

Teorijski pristupi u ispitivanju rizičnih zdravstvenih ponašanja

Barbara Kalebić Maglica

Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Sažetak

Ovaj je rad kratak pregled dosadašnjih istraživanja i relevantnih teorijskih pristupa koji se javljaju u području ispitivanja rizičnih zdravstvenih ponašanja. Prikazana su dva široka pristupa: prvi pristup ispituje vezu osobina ličnosti i rizičnih ponašanja, i drugi koji ispituje mehanizme i procese zbog kojih se pojedinci rizično ponašaju. U okviru su drugog pristupa prikazane dvije skupine modela. To su socijalno-kognitivni modeli (socijalno-kognitivna teorija, model uvjerenja vezanih uz zdravlja, teorija motivacije za zaštitom, teorija razložne akcije, teorija planiranog ponašanja) i modeli faza (model procesa usvajanja mjera opreza i transteorijski model promjene ponašanja). Opisan je i model prototipova/spremnosti na rizična ponašanja, koji predstavlja novinu u odnosu na prethodno spomenute modele jer upućuje na važnost socijalnih situacija koje mogu potaknuti pojedinca na rizično ponašanje.

Ključne riječi: rizična zdravstvena ponašanja, osobine ličnosti, socijalno-kognitivni modeli, modeli faza, model prototipova/spremnosti na rizična ponašanja

UVOD

Uzroci i korelati rizičnih zdravstvenih ponašanja

Tijekom posljednjih su dvadesetak godina mnogi istraživači ispitivali psihosocijalne čimbenike koji su povezani s razvojem različitih zdravstvenih problema (Bermudez, 1999). Rizična su zdravstvena ponašanja jedan od čimbenika koji je negativno povezan sa zdravstvenim ishodima.

Naime, rezultati različitih istraživanja pokazuju da se glavni uzroci mortaliteta mogu umanjiti promjenom određenih zdravstvenih ponašanja ili životnog stila

✉ Barbara Kalebić Maglica, Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Omladinska 14, 51000 Rijeka. E-pošta: bkalebic@ffri.hr

Prikazani su rezultati proizašli iz znanstvenog projekta (Osobine ličnosti, emocionalni i socijalni procesi kao odrednice zdravlja – 009-0092660-2658) provedenog uz potporu Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske.

osobe (npr. konzumacija cigareta, tjelovježba i sl.; Bermudez, 1999; Frosch, Dierker, Rose i Waldinger, 2009; Levy, Bales, Lam i Nikolayev, 2006). Međutim, manje se pažnje posvećuje razlozima i mehanizmima koji objašnjavaju zašto ljudi ustraju u rizičnim ponašanjima, čak i kad znaju da ona predstavljaju ozbiljan rizik za njihovo zdravlje.

U literaturi se spominju dva različita pristupa koja pokušavaju objasniti determinante rizičnog ponašanja. Osnovna pretpostavka prvog pristupa jest da su određene osobine ličnosti, stabilni izvori individualnih razlika, ono što predodređuje ili olakšava razvoj i održavanje određenih ponašanja, a drugi je pristup usmjeren na analizu kognitivnih, afektivnih i motivacijskih procesa, koji zajedno sa situacijskim faktorima objašnjavaju koje je ponašanje namjerno, pod kojim okolnostima, kako se ono održava ili mijenja (Bermudez, 1999).

Osobine ličnosti i rizična zdravstvena ponašanja

Neke varijable ličnosti predodređuju pojedince da se ponašaju na način koji može biti opasan za njihovo zdravlje. Identifikacija tih varijabli ličnosti i analiziranje njihove povezanosti s različitim rizičnim ponašanjima pružit će nam informaciju o tome koji su pojedinci ranjivi i na čemu treba raditi kako bi se unaprijedila njihova dobrobit (Markey, Markey, Ericksen i Tinsley, 2006).

U literaturi se navodi veći broj osobina ličnosti koje se povezuju s rizičnim zdravstvenim ponašanjima (npr. samopoštovanje, traženje uzbuđenja, anksioznost, otpornost, BIS-BAS, itd.) (npr. Donohew i sur., 2000; Mitte, 2007; Veselska i sur., 2009; Voigt i sur., 2009). Međutim, najčešće ispitivane varijable ličnosti su one obuhvaćene Eysenckovim i Petofaktorskim modelom ličnosti. Istraživanja uglavnom pokazuju da je ekstraverzija povezana s konzumacijom cigareta (npr. Arai, Hosokawa, Fukao, Izumi i Hisamichi, 1997), alkohola, vožnjom pod utjecajem alkohola (npr. Martsh i Miller, 1997), konzumacijom ilegalnih droga (Sigurdsson i Gudjonsson, 1996) i rizičnim seksualnim ponašanjima (npr. Vollrath, Knoch i Cassano, 1999). Ekstroverti se, prema Eysenckovom modelu ličnosti, rizično ponašaju kako bi postigli željenu razinu uzbuđenja (Vollrath i Torgersen, 2002).

