaktom. Ovakvo razumevanje bolesti i neophodnih akcija za njihovu kontrolu dalje unapređuje organizovane i sistematske akcije usmerene na praćenje i kontrolu bolesti i doprinosi prepoznavanju delimično kontrolabilne prirode bolesti i zdravlja putem široko organizovanih preventivnih akcija, odnosno, kroz razvijanje programa obavezne vakcinacije. Prvi put se jasno i dokumentovano prepoznaje da je ponašanje stanovništva bitna determinanta uspešne kontrole bolesti i unapređenja zdravlja (McKenna, Taylor, Marks, & Koplan, 1998), ali se ono u ovom periodu još uvek odnosi samo na ideju lične higijene i na pristajanje na obavezno vakcinisanje. Ideja o takozvanom zdravom životnom stilu je još uvek na nivou metafore a ne teorijski zaokruženog i empirijski poduprtog programa.

Koliko je ipak ova kontrola infektivnih bolesti bila uspešna pokazuje i podatak da je očekivani životni vek početkom dvadesetog veka bio svega 46 godina za muškarce i 48 godina za žene (Curry & Fitzgibbon, 2009), 1970. godine je iznosio 56 godina za muškarce i 61 godinu za žene, a 2010. godine je porastao na 67 godina za muškarce i 73 godine za žene<sup>1</sup> (Wang et al., 2012).

Akcije kontrole infektivnih bolesti u navedene dve ere epidemiologije su neposredno dovele do značajnog pada prevalence infektivnih bolesti naročito u razvijenim industrijskim zemljama (Brownson & Bright, 2004)<sup>2</sup> kao i do izrazitog povećanja poverenja u medicinu. Ovakvim masovnim akcijama stvoreni su uslovi da se jasnije formira ideja javnog zdravlja i skrenuta je pažnja na ulogu dobro

---

1 Ova vrednost veoma varira od države do države. Po najnovijim podacima izloženim u dokumentu *The World Factbook* (Central Intelligence Centar, 2013), procenjen očekivan životni vek u nekim državama zapadne Evrope je premašio 90 godina.

2 U najsiromašnijim krajevima sveta infektivne bolesti kao što su AIDS, malarija i diarea i dalje predstavljaju vodeće uzročnike smrti, naročito za decu i stare (The PLoS Medicine Editors, 2007).

vođenih i na teorijskim pretpostavkama organizovanih preventivnih programa. Ali pravi, dobro organizovani i teorijski racionalizovani preventivni programi ipak se vežu tek za treću eru epidemiologije (Susser & Bresnahan, 2001).

## **1.2. Era hroničnih bolesti i njen uticaj na ideju o zdravstvenom ponašanju**

---

Iako je produžetak očekivanog životnog veka stanovništva multifaktorski uslovljen fenomen i sigurno određen i generalno poboljšanim uslovima života, procenjuje se da ga ipak u najvećoj meri objašnjavaju upravo navedene sistematske i masovne akcije kontrole bolesti vođene od strane državnih zdravstvenih administracija. Kao što je već navedeno, kontrola infektivnih bolesti osim produžetka životnog veka, dovela je i do toga da se od perioda završetka Drugog svetskog rata do danas kao vodeće bolesti pojavljuju hronične bolesti, prvenstveno koronarne bolesti, dijabetes i kancer, zbog čega Sussar i Sussar (1996) ovaj period nazivaju erom hroničnih bolesti.

Dok su početkom dvadesetog veka bolesti od kojih su ljudi najčešće umirali bile pneumonija i influenza, tuberkuloza, gastritis i kolitis, nekoliko decenija unazad, to su bolesti srca, kancer, bolesti disajnih puteva, šlog i dijabetes. Ove bolesti objašnjavaju čak dve trećine svih smrtnih ishoda (Brownson & Bright, 2004). Dvadesetogodišnje i tridesetogodišnje projekcije rađene na osnovu dosadašnjih trendova pokazuju da se očekuje i dalje povećanje udela ovih bolesti u objašnjavanju smrtnosti stanovništva (Mathers & Loncar, 2006). Osim činjenice da su hronične bolesti najčešći razlog smrti, poznato je i da one dovode i do preranog invaliditeta radno sposobnog stanovništva i tako i kroz direktne i kroz indirektne troškove predstavljaju ogroman finansijski teret za svaku državu i za svakog bolesnog pojedinca. Tako Fries i saradnici (1993) proce-

njuju da oko 70% svih medicinskih troškova u razvijenim zemljama otpada upravo na troškove tretmana hroničnih bolesti dok Mathers i Loncar (2006) navode da u slabo i srednje razvijenim zemljama oko 50% svih troškova ide na tretman hroničnih oboljenja.

Kada su se sredinom dvadesetog veka pojavile kao vodeće bolesti, hronične bolesti su predstavljale potpuno nov izazov i za naučnike i za zdravstvene administracije zbog osobenosti koje su ih jako razlikovale od do tada dominantnih infektivnih bolesti.

Na primer, ono što se vrlo uskoro pokazalo kao faktor koji značajno komplikuje njihovu kontrolu i tretman je to da u ranim fazama bolesti osoba ne oseća tegobe i obično nema svest o tome da se razboljeva. Kada postanu prepoznatljive kroz različite simptome, obično traju dugo, teško se tretiraju i mogu da imaju ireverzibilne i invalidizirajuće efekte na globalno funkcionisanje pojedinca i na kvalitet njegovog života i života njegove porodice i, s obzirom na njihovu zastupljenost, na efikasnost čitavog društva.

Bitna karakteristika koja ih je razlikovala od infektivnih bolesti je i to da kod njih nije bilo moguće registrovati jedinstvene i direktne uzročnike. Naime, i nakon temeljnih istraživanja naučnici ni do danas nisu uspjeli da izdvoje faktore koji bi bili jedinstven uzrok nekog konkretnog hroničnog oboljenja. Nalazi su ukazivali da su ove bolesti uslovljene čitavom mrežom faktora ali koji ne stoje u direktnoj vezi sa oboljenjem nego ga značajno predviđaju i objašnjavaju. Svaki od ovih faktora može da poveća verovatnoću da se osoba i razboli, ali ni jedan od do sada registrovanih se ne pokazuje ni kao nužan ni kao dovoljan. Veza između do sada registrovanih faktora i razvoja nekog oboljenja je daleko od linearne i neposredne. Ona je i posredovana i moderirana brojnim, kako ekonomskim, socijalnim i kulturnim faktorima, tako i individualnim i interpersonalnim (Bennett, 2000). Neki od ovih prediktora spadaju u faktore vulnerabilnosti, odnosno povišene sklonosti, predodređenosti osobe da razvije neki poremećaj,

kao što bi bila, npr. genetska predodređenost. Na nivou današnjeg razvoja nauke ovi faktori su uglavnom potpuno ili nedovoljno korigibilni. Drugi prediktori predstavljaju faktore rizika čije prisustvo povećava verovatnoću da osoba razvije poremećaj, kao što su npr. siromaštvo, stres, povišene vrednosti holesterola u krvi ili gojaznost. Ovi faktori rizika su manje ili više kontrolabilni.

Kako postoji snažan interes, ne samo pojedinaca da žive što kvalitetnije i sa smanjenim rizikom da razviju neku od teško izlečivih hroničnih bolesti, nego i država da adekvatnim akcijama preveniraju oboljevanje svojih osiguranika i time smanje troškove lečenja i posledice smanjene produktivnosti radno sposobnog građanstva, više decenija unazad se ulaže značajan napor u istraživanja karakteristika hroničnih oboljenja koje bi omogućile njihovu efikasniju prevenciju i kontrolu. Već rani nalazi su primorali naučnike da počnu da razmišljaju i iznalaze nove modele za organizovanje prevencije.

Po McKenna i saradnicima (1998), osnovne karakteristike hroničnih bolesti koje su bile bitne za promenu paradigme na kojoj će se zasnivati planiranje njihove kontrole i prevencije su sledeće:

- ove bolesti su po svom nastanku neinfektivne,
- traju dugo i praćene su produženim invaliditetom,
- postoji dug period latence, odnosno period od momenta izloženosti osobe faktorima rizika do momenta kada se poremećaj počinje ispoljavati i
- imaju veoma kompleksnu etiologiju sa brojnim i međusobno povezanim i uslovljenim faktorima rizika.

Tako je sredinom dvadesetog veka postalo očigledno da dotadašnji preventivni i interventni programi, koji su proisticali iz potrebe kontrole infektivnih bolesti, u slučaju hroničnih bolesti nisu mogli biti primenjeni, odnosno da ne bi imali efekta. Pristup jednog uzročnika koji izaziva oboljenje u slučaju hroničnih bolesti nije mogao opstati.

Prepoznavanje kompleksne etiologije je naučnike, kao prvo, preusmerilo sa traganja za uzročnim faktorima ka identifikovanju faktora rizika, posebno onih kontrolabilnih i korigibilnih i drugo, mobilisalo je, kako istraživače, tako i državne administracije, u smeru otkrivanja efikasnih načina putem kojih bi se moglo uticati na kontrolu i redukciju samih faktora rizika. Ovi naponi su vrlo brzo rezultirali nalazima da važno mesto među različitim faktorima rizika zauzimaju određena ponašanja. Ova ponašanja su se kroz brojne retrospektivne, prospektivne, kohortne, anamnestičke, kliničke i eksperimentalne studije, sprovedene decenijama nakon Drugog svetskog rata, dosledno pokazivala kao povezana sa zdravstvenim statusom osoba koja su ta ponašanja praktikovala. Na ovaj način je formiran pojam zdravstvenog ponašanja i fokus javno-zdravstvenih intervencija se sa sanitarnih akcija i akcija mobilizacije masa i organizacija programa vakcinacije premešta na individuu, faktore koji doprinose tome kakve će ona odluke doneti povodom svog ponašanja i faktore koji povećavaju verovatnoću da će osoba pristupiti promeni rizičnog ponašanja i izgradnji i održavanju takozvanih zdravih oblika ponašanja.

### 1.3. Prvi nalazi o povezanosti ponašanja i zdravlja

---

#### 1.3.1. Terijeva bomba

---

Susser i Bresnahan (2001) pretpostavljaju da je inicijalni signal koji je pokrenuo brojna istraživanja veze ponašanja i zdravstvenog statusa umnožavanje nalaza da je *pušenje cigareta povezano sa kancerom pluća*. Ova istraživanja su započela tokom četrdesetih i pedesetih godina prošlog veka i postavila su temelje ideji da bi prevencija hroničnih bolesti morala da se ostvaruje prvenstveno kroz promenu rizičnog ponašanja ljudi. I pored pritiska i pokušaja pobijanja nalaza od strane duvanske industrije

(Berkson, 1958) rezultati velikih internacionalnih epidemioloških studija, laboratorijskih studija, kliničkih istraživanja i autopsija sprovedenih u tom periodu su jasno ukazivali da pušenje predstavlja značajan i jedan od najvažnijih faktora rizika za brojne hronične bolesti (Study Group on Smoking and Health, 1957; Cornfield et al., 1959; Parascandola, 2004). Tadašnji epidemiolozi su isticali da je jedan od važnih razloga za tako dramatičan porast hroničnih bolesti, posebno kancera pluća u dvadesetom veku, upravo mnogo učestalija i rasprostranjenija navika pušenja nakon Prvog svetskog rata. Zato je 1961. godine nekoliko nacionalnih američkih zdravstvenih asocijacija uputilo zahtev tadašnjem predsedniku John-u Kennedy-u da je nužno da se osnuje nacionalna ekspertska komisija koja bi istražila i ponudila rešenje za problem pušenja. I pored toga što je američka administracija prvo odbila da se bavi ovom temom, takva komisija je ipak osnovana godinu dana kasnije verovatno pod pritiskom upravo objavljenih veoma zabrinjavajućih rezultata Kraljevskog lekarskog koledža u Londonu o štetnim posledicama upotrebe duvana. Na čelo američkog multidisciplinarnog ekspertskeg komiteta je postavljen lekar i direktor Nacionalne zdravstvene službe Luther L. Terry a članove komisije su birale brojne nacionalne zdravstvene asocijacije, kao i predstavnici trgovinskih komisija pa čak i duvanske industrije. Zadatak ovog komiteta je bio da sprovede opsežnu analizu dostupne naučne literature o posledicama pušenja na zdravlje.

Nakon dve godine rada u koji je bilo uključeno deset eksperata i preko 150 konsultanata, objavljeni su na skoro četiri stotine strana rezultati koji su jasno ukazivali na dramatične posledice pušenja i na kauzalnu vezu koju pušenje ima sa najtežim hroničnim bolestima (Surgeon General, 1964). Neki od najubedljivijih rezultata su bili da je npr. prosečni pušač pod devet puta većim rizikom da oboli od kancera pluća od nepušača, s tim da se kod teških pušača registruje čak dvadeset puta veći rizik od oboljevanja od ove bolesti. Rizik se povećava sa dužinom pušenja i smanjuje sa ostav-





*Direktor američke nacionalne zdravstvene službe Luther L. Terry  
na konferenciji za novinare povodom izveštaja  
Pušenje i Zdravlje 1964. godine.*

ljanjem pušenja. Na osnovu prikupljenih podataka pokazalo se i da je pušenje najvažniji uzrok hroničnog bronhitisa sa šest puta većim rizikom da ga imaju pušači nego nepušači, a značajno je povezano i sa koronarnim bolestima. Pušenje upetostručuje verovatnoću oboljevanja od kancera glasnih žica i učetvorostručuje verovatnoću oboljevanja od kancera usne duplje. Registrovano je i da pušenje tokom trudnoće smanjuje prosečnu težinu novorođenčeta.

Prikupljeni nalazi nisu bili dostupni samo stručnoj i naučnoj javnosti nego su putem sredstava javnog informisanja distribuirani kompletnoj javnosti. I kod jednih i kod drugih izazvali su snažne efekte. Dok je kod stanovništva došlo do značajnog porasta poverenja u tvrdnju da je pušenje štetno po zdravlje (sa 44 procenta u 1958. na 78 procenata u 1968.), dotle su ovi rezultati naučnu javnost mobilisali ka daljem usavršavanju metoda za istraživanje relacije pušenja i zdravlja i ka kreiranju i evaluaciji različitih preventivnih programa i velikih kampanja usmerenih na redukciju pušenja (Brownson & Bright, 2004). Godine 1965. američki Kongres je doneo odluku da se na svaki duvanski proizvod mora staviti oznaka da je pušenje štetno po zdravlje. Godine 1967. održana je Prva svetska konferencija o pušenju i zdravlju, a od 1970. je

bilo zabranjeno reklamirati ove proizvode putem sredstava javnog informisanja. Dosledni nalazi naknadnih studija koji su ukazali na vezu pasivnog pušenja, odnosno izloženosti duvanskom dimu onih koji ne puše aktivno, dovela je dve decenije kasnije i do prvih zabrana pušenja na javnim mestima, u poslovnim prostorijama i prevoznim sredstvima.

### **1.3.2. Framingam studija**

Paralelno sa istraživanjima povezanosti pušenja i zdravlja, počela su istraživanja i o potencijalnim faktorima rizika za pojavu koronarnih bolesti koja su proizašla iz iste ideje da je verovatnoća pojavljivanja ovih bolesti moderirana određenim nezdravim ponašanjima. Po Bullough i Rosen (1992) ključna studija u ovoj oblasti je bila prospektivna epidemiološka studija sprovedena 1948. godine u američkom gradu *Framingamu* čiji je cilj bio da se otkriju uzroci sve brojnijih srčanih oboljenja. U istraživanje je bilo uključeno više od polovine kardiovaskularnih bolesnika registrovanih u tom gradu i više od pet hiljada u tom momentu zdravih ljudi srednjih godina. Podaci koji su sakupljeni su bili podaci o telesnoj masi, krvnom pritisku, pušačkim navikama, rađeni su razni testovi krvi i sl. Podaci su prikupljeni sa istim ispitanicima tokom deset godina svake druge godine. Rezultati su nedvosmisleno ukazali da se kao osnovni faktori rizika za koronarna oboljenja pojavljuju sledećih šest faktora: povišen krvni pritisak, povišene masnoće u krvi, pušenje, takozvani sedeći stil života, gojaznost i dijabetes. Po Schnider (2006) ova studija je bila izuzetno značajna kako za prepoznavanje veze između zdravlja i nekih ponašanja tako i zbog uvođenja nekih novih standarda. Npr. na osnovu uvida u brojne rezultate, definisane su smernice za izračunavanje šanse za oboljevanje od kardiovaskularnih bolesti. Zatim, na osnovu rezultata ove studije uspostavljena je norma krvnog pritiska i holesterola pošto se pre nje smatralo da je povišenje pritiska bio normalni nusprodukt starenja. Nakon višegodišnjeg praćenja kretanja vrednosti

holesterola i koronarnih oboljenja, izdvojene su različite forme holesterola, među njima i HDL (high-density lipoprotein), takozvani dobar holesterol koji ima protektivnu ulogu i LDL (low-density lipoprotein) takozvani loš holesterol i prepoznata ponašanja koja doprinose porastu jednog i drugog holesterola. Npr. u ovoj studiji je pronađeno da umerno konzumiranje alkohola (pola čaše vina za žene do jedne čaše vina za muškarce dnevno) i redovna fizička aktivnost imaju protektivnu ulogu kada su srčana oboljenja u pitanju jer podižu vrednosti dobrog holesterola.

### **1.3.3. Alameda studija**

Još jedna studija je bila od posebnog značaja za uspostavljanje veze između ponašanja i zdravlja i pokretanje velikog broja naknadnih istraživanja i intervencija. U pitanju je *Alameda studija* (Belloc, Breslow, & Hochstim, 1971; Berkman & Syme, 1979; Breslow & Enstrom, 1980; Housman & Dorman, 2005). Važnost ove studije se ogleda najviše u tome što nije bila usmerena samo na registrovanje rizičnih ponašanja nego i na ponašanja koja su bila povezana sa dugoročnim pozitivnim ishodima. To je jedna od najdužih longitudinalnih studija sprovedenih u oblasti zdravstvene psihologije koja je identifikovala koji su faktori mereni u inicijalnom merenju bili povezani sa pozitivnim zdravstvenim statusom tokom dužeg vremenskog perioda. Pokrenuta je 1965. godine a poslednji izveštaj je objavljen 1999. godine. Između ova dva datuma, podaci su prikupljeni još u 4 navrata sa po nekoliko godina razmaka. Brojni istraživači su obrađivali prikupljene podatke i periodično ih objavljivali. Prvo prikupljanje podataka je obuhvatilo skoro sedam hiljada ispitanika okruga Alameda u Kaliforniji. Ispitanici su odgovarali na pitanja koja su se ticala različitih navika, životnog stila i zdravstvenog statusa. Prikupljali su se podaci između ostalog i o bračnom i životnom zadovoljstvu, iskustvima iz detinjstva i brojni demografski podaci. Rezultati nakon prvog merenja su

**Prilog 1. – Zanimljive brojke iz Alameda studije**

*1. Relacija stope smrtnosti i broja praktikovanih Alameda 7 navika kada se godine starosti drže pod kontrolom*

Muškarci		Žene	
Broj navika	Procenat smrti u periodu od 9 godina	Broj navika	Procenat smrti u periodu od 9 godina
7	5.5	7	5.3
6	11	6	7.7
5	13.4	5	8.2
4	14.1	4	10.8
0-3	20	0-3	12.3

*2. Broj dodatih ili oduzetih godina "zdravstvenog statusa" zavisno od broja praktikovanih navika: Koliko smo metabolički stari*

Godine starosti	Broj praktikovanih Alameda 7 navika					
	0-2	3	4	5	6	7
20	+14.3	+7.4	+5	-1.1	-4.2	-9.4
30	+16.9	+9.1	+3.0	-6	-4.7	-11.1
40	+19.4	+10.7	+5.4	-1	-5.2	-12.9
50	+22.0	+12.4	+7.9	+3	-5.7	-14.7
60	+24.5	+14.0	+10.4	+8	-6.2	-16.2
70	+27	+15.7	+12.8	+1.3	-6.8	-18.2

ukazali na nekoliko pravilnosti: muškarci, osobe ispod 45 godina, osobe sa adekvatnim materijalnim primanjima, zaposlene, obrazovanije i osobe u partnerskoj relaciji su bile zdravije (Belloc, Breslow, & Hochstim, 1971). Rezultati naknadnih follow-up studija su dosledno otkrivale značajnu povezanost između određenih bihevioralnih faktora, odnosno, stila življenja i dugovečnosti. Izdvojilo se sedam navika koje su po ovoj studiji nazvane Alameda sedam. To su bili spavanje 7-8 sati dnevno, redovno svakodnevno doručkovanje, nepušenje, izbegavanje konzumiranja grickalica između glavnih obroka, održavanje adekvatne telesne težine, konzumiranje male količine alkohola i redovno vežbanje.

Dodatne analize su pokazale da većina ovih navika imaju značajan doprinos održavanju dugoročnog zdravlja nezavisno od zdravstvenog statusa registrovanog na početku studije kao i da imaju kumulativan efekat: što osoba ima više zdravih navika, to je zdravija i dugovečnija.

Konkretno, pokazano je da žene koje praktikuju šest od navedenih sedam navika žive sedam godina duže od žena koje praktikuju manje od šest navika, a muškarci koji praktikuju šest od sedam navika žive čak jedanaest godina duže od muškaraca koji praktikuju manje od šest zdravih navika (Belloc, 1973).

Osim pozitivne povezanosti sa dugovečnošću i dobrim zdravljem, potvrđena je i značajna negativna povezanost praktikovanja ovih navika sa bolestima kao što su kancer, srčana oboljenja, šlog, visok krvni pritisak i respiratorni problemi i ova povezanost je bila stabilna tokom vremena. Strawbridge & Wallhagen (1999) su pokazali da kada se obrade podaci prikupljeni nakon tri decenije od prvog merenja, smrtnost ne može biti predviđena samo na osnovu rizičnog ponašanja, ali da su u odnosu na sve druge ispitivane faktore, rizična ponašanja i dalje prediktori koji su objašnjavali najveći deo varijanse smrtnosti. Istraživanja prevalencije Alameda sedam zdravih navika (Schoenborn, 1986) su pokazala da svega 12 procenata muškaraca i 11 procenata žena praktikuju minimum šest navika, dok 37 procenata muškaraca i 33 procenata žena izveštava o praktikovanju tri i manje navika. Muškarci češće puše i piju alkoholna pića ali češće vežbaju od žena. Osobe mlađe od 44 godine češće će preskočiti doručak, konzumiraće grickalice između obroka i više će piti alkohol od starijih.

#### **1.3.4. Lalonde izveštaj**

Ove početne studije su imale najmanje trostruki efekat. Kao prvo, predstavljale su respektabilan podsticaj da i državne i međunarodne zdravstvene administracije promene fokus svojih preventivnih i kurativnih intervencija i

da u definiciju zdravstvenog sistema uključe i ekstramedicinske faktore, prvenstveno one koji se tiču socio-ekonomskih, demografskih, psiholoških i bihejvioralnih faktora rizika. Drugo, pokrenula su lavinu novih istraživanja o tome koji su to bihejvioralni i sa njima povezani drugi faktori rizika i u kojoj meri i na koji način oni doprinose pojavi i održavanju hroničnih ili drugih oboljenja i uzroka smrti. Treće, doprinela su pojavi teorija i modela o promeni zdravstvenog ponašanja koje će postati okosnica brojnih nevladinih ali i zvaničnih državnih i internacionalnih programa usmerenih kako na prevenciju bolesti tako i na promociju zdravlja.

Po Hancock (1986) prvi zvanični izveštaj vlade jedne države koji je sugerisao da klasičan medicinski ustrojen sistem zdravstvene nege nije ni dovoljna, a kamoli najvažnija determinanta zdravlja pojedinaca i nacije je izveštaj kanadskog ministra zdravlja Marca Lalonde poznat kao Lalonde izveštaj. U ovom izveštaju (Lalonde, 1974) se ističe da su za zdravlje važniji životni stil pojedinaca, kvalitet okoline u kojoj ljudi žive i humana biologija i da, saglasno sa tim, napori da se generalno unapredi zdravlje ljudi moraju da budu usmereni na korekciju rizičnih stilova življenja i promociju alternativnih zdravih stilova, na poboljšanje sredinskih uslova života i na povećanje znanja o biološkim osnovama ljudskog zdravlja. Osim brojnih nalaza o vezi određenih rizičnih ponašanja i hroničnih oboljenja kao vodećih uzročnika smrtnosti, Lalonde izveštaj je posebno značajan po tome što je to prvi dokument jedne države u kojem su do detalja razrađene strategije koje bi vlada preko brojnih institucija i programa trebalo da sprovodi u cilju poboljšanja zdravlja stanovništva i da bi te strategije dominantno trebalo da budu usmerene na ekstramedicinske faktore. One obuhvataju koordinaciju socijalno-ekonomskih, preventivnih, promotivnih, edukativnih i istraživačkih programa koji



*Marc Lalonde*

su u najvećoj meri trebali bili orijentisani na stvaranje uslova da ljudske jedinke kao nosioci zdravlja i bolesti mogu da prepoznaju važnost korekcije svog ponašanja i da se osposobe da preuzmu odgovornost za svoje zdravstveno stanje. Ovako fokusirane strategije su proizilazile iz zaključaka donetih na osnovu analize istraživačkih studija da se zdravlje u najvećoj meri, oko 50 procenata može opisati životnim stilom osobe, biologijom nešto preko 20 procenata, sredinskim faktorima do 20 procenata i zdravstvenim sistemom do 10 procenata.

Iako je ovaj dokument izazvao u svoje vreme brojne pozitivne reakcije stručne i opšte javnosti, trebalo je da prođe dosta vremena da samo neki njegovi elementi i dožive implementaciju u zvanični zdravstveni sistem. Po Hancock (1986) i unutar Kanade i izvan nje, dokumentu je ipak i zamereno da je prevelik akcenat stavio na korekciju stilova življenja a da je daleko manje pažnje posvetio korekciji socijalno-ekonomskih determinanti zdravlja. I pored ovih kritika kao i usporenog procesa njegove realizacije u samoj Kanadi, uticaj ovog dokumenta je nemerljiv prvenstveno zbog efekata koje je ostavio na promenu paradigme o prevenciji. Nakon njega, vrlo brzo brojni slični izveštaji sa se pojavili u SAD i u zemljama zapadne Evrope čime su se stvorili uslovi da se zdravstveno ponašanje temeljno i sveobuhvatno istražuje te da se na osnovu tih nalaza prepozna i od strane naučne javnosti ali i od strane državnih i internacionalnih administracija kao najvažnija korigibilna determinanta zdravlja savremenog čoveka.

Značajna ponuda teorijski i empirijski utemeljenih programa za korekciju zdravstveno rizičnog ponašanja je logična posledica navedenih nalaza.

## 2.

## ZDRAVSTVENO PONAŠANJE, ODREĐENJE, GLAVNI NALAZI I KONTROVERZE

---

### 2.1. Definicija zdravstvenog ponašanja

---

Iako se danas može govoriti o skoro potpunom konsenzusu stručne i naučne javnosti o tome da ponašanje ne samo da je povezano sa zdravstvenim statusom osobe, nego da je jedna od njegovih osnovnih determinanti, ipak postoje izvesna neslaganja oko toga kako treba definisati zdravstveno ponašanje, odnosno koja sve ponašanja treba da se obuhvate terminom zdravstvenog ponašanja.

Autori kao što su Matarazzo (1984) i Sutton (2004) pod zdravstvenim ponašanjem smatraju sva ponašanja koja ostvaruju neki efekat na zdravlje, bilo da je taj efekat pozitivan ili negativan.

Pozitivna zdravstvena ponašanja ili kako ih Matarazzo (1984) naziva bihejvioralni imunogeni, odnosno zdravstveno protektivna ponašanja obuhvataju one aktivnosti koje doprinose promociji zdravlja, umanjuju rizik od razboljevanja ili povrede ili služe ranom otkrivanju znakova nekog poremećaja. Tu spadaju redovno jedenje voća i povrća više puta dnevno, praktikovanje zaštićenog seksa, redovno vežbanje, uredno spavanje, sigurna vožnja, upražnjavanje relaksirajućih aktivnosti, odlazak na kontrolne preglede kod lekara i sl.

Negativna zdravstvena ponašanja, Matarazzo (1984) ih naziva bihejvioralni patogeni ili štetne bihejvioralne navike, obuhvataju one aktivnosti koje potencijalno ugrožavaju zdravlje osobe i povećavaju rizik od razboljevanja ili povrede. Ova ponašanja se nazivaju i rizična zdravstvena ponašanja ili ponašanja koja umanjuju ili kompromituju



zdravlje. Tu spadaju pušenje, neredovna ishrana, gojaznost, redukovana fizička aktivnost, zloupotreba alkohola, nezaštićeni seksualni odnosi, nepridržavanje propisane medikamentozne terapije, zloupotreba droga, vožnja u alkoholisanom stanju i slično. Njihova veza sa zdravljem je daleko više istraživana nego veza protektivnog ponašanja i zdravlja.

Za razliku od ovih autora, ima autora koji pri definisanju zdravstvenog ponašanja ističu samo ponašanja koja ostvaruju pozitivan efekat na zdravlje, takozvana pozitivna sa zdravljem povezana ponašanja (npr. Gochman, 1997). Izvestan je paradoks da se u literaturi nešto češće nalaze definicije koje pod zdravstvenim ponašanjem obuhvataju samo ponašanja koja osoba preduzima da bi uspostavila, održala ili unapredila dobro zdravstveno stanje, odnosno pozitivna ka zdravlju usmerena ponašanja, a da se kada se istražuje veza zdravstvenog ponašanja i zdravlja, odnosno blagostanja, češće obuhvataju i razmatraju negativna zdravstvena ponašanja što doprinosi terminološkoj nejasnoći i izvesnoj konfuziji.

Dilema postoji i oko toga da li terminom zdravstveno ponašanje treba obuhvatiti samo svesna, namerna ponašanja usmerena ka zdravlju (npr. Verlan, 2001) ili i ona ponašanja nad kojim osoba nema svesnu i namernu kontrolu, zatim da li se time obuhvataju samo otvorena, opservabilna ponašanja ili se podrazumevaju i osobini stavovi, sudovi, očekivanja i personalne karakteristike. Neki autori pod ovim terminom podrazumevaju ne samo ponašanja pojedinaca nego i manjih i većih grupa i organizacija, kao i efekte ovih ponašanja kako na zdravlje pojedinaca, tako i na efikasnost različitih institucija ili na promenu nekih normi povezanih sa pitanjima bolesti i zdravlja (npr. Parkerson et al. 1993).

Definicija koja se često navodi u literaturi je Gochmanova definicija. Gochman (1997) zdravstveno ponašanje definiše kao skup svih otvorenih sklopova ponašanja, akcija i navika, skup svih kognitivnih elemenata poput vero-

vanja, očekivanja, motiva, vrednosti, percepcija kao i skup emocionalnih stanja i raspoloženja i personalnih karakteristika koji su povezani sa održavanjem, reuspostavljanjem ili popravljanjem zdravlja.

Kasl i Cobb (1966a, 1966b) naglašavaju da je zdravstveno ponašanje veoma kompleksno i da je važno razlikovati barem tri podvrste:

1. Preventivna zdravstvena ponašanja se odnose na sve one aktivnosti osobe koja je trenutno zdrava i koja sebe percipira kao zdravu a koje ona sprovodi u cilju unapređenja svog zdravlja, prevencije bolesti ili detekcije znakova koji bi ukazivali na to da je pod rizikom da se u budućnosti razboli. Tu spadaju različita ponašanja usmerena na npr. povećanje ili održavanje dobre fizičke kondicije, upražnjavanje takozvanog zdravog načina ishrane, redovne zdravstvene kontrole radi provere svog zdravstvenog statusa i sl.
2. Ponašanja povezana sa bolešću se odnose na ponašanja koja sprovodi osoba kod koje je dijagnostikovana neka bolest ili povećana verovatnoća da se razboli ili koja veruje da jeste bolesna. Ova ponašanja obuhvataju različite napore i aktivnosti osobe da reuspostavi dobro zdravstveno stanje, kao što je npr. ostavljanje pušenja ili promena prehrambenih navika nakon srčanog udara.
3. Ponašanja osobe koja je u ulozi bolesnika koja obuhvataju sve one aktivnosti osobe koja sebe percipira kao bolesnu i koje ona preduzima sa ciljem ozdravljenja, kao što je npr. uzimanje lekova, mirovanje, sprovođenje propisanih dijagnostičkih procedura i sl.

Glanz i Maddock (2002) razlikuju sa zdravljem povezano i ka zdravlju usmereno ponašanje.

Sa zdravljem povezano ponašanje obuhvata sva ona ponašanja koja imaju pozitivan efekat na zdravlje, nezavi-

sno od osobine motivacije zašto ih sprovodi. Tu spadaju i ona ponašanja koja sama po sebi jesu pozitivna po zdravlje, odnosno povećavaju verovatnoću da duže ostanemo zdravi i funkcionalni a da pri tome nije nužno da ih upražnjavamo sa ciljem unapređenja zdravlja. Npr. neko odbija da puši ili redovno doručkuje ili redovno odlazi u teretanu a da to ne čini zato da bi bio zdrav, nego zato što u tome uživa ili je stekao takve navike bez neke ideje o tome da one unapređuju zdravlje. Ili ide na posao biciklom zato što ne poseduje drugo prevozno sredstvo ili zato što uživa u ovoj aktivnosti, ili se svakodnevno više puta penje peške na treći sprat zato što stanuje u zgradi u kojoj ne postoji lift.

Za razliku od toga, ka zdravlju usmereno ponašanje se odnosi na one aktivnosti koje osoba ciljano sprovodi, upravo sa idejom da su one važne da bi ostala ili postala zdrava. To ne moraju biti neke dodatne aktivnosti nego mogu biti deo svakodnevnog funkcionisanja osobe. Tako se ponaša npr. osoba koja ide svakodnevno peške na treći sprat iako živi u zgradi sa liftom upravo zato što veruje da je to blagotvorno po njenu fizičku kondiciju, ili ide na posao biciklom iako poseduje automobil baš zato što veruje da je ta vrsta rekreacije važna za njen zdravstveni status.

Po Suttonu (2004) je važno razlikovati ova ponašanja jer obično imaju drugačije prediktore i usvajaju se različitim putevima.

Glanz i Maddock (2002) kao i Steptoe i Wardle (2004) ističu još jedan fenomen koji je bitan kada govorimo o zdravstvenom ponašanju, a to je da nisu sva zdravstvena ponašanja jednake složenosti i ne zahtevaju istu vrstu posvećenosti kod osoba koje ih sprovede ili usvajaju. Nije isto usvojiti zdravstveno ponašanje koje se ogleda u odlasku na mamografiju jednom u godini dana i usvojiti zdravstveno ponašanje koje podrazumeva promenu prehranbenog ponašanja ili uspostavljanje kontrole pijenja alkoholnih pića.

Takođe, pregledi pokazuju da najveći broj ljudi ne upražnjava izolovana zdrava ili rizična ponašanja nego da imaju tendenciju da ih upražnjavaju u klasterima. Tada govorimo o stilovima življenja i možemo da razlikujemo zdrav stil življenja (npr. Alameda 7 ponašanja) i rizičan stil življenja koji znači da osoba kontinuirano i relativno dosledno živi na način koji uključuje više od jednog nezdravog ponašanja čime umnožava svoj rizik da se prerano razboli ili prerano umre. Na primer Nigg, Allegrante i Ory (2002) navode rezultate istraživanja Američke asocijacije za srce iz 1997. godine da verovatnoća srčanog udara sa 46 na 1000 osoba sa jednim faktorom rizika, npr. pušenjem raste na 95 na 1000 osoba sa tri faktora rizika, npr. pušenje, povišen krvni pritisak i povišene masnoće u krvi.

Po Pakholok (2013) kada govorimo o zdravom stilu življenja, važno je da razlikujemo zdrav stil življenja kao ideologiju koji funkcioniše kao neki idealni program i stil življenja orijentisan ka zdravlju kao skup stvarnih namernih i osmišljenih ponašanja usmerenih ka uspostavljanju i održavanju zdravlja. Ona primećuje da su i pored činjenice da postoji skoro potpuni konsenzus i stručne i političke i laičke javnosti u vezi toga koliko je vredan i poželjan zdrav stil življenja, i dalje izuzetno retki pojedinci koji se dosledno i posvećeno tako i ponašaju. Ova autorka analizirajući različite tipove relacija prema zdravlju i korenspondirajuće akcije određene tim relacijama primećuje da se zdravstvena ponašanja ka zdravlju razlikuju po dve dimenzije:

- afekat i samorefleksija koji stoje u osnovi zdravstvenog ponašanja (visok afekat i niska samorefleksija – nizak afekat i visoka samorefleksija)
- vremenska dimenzija zdravstvenog ponašanja (kratkotrajne, trenutne akcije – dugotrajne akcije kao životni stil).

Na osnovu ukrštanja ove dve dimenzije, autorka razlikuje četiri tipa socijalnih akcija, odnosno stila življenja usmerenog ka zdravlju:

- strateški tip se odnosi na skup kratkotrajnih, trenutnih ponašanja usmerenih ka zdravlju koja se baze na visoko izraženom afektu i niskoj svesnosti. Tipičan primer za ovo su neka zdrava ponašanja motivisana strahom u situaciji kada se ne osećamo dobro ili smo se razboleli i koja predstavljaju brza rešenja ne bi li smo povratili zdravlje. Dok ih sprovodi, osoba može delovati veoma posvećena i disciplinovana, što može da zavara da je u pitanju istinska opredeljenost za dugotrajnu promenu nekog rizičnog zdravstvenog ponašanja. Za savetnika koji radi sa osobama koje preduzimaju ovu vrstu ponašanja u susretu sa nekom zdravstvenom pretnjom je veoma važno da zna da je za ova ponašanja karakteristično da ih napuštamo čim nam postane bolje i ne registrujemo više neposrednu pretnju i umesto njih se ponovo vraćamo prethodnom stilu ili iz razloga pribavljanja zadovoljstva (npr. prestanak dijete, ponovno pušenje) ili zbog verovanja da jedino tako možemo dostići neke važne ciljeve koji ponovo postaju vodeći čim ne osećamo tegobe (npr. radoholičari) ili iz nekog drugog razloga.
- Normativni tip se odnosi na ponašanja koja su prvenstveno imitativnog tipa i koja su usmerena na pribavljanje odobravanja od strane autoriteta, ali koja nisu rezultat samorefleksije. Ovo znači da će osoba sprovoditi određena zdravstvena ponašanja ali ne zato što razume ili svesno prihvata njihovu korisnost i važnost nego zato da bi udovoljila nekom stvarnom ili umišljenom autoritetu ili nekoj socijalnoj normi. U odsustvu takvog autoriteta ili spoljašnjeg pritiska, osoba ne istrajava u tim ponašanjima
- Dramatični tip se odnosi na ona zdravstvena ponašanja koja se usvajaju i sprovode isključivo u cilju samoreprezentacije, odnosno želje da se bude u aktuelnom trendu i da se izgleda savremen. Upravo zbog toga, ova ponašanja će biti kratkotrajna, odno-

sno prestaće sa nekom novom modom. To su npr. osobe koje će se aktuelno sa manje ili više strasti baviti najsavremenijim formama rekreacije u prestižnoj teretani, hraniće se isključivo organskom hranom, prostor će uređivati u skladu sa feng shui principima i slično.

- Komunikativan tip ponašanja označava promišljen, namernu, svesnu opredeljenost osobe da se ponaša na način koji ne kompromituje nego, naprotiv, unapređuje zdravlje. Ovakvo ponašanje preduzimaju one osobe kojima zdravlje stoji visoko u sistemu vrednosti i koje su spremne da se odriču onih ponašanja koja mogu imati kompromitujući efekat na njihov zdravstveni status nezavisno od trenutne privlačnosti tog ponašanja. U okolini važe za dobro organizovane, visoko disciplinovane dugoročno opredeljene i možda čak i asketske osobe koje ne odolevaju trenutnim iskušenjima.

Ova autorka smatra da je komunikativan tip ponašanja jedini stvarni i autentični životni stil orijentisan ka zdravlju. Pri tome procenjuje da je ovaj tip ponašanja i pored toga što je visoko vrednovan i poslednjih decenija čak i agresivno promovisan, i dalje veoma redak. Ona pretpostavlja da je razlog za to vrlo prosta činjenica da ljudi i pored brojnih civilizacijskih nastojanja da se kroz različite forme uticaja promovišu kao samokontrolišuća i racionalna bića ipak nisu samo to. Naime, ljudi će u najvećem broju situacija posegnuti za momentalnim zadovoljstvom težeći prijatnom osećanju ne razmišljajući preterano o kasnijim mogućim konsekvencama po svoje zdravlje. Posebno ako je pretnja neodređena, vremenski veoma udaljena i neizvesna, što je gotovo pravilo kada govorimo o zdravstvenom ponašanju. Tako, i pored toga što većinom vrednuju zdravlje i uglavnom u potpunosti razumeju i koja su to poželjna a koja rizična ponašanja ipak i dalje žele da osele zadovoljstvo, što često podrazumeva da će umesto da ulože

napor i istrpe izvesno iskušenje ipak pristupiti ponašanjima koja nisu na vrhu top liste zdravih ponašanja. Još jedan od razloga zašto se ponekad ljudi skoro aktivno opiru da usvoje komunikativni tip zdravstvenog ponašanja koji autorka ističe je i potreba ljudi da izraze svoju individualnost u izboru toga šta im je važno u životu i potreba da problematizuju zdravlje samo po sebi kao najveću vrednost. Prenebregavanje ovih činjenica po ovoj autorki je jedan od razloga velikog raskoraka između zdravog životnog stila kao ideologije i autentičnog životnog stila opredeljenog ka zdravlju kao realnosti. To je i jedan od razloga zašto je efekat značajnog broja organizovanih preventivnih programa relativno mali, u svakom slučaju nezadovoljavajući jer kreće od pogrešne pretpostavke da svi ljudi automatski teže zdravlju i da je spoznaja da su određena ponašanja povezana sa povećanim rizikom da se razbole dovoljan motivator da se promene.