Slični su nalazi dobiveni i za odnos neuroticizma i rizičnih zdravstvenih ponašanja. Naime, dobivena je pozitivna povezanost između neuroticizma i konzumacije cigareta (npr. Kawakami, Takai, Takatsuka i Shimizu, 2000; Vollrath, Knoch i Cassano, 1999), alkohola te rizičnih seksualnih ponašanja (npr. Grau i Ortet, 1999; Vollrath, Knoch i Cassano, 1999). Rizična su zdravstvena ponašanja kod ovih osoba usmjerena ka regulaciji negativnih osjećaja i napetosti koje su posljedica doživljenog stresa (Vollrath i Torgersen, 2002).

Odnos psihoticizma s rizičnim ponašanjima rjeđe je ispitivan, međutim, istraživanja upućuju na pozitivnu povezanost ove osobine ličnosti i konzumacije alkohola (npr. Vollrath, Knoch i Cassano, 1999). Rizična su ponašanja osoba koje

postizu visok rezultat na ljestvici psihoticizma posljedica njihove nekonvencionalnosti i nesocijaliziranosti (Vollrath i Torgersen, 2002).

Što se odnosa dimenzija petofaktorskog modela ličnosti i rizičnih zdravstvenih ponašanja tiče, istraživanja pokazuju da je ekstraverzija također pozitivno povezana s rizičnim i delinkventnim ponašanjima (John, Caspi, Robins, Moffitt i Stouthamer-Loeber, 1994), slično kao i otvorenost za iskustva (Markey, Markey i Tinsley, 2003), dok je neuroticizam pozitivno povezan s psihološkim zdravstvenim problemima poput depresije (Markey, 2002). Ugodnost i savjesnost su negativno povezane s rizičnim i delinkventnim ponašanjima kod adolescenata (John i sur., 1994; Markey, Ericksen, Markey i Tinsley, 2001; Markey, Markey i Tinsley, 2003).

Trost, Herbst, Masters i Costa (2002) nalaze pozitivnu korelaciju između neuroticizma i rizičnoga seksualnog ponašanja, i negativnu između savjesnosti i ugodnosti s tim ponašanjima na uzorku i muških i ženskih sudionika.

Slične nalaze dobivaju i Markey i suradnici (2006) na uzorku djece u dobi od 10 godina. Rezultati toga istraživanja pokazuju da su neuroticizam i introverzija pozitivno, a ugodnost negativno povezani s rizičnim ponašanjima djevojaka mjerenim godinu dana kasnije (konzumacija cigareta, alkohola i marihuane), dok je ekstraverzija pozitivno, a ugodnost negativno povezana s navedenim rizičnim ponašanjima kod mladića (mjerenim godinu dana poslije).

Martin i Sher (1994) nalaze da su neuroticizam, niska savjesnost i ugodnost kod studenata povezani s problemima u konzumaciji alkohola mjerenim tri godine kasnije. Dobivene je rezultate moguće objasniti obrascima ponašanja koji karakteriziraju navedene osobine ličnosti, odnosno moguće je da zbog doživljavanja neugodnih emocionalnih stanja poput anksioznosti, ljutnje, tuge te zbog poteškoća sa suočavanjem u stresnim situacijama mladi u većoj mjeri koriste alkohol (McCrae i Costa, 1999).

S obzirom na navedene rezultate istraživanja možemo zaključiti da su ekstraverzija, otvorenost za iskustva, neuroticizam i psihoticizam pozitivno povezani s rizičnim i delinkventnim ponašanjima, za razliku od ugodnosti i savjesnosti koje su negativno povezane s navedenim ponašanjima.

Istraživanja koja ispituju vezu između dimenzija ličnosti i rizičnih zdravstvenih ponašanja važna su zbog identifikacije individualnih razlika u frekvenciji, intenzitetu i/ili predisponiranosti za razvoj rizičnih ponašanja. Međutim, glavni nedostatak ovakvih istraživanja taj što se koriste različiti konstrukti ličnosti, koji su često nejasni i mjereni različitim mjernim instrumentima, odnosno ljestvice s istim imenom mjere različite koncepte i obrnuto, ljestvice s različitim imenima mjere iste ili slične konstrukte (Smith i Williams, 1992). Kritike usmjerene istraživanjima osobina ličnosti petofaktorskim modelom općenito se odnose na to da su uglavnom ispitivana na odraslim ljudima. Postoji potreba za longitudinalnim istraživanjima koja bi objasnila koje se karakteristike temperamenta iz ranog djetinjstva

manifestiraju u razdoblju adolescencije i odrasle dobi te koje se osobine razvijaju kasnije tijekom života u adolescenciji i odrasloj dobi.

Osim toga, istraživanja osobina ličnosti općenito nedovoljno govore o razlozima zašto se razlike među pojedincima javljaju, npr. zašto pojedinci ne ustraju u nekim ponašanjima za koja su se odlučili ili zašto neki pojedinci odustaju kada se suoče s neuspjehom, dok drugima takve situacije predstavljaju izazov (Bermudez, 1999).

Kognitivni, emocionalni, afektivni i situacijski čimbenici povezani s rizičnim zdravstvenim ponašanjima

Razvijen je veći broj psihosocijalnih teorija ili modela koji pokušavaju predvidjeti, objasniti ili mijenjati zdravstvena ponašanja. U literaturi se najčešće spominju dvije glavne skupine modela. To su socijalno-kognitivni modeli (model uvjerenja vezanih uz zdravlje, teorija motivacije za zaštitom, teorija razložne akcije, teorija planiranog ponašanja) i modeli faza (model procesa usvajanja mjera opreza i transteorijski model promjene ponašanja).