## **2.2. Rizična ponašanja - određenje i efekti**

---

Po Steptoe i Wardle (2004) rizična zdravstvena ponašanja se odnose na svaku aktivnost koju osoba preduzima na način, sa učestalošću ili u intenzitetu koji povećava rizik od razboljevanja ili povrede. Kada osoba upražnjava više ovakvih ponašanja duže vremena onda govorimo o rizičnom životnom stilu. Brojna istraživanja ukazuju na to da je najveći broj smrtnih ishoda prouzrokovan upravo rizičnim ponašanjima, kao i nezdravom, zagađenom okolinom i siromaštvom. Vinck, Oldenburg i Von Lengerke (2004) navode listu deset vodećih preventabilnih faktora rizika povezanih sa globalnim zdravljem objavljenu u Izveštaju SZO iz 2002. pod nazivom Redukcija rizika, promocija zdravog života. Lista obuhvata sledeća ponašanja: pušenje, i preterana i nedovoljna telesna težina, fizička neaktivnost, nezaštićeni seksualni odnosi, nizak unos voća i

povrća, zloupotreba alkohola, visok krvni pritisak, visok holesterol i nizak unos gvožđa.

Podatak koji potvrđuje značaj izrazite uloge životnog stila na zdravlje je npr. nalaz da u tradicionalnim afričkim društvima skoro da nema srčanih oboljenja. Međutim, među afričkim emigranitima koji se doseljavaju u SAD broj srčanih oboljenja nakon izvesnog broja godina se u potpunosti izjednačava sa američkim domaćim stanovništvom (Willett, Koplan, Nugent, Dusenburty, Puska & Gaziano, 2006).

Poteškoću za prepoznavanje povezanosti zdravlja i ponašanja stvara činjenica da upražnjavanje nekog rizičnog ponašanja ne dovodi neposredno do negativnih efekata. Ponekad je potrebno da prođu i decenije da bi se ti efekti registrovali. Statistike nacionalnih i internacionalnih zdravstvenih organizacija se razlikuju u izvesnoj meri oko tačne procene, ali sada su već brojne, zasnovane i na krossekcionim ali i na veoma kvalitetnim i validnim longitudinalnim studijama i nedvosmisleno pokazuju da u razvijenim zemljama više od polovine preranih smrti koje su izazvane nekim od deset vodećih uzroka smrtnosti može da se objasni korigibilnim i preventabilnim rizičnim ponašanjem (U.S. Department of Health Education and Welfare, 1979; Gray, 1993; World Bank, 1993). Peto i Lopez (1990) procenjuju da 75 procenata svih smrti uzrokovanih nekom formom kancera su direktno ili indirektno povezana sa nezdravim ponašanjem.

Podaci pokazuju da zdravstvena rizična ponašanja, osim što kompromituju fizičko zdravlje, ostvaruju negativan efekat i na kompletan kvalitet življenja, kao i na efikasnost kognitivnog i afektivnog funkcionisanja (Hawkins & Anderson, 1996). Takođe, neka rizična zdravstvena ponašanja kompromituju i blagostanje članova porodice ili slučajnih žrtava, kao kada je npr. zloupotreba alkohola u pitanju.

Slično ovome, analiza uzroka smrti u SAD (McGinnis & Foege, 1993) je pokazala da pušenje, nezdrava ishrana uz



nedostatak fizičke aktivnosti i zloupotreba alkohola objašnjavaju oko 40% svih smrti zabeleženih tokom devedesetih godina prošlog veka na tom prostoru. Po rezultatima ove analize rizično zdravstveno ponašanje je odgovorno za smrt čak milion ljudi godišnje samo u SAD.

Rizična ponašanja za koja postoje brojni nalazi da su povezana sa najtežim i najrasprostranjenijim hroničnim stanjima i koja izazivaju najviše pažnje istraživača i u vezi kojih je kreirano najviše preventivnih akcija su pušenje, nezdrava ishrana i nedovoljna fizička aktivnost. Podaci iz skorijih studija (Center for Disease Control and Prevention, 2005) pokazuju da je poslednjih decenija došlo do opadanja prevalencije pušenja i još nekih oblika zdravstveno relevantnog ponašanja, dok su nezdrave prehrambene navike čak i u porastu što rezultira većim brojem gojaznih osoba i posledničnim narastajućim problemom dijabetesa i drugih bolesti povezanih sa ovim faktorom rizika.

### **2.2.1. Pušenje**

Peto i Lopez (1990) i Peto i saradnici (1996) analizirajući podatke iz preko 40 država, kako razvijenih zemalja, tako i zemalja u razvoju, dolaze do nalaza da od posledica pušenja godišnje umre otprilike tri miliona ljudi u svetu. Po njihovim rezultatima, pušenje je povezano sa do 30 procenata koronarnih oboljenja, do 75 procenata svih oblika kancera, do 80 procenata hroničnih oboljenja disajnih puteva i do 90 procenata smrtnosti usled kancera pluća<sup>3</sup>.

Takođe, pušenje je najvažniji preventabilni faktor brojnih komplikacija u trudnoći. Ventura i saradnici (Ventura, Peters, Martin, & Maurer, 1997) izveštavaju da zavisno od regije, 15 do 30 procenata trudnih žena puši, što je povezano sa problemima kao što su prerano odvajanje placent

---

<sup>3</sup> Ovi procenti se značajno razlikuju od regije do regije, kao i što se razlikuje i sama prevalenca pušenja (videti u Peto i saradnici (1996) i Ventura i saradnici (1997)).

te ili razvoj placente u donjem uterinom segmentu a što može da dovede do krvarenja u toku trudnoće ili do pre-ranog porođaja. Pušenje je dokazano povezano i sa spon-tanim pobačajima kao i sa nižom telesnom težinom novo-rođenčeta (Ventura et. al, 1997; USDHHS, 2000). Rizik da je beba smanjene težine po rođenju je za dve trećine veći čak i ako majka puši samo 1 do 6 cigareta dnevno. Najveći efekat na zdravlje bebe i na tok trudnoće ima pušenje u nekoliko poslednjih nedelja trudnoće. Koliko je važno da žene kada ostanu trudne ostave pušenje govori i podatak da kod žena koje su ostavile pušenje u prvim mesecima trudnoće, nije zabeležena razlika u težini bebe po rođenju u odnosu na žene koje nisu nikad pušile.

Brojni su dokazi do sada prikupljeni koji pokazuju da pušenje ima kobne posledice čak i po one koji ne puše, ali su izloženi uticaju duvanskog dima. Izveštaj američkog Odeljka za zdravlje (USDHHS, 2000) ukazuje da se čak pola miliona dece godišnje javlja lekaru zbog astme pove-zane sa pasivnim pušenjem. Pasivno pušenje je povezano značajno i sa povećanim rizikom od koronarnih oboljenja kod odraslih, a čak 25 procenata kancera pluća kod nepu-šača se objašnjava efektima pasivnog pušenja. Ovo je razu-mljivo kada se uzme u obzir podatak istog izveštaja da kod preko 80 procenata nepušača starijih od tri godine mogu da se detektuju biološki markeri izloženosti duvanskom dimu. U najvećoj meri nepušači su izloženi pasivnom pu-šenju u kućnom i radnom prostoru.

Od vremena kada je prepoznato da pušenje predstavlja tako ozbiljan faktor rizika za najveći broj hroničnih oboljenja i drugih poteškoća prošlo je već pola veka. U me-đuvremenu je sproveden čitav niz preventivnih akcija, od donošenja zakona koji zabranjuju direktno ili indirektno reklamiranje cigara ili koji redukuju prostor u kojem je dozvoljeno pušenje, preko oporezivanja duvanskih proi-zvoda pa do brojnih intervencija koje su osmišljene da po-mognu pojedincima da ne počnu sa pušenjem ili da ostave pušenje. I pored sporog napretka, neki pomaci se ipak re-

gistruju. Iako je pomalo paradoksalno na ukupnom svetskom nivou prodaja cigareta ostala na istom nivou, procenat ljudi koji puše se značajno smanjio, posebno u razvijenim zemljama. Tako je npr. u Velikoj Britaniji u periodu od 1974. do 1996. godine kod muškaraca došlo do pada za 26 procenata, a kod žena za 22 procenata, pa je krajem dvadesetog veka pušilo 29 procenata svih muškaraca i 28 procenata svih žena (Bennet, 2000). Sličan trend je zabeležen i u SAD gde je 1964. godine registrovano da puši 42 procenata odraslog stanovništva, dok je 1995. taj broj pao na 24,7 procenata (CDC, 1997). Nažalost, od kraja dvadesetog veka, kod muškaraca je došlo do zastoja u opadanju, a kod žena je čak došlo do porasta pa se broj žena koji puši približio broju muškaraca pušača (USDHHS, 2000). Isto se desilo i kod adolescenata, gde je zabeležen blagi porast procenata pušača što je dugoročno gledano veoma zabrinjavajuće uzimajući u obzir da se posledice pušenja najočiglednije vide tek nakon par decenija njegovog praktikovanja. Veliki akcenat se stavlja upravo na razvijanje programa prevencije usmerenih ka ovoj ciljnoj grupi jer je to period kada najveći procenat pušača izveštava da je započeo sa pušenjem. Koliko je velik izazov raditi na razvijanju i sprovođenju ovih programa govori i podatak da iako čak 70 procenata pušača izveštava da bi želelo da ostavi pušenje, oko 45 procenata ga ostavi kratkoročno, barem na po jedan dan, samo 2,5 procenata pušača godišnje uspeva da uspostavi dugotrajnu apstinenciju (USDHHS, 2000). Ovaj veoma otrežnjujući i demorališući podatak prvenstveno proizilazi iz činjenice da pušenje razvija zavisnost koja otežava proces odvikavanja.

Brojni su dokazi pozitivnih efekata ostavljanja pušenja. Generalno je zabeleženo da bivši pušači žive duže od aktuelnih pušača pa tako npr. oni koji ostave pušenje pre pedesete godine života prepolovljuju rizik da umru pre 65. godine u odnosu na one koji puše i posle pedesete godine života (USDHHS, 2000). Važno je imati na umu i činjenicu da se rizik da se razvije kancer pluća povećava

sa brojem popušenih cigareta tokom dana ali čak i više sa dužinom pušačkog staža. Ovo je još jedna snažna potpora akcijama koje su usmerene ka onima koji su pod rizikom da kao mladi započnu pušenje. Takođe, procenjuje se da bi se u SAD redukcijom pušenja postigao pad u incidenci kancera za 47 procenata i za 51 procenat u smrtnosti zbog kancera (Byers et al., 1999). Slična predviđanja su rađena i u Velikoj Britaniji gde je procenjeno da bi redukcija pušenja dovela do pada u smrtnosti od koronarnih bolesti za 44 procenta (Critchley & Capewell, 2003).

### **2.2.2. Prekomerna telesna težina i nedovoljna fizička aktivnost**

---

Iako su rezultati pominjane Framingam studije iz 1946. godine jasno ukazali da su neadekvatna ishrana i fizička neaktivnost koje rezultiraju prekomernom telesnom težinom faktori rizika za koronarna oboljenja, ova ponašanja su počela ozbiljno da se istražuju znatno kasnije od pušenja. Po Brownson, Remington i Davis (1998) jedan od razloga za to je taj da je do sedamdesetih godina dvadesetog veka ishrana razmatrana mnogo više u kontekstu problema pothranjenosti ili siromašne ishrane nego u kontekstu problema hroničnih bolesti. Intenziviranje istraživanja veze prehrambenog ponašanja i zdravlja se poklapa sa pojavom porasta broja prekomerno uhranjenog stanovništva, posebno zapadnih zemalja, i koja po oceni nekih autora ima razmere epidemije (Mokdad, Serdula, Dietz, Bowman, Marks, & Koplan, 2000). Tako je u periodu od posle Drugog svetskog rata do kraja sedamdesetih godina prevalenca prekomerne uhranjenosti kod odraslih u zapadnim zemljama iznosila oko 25 procenata da bi od osamdesetih godina porasla na 35 procenata sa tendencijom daljeg porasta (NCHC, 1998). Posebno je zabrinjavajući porast gojazne i fizički neaktivne dece i omladine (USDHHS, 2000).

Standardno, prekomerna telesna uhranjenost se odnosi na Body Mass Index<sup>4</sup> (BMI) od 25 do 30 jedinica, dok gojaznost označava BMI preko 30 jedinica. Ovaj način izračunavanja je veoma rasprostranjen iako su prepoznata i njegova ograničenja pošto ne pruža uvid u sve bitne dimenzije gojaznosti, kao što je npr. distribucija telesne mase koja je prepoznata kao važan prediktor zdravstvenog statusa. Nalazi govore da je dodatni nezavistan faktor rizika takozvana abdominalna raspoređenost telesne mase (USDHHS, 2000). U skladu sa rezultatima preglednih studija, optimalni raspon BMI je od 19 do 24 jedinice. Već sa vrednostima BMI oko 24 se udvostručuje rizik u odnosu na osobe sa BMI od 21 da se razvije neka od bolesti kao što je dijabetes, povišen krvni pritisak ili koronarno oboljenje, dok su vrednosti ispod 19 jednako rizične, ali za pojavu nekih drugih komplikacija (USDHHS, 2000). Kao i kod pušenja, i ovde otežavajuću okolnost predstavlja činjenica da negativni efekti prekomerne uhranjenosti nisu uvek neposredno vidljivi nego se često primećuju odloženo, nakon dužeg vremenskog perioda.

Iako se istraživanja uloge prehrambenih ponašanja u održavanju i kompromitovanju zdravlja sprovode tek nekoliko decenija, do danas je sakupljeno mnoštvo podataka koji jasno ukazuju na ovu povezanost (Committee on Health and Behavior, 2001). Pojednostavljeno, ishrana koja se bazira više na voću, povrću i integralnim žitaricama a manje na zasićenim mastima i solima je povezana sa smanjenjem rizika od koronarnih oboljenja, šloga i dijabetesa tipa dva (Michels, 2005), kao i niza drugih hroničnih oboljenja. Jedno od najčešćih objašnjenja je da ovakva vrsta ishrane doprinosi nižoj telesnoj masi i održavanju dobrog balansa između unete energije i utrošene energije.

Po McGinnis i Foege, (1993) nezdravo prehrambeno ponašanje i fizička neaktivnost, takozvani sedeći životni

---

4 BMI se izračunava tako što se težina u kilogramima podeli sa visinom u metrima koja se kvadrira.

stil, su drugi vodeći uzrok smrtnosti u SAD, odmah posle pušenja.

Istraživanja pokazuju da osobe koje se zdravo hrane i koje upražnjavaju redovnu fizičku aktivnost žive duže od neaktivnih osoba (Kushi et al., 2006). Pri tome fizička aktivnost ne mora nužno da bude upražnjavanje nekog sporta niti mora biti naročito zahtevna. Kao dovoljno se pokazuje i redovno, svakodnevno, malo oštrije šetanje u trajanju od pola sata (Manson et al., 1999) ili za ljude koji su značajno neaktivni, čak i malo povećanje aktivnosti ima blagotvorne

### **Prilog 2 – Kontroverzni holesterol**

Odnos nivoa seruma holesterola u krvi i zdravstvenog statusa je veoma kompleksan. Tako, postoje brojni nalazi velikih longitudinalnih studija da sa koronarnim oboljenjima postoji snažna, pozitivna linearna povezanost (Neaton et al., 1992), ali postoje isto tako velike longitudinalne studije koje ne potvrđuju ovu povezanost (Marmot i Mustard 1984. Istovremeno, neki nalazi govore da čak i niske vrednosti holesterola predstavljaju rizik i povezane su sa preranom smrću, ali na drugačiji način od visokih vrednosti. Npr. osobe sa niskim vrednostima holestrola u odnosu na one sa srednjim vrednostima imaju 4.2 puta više šansi da izvrše suicid, odnosno 2.8 puta više šansi da umru od smrti povezane sa nekom traumom a ne sa bolešću (Lindberg, Rastam, Gullberg, & Eklund, 1992). Niske vrednosti holesterola (ispod 4.2 mmol/l) predstavljaju rizik i za kancer jetre i pankreasa, bolesti digestivnog trakta i za kancer pluća (Neaton et al., 1992).

efekte po zdravlje, prvenstveno smanjuje rizik od koronarnih oboljenja, kancera kolona i problema muskuloskeletnog sistema. Protektivna uloga vežbanja se realizuje kroz regulisanje krvnog pritiska i nivoa holesterola i triglicerida, zatim kroz smanjenje telesne težine, jačanje mišićno-skeletne strukture, snižavanje stresa i generalno negativnog afekta i ubrzavanje gastro-intestinalnog trakta. Bennett (2000) navodi da osobe koje su vežbale i bavile se nekim sportom u mladosti imaju tri puta više šanse da se rekreativno bave nekom fizičkom aktivnošću i u odraslom dobu od osoba koje kao mlade nisu ništa vežbale. Fizička neaktiv-

nost je povezana sa 23 procenta smrtnosti od vodećih hroničnih bolesti (Hahn, Teutsch, Rothenberg, & Marks, 1990), ali treba voditi računa o tome da je i kod osoba koje redovno ali intenzivno vežbaju u minimalnoj meri povećan rizik od iznenadnog srčanog udara tokom vežbanja ili neposredno nakon vežbanja (Kohl et al., 1992).

Nezdrava ishrana je u najvećoj meri povezana sa koronarnim oboljenjima, šlogom, nekim formama kancera i sa dijabetesom tipa 2 (USDHHS, 2000). Prekomerno uhranjene osobe kao i osobe čija ishrana dominantno uključuje hranu sa zasićenim mastima, holesterolom i povišenom koncentracijom soli su pod rizikom da obole od povišenog krvnog pritiska, osteoartritisa, noćne apnee, problema sa disanjem kao i mnoštva muskuloskeletnih problema. Ima nalaza koji govore da prekomerno uhranjene osobe imaju dvostruko veći rizik da razviju srčano oboljenje, dok se kod gojaznih osoba ovaj rizik skoro učestvostručuje (Willett et al., 1995). Hu i saradnici (2004) izveštavaju da je kod žena koje su fizički neaktivne za 30 procenata viši rizik od smrtnog ishoda zbog neke forme kancera u odnosu na one koje su aktivne.

Iako do danas nije tako jasan način na koji prekomerna uhranjenost kompromituje zdravlje kao što je to slučaj sa pušenjem, najčešće se govori i o direktnom efektu same preterane težine koja predstavlja opterećenje i za kardiovaskularni sistem i za skeletnomuskularni sistem i o indirektnom efektu preko uticaja štetnih supstanci koje se unose u organizam i oštećuju metabolizam.

Pretpostavka je da je značajnom povećanju prevalencije poremećaja ishrane i generalno problemima povezanim sa prehrambenim ponašanjem i fizičkom neaktivnošću doprinelo više faktora (Committee on Health and Behavior, 2001).

Podaci pokazuju da su žene sklonije i gojaznosti i smanjenoj fizičkoj aktivnosti. Najugroženija grupa jesu siromašne žene starije srednje dobi, što je delimično objašnjeno usporenijim metabolizmom karakterističnim za to doba. Iako

to na prvi pogled može izgledati paradoksalno, ali siromaštvo generalno predstavlja faktor rizika za pojavu preterane uhranjenosti. Na drugi pogled, ova relacija je razumljiva ako se uzme u obzir da je održavanje zdravog stila života (npr. zdrava hrana i uredna rekreacija) daleko skuplje od konzumiranja brze hrane i pasivnih formi provođenja slobodnog vremena npr. gledanja televizije. U skladu sa ovim su i podaci da je sedeći stil života negativno povezan sa visinom primanja, bogatstvom i obrazovanjem, što govori o tome da su aktivne forme rekreacije realno manje dostupne siromašnijim ljudima iz više razloga koji nisu samo stvar ličnog izbora nego pripadaju i ekonomskim.

Pojavi gojaznosti i negativnim efektima nezdravog prehranbenog ponašanja značajno doprinosi i promena stila življenja najvećeg dela stanovništva, prvenstveno među nižom i donjom srednjom klasom u razvijenim zemljama i zemljama u razvoju.

Sa jedne strane, razvoj tehnologije je omogućio i sve više omogućava da se veliki broj poslova obavi sa minimalnim fizičkim angažovanjem i često zahteva veliki broj sati provedenih u sedenju. Sa druge strane, zahtevi ubrzanog životnog ritma usmerenog na prihod i opterećenog profesionalnom kompetencijom povećavaju nivo stresa i ostavljaju manje slobodnog vremena za kvalitetno rasterećenje i prevazilaženje tog stresa. Pretpostavka je da u ovakvim uslovima brza, jeftina, zbog brojnih aditiva često ukusna, prehrambena rešenja iako nekvalitetna pa čak i štetna, najvećem broju korisnika postaju veoma privlačna. U takvim uslovima statistika koja ukazuje na povećan broj ljudi sa prekomernom telesnom težinom i sa njom povezanim problemima je potpuno razumljiva.

Osim toga, istraživanja pokazuju da je sistematska i ciljana promena ovakvog stila života jedna od najtežih, odnosno da je ovakav stil ponašanja veoma otporan na preventivne i terapijske uticaje i da se ljudi veoma teško odlučuju da započnu, a još teže da održe regulaciju telesne težine putem promene prehranbenih navika ili putem fi-



zičkog angažovanja i interventni programi u ovoj oblasti su često suočeni sa malim i kratkotrajnim efektima (Seligman, 1994). U ovakvim okolnostima sprovođenje zdravih navika uobičajeno podrazumeva veće i lično angažovanje, ali i promenu većeg broja uslova u kojima ljudi žive, odnosno povećan angažman i državnih vlada i ekonomija kako na postizanju veće efikasnosti zdravstvenih administracija, tako i na rešavanju ekonomskih, socijalnih i drugih nejednakosti među ljudima za šta su potrebni i dodatna motivacija, dodatna finansijska sredstva i adekvatno poznavanje i razumevanje prirode relacije rizičnog zdravstvenog ponašanja i zdravlja. Činjenica koja dodatno komplikuje kako razumevanje relacije preterane telesne težine i zdravstvenog statusa je i to da je ova relacija moderirana demografskim faktorima (Raphael & Farell, 2002) pa ono što predstavlja štetne navike u jednoj kulturi i u jednom podneblju ne mora da ima iste efekte u drugoj kulturi ili čak i u drugoj starosnoj ili polnoj grupi.

### **2.3. Istraživanje relacije zdravlja i ponašanja**

---

Već je napomenuto da je istraživanje relacije zdravlja i ponašanja izuzetno kompleksno zbog činjenice da postoji značajan vremenski period između upražnjavanja određenog ponašanja i posledica do kojih to ponašanje može ali i ne mora da dovede. Poteškoća proizilazi i iz činjenice da se ponašanja nikada ne odvijaju izolovano i van konteksta i da mnogi socio-ekonomski, biološki ili psihološki faktori mogu da moderiraju ovu relaciju, ponekad i da je anuliraju pa da deluje da ona ne postoji onda kada zaista postoji ali samo za određeni deo populacije ili pod nekim specifičnim uslovima ili pak da je pre naglase i dovedu do nepotrebnih i nekorištnih generalizacija. To znači da pri planiranju istraživanja relacije zdravlja i ponašanja treba voditi računa o brojnim potencijalnim konfundirajućim efektima, ali takođe i o mogućim potencijalnim istraživačkim pristrasnostima. Naime,

ne treba zaboraviti da su zdravstvena ponašanja od posebnog interesa za javno zdravlje za koje su i politika i ekonomija često i direktno i indirektno zainteresovane i od kojih mogu imati značajne političke i materijalne koristi.

Tipične istraživačke studije koje se primenjuju u oblasti istraživanja zdravstvenog ponašanja su opisne i analitičke studije (Schnider, 2006).

Cilj opisnih (deskriptivnih, eksplorativnih) studija nije provera hipoteza nego opis određene pojave koja nije dovoljno istražena i postavljanje hipoteza koje će biti istraživane kroz savršenije analitičke nacрте.

Analitičke studije se najčešće sprovode kao kombinacija međugrupnog i unutargrupnog nacрта sa različitom vrstom kontrole i kroz različite vrste dizajna. Služe za proveru hipoteza o postojanju neke relacije i za pojašnjenje na koji način se uspostavlja i održava relacija između nekog faktora rizika i pojave nekog oboljenja i uslova pod kojima se ta relacija pojavljuje ili ne pojavljuje.

Bennett (2000) navodi da se u istraživanju relacije ponašanja i zdravlja najčešće organizuju ili slučaj-kontrola (case-control) studije ili kohortne studije.

U prvoj vrsti se porede ispitanici kod kojih je dijagnostikovano određeno oboljenje sa ispitanicima kod kojih ono nije dijagnostikovano s tim da su ove grupe ujednačene po relevantnim varijablama koje se žele držati pod kontrolom. Grupe se zatim porede po prisustvu, odnosno odsustvu određenog faktora rizika ili protektivnog faktora u bližoj ili skorijoj prošlosti. U tom smislu, ovo je retrospektivna studija i ima sve nedostatke ovih studija. Prednost je da je relativno ekonomična i jednostavna za organizovanje, kao i da omogućava registrovanje glavnih i interaktivnih efekata više faktora rizika ili protektivnih faktora, ali je ograničena u zaključcima koji se iz nje mogu izvući jer ne omogućava zaključke o kauzalnim relacijama. Posebno je korisna kada se istražuju retki događaji. Takođe je korisna kao uvod u složenije nacрте.

Studije koje su u najvećoj meri doprinele prepoznavanju uloge zdravstvenog ponašanja su kohortne prospektivne studije u kojima se duže vremena kroz više ponovljenih merenja prati neka grupa ispitanika koji se međusobno razlikuju po stepenu prisustva određenog jednog ili više faktora rizika ili protektivnih faktora pa se prati u kojoj meri će se kod njih pojaviti određeni problem i u kakvoj će on relaciji biti sa praćenim faktorima. Kada se organizuju sa dobrom kontrolom svih potencijalno konfundirajućih varijabli ove studije mogu pomoći u donošenju zaključaka o kauzalnim relacijama među ispitivanim pojavama, što je njihova osnovna prednost. Na osnovu ovakvih studija su doneti i najvažniji dosadašnji zaključci o relaciji rizičnih zdravstvenih ponašanja i zdravlja. Međutim, ove studije su uglavnom veoma skupe zbog toga što je inicijalno potrebno imati veoma velik uzorak pa su tako i veoma retke. Ove studije se suočavaju sa problemima osipanja i uzorka i istraživača. Takođe, pošto ove studije uglavnom obuhvataju veoma duge vremenske periode od po nekoliko decenija, to je mogućnost uticaja faktora koji se ne kontrolišu veoma velika i značajno komplikuje obradu prikupljenih podataka.

Strom, Kimmel i Hennessy (2012) ističu velik značaj i randomiziranih kliničkih eksperimentalnih studija za razumevanje relacije između ponašanja i zdravlja. Ove studije su posebno pogodne za evaluaciju preventivnih i promotivnih programa i razumevanje toga koje intervencije, putem kojih mehanizama, pod kojim uslovima, za koje osobe i u kojoj meri su efikasne. Znači, šta od programa uspeva, zašto i pod kojim uslovima.

Danas se sve češće preduzimaju i pregledne studije i meta-analiitičke studije. Ovakve studije pružaju priliku da se porede rezultati većeg broja istraživanja i da se sagledaju i nedostaci i ograničenja dosadašnjih istraživačkih nacrta.

Velike studije se najčešće sprovode kroz više različitih nacrta pokušavajući da pojavu obuhvate istovremeno i što

preciznije i što šire pa kombinuju i kvalitativnu i kvantitativnu metodologiju. S obzirom na ograničenja svakog od navedenih nacrti i na činjenicu da je validnost dobijenih podataka uvek neraskidivo povezana i da zavisi od načina na koji se do tih podataka došlo, prilikom interpretacije dobijenih rezultata važno je uvek uzeti u obzir data ograničenja.

## **2.4. Efekti istraživanja zdravstvenog ponašanja**

---

Rezultati istraživačkih studija sprovedenih poslednjih decenija širom sveta su jasno istakli ne samo da postoje izvesna ponašanja koja kompromituju zdravlje stanovništva kao i ponašanja koja ga unapređuju nego i da su ta ponašanja od ključne važnosti za zdravlje pojedinca. Ova saznanja su dramatično promenila pogled današnje i laičke, stručne i političke javnosti i na to šta jeste zdravlje i na to kojim se putevima zdravlje čuva, održava i obnavlja i šta je potrebno da urade i pojedinac i naučna zajednica i državne i internacionalne administracije da bi se zdravlje sačuvalo. Najveći deo tih promena je pozitivan jer je usmeren na stalno unapređenje uslova da što veći broj ljudi dobije šansu da održi ili unapredi svoje zdravlje, ali postoje i neki efekti za koje se, kao što ćemo videti malo dalje u tekstu, u najmanju ruku može reći da su upitni.

Kao što smo ranije naveli, prvi rezultati o razmerama hroničnih bolesti i njihove povezanosti sa određenim ponašanjima kao što je pušenje i prekomerna telesna težina su počeli da se pojavljuju nakon Drugog svetskog rata. Međutim, trebalo je da prođe par decenija pa da ovi rezultati postanu relevantna okosnica za organizovanje zdravstvene politike. Od sedamdesetih godina, počev od spomenute Lalonde studije, pa do danas osnovane su mnoge nove i reorganizovane brojne postojeće nacionalne i internacionalne zdravstvene organizacije posvećene razvoju sofisticiranih istraživačkih dizajna i implementaciji prikupljenih

empirijskih nalaza u aktuelne programe javnozdravstvenih institucija (Rutter, & Quine, 2002). Prioriteti oko kojih ove organizacije uglavnom organizuju svoje aktivnosti su sledeći:

- Da se i u pojedinim regionima i kulturama, kao i globalno i kroskulturalno sistematski prate efekti rizičnih ponašanja na zdravstveni status stanovništva,
- Da se redovno obnavljaju i javno objavljuju izveštaji o vezi ponašanja i zdravlja sa ciljem stvaranja mreže znanja i empirijski validirane prakse,
- Da se razvijaju i evaluiraju različiti preventivni i promotivni programi sa ciljem poboljšanja kvaliteta života putem modifikacije ponašanja.
- Da se briga o bihejvioralnim faktorima rizika operacionalizuje kroz definisane programe i globalne ciljeve u skladu sa kojima treba da se razvija javno zdravlje.

Zahvaljujući ovakvom toku, možemo da kažemo da danas raspolažemo nesumnjivim dokazima o štetnim efektima jednih i blagotvornim efektima nekih drugih zdravstvenih ponašanja. Postalo je jasno da se zdravlje značajno može unaprediti osim kroz klasične medicinske programe i poboljšanje socijalno-ekonomskih uslova života, takođe i kroz stvaranje uslova da ljudi počnu da razvijaju drugačije navike zdravstvenog ponašanja i drugačiji stav prema zdravlju generalno. Glavni ciljevi javnozdravstvene politike se u najvećoj meri tiču sa jedne strane redukovanja prevalence pušenja i procenta osoba sa prekomernom telesnom težinom i sa druge strane razvoja onih ponašanja za koja postoje dokazi da su povezana sa poboljšanjem kvaliteta života, kao što su redovna fizička aktivnost, redovna i uravnotežena ishrana, razvijanje kvalitetne socijalne mreže, adekvatno regulisanje stresa i slično. Iako se ispostavlja da dostizanje ovih ciljeva na praktičnom nivou je sve samo ne lako, dosadašnje akcije su kumulativno dale neke pozitivne rezultate. Minino, Heron i Smith, (2006)

saopštavaju da je došlo do izvesnog pada smrtnosti usled kardiovaskularnih bolesti i kancera. Iako autori govore da je do ovih pozitivnih pomaka došlo iz različitih razloga, analize pokazuju da postoji značajan doprinos i promene zdravstvenog ponašanja. Do danas su ponuđeni različiti psihološki modeli o promeni zdravstvenog ponašanja i na osnovu njih je organizovan velik broj preventivnih i promotivnih programa na svim interventnim nivoima: i na individualnom (npr. pri specijalizovanim savetovalištim, zdravstvenim centrima, hospitalnim odeljenjima...), na grupnom (npr. školska ili radna sredina) i na komunalnom nivou. Meta-analitičke studije pokazuju da postoji izvesna, mada ne i dovoljna efikasnost ovih programa, čija se veličina efekta kreće od male do srednje u zavisnosti od toga da li je kriterijum varijabla promena ponašanja ili promena spremnosti da se promeni ponašanje (Baban, & Craciun, 2007). Takođe, pokazuje se da se nešto bolji rezultati još uvek postižu na individualnom nego na grupnom ili komunalnom nivou intervencije. U skladu sa ovim pozitivnim ali ne i zadovoljavajućim rezultatima, stalni napor se ulaže da se iznađu efikasniji načini kako da se ljudi pokrenu da promene svoje zdravstveno ponašanje kako bi unapredili svoj zdravstveni status. Po Porter (2006), konvencionalni način za regulisanje hroničnih oboljenja je kroz promenu individualnog zdravstvenog ponašanja, podizanje zdravstvene svesnosti stanovništva i promociju brige o sebi.

#### **2.4.1. Osnovni pristupi organizovanju prevencije rizičnog zdravstvenog ponašanja i promocije zdravlja**

---

Osnovno pitanje kada je u pitanju organizovanje preventivnih i promotivnih programa je po kojim principima taj program treba da bude organizovan.

Jedna od dilema je npr. da li programi promene ponašanja treba da budu koncipirani u skladu sa opštim teorijskim znanjima o promeni ponašanja ili treba da prate logiku

zdravog razuma. Tako npr. Eccles i saradnici (2005) tvrde da je nužno da planiranje intervencija bude u skladu sa nekom od dostupnih teorija o promeni ponašanja. Sa druge strane, Oxman i saradnici (2005) smatraju da teorija nije potrebna, što je podržano od strane Bhattacharyya i saradnika (2006) koji navode da nema dovoljno dokaza koji bi govorili u prilog superiornosti teorijom vođenih preventivnih i promotivnih programa. Nasuprot njima, Glantz i saradnici (2008) kao i van Achterberg i saradnici (2010) iznose brojne argumente i nalaze koji pokazuju da su teorijski uobličeni programi zaista efikasniji. I pored ovoga, pregledi literature pokazuju da manje od 50% objavljenih istraživanja o efikasnosti preventivnih i promotivnih programa ima neko teorijsko uporište i najčešće nije jasno na kojim principima je određen program razvijen i na kojim mehanizmima promene se zasniva (Jones & Donovan, 2004). Osnovni problem kod ovakvih pristupa je da čak i kada se konstatuje da je određen program bio efikasan, bez teorijskog okvira nema šta da nas rukovodi u interpretaciji dobijenih rezultata i odgovaranju na pitanje zašto je bio efikasan ili zašto nije što nas ograničava u generalizaciji znanja.

Druga dilema kod organizovanja preventivnih i promotivnih programa je da li program treba da bude ciljan na manji broj osoba, npr. onih koje su pod visokim rizikom ili su na neki drugi način dostupne ili treba da bude globalan i frontalan. Ova dilema proizilazi iz doslednih nalaza koji pokazuju da su ciljani, fokusirani i više individualizovani programi efikasniji u smislu da se na ovaj način veći procenat osoba, otprilike 20-30% od onih koji su bili uključeni u program opredeljuje da trajno promeni ponašanje. Međutim, istovremeno, ovi programi obuhvataju daleko manji broj osoba od frontalnih programa. Tako frontalni programi kao rezultat imaju manji procenat osoba koje su promenile neko ponašanje u odnosu na one koji su obuhvaćeni programom, ali sa druge strane ovaj manji procenat je ponekad samo relativno manji jer se ovim programima inicijalno obuhvata daleko veći broj

ljudi (Prochaska, Velicer, Fava, Rossi, & Tsoh, 2001). Tako programi odvikavanja od pušenja na principu priručnika o samopomoći mogu obuhvatiti veći broj osoba, ali njihova efikasnost je oko 10-20% apstinenata (Curry, 1993). Jednogodišnji programi organizovani po savetovalištima kod lekara opšte prakse takođe imaju potencijal da obuhvate veliki broj osoba, ali njihova efikasnost je još manja, uobičajeno od 5 do 12% (Schwartz, 1987), dok se, kada se posmatra procenat apstinenata, kao najmanja pokazuje efikasnost komunalnih programa.

Pregled literature pokazuje da su dva najrasprostranjenija tipa organizovanja preventivnih i promotivnih programa pristup fokusiran na visoko rizičnu populaciju i pristup baziran na ukupnoj populaciji (Curry, & Fitzgibbon, 2009).

Prvi pristup podrazumeva da se preventivni ili promotivni program primeni samo sa visoko rizičnim individua. Ovo se sprovodi tako da se izdvoje individue koje imaju neku karakteristiku koja značajno povećava rizik da razviju neku bolest, kao što su npr. pušači sa genetskim markerima za kancer pluća i da se onda sa njima sprovodi planirana intervencija, npr. intervencija odvikavanja od pušenja. Ili da se radi na povećanju spremnosti da se uradi mamografski skrining sa ženama sa porodičnom istorijom kancera dojke, ili da se intervencije usmerene ka promeni prehranbenog ponašanja i povećanja fizičke aktivnosti sprovode sa osobama koje imaju povišen nivo šećera u krvi i BMI viši od 25.

Prednosti ovakvih strategija u odnosu na strategije usmerene na ukupnu populaciju su da su jeftinije, odnosno ekonomski efikasnije kao i da su praktične i lakše za organizovanje i sprovođenje. Promena zdravstvenog ponašanja kao glavna kriterijum varijabla, odnosno efekat programa se u ovako organizovanim pristupima lakše uočava i meri.

Nedostaci ovih strategija su prvenstveno konceptualni i etički. Kao prvo, ovaj pristup nosi sa sobom značajan ri-



zik medikalizacije i zadire u ljudske slobode. Pošto on podrazumeva rad sa osobama koje su samo pod rizikom, ali koje nisu aktuelno bolesne, njihovo izdvajanje i tretiranje kao drugačijih od opšte populacije povećava verovatnoću i opasnost etiketiranja ili samoetiketiranja. U ovakvoj situaciji, takve osobe mogu da razviju različita odbrambena ponašanja minimiziranja rizika i odbijanja da učestvuju u programu ili da sa druge strane postanu neproduktivno anksiozne ili zabrinute ukoliko se preterano saobraze sa činjenicom da su zbog izvesnih svojih karakteristika ili ponašanja svrstane u grupu onih koji su pod povećanim rizikom (Fitzpatrick, 2001). Kao drugo, ovaj pristup ima vrlo ograničeno dejstvo jer je fokusiran na promenu ponašanja jedne izdvojene grupe. Kao takav, on nema domete da menja socijalne norme i da pokreće sistem socijalne podrške. Naprotiv, zbog već opisane medikalizacije više je pod rizikom da proizvede efekte socijalne izolacije. Takođe, ova strategija ne obezbeđuje da efekte programa osete i osobe koje nisu pod rizikom na način kako je to programom definisano a da ipak, iz nekog drugog razloga, predstavljaju potencijalno rizičnu grupu.

Za razliku od prvog pristupa, drugi pristup podrazumeva da će biti koncipiran frontalno i da će poruke biti emitovane svakom članu populacije, nezavisno od toga da li on aktuelno ispoljava određeno rizično zdravstveno ponašanje ili ne.

Prednosti su mu da nema medikalizacije pristupa pojedincu niti bilo kakve izolacije i etiketiranja, usmeren je na pojavu i promenu generalnog nivoa znanja i svesti pa time i socijalnih normi o određenom rizičnom ponašanju, a ne na određene specijalne pojedince čime se smanjuje verovatnoća razvoja otpora kod osoba koje zaista i jesu pod većim rizikom.