Spomenuti modeli dijele jednu osnovnu hipotezu, a to je da je ljudsko ponašanje u osnovi racionalno i namjerno. Kada se ljudi ponašaju na nov način ili kada modificiraju aktualno ponašanje, oni razvijaju skup kognitivnih, afektivnih i motivacijskih procesa uz pomoć kojih donose odluku hoće li se ponašati na određen način. Jednom kad je odluka donesena, ponašanje sukladno s njom izvodit će se automatski (van der Pligt, 1996).

Socijalno-kognitivni modeli koriste slične koncepte kao i modeli faza, međutim, navedeni se modeli razlikuju s obzirom na to kako organiziraju koncepte. Prema modelima faza promjena ponašanja uključuje kretanje kroz odvojene i kvalitativno različite faze, što nije slučaj za socijalno-kognitivne modele (Weinstein, Rothman i Sutton, 1998).

No, prema svim modelima, odluka o tome hoće li se pojedinac ponašati na određen način ovisi o mogućim smjerovima ponašanja (mogućim izborima), potencijalnim posljedicama povezanim sa svakim mogućim smjerom (potencijalnim posljedicama izabranog ponašanja), dostupnosti resursa da se uspije ili da se izbjegnu posljedice, ravnoteži dobitaka–gubitaka povezanih sa svakom ponašajnom mogućnošću, socijalnom utjecaju i pritisku u smjeru za ili protiv izabranog ponašanja (Gibbons i Gerrard, 1995; Gibbons, Gerrard i McCoy, 1995).

Kognitivni procesi koji se koriste kako bi se analizirala različita ponašanja i njihove posljedice aktiviraju afektivne procese koji moduliraju smjer aktivnosti te izbor ponašanja koje će na kraju biti i prihvaćeno (Gibbons, Gerrard i McCoy, 1995).

Bermudez (1999) je u svom radu pokušao integrirati glavne čimbenike u spomenutim modelima zdravstvenih ponašanja koji objašnjavaju zbog čega ljudi mijenjaju svoje rizično ponašanje i prihvaćaju zaštitno ponašanje. Ljudi će

promijeniti svoje rizično ponašanje i prihvatiti zaštitno ponašanje ako percipiraju da bi mogli patiti od negativnih i ozbiljnih zdravstvenih posljedica nastave li s takvim rizičnim ponašanjem, imaju koristi od takvog zdravlju usmjerenog ponašanja, smatraju da imaju resurse za kontrolu potencijalnih poteškoća i prepreka koje sa sobom nosi takvo ponašanje, ako su suočeni sa socijalnim pritiskom da izdrže u takvom ponašanju i ako su motivirani da udovolje tim pritiscima, imaju informacije o riziku takvog ponašanja i dobitima od alternativnih ponašanja koja aktiviraju pozitivne afektivne odgovore i ako je promjena u ponašanju u skladu s pojedinačnim drugim ciljevima, vrijednostima, životnim projekcijama. Konačno, proces odlučivanja može biti pod utjecajem vanjskih i unutarnjih podražaja koji usmjeravaju pažnju pojedinca na rizike s kojima se suočava i na jednostavnost poduzimanja preventivne aktivnosti.

Socijalno-kognitivni modeli i modeli faza su ispitivani na različitim zdravstvenim ponašanjima poput rizične vožnje, konzumacije cigareta i alkohola, rizičnim seksualnim ponašanjima, programima dnevne tjelesne aktivnosti i slično (Bermudez, 1999).

U daljnjem su tekstu opisani spomenuti modeli koji objašnjavaju mehanizme u podlozi rizičnih zdravstvenih ponašanja.

Socijalno-kognitivni modeli

Socijalno-kognitivna teorija

U okviru se socijalno-kognitivne teorije ponašanje promatra u kontekstu okolinskih događaja i osobnih faktora. Međuzavisnost se između okolinskih događaja, osobnih faktora i ponašanja naziva recipročni determinizam (Bandura, 1986, 1997).

Bandura (1986, 1997) navodi dvije ključne determinante ponašanja: percipiranu samoefikasnost i očekivane ishode. Percipirana se samoefikasnost odnosi na vjerovanje pojedinca da je sposoban izvesti specifično ponašanje kako bi postigao željene ciljeve (npr. "Mogu smanjiti broj cigareta dnevno kako bih na kraju prestao pušiti."), dok se očekivanje ishoda odnosi na percepciju pozitivnih i negativnih posljedica tog ponašanja (npr. "Ako prestanem pušiti, neću više imati bolove u prsima i teško disati, ali mogu se udebljati i biti nervozniji.").

Prihvatanje protektivnih zdravstvenih ponašanja i neuključivanje u rizična zdravstvena ponašanja može biti teško. Ljudima ponekad treba puno vremena da odluče promijeniti svoje ponašanje i teško im je ustrajati u navedenom ponašanju kada se suoče s izazovima. Vjerojatnost da će ljudi prihvatiti protektivna zdravstvena ponašanja (npr. fizička aktivnost) ili promijeniti loše navike (npr. prestati pušiti) ovisi o tri seta kognicija: 1. Percepciji da smo pod rizikom ("Zbog toga što pušim, postoji rizik da dobijem rak pluća."), 2. Očekivanju da će promjena ponašanja smanjiti prijetnju ("Ako prestanem pušiti, smanjit ću rizik od raka

pluća."), 3. Percepciji da je osoba sposobna prihvatiti, odnosno izvesti pozitivno ponašanje ili odustati od rizične navike ("Sposobna sam zauvijek prestati pušiti.").

I očekivani ishodi i samoeфикаsnost imaju važnu ulogu u prihvaćanju protektivnoga zdravstvenog ponašanja, odustajanju od loših navika i ustrajanju u promjeni. U prihvaćanju željenog ponašanja pojedinci prvo oblikuju namjeru te pokušavaju izvesti ponašanje. Očekivani su ishodi važni za određivanje oblika namjere, dok je samoeфикаsnost s druge strane važna i za oblikovanje namjere i za kontrolu zdravstvenog ponašanja (Bandura, 1992; Maddux, 1993; Wallston, 1994). Vjerovanja o eфикаsnosti utječu na namjeru da se promijeni rizično ponašanje, količinu napora koji je uložen za ostvarivanje ciljeva i ustrajanju da se nastavi s ponašanjem unatoč preprekama koje mogu potkopavati motivaciju.

Istraživanja pokazuju da je visoka samoeфикаsnost povezana s boljim zdravstvenim posljedicama, odnosno s uključivanjem u protektivna zdravstvena ponašanja (Bandura, 1997) poput prestanka pušenja, povećanja tjelesne aktivnosti kod pacijenata oboljelih od obstruktivne bolesti pluća, samokontrole boli, konzistentnim korištenjem kondoma (npr. Holman i Lorig, 1992; Wulfert i Wan, 1993). Niska je samoeфикаsnost, s druge strane, povezana s emocijama usmjerenim suočavanjem, poput negiranja i samookrivljavanja (Terry, 1994), kao i anksioznošću, depresijom, psihosomatskim simptomima i općenito negativnom dobrobiti (Bandura, 1997; Holahan i Holahan, 1987; Kavanagh, 1992). Novija istraživanja pokazuju da je samoeфикаsnost povezana s ponašanjima poput kontrole tjelesne težine (Linde, Rothman, Baldwin i Jeffery, 2006), prestanka pušenja (Gwaltney, Metrik, Kahler i Shiffman, 2009; Martinez i sur., 2010), navikama hranjenja (Berman, 2006) i sl. U svim se navedenim istraživanjima samoeфикаsnost pojavljuje kao važan prediktor ispitanih ponašanja. Važnost samoeфикаsnosti, kao i očekivanih ishoda, u predviđanju kako rizičnih zdravstvenih ponašanja, tako i protektivnih zdravstvenih ponašanja široko je prepoznata, pa su ove varijable ključne i u drugim modelima, poput modela uvjerenja vezanih uz zdravlje, teoriji motivacije za zaštitom, transteorijskom modelu promjene. Kritike su ove teorije usmjerene na njezinu kompleksnost, odnosno na nemogućnost testiranja modela u cjelini. Stoga istraživači izabiru jednostavnije modele kako bi razvili ili testirali intervencije usmjerene na zdravstvena ponašanja u kojima često dodaju konstrukt samoeфикаsnosti kao posrednika u odnosu između nekih drugih varijabli i ponašanja. Unatoč navedenim kritikama koncepti socijalno-kognitivne teorije pružaju koristan okvir za objašnjenje i predikciju zdravstvenog ponašanja, kao i za razvijanje intervencijskih programa usmjerenih na promjenu rizičnih ponašanja (Kohler, Grimley i Reynolds, 1999).

Model uvjerenja vezanih uz zdravlje

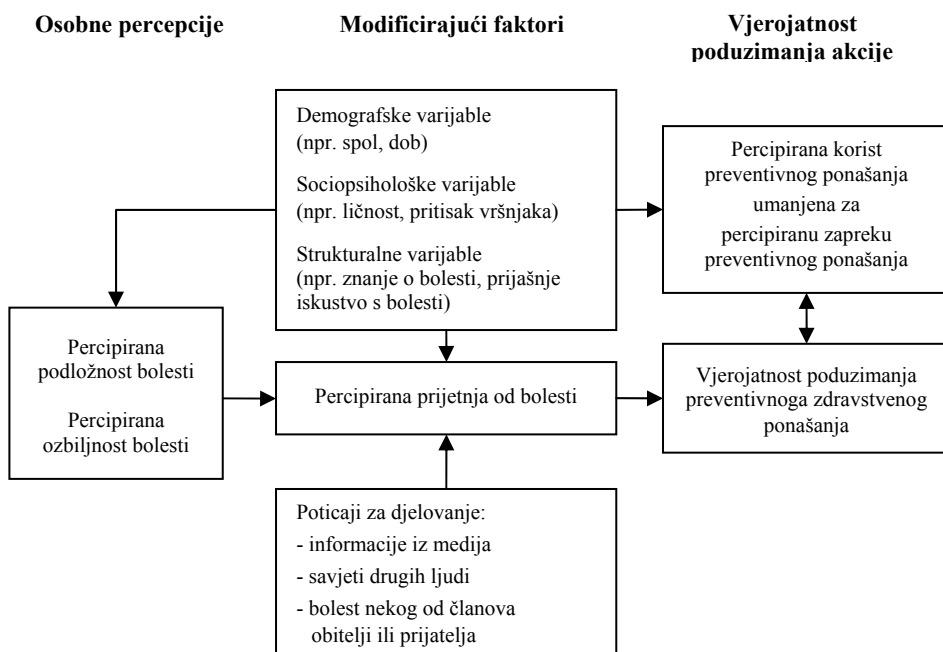
Model uvjerenja vezanih uz zdravlje jedan je od najstarijih socijalno-kognitivnih modela (Mullen, Hersey i Iverson, 1987), a njegova je osnovna