Nedostaci su mu da je skuplji, teži za organizovanje jer uobičajeno podrazumeva koordinaciju velikog broja pojedinačnih akcija i uključivanje većeg broja istraživača i savetnika, kao i saradnika iz različitih institucija kao što bi

npr. bile akcije koje se istovremeno sprovode po školama, radnim organizacijama, lokalnim ili nacionalnim sredstvima javnog informisanja. Otežano je i beleženje podataka i praćenje efekata jer nije lokalizovan na tačno određene izolovane pojedince ili grupe. Za pojavu suštinskih efekata ponekad je potrebno čekati i nekoliko godina pa i decenija. Kako nije fokusiran na one najrizičnije pojedince, efikasnost u odnosu na uloženo značajno mu je manja u odnosu na prvi pristup. Takođe, i ovaj pristup nosi sa sobom izvestan rizik od medikalizacije, mada na potpuno drugačiji način od prvog pristupa. Ovde se, naime, susrećemo sa medikalizacijom običnog života upravo iz tog razloga što ovaj pristup ima ambicije da menja norme i time na jedan suptilniji i manje kontrolabilan način od strane opšte, laičke javnosti i pojedinaca, zadire u pitanja ljudskih sloboda i nameće nove, zdravstvene diskurse i u sferama života koje su samo jako udaljeno povezane sa zdravljem. O ovoj opasnosti će biti više reči u sledećem poglavlju.

Očigledno je da su prednosti i nedostaci ova dva pristupa komplementarni, tako da se u praksi oni ponekad, kada to sredstva dozvoljavaju, i kombinuju. Pojava novih ili osavremenjenih komunikacionih tehnologija, kao što su Internet i Smart mobilni telefoni posebno olakšava kreiranje kombinovanih pristupa preventivnim i promotivnim programima. Ove tehnologije omogućavaju ne samo pristup neograničenom broju potencijalnih korisnika, nego i individualizaciju intervencija kroz primenu interaktivnih programa (Ahern, Phalen, Le, & Goldman, 2007). Pri tome, Ahern i saradnici (2007) skreću pažnju na to da upotreba novih tehnologija mora biti zasnovana na principima teorija o promeni zdravstvenog ponašanja i kontinuirano evaluirana kao i da ne sme sama sebi postati svrha, nego da je ona samo sredstvo za lakšu realizaciju teorijom vođenih i empirijski proverenih intervencija.

Pristup koji je novijeg datuma je pristup usaglašavanja preventivnog ili promotivnog programa nekim karakteristikama ili potrebama određenih pojedinaca ili grupa

kojima je sam program namenjen. Npr. u poslednje vreme se sve češće koriste programi koji su koncipirani tako da se prilagođavaju različitim ciljnim grupama, odnosno da odgovaraju osobama koje se nalaze u različitom stadijumu spremnosti da pristupe promeni nekog ponašanja. U ovim programima se vodi računa o tome koliko je osoba spremna da promeni neko ponašanje, da li uopšte prepoznaje da ima problem ili je već i sama počela da menja ponašanje pa joj samo treba podrška da tako i nastavi ili da nauči da se odupre eventualnim fazama malodušnosti. S obzirom da su novi, ovi programi su još retki i njihova efikasnost nije dovoljno istražena, mada postoje neki obećavajući rezultati (Gavrilov-Jerković, 2004.; Noar, Benac, & Harris, 2007).

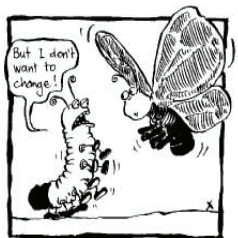
Možemo zaključiti da pregled postojeće literature posvećene evaluaciji programa usmerenih ka prevenciji rizičnog zdravstvenog ponašanja i promociji zdravih stilova življenja ukazuje na iako nedovoljno dosledne ipak obećavajuće rezultate (Glanz et al, 2008; Marsh, 2012; Swann et al., 2011). Efekti su relativno mali, ali je o njima veoma teško suditi s obzirom da se često očekuje njihovo odloženo a ne trenutno dejstvo, kao i kumulativno a ne izolovano dejstvo. U svakom slučaju, rezultati ukazuju na neke pravilnosti:

- efikasniji su programi koji su koncipirani u skladu sa nekom od teorija promene zdravstvenog ponašanja,
- efikasniji su programi koji kombinuju različite pristupe i koji su usmereni istovremeno na promenu seta rizičnog ponašanja a ne toliko na pojedinačna ponašanja.

Osim ovoga, autori ističu neophodnost da akcije usmerene na promenu individualnog ponašanja moraju biti praćene paralelnim akcijama promene nepovoljnih socio-ekonomskih okolnosti koje podržavaju održavanje rizičnog ponašanja ekonomski najugroženijeg sloja stanovništva.

## **2.4.2. Zdravlje kao vrednost, pravo i obaveza**

Jedna od najkrupnijih konsekvenci prepoznavanja uslovljenosti zdravstvenog statusa kvalitetom zdravstvenog ponašanja je novoizgrađeni odnos pojedinca i njegovog zdravlja. Dok je do nedavno zdravlje doživljavano kao usud, kao nešto što je diktirano uglavnom faktorima nad kojim pojedinac nema skoro nikakvu moć, danas se, iako se i dalje prepoznaje i udeo spoljašnjih faktora i udeo unutrašnjih nekontrolabilnih faktora poput genetske predispozicije, zdravlje ipak dominantno doživljava kao odgovornost i u najvećoj meri izbor samog pojedinca. Iako bi ovo moglo da implicira da je onda to i stvar slobode



### **Prilog br. 3.**

Posmatranje zdravlja kao vrhunske vrednosti kojoj treba aktivno težiti i bolesti kao prepreke ka blagostanju koju treba po svaku cenu izbeći nije univerzalno u današnjem svetu. Postoje kulture, uglavnom istočne koje se baziraju na filozofiji Budizma i Taoizma koje i na bolest i na smrt gledaju kao na prirodan i vredan sastavni deo životnog toka svakog bića i koji se bez ogorčenja prihvata. Istraživanja pokazuju da su pripadnici ovih kultura manje skloni da učestvuju u preventivnim i promotivnim akcijama kao i da češće oboljevaju od bolesti koje bi se mogle sprečiti u većem procentu kada bi pristali na dostupne dijagnostičke i tretmanske procedure (Kwok & Sullivan, 2006).

izbora pojedinca da li će da brine o svom zdravlju ili ne, odnosno da je to privatna stvar svakoga od nas, zdravlje je nekako istovremeno postalo i pitanje od izuzetnog nacionalnog značaja. Pretpostavka je da je do ove naglašene zainteresovanosti razvijenih država i država u razvoju za zdravlje stanovništva došlo nakon već spominjanog značajnog povećanja direktnih i indirektnih troškova vezanih za održavanje zdravlja i saniranje posledica bolesti usled produžetka životnog veka stanovništva i visokog udela hroničnih bolesti i pratećeg porasta invaliditeta. Samo par

vekova unazad, ni ljudski život ni zdravlje nisu imali tu poziciju koju imaju danas u očima javnosti i deklaracijama raznih sistema i organizacija, što naravno, ne mora da znači da to važi i za svakog pojedinca.

#### **Prilog br. 4.**

Sve je veći broj država koje uvode poreze na prehrambene proizvode koji spadaju u takozvanu nezdravu (junk) hranu, a ekstreman je primer Arizone u kojoj se od skoro raspravlja ne samo o oporezivanju proizvoda nego čak i osoba koje su gojazne, koje puše ili na drugi način „ne brinu o svom zdravlju“ pa treba da snose posledice svog nesolidarnog i neekonomičnog ponašanja (prema Pakholok, 2013).

Važnost očuvanja zdravlja se danas do te mere javno ističe i u toliko prilika i na toliko različitih što otvorenih što suptilnih načina da današnjem čoveku može da izgleda neverovatno da to nije uvek bilo tako. Zdravlje je deklarativno postalo vrednost sama po sebi, koja je apriorna i koja se izjednačava sa najvišim stadijumom ljudskog blagostanja i samoostvarenja, dok bolest dobija izuzetno negativno značenje koje po svaku cenu treba izbeći. Kao što Pakholok (2013, str 3) kaže: „Do kraja dana, sistem zdravstvene zaštite postao je religija novog društva.“ I dok je u najranijoj verziji Deklaracije SZO (WHO, 1948) na prvoj strani istaknuto da svako ljudsko biće ima prava na najviše zdravstvene standarde, danas se osim prava na zdravlje sve više govori i o različitim ekonomskim i pravnim mehanizmima kojima se to zdravlje može od strane državnog aparata kontrolisati pa i pokušati nametnuti (Pakholok, 2013). Postoje čak autori koji smatraju da je fenomen promocije zdravog stila življenja samo u celofan umotana socijalna kontrola kojom države nastoje da regulišu i eksploatiše ponašanje svojih stanovnika (Fitzpatrick, 2001) i koji tvrde da je u pitanju svojevrsna tiranija zdravljem. Kevin (2007) podupire ovaj stav dodajući da se ova kontrola olakšava ustanovljavanjem dimenzionalnog pristupa zdravlju u kojem se gubi jasna granica razboljevanja, čime se, insistirajući na fenomenima vulnerabilnosti i neizvesnog stepena rizika omogućava da

samo mali procenat stanovništva može da se klasifikuje kao otporan, dok skoro svako postaje osoba pod rizikom podložna različitim organizovanim programima skrininga ili intervencija ili pak sankcijama ukoliko nastavi da insistira na svom rizičnom životnom stilu. Ovo ni malo nije naivno gledano sa aspekta zdravstvenog osiguranja i učešća na tržištu rada, posebno u nekim razvijenim zemljama u kojima se prisustvo faktora rizika tretira kao otežavajuća okolnost da se obezbedi osiguranje ili da se bude ravnopravan pri zapošljavanju (Curry & Fitzgibbon, 2009).

U prilog ovim stavovima idu i nalazi autora koji ističu da je insistiranje jedino na bihejvioralnim faktorima rizika, odnosno na individualnoj odgovornosti pojedinca za svoje zdravlje i to, da paradoks bude veći, ne samo prema sebi nego i prema celoj naciji, tendenciozno okrivljavanje žrtve da bi se izbegla odgovornost društva. Tako Lanz i saradnici (1998) i Raphael i Farell (2002) navode da dobro kontrolisani nacrti koji se organizuju na velikim reprezentativnim uzorcima redovno pokazuju da se osim bihejvioralnih faktora rizika dosledno kao rizici pojavljuju i socioekonomski faktori, prvenstveno niska primanja, pol i obrazovanje. Osobe koje pripadaju najsiromašnijim slojevima u poređenju sa onima sa najvišim primanjima imaju 2,5 puta više šansi da umru od kardiovaskularne bolesti. Ovi faktori imaju prediktivnu moć čak i kada se bihejvioralni faktori drže pod kontrolom. Osnovni mehanizmi putem kojih niska primanja ostvaruju efekat na hronične bolesti su materijalna deprivacija ostvarena kroz loše uslove života, lošu ishranu, manje mogućnosti korišćenja različitih resursa koji zavise od finansijskih mogućnosti, zatim ekstremna i obično celoživotna ili barem dugotrajna izloženost čestim psihosocijalnim stresovima i usvajanje mehanizama prevladavanja koji kompromituju zdravlje, kao što su rizična zdravstvena ponašanja. Ovi autori smatraju da državne institucije osim što insistiraju na osvešćivanju pojedinaca o štetnim efektima rizičnih navika ponašanja i blagotvornim efektima ličnog angažovanja na promeni ponašanja kao izvoru prevencije hroničnih stanja

moraju da rade i na stvaranju uslova za prevazilaženje siromaštva i različitih formi psihosocijalnog stresa.

Podaci koji ukazuju na to u kojoj meri zdravlje može biti ugroženo različitim rizičnim oblicima ponašanja ili pak sačuvano takozvanim zdravim stilovima življenja nesumnjivo upućuju na potrebu da se ulože naponi da se ljudi motivišu da putem promene ponašanja čuvaju i unapređuju svoje zdravlje. Međutim, istovremeno je važno biti svestan toga da se ovi podaci lako mogu zloupotребiti i iskoristiti u različite političke ili ekonomske interese. Činjenica da mnoge razvijene države imaju veoma restriktivan režim zdravstvenog osiguranja prema osobama koje ispoljavaju neko zdravstveno rizično ponašanje može da bude protumačena kao pokušaj da se ljudi preko ekonomskih mera motivišu da povedu računa o svom zdravlju i da se aktivno odnose prema svom životu. Ali, isto tako, ovo može biti i protumačeno kao ekonomski isplativ manevar državne administracije da odgovornost za zdravlje prebaci mnogo većim delom na pojedinca i njegovu slobodnu odluku o tome kako će da se ponaša pa onda i da li će da bude zdrav ili ne. Naravno da osim promocije zdravlja ovde možemo prepoznati i zaštitu profita. Teško je poverovati da je ekonomija empatički zainteresovana za zdravlje stanovništva koliko je ekonomski motivisana da ima zdrave radnike koji će, u slučaju da se razbole, morati sami snositi troškove svog lečenja jer nisu dovoljno vežbali, neumereno su se hranili ili su predugo pušili. Osim ovoga, sama ideja zdravog stila življenja je pokazala ogroman potencijal da postane izvor novog profita, kao što ćemo videti u sledećem poglavlju.

### **2.4.3. Zdravlje kao unosni brend**

---

Jedna od bitnih konsekvenci rezultata istraživanja o zdravstvenom ponašanju i posebno nalaza o važnosti izgradnje takozvanog zdravog stila življenja je i to da je u međuvremenu, posebno tokom poslednje decenije, zdravlje postalo roba koja se odlično prodaje.

Tržište je verovatno najbolje iskoristilo činjenicu da je moguće uticati na svoje zdravlje izvesnim odlukama. Eksploatišući novoizgrađenu poziciju zdravlja kao vrhunske vrednosti kojoj bi u skladu sa takvom filozofijom svaki pojedinac trebalo da teži i istovremeno očigledne različitim faktorima uslovljene ograničenosti ljudi da pristupe trajnim, strukturiranim, dobro promišljenim i zaista na proverenim informacijama i nalazima utemeljenim promenama, industrija je ponudila brojna brza rešenja kako živeti zdravo. Pa se u skladu sa tim nude različiti wellness prehrambeni proizvodi, nemasna mleka, nezašćerani sokovi, ulja bez holesterola, razne vrste ekspanziranih žitarica, peciva od integralnih vrsta brašna, sprave za topljenje masnih naslaga, trake koje vežbaju umesto nas dok mi gledamo TV i nebrojeno mnogo drugih ponuda manje ili više neproverenih, ali veoma privlačnih. I onda jogurti postaju "asistenti našeg zdravlja" ili "ukus samog zdravlja" ili "zdravlje za celu porodicu", a čak i sa šamponom možemo da "krenemo zdravo i napravimo razliku"! Neke studije pokazuju da su osobe između 20 i 30 godina starosti posebno sklone da konzumiraju ove proizvode (Bayram, 2008) i možemo da pretpostavimo da najveći broj tih aktivnosti spada u dramatičan tip usvajanja zdravstvenog stila po klasifikaciji Pakholok.

Pilzer (2001) navodi da je u 2000. godini wellness industrija zauzela prvo mesto u Americi zaradivši 200 milijardi dolara, uglavnom od sportskih klubova, sportske opreme, vitamina i minerala. Zdravlje je postalo brend koji prodaje i robu koja nema neke direktne veze sa njim. Mnoge velike i svetski poznate i uspešne kompanije kao što su npr. McDonalds ili Coca-Cola se trude da svoje proizvode reklamiraju tako što će ih na neki način staviti u kontekst unapređenja zdravlja.

Naravno da ovaj opisani trend ostvarivanja dodatnog profita na ideji zdravog stila života kao i prethodno opisa-





ni trend novog agresivnog konotiranja zdravlja kao obaveze prema sebi i prema naciji ne ukida činjenice da su vodeće ozbiljne bolesti čovečanstva nesumnjivo dokazano u značajnoj meri determinisane i načinom na koji se ponašamo i da ima mnogo smisla raditi na izgradnji evaluiranih programa pomoći ljudima kako da promenom zdravstvenog ponašanja održe i unaprede svoje zdravlje. Ovo nas samo upozorava da razlikujemo naučne činjenice od mode i ideologije, kao i da budemo svesni da su čak i trendovi razvoja nauke teško odvojivi od politike i ekonomije ma koliko nam ta pojava ne prijala.

#### **2.4.4. Pojava paralelnih psiholoških teorija o promeni zdravstvenog ponašanja**

---

Već je više puta napomenuto da se paralelno sa zapažanjem veze između ponašanja i zdravlja razvijala i ideja o tome da ako ponašanja predstavljaju tako moćan faktor rizika ili protektivni faktor, a pri tome su preventabilna i korigibilna, onda je razumljivo da preventivni i promotivni zdravstveni programi treba da budu orijentisani na stvaranje uslova da ljudi prepoznaju korisnost i da donesu odluku da promene rizične forme ponašanja i u što većoj meri usvoje protektivne forme ponašanja. Ovo je pred stručnjake postavilo pitanje koji su to mehanizmi koji stoje u osnovi zdravstvenog ponašanja i kojim konstruktima i modelima bi se ono najbolje moglo opisati, predvideti i regulisati (Gavrilov, 1994). Ovome je posebno pogodovalo vrlo rano zapažanje istraživača da samo podizanje svesti ljudi o negativnim posledicama određenih ponašanja nije dovodilo do očekivanih rezultata. Kako i Pakholok (2013) i Curry i Fitzgibbon (2009) konstatuju, postoji veliki nesklad između deklarativnog zalaganja za zdravlje i promocije zdravih stilova življenja sa jedne strane i stepena do kojeg su ta ponašanja zaista i postala deo svakodnevnog života pojedinaca. Čak i ako se neka ponašanja promene, pokazuje se da je poseban problem

održavanje promene, odnosno, najčešće se osobe vrlo brzo vraćaju starim oblicima ponašanja. Norman, Bennet, Murphy i Tudor-Smith (1998) u studiji sprovedenoj na preko 13000 ispitanika u Velikoj Britaniji dolaze do podatka da se za svega 8 procenata anketiranih osoba može reći da vode računa o svom zdravlju tako što ne puše, redovno se hrane voćem i povrćem, vežbaju minimum tri puta nedeljno i ne konzumiraju ili umereno konzumiraju alkohol. Ovakvi nalazi koji su dosledni još od Alameda studije, predstavljaju veliki izazov za istraživače i stručnjake posvećene temi promene zdravstvenog ponašanja. Kao odgovor na taj izazov, počev od sredine prošlog veka do danas, konstruisana su brojna teorijska rešenja o tome koji su to prediktori porasta spremnosti osobe da promeni ponašanje i kako se, na koji način zdravstveno ponašanje menja (Gavrilov-Jerković, 2007). Neke od ovih teorija su poslužile i kao zvanični referentni okvir za organizovanje jednog broja preventivnih i promotivnih programa i njihova efikasnost u predviđanju i regulaciji zdravstvenog ponašanja se u poslednje vreme veoma pažljivo prati od strane vodećih nacionalnih i internacionalnih zdravstvenih organizacija (Darnton, 2008; Swan et al, 2011). Relevantni i validni pregledi upotrebe teorija i modela promene zdravstvenog ponašanja u organizovanju intervencija i preventivnih i promotivnih programa pokazuju da danas ne možemo da govorimo o jednom dominantnom modelu nego postojanju paralelnih modela koji sa podjednakom efikasnošću objašnjavaju zdravstveno ponašanje. Glantz i saradnici (2008) izveštavaju da se krajem osamdesetih godina moglo registrovati 53 teorije, početkom devedesetih 66 teorija, a u periodu između 2000. i 2005. taj broj se popeo na 139 različitih teorija zdravstvenog ponašanja. Najuticajnije među njima su teorije fokusirane na ulogu faktora individue u održavanju i uspostavljanju zdravlja, i to prvenstveno faktora iz domena kognitivnog funkcionisanja. Relativno su uticajne i teorije koje su usmerene na faktore interpersonalnog funkcionisanja koje uglavnom

ističu važnost prepoznavanja interakcije individualnih karakteristika osobe i njenog socijalnog okruženja, socijalne mreže i socijalne podrške. Novijeg datuma su teorije koje se dominantno fokusiraju na unapređenje zdravlja kroz intervencije koje podrazumevaju promenu i jačanje grupe, organizacione i komunalne podrške izgradnji zdravih stilova življenja. Međutim, najveći broj svih ovih teorija nema adekvatnu empirijsku proveru i retko predstavlja okvir za oblikovanje preventivnog programa ili evaluacije. Tako, Painter, Borba, Hynes, Myes i Glantz (2008) navode da u najvećem broju objavljenih radova u kojima se evaluira neki promotivni ili preventivni program, autori ne navode nikakvu teoriju kao okvir za svoj pristup. Svega oko jedne trećine radova navodi i teoriju, da bi se od toga u svega oko 3 procenta članaka neki teorijski model dosledno i metodološki rigorozno empirijski proveravao, dok je u najvećem delu radova, teorija data samo informativno. Veliki problem za evaluaciju efikasnosti teorija da objašnjavaju i predviđaju promenu ponašanja, predstavlja i nalaz ovih autora o tome da se konstrukti iz različitih modela često koriste nekritički, nedosledno i neselektivno, kao i da je ipak najveći broj istraživanja još uvek krosseksionog tipa što umanjuje mogućnost zaključivanja o kauzalnim relacijama među definisanim konstruktima.

Glantz i saradnici (2008) i Painter i saradnici (2008) dolaze do zaključka da se u ovom mnoštvu teorija dosledno unazad nekoliko decenija i u istraživanjima i u prikazima preventivnih programa izdvaja nekoliko modela. Najčešće se spominju i najrevnosnije evaluiraju Transteorijski model promene, Teorija socijalnog učenja i Model verovanja o zdravlju, a odmah nakon toga i Model promišljene akcije i Model planiranog ponašanja. Teme koje najviše zaokupljaju promotere ovih modela se tiču isticanja važnosti individualnog pogleda na svet, multifaktorske uslovljenosti zdravstvenog ponašanja, posmatranje promene kao procesa, razlikovanje motivacije od namere i namere od akcije, kao i razlikovanje determinanti inicija-

cije promene ponašanja od determinanti održavanja promenjenog ponašanja.

U narednom poglavlju ćemo ukratko predstaviti dominantne teorije promene zdravstvenog ponašanja, osnovne konstrukte putem kojih ove teorije objašnjavaju ponašanje kao i dosadašnje rezultate evaluacije njihove efikasnosti.



## **II POGLAVLJE**

# **PSIHOLOŠKE TEORIJE I MODELI PROMENE ZDRAVSTVENOG PONAŠANJA**



# 3.

## TEORIJSKI MODELI KAO OKVIR IZUČAVANJA ZDRAVSTVENOG PONAŠANJA

*Znati nije dovoljno, mora se primeniti!*

*Hteti nije dovoljno, mora se uraditi!*

*Johan Wolfgang Goethe*

### 3.1. Pretpostavke razvoja psiholoških teorija o zdravstvenom ponašanju

---

Iz podataka iznetih u prethodnom poglavlju je očigledno da je nekoliko faktora pogodovalo pojavi psiholoških teorija i modela o zdravstvenom ponašanju i promeni zdravstvenog ponašanja.

Prvenstveno, to je činjenica da su polovinom prošlog veka vodeće bolesti i vodeći uzročnici invalidnosti i smrtnosti u razvijenom svetu postale hronične bolesti u čijem nastajanju i održavanju je konstatovano da važnu ulogu imaju zdravstvena rizična ponašanja. Brojna epidemiološka istraživanja su nesumnjivo pokazala da pušenje, prekomerno pijenje, sedeći stil života, konzumiranje masne hrane bogate holesterolom i druga rizična zdravstvena ponašanja predstavljaju jedan od najznačajnijih faktora rizika da osoba razvije neku od hroničnih bolesti, kao što je kancer, koronarno oboljenje, dijabetes i sl.

Ovo je probudilo nadu da se kvalitet ljudskog zdravlja i života može popraviti preko regulacije zdravstvenog ponašanja. Naime, pošlo se od pretpostavke da je, ako su se već neka ponašanja tako jasno izdvojila kao rizična, hronične bolesti onda moguće kontrolisati i značajno prevenirati upravo putem promene tih ponašanja.



Međutim, vrlo brzo je konstatovano da i pored svesti ljudi o tome kojim se rizicima izlažu ovakvim ponašanjem, najveći broj osoba neće zaista i preduzeti bilo šta da od takvog ponašanja odustane (Gavrilov-Jerković, 2007; Miller & Rolnick, 2002; Pakholok, 2013, Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Odnosno, saznanje o tome šta povećava a šta smanjuje rizik od oboljevanja nije se pokazalo kao ono što će dovesti do toga da ljudi u većoj meri promene svoj stil zdravstvenog ponašanja. Činjenicama i empirijskim nalazima obrazloženo upozorenje da način na koji se ponašaju može da poveća verovatnoću da njihovo zdravlje postane ozbiljno kompromitovano, samo mali broj ljudi će prihvatiti kao dovoljan razlog da pristupi temeljnim promenama svog životnog stila (Prochaska, 1994; Rimal, 2000). Daleko veći broj će ili pokazati nerealni optimizam i negirati da to ima veze sa njima i da se takve stvari kao što je ozbiljna bolest dešavaju drugima a ne njima ili će na različite načine otpisati značaj upozorenja i nalaza koji podupiru upozorenje (Weinstein, 1980). Takođe, i među onima koji shvate značaj promene ponašanja za održavanje zdravlja i kvalitetnog života, biće značajan broj onih koji realno neće preduzeti ništa tim povodom osim što će verovati da bi bilo dobro da nešto preduzmu. Ovakvi nalazi su pokrenuli brojne istraživače iz oblasti socijalne i zdravstvene psihologije da postave pitanje o tome šta se nalazi u osnovi ove pasivnosti kao i šta je ono što može uspešno da pokrene ljude da promene ona ponašanja koja dokazano kompromituju zdravlje. Do danas je sproveden značajan broj istraživanja koja pokazuju da su brojni i raznovrsni faktori koji stoje u osnovi ovakvog ponašanja od onih koji su pod svesnom kontrolom osobe pa do onih nad kojima osoba ima malo ili nimalo uticaja.

Možemo pretpostaviti da je upravo ovaj raskorak između zdravorazumskog očekivanja da bi ukazivanje na rizik trebalo da bude dovoljno da ljudi počnu da brinu o svom zdravlju i da preduzmu preporučene promene i činjenice da se to apsolutno tako ne dešava doveo do povećanog intere-

sovanja naučnika o prirodi zdravstvenog ponašanja, faktorima kojima se ono može objasniti i predvideti i faktorima koji povećavaju verovatnoću da osoba ipak počne da razmatra mogućnost da promeni svoje rizično ponašanje. Pojava psiholoških teorija i modela o zdravstvenom ponašanju i njegovoj promeni se temelji upravo na ovom prepoznavanju da je regulacija zdravstvenog ponašanja istovremeno i važan preduslov uspešne kontrole zdravstvenog statusa stanovništva i kompleksan, redak i nedovoljno jasan proces čijem se razumevanju mora prići temeljno i na principima koji generalno opisuju ljudsko ponašanje. Naime, na osnovu saznanja o ulozi zdravstvenog ponašanja u održavanju i unapređenju zdravlja i prepoznavanja brojnih faktora koji mu doprinose, osnovni cilj primarne prevencije postaje suprimacija onih faktora koji provociraju i podržavaju razvoj nezdravih oblika ponašanja i promocija onih faktora koji doprinose razvoju zdravih navika putem razvoja nacionalnih, regionalnih, lokalnih ili kliničkih strategija za pomoć grupama i pojedincima u pokušajima promene zdravstvenog ponašanja. Međutim, s obzirom na brojne potencijalne faktore i moguće puteve za razvoj ovih strategija, postalo je jasno da će taj razvoj biti olakšan ako bi postojali modeli koji bi koncipirali zašto i kako se ljudi menjaju i šta povećava a šta umanjuje verovatnoću da će ljudi pristupiti nekoj promeni ponašanja ili stava.

Tako su osim akademske potrebe da razumeju i predvide zdravstveno ponašanje, stručnjaci u oblasti zdravstvene psihologije postali i iz praktičnih razloga zainteresovani da detektuju faktore koji objašnjavaju i iniciraju promenu tog ponašanja i na osnovu kojih se mogu konstruisati efikasnije intervencije. Faktori koji se u najvećoj meri proučavaju od strane zdravstvenih psihologa su različiti socioekonomski, sociodemografski i psihosocijalni faktori. Tako se npr. dosledno pokazuje da će mlađe odrasle osobe, zdravije, bolje edukovane i osobe sa dobrom socijalnom mrežom i sa nižim nivoom stresa češće upražnjavati zdravije oblike zdravstvenog ponašanja i lakše će sprovesti promenu ne-

kog rizičnog ponašanja. Sa druge strane, siromaštvo, visok stres, niski resursi se pokazuju kao pozitivno povezani sa rizičnim ponašanjima kao što je pušenje, sedeći stil života i zloupotreba alkohola, kao i sa neadekvatnim korišćenjem usluga zdravstvenih institucija i sa slabijim učešćem u preventivnim akcijama (Adler & Matthews, 1994, Rosenstock, 1974). I pored ovakvih doslednih rezultata o socioekonomskim i demografskim faktorima kao značajnim determinantama zdravstvenog ponašanja ipak najveću pažnju teoretičara i istraživača privlače različiti kognitivno-afektivni faktori i najveći broj teorijskih modela koncipira ideju o zdravstvenom ponašanju preko konstrukata iz domena socijalno kognitivnih teorija učenja (Rutter & Quine, 2002; Conner & Norman, 2005). Jedan od razloga za ovo je pretpostavka da promena najvažnijih socio-demografskih faktora ne spada u domen psiholoških intervencija nego da podrazumeva političke intervencije na nacionalnom i globalnom svetском nivou, a drugi razlog je pretpostavka da su kognitivno-afektivni faktori korigibilni medijatori u relaciji između ovih socio-demografskih faktora i zdravstvenog ponašanja te da se preko njihove regulacije može u značajnoj meri unaprediti i zdravstveno ponašanje i time i zdravstveni status stanovništva.

### **3.2. Socijalno kognitivni pristup razumevanju zdravstvenog ponašanja**

---

U najvećem broju slučajeva, psihološke teorije promene zdravstvenog ponašanja se temelje na pretpostavkama karakterističnim za socijalno kognitivne modele u širem smislu (Bennett, 2000; Conner & Norman, 2005). U pokušaju da objasne zašto se neke osobe odlučuju da promene rizično ponašanje a neke ne, autori ovih teorija se fokusiraju u najvećoj meri na kognitivne i afektivne procese za koje se pretpostavlja da posreduju između stimulusa i ponašanja.

Osnovna pretpostavka ovih modela primenjenih u oblasti zdravstvene psihologije je da će zdravstveno ponašanje osobe u najvećoj meri biti regulisano načinom na koji ona interpretira stimuluse relevantne za zdravlje, odnosno da se zdravstveno ponašanje može mnogo bolje razumeti kao funkcija načina na koji osoba percipira realnost nego same objektivne realnosti. Osnovni cilj ovih teorija je da otkriju koji su to kognitivni procesi koji se nalaze u osnovi donošenja odluka o zdravstvenom ponašanju. Na taj način one obezbeđuju matricu za razumevanje determinanti zdravstvenog ponašanja i promene ponašanja i za prepoznavanje procesa na koje se treba usmeriti u preventivnim i promotivnim programima. Konstrukti iz socijalno kognitivnih modela koji su u najvećoj meri implementirani i u modele zdravstvenog ponašanja se tiču različite vrste očekivanja, stavova i verovanja vezanih za ponašanje i očekivanih konsekvenci tog ponašanja.

Važna karakteristika ovih modela je da pretpostavljaju da je zdravstveno ponašanje u najvećoj meri rezultat racionalnog procesa donošenja odluke baziranog na namernom i svesnom procesuiranju dostupnih informacija i na odmeravanju verovatnoće (očekivanju) da će neko ponašanje dovesti do određenog ishoda i odmeravanja vrednosti ili korisnosti (valence) tog ishoda sa aspekta zadovoljavanja važnih osobinih ciljeva. Pri tome se pretpostavlja da osobe generalno teže maksimiziranju korisnosti i prijatnosti i smanjenju nelagodnosti da će u skladu sa tim i vršiti odluke o svom ponašanju. Konkretno i pojednostavljeno, ovo bi značilo da je veća verovatnoća da će neki pušač suočen sa zdravstvenim tegobama povezanim sa pušenjem prestati da puši ako očekuje da će to ostavljanje pušenja biti efikasno i za konsekvencu imati poboljšanje njegovog zdravlja. Ova verovatnoća se dodatno značajno povećava ako ovaj pušač veruje da je jako važno da bude zdrav i da je zdravlje uslov da ostvari neke druge važne ciljeve, npr. da bude odgovoran roditelj ili da bude fizički kompetentan i slično. Pri tome, ove ciljeve mora doživljavati kao važnije i da donose veće zadovoljstvo od zadovoljstva

koje donosi pušenje ili važnije od napora i nezadovoljstva koje ovaj pušač anticipira da će trpeti tokom ostavljanja pušenja. Nasuprot tome, verovatnoća da će pušač prestati da puši se značajno smanjuje ako npr. proceni ili da mu zdravlje nije zaista kompromitovano pušenjem ili ako proceni da mu zdravlje jeste ugroženo zbog pušenja ali da je sada kasno za promenu i da ostavljanje pušenja više nije od koristi odnosno ako ne očekuje da će ostavljanje pušenja imati bilo kakav pozitivan efekat na njegovo zdravlje. Takođe, verovatnoća da ostavi pušenje je značajno manja ako pušač možda i veruje da bi bio zdraviji da ne puši i da bi duže živio, ali mu to nije važno jer bi bez cigareta bio bez važnog izvora zadovoljstva i život bi mu bio iako duži, subjektivno manje kvalitetan. Po Conner i Norman (2005) socijalno kognitivni modeli u širem smislu proističu kako iz tradicije dualnih kognitivnih modela o motivaciji po kojima je ponašanje proizvod osobinog očekivanja da će određeno ponašanje (npr. vežbanje) dovesti do određenog ishoda (npr. redukcije telesne težine) i vrednosti, valence tog ishoda (procene da je redukovana telesna težina korisna, vredna, poželjna...), tako i iz tradicije istraživanja samoregulativnih procesa po kojima osoba kontinuirano evaluira i svoja verovanja i ciljeve i usklađenost svog ponašanja i životnih uslova sa tim verovanjima i ciljevima.

Važno je razlikovati socijalno kognitivne modele u širem smislu od poznate **socijalno kognitivne teorije** u užem smislu, čiji je autor Bandura (1986, 2004) s tim da se ova teorija u potpunosti uklapa u socijalno kognitivne modele i po svojim pretpostavkama i po konstruktima kojima pokušava da objasni i predvidi ponašanje. Iako ova teorija ne odgovara u potpunosti modelima koje prikazujemo u ovom tekstu jer spada u interpersonalne a ne individualne teorije (National cancer Institute, 2005; Glanz et al, 2008), zbog značaja koji njene pretpostavke imaju za teorije i modele zdravstvenog ponašanja ukratko ćemo je predstaviti.

Socijalno kognitivna teorija nije nastala u okviru zdravstvene psihologije niti je istraživanje rizičnog zdravstvenog ponašanja dominantna oblast njenog interesovanja, ali

je ipak značajno primenjena i prisutna i u toj oblasti. Kako ćemo videti na sledećim stranama konstrukti ove teorije se provlače kroz skoro sve važnije teorijske pristupe zdravstvenom ponašanju. Njen autor smatra čak da se skoro svi konstrukti drugih teorijskih pristupa mogu svesti na dva glavna konstrukta ove teorije (Bandura, 2004). U pitanju su dva seta očekivanja: očekivanje ishoda i očekivanje self-efikasnosti.

**Očekivanje ishoda** se odnosi na stepen u kojem osoba veruje da će određene bihevioralne akcije dovesti do određenih ishoda. Bandura (2004) razlikuje očekivanje fizičkih i materijalnih ishoda (da li je konsekvencija ponašanja osećanje zadovoljstva ili neprijatnosti i da li je ponašanje povezano sa nekim materijalnim troškovima ili dobitima), socijalnih ishoda (da li ponašanje dovodi do odobravanja ili neodobravanja od strane okoline) i samoevaluativnih ishoda (da li ponašanje dovodi do pozitivnih ili negativnih samoprocena, kao što je osećanje stida ili zadovoljstva i ponosa sobom). Ovaj ishod se zatim procenjuje u odnosu na osnovne vrednosti kojima se osoba rukovodi ili kojima teži u smislu koliko je koristan, pozitivan, poželjan i u skladu sa tim vrednostima ili ciljevima.

**Očekivanje self-efikasnosti** se odnosi na stepen u kojem osoba veruje da je sposobna da sprovede određenu akciju uprkos različitim preprekama. Po ovoj teoriji, verovatnoća da će osoba realizovati određeno ponašanje se povećava u meri u kojoj ona veruje da će to ponašanje dovesti do ishoda koji procenjuje kao poželjan i u meri u kojoj veruje da je sposobna da to ponašanje kompletira. Iako se self-efikasnost može posmatrati i kao dispozicioni konstrukt (Gavrilov-Jerković, Jovanović, Žuljević & Brdarić, 2013; Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005), kao opšti, generalizovani doživljaj self-efikasnosti, Bandura se zalaže da se self-efikasnost posmatra kao situaciono specifičan i kontekstualno zavistan fenomen koji se menja od situacije do situacije i od zadatka do zadatka te da se za predviđanje konkretnog ponašanja kao bolji prediktor procenjuje specifična za dato ponašanje veza na self-efikasnost (Bandura, 1986).

Osim putem ličnog iskustva, očekivanje ishoda i self-efikasnost se uče i putem učenja iz tuđeg iskustva, odnosno učenjem po modelu. Tako osoba posmatrajući ponašanje drugih ljudi, njihove kompetencije i ishode do kojih to ponašanje dovodi, stiče različite vrste očekivanja i u odnosu na svoje ponašanje. Ovo je veoma bitan izvor i zdravstvenog ponašanja u smislu da su brojna rizična zdravstvena ponašanja u javnosti ponekad praćena pozitivnim umesto negativnim ishodima pa tako postaju neka vrsta norme i predstavljaju model za učenje istog takvog ponašanja.

U svrhu razumevanja zdravstvenog ponašanja, Bandura (2004) osim spomenuta dva seta očekivanja opisuje još tri konstrukta kao osnovne determinante zdravstvenog ponašanja. To su znanje o zdravstvenim rizicima i dobitima koje nose različita zdravstvena ponašanja, zatim zdravstveni ciljevi kojima osoba teži sa konkretnim planovima i strategijama za njihovu realizaciju i na kraju percipirani facilitatori i socijalne i strukturalne prepreke.

U skladu sa socijalno kognitivnom teorijom, **znanje o zdravstvenim rizicima i dobitima** predstavlja preduslov za bihejvioralnu promenu jer ako ljudi nemaju informaciju i ne razumeju kako je njihovo rizično ponašanje povezano sa njihovim zdravljem, oni neće osećati nikakvu potrebu da se angažuju u smeru neke promene, posebno promene koja često nosi sa sobom trenutne žrtve u ime nekih vremenski udaljenih dobiti. Ali, samo znanje o povezanosti ponašanja i zdravlja nije dovoljno da bi ljudi započeli ili održali promenu. Po Banduri ono što je nužno da bi osoba započela svoje ponašanje, to je očekivanje da je sposobna da proizvede poželjne ishode putem svog ponašanja. Ovo očekivanje self-efikasnosti predstavlja ključno verovanje i osnovu ljudske motivacije i akcije.

Za pokretanje osobe po ovoj teoriji su važni i **ciljevi** kojima se ona rukovodi. Procena osobe da ponašanje vodi ka realizaciji tih ciljeva predstavlja dodatni motivacioni faktor i doprinosi verovatnoći da će se aktivirati. Pri konstruisanju intervencija je važno pomoći osobi da prepozna

kako joj protektivno zdravstveno ponašanje pomaže da postigne one najvažnije životne ciljeve. Takođe, potrebno je definisati i kratkoročne ciljeve koji imaju veću momentalnu motivacionu snagu i mogu pomoći osobi da lakše prevaziđe neprijatnost zbog udaljenosti velikih ciljeva.

Bandura napominje da je za razumevanje i predviđanje zdravstvenog ponašanja važno i da li osoba **percipira prepreke i facilitatore**, odnosno da li percipira da postoje neki faktori koji mogu otežati ili onemogućiti izvođenje ponašanja ili pak faktori koji dodatno podstiču osobu na akciju. Ovi faktori mogu biti unutrašnji, kao što je npr. veština, znanje, sposobnost, istrajnost, zainteresovanost i slično ili mogu biti spoljašnji, kao što je novac, fizička udaljenost od zdravstvene institucije, nespremnost partnera da pruži potrebnu podršku i slično. Važno je primetiti da u vezi ovog motivacionog činioca, Bandura govori o percepciji osobe i njenom očekivanju da bi neki od ovih faktora mogli biti prepreka ili potkrepljenje. Kako će osoba reagovati na ove faktore ponovo zavisi od self-efikasnosti. Osobe koje imaju visoko očekivanje self-efikasnosti će biti manje uznemirene postojanjem prepreka, manje će ih i percipirati i imaće doživljaj da su prepreke izazov koji će savladati. Za razliku od njih osobe sa niskim očekivanjem self-efikasnosti će videti prepreke i tamo gde ih nema i reagovalaće lakim odustajanjem.

Po Banduri (2004) ponašanje je uvek, osim ovim psihološkim faktorima, determinisano i objektivnim sredinskim činiocima koji realno mogu olakšati osobi i podstaći je da promeni svoje ponašanje ili je realno onemogućiti u nekim akcijama. Ovde spada na primer loša organizacija zdravstvenog sistema, ali i siromaštvo i razne vrste socijalne i ekonomske nejednakosti koje pogađaju i kompromituju osobine resurse i za razvoj zdravih stilova življenja na nivou globalnog stanovništva jeste nužno ali nije dovoljno intervenisati samo na nivou psiholoških determinanti nego je potrebno raditi i na promeni većih, globalnih sistema.

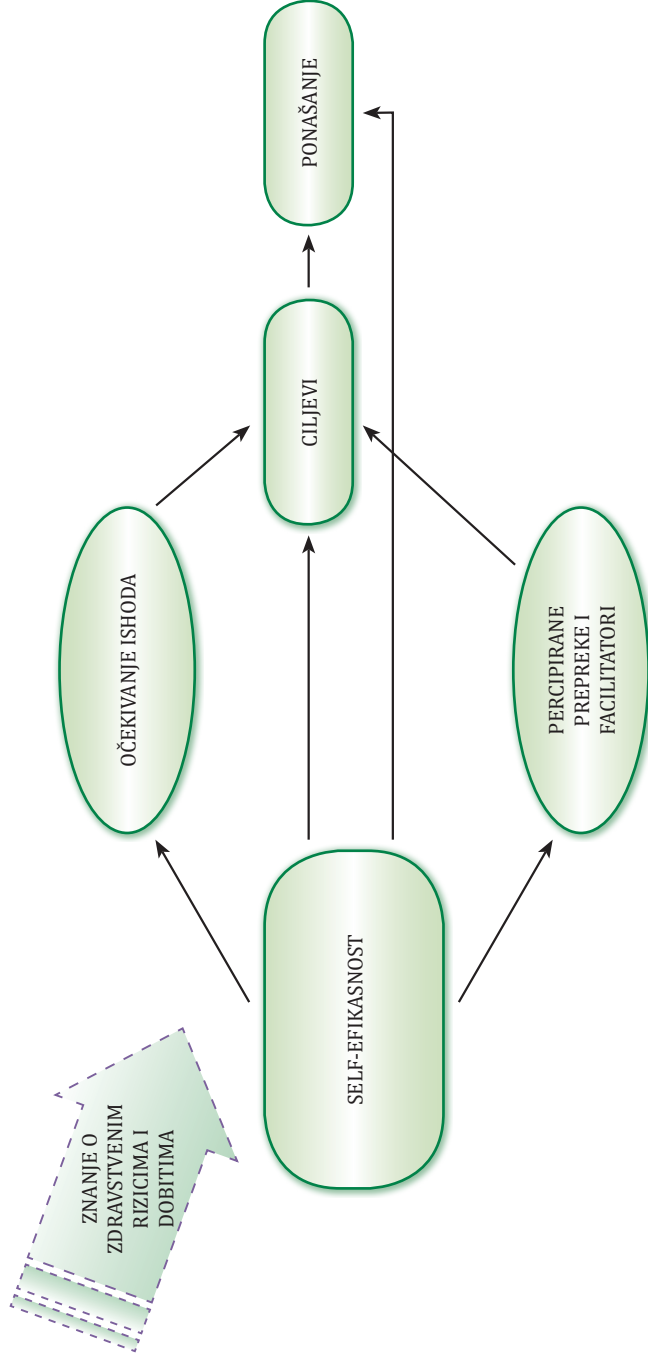
Od pomenutih psiholoških determinanti ponašanja, po socijalno kognitivnoj teoriji, ključni konstrukt je self-



efikasnost koja utiče na zdravstveno ponašanje i direktno i indirektno, preko uticaja na ostale determinante. Relacija self-efikasnosti i ostalih determinanti, kao i relacija svih determinanti sa ponašanjem je prikazana na slici br 1.

Pretpostavke i prediktivna i eksplanatorna moć konstruktata socijalno kognitivne teorije su proveravani u brojnim istraživanjima koja su dala veoma dosledne rezultate posebno kada je u pitanju važnost self-efikasnosti za promenu rizičnog zdravstvenog ponašanja. Npr. Rimal (2000) predstavlja rezultate tri transferzalne i dve longitudinalne studije u kojima je na velikim uzorcima ispitanika ispitivano da li postoji veza između znanja o rizicima nepravilne ishrane za zdravlje i držanja dijeta i da li je ova povezanost moderirana self-efikasnošću. Rezultati svih studija su potvrdili da je povezanost između znanja i ponašanja postojala samo kod osoba sa visokom self-efikasnošću. Osobe sa niskom self-efikasnošću ne samo da su manje držale dijetu nego su se značajno manje i angažovale oko prikupljanja informacija o zdravstvenom ponašanju u odnosu sa osobama sa visokom self-efikasnošću. Takođe, objavljene su brojne studije koje pokazuju da je self efikasnost jedan od mehanizama promene koji stoji u osnovi psiholoških tretmana (npr. Gallagher et al, 2013; Gavrilov-Jerković, 2007). Luszczynska i Schwarzer (2005) daju iscrpan pregled studija koje su proveravale ulogu očekivanja ishoda i self-efikasnosti u oblasti zdravstvenog ponašanja.

Iako je do danas konstruisano više desetina teorija zdravstvenog ponašanja na opisanim teorijskim pretpostavkama socijalno kognitivnog pristupa, najveći broj njih nije još doživeo i svoju empirijsku validaciju niti praktičnu primenu. Pregledne studije (na primer Rutter & Quine, 2002) pokazuju da se svega nekoliko teorija dosledno pojavljuje kao okvir za sprovođenje istraživanja i promotivnih programa. Glanz i saradnici (Nacional Cancer Institute, 2005) ove teorije zdravstvenog ponašanja dele na dve velike grupe: na eksplanatorne teorije i na teorije promene.



Slika br. 1 – Determinante zdravstvenog ponašanja po socijalno kognitivnoj teoriji

## 4.

## EKSPLANATORNE ILI KONTINUUM TEORIJE

---

Eksplanatorne teorije odgovaraju na pitanje *zašto se ljudi ponašaju* na određeni način, kao i *zašto menjaju ili ne menjaju* zdravstveno ponašanje. Usmerene su na otkrivanje faktora koji doprinose održavanju problema (npr. nedostatak znanja, izostanak socijalne podrške, izostanak self-efikasnosti i sl.) i nameri osobe da promeni svoje ponašanje (npr. procena da je zdravlje ugroženo, očekivanje pozitivnog ishoda u slučaju izgradnje novog stila ponašanja i sl.) i upućuju na to *šta treba menjati da bi osoba razvila nameru*. Ove teorije se nekada nazivaju i kontinuum teorije zdravstvenog ponašanja (Lippke & Ziegelmann, 2008) zato što polaze od pretpostavke da je promena kontinuiran, pravolinijski proces razvoja namere koja vodi ka bihejvioralnoj promeni. Tako je osnovni neposredni prediktor promene ponašanja namera osobe da promeni svoje ponašanje pa su naponi ovih teorija u najvećoj meri usmereni ka prepoznavanju različitih kognitivno-afektivnih faktora koji doprinose da osoba razvije i ispolji takvu nameru.

Važna pretpostavka koja karakteriše ove teorije je da je doprinos različitih prediktora i namere i bihejvioralne promene aditivan i da uglavnom nema interaktivnog efekta ovih prediktora. Svaki prediktor ostvaruje svoj nezavistan doprinos bez obzira na vrednosti drugih prediktora, što kao praktičnu konsekvencu ima strategiju da iste promotivne i preventivne intervencije važe za sve ljude kao i da suštinski nije bitno na koji faktor utičemo niti kojim redosledom sprovodimo intervencije. Na koji god faktor da utičemo, to će povećati verovatnoću javljanja i učvršćivanja namere i posledično promene ponašanja pa nema potrebe za se-

kvencionisanjem ni individualnim prilagođavanjem intervencija (Weinstein, Rothman, & Sutton, 1998). Ovo znači da se motivacija osobe da menja ponašanje razvija preko promene kognitivno-afektivnih medijatora. Ovi modeli su usmereni na registrovanje kako udaljenih, distalnih tako i neposrednih prediktora promene ponašanja, odnosno kognitivno-afektivnih mehanizama, a preventivni programi zasnovani na njima imaju za cilj stvaranje uslova da što veći broj osoba iz ciljne grupe poveća nameru da promeni ponašanje i proceni da tu nameru i može i treba da sprovede. I pored mnogih sličnosti pojedinačnih teorija unutar ove grupe, razlike među njima se tiču toga koje kognitivno-afektivne procese definišu kao nužne i dovoljne prediktore promene zdravstvenog ponašanja. Pregledne studije pokazuju da se konstruktima ovih teorija bolje predviđa namera da se pristupi promeni ponašanja nego samo ponašanje (npr. Armitage & Conner, 2001). Među najuticajnijim i najčešće navođenim teorijama iz ove grupe se izdvajaju Model verovanja o zdravlju, Teorija promišljene akcije i Teorija planiranog ponašanja (Glanz et al., 2008).

#### **4.1. Model verovanja o zdravlju**

---

Model verovanja o zdravlju (Health belief model – HBM) je najstariji i jedan od najčešće ispitivanih i korišćenih psiholoških teorijskih modela koji je konstruisan sa namerom da objasni i predvidi zdravstveno ponašanje ljudi.

Pre pojave psiholoških teorija zdravstvenog ponašanja različiti psihološki teorijski modeli (psihodinamski, bihejvioralni, humanistički...) su povremeno primenjivani u oblasti razumevanja zdravstvenog ponašanja, ali s obzirom da nisu bili konstruisani sa tom namerom, manifestovali su ozbiljna ograničenja u situacijama kada je trebalo organizovati različite forme preventivnih ili promotivnih intervencija ili kada je trebalo predvideti neko specifično zdravstveno ponašanje pojedinaca ili stanovništva (Bennet, 2000). HBM je

proizašao iz potreba prakse, oblikovan je empirijskim nalazima a zasnovan je na principima socijalno kognitivnih modela ponašanja. Autori modela su ga par puta dopunjavali i proširivali u nameri da povećaju njegovu prediktivnu moć kao i da prošire oblast njegove primene na različite oblike zdravstvenog ponašanja (Becker, 1974; Becker et al., 1977; Kirscht, 1974; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

#### **4.1.1. Razvoj modela**

HBM je razvijan sredinom dvadesetog veka od strane socijalnih psihologa Irvina Rosenstocka, Godfrey Hochbama, Howarda Leventhala i Stephena Kegalesa (Rosenstock, 1966) koji su radili na Odeljenju za bihejvioralne nauke pri Američkoj službi javnog zdravlja. Ovi istraživači su pokušali da razumeju neočekivan neuspeh široko sprovedenih preventivnih akcija usmerenih na ranu detekciju asimptomatskih bolesti koje su u to vreme sprovedene širom Amerike. U tom pokušaju oni su izdvojili nekoliko potencijalnih varijabli koje su posmatrali a za koje su verovali da mogu da objasne ovo nelogično ponašanje stanovništva. U odabiru varijabli oslanjali su se na široko prihvaćene pretpostavke iz domena S-R teorija da je učestalost ponašanja određena konsekvencama do kojih to ponašanje dovodi i kognitivnih teorija koje su ovu pretpostavku modifikovale hipotezom da se efekat konsekvenci ponašanja na učestalost ponašanja ne ostvaruje direktno nego preko različitih kognitivnih procesa usmerenih na procenu korisnosti konsekvenci, odnosno ishoda ponašanja i očekivanja da će ponašanje dovesti do tih konsekvenci, odnosno do evaluiranog ishoda. U kontekstu promene zdravstvenog ponašanja, oni su pretpostavili da će se kao osnovne determinante ponašanja izdvojiti stepen do kojeg osoba vrednuje zdravlje, odnosno do kojeg procenjuje da je važno da izbegne bolest i stepen do kojeg osoba očekuje da će je specifična zdravstvena ponašanja moći zaštititi od bolesti ili unaprediti njeno zdravlje.

Rosenstock (1974) ističe da se koreni razvoja modela mogu pronaći prvenstveno u naporima i rezultatima istraživanja Hochbauma koje je on obavljao od 1952. godine. Ova istraživanja su bila inspirisana već navedenom činjenicom da je u to doba postojao veoma mali odziv na javne pozive Američke službe za javno zdravlje stanovništvu da pristupe besplatnim pregledima pluća. Hochbaum konstatuje „I pored toga što javnost shvata kolika je važnost i dobit od uspešnih zdravstvenih programa, spremnost ljudi da učestvuju u ovakvim programima je zaista prečesto razočaravajuće niska uprkos postojanju veoma dobro organizovanih pokušaja da se pobudi interes javnosti i da se učešće učini maksimalno dostupnim.“ (Hochbaum, 1958, str.1). U pitanju je bila velika preventivna akcija organizovana uz pomoć mobilnih, putujućih rentgena za rano otkrivanje znakova tuberkuloze (TBC). Hochbaum (1958) je pitao ispitanike da li je moguće da boluju od TBC čak i ako se trenutno osećaju dobro, da li je rentgensko snimanje pluća efikasno u otkrivanju ranih znakova TBC, kao i da li je od značaja da se TBC otkrije rano. Od onih ispitanika koji su na ova tri pitanja odgovorili pozitivno, čak 82 procenta je i obavilo pregled. Od onih ispitanika koji su na ova pitanja odgovorili negativno, 21 procenat je obavio pregled. Na osnovu ovih rezultata Hochbaum ističe značaj psihološke spremnosti za donošenje odluke da se pristupi nekom zdravstvenom ponašanju, a spremnost vidi kao rezultat verovanja osobe da postoji mogućnost da se razboli, procene da bi posledice bolesti bile ozbiljne i da postoji mogućnost da se to prevenira promenom ponašanja. Osim ovoga, Hochbaum kao značajan faktor uvodi i postojanje različitih stimulusa koji imaju moć da podstaknu osobu da počne da razmatra potrebu da učestvuje u nekoj akciji ili da promeni ponašanje. Njegova pretpostavka je da je mala verovatnoća da će ljudi bez nekog podsticaja, sami od sebe, pristupiti čak i razmatranju a kamoli realizaciji promene nekog svog rizičnog ponašanja.

Rosenstock, Derryberry i Carriger (1959) nalaze iste ove faktore kao značajne prediktore ponašanja stanov-

ništva u okviru velike preventivne akcije sprovođenja vakcinacije protiv poliomielitisa koja je takođe dala neočekivano loše rezultate. Autori zaključuju da je jedan od najznačajnijih prediktora bila procena ispitanika da nema potrebe da se vakcinišu jer nisu pod rizikom da se razbole, a svoje verovanje su zasnivali na pogrešnoj percepciji da je polio dečija bolest. U ovom radu je istaknut i značaj načina na koji se formuliše neka zdravstvena poruka koja bi trebalo da pobudi javnost na učešće u preventivnoj akciji.

Slične rezultate je u to vreme objavio i Kegeles (1963) koji je kroz prospektivnu studiju ispitivao faktore koji utiču na spremnost ljudi da redovno odlaze kod stomatologa. Verovanje da se stomatološki problemi mogu ozbiljno komplikovati i da mogu značajno ugroziti zdravlje kao i da se to može predupređiti stomatološkim intervencijama su uspešno predviđali redovan odlazak kod stomatologa čak i tri godine nakon inicijalnog ispitivanja tih verovanja.

Kroz navedena istraživanja polako se formirala ideja ovih istraživača o tome koji su to faktori odgovorni za donošenje odluke da se preduzme ili ne preduzme određeno zdravstveno ponašanje. Međutim, tek nakon skoro deset godina od prvih nalaza, Rosenstock (1966) će sumirati rezultate u nameri da na osnovu njih ponudi model za razumevanje zdravstvenog ponašanja i predstaviće ga kao teorijski sistem o determinantama zdravstvenog ponašanja za koje postoje izvesni dokazi da značajno doprinose razumevanju ponašanja povezanog sa zdravljem. Po njemu, u fokusu primene modela treba da bude povezivanje subjektivnog iskustva osobe, njenih aktuelnih verovanja i očekivanja u vezi zdravlja i stvarnog zdravstvenog ponašanja.

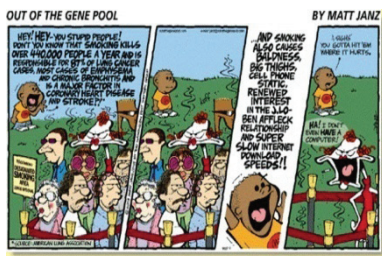
#### **4.1.2. Pretpostavke modela**

Osnovna pretpostavka modela koju Rosenstock (1966, 1974) iznosi je da će ljudi preduzeti neku akciju jedino ako su na neki način motivisani za to. Primarna motivacija za

zdravstveno ponašanje proističe iz potrebe ljudi da budu zdravi što dovodi do toga da sve do tle dok osoba ne percipira neku stvarnu ili potencijalnu pretnju za svoje zdravlje i ne odreaguje nekom brigom u vezi toga, neće postojati minimum uslova da svojevoljno preduzme neke akcije. To znači da osoba koja ne doživljava ni malo brige u vezi nekog aspekta svog zdravlja neće biti otvorena za preventivni ili promotivni materijal niti spremna da samoinicijativno sprovede ili započne neko protektivno zdravstveno ponašanje.

Druga važna pretpostavka modela je da ljudi vrše izbor koje akcije će preduzeti i da taj izbor vrše u skladu sa pretpostavljenim konsekvencama tih akcija. Znači, po modelu, faktor koji je nužan da bi osoba ispoljila neko protektivno zdravstveno ponašanje je verovanje da će to ponašanje smanjiti ili potpuno eliminisati percipiranu stvarnu ili potencijalnu pretnju zdravlju.

Treća pretpostavka je da je za pokretanje procesa promene ponašanja ili sprovođenja određenih akcija nužno da postoje neki stimulusi, okidači koji podstiču osobu na tu akciju. To su stimulusi koji podižu svesnost osobe ili emocionalnu uzbuđenost i usmeravaju joj pažnju na postojanje pretnje ili načine da redukuje pretnju. To mogu biti unutrašnji stimulusi kao što je npr. neka neprijatna telesna senzacija, oštar bol ili dugotrajnije ispoljavanje nekih simptoma ili neobjašnjiva slabost ili neuspeh u nekoj fizičkoj aktivnosti i sl. ili spoljašnji stimulusi, kao što bi bila vest da se neko razboleo ili razvio neki poremećaj ili neko novo saznanje o faktorima rizika ili poruka iz aktuelne medijske kampanje ili preporuka rukujućeg lekara i sl. Istraživanja daju nedosledne rezultate o značaju unutrašnjih i spoljašnjih stimulusa. Dok ima onih koji generalno više podupiru značaj unutrašnjih okidača od spoljašnjih (Abraham & Sheeran, 2005), ima i autora koji govore da je





značajnije istraživati spoljašnje okidače s obzirom da oni mogu i trebaju biti korišćeni tokom intervencija (Mattson, 1999). Pretpostavka modela je da je u situacijama kada je osoba već visoko spremna da preduzme neku akciju dovoljan okidač niskog intenziteta, kao što je npr. nemogućnost da se obuče neki odevni predmet ili obaveštenje o tome da se organizuje program podrške osobama koje imaju neke poteškoće ili koje žele da razviju neke nove zdravstvene navike ili besplatna akcija provere zdravstvenog stanja. Sa druge strane, kada je osoba minimalno ili nedovoljno spremna da preduzme neke zdravstvene akcije da bi se ovaj proces pokrenuo potreban je veoma intenzivan okidač kao što bi npr. bila ozbiljna bolest bliskog člana porodice ili izrazito snažan i bolan fizički stimulus (Rosenstock, 1974). Champion i Skinner (2008) napominju da je potrebno voditi računa o tome da istraživanja upućuju na to da značaj okidača za podizanje spremnosti osobe varira u zavisnosti da li osoba percipira postojanje nekih prepreka ili ne. Iako se ova pretpostavka o važnosti okidača za pokretanje osobe da počne da razmatra potrebu da promeni neko ponašanje očigledno provlači kroz brojne tekstove autora modela, oni ipak nisu nikada sistematski proučavani u okviru modela niti su konzistentno istraživani iako jesu ispitivani van konteksta modela (npr. McBride, Emmons, & Lipkus, 2003). Jedan od razloga za ovo je činjenica da se veoma teško operacionalizuju, kvantifikuju pa čak i identifikuju (Mattson, 1999). Uobičajeno imaju veoma subjektivnu vrednost koju je teško evaluirati, a postavlja se pitanje i validnosti naknadne procene ljudi kada su upitani da li je postojao i koji je to događaj koji ih je pokrenuo. Tako Schwarzer (1992) skreće pažnju da je od ključne važnosti odvojiti aktuelne, stvarne okidače kojih osoba ne mora ni biti svesna od percipiranih okidača jer oni imaju drugačiju prediktivnu moć u predikciji zdravstvenog ponašanja. Pa iako nisu sistematski istraživani, modelom se podrazumeva njihova ključna važnost pri konstrukciji preventivnih programa i obavezno uklju-

čivanje kroz različite sisteme obaveštavanja ciljne grupe (National Cancer Institute, 2005).

Još jedna važna pretpostavka stoji u osnovi ovog modela a to je da je uticaj kognitivno-afektivnih faktora na spremnost osobe da promeni zdravstveno ponašanje modifikovan brojnim moderator varijablama. Rosenstock (1974) navodi *demografske varijable*, kao što su pol, starost, obrazovanje, kultura i slično, *psihosocijalne varijable*, kao što su stabilne personalne karakteristike, socijalna podrška, socijalni pritisak i slično i *strukturalne varijable* kao što su znanje o određenom zdravstvenom problemu i njegovoj povezanosti sa rizičnim ponašanjima, dosadašnje iskustvo sa istim ili sličnim zdravstvenim problemima, dosadašnja iskustva sa zdravstvenim službama i slično. Brojna su istraživanja koja pokazuju da ljudi različitog socioekonomskog statusa, pola, starosti, obrazovanja i zdravstvenog iskustva drugačije obrađuju i drugačije reaguju na zdravstvene poruke (Juon, Seo, & Kim, 2002, Tanner-Smith & Brown, 2010) te da je kod planiranja intervencija i kampanja nužno voditi računa o demografskim, psihosocijalnim i strukturalnim karakteristikama ciljne grupe.

#### **4.1.3. Determinante zdravstvenog ponašanja**

---

U skladu sa nabrojanim opštim pretpostavkama, autori navode da je za razumevanje, predviđenje i regulaciju zdravstvenog ponašanja najvažnije pratiti sledeća dva seta kognitivno-afektivnih faktora (Rosenstock, 1966):

- 1. stepen spremnosti** osobe da preduzme neku protektivnu akciju i
- 2. procenu akcije /očekivanje ishoda/,** odnosno verovanje o tome koliko će takva akcija zaista biti efikasna da otkloni pretnju i po koju cenu.

Prvi faktor, stepen spremnosti osobe da sprovede neko protektivno ponašanje, zavisi od toga da li osoba razvija

**doživljaj pretnje** po svoj zdravstveni status. Ovaj doživljaj se zasniva na dve dimenzije:

- a) verovanju o podložnosti** određenom poremećaju ili bolesti - stepen do kojeg osoba doživljava, veruje ili predoseća da je podložna nekom lošem zdravstvenom stanju
- b) verovanju o ozbiljnosti** konsekvenci - stepen do kojeg osoba veruje ili oseća da bi posledice takvog stanja ili poremećaja bile ozbiljne po kvalitet njenog života.

Ovo znači da će se doživljaj pretnje povećati onda kada osoba proceni da je pod izvesnim rizikom da oboli ili razvije neko nepoželjno stanje i kada oseća da bi posledice takvog stanja ozbiljno kompromitovale ili ukupno zdravlje ili generalno kvalitet njenog života. Istraživanja u najvećem broju slučajeva pokazuju da što je doživljaj pretnje veći, to je veća verovatnoća da će osoba doneti odluku da promeni zdravstveno ponašanje, odnosno da će biti spremnija da dela u određenom smeru. Tako Chen i saradnici (2007) dolaze do rezultata da što osoba sebe doživljava podložnijom oboljevanju od gripe, to je veća verovatnoća da će primiti vakcinu, a Belcher i saradnici (2005) nalaze da što je osoba uverenija u povećan rizik da oboli od HIV, to je veća verovatnoća da će praktikovati zaštićene seksualne odnose. Procena osobe da je usled hereditarnih faktora pod većim rizikom da oboli od dijabetesa će rezultirati većom brigom o telesnoj težini i kondiciji i biće povezana sa redovnom kontrolom krvne slike (Forsyth & Goetsch, 1997). Isto tako, procena osobe da nije podložna, odnosno da je mala verovatnoća da će se zaraziti seksualno prenosivom bolešću će rezultirati i većom verovatnoćom da će praktikovati nezaštićene seksualne odnose (Maes & Louis, 2003). Međutim, iako malobrojnija, postoje i istraživanja koja ne potvrđuju ovu povezanost percipirane pretnje i povećane spremnosti osobe da preduzme poželjne promene ponašanja. Tako Lamanna (2004) u svojoj studiji

sprovedenoj sa studentima ne nalazi povezanost između njihove procene rizika da obole od kancera kože i spremnosti da se štite od sunca.

Po autorima modela, procena pretnje sadrži i kognitivne i afektivne komponente, s tim da je pretpostavka da afektivne komponente ostvaruju veći efekat na konstrukt spremnosti na akciju od kognitivnih. Npr., pretpostavka je da će samo informacija o štetnosti pušenja teže pokrenuti osobu da ostavi pušenje nego strah da to što uporno kašlje može da bude znak neke opake bolesti. Međutim, Rosenstock (1966) upozorava da ovaj zaključak nema tako jasne reperkusije na upotrebu emocionalno obojenih poruka u preventivnim kampanjama pošto su rezultati o snazi takvih poruka da pokrenu promenu ponašanja veoma nedоследni i upućuju na to da je relacija između straha i promene ponašanja moderirana brojnim faktorima. Na primer, Heafner (1965) nalazi značajnu interakciju straha i socio-ekonomskog statusa u smislu da strah podiže spremnost na promenu ponašanja samo kod osoba nižeg socijalnog statusa dok su kod osoba višeg ekonomskog statusa efikasnije poruke koje nisu obojene emocijom straha. Witte i Allen (2000) u svojoj meta-analitičkoj studiji daju opsežan pregled faktora koji ostvaruju interakciju sa emocionalnim uzbuđenjenjem kada se ono koristi u zdravstvenim kampanjama.

Po Glanz i saradnicima (National Cancer Institute, 2005) intervencije koje proističu iz uvažavanja konstrukta procene pretnje za promenu ponašanja bi trebalo da podrazumevaju sledeće aktivnosti:

- Definisanje koji deo populacije je pod rizikom od razvijanja nekog problema i koji je stvarni nivo tog rizika – npr. osobe iznad 40 godina, sa prekomernom telesnom težinom i sedećim stilom života predstavljaju rizičnu grupu za razvoj hipertenzije ili seksualne radnice ili muškarci koji imaju seks sa muškarcima a ne koriste kondom su pod povećanim rizikom od seksualno prenosivih bolesti...

- Usaglašavanje promotivnih poruka sa karakteristikama ciljne grupe.
- Konstrukcija intervencija koje pomažu osobama iz ciljne grupe da prepoznaju da određeni oblici ponašanja sa obzirom na njihove karakteristike povećavaju rizik da razviju određeni problem – npr. informisanje stanovništva u reklamnim kampanjama o povezanosti rizičnog zdravstvenog ponašanja i zdravstvenih problema, postavljanje informacija na specijalizovane sajtove, objavljivanje članaka u popularnim časopisima a u kliničkom kontekstu informisanje pacijenata kroz intervju ili pristupačne brošure...
- Specifikovanje zdravstvenih i širih konsekvenci koje osobe iz ciljne grupe mogu imati usled razvoja zdravstvenog problema i ako ne pristupe određenim akcijama ili promeni ponašanja. Specifikovanje akcija ili ponašanja koji mogu redukovati rizik po zdravlje osoba iz ciljne grupe.

Osim spremnosti na akciju determinisane procenom pretnje, na verovatnoću da osoba pristupi promeni ponašanja utiče i drugi navedeni faktor, procena akcije, odnosno evaluacija efekata koje bi preporučena zdravstvena akcija ili promena rizičnog ponašanja imala na kvalitet njenog života. Po Janz, Champion i Strecher (2002) ovaj konstrukt je veoma sličan Bandurinom konstruktu očekivanje ishoda. I ova procena se po ovom modelu izražava preko dve dimenzije:

- a) **procene dobiti** - koliko je protektivno ponašanje zaista korisno i efikasno u smanjenju pretnje kao i koliko bi moglo da donese osobi generalno dobiti
- b) **procene prepreka** - koliko je protektivno ponašanje komplikovano, bolno, neprijatno ili zahtevno i da li podrazumeva neka odricanja ili nosi sa sobom izvesne efekte koji bi mogli kompromitovati neki aspekt osobine dobrobiti.

Što je procena dobiti (benefita) veća, i što je procena prepreka (barijera) manja, to je veća verovatnoća da će osoba pristupiti akciji i obrnuto. Tako istraživanja pokazuju da iako je informacija o važnosti rane detekcije kancera od izuzetne važnosti za stepen oporavka, mali broj ljudi je spremno da i preduzme ovakve preglede u momentu kada ne oseća nikakve tegobe. Nalazi pokazuju da ono što razlikuje ljude koji ove preglede preduzimaju od onih koji to ne čine jesu percipirane dobiti od pregleda (Graham, 2002). Johnson i Heller (1998) takođe u svojoj studiji sa kardiovaskularnim pacijentima pronalaze da se na osnovu percipiranih prednosti i prepreka može predvideti njihovo buduće ponašanje. Tako oni pacijenti koji tokom hospitalizacije prepoznaju prednosti od vežbanja kod kuće u značajno većem broju zaista i vežbaju šest meseci nakon otpusta u odnosu na one pacijente koji ne izveštavaju o percipiranim prednostima. Najmanje su vežbali oni pacijenti koji su percipirali najviše prepreka. Studije generalno pokazuju da ono što prevazilazi značaj i doživljene pretnje i percipiranih dobiti i što se najčešće pokazuje kao najpouzdaniji prediktor spremnosti i ponašanja jesu percipirane prepreke. Tako npr. Burak i Meyer (1997) pronalaze da se strah od bola i osećaj sramote pokazuju kao značajne prepreke koje umanjuju verovatnoću da će studentkinje obaviti Papa test i pored toga što znaju kolika je važnost tog testa. Do istih rezultata dolaze i Byrd i saradnici (2004) sprovodeći istraživanje sa Hispano ženama kod kojih je strah da je Papa test bolna intervencija kao i neznanje o tome gde da obave test i kako da dođu do te informacije suprimiralo efekte prepoznatih dobiti od testa i efekte prepoznavanja koliko je kancer grlića materice ozbiljna i teška bolest. Koikkalainen, Lappalainen i Mykkänen (1996) dolaze takođe do zanimljivog i važnog podatka a to je da percipirane prepreke značajno predviđaju nesprovođenje propisane dijeta. Kao najvažnije prepreke se izdvajaju jedenje u društvu, prisutnost većeg izbora hrane i doživljaj da preporučena zdrava hrana nije ukusna.

Intervencije koje bi trebalo da proističu iz uvažavanja procene akcije, odnosno očekivanja ishoda bi trebalo da uključuju sledeće aktivnosti (National Cancer Institute, 2005):

- Informisanje ciljne grupe o tome kako i gde može da sprovede određenu preporučenu akciju kao što je npr. skrining test i koje će osoba zdravstvene i druge dobiti imati ako se opredeli da sprovede takvu akciju – npr. intervjui sa osobama koje su prevazišle neki zdravstveni problem zato što su ga rano dijagnostikovale uz informaciju gde se ta dijagnostika obavlja i na koji način.
- Informisanje ciljne grupe o načinima za prevladavanje mogućih prepreka, pravilno informisanje o realnim poteškoćama i načinima da se one redukuju, obezbeđivanje kraćih ili dužih edukativnih ili interventnih programa koji pomažu osobama iz ciljne grupe da prevaziđu prepreke ili da odole iskušenju, uvođenje sistema potkrepljivača i razrada sistema njihove efikasne implementacije.

Kao što vidimo, na osnovu nabrojana četiri najvažnija konstrukta modela moguće je i u izvesnoj meri predvideti ponašanje ljudi ali i istaći moguće pravce za konstrukciju intervencije. Tako, kada osoba veruje da je podložna nekom negativnom zdravstvenom stanju (na primer gojaznosti) i kada procenjuje da bi konsekvence tog stanja mogle biti veoma ozbiljne (npr. povećan rizik od koronarnih oboljenja ili dijabetesa), zatim kada ispoljava doživljaj da bi određena preporučena akcija (npr. promena načina ishrane uz redovno odlaženje u nutricionističko savetovalište) značajno umanjila percipiranu pretnju (npr. dovela bi do smanjenja telesne težine i do poboljšanja opšteg zdravlja, povećala bi osećaj samopoštovanja) i kada percipira da su negativne konsekvence te akcije zanemarljive ili podnošljive (na primer napor da se redovno ide na kontrolne preglede ili da se izdrži iskušenje držanja dije-

te), onda je, uz postojanje adekvatnog okidača, kao što je npr. doživljaj zadihanosti pri malom fizičkom naporu uz informaciju prijateljice o uspešno obavljenom tretmanu u istom savetovalištu, velika verovatnoća da će ova osoba zaista i započeti preporučeni tretman regulisanja telesne težine preko promene prehrambenih navika. Isto tako, prateći ove konstrukte modela, ukoliko osoba proceni da nije podložna gojaznosti ili ako i jeste, da gojaznost neće značajnije kompromitovati njeno zdravstveno stanje ili ako proceni da je njena gojaznost genetske prirode i da nikakva akcija neće dovesti do smanjenja telesne težine ili ako proceni da čak i ako bi preporučena akcija dovela do smanjenja telesne težine da je to previše naporno, da nema vremena da odlazi u savetovalište ili da bi joj gladovanje jako teško palo i da bi mogla da postane preterano razdražljiva i neraspložena, možemo da predvidimo da skoro da ne postoji šansa da ova osoba promeni svoje ponašanje osim ako bi bila suočena sa jako ozbiljnim i uznemiravajućim okidačem. Po modelu, posebno je neprijatna situacija kada je osoba ambivalentna, odnosno kada istovremeno procenjuje da je pod rizikom i kada procenjuje da bi akcija dovela do značajnih pozitivnih posledica, ali kada je i procena barijera jako visoka. Po Rosenstock (1966) osoba će tada ili početi da traga za nekom novom akcijom koja nije u toj meri neprijatna ili će se distancirati od ovog konflikta zavaravajući se da će sa promenom krenuti „od ponedeljka“ ili će, što je najmanje konstruktivno, razviti kontinuiran i iscrpljujući emocionalni distress. Implikacija ovih pretpostavki i nalaza koji ih potvrđuju je da se preventivne akcije trebaju usmeriti na povećanje percipirane podložnosti, percipirane ozbiljnosti problema i percipiranih dobiti od protektivnog zdravstvenog ponašanja uz smanjenje ili prevladavanje percepcije mogućih prepreka ili teškoća vezanih za sprovođenje ili usvajanje protektivnog ponašanja (Haefner & Kirscht, 1970; National Cancer Institute, 2005).



Po autorima modela, percepcija pretnje je snažniji prediktor odluke, namere da osoba usvoji neko ponašanje a percepcija korisnosti same akcije je snažniji prediktor ponašanja, odnosno pravca akcije. Iako je ovaj model pravi predstavnik kognitivnih modela koji pretpostavlja da su ljudi prvenstveno racionalna bića i da se u osnovi promene ponašanja nalazi proces donošenja odluka, autori modela smatraju da ovaj proces nije u potpunosti svestan i nameran i da ova verovanja ostvaruju svoj efekat čak i kada ih osobe nisu u potpunosti svesne.

#### **4.1.4. Inovacije i dopune modela**

Model verovanja o zdravlju je u par navrata dopunjavao. Prvo proširenje se ticalo blage promene gledanja na prirodu zdravstvene motivacije. Po originalnom modelu ljudi su prvenstveno zainteresovani da izbegnu bolest i da zaštite zdravlje, što rezultira time da će se pokrenuti na akciju tek ako percipiraju da im je zdravlje na neki način ugroženo. Backer, Drachman i Kirscht (1974) govore da je jednako moguće i da su ljudi motivisani potrebom da prošire, uvećaju svoje zdravlje čak i kada ne doživljavaju realno i aktuelno nikakvu pretnju.

Godinu dana kasnije Becker i Maiman (1975) na osnovu opsežne analize dostupne literature o različitim prediktorima zdravstvenog ponašanja dolaze do zaključka da je model potrebno dodatno proširiti, odnosno da je uz specifičnu i vremenski nestabilnu zdravstvenu motivaciju koja proizilazi iz procene da je osoba podložna nekom određenom zdravstvenom stanju, model potrebno dopuniti i opštijom zdravstvenom motivacijom, odnosno vremenski stabilnim, nespecifičnim verovanjem osobe o tome u kom stepenu je generalno podložna različitim poremećajima i koliko je generalno uznemirava pomisao da bi mogla biti bolesna, koliko je uopšteno zainteresovana da bude zdrava, kakva generalno verovanja razvija u vezi mogućnosti kontrole zdravlja. Po ovim autorima ova stabilna zdrav-

stvena motivacija će uticati na to koliko će pretnje osoba percipirati u različitim specifičnim situacijama i koliko će potencijalno biti spremna da se angažuje globalno povodom unapređenja zdravlja. Po Bennet (2000) ovaj konstrukt je veoma retko korišćen kako u evaluacionim studijama tako i u procesu konstrukcije preventivnih programa.

Kada je nastajao model verovanja o zdravlju, autori modela su ga formulisali u cilju razumevanja i predviđanja jednostavnih kratkoročnih zdravstvenih ponašanja kao što je obavljanje neke pretrage ili primanje vakcine. Međutim, u pokušaju da objasne kompleksnija ponašanja i promenu životnog stila, autori modela su se suočili sa nemogućnošću da preko postojećih konstrukata opišu i ove kompleksne setove ponašanja. Rosenstock, Strecher i Becker (1988) rešenje za ovaj problem pronalaze u konstrukt self-efikasnosti iz Bandurine socijalno kognitivne teorije. Naime, ovi autori prepoznaju da za odluku osobe da sprovede neko jednostavno ponašanje kao što je odlazak kod lekara radi obavljanja kontrolnog pregleda skoro nikakvu ulogu ne igra osobina procena da li je sposobna ili nije sposobna da sprovede takvo ponašanje, tako da je razumljivo zašto ovaj konstrukt nije bio uzet u razmatranje. Odnosno, za predviđanje ovog ponašanja dovoljno je usmeriti se na verovanja osobe o povezanosti ponašanja i efekata tog ponašanja na njenu dobrobit (npr. Da li će me vakcina zaštititi od gripe?). Međutim, pri pokušaju da razumeju kompleksna, dugotrajna i komplikovana ponašanja koja podrazumevaju dugotrajniju akciju i konstantno istrajavanje i suočavanje sa preprekama i sa težinom gašenja navika, oni prepoznaju da je važan konstrukt kojim se ovo ponašanje može bolje objasniti i predvideti specifična procena osobe da poseduje sposobnosti i resurse da takvo ponašanje započne i sprovodi do kraja uprkos različitim iskušenjima (Npr. Da li ću uspeti da ostavim pušenje? Da li ću moći da izdržim napetost? Da li ću doleteti iskušenju?). Tako se danas self-efikasnost prikazuje kao integralni deo ovog modela i programi konstruisani na osnovu njega

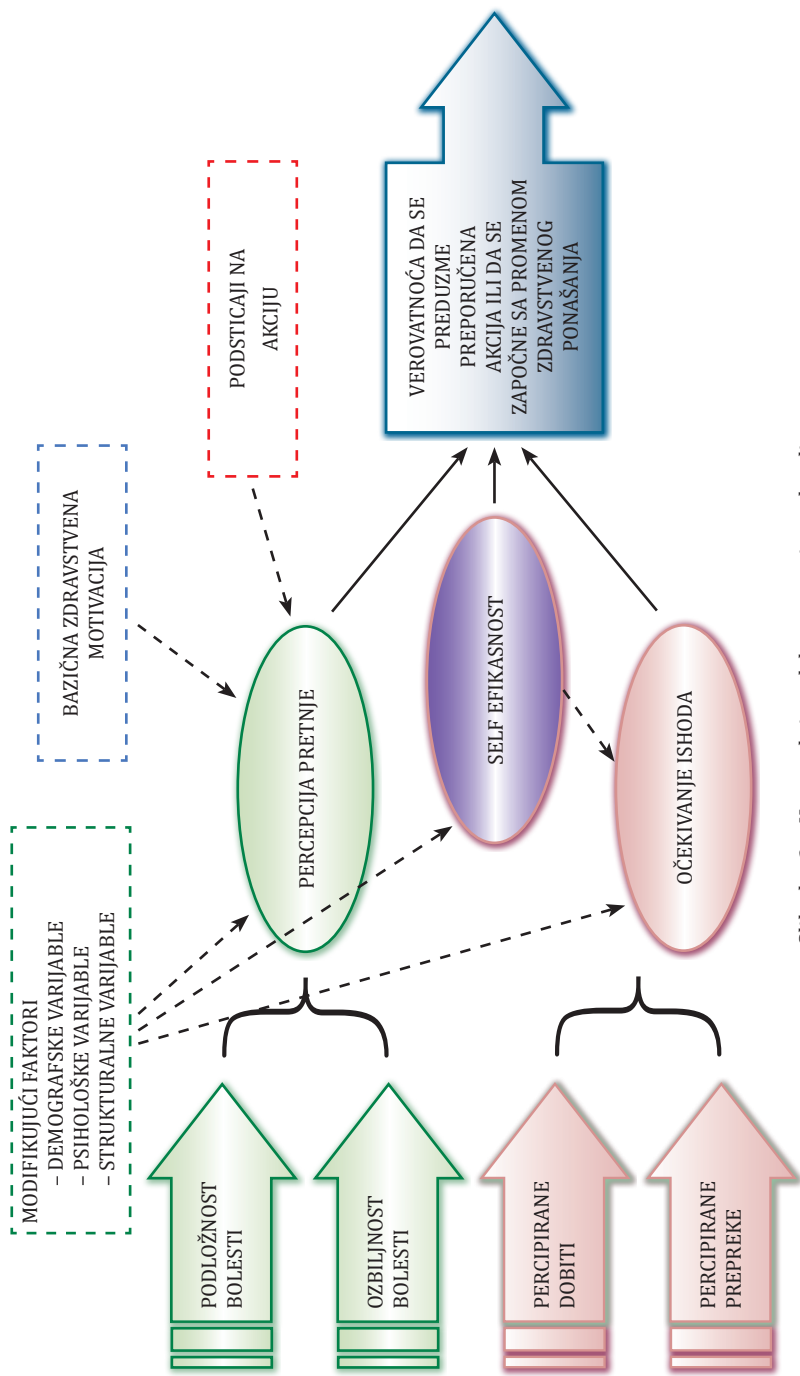
uključuju i različite intervencije podizanja self-efikasnosti osoba iz ciljne grupe. Na slici br. 2 prikazani su konstrukti savremenog proširenog modela verovanja o zdravlju.