pretpostavka da su zdravstvena ponašanja određena percepcijom prijetnje od nastajanja bolesti ili povrede te analizom prednosti i nedostataka poduzimanja određenog ponašanja (Stanhope i Lancaster, 2000).

Prema modelu uvjerenja vezanih uz zdravlje odluka da se usvoji određeno zdravstveno ponašanje određena je četirima zdravstvenim uvjerenjima: percipiranom podložnošću određenoj bolesti, percipiranoj ozbiljnosti bolesti, percipiranoj koristi i percipiranim gubicima određenih ponašanja (Slika 1.).

Percipirana se podložnost bolesti odnosi na subjektivnu percepciju rizika od obolijevanja, ako se ne poduzmu zaštitne mjere (npr. "Ako ne prestanem pušiti, postoji mogućnost da ću oboljeti od raka."). Percipirana ozbiljnost bolesti je vrednovanje tjelesnih i socijalnih posljedica vezanih uz obolijevanje (npr. "Zbog pušenja teško dišem, boli me u prsima."). Percipirane su koristi definirane kao stupanj u kojem određena zdravstvena preporuka može smanjiti percipiranu podložnost bolesti ili ozbiljnost zdravstvenog rizika ("Ako smanjim broj popušenih cigareta dnevno, smanjit ću i rizik od raka pluća"). Posljednje su zdravstveno uvjerenje percipirane prepreke koje se odnose na negativne aspekte preporučenog ponašanja (npr. "Ako prestanem pušiti, udebljat ću se i bit ću stalno nervozna.") (Sheeran i Abraham, 1996).

Slika 1. Model uvjerenja vezanih uz zdravlje (Raczynski i DiClemente, 1999; Rice, 1998)



Nadalje, modelom se pretpostavlja da je proces donošenja odluke koji uključuje ova zdravstvena uvjerenja, potaknut "znakovima za akciju", koji mogu biti unutarnji (npr. percepcija simptoma – bol u prsima) ili vanjski (npr. kampanja masovnih medija protiv pušenja).

Stupanj u kojem pojedinci vjeruju da im prijeti opasnost po zdravlje i stupanj u kojem percipiraju tu prijetnju kao ozbiljnost odredit će i stupanj njihova uvjerenja o prijetnji vlastitom zdravlju. Pojedinci koji se osjećaju ugroženi tražit će načine na koje će smanjiti prijetnju. Njihova spremnost prihvaćanja preporuka bit će određena analizom nedostataka i dobiti, kojom važu percipirane dobiti preporučene akcije i nedostatke percipiranih prepreka. Ishod ove analize odredit će njihovo uvjerenje u djelotvornost zdravstvenog ponašanja koje im je preporučeno.

Iako je model uvjerenja vezanih uz zdravlje ispitivan na brojnim zdravstvenim ponašanjima, poput zdrave prehrane, tjelesne aktivnosti, samopregleda dojki, kontrole krvnog tlaka i dijabetesa, konzumacije cigareta, rizičnoga seksualnog ponašanja, vožnje pod utjecajem alkohola (npr. Ahmad, Cameron i Stewart, 2005; Elliott, Seals i Jacobson, 2007; Jackson i Aiken, 2006; Kartal i Altug Ozsoy, 2007; Silk i sur., 2006), on ima nekoliko nedostataka (Hewstone i Stroebe, 2001; Raczynski i DiClemente, 1999; Rice, 1998).

Model uvjerenja vezanih uz zdravlje u originalu ne uključuje dvije kognitivne varijable koje su u istraživanjima prepoznate kao glavne odrednice ponašanja (Hewstone i Stroebe, 2001; Raczynski i DiClemente, 1999). To su samoeфикаsnost i ponašajna namjera, koje posreduju između zdravstvenih uvjerenja i zdravstvenog ponašanja. Percipirana samoeфикаsnost i ponašajna namjera tek su kasnije dodane u model (Norman, 1995; Raczynski i DiClemente, 1999). Samoeфикаsnost se odnosi na vjerovanje osobe da je sposobna napraviti neke promjene vezane uz vlastito zdravlje, dok se namjera odnosi na pojedinčevu spremnost da se ponaša na određen način u bliskoj ili daljnjoj budućnosti. Na primjer, osobi koja smatra da nema kapaciteta za poduzimanjem nekoga zdravstvenog ponašanja nedostatak percipirane samoeфикаsnosti bit će barijera za uključivanje u to ponašanje. Ponašajna se namjera u istraživanju koje su proveli Hodgkins i Orbell (1998) pokazala kao važan prediktor samopregleda dojki, kao i kontrole krvnog tlaka (King, 1982).