#### **4.1.5. Empirijska evaluacija modela**

Model verovanja o zdravlju je jedan od najčešće proveravanih modela. Takođe, njegovi konstrukti su se često koristili i nezavisno od samog modela, bilo kao prediktori zdravstvenog ponašanja ili procene spremnosti na promenu, bilo kao komponente preventivnih ili promotivnih programa. Harrison i saradnici (1992) npr. u svojoj meta-analitičkoj studiji od identifikovana 234 objavljena rada posvećena validaciji konstrkata HBM u svega 16 studija nalaze da se proveravaju sva četiri glavna konstrukta modela. Model je korišćen u odnosu na širok opseg zdravstvenog ponašanja i sa različitim grupacijama ispitanika. Abraham i Sheeran (2005) klasifikuju istraživanja modela na tri velike oblasti:

- istraživanje preventivnog zdravstvenog ponašanja koje uključuje a) usvajanje protektivnog ponašanja kao što je vakcinacija, promena prehrambenih navika, fizička aktivnost, korišćenje kontracepcije i b) promena rizičnog ponašanja kao što je ostavljanje pušenja,
- istraživanje ponašanja vezanog za ulogu bolesnika, kao što je pridržavanje saveta lekara,
- istraživanje primene modela u kliničkim uslovima, kao što je spremnost na sprovođenje redovnih kontrola i skrining testova.

Pored brojnih pojedinačnih studija, objavljeno je i nekoliko preglednih i meta-analitičkih studija (Becker et al, 1977; Hardeman et al, 2002; Harrison et al, 1992; Janz & Becker, 1984; Tanner-Smith & Brown, 2010). Iz svih ovih studija može se izvući nekoliko zaključaka o efikasnosti HBM u predikciji i promeni zdravstvenog ponašanja. Kao



Slika br. 2 – Konstrukti modela verovanja o zdravlju

prvo, sva četiri glavna konstrukta modela se dosledno pokazuju kao značajni prediktori širokog spektra zdravstvenog ponašanja. Janz i Becker (1984) analizirajući oko 50 individualnih studija nalaze da je procena podložnosti povezana sa zdravstvenim ponašanjem u 81 posto studija, procena ozbiljnosti stanja u 65 procenata, procena dobiti u 78 procenata i procena prepreka u 89 procenata. Slični rezultati se dobijaju kada se posmatraju samo prospektivne studije s tim da se tada prepreke pokazuju kao značajne u 100 procenata obuhvaćenih studija. Uopšteno, prepreke se pokazuju kao najpouzdaniji prediktori zdravstvenog ponašanja.

Iako ovi rezultati mogu delovati kao ubedljivi dokazi uspešnosti modela da objasni ponašanje, važno je uzeti u obzir nalaze drugih studija koje osim podatka da li je neki konstrukt ostvario značajnu povezanost sa kriterijumom, pokazuju i koliki procenat varijanse je objašnjen tim prediktorom. Kada se ovi rezultati uzmu u obzir, onda se vidi da je taj efekat skoro zanemarljiv. Npr. Harrison i saradnici (1992) dobijaju rezultate koji govore da je prosečna povezanost konstrukata modela i kriterijuma iako značajna veoma niska: 0.15 za podložnost, 0.08 za ozbiljnost problema, 0.13 za procenu dobiti i -0.21 za procenu prepreka. Nešto bolje rezultate su dobili Yarbrough i Braden (2001) evaluirajući efikasnost modela u predikciji skrininga kancera dojke došavši do podatka da konstrukti modela objašnjavaju između 15 i 27 procenata varijanse kada se isključe socioekonomski faktori, dok uključivanje ovih faktora značajno povećava predikciju na 47 procenata objašnjene varijanse.

O efikasnosti modela kao okvira za sprovođenje preventivnih programa je još uvek teško govoriti. Iako programa koji su rukovođeni konstruktima ovog modela ima dovoljno, veoma mali broj njih, za sada zanemarljiv da bi se donosili valjani zaključci, je sproveden na metodološki korektan način. Ipak, rezultat koji se relativno dosledno ponavlja je da su programi koji su nudili kompjuterski

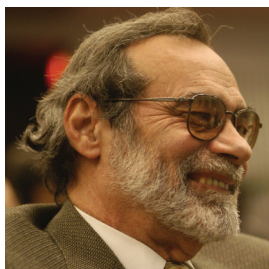
individualno usaglašene intervencije (usaglašavanje sa profilom osobe po relevantnim konstruktima modela) bili superiorniji od onih koji su imali iste intervencije za sve osobe (Champion & Skinner, 2008; Strecher et al, 1994).

Iz do sada dobijenih rezultata može se reći da model ima izvesnu, ali realtivno slabu prediktivnu moć. Analitičari modela su uglavnom spremni da ove relativno slabe rezultate vide kao posledicu široko i nedovoljno precizno definisanih konstrukata koji omogućavaju veliku šarolikost u njihovoj operacionalizaciji i samim tim i otežanu komparaciju rezultata pojedinačnih studija. Ono što se najviše ističe kao slabost modela je neeksplicirana relacija među konstruktima modela. Autori ostavljaju otvorenim pitanje da li ove konstrukte treba posmatrati kao nezavisne prediktore ili se oni nalaze u nekom interaktivnom odnosu. Praktične konsekvence ove nejasnoće se ogledaju u tome da ostaje nejasno da li i u istraživačkom i u akcionom kontekstu prediktore treba tretirati iz ugla aditivnog ili multiplikativnog modela kao i da li neki prediktori pretihode nekim drugim prediktorima ili je svejedno kojim se redosledom organizuje rad na njima. Ovo je takođe ozbiljno teorijsko ograničenje modela zato što osim što nabroja bitne komponente ne eksplicirajući kakvu relaciju treba da očekujemo među njima ne nudi proverljivo objašnjenje mehanizama, medijatora putem kojih se ostvaruje promena zdravstvenog ponašanja. Zbog ovog propusta, Zimmerman i Vernberg (1994) zaključuju da je HBM u suštini više lista relevantnih varijabli nego teorijski model baziran na adekvatno specifikovanim relacijama između svojih ključnih konstrukata. Za razliku od njih, Glanz i saradnici (National Cancer Institute, 2005) ističu da zbog relativne jednostavnosti ovaj model i dalje predstavlja dobar okvir i za istraživanje i za organizovanje akcija u cilju unapređenja zdravstvenog ponašanja i da to objašnjava njegovu priličnu i vremenski stabilnu popularnost i zastupljenost u svim preglednim studijama koje se bave evaluacijom modela promene zdravstvenog ponašanja. Model je po-

seбно pogodan za intervencije u oblasti asimptomatskih poremećaja u kojima postoji velika verovatnoća da osobe koje jesu pod povećanim rizikom da razviju problem to ne prepoznaju zato što aktuelno ne osećaju tegobe. Stav ovih autora je da model zbog slabosti ne treba odbaciti nego ga treba dalje usavršavati usmeravajući se na otkrivanje relacija među konstruktima i istražujući načine za transponovanje osnovnih principa modela na nivo konkretnih intervencija.

## **4.2. Pristup promišljene akcije**

---



*Martin Fishbein*



*Icek Ajzen*

Početkom druge polovine dvadesetog veka dva socijalna psihologa, Martin Fishbein i Icek Ajzen započeli su svoje višedecenijsko istraživanje faktora koji objašnjavaju kako se ljudi odlučuju da preduzmu ili ne preduzmu određeno ponašanje. Za razliku od autora modela verovanja o zdravlju, ovi autori se nisu primarno bavili zdravstvenim ponašanjem, ali je zdravstveno ponašanje bilo veoma često u fokusu njihove pažnje i veliki broj istraživanja modela je sproveden upravo u oblasti zdravstvene psihologije. Kao socijalni psiholozi i istraživači oni su prvenstveno bili zainteresovani da izdvoje opšte komponente koje stoje u osnovi svakog ponašanja. Pošto su se bavili uglavnom voljnim ponašanjem, vezom stavova i ponašanja i istraživanjem pre-

diktora započinjanja ili promene ponašanja, bili su prirodno najviše zainteresovani za one psihološke komponente koje su relativno stabilne ali i podložne promeni i spoljašnjem uticaju, odnosno za takozvane psihološke konstrukte srednjeg nivoa opštosti. Model je od vremena kada se po-

javio, u nekoliko navrata korigovan i dopunjavan od strane samih autora. Kao i ostali socijalno kognitivni modeli i ovaj model predstavlja u najvećoj meri ekstenziju ranijeg dualnog kognitivnog modela koji je ponašanje objašnjavao preko interakcije očekivanja ishoda i vrednosti, valence ishoda. Danas spada u jedan od najčešće proveravanih modela u oblasti ispitivanja determinanti voljnog ponašanja i time i zdravstvenog ponašanja.

#### **4.2.1. Pretpostavke pristupa**

Sve varijante modela se zasnivaju na nekoliko osnovnih pretpostavki.

Prva pretpostavka je da je ljudsko ponašanje u najvećem delu svesno, zasnovano na planiranim akcijama i pod voljnom je kontrolom. Ljudi su skloni da misle o svojim akcijama i konsekvencama tih akcija i da biraju ona ponašanja za koja nakon procesa evaluacije zaključie da će imati poželjne konsekvence ili ishode u odnosu na neki predviđeni cilj. Ti ishodi nisu nužno pozitivni sa aspekta takozvanog zdravog razuma. Fishbein (2008) izričito insistira da činjenica da je u njihovom modelu čovek predstavljen kao biće koje razmišlja i na osnovu kognitivne procene formira verovanja i stavove i donosi odluke, ne znači da su te odluke uvek racionalne. One se mogu zasnivati na pogrešnim pretpostavkama, na zabludama i iluzijama, na preterivanjima, pogrešnim procenama, kognitivnim i emotivnim pristrasnostima i sl. Ovom pretpostavkom autori govore samo o tome da ljudi imaju tendenciju da procenjuju i okolnosti i svoje akcije i reakcije i da o svom aktuelnom i potencijalnom ponašanju konstruišu verovanja kojima se rukovode u različitim pojedinačnim situacijama a da pri tome ta verovanja ne moraju biti ni tačna ni racionalna niti isključuju i druge procese osim kognitivnih, kao što su evaluativni ili afektivni.

Druga pretpostavka je da se najveći procenat varijanse ponašanja, ma kojem domenu to ponašanje pripadalo, zai- 103



sta može objasniti malim brojem prediktora. Za razliku od onih autora koji smatraju da je ljudsko ponašanje izuzetno kompleksno i da je određeno skoro beskonačnim brojem specifičnih i jedinstvenih faktora, autori pristupa promišljene akcije postuliraju da je dovoljno svega par prediktora da bi se razumelo bilo koje ponašanje. To ne znači da ovi prediktori uvek u istom procentu i na isti način objašnjavaju svako pojedinačno ponašanje. Naprotiv, udeo pojedinačnih prediktora varira u zavisnosti od različitih situacionih i individualnih obeležja, ali su uvek isti prediktori u pitanju (Ajzen, 1991; Smith-McLallen & Fishbein, 2008). Autori ovaj princip vide kao posebno važan ako želimo da unapređujemo svoja znanja i da doprinesemo izgradnji opšte teorije o ponašanju (Fishbein & Ajzen, 2010). Odnosno, oni ističu da iako postoji brojna literatura koja empirijski podupire nalaze o ulozi opštih, široko definisanih dispozicionih konstrukata kao što su npr. crte ličnosti u objašnjavanju generalnih bihevioralnih tendencija, isti ti konstrukti se češće pokazuju kao slabi prediktori specifičnih i konkretnih ponašanja u nekoj konkretnoj situaciji i konkretnom kontekstu, za koja su praktičari najčešće zainteresovani (Ajzen, 1991; Brdarić i Gavrilov-Jerković, 2011; Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Horner, 1996; Žuljević i Gavrilov-Jerković, 2011). U tom smislu oni mogu imati saznavnu vrednost ali im je praktična vrednost veoma mala i na osnovu njih se teško mogu organizovati npr. preventivne akcije. Tako, činjenica da su stepen neuroticizma, savesnosti i impulsivnosti povezani sa rizičnim zdravstvenim ponašanjem ima značajnu ulogu u razumevanju tog ponašanja jer ove dimenzije ukazuju na to koje su osobe sklonije da razviju određeno ponašanje i imaju funkciju moderatora u sticanju zdravstvenih navika (Sutin, Ferrucci, Zonderman & Terracciano, 2011), ali istovremeno, ove informacije su od sekundarnog značaja kada se organizuje neka preventivna akcija jer preventivne ili promotivne akcije teško mogu imati za cilj delovanje na stabilne personalne karakteristike, kao što teško mogu imati za cilj

promenu socioekonomskih uslova koji se jednako dosledno pokazuju kao povezani sa zdravstvenim statusom stanovništva. Trenutni domet ovih informacija je ukazivanje na potrebu adaptacije, individualizacije pristupa u skladu sa nekim stabilnim personalnim karakteristikama ciljne grupe. Dobar pregled personalnih karakteristika koje su se pokazale kao moderatori uspeha psihološkog tretmana i promene ponašanja daje Beutler sa svojim saradnicima (Videti u Gavrilov-Jerković, 2008). Sa druge strane, usmeravanje na usko specifično ponašanje i izdvajanje specifičnih prediktora baš za to ponašanje može imati trenutnu praktičnu vrednost, ali ono vodi izgradnji brojnih uskih teorija posvećenih razumevanju specifičnog ponašanja u specifičnim domenima pod specifičnim uslovima te nema nikakvu heurističku vrednost i ne vodi izgradnji opšte teorije koja može da objasni i predvidi bilo koje ponašanje kao i da se na osnovu njenih principa mogu konstruisati intervencije u cilju regulacije različitog ponašanja. Tako nas onemogućava da pravimo generalizacije, da vršimo poređenja konstrukata i uvećavamo generalno znanje o ljudskom ponašanju i pravilnostima uticaja na njega. Kao što smo rekli, po ovim autorima rešenje ovog problema je izdvajanje manjeg seta univerzalnih prediktora koji predstavljaju neposredne determinante ponašanja i koji se nalaze u osnovi svakog ponašanja. Ovo ne isključuje potrebu da se kontinuirano ispituje povezanost ovakvog seta varijabli sa stabilnim personalnim i demografskim konstruktima sa jedne strane i sa specifičnostima nekog konkretnog ponašanja sa druge strane ali je ona u kontekstu izdvajanja univerzalnih neposrednih prediktora regulacije zdravstvenog ponašanja od sekundarnog značaja i ima ulogu pomoćnih kriterijuma.

Treća pretpostavka je da je najbolji neposredni pojedinačni prediktor ponašanja namera osobe da sprovede to ponašanje i da je zbog toga i teorijske i istraživačke i tretmanske akcije u najvećoj meri potrebno usmeriti na ispitivanje ovog konstrukta i njegovih determinanti. Na-

mera predstavlja stepen spremnosti i posvećenosti osobe ideji da će zaista i sprovesti određeno ponašanje. Tako se po autorima verovatnoća da će osoba sprovesti određeno protektivno zdravstveno ponašanje, npr. da će obaviti neki skrining test, najbolje može izvesti iz stepena, intenziteta njene namere da taj skrining test i obavi. Što je snažnija namera osobe da obavi test, to je veća verovatnoća da će ga zaista i obaviti. Znači, po modelu se očekuje da namera da se sprovede neko ponašanje visoko korelira sa tim ponašanjem. Relativno česte nalaze da namera ne korelira visoko sa ponašanjem autori objašnjavaju problemom operacionalizacije osnovnih konstrukata u istraživanjima i nekompatibilnim nivoima putem kojih su operacionalizovani i ispitani i namera i ponašanje (Fishbein & Ajzen, 1974; Fishbein, 2005). Da bi se povezanost namere i ponašanja ispitala na adekvatan način, nužno je da oba budu precizno opisani i da budu istog nivoa i u tom smislu bilo bi neadekvatno da se npr. predviđa da li će osoba početi sa fizičkim vežbama iz njenog uopštenog verovanja o vežbanju i njene generalne namere da počne sa vežbanjem nego se i vežbanje i namera moraju specifikovati kroz tačne akcije, cilj, kontekst i vreme.

U odnosu na to kako je namera objašnjavana i preko kojih i koliko konstrukata, autori su razvili par modela koji se danas podjednako koriste.

#### **4.2.2. Prva faza razvoja: teorija promišljene akcije**

Najraniji model je poznat pod nazivom **teorija promišljene akcije** (Theory of reasoned action, Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980). U svom originalnom obliku predstavljao je adaptaciju teorije kontrole iskaza (Dulany, 1968).

Po teoriji promišljene akcije ljudsko ponašanje je u najvećoj meri determinisamo namerom da se to konkretno ponašanje i sprovede. Ovu nameru autori nazivaju **bihejvioralnom namerom**.

**Bihevioralna namera** je najvažniji motivacioni faktor koji predstavlja stepen uverenosti i odlučnosti osobe da će zaista i realizovati neko ponašanje. Po Ajzen (1991) namera ukazuje na to koliko je osoba voljna da uloži napora da bi sprovela određenu akciju ili da bi istrajala u realizaciji određenog ponašanja. Namera ponekad uključuje i plan kako da se sprovede ponašanje. Koji su to faktori po ovom modelu koji doprinose tome koliko će snažnu nameru osoba imati, odnosno koliko će biti uverena da će preduzeti određeno ponašanje? Samu bihevioralnu nameru determinišu dva paralelna procesa:

- **Stav o ponašanju**, koji može biti manje ili više pozitivan ili negativan i
- **Subjektivna norma**, odnosno percepcija socijalnog pritiska da osoba sprovede ili ne sprovede dato ponašanje.

Autori ističu da je važno da primetimo da kada razmatramo stav, treba da razmatramo stav prema konkretnom ponašanju a ne prema cilju koji želimo da dostignemo tim ponašanjem čime dobijamo višestruko više korelacije između stava i ponašanja (Ajzen & Fishbein, 1980). Stav prema cilju predstavlja samo jednu komponentu verovanja o ponašanju. To znači na primer kod ponašanja kao što je odlazak na skrining test da posmatramo kakav je stav osobe prema odlasku na skrining test (Dobro je, korisno je ili nije dobro, nepotrebno je... da ja idem na skrining test) a ne prema zdravlju (Dobro je biti zdrav...), pa čak ne ni prema skrining testu (Skrining testovi su korisna metoda za one kojima je to potrebno...). Što je stav prema konkretnom ponašanju pozitivniji, to je veća verovatnoća da će osoba doneti odluku, odnosno imati nameru da to ponašanje sprovede i obrnuto. Važno teorijsko pitanje u ovom modelu je - od čega će zavisiti kakav će osoba imati stav o ponašanju. Po modelu, kakav će stav o određenom ponašanju osoba imati u momentu kada odlučuje da li da ga preduzme ili ne zavisice od kombinacije dva verovanja:

- **Osobinog verovanja o mogućim efektima, ishodima ponašanja,**
- **Osobine evaluacije tih potencijalnih ishoda ponašanja.**

Ove dve komponente zajedno čine verovanje o konkretnom ponašanju koje će determinisati da li će osoba imati i u kojoj meri izražen pozitivan, negativan ili neutralan stav o konkretnom ponašanju.

Verovanje o mogućim efektima, ishodima ponašanja se odnosi na procenu osobe o tome do kojih ishoda ili posledica će dovesti određeno ponašanje. Možemo npr. da zamislimo da je u pitanju žena koja puši cigarete i koja je upravo saznala da je trudna pa joj lekar savetuje da ostavi pušenje. Pretpostavka je da će ova žena ostaviti pušenje tek kada prvo odluči da to uradi (razvije nameru: „Nameravam da tokom trudnoće ostavim pušenje“). Da li će doneti takvu odluku, odnosno imati nameru da ostavi pušenje zavisi od stava koji aktuelno ima prema pušenju i odvikavanju od pušenja tokom trudnoće (Na primer: „Smatram da je pozitivno, dobro, važno, korisno, ili nekorisno, nepotrebno... da ostavim pušenje dok sam trudna“). A stav o tome da li da posluša lekara ili ne i da ostavi pušenje biće pod uticajem toga kakva bihejvioralna verovanja ima, konkretno koje ishode, konsekvence tog ponašanja vidi kao moguće i verovatne. Znači šta vidi da su mogući efekti ostavljanja pušenja na njeno zdravlje i zdravlje bebe, odnosno koje konsekvence pretpostavlja da bi odvikavanje od pušenja imalo na njeno i bebino zdravlje („Šta će se desiti ako ostavim pušenje dok sam trudna?“). Pri tome je pretpostavka da osoba uobičajeno ima više verovanja o istom ponašanju i da su ta verovanja ponekad međusobno suprotstavljena. Kakav će biti konačan stav o ponašanju zavisi od ukupnog zbira svih pojedinačnih verovanja i prevage pozitivnih ili negativnih verovanja. Ova trudnica npr. može pogrešno verovati da pušenje nije zaista rizično po zdravlje njene bebe i da odvikavanje od pušenja ne bi

imalo nikakve pozitivne efekte (Na primer: „Neće se ništa desiti ako ostavim pušenje. Pušenje ima veze sa mojim plućima a ne sa bebinim.“). Čak može da veruje da bi imalo negativne posledice jer bi osećala neprijatnu žudnju zbog koje bi mogla biti nervozna a moguće i da bi se tokom odvikavanja ugojila što sve utiče na to da razvije negativan stav prema ideji lekara da treba da ostavi pušenje („Ne vidim neku svrhu da ostavljam pušenje tokom trudnoće.“). Ovaj stav umanjuje verovatnoću da osoba razvije nameru da ostavi pušenje. Po ovom modelu, da bi osoba sa ovakvom rizičnom navikom i ovakvim stavom realno ostavila pušenje, bilo bi potrebno da bude izložena nekoj intervenciji, odnosno bilo bi potrebno da se kroz neku intervenciju sa njom radi na jačanju namere, a da bi pojačala nameru trebalo bi da promeni stav, a da bi promenila stav, trebalo bi da promeni percepciju konsekvenci i pušenja i odvikavanja od pušenja na zdravlje, odnosno da promeni bihejvioralna verovanja.

Rekli smo da je druga komponenta verovanja o ponašanju koja određuje kakav će stav osoba formirati o ponašanju evaluacija ishoda, efekata, odnosno konsekvenci ponašanja. Dakle, dok se u prvoj komponenti radi o tome da osoba procenjuje koja je verovatnoća da će ponašanje rezultirati određenom konsekvencom, odnosno ishodom („Ostavljanje pušenja u trudnoći će zaštititi moju bebu.“ ili „Ostavljanje pušenja neće uticati na zdravlje moje bebe.“ ili „Biću nervozna ako ne budem pušila.“), kod ove, druge komponente se radi o proceni koliko su pretpostavljene konsekvence procenjene kao bitne, važne, korisne, prijatne, poželjne, kakva im je valenca („Koliko mi je važno da budem zdrava ili da moja beba bude zdrava, konkretno, da li mi je ovo važnije od nelagode koju ću trpeti ako ostavim pušenje?“). Tako na primer, možemo da zamislimo osobu koja je radoholičar, koja preuzima previše poslova i odgovornosti i radi više od uobičajenog radnog vremena i kojoj je usled problema sa nestabilnim i često povišenim krvnim pritiskom savetovano da reorganizuje

i smanji obaveze na poslu i više vremena ostavi za opuštanje, socijalni život i rekreaciju da bi smanjila napetost i time delimično regulisala krvni pritisak. Ova osoba može na primer da prepozna da bi ovakvo reorganizovanje aktivnosti zaista moglo da ima pozitivne konsekvence po njenu opuštenost i stabilizaciju krvnog pritiska. Međutim, ako joj je istovremeno, zbog njenog vrednosnog sistema, neprihvatljivo da se na poslu ne trudi maksimalno i da ne postiže visoke rezultate, te ako joj je, kada preispituje svoje globalne životne ciljeve, profesionalni uspeh i status važniji od zdravstvenog, jako se povećava verovatnoća da ipak zauzme negativan stav o reorganizovanju obaveza što će indirektno umanjiti njenu nameru da putem smanjenja poslovnih aktivnosti reguliše svoje zdravlje.

Obe ove komponente, i verovanje o ishodu ponašanja i evaluacija ishoda ponašanja određuju kakvo će verovanje o ponašanju imati osoba a to će doprineti tome da li će imati više pozitivan ili više negativan stav. Efekat ovih komponenti je i aditivan i interaktivan. To znači da ako osoba smatra da neko ponašanje vodi ka određenim konsekvencama (dijeta povećava fizičku privlačnost) ali ako ne vrednuje taj ishod, (fizička privlačnost nije bitna za kvalitet mog života), onda je manja verovatnoća da će ovakvo verovanje značajno doprineti njenom pozitivnom stavu prema tom ponašanju (držanju dijete) i nameri da ga realizuje. Isto važi i za situaciju u kojoj osoba može da vrednuje određeni ishod (fizička privlačnost jeste važna za kvalitet mog života) ali da ne smatra da taj ishod zaista proizilazi iz datog ponašanja (dijeta će mi smanjiti kilograme ali time neću biti fizički privlačniji). I ta kombinacija umanjuje pozitivnost stava i pobuđivanje namere.

Kao što smo gore rekli, drugi proces, osim stava, koji determiniše bihejvioralnu nameru i doprinosi da osoba donese odluku da preduzme ili ne preduzme određeno ponašanje je subjektivna norma. Subjektivna norma se odnosi na osobinu percepciju socijalnog pritiska odnosno usklađenosti njenog ponašanja sa očekivanjima njenog

socijalnog okruženja. Zato autori smatraju da subjektivna norma predstavlja izraz takozvanih normativnih verovanja. Ova **normativna verovanja** predstavljaju kombinaciju dve vrste verovanja o normama ponašanja:

- **Percepciju osobe o tome koja su očekivanja i verovanja drugih osoba o datom ponašanju,**
- **Motivaciju osobe da svoje ponašanje uskladi sa percipiranim očekivanjima i verovanjima drugih osoba.**

Normativna verovanja se znači odnose prvo na to kako osoba percipira šta je ono što okolina, prvenstveno važne osobe iz njenog okruženja, misli o određenom ponašanju, da li je ono poželjno, dobro, korisno ili smešno, nepotrebno, nekorisno, ružno i slično i da li eksplicitno ili implicitno očekuje od nas da se ponašamo na određeni način i drugo, na stepen do kojeg te percipirane norme i to njihovo percipirano očekivanje uvažavamo i želimo da u svom ponašanju sledimo. Ovo ne znači nužno da će osoba pravilno percipirati niti same norme niti očekivanje okoline da se ona pridržava normi. Osoba može pogrešno interpretirati poruke iz okoline i neke norme i objektivna očekivanja ne prepoznati kao takva ili obrnuto pretpostaviti da okolina očekuje nešto od nje što objektivno nije tačno. Zato autori naglašavaju da je za predikciju bihejvioralne namere i samog ponašanja važno proceniti kako osoba percipira socijalne norme i kakva normativna verovanja ona ima a ne toliko kakve su realne norme njenog okruženja. Zato se ovo i zove subjektivna norma. Vidimo da će po teoriji promišljene akcije uz stav o određenom ponašanju, nameru da preduzmemo ili ne preduzmemo to ponašanje pojačati ili oslabiti naša percepcija normi, odnosno očekivanja okoline u vezi tog ponašanja. Namera će biti najsnažnija ukoliko osoba ima i pozitivan stav prema ponašanju i ukoliko percipira da okolina očekuje ili odobrava to ponašanje i ukoliko osoba želi da se ponaša u skladu sa tim normama. I obrnuto, namera se značajno smanjuje ako osoba ima ne-



gativan stav prema ponašanju i ako percipira da i okolina ima negativan stav i ako želi da se ponaša u skladu sa tim stavom. Npr. osoba može retko ići kod lekara i ne sprovo- diti nikakve kontrole ukoliko i sama ne veruje da bi takvi pregledi dali neke pozitivne ishode kao i ukoliko i njena najbliža okolina, bliski prijatelji, članovi porodice iskazuju negativan stav prema osobama koje često posećuju lekara smatrajući ih folirantima ili slabićima. Ali, sa druge strane, može se desiti da, iako npr. osoba nema izrazito pozitivan stav prema ostavljanju pušenja tokom trudnoće, i ako bi se sama pitala ne bi menjala tu naviku, ipak počne da razma- tra odluku da to učini zato što i muž i roditelji otvoreno i intenzivno iskazuju takvo očekivanje i zato što osoba ima potrebu da im udovolji. Isto tako i visoko pozitivan stav prema nekom ponašanju može da ne vodi u realizaciju ponašanja ukoliko osoba proceni da njoj značajne druge osobe ne podržavaju to ponašanje a da ima potrebu da po- štuje i ispunjava njihova očekivanja.

Pojednostavljeno rečeno, po teoriji promišljene akci- je, najvažniji prediktor konkretnog ponašanja je namera osobe da to ponašanje i sprovede a najvažniji prediktori namere su stav osobe prema tom ponašanju i percepcija usaglašenosti ponašanja sa percipiranim očekivanjima i verovanjima socijalnog okruženja o tom ponašanju. Ele- menti modela se mogu videti i na slici br 3.

#### **4.2.3. Druga faza razvoja: teorija planiranog ponašanja**

---

Teorija promišljene akcije je relativno brzo prihvaće- na i od strane istraživača i od strane praktičara kao rele- vantan model za proučavanje zdravstvenog ponašanja i za proučavanje i konstrukciju preventivnih i promotivnih programa. Validacione studije i meta-analize su uglavnom potvrdile osnovne pretpostavke modela ali su prepoznata i neka ograničenja i predlagani su putevi za njeno pobolj- šanje (Sheppard, Hartwick, & Warshaw, 1988). Istraživači

su tako, na primer, isticali kao problematičnu činjenicu da je model u potpunosti linearan i da ne omogućava pretpostavku da ponašanje ostvaruje povratni efekat na ostale konstrukte. Kao važno ograničenje je prepoznato i to da ova teorija može da se primeni samo na ona ponašanja koja su kompletno pod osobinom voljnom kontrolom (Ajzen, 1985) i koja nisu automatizovana do nivoa navike. Na ovaj način neobjašnjena ostaju brojna ponašanja čija realizacija nije samo pod voljnom kontrolom osobe nego koja zavise od prisustva brojnih olakšavajućih ili otežavajućih faktora kao što su novac, posедovanje veština, saradnja drugih ljudi, spoljašnji resursi, postojanje odgovarajućih institucija i slično. Kod takvih ponašanja možemo očekivati velike individualne razlike u proceni težine da se ponašanje sprovede i doživljaju stepena kontrole osobe nad tim faktorima. Pod uticajem ovih kritika Ajzen (1985; 1991) predlaže izvesne izmene u teoriji i ovu izmenjenu, odnosno proširenu teoriju naziva **teorija planiranog ponašanja** (Theory of planned behavior, TPB). Najvažnija izmena je da se osim bihejvioralnih i normativnih verovanja u model uključuju i verovanja o kontroli koja formiraju percipiranu ili opaženu bihejvioralnu kontrolu. Tako percipirana bihejvioralna kontrola (PBK) osim stavova i subjektivne norme postaje treća determinanta bihejvioralne namere kao što se vidi na slici 3. Razlog autora da u model uključi konstrukt opažene kontrole je činjenica da je uvideo da za realizaciju ponašanja nije dovoljno da osoba bude motivisana, odnosno da ima nameru da nešto učini. U brojnim situacijama osim namere da nešto učinimo, potrebno je da to i možemo da uradimo. Ponekad nešto ne možemo da sprovedemo zato što ne umeemo, nekad zato što nemamo dovoljno sredstava, nekad zato što realizacija zavisi od drugih ljudi koji možda nisu voljni da se uključe. Uglavnom, kod brojnih ponašanja će postojati neke prepreke koje je potrebno savladati. Ajzen (1991) je pretpostavio da se verovatnoća da će osoba sprovesti ponašanje ako se motivacionom faktorom (nameri) pridruži i faktor kompetencije, odnosno percipirane kompetencije

da izađe na kraj sa potencijalnim preprekama. Percepcija kontrole se znači odnosi na stepen u kojem osoba opaža i očekuje da poseduje kontrolu nad svim unutrašnjim i spoljašnjim faktorima koji mogu olakšati ili otežati izvođenje ponašanja. Determinišu je dve komponente:

- Opažanje osobe koliko kontrole poseduje nad faktorima koji imaju uticaj na izvođenje ponašanja,
- Očekivanje osobe koliko je sposobna, kompetentna da realizuje ponašanje.

Ajzen (1991) govori o tome da opažena bihejvioralna kontrola ima efekat i na bihejvioralnu nameru ali i direktno na ponašanje. Osobe koje percipiraju da imaju resurse da obave određeno ponašanje (npr. novaca ili vremena ili pristup potrebnim institucijama) i da imaju sposobnosti, znanja, veština da ga sprovedu će lakše i sa većom verovatnoćom formirati nameru i sprovesti ponašanje. Po autoru ovo je posebno tačno kada je osobina percepcija kontrole tačna, odnosno kada percepcija odgovara stvarnoj kontroli ponašanja i kada je u pitanju ponašanje koje se realno ne sprovodi jednostavno. Što je ponašanje zahtevnije, kompleksnije, zavisnije od posedovanja različitih resursa, to je za predikciju ponašanja bitnija opažena kontrola. Odnosno, tada neće biti dovoljno da znamo koliko je snažna osobina namera. Što je ponašanje jednostavnije za izvesti i ako zavisi stvarno samo od osobine volje da ga sprovede, to je efekat faktora opažene kontrole na ponašanje manji a raste efekat bihejvioralne namere. Osim glavnog efekta opažene kontrole na ponašanje, Ajzen je pretpostavio da opažena kontrola ostvaruje i interaktivan efekat na ponašanje sa bihejvioralnom namerom u smislu da moderira relaciju između namere i ponašanja tako da će namera imati veći efekat na ponašanje onda kada osoba ima i visoku percepciju bihejvioralne kontrole (tek ako nešto mogu da sprovedem postaje važno da li to i hoću da sprovedem, znači: hoću, nameravam i mogu) dok se taj efekat namere smanjuje ili čak i gubi kada osoba ima nisku percepciju bihejvioralne kontrole (šta

mi вреди što hoću kad ne mogu jer ili ne umem ili nemam spoljašnje resurse). Međutim, bez obzira koliko ovaj interaktivan efekat zvučao logično, rezultati o postojanju interaktivnog efekta su nedosledni i izgleda da zavise od tipa ponašanja koje se planira izvesti zato što ne postoji kod svih ponašanja efekat verovanja o kontroli (Ajzen, 1991; Armitage & Conner, 2001; Yzer, 2007). Da rezimiramo, autori su pretpostavili da značaj ovog faktora za predviđanje namere i ponašanja nije isti kod svih ponašanja. Za ona ponašanja koja su ili jednostavna ili kompletno i bez sumnje pod osobinom kontrolom, značaj ovog prediktora je minoran. Namera tada zavisi daleko više od stavova o ponašanju i od subjektivne norme. Međutim, kada su u pitanju ponašanja koja ili nije jednostavno izvesti ili zavise od nekih unutrašnjih ili spoljašnjih faktora, tada ova vrsta verovanja, verovanja o kontroli postaju veoma važan prediktor namere i ponašanja. Kao što smo rekli, osim opažene bihevioralne kontrole, važno je uzeti u obzir i stvarnu, realnu kontrolu, resurse koje osoba realno u datom momentu poseduje i o potencijalne aktuelne prepreke i otežavajuće okolnosti. Ova kontrola se ne mora u potpunosti preklapati sa konstruktom opažene bihevioralne kontrole. Konstruktom stvarne kontrole se autori nisu mnogo bavili u ovoj fazi razvoja pristupa iako ga povremeno spominju. Tek u poslednje vreme ozbiljnije je razmatran kao bitan elementa modela.

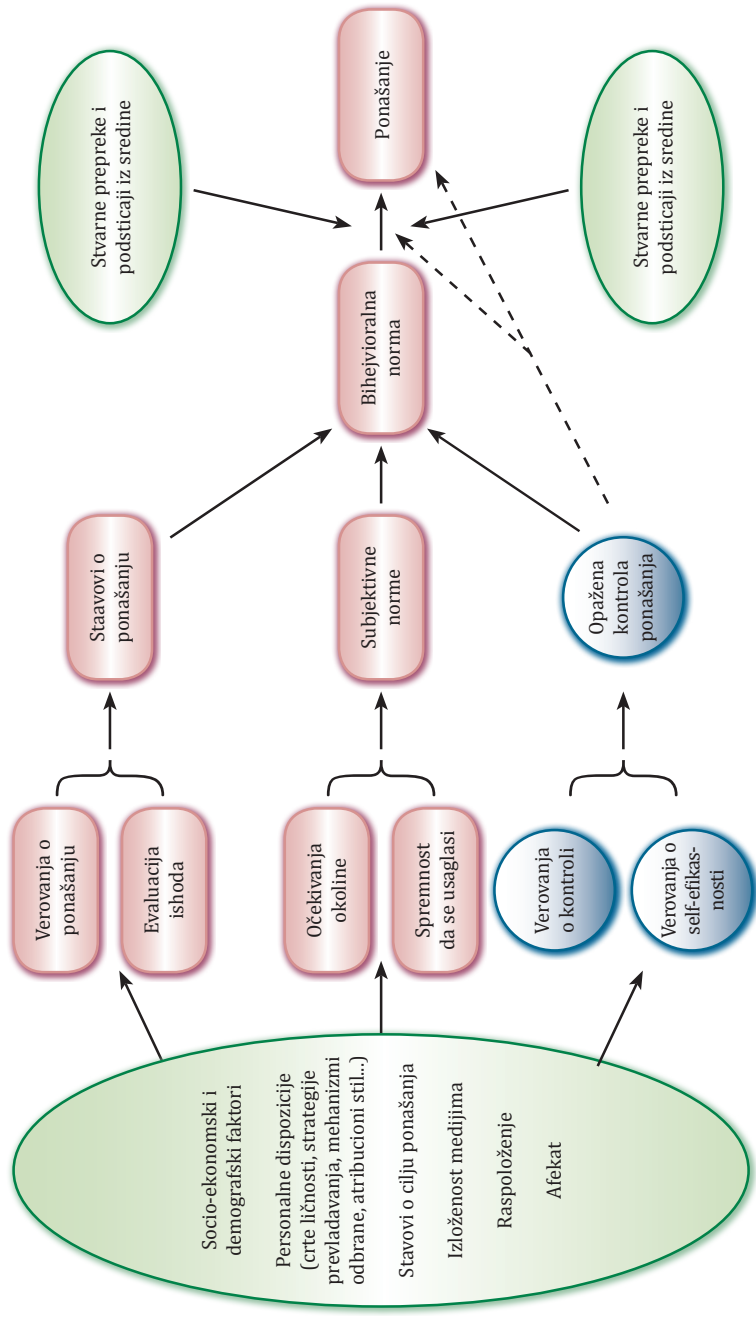
Očigledno je iz formulacije konstrukta opažene kontrole da postoji značajno preklapanje između konstrukta opažene kontrole i self-efikasnosti i autori u svojim novijim radovima često i govore da se opažena kontrola može zameniti konstruktom self-efikasnosti (Fishbein, 2008). Međutim, postoje autori (Armitage & Conner, 2001) koji ukazuju da se ova dva konstrukta iako postoji preklapanje ipak ponašaju različito kad predviđaju različitu vrstu ponašanja i da ih zato ne treba izjednačavati. Da li će se konstrukti opažene kontrole i self efikasnosti preklapati zavisiti od toga kako se percepcija kontrole definiše i na koju njenu komponentu (komponentu kontrole nad resursima

i preprekama ili komponentu kompetencije za upravljanje resursima i za prevazilaženje prepreka) se stavlja više akcenat. Onako kako je originalno definisana, opažena kontrola je širi konstrukt od self-efikasnosti jer osim što obuhvata percepciju lične kompetentnosti da se sprovede ponašanje, ona obuhvata i percepciju postojanja ili nepostojanja i spoljašnjih olakšavajućih ili otežavajućih okolnosti koje povećavaju ili umanjuju verovatnoću da osoba uspešno sprovede akciju a da ih osoba ne percipira nužno kao da zavise od nje (npr. procena osobe da ima na raspolaganju više organizovanih programa pomoći koji su besplatni i u kojima će naći adekvatnu podršku za ponašanje koje planira da sprovede povećava njen doživljaj kontrole nad ponašanjem i doživljaj da je lako sprovesti ponašanje a da pri tome ova procena ne podrazumeva nužno visoku self-efikasnost). Po originalnom modelu percipirana kontrola je funkcija i rezultat kombinacije dve vrste verovanja: prvo, verovanja o tome u kojoj meri su osobi na raspolaganju različiti spoljašnji ili unutrašnji resursi i prepreke koji mogu olakšati ili otežati sprovođenje određenog ponašanja i drugo, verovanja o self-efikasnosti, odnosno koliko osoba veruje da je sposobna da izvede dato ponašanje do kraja. Kada su ova dva verovanja pozitivna, osoba će percipirati da ima kontrolu nad ponašanjem, kada su oba negativna, osoba će imati nisku opaženu kontrolu. Takođe i kada je jedno verovanje nisko, smanjuje se opažena kontrola. Nažalost, autori sa priličnom nedoslednošću koriste ovaj konstrukt (Brdarić i Gavrilov-Jerković, 2008), povremeno ga izjednačavajući sa self-efikasnošću a povremeno ističući da je kompleksniji od self-efikasnosti.

#### **4.2.4. Treća faza razvoja: pristup promišljene akcije**

---

U poslednje vreme autori sve češće govore o novoj fazi u razvoju svoje teorije. Naime, Fishbein (2008) i Fishbein i Ajzen (2010) govore o Pristupu promišljene akcije kao



Slika br. 3 – Elementi pristupa promišljene akcije  
 Pravougaonici – teorija promišljene akcije + Krugovi – teorija planirane akcije + Elipse – integrativan pristup promišljene akcije

integrativnom modelu u kojem ustvari pod pritiskom novih empirijskih nalaza dodatno razrađuju neke od komponenti prethodnih svojih teorija i jasnije ekspliciraju neke pretpostavke.

I dalje je vodeća ideja da je bihejvioralna namera osnovni prediktor svakog ponašanja i da su prediktori namere stavovi, subjektivna norma i opažena bihejvioralna kontrola, ali sa tim da se ističe moderatorska uloga sredinskih faktora koji mogu da otežaju ili olakšaju ponašanje i faktora realnih sposobnosti i veština osobe da izvede dato ponašanje kao što se vidi na slici br 3. Ovi faktori se posmatraju kao moderatori u relaciji između bihejvioralne namere i ponašanja. Tek kada osoba poseduje realna znanja i veštine da sprovede ponašanje i kada spoljašnje prepreke nisu tako velike da potpuno onemoguće sprovođenje ponašanja, snažna namera može biti realizovana kroz dato ponašanje.

Druga promena je da se eksplicira uloga različitih socio-ekonomskih i demografskih varijabli u formiranju bihejvioralnih, normativnih i kontrolnih verovanja, ali se istovremeno ističe da su ovi faktori od empirijskog i teorijskog značaja a mnogo manje od praktičnog. Njihov efekat na ponašanje nije direktan nego je posredovan ključnim komponentama modela.

Treća promena se tiče detaljnijeg razmatranja normativnih verovanja. Autori ističu da su u ranijim modelima definisali takozvana obavezujuća normativna verovanja a da su zanemarili deskriptivna normativna verovanja i njihov interaktivni doprinos formiranju namere. Deskriptivna normativna verovanja se tiču opažanja kako se važni drugi ponašaju kada je u pitanju dato ponašanje (da li i sami praktikuju protektivna ili rizična zdravstvena ponašanja). Obavezujuća normativna verovanja se tiču opažanja osobe šta je to što važni drugi očekuju kako se treba ponašati. Percepcija socijalnog pritiska je veća ako osoba opaža da se i važni drugi ponašaju na neki preporučen način i ako ekspliciraju svoja očekivanja o tome da se tako i treba po-

našati. Ovo je, kao što smo već ranije rekli u interakciji sa stepenom do kojeg osoba želi da se povinuje njihovim očekivanjima kao i sa stepenom do kojeg se identifikovala sa tim drugim važnim osobama.

Promena se ogleda i u tome da autori eksplicitno uključuju konstrukt self-efikasnosti kao konsekvencu verovanja o kontroli uz percipiranu kontrolu.

Da rezimiramo, pristup promišljene akcije i dalje sugeriše da je bihevioralna namera najbolji pojedinačni prediktor ponašanja, ali predviđanje je kompletnije ako se u obzir uzmu i realne veštine i znanja osobe da sprovede ponašanje kao i realni sredinski faktori koji mogu u potpunosti onemogućiti izvođenje neke akcije ili je značajno olakšati. Za razliku od konstrukta percipirane kontrole, ovde se radi o realnoj kontroli koju osoba ima nad ponašanjem.

Na sledećem nivou analize model razmatra determinante bihevioralne namere. Pretpostavka je da će ljudi biti spremniji da preduzmu ponašanje (imati snažniju nameru) ako imaju pozitivne stavove prema datom ponašanju, ako postoji socijalni pritisak da to učine i ako doživljavaju da imaju kontrolu nad ponašanjem, odnosno, percipiraju da su u stanju bilo zbog unutrašnjih resursa bilo zbog toga što ne prepoznaju spoljašnje prepreke kao preteške da bi ih onemogućile da sprovedu akciju. Ovakva procena povećava osećaj self-efikasnosti, odnosno uverenosti osobe da može da sprovede ponašanje čak i u situaciji postojanja prepreka. Svaki od ovih prediktora bihevioralne namere ima drugačiji efekat u zavisnosti od prirode ponašanja ili od toga kojoj populaciji pripada osoba. U nekim situacijama će na nameru više uticati pozitivan stav prema ponašanju, a u nekim drugim presudiće postojanje socijalnog pritiska, a u nekim trećim i pored jake volje i podsticaja od strane okoline, ako osoba percipira da nema kontrolu nad ponašanjem, ovaj faktor će imati odlučujući efekat, kao na primer kod osobe koja ne uspeva da uspostavi apstinenciju od alkohola iako ima pozitivan stav prema uspostavljanju apstinencije i ima snažna očekivanja okoline da to uradi, ali ako



veruje da je njen alkoholizam genetske prirode i van njene kontrole, nema velike šanse da u tim uslovima razvije bilo kakvu nameru da uspostavi apstinenciju. Sledeći nivo analize je najkompleksniji i najvažniji jer se na njemu analiziraju konkretne informacije koje najbolje mogu objasniti konkretno ponašanje konkretne osobe. To je analiza verovanja i na ovom nivou se dobijaju informacije o tome kojim se to konkretnim verovanjima o ponašanju ljudi rukovode kada biraju da se ponašaju na jedan ili drugi način, šta vide kao konsekvence ponašanja, kako ih vrednuju, kako procenjuju socijalni pritisak i koliko procenjuju da je važno da se sa njim usaglase ili ne, kao i šta vide kao podsticaje a šta kao prepreke za izvođenje konkretnog ponašanja. Ovo je nivo na kome se po autorima modela najlakše i najefikasnije mogu sprovoditi intervencije, s tim što intervencije moraju biti usmerene ka odgovarajućem setu verovanja.

I pored toga što je u pitanju model koji je prvenstveno eksplanatoran, ipak se njegovi autori posvećuju i pitanju prevođenja osnovnih principa na nivo organizovanja različitih interventnih programa u cilju preveniranja rizičnog ponašanja i promocije protektivnih formi zdravstvnog ponašanja. Autori ističu da iako je sam model relativno jednostavan i sveden na mali broj prediktora, promena ponašanja predstavlja veoma kompleksnu i zahtevnu proceduru koja ne može biti do u detalje predvidljiva niti opisana kroz konačan niz preporučenih intervencija, nego je moguće istaći samo globalne principe i orijentacione korake. Osnovni cilj svih programa zasnovanih na ovom pristupu je da se stvore uslovi da osoba promeni nameru. A da bi promenila nameru, moraju se stvoriti uslovi da osoba promeni svoja glavna verovanja o ponašanju. U tom smislu, svaki program, bio on masovan ili individualan, treba da započne sa tačnim i detaljnim registrovanjem bihejvioralnih, normativnih i kontrolnih verovanja pojedinaca ili ciljne grupe da bi se prepoznalo koja verovanja razlikuju one osobe koje uspešno sprovode određeno protektivno ponašanje od onih osoba koje to ne uspevaju. Ovo je naj-

delikatniji deo svakog interventnog programa jer ako se ovde pogreši to izaziva lančane pogrešne intervencije. Nakon toga sledi konstrukcija i implementacija intervencija usmerenih na provociranje određenih ključnih verovanja sa ciljem razvijanja pozitivnog stava prema ponašanju, usvajanja subjektivnih normi koje podržavaju promenu ponašanja i povećanja percepcije kontrole i self-efikasnosti. Ovaj pristup nije u svojoj suštini model o promeni tako da ne nudi način kako da se provocira promena nego šta je ono što treba promeniti. U tom smislu, stručnjacima se savetuje da se u izboru intervencije oslone na druge oblasti psihologije i neke druge modele i teorije komunikacije (Fishbein & Cappella, 2006). Sve ovo za krajnji cilj ima razvijanje namere osobe da promeni ponašanje, sticanje ili usavršavanje veština za sprovođenje ponašanja i pronalaženje podsticaja u sredinskim faktorima što bi po pretpostavkama modela trebalo da poveća verovatnoću da će osoba na kraju promeniti ponašanje. Autori ističu da iako suštinski nema nekog redosleda kojim se intervencije sprovode, u radu sa pojedincima ili ciljnom grupom je dobro imati u vidu da se kod različitih pojedinaca treba raditi sa drugačijim tipom verovanja. Tako osobe koje imaju već razvijenu nameru ali imaju nisku percipiranu kontrolu ili objektivno imaju snižene rezurse zahtevaju drugu vrstu intervencija, uglavnom onih koje podižu nivo veština i self-efikasnosti. Nasuprot njima, kod osoba koje imaju negativan stav prema ponašanju i saglasno tome nemaju nameru da ulaze u određena ponašanja je potrebno konstruisati intervencije koje su na početku usmerene da provociraju promenu stava kroz podizanje očekivanja pozitivnih ishoda ponašanja. Pregledne studije (npr. Harde-  
man et al, 2002) pokazuju da se ovaj model relativno retko koristio kao glavni okvir za organizovanje interventnih programa tako da je teško reći u kojoj meri je potentan da pruži operativan okvir za promenu zdravstvenog ponašanja i posledično i zdravstvenog statusa stanovništva, što je njegovo ozbiljno ograničenje.

#### **4.2.5. Empirijska evaluacija modela**

Pristup promišljene akcije je korišćen u brojnim istraživanjima vezanim za faktore koji doprinose razumevanju ponašanja, kako unutar oblasti zdravstvenog ponašanja, tako i u okviru brojnih drugih oblasti (Cooke & French, 2008). Velika prednost pristupa koja je verovatno doprinela njegovoj popularnosti i velikom broju istraživanja sa ciljem njegove validacije je to što ima prilično razrađen sistem instrumenata posvećenih ispitivanju komponenti modela i relativno dobro eksplicirane relacije među konstruktima, što jako olakšava koncipiranje istraživanja i formulisanje intervencija. Osim oko više stotina pojedinačnih studija sprovedeno je i nekoliko meta-analitičkih studija (npr. Armitage & Conner, 2001; Hagger, Chatzisarantis, & Biddle, 2002; McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011;).

Generalno, najvećim delom pretpostavke modela su potvrđene u širokom opsegu različitih konteksta (Armitage & Christian, 2003) i dobijeni su podaci po kojima se izdvojeni konstrukti pokazuju kao značajni prediktori namere i ponašanja, mada je procenat objašnjene varijanse ne naročito velik.

Armitage i Conner (2001) analizirajući 185 studija dolaze do podatka da bihejvioralna namera zajedno sa opaženom kontrolom objašnjava 27 procenata varijanse ponašanja s tim da opažena kontrola u proseku ima 2 procenta nezavisnog doprinosa. Konstrukti teorije planiranog ponašanja (stavovi, subjektivna norma i opažena kontrola) objašnjavaju 39 procenata varijanse bihejvioralne namere i 27 procenata varijanse ponašanja. Procenat objašnjene varijanse ponašanja je za 11 procenata veći kada se istraživanje sprovodi uz pomoć samoopisnih instrumenata nego kada se objektivno posmatra ponašanje. Ovi autori nalaze i to da percipirana kontrola ima značajan inkrementalni doprinos objašnjenju i namere i ponašanja mimo ostalih prediktora čime se dokazuje veća efikasnost teorije planiranog ponašanja u odnosu na raniju, teoriju promišljene akcije. Od ispitivanih konstrukata, subjektiv-

ne norme se pokazuju kao najslabiji pojedinačni prediktori namere.

Ovo je u suprotnosti sa rezultatima Smith-McLallen i Fishbein (2008) koji su istraživali ulogu stavova, socijalnog pritiska i opažene kontrole kao determinanti namere da se preduzimu različite dijagnostičke onkološke pretrage i da se započnu neki oblici protektivnog ponašanja i koji su pronašli da postoji značajan i veoma neujednačen relativan doprinos svakog prediktora kod različitih ponašanja. Oni su dobili da je socijalni pritisak najvažniji prediktor za nameru da se preduzmu kolonoskopija i test na specifičan antigen prostate. Istovremeno ovaj prediktor je neznačajan kada je u pitanju telesno vežbanje. Za predviđanje namere da se vežba se kao važni prediktori pojavljuju stavovi prema vežbanju i percipirana self-efikasnost.

Zanimljiv podatak je dobijen i u meta-analitičkoj studiji Sheeran i Taylor (1999) da se za predviđanje namere upotrebe kondoma kao važniji pokazuju stavovi i subjektivna norma nego opažena kontrola. Specifično, u predviđanju ove vrste ponašanja na značaju dobija očekivanje seksualnog partnera i deskriptivne norme. Ovo je ponovo podatak koji govori o potrebi individualnog pristupa u kreiranju intervencija usmerenih ka promeni ponašanja.

Hagger, i saradnici (2002) izveštavaju o značajnom doprinosu starog iskustva, konstrukta koji je deklarativno ali ne i sistematski uključen u ovaj model. Oni nalaze da staro iskustvo objašnjava dodatnih 19 procenata varijanse u predikciji vežbanja. Takođe, ranije iskustvo ponašanja je pokazalo moderatorski efekat u relaciji između stavova i namere i između namere i ponašanja. Generalno, uvođenje starog ponašanja značajno poboljšava predikciju novog ponašanja.

McEachan i saradnici (2011) analizirajući preko 230 prospektivnih studija pronalaze da brojne varijable ostvaruju moderatorski uticaj na relaciju između modelom predviđenih prediktora i namere i ponašanja kao kriterijuma. Tako se, kao što se modelom i pretpostavlja, tip ponašanja pojavljuje kao značajan moderator veze između namere,

ponašanja i pojedinačnih prediktora. Komponente modela najbolje predviđaju ponašanje i nameru kada su u pitanju fizička aktivnost i regulacija telesne težine (osim za adolescente kod kojih se ova ponašanja slabo predviđaju), a najslabije predviđaju zaštićene seksualne odnose i uspostavljanje apstinencije kod različitih oproblema zavisnosti. Takođe se uzrast pojavljuje kao značajan moderator pa npr. kod regulisanja telesne težine namera, opažena kontrola i stav pokazuju veći efekat na ponašanje u odraslom uzorku nego kod adolescenata kod kojih ovaj efekat ostvaruje subjektivna norma. Generalno se kod većeg broja ponašanja subjektivna norma pokazuje kao značajniji prediktor od ostalih prediktora za adolescentnu populaciju dok je kod ostalih starosnih grupa ovaj prediktor najmanje značajan. Ovo najverovatnije ukazuje na pojavu da je kod adolescente populacije u proseku primarna determinanta ponašanja potreba da se saobrazi očekivanjima referentne grupe a ne toliko promišljen stav koji bi proizilazio iz verovanja o ponašanju i konsekvencama ponašanja. Velika prednost analize ovih autora je da su uključili samo prospektivne studije za razliku od prethodnih analiza koje se uglavnom baziraju na transferzalnim podacima na osnovu kojih je metodološki nekorektno donositi zaključke o smeru povezanosti među konstruktima. Po njihovim rezultatima, namera i opažena kontrola su bili glavni prediktori ponašanja sa 19 procenata objašnjene varijanse dok su stav, subjektivna norma i percipirana kontrola zajedno objasnili 44 procenata varijanse bihejvioralne namere sa stavom kao najboljim pojedinačnim prediktorom. I u ovoj studiji se staro ponašanje pokazalo kao značajan prediktor koji značajno uvećava (za 5%) procenat objašnjene varijanse namere. Nešto niži procenti objašnjene varijanse i ponašanja i bihejvioralne namere najverovatnije potiču od činjenice da su obrađene samo prospektivne studije. I ranija studija Armitage i Conner (2001) je ukazala na to da podaci iz transferzalnih studija u proseku objašnjavaju veći procenat varijanse od podataka iz longitudinalnih što ukazuje na to da se konstrukti modela pojavljuju kao slabiji prediktori budućih ponašanja.

Sličan rezultat je dobijen i u longitudinalnoj studiji Sheeran, Conner i Norman (2001) u kojoj su se konstrukti modela pokazali kao značajni prediktori odlaska na redovne lekarske kontrole jedan i trinaest meseci nakon inicijalnog ispitivanja, ali se nisu pokazali kao prediktori održavanja ponašanja. Ovo je ograničenje koje generalno važi za ekplanatorne socijalno-kognitivne modele zdravstvenog ponašanja, da su relativno uspešni u razumevanju započinjanja ponašanja ali ne i njegovog održavanja.

Možemo zaključiti da brojni empirijski podaci pokazuju da pristup promišljene akcije kroz sva tri modela obezbeđuje ne idealan ali zadovoljavajući okvir za konceptualizaciju i procenu prvenstveno kognitivnih faktora koji su značajno povezani sa ponašanjem.

### **4.3. Zaključak o eksplanatornim teorijama zdravstvenog ponašanja: nalazi i dileme**

---

Pregled objavljenih radova posvećenih upravo opisanim eksplanatornim, takozvanim kontinuum socijalno-kognitivnim teorijama i modelima zdravstvenog ponašanja nam govori da su u pitanju teorije koje su izuzetno prisutne u oblasti prevencije. Osnovni cilj ovih teorija je da ponude optimalan broj korigibilnih psihosocijalnih konstrukata kojima se može objasniti zdravstveno ponašanje i na osnovu kojih se može sa velikom sigurnošću predvideti da li će neka osoba promeniti rizično ponašanje i razviti neko protektivno zdravstveno ponašanje.

#### **4.3.1. Diskriminativne karakteristike eksplanatornih teorija**

---

Ono što odvaja ove teorije od drugih pristupa i što ih okuplja u istu kategoriju modela je prvenstveno priroda konstrukata kojima objašnjavaju ponašanje, a na drugom mestu pretpostavljena linearna kauzalna relacija među 125

tako odabranim konstruktima. Konstrukti koje koriste su socijalno kognitivno motivacioni procesi kao što su očekivanja, verovanja, stavovi, percepcija, norme i sl. koji nezavisno i(li) u interakciji doprinose nameri ili spremnosti osobe da započne sa nekim ponašanjem. Sama namera (Ajzen, 2001, Rosenstock, 1974) se vidi kao neposredni pokretač ponašanja. Iako autori opisanih modela prepoznaju važnost i ulogu širih društvenih, kulturnih, ekonomskih i političkih faktora i ulogu personalnih dispozicionih karakteristika osobe koje će stvarati širi okvir za uspostavljanje zdravstvenog ponašanja, oni eksplicitno odbijaju da se njima bave osim teorijski kao veoma udaljenim faktorima i eventualno moderatorima relacije socijalno kognitivnih prediktora i spremnosti osobe da se ponaša na određeni način. Videli smo da to obrazlažu prvo, pretpostavkom da ovi faktori nemaju direktan uticaj na ponašanje nego da se realizuju preko niza kognitivno motivacionih konstrukata i drugo, činjenicom da se na ove faktore ne može direktno delovati psihosocijalnim intervencijama, kao i da je za njihovu promenu potrebno mnogo vremena, dok je na konstrukte socijalno kognitivnih modela pažljivo odabranom komunikacijom moguće uticati i provocirati njihovu promenu (Conner, 2010).

Sve teorije koje pripadaju ovim modelima polaze od pretpostavke da je promena ponašanja samoreglativni proces usaglašavanja percepcije realnosti, verovanja, očekivanja, ciljeva i ka ciljevima usmerenog ponašanja, tako da je za razumevanje ponašanja nužno usmeriti se na ove samoreglativne procese i socijalno kognitivne komponente kao mehanizme promene i bliske antecedente ponašanja i njegove promene.

#### **4.3.2. Analiza efikasnosti eksplanatornih teorija**

Od izuzetne i teorijske i praktične važnosti je pitanje da li su i koliko su ovakvi modeli korisni i efikasni, koje su im prednosti a koje ograničenja i kako se ova oblast može unaprediti.

Podaci koje smo na prethodnim stranama prikazali govore o statistički značajnoj povezanosti ovih konstrukata i sa spremnošću, odnosno namerom osobe da se menja i sa ponašanjem. Najčešće, ovi modeli se proveravaju tako što se testira moć njihovih konstrukata da razlikuju osobe koje su spremne, imaju nameru da promene ponašanje ili izveštavaju o promeni ponašanja od osoba koje ne izveštavaju o ovoj nameri ili ne izveštavaju da su promenile ponašanje (Norman, Abraham, & Conner, 2000). Provera se vrši i tako što se evaluira efikasnost interventnih programa da preko promena na socijalno kognitivnom i motivacionom nivou postignu efekte na zdravstveno ponašanje u poređenju sa programima koji nemaju ovu teorijsku pozadinu (npr. Bryan, Aiken, West, 1996; McClendon & Prentice-Dunn, 2001).

Međutim, bez obzira na činjenicu da se u najvećem broju objavljenih studija govori o značajnoj povezanosti ovih psiholoških prediktora sa odabranim kriterijumom, uvid u te rezultate otkriva u proseku dosledno veoma malu veličinu efekta, posebno kada je kriterijum ponašanje. Naime, nezavisno od statističke značajnosti, procenat neobjašnjene varijanse ponašanja ide za neka ponašanja i preko 80 procenata i važno pitanje je šta je to što objašnjava ovako velik deo varijanse ako to nisu konstrukti ovih modela. Ova činjenica je pokrenula brojna pitanja oko adekvatnosti eksplanatornih kontinuum modela u objašnjavanju i predikciji zdravstvenog ponašanja i dodatne analize i različite pokušaje rešenja.

Neki autori (Noar & Zimmerman, 2005; Ogden, 2003; 2012) čak upozoravaju da je problem mnogo ozbiljniji, odnosno, da je konceptualne prirode i da proizilazi iz nedovoljne specifičnosti konstrukata i relacije među njima. Po Ogden (2003), problem se ogleda u nemogućnosti ovih modela da produkuju oborive hipoteze što ih čini naučno neadekvatim. Autorka, analizirajući 47 studija, u kojima je proveravan neki od modela zdravstvenog ponašanja, dolazi do zaključka da ma kakvi rezultati bili i ma koliko ne po-



dupirali početne hipoteze o efikasnosti modela da predvidi ponašanje, ni u jednoj od tih studija nije se postavilo pitanje adekvatnosti i opstanka modela, nego su uvek tražena neka drugačija, alternativna, metodološka rešenja, odnosno ne postoji taj uslov u kojem će teorijska hipoteza biti oborena. Ona smatra da je potrebno da se umesto stalne pojave novih modela koje uvode neke nove konstrukte a da se do tada postojeći modeli nisu ni potvrdili niti opovrgli, naučnici u ovoj oblasti posvete temeljnom definisanju postojećih konstrukata i da precizno i nedvosmisleno definišu očekivanja povodom relacija među tim konstruktima.

Sličnog mišljenja su i Bandura (2000, 2004), Conner (2010), Nigg, Allegrante i Ory (2002), Weinstein (1993) koji sprovode konceptualne i empirijske analize različitih modela i dolaze do zaključka da je aktuelna proliferacija modela neproduktivna jer onemogućava temeljno izdavanje i istraživanje ključnih, sržnih prediktora ponašanja i da je suštinski u pitanju ponuda istih konstrukata pod drugim imenom. Po ovim autorima postoji opasnost da je u pitanju veštačka produkcija modela i konstrukata i iluzija da se kroz različite modele istražuju kvalitativno različiti procesi, dok se u stvari radi samo o drugačije imenovanim i iscepanim na sitnije komponente istim konstruktima. Po Banduri, npr. svi konstrukti se mogu svesti na dva konstrukta očekivanja: očekivanje self-efikasnosti i očekivanje ishoda ponašanja. On sprovodi komparativnu analizu konstrukata modela verovanja o zdravlju i teorije planiranog ponašanja svodeći konstrukte ovih teorija na očekivanja različitih ishoda. Sličnu analizu sprovode i do istih rezultata dolaze i Noar i Zimmerman (2005) poredeći konstrukte pet vodećih socijalno kognitivnih teorija. Dziewaltowski, Noble i Shaw (1990) nalaze da kada se konceptima teorije planiranog ponašanja dodaju koncepti socijalne teorije učenja, prethodne varijable više uopšte ne objašnjavaju varijansu učešća u fizičkim aktivnostima. Problem sa ovakvim tretmanom konstrukata je da doprinose fragmentaciji oblasti jer ne omogućavaju poređenje

i akumulaciju znanja i ne doprinose opštem znanju o bihevioralnoj promeni nego samo svom teorijskom modelu.

### **4.3.3. Integrativni modeli**

U skladu sa ovakvim upozorenjima o ozbiljnom preklapanju konstrukata i gubicima po opšte znanje koji proizilaze iz izostanka konsenzusa među teoretičarima o sličnostima među pojmovima, povremeno se beleže napori stručnjaka u ovoj oblasti da prevaziđu poteškoće tražeći načine da integrišu postojeća znanja u neki potencijalno moćniji eksplanatorni sistem. Tako je npr. nastala teorija motivacije zaštite (Protection Motivation Theory – PMT; Maddox and Rodgers, 1983) koja predstavlja ekstenziju modela verovanja o zdravlju. Inspirisana je nalazima o efikasnosti komunikacije koja pobuđuje strah, odnosno nalazima da srednja količina pobuđene zastrašenosti vodi ka povećanju namere da se preduzme neko adaptivno ponašanje. Po ovoj teoriji ljudi su motivisani da zaštite svoje zdravlje i u situacijama kada procene da im je zdravlje ugroženo to će ih pokrenuti na određene akcije. Znači, motivacija zaštite se odnosi na nameru osobe da preduzme određene akcije kako bi zaštitila svoje zdravlje. Determinisana je sa dva procesa procene: procenom pretnje i procenom prevladavanja. Procena pretnje je identična istom konstrukt u okviru modela verovanja o zdravlju. Procena prevladavanja se odnosi na procenu alternativnih ponašanja koja mogu umanjiti pretnju. Ova procena obuhvata dve komponente: očekivanje da određene bihevioralne akcije mogu ukloniti pretnju (očekivanje ishoda akcije) i procenu osobe da je sposobna da sprovede ponašanje (self-efikasnost). Vidimo da se u ovom modelu radi o integraciji modela verovanja o zdravlju i osnovnih konstrukata Bandurine teorije.

Najpoznatiji pokušaj konstruisanja integrativnog modela je nastao krajem prošlog veka na inicijativu Američkog nacionalnog instituta za mentalno zdravlje koji je 1991. godine u Washingtonu organizovao radionicu po-

svećenu prevenciji HIV-a (Fishbein & Ajzen, 2011). Na tu radionicu su pozvani Bandura, Becker, Fishbein, Kaufen i Triandis kao predstavnici nekoliko teorija zdravstvenog ponašanja sa ciljem da identifikuju konačni set varijabli koje moraju biti uključene uvek kada se analizira zdravstveno ponašanje. Oni su tada identifikovali osam varijabli koje bi trebalo da objasne najveći procenat varijanse svakog planiranog ponašanja koje su podeljene u dve grupe. Prva grupa varijabli je smatrana za nužne i dovoljne, a druga grupa je smatrana za varijable koje prvenstveno utiču na snagu namere, na veličinu spremnosti da se preduzme ponašanje a ne toliko na samo ponašanje iako je ostavljena mogućnost da neke od varijabli ostvaruju i direktnu povezanost sa ponašanjem. Prvu grupu su činile prve tri varijable od sledećih osam varijabli:

1. bihevioralna namera
2. ograničenja životne sredine
3. veštine, znanja i sposobnosti
4. stav o ponašanju ili očekivan ishod ponašanja
5. norme
6. usklađenost ponašanja sa ličnim standardima
7. emocionalna reakcija
8. self-efikasnost

U vezi sa ovim spiskom, okupljeni naučnici su se složili da bi osoba započela sa planiranim ponašanjem, barem jedan od sledećih uslova mora da bude zadovoljen (Fishbein & Ajzen, 2011, str. 19):

1. Osoba mora da oseća snažnu nameru ili posvećenost da započne sa datim ponašanjem.
2. Ne postoje spoljašnja ograničenja u toj meri da onemogućavaju osobu da sprovede planirano ponašanje.
3. Osoba poseduje znanja, veštine i sposobnosti neophodne da bi se sprovelo ponašanje.
4. Osoba veruje da su prednosti i dobiti od ponašanja veći nego nedostaci.

5. Osoba opaža više socijalnog pritiska da izvrši ponašanje nego da ga ne izvrši.
6. Osoba opaža da je planirano ponašanje u skladu sa njenim standardima i slikom koju ima o sebi.
7. Emocionalne reakcije osobe u vezi ponašanja su više pozitivne nego negativne.
8. Osoba opaža da ima sposobnosti da sprovede ponašanje čak i u nepovoljnim uslovima.

Ovaj model su u najvećoj meri inkorporirali u svoj teorijski okvir Ajzen i Fishbein nazvavši ga Integrativnim modelom (Fishbein, 2008) i koji predstavlja proširenje teorije planiranog ponašanja u pristup promišljene akcije koji smo opisali na prethodnim stranama. Model do sada nije adekvatno proveravan iako postoji preporuka Američkog instituta za medicinu da se strategije za promenu zdravstvenog ponašanja trebaju sprovoditi u skladu sa njegovim principima (Montano & Kasprzyk, 2008). Za razliku od njega, teorija motivacije zaštite je mnogo puta proveravana i u kontekstima različitih zdravstvenih ponašanja i uglavnom se pokazala kao model čiji konstrukti značajno predviđaju povećanje namere da se preduzme određena akcija, s tim da Baban i Craciun (2007) navode nalaz da komponenta modela, procena pretnje ima prediktivnu snagu samo u slučajevima kada je osoba izložena novoj zdravstvenoj pretnji. Optimistični su rezultati meta-analiitičke studije čiji autori Webb i Sheeran (2006) ukazuju da se ovaj model pokazuje kao nešto uspešniji od ostalih modela kada se prati efikasnost intervencija da produkuju promenu i na nivou namere i na nivou ponašanja što ide u prilog blage superiornosti integrativnih pristupa.

#### **4.3.4. Nekompletnost eksplanatornih teorija**

Rekli smo da je osnovni cilj socijalno kognitivnih teorija zdravstvenog ponašanja da pokušaju da iz reda korigibilnih psiholoških konstrukata izdvoje najvažnije predik-

tore zdravstvenog ponašanja i da preko njih odgovore na pitanje zašto i kako ljudi menjaju svoje rizično zdravstveno ponašanje u protektivno ponašanje. Teorijska svrha se ogleda u povećanju znanja o prirodi zdravstvenog ponašanja i uslovima da se takvo ponašanje unapredi. Praktična svrha se pak ogleda u prepoznavanju uslova i definisanju koraka i puteva za prevođenje principa na nivo procedura da bi se povećala efikasnost promotivnih i preventivnih programa u cilju povećanja zdravlja, odnosno dobrobiti stanovništva. Pitanje je do koje mere ove teorije uspevaju da odgovore na to pitanje i na različita bliska pitanja. Pregled vodećih eksplanatornih socijalno kognitivnih teorija pokazuje da je učinjen znatan napor i doprinos da se razume zdravstveno ponašanje i uslovi pod kojima ljudi donose različite odluke relevantne za zdravlje. Međutim, manjkavost ovih teorija koja umanjuje njihovu pragmatičnost je činjenica da mnogo više pažnje posvećuju pitanju zašto se ljudi ne menjaju, kao i šta je ono što treba menjati, koji su to procesi koje treba menjati da bi se povećala verovatnoća da će osoba početi da se ponaša na protektivan način, nego što odgovaraju na pitanje kako se ljudi menjaju i kako, kojim intervencijama je potrebno delovati pa da se takva promena provocira i sprovede. Ni jedna od kontinuum teorija osim Bandurine teorije socijalnog učenja ne daje odgovor na ovo pitanje i to bi svakako trebalo da bude njihov zadatak u skoroj budućnosti.

Ozbiljno ograničenje je i statičnost modela, odnosno tretiranje prediktora kao da su vremenski stabilni. Ovaj problem se jasno vidi u činjenici slabije prediktivne moći u prospektivnim nego u krossekcionim studijama. U ovim studijama istraživači u vremenu 1 mere kognitivne konstrukte od interesa i snagu bihevioralne namere, a u vremenu 2 mere da li je ponašanje realizovano ili ne i sa kojom frekvencijom sa ciljem da se vidi sa kojom snagom se na osnovu izraženosti prediktora u vremenu 1 može predvideti ponašanje, odnosno, koliko ovi prediktori učestvuju u objašnjenju varijanse naknadnog ponašanja merenog u

vremenu 2. U ovom slučaju istraživači potpuno neopravdano polaze od pretpostavke da su ovi prediktori stabilni i da se u međuvremenu neće promeniti nego da će na ponašanje u vremenu 2 za sve ispitanike biti merodavno stanje iz vremena 1. Ovakvo zaključivanje je problematično jer je potpuno izvesno da će se kod nekih ispitanika namera da nešto učine u međuvremenu promeniti bilo da će opasti, bilo da će porasti, a kod nekih će ostati ista. Na ovaj način čak i ako bi bilo tačno da je namera najvažniji proksimalni prediktor i da najviše objašnjava ponašanje, to se u podacima neće videti. Tako se npr. pokazuje (Conner, Norman & Bell, 2002) da se na osnovu namere može predvideti zdravo prehrambeno ponašanje čak i za period od šest godina, ali samo za one ispitanike čija se namera održala konstantnom u prvih šest meseci! Sheeran i Abracham (2003) potvrđuju moderatorsku ulogu stabilnosti namere za predviđanje telesnog vežbanja, s tim da se ova stabilnost istovremeno pokazala i kao medijator ostalih moderatora praćenih u studiji.

Rekli smo već da je jedna od ključnih karakteristika eksplanatornih teorija izdvajanje namere kao osnovnog motivacionog faktora i najdirektnijeg prediktora ponašanja. Iz načina kako se tretira relacija namere i ponašanja može se zaključiti da su ove teorije formulisane kao da postoji potpuno slaganje između formiranja namere da se nešto uradi i aktivnog činjenja. Ovo je rezultiralo time da je najveća pažnja u eksplanatornim teorijama usmerena ka istraživanju korigibilnih socijalno kognitivnih determinanti bihevioralne namere podrazumevajući da ako osoba poveća spremnost i odluči da promeni zdravstveno ponašanje, da će to u najvećem broju slučajeva i voditi ka realnoj promeni ponašanja. Kada pogledamo način na koji su formulisani konstrukti ovih teorija, vidimo prvenstveno bavljenje različitim komponentama koje vode ka povećanju namere i prilično zanemarivanje pitanja šta se dešava kada se osoba opredeli da preduzme neko ponašanje, kako se ta namera pretvara u ponašanje. Da je ovo važno

pitanje koje nije trebalo zanemariti vidimo iz pretodno prikazanih nalaza o samo osrednjoj povezanosti namere i ponašanja, kao i iz nalaza evaluacije teorija koje pokazuju da se na osnovu njihovih konstrukata pa čak i na osnovu promene namere značajno ali slabo predviđa promena u ponašanju (Baban & Craciun, 2007; McEachen et al, 2011; Sheeran, 2002). Iz ovog propusta prirodno proizilazi i činjenica da se u ovim teorijama sistematski ne razmatra ni pitanje održavanja promene ponašanja, odnosno šta se dešava kada se osoba opredeli da zaista i započne sa nekom aktivnošću, npr. da započne sa telesnim vežbanjem, koji su to faktori koji objašnjavaju da li će i koliko dugo i istrajno sprovoditi to ponašanje (Conner, 2010; Noer & Zimmerman, 2005). Brojna protektivna zdravstvena ponašanja podrazumevaju trajnost, promenu životnog stila za ceo život, odolevanje brojnim iskušenjima, prevladavanje snage prethodnih navika, značajnu samokontrolu... Istraživanja pokazuju da održavanje promene u ponašanju zahteva neke druge mehanizme od inicijacije ponašanja (npr. Wing, Voorhees & Hill, 2000). Neusmerenost eksplanatornih teorija ka ovim pitanjima i izostastanak odgovora na njih smatra se njihovim značajnim ograničenjem jer ne obuhvataju promenu zdravstvenog ponašanja u celosti.

Po Gollwitzer (1993), proces promene podrazumeva dve faze, prvu, motivacionu u kojoj osoba odmerava različite prednosti i nedostatke preporučenog protektivnog ponašanja i reformuliše ciljeve. Ova faza se završava onda kada osoba donese odluku da sprovede neko ponašanje ili da odustane od tog ponašanja. Ukoliko se osoba odlučila da sprovede ponašanje, to još uvek ne znači da će to ponašanje stvarno i sprovesti. Da bi ga sprovela, ona mora da pređe takozvani procep između namere i ponašanja (intention-behavior gap) tako što će da pređe u drugu fazu, takozvanu voljnu fazu. Voljna faza podrazumeva donošenje konkretnih planova za započinjanje i sprovođenje potrebnog broja akcija da bi se dostigle željene dobiti i ciljevi. Ovo konkretno planiranje i usmeravanje pažnje na faktore situ-

acije i nekog konkretnog fizičkog i vremenskog konteksta (u toliko sati, na tom mestu, u prisustvu tih osoba, ja ću...) se naziva implementacija namere i smatra se ključnim faktorom koji omogućava osobi da iz stanja namere pređe u stanje akcije, tako što nameri daje atribut konteksta i po asocijaciji u suretu sa tim kontekstom, osoba aktivira ponašanje a da više ne mora ništa u vezi toga da odmerava, procenjuje i odlučuje. Kao da se stvara nekakav mentalni link između namere i konteksta (Gollwitzer, 1999). Znači, da bi se prevazišao rasep između namere i ponašanja potrebna je implementacija namere koja se kod najvećeg broja ljudi dešava spontano, ali nekim ljudima mogu da pomognu intervencije koje se odnose na podsticanje da kreiraju plan kad i kako će započeti sa kojim oblikom ponašanja. Možemo da razlikujemo dve vrste planiranja. Akciono planiranje je upravo opisano implementiranje namere. Druga vrsta je koping planiranje (Sniehotta, Schwarzer, Scholz & Scholz, 2005). Koping planiranje se odnosi na pravljenje planova osobe kako da se ponaša u potencijalno rizičnim situacijama u kojima bi mogla da bude u iskušenju da odustane od novog ponašanja. Sniehotta i saradnici (2005) navode da je akciono planiranje važnije za početne faze procesa promene ponašanja, dok je koping planiranje važnije u kasnijim fazama održavanja promene. Veći broj studija je potvrdio vrednost implementacije namere naročito kod osoba koje su imale visoko izraženu bihevioralnu nameru (Gollwitzer & Sheeran, 2006).