Glavni nedostatak modela uvjerenja vezanih uz zdravlje je taj što objašnjava malu količinu varijance zdravstvenih ponašanja (Galvin, 2007; Harrison, Mullen i Green, 1992; Sheeran i Abraham, 1996). Osim toga, model ne sadrži pravila koja specificiraju kombinaciju prediktora. Stoga se u većini istraživanja pretpostavlja aditivna kombinacija četiriju uvjerenja. U slučaju prijetnje zdravlju aditivna kombinacija bi se odnosila na to da je prijetnja bolesti funkcija zbroja "percipirane podložnosti" i "percipirane ozbiljnosti". Međutim, zašto bi se netko osjećao ugroženim bolešću, bez obzira na to koliko ozbiljnom, ako je uvjeren da ne postoji ni najmanji rizik da je dobije? Drugo, model se usmjerava samo na zdravstvena uvjerenja. Ipak, mnoga su zdravstvena ponašanja popularna zbog razloga koji nisu

povezani sa zdravljem. Na primjer, ljudi koji redovito vježbaju mogu to činiti zbog druženja s drugim ljudima, prije nego da bi bili zdravi. Osim toga, njihova odluka da vježbaju može biti i rezultat socijalnog pritiska (npr. prijatelja ili partnera), odnosno subjektivnih normi.

Ovaj je model preteča ostalim kognitivnim modelima i ima svoju važnost. Naime, model je specificirao kognitivne odrednice zdravstvenog ponašanja i tako stvorio osnovu za oblikovanje djelotvornih medijskih kampanja. Međutim, najveći propust ovog modela koji se odnosi na nemogućnost određivanja kombinacija kognitivnih varijabli bio je prepoznat kao ozbiljan problem i osnova za razvijanje novih modela.

Teorija motivacije za zaštitom

Izvornu verziju teorije motivacije za zaštitom čini pokušaj da se specificira algebarski odnos između osnovnih komponenti modela uvjerenja vezanih uz zdravlje koje su se uglavnom koristile za razumijevanje utjecaja komunikacijskih poruka koje pobuđuju strah. Te se poruke sastoje od dva dijela: izazivanja straha i preporuke za ponašanjem. Izazivanje straha sadrži informacije o nekoj zdravstvenoj opasnosti i o podložnosti bolesti određenih ciljnih populacija, dok preporučeno ponašanje predlaže zaštitnu akciju koja smanjuje ili otklanja rizik od obolijevanja (Maddux i Roger, 1983).

Motivacija za zaštitom je pobuđena kada su osobe izložene prijetnji zdravlju. Izloženost prijetnji zdravlju pokreće dva procesa procjene, koji potječu iz teorije stresa i suočavanja (Lazarus i Folkman, 1984), i to procjenu prijetnje i procjenu suočavanja, koji dovode ili do adaptivnih ili do neadaptivnih odgovora (Neuwirth, Dunwood i Griffin, 2000). Motivacija za zaštitom se ne može izravno opažati, stoga je u istraživanjima često ispitivana kao ponašajna namjera, koja je važan prediktor ponašanja (Ajzen, 1988).

Značajna prerada teorije motivacije za zaštitom pretvorila ju je u opću teoriju ponašanja pri suočavanju s potencijalnom prijetnjom (Roger, 1983).

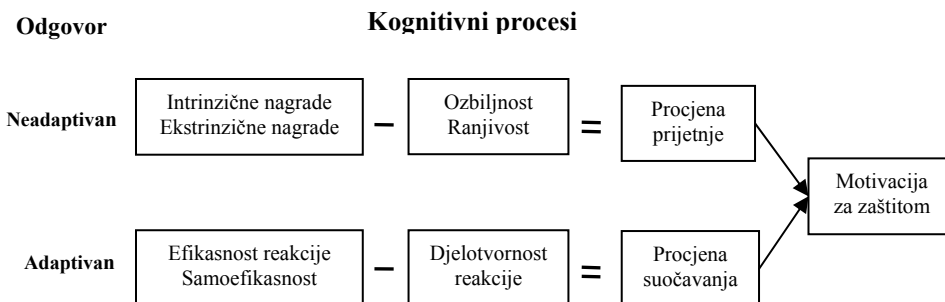
Percepcija se prijetnje sastoji od dva čimbenika: subjektivne vjerojatnosti javljanja štetnog događaja ili ranjivosti i evaluacije događaja (percipirane ozbiljnosti prijetjećeg događaja) (Slika 2.). Odnosno, kod procjene prijetnje pojedinci vrednuju ozbiljnost prijetnje i svoju podložnost opasnosti (npr. "Ako pušim cigarete, postoji velika vjerojatnost da obolim od raka.") te ih važu u odnosu na koristi koje bi imali od neadaptivnih reakcija (npr. "Ako pušim cigarete, neću se udebljati."). Pojedinaac može promijeniti postojeće ponašanje i/ili prihvatiti novo ovisno o prirodi prijetnje (npr. "Bol u prsima zbog pušenja"), vlastitoj percepciji ranjivosti ("Postoji mogućnost da obolim od raka.") te o intrinzičnim (npr. "Osobno zadovoljstvo zbog toga što sam uspjela prestati pušiti.") i ekstrinzičnim (npr. "Odobranje partnera") koristima povezanim s promjenama u ponašanju (Neuwirth, Dunwood i Griffin, 2000).