Većina eksplanatornih teorija zdravstvenog ponašanja se bavi samo motivacionom fazom promene zanemarujući razlike između ove i voljne faze te ima problem da objasni zašto namera ne rezultira u velikom broju slučajeva realizacijom namere kroz akciju, odnosno oslanjajući se samo na svoje konstrukte ne uspeva da odgovori na problem postojanja procepa između namere i ponašanja. Ovaj problem uz još neke od ovde nabrojanih problema mnogo bolje rešavaju teorije promene, odnosno teorije stadijuma.





# 5.

## TEORIJE PROMENE ILI TEORIJE STADIJUMA

---

U prethodnom poglavlju smo se upoznali sa tim kako eksplanatorne teorije objašnjavaju proces promene zdravstvenog ponašanja: kao postepeno, linearno napredovanje u razvoju namere osobe da preduzme određeno ponašanje sa pretpostavkom da se na nameru osobe može uticati preko promene određenih kognitivnih konstrukata preko kojih se ona i inače formira. Iako svaka od predstavljenih teorija, pa i onih koje ovde nisu predstavljene, iznosi svoj spisak konstrukata, brojni analitičari ovih teorija izražavaju izvesnu rezervu povodom toga da se radi o suštinski zaista različitim fenomenima, te da se predstavljeni konstrukti uglavnom mogu svesti na manje ili veće varijacije očekivanja ishoda i očekivanja lične efikasnosti. Izrazita odlika ovih teorija je da se promena može izraziti kao prost porast uticaja prediktora na bihevioralnu nameru, te da se, u skladu sa tim, intervencije usmeravaju na podsticanje razvoja ovih očekivanja. Videli smo da ovaj pristup ima svoj značaj i pozitivne efekte, prvenstveno na prepoznavanje toga na koje procese treba usmeriti intervencije. Takođe, videli smo i sa kojim se konceptualnim problemima susreće, te da pokazuje ozbiljna ograničenja posebno u oblasti objašnjenja mehanizama putem kojih namera prerasta u stvarno ponašanje.

Po Glanz i saradnicima (National Cancer Institute, 2005) kao alternativa ovim kontinuum teorijama pojavljuju se teorije promene koje uvode ideju da se na promenu ne može gledati kao na jednostavan linearni proces postepenog jačanja naše namere da se promenimo, nego da se početna pretpostavka mora promeniti. Odnosno pretpostavka ovih teorija promene je da je promenu zdravstvenog ponašanja mnogo efikasnije sagledati kao proces koji

se odvija kroz kvalitativno različite stadijume. Ove teorije su samim tim značajno kompleksnije od eksplanatornih teorija jer objašnjavaju *kako*, kroz koje procese i stadijume ljudi menjaju staro i usvajaju neko novo ponašanje. Usmerene su na otkrivanje *kako* se razvija namera osobe da promeni ponašanje, kako se i kad ova namera pretvara stvarno u ponašanje i *kojim intervencijama* se ovaj proces može inicirati i stabilizovati. Znači, osim na pitanje šta menjati, daju odgovor i na pitanje *kako intervenisati* i još važnije, *kada kako intervenisati* da bi se povećala verovatnoća da osoba promeni neko rizično zdravstveno ponašanje. U tom smislu, ove teorije, za razliku od ekplanatornih, odnosno kontinuum teorija, predstavljaju radni okvir za razvoj konkretnih intervencija (Linke, Robinslon, & Pekmezi, 2013). Često se u literaturi nazivaju i teorije stadijuma promene (Lippke & Ziegelmann, 2008) upravo zato što polaze od pretpostavke da promena nije prost kontinuiran i linearan proces nego da je proces koji se razvija kroz određene kvalitativno različite stadijume kao i da u tim različitim stadijumima ključni kognitivno-afektivni faktori imaju drugačiju, za svaki stadijum specifičnu prediktivnu moć. Važno je naglasiti da teorije stadijuma ne gledaju značajno drugačije u odnosu na kontinuum teorije na to koji psiholoski faktori su prediktori promene ponašanja. Naime, i one pripadaju istom modelu socijalno kognitivnih modela proisteklim iz socijalno kliničke matrice i dualnog modela motivacije (očekivanje X valenca ishoda). Radi se više o tome da autori ovih modela i teorija predlažu da se kognitivni prediktori moraju drugačije organizovati, te da njihova važnost nije u svakom momentu procesa promene ista nego da je moderirana fazom u kojoj se osoba nalazi dok pokušava da promeni neko ponašanje. Na primer, ovo bi značilo da percepcija pretnje kao prediktor namere osobe da prestane da puši nije jednako važna tokom celog procesa promene nego je važnija na početku, kada osoba još nije sasvim sigurna da li je potrebno ili nije potrebno da se menja. Kada je osoba prihvatila ideju da bi bilo kori-

sno da prestane da puši i kada je došla u fazu da je muči pitanje da li će uspeti da se izbori sa iskušenjima, sama percepcija pretnje postaje irelevantna. U tom momentu više ne bi imalo efekta osobi predočavati razne činjenice koje bi dovele do percepcije pretnje i osveščiovanja o negativnim aspektima pušenja. I obrnuto, učiti je kako da izađe na kraj sa iskušenjima ostavljanja pušenja je neproduktivno ako ona još nije ni počela da razmatra mogućnost da prestane da puši niti vidi da je bilo kako ugrožena zato što puši. U tom smislu, ideja autora stadijum modela je da se kompleksna priroda promene ponašanja može mnogo bolje razumeti pa samim tim i regulisati ukoliko se prepozna da različiti psihološki procesi imaju drugačiji doprinos povećanju spremnosti da se neko ponašanje započne i održi tokom različitih faza procesa promene.

Po Sutton (2005) mora se napraviti razlika između stadijum modela i kontinuum modela, kao i takozvanih pseudostadijum modela (Weinstein, Rothman, and Sutton, 1998). Po kontinuum modelu verovatnoća da osoba sprovede neko ponašanje je linearna funkcija snage bihevioralne namere i u okviru tog modela promena se posmatra kao kontinuum po kojem se osoba "kreće" u zavisnosti od snage namere. Što je snažnija namera, to se ona više približava kraju kontinuumu na kojem se nalazi akcija. Ukoliko bismo samo arbitrarno podelili ovaj kontinuum u neke segmente (npr. slabo izražena namera, srednje izražena i jako izražena), veštački bismo dobili stadijume koji se samo kvantitativno međusobno razlikuju i to bi bio primer pseudostadijuma. Da bi smo govorili o stadijumima, po Weinstein i saradnicima (1998), moraju biti zadovoljeni sledeći uslovi:

- Stadijumi su predstavljeni kao kategorije koje su definisane pravilima. U skladu sa tim pravilima, ljudi se mogu raspodeliti po kategorijama u zavisnosti od toga da li poseduju ili ne te osobine preko kojih je stadijum definisan. Tako će osobe koje se nalaze u istom stadijumu biti slične po onim atributima kojima je stadijum

definisan a razlikovaće se od osoba koje pripadaju drugim stadijumima. Kod stadijuma promene se naravno ne radi o nekim trajnim karakteristikama osoba zbog kojih one pripadaju nekoj kategoriji. Naprotiv, radi se o karakteristikama koje su promenljive i zbog čega će osoba nakon promene preći u drugi stadijum.

- Stadijumi su sekvencijalno organizovani. Ova organizovanost je određena i vremenom i strukturom prediktora. Modelom se definiše kako osoba započinje proces promene, kako prolazi kroz stadijume, te da ne može da započne promenu ponašanja npr. iz trećeg stadijuma nego mora iz prvog. U teorijama stadijuma nije precizirano neko vreme koje osoba mora da provede u stadijumima i to može biti od par trenutaka do više godina (Prochaska, Johnson, & Lee, 2009). Takođe, ovaj princip govori da osoba ne može da preskače stadijume, znači ne može iz prvog da pređe u treći stadijum. Kada se radi o stadijumima promene, ovim principom se uređuje da će se modelom predvideti da će se osoba kretati unapred po stadijumima, sve više ka uspostavljanju i odžavanju promene, ali za razliku od promena koje su biološke, razvojne, kod namernih, bihevioralnih promena je za očekivati da osoba može da se kreće i unazad, što se dešava npr. kada se demoralise pa odustane od neke promene koju je već započela.
- Osobe koje se nalaze u istom stadijumu suočavaju se sa istim izazovima promene, sa istim preprekama i zadacima koje treba da ispune da bi prešle u sledeći stadijum.
- Osobe koje se nalaze u jednom stadijumu se razlikuju po tipičnim preprekama i zadacima od osoba koje se nalaze u drugim stadijumima. Upravo ovaj princip govori o tome da se modelom stadijuma predviđaju kvalitativne razlike među stadijumima i da je potrebno definisati mehanizme koji omogućavaju kretanje iz jednog stadijuma u drugi.

Prepoznavanje navedenih mehanizama putem kojih se osobe kreću kroz stadijume predstavlja najveći izazov za teorije stadijuma i povodom tog aspekta one i trpe najveće kritike i postavlja se pitanje da li su u pitanju zaista stadijumi promene ili se oni mogu na kraju ponovo svesti na kontinuum, odnosno da nisu u pitanju pravi modeli stadijuma nego da su u pitanju pseudostadijumi (Bandura, 1997).

S obzirom na potencijal koji imaju ove teorije, u literaturi se ističe potreba njihove temeljne validacije. Uviđajući njihovu kompleksnost, to nije uvek lako dostići, tako da se može reći da čak i one teorije koje imaju solidnu empirijsku građu, kao što je transteorijski model promene, su još daleko od validiranih, te im treba još mnogo prover, korekcija i dopuna da bi pouzdanije i efikasnije i predviđale i objašnjavale i regulisale zdravstveno ponašanje nego što danas to čine i da bi zaista, kao što Linke i saradnici (2013) kažu, imale ulogu radnog okvira za razvoj konkretnih intervencija. Weinstein (1998) govori o četiri moguća nacrti koja bi trebalo primenjivati i kombinovati da bi se dobila što kompletnija slika efikasnosti ovih modela u predviđanju ponašanja:

- Krossekcioni nacrti u kojima se porede osobe koje pripadaju različitim stadijumima. Ove nacрте je najlakše organizovati ali im je i saznanja vrednost najmanja. Domet im je deskripcija izraženosti i relacija među prediktor varijablama. Rezultati koji bi ukazivali na neujednačen i nelinearan trend promene varijabli kroz stadijume više idu u pravcu potvrde stadijum modela. Iako su potrebni, posebno u početnim fazama provere modela, rezultati ovih studija se ne mogu smatrati dovoljnim da bi se evaluirale teorije koje promenu predstavljaju kao proces koji se odvija kroz stadijume.
- Istraživanje sekvencijalnog napretka po stadijumima. Koriste se longitudinalni podaci da bi se proverilo da li se kretanje kroz stadijume obavlja na način kako je to predviđeno modelom.

- Longitudinalni nacrti za proveru predikcije prelaska u viši stadijum. Ovim dizajnom bi trebalo proveriti da li različiti prediktori imaju drugačiju prediktivnu moć da predvide prelaz iz jednog stadijuma u drugi, odnosno da li se u različitim stadijumima različito ponašaju a u skladu sa modelom.
- Eksperimentalne studije sa usaglašenim i neusaglašenim intervencijama. Ovakve studije imaju najjaču snagu dokaza, ali su i najzahtevnije, najkomplikovanije i metodološki najrizičnije za sprovođenje i interpretiranje nalaza, tako da su i najređe. Čak i kada se sprovedu, postavlja se pitanje koliko su zadovoljile zahteve, posebno konstrukt validnosti.

Poslednjih par decenija ove teorije su dotigle veliku popularnost i privukle veliku zainteresovanost istraživača, Tu spadaju teorije kao što je Transteorijski model promene (TTM, Prochaska, Di Clemente & Norcross, 1992), HAPA (Health Action Process Approach, Schwarzer, 1999), Model procesa usvajanja predostrožnosti (Precaution Adaption Process Model, Weinstein & Sandman, 1992). Glanz i saradnici (2008) pregledom literature konstatuju da se par decenija unazad TTM pokazuje kao najpopularniji i među stručnjacima i istraživačima i da je generalno jedan od najčešće korišćenih i ispitivanih modela pa ćemo predstaviti njegove osnovne pretpostavke, konstrukte i deo rezultata evaluacije. Razlog za predstavljanje ovog modela je i činjenica da je u odnosu na ostale stadijum modele daleko najviše proveravan i kako potvrđivan, tako i opovrgavan (Sutton, 2005).

### **5.1. Transteorijski model promene ponašanja**

---

Transteorijski model promene (Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska & DiClemente, 1983) se danas  
142 smatra za dominantni i najtipičniji stadijum model pro-

mene ponašanja. Iako na prvi pogled deluje kao jednostavan jer promenu opisuje na način blizak zdravom razumu, realno je veoma kompleksan pošto se bazira na nekoliko kategorija konstrukata koji su međusobno specifično povezani.

TTM je integrativni model o tome kako ljudi, putem kojih procesa i mehanizama, razvijaju spremnost da usvoje nove oblike zdravstvenog ponašanja i kako te oblike usvajaju i dugoročno održavaju. To je model o planiranoj i svesnoj promeni ponašanja koji je proizveo i podstakao veliki broj i istraživanja i različitih tretmanskih i preventivnih programa za vrlo raznovrsne oblike problemskog ponašanja, uglavnom iz oblasti telesnog i mentalnog zdravlja (Bridle et al, 2005). U njemu se opisuje veza između ključnih konstrukata kojima se promena definiše, kao što su procesi i stadijumi promene, balans odluke, self efikasnost i odolevanje iskušenju. Istraživanja nalaze da se rezultati o odnosu među ovim konstruktima ponavljaju bez obzira na problem koji je ispitan ili metod koji je upotrebljen (Redding et al., 2000). Posebno je pogodan za rad sa promenama kompleksnog ponašanja i zdravstvenih navika. Njegove prednosti u odnosu na druge poznate modele promene ponašanja su prvenstveno, to što promenu opisuje kao proces a ne kao događaj, što opisujući promenu kroz niz stadijuma omogućava da se izdiferencira na koji način su različite varijable povezane sa progresom kroz stadijume i što za svaki konstrukt kojim opisuje promenu razvija sistem merenja.

### **5.1.1. Razvoj i pretpostavke modela**

Autori zaslužni za pojavu i razvoj TTM su psiholozi istraživači sa Rhode Island Univerziteta i Istraživačkog centra za prevenciju kancera, James Prochaska, Carlo DiClemente, John Norcross i Wayne Velicer. Inicijator modela je bio Prochaska. Za razliku od drugih socijalno kognitivnih modela koji su uglavnom bili rezultat nalaza istraži-





*James O. Prochaska*

vača iz oblasti socijalne i socijalne kliničke psihologije, ovaj model je izrastao iz psihoterapijskog miljea, mada je nastao kao rezultat iste začuđenosti nad činjenicom da velik broj ljudi ne menja svoje nezdruve oblike ponašanja čak i kada je suočen sa teškom bolešću ili sa smrću. Naime, Prochaska, u vremenu kada je započinjao svoju profesionalnu karijeru kliničkog psihologa odlučio je da se dodatno edukuje u oblasti psihoterapije što ga je motivisalo da počne intenzivnije da istražuje psihoterapijsku li-

teraturu ne bi li se informisao o tome koja je od ponuđenih škola najefikasnija. Ubrzo se suočio sa dobro poznatim fenomenom paradoksa ekvivalencije<sup>1</sup> po kojem su, u principu veoma različito koncipirani programi i psihoterapijski sistemi, dosledno pokazivali zadovoljavajuću i ujednačenu efikasnost, posebno kada su istraživani od strane nepristrasnih istraživača. Ovo saznanje je delovalo na njega veoma zbunjujuće ali i motivišuće jer je počeo intenzivnije da upoznaje ovu oblast i da razvija ideju o faktorima koji stoje u osnovi te činjenice da se psihoterapijski sistemi po sadržaju povremeno jako razlikuju a da ipak u susretu sa klijentom, svi daju približno iste efekte. Ovaj impuls da krene sa istraživanjem stanja u psihoterapiji toga doba (šestdesete godine prošlog veka) je pojačan i ličnom tragedijom. U vreme kada je aktivno počeo da izučava i da se bavi psihoterapijom umire mu otac od posledica alkoholizma i depresije, uporno odbijajući da rešava taj problem. Prochaska (1994) navodi da je ova činjenica snažno dodatno uticala na njegov pogled na tadašnju psihoterapijsku scenu koja je bila dezintegrirana i opterećena velikim brojem psihoterapijskih pravaca i podstakla ga da traga za bazičnijim principima preko kojih se ostvaruje i terapija ali i generalno promena ponašanja ljudi pošto se ljudi ne

menjaju samo uz pomoć stručnjaka nego to rade i sami. Više godina kasnije će se sa svojim tada doktorantima DiClementom i Norcrossom ponovo vratiti ovoj temi sa namerom da je temeljno i konceptualno i empirijski istraži. Ono što su ovi autori preduzeli je da su sprovedli komparativnu analizu tada vodećih psihoterapijskih škola i izdvojili deset procesa koji stoje u osnovi svih značajnih pojedinačnih škola (Norcross i Prochaska, 1983; Prochaska i DiClemente, 1984; Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992; Prochaska i Norcross, 1994). U nameri da istraže koliko se ti procesi zaista primenjuju kada ljudi menjaju neko svoje ponašanje ili razmišljanje, sprovedli su ispitivanje učestalosti upotrebe procesa od strane osoba koje su učestvovala u programima odvikavanja od pušenja i ljudi koji su se uspešno odvikli od pušenja samostalno, bez terapijske intervencije. Podatak koji je po rečima autora (Prochaska et al, 1994) bio ključan za pokretanje ideje o stadijumima promene i koncipiranju prve verzije transteorijskog modela<sup>2</sup> je činjenica da su ispitanici na njihovo pitanje koliko su se često koristili svakim od procesa najčešće odgovarali da to zavisi kada, u kojoj fazi promene. Ovo je ukazivalo na to da su ispitanici doživljavali promenu ponašanja kao proces koji je trajao izvestan period i koji je imao svoje različite faze kada su se oslanjali na različite procese i mehanizme ne bi li usvojili nov oblik ponašanja. Ovo je navelo autore modela da počnu da razmišljaju o promeni kao procesu koji nije linearan nego koji prolazi kroz različite stadijume u kojima ljudi moraju da prevazilaze drugačije izazove, pa su im, u tom smislu, potrebne drugačije vrste aktivnosti. Nakon ovog iskustva svoj rad su usmerili na istraživanje fenomena stadijuma ne bi li koncipirali o kojem broju stadijuma se radi i koja vrsta aktivnosti i procesa je karakteristična za svaki stadijum. Od tada do danas, ovi autori su napravili autoritativan i kroz nekoliko hiljada sprovedenih

---

2 Naziv transteorijski nastao je na osnovu analize procesa promene kao zajedničkih bazičnih elemenata po kojim su sve psihoterapije slične, pre koncipiranja teze o stadijumima promene. (Prochaska & Norcross, 1979)

studija empirijski proveravan model o promeni. Iako je model nastao u oblasti psihoterapije i u cilju unapređenja psihoterapijske scene kroz stvaranje transteorijskog integrativnog modela, u toj oblasti je najmanje proveravan. Vremenom je postao dominantno model zdravstvenog ponašanja.

Do koje mere je ovaj model zaživeo u kliničkoj praksi na tlu SAD-a govori podatak da je Prochaska za svoja istraživanja i razvoj i proveru preventivnih programa na temelju TTM-a do kraja prošlog veka dobio preko 60 miliona dolara (Redding, Rossi, Rossi, Velicer i Prochaska, 2000).

Transteorijski model promene je integrativni višedimenzionalni okvir za razumevanje kako se ljudi odlučuju na promenu, kako je sprovode i kako je održavaju. Autori transteorijskog modela u poslednje dve decenije najveću pažnju posvećuju organizovanju online interaktivnih programa u kojima se akcenat stavlja na potrebu da se usavrši usaglašavanje intervencija karakteristikama klijentove spremnosti na promenu (O'Neill, Gillespie, & Slobin, 2000).

Pretpostavke koje se nalaze u osnovi njihovog modela promene su sledeće (Prochaska, Redding, & Evers, 2008, str. 103):

- Aktuelno ni jedna pojedinačna teorija ne uspeva da objasni terapijsku promenu i to je moguće učiniti jedino integracijom postojećih znanja.
- Svaki pojedinac koji je u procesu neke promene da bi tu promenu ostvario prolazi kroz različite stadijume spremnosti da promenu sprovede.
- Ne postoji inherentna motivacija da se napreduje kroz stadijume kao što je ona zabeležena kod promena koje su razvojne, tako da ako se ne preduzme odgovarajuća intervencija, osobe ostaju u ranim stadijumima spremnosti za promenu.
- Većina rizične populacije nije spremna za aktivno menjanje nekog nezadovoljavajućeg ponašanja tako da su akciono orijentisani preventivni programi primereni malom broju potencijalnih korisnika.

- Različitim stadijumima spremnosti na promenu odgovaraju različiti procesi i principi promene i oni moraju biti usklađeni da bi se promena ostvarila.

### **5.1.2. Osnovni konstrukti modela**

Autori TTM koncipiraju sledeće konstrukte na koje usmeravaju svoju pažnju i putem kojih objašnjavaju proces promene ponašanja: stadijumi promene, procesi promene, balans odluke, self-efikasnost i otpornost na iskušenje.

**Stadijumi promene** predstavljaju vremensku dimenziju modela. Ovaj konstrukt je nastao nakon prepoznavanja ne samo da je promena ponašanja proces koji ne može da se svede na jedan događaj ili jednu odluku o započinjanju ponašanja, nego da je u pitanju proces koji u sebe uključuje kvalitativno različite faze u kojima se osoba suočava sa različitim, uglavnom unutrašnjim, barijerama i kada mora da rešava različite zadatke da bi prešla u naredni stadijum te kada joj kao potpora trebaju za svaku fazu različiti resursi. Posmatranje promene ponašanja samo kao linearnog porasta prediktora promene, od stanja izostanka namere do započinjanja akcije nije po ovim autorima u skladu sa realnošću. Prochaska i DiClemente (1982) u početku definišu četiri stadijuma: 1) razmišljanje o promeni, odnosno kontemplacija, 2) povećavanje posvećenosti promeni, odnosno stadijum donošenja odluke, 3) aktivno modifikovanje ponašanja i/ili okruženja, odnosno stadijum akcije i 4) održavanje novog ponašanja, odnosno stadijum održavanja. Godinu dana kasnije (Prochaska i DiClemente, 1983) identifikuju i prekontemplaciju kao odvojeni stadijum koji prethodi kontemplaciji. Te iste godine razvijena je i Skala stadijuma promene (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983) kojom su operacionalizovani stadijumi i omogućena je procena klijenata u odnosu na ovu dimenziju. U sadašnjoj verziji modela, promena ponašanja predstavlja progres kroz sledeće stadijume:

1. Prekontemplacija je stadijum u kojem osoba još uvek ne pokazuje nameru da aktivno rešava svoj problem, barem ne u dogledno vreme. Najčešće, to je posledica činjenice da ni ne vidi svoje ponašanje kao problematično niti da je povezano sa nekim aktuelnim ili potencijalnim zdravstvenim problemom. Glavna odlika prekontemplatora je izvestan otpor da se prepozna ili modifikuje problem i izostanak bilo kakvih aktivnosti u pravcu promene ponašanja. Čak je karakteristično aktivno odbijanje da se razgovara o problemu, tendencija negiranja ili minimiziranja problema. Tako, osnovni zadaci za one koji su u nekom programu promene ponašanja a pokazuju karakteristike ovog stepena spremnosti su, prvo, prepoznavanje, osveščivanje problema, drugo, tzv. prisvajanje problema, odnosno, prepoznavanje na koji način je klijentov problem povezan sa njegovim ponašanjem (da to što ima povišen pritisak ima veze sa stilom njegovog života), zatim povećavanje potrebe za alternacijom tog ponašanja kroz povećavanje svesnosti o negativnim aspektima i konsekvencama problematičnog ponašanja, mišljenja, osećanja ili relacije i po sopstveno i po tuđe funkcionisanje (rizici koji porizilaze iz nerešavanja problema povišenog pritiska) i, na kraju, adekvatnija procena sopstvenih regulacionih mehanizama i resursa za promenu. Preporučena tehnika u ovoj fazi je motivacioni intervju i provociranje kod osobe govora promene. Kontraindиковano je ubeđivanje osobe da ima problem i da treba nešto da učini povodom toga.
2. Kontemplacija je stadijum u kojem osoba prepoznaje da ima problem koji je barem u nekoj meri korigibilan, u zavisnosti od vrste problema, manje ili više jasno uviđa vezu tog problema i svog životnog stila i počinje da razmatra potrebu i mogućnosti da taj problem rešava. Ovo je posledica povećanja svesno-

sti koju je osoba dostigla u prethodnom stadijumu i moguće percepcije pretnje. Ključna karakteristika osoba u ovom stadijumu je da i pored prepoznavanja potrebe da nešto promene u ponašanju, zaista ništa ne preduzimaju povodom toga, osim što o tome razmišljaju. Kontemplatori nekada ne znaju šta treba da urade, npr. ne znaju kako bi mogli da sprovedu pravilno dijetu, a ponekad znaju šta je to što bi trebalo da urade, ali ipak ne kreću u akciju. Često se zbog toga osećaju veoma uznemireno i ruminiraju o tom osećanju i svojoj nesposobnosti da reše problem umesto da naprave neki plan (Gavrilov-Jerković, 2007). Ali pravljenje plana ni nije očekivano za osobe u ovom stadijumu, odnosno, one još nisu spremne za to i najverovatnije bi napravile neki manevar kako da to izbegnu. One još nisu spremne za bihevioralne intervencije. Uobičajeni razlog za nekretanje u akciju je ambivalencija (Miller & Rollnick, 2002) koja ustvari proističe iz nespremnosti osobe da odustane od svih koristi i dobiti koje ima od starog ponašanja ili iz nespremnosti osobe da istrpi napor koji je potreban da bi sprovela novo ponašanje. U ovom stadijumu osoba je usmerena podjednako i na negativne aspekte i na pozitivne aspekte i starog i novog ponašanja i to je onemogućava da donese odluku, da se opredeli da krene u akciju ili da potpuno odustane od nje. Iako je svesna potrebe da se drugačije oseća, čini, misli ili komunicira, napor koji je potreban da bi to sprovela ili "cena" koju bi za to morala da plati joj izgledaju preteški ili povremeno nedostižni. Longitudinalne studije (Prochaska i DiClemente, 1984) pokazuju da ljudi mogu godinama živeti u ovom stadijumu sve vreme osećajući se neadekvatno zbog postojećeg problema, razmišljajući o tome kako bi trebalo nešto učiniti, ali i dalje ne nalazivši konkretan način da to i sprovedu. Osnovni zadatak u radu sa kontemplatorom da bi krenuo u

sledeći stadijum spremnosti je eksplicitno odmeravanje pozitivnih i negativnih aspekata promene uz svest o potrebi izbegavanja odmeravanja u nedogled, sa nedirektivnim pomeranjem ove ravnoteže u pravcu prevage pozitivnih aspekata promene što doprinosi pojavi odluke da se ipak preduzme akcija. Mali koraci ove preliminarne akcije i pomak vrednovanja sebe i sopstvenih resursa u pozitivnom smeru su ono što omogućava prelazak u sledeći stadijum. U ovoj fazi, kao i u prethodnoj je preporučeno sprovoditi sa klijentom motivacioni intervju.

3. **Priprema** je stadijum koji osim razmatranja potrebe za promenom, uključuje i ozbiljnu nameru osobe da u toku tretmana preduzme određene akcije kako bi rešila svoje probleme. Ovaj pomak se vidi i po tome što osoba počinje da najavljuje okolini da je odlučila da započne promenu. Prelasku osobe u ovaj stadijum prethodi započinjanje razrešavanja ambivalencije u prethodnom stadijumu i pomeranje ka percipiranju pozitivnih aspekata promene ponašanja u odnosu na nedostatke (Gavrilov-Jerković, 2007). Ove osobe izveštavaju i o ranijim konkretnim pokušajima da razreše svoje krize ili o trenutnim akcijama ali koje još nisu dale za njih zadovoljavajuće rezultate, kao što su na primer jednodnevne apstinencije pušača ili pribavljanje uputa za skrining pregled uz izostanak konkretne vremenske reorganizacije. Osnovni zadatak za osobe u pripremi, da bi napredovale ka sledećem stadijumu, je rad na povećanju self-efikasnosti, kao i doživljaja slobode da može da donese odluku da brine o sebi, pa time i kontrole nad sopstvenim odlukama i ponašanjem što treba da rezultira donošenjem odluke i postavljanjem ciljeva i prioriteta i povećanjem posvećenosti specifičnom planu akcija koje su izabrali, oslanjajući se pri tome na već iskazanu uključenost u proces promene i započet proces samoregulacije. U ovom stadijumu

je preporučljivo sa osobom raditi na konkretizaciji i vremenskoj specifikaciji plana akcije (implementacija intencije).

4. Akcija je stadijum kojem je osoba već ozbiljno počela da preduzima korake za promenu problem-skog ponašanja i u kojoj su vidljivi rezultati tog ponašanja. Ono što je omogućilo da osoba pređe iz prethodnog stadijuma je porast self-efikasnosti i pravljenje plana akcije. Znači, osnovne odlike ovog stadijuma su, ne samo kontemplativna rešenost ili neplansko i sporadično odlučivanje za neku promenu, nego i očigledan i svestan napor od strane osobe da reši problem i značajno dostizanje željenog cilja. Taj napor se ogleda u konkretnom modifikovanju svog ponašanja, razmatranju novih, alternativnih formi i interpretacija događaja i afektivnog odgovora i globalnog iskustva ili u menjanju nekih aspekata okruženja da bi se prevazišao problem. Najčešće, stadijum akcije uključuje očigledne bihevioralne promene i zahteva značajnu posvećenost i u smislu vremena i u smislu namerne angažovanosti oko izgrađivanja i sprovođenja novih odgovora. Osnovni zadaci koji stoje pred osobama u akciji da bi prešle u sledeći stadijum su, sa jedne strane, razvijanje strategija za prekidanje uobičajenih formi ponašanja u određenim situacijama, pronalaženje, izgrađivanje ili prepoznavanje novih potkrepljivača ili izvora stimulacije i izgrađivanje novih načina za zadovoljavanje svojih potreba, a sa druge strane, razvijanje strategija za prevazilaženje povremenih razočaranja, bilo u sebe ili svoju okolinu, pogrešnih koraka ili manjih rezultata od očekivanih.

5. Održavanje promene se odlikuje radom osobe na stabilizovanju bihevioralne i personalne promene dostignute u stadijumu akcije i izbegavanju recidiva. Propust da se uvidi da je ovo specifičan stadijum spremnosti za promenu i da ima svoja



posebna obeležja može doprineti pojavi recidiva. Akcenat je na tome da je i ovaj stadijum obeležen kontinuiranim aktivnim radom na promeni i za neku vrstu problema on se proteže na ceo život, kao što su, na primer, razne forme adikcija. Greška je definisati ga kao statičan stadijum. Greška je, takođe, pretpostaviti da je sama dostignuta promena dovoljna i da ima dovoljnu motivacionu snagu. Pred osobama koje su u ovom stadijumu stoji ponekad težak zadatak razvijanja životnog stila koji će podržavati novoostvarene promene i umanjiti ili ukinuti verovatnoću vraćanja na nefunkcionalne obrasce mišljenja, osećanja, ponašanja i komuniciranja. Učenje i učvršćivanje različitih strategija za odolevanje raznim iskušenjima da se ponovo reaguje na stari način je centralna aktivnost klijenata u stadijumu održavanja promene.

Povremeno, u literaturi, posebno novijoj (Prochaska, Johnson, & Lee, 2009) se nailazi i na šesti stadijum promene, ali se on nedovoljno razmatra. To je stadijum završavanja i karakteriše ga, po njihovim rečima, iskustvo izostanka bilo kakvog iskušenja vraćanja na stare oblike ponašanja, te više nije nužna neka dodatna angažovanost klijenta u svrhu čuvanja od relapsa, nego to postaje uobičajeno ponašanje. Važno je ne izjednačavati kraj tretmana sa ovim stadijumom, pošto tretman često završava pre nego što je klijent dostigao ovaj stadijum.

Modelom se predviđa da progres kroz stadijume nije linearan. Klijent može više puta da se vraća na niže stadijume i da tamo i ostane ako se demoralise ili da ponovo započinje sa ciklusom promene (Prochaska et al, 1994).

Sledeći ključni konstrukt modela su **proces** **promene**. Procesi promene se odnose na sve skrivene i otvorene aktivnosti koje osoba sprovodi da bi rešila neki problem, promenila ponašanje, uspostavila nove navike i slično.

152 Za ovaj model je karakteristična pretpostavka da procesi

promene predstavljaju nezavisne varijable koje doprinose da osoba prelazi iz stadijuma u stadijum dok ne ostvari stabilnu promenu. Sledi spisak procesa koji su nastali kao rezultat komparativne analize metoda koje se koriste u različitim psihoterapijskim sistemima i koji su naknadno dobili adekvatnu empirijsku potvrdu:

1. Povećanje svesnosti. Obuhvata različite aktivnosti osobe koje doprinose povećanju njene informisanosti o uzrocima i konsekvencama određenog problematičkog ponašanja kao i putevima za njegovu promenu. U preventivnim kampanjama se odnosi na različite akcije obaveštavanja ili podizanja svesti stanovništva o rizicima ili o mogućim alternativama kako da prevaziđu neku prepreku.
2. Dramatično olakšanje. Obuhvata aktivnosti koje doprinose da osoba oseti više prijatnih emocija vezanih za protektivno ponašanje, kao što je osećaj ispunjenosti ili ponosa, kao i više negativnih osećanja vezanih za rizično ponašanje, kao što je strah za svoju ili tuđu dobrobit ali i opadanje negativnog naboja nakon prekida rizičnog ponašanja. Obuhvata i aktivnosti usmerene na provociranje empatije sa osobama koje su npr. žrtve nekog ponašanja.
3. Promena samovrednovanja. Odnosi se na različite aktivnosti koje izazivaju kognitivno i afektivno procenjivanje i reorganizovanje slike o sebi u pravcu većeg samoprihvatanja.
4. Promena vrednovanja okoline. Odnosi se na sve one aktivnosti koje izazivaju afektivnu i kognitivnu procenu osobe o povezanosti nekog problema i sredine u kojoj se taj problem odigrava (npr. kakve su moguće konsekvence oboljevanja osobe kao posledice rizičnog ponašanja na njenu decu ili na mogućnost da kao samohrani roditelj zadrži posao i sl.) i modifikaciju te procene u pravcu aktivacije resursa koji motivišu i podržavaju promenjeno ponašanje.

5. Samooslobađanje. Odnosi se na aktivnosti koje provociraju klijentovo poverenje da je promena moguća, odnosno da klijent ima izbora da drugačije reaguje na unutrašnje ili spoljašnje stimuluse i koje provociraju posvećenost da se dela u skladu sa tim verovanjem.
6. Socijalno oslobađanje. Obuhvata sve one aktivnosti koje omogućavaju osobi da poveća izbore u širem socijalnom okruženju, tako što se npr. uključuje u akcije koje pružaju podršku promeni, kao i na one aktivnosti koje pružaju podršku promenama normi povodom nekog ponašanja, npr. organizovanje nepušačkih zona, postojanje dijetalnih jelovnika po restoranima, i sl. Odnosi se i na povećanje osetljivosti za socijalni i širi kontekstualni aspekt problema i aktuelnih mogućnosti za rešavanje problema, kao što bi bilo lepljenje informativnih stikera ili stikera podsetnika o akciji na javnim mestima.
7. Kontrauslovljavanje. Odnosi se na razne oblike učenja alternativnih oblika ponašanja problematičnom ponašanju, odnosno, menjanja odgovora na neki stimulus, oslanjajući se na principe klasičnog uslovljavanja. Prvenstveno uključuje tehnike iz asortimana bihevioralne terapije, kao što su sistematska desenzitizacija, tehnike relaksacije, asertivni trening i sl.
8. Kontrola stimulusa. Odnosi se na aktivnosti koje provociraju i ohrabruju osobu da restrukturiše sopstveno okruženje u svrhu kontrole visoko rizičnih izazivača za problemsko ponašanje. Uključuje različite tehnike gašenja, tehnike vođenja evidencije dnevnih aktivnosti sa ciljem uvođenja ključnih izmena i sl.
9. Upravljanje potkrepljenjem. Odnosi se prvenstveno na aktivnosti bazirane na modelu operantnog uslovljavanja. Uključuje različite oblike očiglednog, kroz formu ugovora ili skrivenog potkrepljivanja

adekvatnijih formi ponašanja ili malih koraka u tom pravcu, kao i provociranje samopotkrepljujućeg ponašanja.

10. Pomažuće relacije. Odnosi se na sve one aktivnosti koje doprinose uspostavljanju ili jačanju socijalne mreže podrške, učenju tehnika asertivnog traženja podrške, uključivanje u grupe samopodrške i sl.

Istraživanja su ukazala da se pojedinačni procesi grupišu u dva faktora višeg reda: u iskustvene, kontemplativne procese i bihevioralne, akcione procese (Žuljević i Gavrilov-Jerković, 2008). Ova struktura je stabilna kroz različita istraživanja (Rossi, 1992) i stabilnija od pojedinačnih procesa (Prochaska et al., 1988). Najvažniji nalaz u do sada realizovanim proverama procesa promene je da uspešna terapijska promena nije jednostavno povezana sa nediferenciranom upotrebom nabrojanih procesa. Naprotiv, efikasan tretman podrazumeva diferenciranu upotrebu selekcionisanih procesa promene kao strateški kritičnih tačaka u toku sprovođenja promene (Prochaska, Norcross, Fowler, Follick, Abrams, 1992). Rezultati globalno ukazuju da je sa pozitivnim efektima povezan porast akciono orijentisanih procesa kroz stadijume promene i pad iskustvenih procesa sa odmicanjem tretmana. Obrnuto, za niže stadijume je karakteristična upotreba iskustvenih procesa (Gavrilov-Jerković, 2004). Rosen (2008) objavljuje meta-analičku studiju kojom je obuhvaćeno 48 krossekcioni studija u kojima je istraživana povezanost stadijuma i procesa i pronalazi potvrde o značajnoj povezanosti bihevioralnih i skustvenih procesa sa stadijumima na način kako to model i predviđa. Sekvencionisanje kroz stadijume je dalo slične rezultate, sa tim da su dobijeni rezultati da postoji moderatorski efekat vrsta istraživanog problema na relaciju procesa i stadijum promene. Najveća povezanost se dobija kod regulacije pušenja, a manja kod regulisanja telesne težine i telesnog vežbanja. Kod ovih potonjih upotreba iskustvenih procesa manje opada kroz stadijume.

**Balans odluke, self-efikasnost i otpornost na iskušenje** predstavljaju motivaciono-kognitivne varijable koje u modelu imaju ulogu medijatora. Preko ovih varijabli se ostvaruje u najvećoj meri prelazak iz jednog stadijuma u drugi, s tim da ovi konstrukti nemaju jednaku važnost u različitim stadijumima (Gavrilov-Jerković, 2007). Balans odluke je važniji za niže stadijume. Kako se balans odluke tiče u stvari očekivanja ishoda kroz odmeravanje pozitivnih (pros) i negativnih (cons) konsekvenci promene ponašanja, logično je da ovo odmeravanje ima važniju ulogu u stadijumima u kojima osoba još nije donela odluku da promeni ponašanje, nego još uvek odmerava da li postoji potreba za tim. Za razliku od balansa odluke, očekivanje self-efikasnosti i očekivanje osobe da će uspeti da odoli raznim iskušenjima i da ne poklekne u procesu realizacije planova i novih oblika ponašanja dobija na stvarnoj važnosti tek kada osoba odluči da će da krene sa učenjem novog ponašanja i kada je pokreće pozitivno očekivanje da će biti uspešna. Ove mere su posebno osetljive na promene u višim stadijumima i dobri su prediktori relapsa (Velicer et al, 1998). Povezanost balansa odluke i stadijuma promene je potvrđena u velikom broju istraživanja upravo na gore opisani način. Hall i Rossi (2008) sprovode meta-analitičku studiju nad 135 studija sa uzorkom iz 10 zemalja i za 48 različitih ponašanja i dobijaju dosledne rezultate o značajnoj povezanosti prednosti i nedostataka promene ponašanja sa stadijumima. Nedostaci su viši od prednosti kod prekontemplatora, dok je situacija obrnuta u stadijumu akcije. Kod kontemplatora su izjednačeni što je u skladu sa opaženom ambivalencijom osoba u ovom stadijumu. Najveći porast prednosti se dešava između prekontemplacije i kontemplacije, a za nedostatke je opadanje blaže i više linearno. Ovo ide u prilog potvrde osnovnih principa stadijum modela i daje okvir za razumevanje mehanizma putem kojih se dešava prelazak iz jednog stadijuma u drugi i koji procesi se pojavljuju kao ti mehanizmi.