Prije negoli promijeni vlastito ponašanje, pojedinac mora uvidjeti da je izložen određenim rizicima te da su efekti tih rizika veći od mogućih koristi ako nastavi s postojećim nepoželjnim ponašanjem.

Kada pojedinac opazi prijetnju u situaciji u kojoj postoji strah od obolijevanja, počinje koristiti različite strategije suočavanja kako bi se zaštitio od postojeće prijetnje. Kod procesa suočavanja "cijene" izvođenja preporučenog adaptivnog ponašanja važu se u odnosu na percipiranu djelotvornost preporučenih ponašanja (tj. djelotvornost ponašanja) (npr. "Bit ću nervozna ako prestanem pušiti, ali ću se bolje fizički osjećati."), na percipiranu sposobnost da se izvede preporučeno ponašanje (tj. samoeфикаsnost) (npr. "Imam kapacitete da prestanem pušiti.") i na procjenu gubitaka ("cijene") povezanih s promjenom određenog ponašanja (npr. "Ako prestanem pušiti, udebljat ću se.") (Roger, 1983; Roger i Prentice-Dunn, 1997). Djelotvornost ponašanja i samoeфикаsnost povećavaju vjerojatnost promjene određenog ponašanja, dok procjena gubitaka, u terminima vremena i napora, pokreće resurse potrebne za promjenu ponašanja, smanjujući vjerojatnost pojedinačeva reagiranja na rizik. Odnos je između triju elemenata procesa suočavanja linearan i aditivni (Roger, 1983).

Model također pretpostavlja da kombinacija navedenih čimbenika određuje intenzitet motivacije za zaštitom. Ako bilo koji od ovih čimbenika nije prisutan, ni motivacija za zaštitom neće biti potaknuta.

Slika 2. Teorija motivacije za zaštitom
(Hogg i Vaughan, 2005)



U svojoj reviziji Roger (1983) nije razjasnio pretpostavku o višestrukoj kombinaciji podložnosti, ozbiljnosti i efikasnosti reakcije; umjesto toga je predložio da se čimbenici unutar danog procesa procjene kombiniraju aditivno. Do danas je odnos između različitih varijabli teorije motivacije za zaštitom još uvijek ostao nejasan (Hewstone i Stroebe, 2001).

Teorija motivacije za zaštitom je istraživana unutar širokog raspona različitih ponašanja povezanih sa zdravljem i to, npr. smanjenjem rizika od bolesti srca (Plotnikoff i Higgingsbotham, 1998), samokontrolom dojki (Ruiter, Verplanken,

Kok i Werrij, 2000), smanjenjem rizika od dobivanja raka dojki (Helmes, 2002), korištenjem inzulina kod dijabetičara (Palardy, Greening, Ott, Dolderby i Atchinson, 1998), smanjenjem trgovanja drogama među adolescentima (Wu, Stanton, Li, Galbraith i Cole, 2005).

Mnoga su od tih istraživanja uključivala i eksperimentalnu manipulaciju varijabli teorije motivacije za zaštitom. Rezultati spomenutih istraživanja pokazuju da su ponašajne namjere pozitivno povezane sa samoeфикасношћу, ефикасношћу реакcije, podložnoшћу i озбиљношћу (Hewstone i Stroebe, 2001). Ovaj je obrazac potvrđen u metaanalizi 27 istraživanja teorije motivacije za zaštitom (Milne, Sheeran i Orbell, 2000). Namjera se pokazala kao najsnažniji prediktor zdravstvenih ponašanja. Osim namjere, samoeфикасност i podložnost su također značajni prediktori navedenih ponašanja.

Teorija motivacije za zaštitom je u manjoj mjeri kritizirana za razliku od modela uvjerenja vezanih uz zdravlje. Glavne kritike usmjerene su na pretpostavku da su pojedinci racionalni procesori informacija (iako pretpostavlja da postoji element iracionalnosti u komponenti straha), ne može se primijeniti na habitualna ponašanja (npr. četkanje zuba) te ne uključuje socijalne (npr. što drugi ljudi rade) i okolinske faktore (npr. mogućnost vježbanja ili zdrave prehrane na poslu) koji mogu utjecati na ponašanje (Rogers i Prentice-Dunn, 1997).