### **5.1.3. Evaluacija pretpostavki modela i preporuke za tretman**

---

Transteorijski model je doživeo veliki broj empirijskih provera sa ne uvek doslednim rezultatima, ali sa značajnom prevagom rezultata koji potvrđuju njegove pretpostavke (Prochaska et al, 2009). Pregled sprovedenih istraživanja (Sutton, 2005) pokazuje da su zastupljene sve četiri vrste zahtevanog dizajna po Weinstein (1998) koje smo opisali u uvodnom delu ovog poglavlja. Nažalost, najviše ima krossekcionih studija koje pružaju manje šansi za proveru uzročne relacije među konstruktima. Najnedosledniji rezultati se dobijaju po pitanju najvažnije pretpostavke o potrebi da se tretmanske intervencije trebaju uskladiti sa stadijumom klijentove spremnosti, što je izazvalo ozbiljne kritike modela od strane pojedinih istraživača (npr. Adams & White, 2005). Novije meta-analiitičke studije (Rosen, 2008) govore o tome da se ovakva nedoslednost moguće dobija zbog nevođenja računa o potencijalnim efektima moderatora. Generalno je ove promene najteže i sprovesti zbog visoke zahtevnosti takvih nacрта.

Osnovne pretpostavke u vezi stadijuma klijentove spremnosti da sprovede terapijsku ili samoiniciranu promenu, čijem proveravanju su se posvetili autori TTM-a, se odnose na povezanost stadijuma promene sa efikasnošću tretmana. Pretpostavke koje su najviše zaokupile njihovu istraživačku pažnju i koje su i dobile najviše potvrda su da je uspeh terapije u funkciji pretretmanskog stadijuma. Ovo znači da će uspeh primenjenog tretmana zavisiti i od toga u kojem stadijumu promene se nalazi klijent kada tretman započinje i koliko primenjeni terapijski program to uvažava, kao i od brzine kojom će klijent prelaziti iz jednog u drugi stadijum.

Autori polaze od pretpostavke, koju i dokazuju, da osobe koje se pojavljuju kao klijenti u različitim tretmanskim programima ne započinju taj tretman sa istim očekivanjima ili sa istim intenzitetom i kvalitetom spremnosti da i

aktivno učestvuju u tom tretmanu i da promene svoje ponašanje. Koristeći model stadijuma promene, autori modela su to više puta i pokazali. Na primer, Velicer i saradnici (1995) nas izveštavaju o strukturi svog uzorka prilikom organizovanja programa za odvikavanje od pušenja koji je obuhvatio oko 10000 pušača raspoređenih u više poduzoraka. U proseku, oko 40% uzorka se sastojao od osoba u stadijumu prekontemplacije, kontemplatora je bilo u istom procentu i oko 20% osoba u stadijumu pripreme. Slična struktura je dobijana u vezi širokog spektra različitih problema sa kojima se terapeuti susreću (DiClemente i Scott, 1997; Prochaska et al, 1994). Tretirati ih kao da su svi podjednako spremni za tretman ukazuje na značajno sužavanje podesnosti naših tretmanskih procedura na samo jedan deo klijenata, čime se može objasniti i manja efikasnost od očekivanog takozvanih akciono orijentisanih programa i njihova nemogućnost da na globalnom, u terminima spremnosti za promenu, heterogenom uzorku proizvedu veću efikasnost od standardnih institucionalnih tretmana. Autori modela uspevaju u više navrata da demonstriraju vezu početnog stadijuma tretmana i stepena ostvarenog napretka u tretmanu (DiClemente, Bellino i Neavins, 1999; DiClemente, Prochaska, Gibertini, 1985; Crittenden, Manfredi, Lacey, Warnecke i Parsons, 1994). Početni prekontemplatori pokazuju značajno manji napredak u tretmanu od onih koji su se na početku tretmana nalazili u stadijumu pripreme, pušači koji su na početku u stadijumu kontemplacije za otprilike dve trećine postižu veći uspeh od prekontemplatora, dok su oni koji su na početku u stadijumu pripreme za oko dve trećine uspešniji od kontemplatora. U jednoj drugoj meta-analizi koja je obuhvatala širok spektar tretiranih problema (Medeiros i Prochaska, 1996 po Prochaska et al, 2009), autori su sa 93% tačnosti uspeali da na osnovu pretretmanskog profila stadijuma klasifikuju pacijente u grupu onih koji su odustali od tretmana, ko je uspešno i brzo završio tretman a ko je za duže ostao u tretmanu, ukazujući da je besmisle-

no tretirati ljude koji imaju prekonteplativni profil kao da su spremni za akcione intervencije i očekivati da će ostati u tretmanu. Iz ovoga oni izvode zaključak da je sa akciono usmerenih programa ili sa frontalno organizovanih programa bilo koje vrste, nužno preći na takozvane stadijum usmerene programe da bismo povećali ciljnu grupu na koju se odnose naše intervencije. Kao ilustracija koja opravdava ovu preporuku mogu da se uporede rezultati dve velike preventivne akcije čiji su ciljevi bili regrutovanje pušača za programe odvikavanja. U prvoj, o kojoj izveštava Orleans sa saradnicima (1988. po Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992), u Američkoj zdravstvenoj organizaciji preko 70% aktivnih pušača se izjasnilo da bi uzelo učešće u profesionalno zasnovanom programu samopomoći ako bi im bio ponuđen. Nakon što je ovakav program razvijen i ponuđen uz veliki publicitet, samo 4% pušača se zbilja i prijavilo. Ovde na delu vidimo razliku između kontemplatora i onih u pripremi za akciju. Druga akcija (Prochaska, Velicer, Fava i Rossi, 1996 po Prochaska et al, 1998) je obuhvatila dve studije programa samopomoći sa oko 5000 pušača u svakoj studiji. U odnosu na ove pušače, definisane kao potencijalni klijenti, razvijena je strategija pozivanja u program tako što su ili samo pozvani telefonom i sa njima je razgovarano o ovoj ponudi ili su obaveštavani i pismeno, nakon čega su klasifikovani u grupe u skladu sa svojim stadijumom spremnosti. Intervencije regrutovanja, koje su usklađene sa stadijumom, su pretočene u samopomažuće priručnike i individualizovane kompjuterske programe po sistemu povratne informacije bazirane na odmeravanju balansa odluke i proceni self-efikasnosti i sklonosti iskušenju. Nakon ovakvog pristupa, za jedan program se prijavilo 82% a za drugi 85% pozvanih pušača.

Još jedan važan nalaz proistekao iz istraživanja modela je da osim pretretmanskog stadijuma, prediktivnu moć za uspeh tretmana ima i napredovanje kroz stadijume (Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992). Tako, ako prekontemplatori u roku od mesec dana ostanu u istom



stadijumu tokom tretmana, šansu da u roku od šest meseci dostignu stadijum akcije ima svega 3%. Ako se u roku od mesec dana pomere u stadijum kontemplacije, ova šansa se više nego udvostručuje. Ako kontemplatori u roku mesec dana ne promene svoju spremnost, 20% njih ima šansu da nakon šest meseci dostigne stadijum akcije. Ovaj procenat se udvostručuje ako se kontemplatori u roku od mesec dana pomere u stadijum pripreme.

Navedeni podaci ilustruju važnost dve osnovne terapijske preporuke proistekle iz transteorijskog modela: nužnost dizajniranja terapijskog programa (primenjenih procesa promene i rad sa medijator varijablama) koji će biti usklađeni sa klijentovim stadijumom spremnosti za promenu i fokusiranje na zadatke koji pomažu klijentu da prelazi u naredni stadijum spremnosti.

Na osnovu uvida u strukturu transteorijskog modela i empirijske nalaze o promeni ponašanja kao procesu prolaska kroz različite stadijume i o značaju da se i istraživanje i tretmanske intervencije usklade sa stadijumom klijentove spremnosti na promenu, možemo zaključiti da je u pitanju model koji je proširio socijalno kognitivnu perspektivu gledanja na puteve kojima se zdravstveno ponašanje može proučavati i menjati. Njegova ograničenja poizilaze iz činjenice da i pored belikog broja studija ipak nije do kraja evaluiran na potpuno metodološki korektan način i da su dosadašnja saznanja o njegovoj efikasnosti limitirana ovom činjenicom. Sa druge strane, temeljnost preporuka i lako prevođenje njegovih principa na nivo prakse ga i dalje čine veoma privlačnim što povećava verovatnoću da će u budućnosti ipak biti sve više materijala na osnovu kojeg će se moći doneti validniji zaključci o tome koje aspekte modela dalje razvijati a koje treba temeljno korigovati.

## REFERENCE

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2005). The Health Belief Model. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 28-80). New York: Open University Press.
- Adams, J., & White, M. (2005). Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research*, 20 (2), 237-243.
- Adler, N., & Matthews, K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Ahern, D. K., Phalen, J. M., Le, L. X., & Goldman, R. (Eds.). (2007). *Childhood Obesity Prevention and Reduction: Role of eHealth*. Boston: Health e-Technologies Initiative.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action Control: From Cognition to Behavior* (pp. 11-39). NY: Springer Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Armitage, C. J., & Christian, J. (2003). From attitudes to behaviour: Basic and applied research on the theory of planned behaviour. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 22, 187-195.

- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Baban, A., & Craciun, C. (2007). Changing health-risk behaviors: A review of theory and evidence-based interventions in health psychology. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychoterapies*, 7, 45-67.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). Editorial: the anatomy of stages of change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 8-10.
- Bandura, A. (2000). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. In P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behavior: From health beliefs to self-regulation* (pp. 299-340). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education and Behavior*, 31(2), 143-164.
- Bayram, F. (2008). *Wellness & economy: To which extent does the "wellness-boom" have an impact on the economy*. Munich, Germany: GRIN Verlag.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public Health*, 64(3), 205-216.
- Becker, M. H., Haefner, D. P., Kasl, S. V., Kirscht, J. P., Maiman, L. A., & Rosenstock, I. M. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviours. *Medical Care*, 15, 27-46.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.

- Belcher, L., Sternberg, M. R., Wolotski, R. J., Halkitis, P., & Hoff, C. (2005). Condom use and perceived risk of HIV transmission among sexually active HIV positive men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 17(1), 79-89.
- Belloc, N. B., Breslow, L., & Hochstim, J. R. (1971). Measurement of physical health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology*, 92(5), 328-336.
- Belloc, N. B. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2, 67-81.
- Bennet, P. (2000). *Introduction to Clinical Health Psychology*. Philadelphia: Open University Press.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Berkson, J. (1958). Smoking and lung cancer: Some observations on two recent reports. *Journal of the American Statistical Association*, 53, 28-38.
- Bhattacharyya, O., Reeves, S., Garfinkel, S., & Zwarstein, M. (2006). Designing theoretically-informed implementation interventions. *Implementation Science*, 1: 5.
- Brdarić, D., & Gavrilov-Jerković, V. (2008). Povezanost strukture očekivanja ishoda tretmana i kliničke slike kod psihijatrijskih pacijenata. *Primenjena psihologija*, 3-4, 187-205.
- Brdarić, D., & Gavrilov-Jerković, V. (2011). Dimenzije ličnosti Reformulisane teorije osetljivosti na potkrepljenje i atribucioni stilovi kao prediktori strategija prevladavanja stresa. *Primenjena psihologija*, 4(1), 69-83.
- Breslow, L., & Enstrom, J. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine*, 9, 469-483.
- Bridle, C. Riemsma, R. P., Pattenden, J., Sowden, A. J., Mather, L., Watt, I. S., & Walker, A. (2005). Systematic 163

- review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology and Health*, 20 (3), 283-301.
- Brownson, R. C., & Bright, F. S. (2004). Chronic disease control in public health practice: Looking back and moving forward. *Public Health Reports*, 119, 230-238.
- Brownson, R. C., Remington, P. L., & Davis, J. R. (1998). *Chronic disease epidemiology and control* (2<sup>nd</sup> ed.). Washington, DC: American Public Health Association.
- Bryan, A. D., Aiken, L. S., & West, S. G. (1996). Increasing condom use: Evaluation of a theory based intervention to decrease sexually transmitted disease in women. *Health Psychology*, 15, 371-382.
- Bullough, B., & Rosen, G. (1992). *Preventive medicine in the United States: 1900-1990: Trends and interpretations*. Canton, MA: Watson Publishing International.
- Burak, L. J., & Meyer, M. (1997). Using the Health Belief Model to examine and predict college women's cancer screening belief and behavior. *Health Care for Women International*, 18(3), 79-89.
- Byers, T., Mouchawar, J., Marks, J., Cady, B., Lins, N., Swanson, G. M., Bal, D. G., & Eyre, H. (1999). The American Cancer Society challenge goals. How far can cancer rates decline in the U.S. by the year 2015? *Cancer*, 5, 715-727.
- Byrd, T. L., Peterson, S. K., Chavez, R., & Heckert, A. (2004). Cervical cancer screening among young Hispanic women. *Preventive Medicine*, 38(2), 192-198.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1997). *Cigarette smoking among adults—United States, 1995*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 46, 1217-1220.
- Center for Disease Control and Prevention. (2005). *Adult cigarette smoking in the United States: Current estimates*. Dostupno na: [http://www.cdc.gov/tobacco/factsheets/AdultCigaretteSmoking\\_FactSheet.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/factsheets/AdultCigaretteSmoking_FactSheet.htm).

- Central Intelligence Centar (2013). *The world factbook: Country comparison: Life expectancy at birth*. Dostupno na: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4<sup>th</sup> ed., pp. 45-65), San Francisco: John Wiley and Sons, Inc., Jossey-Bass.
- Chen, J. K., Fox, S. A., Cantrell, C. H., Stockdale, S. E., & Kaga-wa-Singer, M. (2007). Health disparities and prevention Racial/ethnic barriers to flu vaccinations. *Journal of Community Health*, 32(1), 5-20.
- Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy Board on Neuroscience and Behavioral Health (2001). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Conner, M. (2010). Cognitive determinants of health behavior. In A. Steptoe (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications* (pp. 19-30). NY: Springer.
- Conner, M., & Norman, P. (Eds.) (2005). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models* (2<sup>nd</sup> ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Conner, M., Norman, P., & Bell, R. (2002). The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychology*, 21, 194-201.
- Connor-Smith, J. K., & Flachbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.
- Cooke, R., & French, D. P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planed behavior predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology and Health*, 23, 745-765.

- Cornfield, J., Haenszel, W., Hammond, W., Lilienfeld, E., Shimkin, A., & Synder, E. (1959). Smoking and lung cancer: Recent evidence and a discussion of some questions. *Journal of the National Cancer Institute*, 22, 173-201.
- Critchley, J. A., & Capewell, S. (2003). Substantial potential for reductions in coronary heart disease mortality in the U.K. through changes in risk factor levels. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 243-247.
- Crittenden, K. S., Manfredi, C., Lacey, L., Warnecke, R., Parsons, J. (1994). Measuring readiness and motivation to quit smoking among women in public health clinics. *Addictive Behaviors*, 19, 5, 497-507.
- Curry, S. J. (1993). Self-help interventions for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 790-803.
- Curry, S. J., & Fitzgibbon, M. L. (2009). Theories of prevention. In S. A. Shumaker, J. K. Ockene & K. A. Riekert (Eds.). *The Handbook of health behavior change* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 3-18). NY: Springer Publishing Company, LLC.
- Darnton, A. (2008). *GSR Behaviour Change Knowledge Review. Reference Report: An overview of behavior change models and their uses*. GSR Social Science in Government. Dostupno na: [www.gsr.gov.uk](http://www.gsr.gov.uk)
- DiClemente, C. C., Scott, C. V. (1997). Stages of change: Interaction with treatment compliance and involvement. In J. S. Onken, J. D. Blaine, J. J. Boren (Eds.) *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug Dependent Individual in Treatment*. NIDA Research Monograph, 165, 131-156.
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavins, T. M. (1999). Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research & Health*, 23, 2, 86-92.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.

- Dulany, D. E. (1968). Awareness, rules, and propositional control: A confrontation with S-R behavior theory. In T. Dixon & D. Horton (Eds.), *Verbal behavior and general behavior theory* (pp. 340-387). New York: Prentice Hall.
- Dzewaltowski, D. A., Noble, J. M., & Shaw, J. M. (1990). Physical activity participation: Social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, 388-405.
- Eccles, M., Grimshaw, J., Walker, A., Johnston, M., & Pitts, N. (2005). Changing the behavior of healthcare professionals the use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 107-112.
- Fishbein, M. (2005). *Attitudes, Personality and Behavior* (2<sup>nd</sup> ed.). NY: Open University Press.
- Fishbein, M. (2008). A reasoned action approach to health promotion. *Medical Decision Making*, 28(6), 834-844.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1974). Attitude towards objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 81, 59-74.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approaches*. New York: Taylor and Francis Group.
- Fishbein, M. & Cappella, J. N. (2006). The role of theory in developing effective health communications. *Journal of Communication*, 56, S1-S17.
- Fitzpatrick, M. (2001). *The tyranny of health: Doctors and the regulation of lifestyle*. New York, NY: Routledge.
- Forsyth, L. H., & Goetsch, V. L. (1997). Perceived threat of illness and health protective behaviors in offspring of adults with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Behavioral Medicine*, 23(3), 112-120.



- Fries, J. F., Koop, C. E., Beadle, C. E., Cooper, P. P., England, M. J., Greaves, R. F., Sokolov, J. J., & Wright, D. (1993). Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. The Health Project Consortium. *New England Journal of Medicine*, 329, 321-325.
- Gallagher, M. W., Payne, L. A., White, K. S., Shear, K. M., Woods, S. W., Gorman, J. M., & Barlow, D. H. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: The unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 767-777.
- Gavrilov, V. (1994). Uloga i značaj psihološkog savetovanja u onkologiji. *Informacije o kancerogenima*, 11, 9-12.
- Gavrilov-Jerković, V. (2003). Savremene tendencije u psihoterapiji: specijalizacija prakse i integracija znanja. *Psihologija*, 36, 7-38.
- Gavrilov-Jerković, V. (2004). Profil spremnosti klijenta za promenu i preferencija tipičnih procesa promene. *Psihologija*, 37(1), 89-108.
- Gavrilov-Jerković, V. (2008). *Kliničko-psihološki praktikum: Procedura i konteksti kliničke procene*. Novi Sad: Futura publikacije.
- Gavrilov-Jerković, V. (2007). Relation between stages of change and motivation in the treatment of psychiatric patients. *Psihologija*. 40 (2), 51-64.
- Gavrilov-Jerković, V., Jovanović, V., Žuljević, D., & Brdarić, D. (u štampi). When Less is More: A Short Version of the Personal Optimism Scale and the Self-Efficacy Optimism Scale. *Journal of Happiness Studies*.
- Glanz, K., & Maddock, J. (2002). Behaviour, health-related. *Gale Encyclopedia of Public Health*. New York: The Gale Group Inc., Macmillan Reference USA.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.) (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4<sup>th</sup> ed.). San Francisco: John Wiley and Sons, Inc., Jossey-Bass.

- Gochman, D. S. (1997). Health Behavior Research: Definitions and Diversity. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behavior Research, Vol. I. Personal and Social Determinants* (pp. 3-20). New York: Plenum Press.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. *European Review of Social Psychology, 4*, 141-185.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: strong effects of simple plans. *American Psychologist, 7*, 493-503.
- Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology, 38*, 69-119.
- Graham, M. E. (2002). Health beliefs and self-breast examination in black women. *Journal of Cultural Diversity, 9*(2), 49-54.
- Gray, A. (1993). *World Health and Disease*. Buckingham: Open University Press.
- Haefner, D. P. (1965). Arousing fear in dental health education. *Journal of Public Health Dentistry, 25*, 140-146.
- Haefner, D. P. & Kirscht, J. P. (1970). Motivational and behavioural effects of modifying health beliefs. *Public Health Reports, 85*, 478-484.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., & Biddle, S. J. H., (2002). From psychological need satisfaction to intentional behaviour: Testing a motivational sequence in two behavioural contexts. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*, 131-148.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., & Biddle, S. J. H. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 24*, 3-32.

- Hahn, R., Teutsch, S., Rothenberg, R., & Marks, J. (1990). Excess deaths from nine chronic diseases in the United States, 1986. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2654-2659.
- Hancock, T. (1986). Lalonde and beyond: looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians". *Health Promotion International*, 1(1), 93-100.
- Hardeman, W., Johnston, M., Johnston, D. W., Bonetti, D., Wareham, N., & Kinmonth, A. L. (2002). Application of the theory of planned behaviour in behaviour change interventions: a systematic review. *Psychology and Health*, 17, 123-158.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research*, 7, 107-116.
- Hawkins, N., & Anderson, R. (1996). The effect of exercise on cognitive functioning among the elderly. *TCA Journal*, 24(2), 18-26.
- Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study*. Washington, D.C.: Public Health Service publication.
- Horner, K. L. (1996). Locus of control, neuroticism, and stressors: Combined influences on reported physical illness. *Personality and Individual Differences*, 21, 195-204.
- Housman, J., & Dorman, S. (2005). The Alameda County Study: A Systematic, Chronological Review. *American Journal of Health Education*, 36, 302-308.
- Hu, F. B., Willett, W. C., Li, T., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., & Manson, E. (2004). Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women. *New England Journal of Medicine*, 351, 2694-2703.
- Janz, N., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Janz, N. K., Champion, V. L., & Strecher, V. J. (2002). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. M.

- Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (pp. 45-56). San Francisco: Jossey-Bass.
- Jones, S. C., & Donovan, R. J. (2004). Does theory inform practice in health promotion in Australia? *Health Education Research*, 19, 1-14.
- Johnson, N. A., & Heller, R. F. (1998). Prediction of patient nonadherence with home-based exercise for cardiac rehabilitation: the role of perceived barriers and perceived benefits. *Preventive Medicine*, 27(1), 56-64.
- Juon, H. S., Seo, Y. J., & Kim, M. T. (2002). Breast and cervical cancer screening among Korean American elderly women. *European Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 228-235.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966a). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior: I. Health and Illness Behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966b). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior: II. Sick-Role Behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 531-541.
- Kegeles, S. S. (1963). Why people seek dental care: a test of conceptual formulation. *Journal of Health and Human Behaviour*, 4, 166-173.
- Kevin, D. (2007). Public health and the cult of humanity: A neglected Durkheimian concept. *Sociology of Health and Illness*, 29, 100-114.
- Kirscht, J. P. (1974). The Health Belief Model and Illness Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 2387-2408.
- Kohl, H. I., Powell, K., Gordon, N., Blair, S., & Paffenbarger, R. J. (1992). Physical activity, physical fitness, and sudden cardiac death. *Epidemiologic Reviews*, 14, 37-58.
- Koikkalainen, M., Lappalainen, R., & Mykkanen, H. (1996) Why cardiac patients do not follow the nutritionist's advice: barriers in nutritional advice perceived in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 13, 619-623.

- Kushi, L. H., Byers, T., Doyle, C., Bandera, E. V., McCullough, M., McTiernan, A., et al. (2006). American Cancer Society, Guidelines on Nutrition and Physical Activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 254-281.
- Kwok, C., & Sullivan, G. (2006). Chinese-Australian women's beliefs about cancer: Implications for health promotions. *Cancer Nursing*, 29(5), E14-21.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians. A working document*. Government of Canada.
- Lamanna, L. M. (2004). College students' knowledge and attitudes about cancer and perceived risk of developing skin cancer. *Dermatology Nursing*, 16(2), 161-176.
- Lanz, P. M., House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., Mero, R. P., & Chen, J. (1998). Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1703-1708.
- Lindberg, G., Rastam, L., Gullberg, B., & Eklund, G. A. (1992). Low serum cholesterol concentration and short-term mortality from injuries in men and women. *British Medical Journal*, 305, 277-279.
- Linke, S. E., Robinson, C. J., & Pekmezi, D. (2013 published online). Applying Psychological Theoriies to Promote Healthy Lifestyles. *American Journal of Lifestyle Medicine*. Dostupno na <http://ajl.sagepub.com/content/early/2013/05/01/1559827613487496>
- Lippke, S., & Ziegelmann, J. P. (2008). Theory-based health behavior change: Developing, testing and applying theories for evidence-based interventions. *Applied Psychology: International Review*, 57, 698-716.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457.
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). Social cognitive theory. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting*

- health behaviour* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 127-169). Buckingham: Open University Press.
- Maddox, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: a revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479.
- Maes, C. A., & Louis, M. (2003). Knowledge of AIDS, perceived risk of AIDS, and at-risk sexual behaviors of older adults. *The Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(11), 509-516.
- Manson, J. E., Hu, F. B., Rich-Edwards, J. W., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Speizer, F. E., & Hennekens, C. H. (1999). A prospective study of walking compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *The New England Journal of Medicine*, 341, 650-658.
- Marmot, M. & Mustard, C. F. (1994). Coronary heart disease from a population perspective. In R. G. Evans, M. Barer & T. R. Marmor (Eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health of Populations* (pp. 189-216). New York, NY: Aldine de Gruyter.
- Marsh, R. (2012). *The effectiveness of interventions targeting behaviour change in smoking, healthy eating, physical activity and drinking: a guide to the guidelines and evidence review*. Draft. Cambridge: NHS Evidence and Adoption Centre, NHS East of England.
- Matarazzo, J. (1984). Behavioural immunogens and pathogens in health and illness. In B. L. Hammonds & C. J. Scheirer (Eds.), *Psychology and health* (pp. 201-203). Washington: American Psychological Association.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), 2011-2030.
- Mattson, M. (1999). Towards a reconceptualization of communication cues to action in the health belief mod-

- el: HIV test counseling. *Communication Monographs*, 66, 240-265.
- McBride, C. M., Emmons, K. M., & Lipkus, I. M. (2003). Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Education Research, Theory and Practice*, 18(2), 156-170.
- McClendon, B. T., & Prentice-Dunn, S. (2001). Reducing skin cancer risk: An intervention based on protection motivation theory. *Journal of Health Psychology*, 6, 313-320.
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behavior: a meta analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144.
- McGinnis, J. M., & Foege, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2207-2212.
- McKenna, M. T., Taylor, W. R., Marks, J. S., & Koplan, J. P. (1998). Currents issues and challenges in chronic disease control. In R. C. Brownson, P. L. Remington & J. R. Davis (Eds.). *Chronic disease epidemiology and control* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 1-26). Washington: American Public Health Association.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375
- Michels, K. B. (2005). The role of nutrition in cancer development and prevention. *International Journal of Cancer*, 114, 163-165.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Minino, A. M., Heron, M. P., & Smith, B. L. (2006). Deaths: Preliminary data for 2004. *National Vital Statistics Reports*, 54, 1-49.

- Mokdad, A., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Bowman, B. A., Marks, J. S., & Koplan, J. P. (2000). The continuing epidemic of obesity in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1650-1651.
- Montano, D. E., & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, Theory of planned behavior, and the Integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4<sup>th</sup> ed., pp. 67-96). San Francisco: John Wiley and Sons, Inc., Jossey-Bass.
- National Cancer Institute. (2005). Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice (2<sup>nd</sup> ed.). NIH Publication No. 05-3896: US Department of Health and Human Services. Dostupno na: <http://tinyurl.com/y4648y>
- NCHS (National Center for Health Statistics). (1998). *Health, United States, 1998: With Socioeconomic Status and Health Chartbook*. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Neaton, J. D., Blackburn, H., Jacobs, D., Kuller, L., Lee, D. J, Sherwin, R., Shih, J., Stamler, J., & Wentworth, D. (1992). Serum cholesterol level and mortality findings for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Arch Intern Med.* 152(7), 1490-500.
- Nigg, C. R., Allegrante, J. P., & Ory, M. (2002). Theory-comparison and multiple-behavior research: common themes advancing health behavior research. *Health Education Research, Theory and Practice*, 17(5), 670-679.
- Noar, S. M., Benac, C., & Harris, M. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133, 673-693.
- Noar, S. M., & Zimmerman, R. S. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research, Theory and Practice*, 20(3), 275-290.



- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1983). Clinicians' theoretical orientations: Selection, utilization, and efficacy. *Professional Psychology, 14*, 197-208.
- Norman, P., Abraham, C., & Conner, M. (Eds.). (2000). *Understanding and changing health behavior: from health beliefs to self-regulation*. Amsterdam: Harwood Academic Publisher.
- Norman, P., Bennet, P., Murphy, S., & Tudor-Smith, C. (1998). Health locus of control and health behaviour. *Journal of Health Psychology, 3*, 171-180.
- Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology, 22*(4), 424-428.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook* (3<sup>rd</sup> ed.). London: Open University Press.
- O'Neill, H. K., Gillespie, M. A., & Slobin, K. (2000). Stages of Change and Smoking Cessation: A Computer Administered Intervention Program of Young Adults. *American Journal of Health Promotion, 15* (2), 93-96.
- Oxman, A. D., Fretheim, A., & Flottorp, S. (2005). The OFF theory of research utilization. *Journal of Clinical Epidemiology, 58*, 113-116.
- Painter, J. E., Christina P. C., Borba, C. P. C., Hynes, M., Mays, D., & Glanz, K. (2008). The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. *Annals of Behavioral Medicine, 35*, 358-362.
- Pakholk, O. (2013). The idea of healthy lifestyle and its transformation into health-oriented lifestyle in contemporary society. *SAGE Open*, 1-10.
- Parascandola, M. (2004). Two approaches to etiology: The debate over smoking and lung cancer in the 1950s. *Endeavour, 28*, 81-86.
- Parkerson, G., Connis, R. T., Broadhead, W. E., Patrick, D. L., Taylor, T. R., & Chiu-Kit, J. T. (1993). Disease-specific versus generic measurement of health-related quality

- of life in insulin dependent diabetic patients. *Medical Care*, 31, 629-639.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., Heath Jr, C., & Doll, R. (1996). Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 52(1), 12-21.
- Peto, R., & Lopez, A.D. (1990). Worldwide mortality from current patterns. In B. Durston & K. Jamrozik (Eds.), *Tobacco and Health 1990: The Global War. Proceedings of the Seventh World Conference on Tobacco and Health*. Perth: Health Department on Western Australia.
- Pilzer, P. (2001). *Possibilities of healthy lifestyle industry*. Network Marketing Lifestyles. Dostupno na: <http://www.vip-europe.com/index.php?id=396&PHPSESSID=ukv8tgjhbcoor5gef224t72bv0>
- PLoS Medicine Editors. (2007). Thirty Ways to Improve the Health of the World's Poorest People. *PLoS Medicine*, 4(10), e310.
- Porter, D. (2006). How did social medicine evolve, and where is it heading? *PloS Medicine*, 3(10), 1667-1672.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Johnson, S., & Lee, P. (2009). The Trans-theoretical Model of Behavior Change. In S. A. Shumak-

- er, J. K. Ockene & K. A. Riekert (Eds.). *The Handbook of health behavior change* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 59-84). NY: Springer Publishing Company, LLC.
- Prochaska, J. O., Johnson, S., Lee, P. (1998). The Transtheoretical Model of Behavior Change. In E. Schron, J. Ockene, S. Schumaker, W.M. Exum (Eds.) *The Handbook of Behavior Change* (2<sup>nd</sup> ed). New York: Springer.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. 3<sup>rd</sup> edition, California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: Morrow.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Fowler, J. L., Follick, M. J., & Abrams, D. B. (1992). Attendance and outcome in a work site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behavior*, 17, 35-45.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K.E. (2008). The transtheoretical Model and Stages of Change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.) (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4<sup>th</sup> ed.). (pp 97-121). San Francisco: John Wiley and Sons, Inc., Jossey-Bass.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C, & Fava, J. S. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Fava, J. L., Rossi, J. S., & Tsoh, J. Y. (2001). Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 26, 583-602.

- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, Ch., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., & Rossi, S. R. (1994). Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology, 13*, 1, 39-46
- Raphael, D., & Farell, E. S. (2002). Beyond medicine and lifestyle: addressing the societal determinants of cardiovascular disease in North America. *Leadership in Health Services, 15/4*, i-v.
- Redding, C. A., Rossi, J. S., Rossi, S. R., Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (2000). Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education, 3* (special Issue): 180-193.
- Rimal, R. N. (2000). Closing the Knowledge-Behavior Gap in Health Promotion: The Mediating Role of Self-Efficacy. *Health Communication, 12*(3), 219-237.
- Rosen, C. (2008). Is the Sequencing of Change Processes by Stage Consistent Across Health Problems? A Meta-Analysis. *Health Psychology, 19* (6), 593-604.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly, 83*(4), 1-32.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*, 328-335.
- Rosenstock, I. M., Derryberry, M., & Carriger, B. (1959). Why people fail to seek poliomyelitis vaccination. *Public Health Reports, 74*(2), 98-104.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175-183.
- Rossi, J.S. (1992). *Common processes of change across nine problem behaviors*. Paper presentation at 100<sup>th</sup> meeting of APA, Washington, D.C.
- Rutter, D., & Quine, L. (Eds.). (2002). *Changing Health Behavior: Intervention and Research with Social Cognitive Models*. Buckingham: Open University Press.

- Schnider, M. (2006). *Introduction to Public Health*. London: Jones and Bartlett.
- Schoenborn, C. (1986). Health habits of U.S. adults, 1985: the "Alameda 7" revisited. *Public Health Reports*, 101(6), 571-580.
- Schwartz, J. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: the United States and Canada, 1978-1985*. Bethesda, MD: National Cancer Institute (DHHS 87-2940).
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought Control of Action* (pp. 217-242). Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology*, 4, 115-127.
- Seligman, M. E. P. (1994). *What You Can Change and What You Can't*. New York: Alfred A. Knopf.
- Selin, H. (Ed.). (2003). *Medicine across cultures: History and practice of medicines in non-Western cultures*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Sheeran, P. (2002). Intention-behaviour relations: A conceptual and empirical review. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 12, pp. 1-36). London: Wiley.
- Sheeran, P., & Abraham, C. (2003). Mediator of moderators: temporal stability of intention and the intention-behavior relationship. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 205-215.
- Sheeran, P., Conner, M., & Norman, P. (2001). Can the theory of planned behavior explain patterns of health behavior change? *Health Psychology*, 20(1), 12-19.
- Sheeran, P., & Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: A meta-analysis and comparisons of the

- theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(8), 1624-1675.
- Sheppard, B. H., Hartwick, J., & Warshaw, P. R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343.
- Smith-McLallen, A. & Fishbein, M. (2008). Predictors of intentions to perform six cancer-related behaviors: roles for injunctive and descriptive norms. *Psychology, Health and Medicine*, 13(14), 389-401.
- Sniehotta F. F., Schwarzer, R., Scholz U., & Shuz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35, 565-576.
- Stephoe, A., & Wardle, J. (2004). Health behavior: Prevalence and links with disease. In A. Kaptein & J. Weinmen (Eds.), *Introduction to Health Psychology* (pp. 21-51). BPS: Blackwell.
- Strawbridge, W., & Wallhagen, M. (1999). Self-rated health and mortality over three decades. *Research on Aging*, 21(3), 402-416.
- Strecher, V. J., Kreuter, M., DenBoer, D. J., Kobrin, S., Hospers, H. J., & Skinner, C. S. (1994). The effects of computer-tailored smoking cessation messages in Family Practice settings. *Journal of Family Practice*, 39, 262-270.
- Strom, B. L., Kimmel, S. E., Hennessy, S. (Eds.). (2012). *Pharmacoepidemiology* (5<sup>th</sup> ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Study Group on Smoking and Health. (1957). Smoking and health. *Science*, 125, 1129-1133.
- Surgeon General. (1964). *Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Dostupno na: <http://profiles.nlm.nih.gov./NN/B/B/M/Q/>.

- Susser, E., & Bresnahan, M. (2001). Origins of epidemiology. *Annals of The New York Academy of Science*, 954, 6-18.
- Susser, M., & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *American Journal of Public Health*, 86, 668-673.
- Sutin, A. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B., & Terracciano, A. (2011). Personality and Obesity across the Adult Lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 579-592.
- Sutton, S. (2004). Determinants of health-related behaviours: Theoretical and methodological issues. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Eds.), *The Sage Handbook of Health Psychology* (pp. 94-126). Sage Publications Inc. London, California, New Delhi.
- Sutton, S. (2005). Stage Theories of Health Behavior. In Conner, M., & Norman, P. (Eds.). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice With Social Cognition Models* (2<sup>nd</sup> ed). (pp223 – 274) Maidenhead: Open University Press
- Swann, C., Carmona, C., Ryan, M., Raynor, M., Barış, E., Dundson, S., Huntley, J., & Kelly, M. P. (2011). *Health systems and health related behaviour change: a review of the primary and secondary evidence*. London: NICE.
- Tanner-Smith, E. E., & Brown, T. N. (2010). Evaluating the Health Belief Model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Social Theory and Health*, 8, 95-125.
- Turnock, B. J. (2001). *Public health: What it is and how it works* (2<sup>nd</sup> ed.). Gaithersburg (MD): Aspen Publishers Inc.
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service. (1979). *Healthy People: The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. Dostupno na: [http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/G/K/\\_nnbbgk.pdf](http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/G/K/_nnbbgk.pdf)

- USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services) (2000). *Healthy People 2010: Understanding and improving health*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- van Achtenberg, T., Huisman-de Waal, G. G., Ketelaar, N. A., Oostendorp, R. A., Jacobs, J. E., & Wollersheim, H. C. (2010). How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behavior change techniques. *Health Promotion International*, 26, 148-162.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of Change. *Homeostasis*, 38, 216-233.
- Velicer, W. F., Fava, J. L., Prochaska, J. O., Abrams, D. B., Emmons, K. M., & Pierce, J. (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*, 24, 401-411.
- Ventura, S. J., Peters, K. D., Martin, J. A., & Maurer, J. D. (1997). Births and deaths: United States, 1996. *Monthly Vital Statistics Report*, 46. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Verlen, B. (2001). Society, action and space: Alternative social geography. *Sociological Review*, 1(2), 26-47.
- Vinck, J., Oldenburg, B., & Von Lengerke, T. (2004). Editorial: Health Psychology and Public Health – Bridging the gap. *Journal of Health Psychology*, 9(1), 5-12.
- Wang, H., Dwyer-Lindgren, L., Lofgren, K. T., Knoll Rajaratnam, J., Marcus, J. R., Levin-Rector, A., Levitz, C., Lopez A. D., & Murray, C. J. L. (2012). Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2071-2094.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 806-820.



- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology, 12*, 324-333.
- Weinstein, N. D., Rothman, A. J., & Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology, 17*, 290-299.
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (1992). A Model of a Precaution Adoption Process: Evidence from Home Radon Testing. *Health Psychology, 11*, 170-180.
- Wing, R. R., Voorhees, C. C. & Hill, D. R. (Eds.) (2000). Maintenance of behavior change in cardiorespiratory risk reduction. *Health Psychology, 19*, 1-90.
- Willett, W. C., Koplan, J. P., Dusenbury, C., Puska, P., & Gaziano, T. (2006). Prevention of Chronic Disease by Means of Diet and Lifestyle Changes. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, & P. Musgrove (Eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*. (2<sup>nd</sup> ed., pp. 833-850). Washington: World Bank.
- Willett, W. C., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Rosner, B., Speizer, F. E., & Hennekens, C. H. (1995). Weight, weight change, and coronary heart disease in women: Risk within the 'normal' weight range. *The Journal of the American Medical Association, 273*, 461-465.
- Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education and Behavior, 27*(5), 591-615.
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: Official Records of the World Health Organization.
- Yarbrough, S. S., & Braden, C. J. (2001). Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast

- cancer screening behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 677-688.
- Yzer, M. C. (2007). Does perceived control moderate attitudinal and normative effects on intention? A review of conceptual and methodological issues. In I. Ajzen, D. Albarracin & R. Hornik (Eds.), *Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach* (pp. 107-123). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Žuljević, D. i Gavrilov-Jerković, V. (2008). Procesi promene mereni upitnikom PCQ – korak bliže ili korak dalje u razumevanju psihoterapijske promene. *Primenjena psihologija*, 1-2, 95-115.
- Žuljević, D., & Gavrilov-Jerković, V. (2011). Strategije prevladavanja stresa u kontekstu teorije osetljivosti na potkrepljenje. *Primenjena psihologija*, 4(1), 35-52.

CIP - Каталогизација у публикацији  
Библиотека Матице српске, Нови Сад

159.913

ГАВРИЛОВ-Јерковић, Весна

Regulacija zdravstvenog ponašanja: socijalno kognitivna  
perspektiva / Vesna Gavrilov-Jerković. - Novi Sad: Futura  
publikacije, 2014 (Novi Sad: Futura publikacije). - 185  
str. : ilustr. ; 21 cm

Tiraž 100. - Bibliografija.

ISBN 978-86-7188-149-4

а) Здравствено понашање  
COBISS.SR-ID 2833 45671