Teorija razložne akcije

Zanimanje se socijalnih psihologa, između ostalog, odnosi i na to kako i zašto stavovi utječu na ponašanje, odnosno, kako i zašto vjerovanja ljudi mijenjaju njihovo ponašanje. Prva se istraživanja odnosa stava i ponašanja počinju provoditi u 19. stoljeću, a vežu se uz Charlesa Darwina (Taylor, 2001). Darwin je definirao stavove kao tjelesno izražavanje emocija. Tridesetih godina 20. stoljeća stavovi se definiraju kao emocije i misli koje uključuju i ponašajnu komponentu, koja može biti neverbalno ili verbalno iskazana. Socijalni su psiholozi tog vremena smatrali da stavovi uključuju ponašanje i kogniciju te da su stavovi i ponašanja pozitivno povezani. Gordon Allport (1935; prema Taylor, 2001) je smatrao da je koncept stav–ponašanje višedimenzionalan, a ne jednodimenzionalan, kao što se do tada smatralo. Ta višedimenzionalnost uključuje vjerovanje o objektu stava, osjećajima vezanim uz objekt stava i ponašanjima prema objektu stava. Istraživanja odnosa stav–ponašanje upućuje na to da stavovi nisu dobri prediktori ponašanja (npr. LaPiere, 1934; prema Ajzen i Fishbein, 2005), što je pobudilo sumnju među istraživačima o tome postoji li uopće teorija koja može objasniti odnos između stavova i ponašanja. U tom su okruženju Ajzen i Fishbein 1967. godine oblikovali svoju teoriju razložne akcije, koja je 80-ih godina 20. stoljeća prerađena i proširena (Taylor, 2001; Slika 3.).

Općenito govoreći, ponašanje je pojedinca determinirano njegovim stavovima vezanim uz posljedice određenog ponašanja i mišljenjem socijalne okoline

pojedince. Dakle, ponašanje neke osobe određuje njezina namjera da izvede određeno ponašanje, a namjera je određena stavom prema tom ponašanju i njegovim subjektivnim normama (Ajzen i Fishbein, 1980).

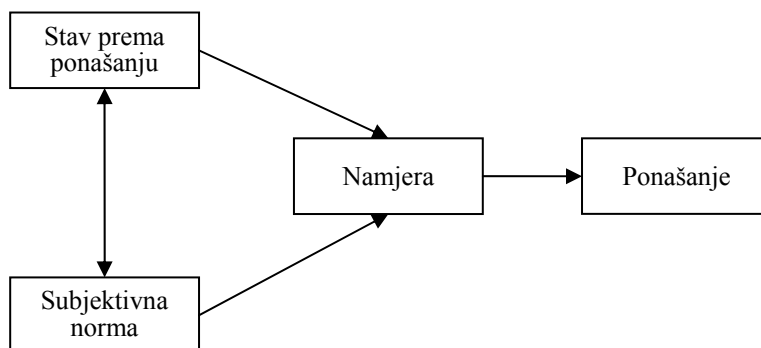
Pretpostavka je teorije razložne akcije da ljudi na sistematičan način koriste dostupne informacije te da je njihovo ponašanje racionalno. Osim toga, ljudi razmatraju posljedice vlastitog ponašanja prije nego li donesu odluku o tome hoće li se uopće uključiti u to ponašanje. Vrijednost je ove teorije i u tome što se može primijeniti na različita ponašanja ljudi (npr. glasovanje za određenoga političkog kandidata, ulazak u rizične seksualne odnose, izostajanje s radnog mjesta i slično) (Taylor, 2001).

Prema teoriji razložne akcije (Ajzen i Fishbein, 1980; Ajzen i Fishbein, 2005), proksimalni je uzrok ponašanja ponašajna namjera, odnosno svjesna odluka pojedinca da se angažira u određenom ponašanju (npr. "Ja zaista želim prestati pušiti."). Dvije glavne odrednice namjera jesu stavovi prema ponašanju i subjektivne norme.

Stav prema ponašanju se definira kao zbroj umnožaka očekivanja i vrijednosti koje ljudi prikupljaju tijekom svog života (npr. "Moji su roditelji pušači."), a svaki se od tih umnožaka sastoji od subjektivne vjerojatnosti (očekivanja) da ponašanje ima određene posljedice pomnožene s vrijednošću pridruženom toj posljedici (npr. "Mislim da je pušenje štetno za moje zdravlje.>").

Subjektivne su norme definirane kao zbroj umnožaka, pri čemu se svaki umnožak sastoji od uvjerenja da značajna druga osoba (roditelji, braća/sestre, prijatelji) misli da se ponašanje treba izvesti i motivacije da se udovolji toj drugoj osobi. Odnosno, subjektivne norme uključuju pojedinčevu percepciju o tome kako članovi obitelji i prijatelji gledaju na posljedice određenog ponašanja (normativna vjerovanja) i stupanj u kojem će pojedinac udovoljiti toj osobi (motivacija da se udovolji toj osobi) (npr. "Kladim se da i moja djevojka želi da prestanem pušiti.>").

Slika 3. Teorija razložne akcije
(Ajzen i Fishbein, 1980)



Teorija razložne akcije je primijenjena u predviđanju širokog raspona ponašanja, npr. korištenja kondoma prilikom seksualnog odnosa, konzumacije cigareta, potrošačkih ponašanja (npr. Albarracin, Johnson, Fishbein i Muellerleile, 2001; Guo i sur., 2007; Hansen, Jensen i Solgaard, 2004), uključujući jednostavne strategije izbora u laboratorijskim igrama, zdravstvenim i potrošačkim ponašanjima (Ajzen i Fishbein, 2005). Rezultati navedenih istraživanja pokazuju da elementi teorije razložne akcije objašnjavaju znatan dio varijance ispitanih ponašanja (u istraživanju Hansena, Jensena, Solgarda (2004) čak i 63% varijance potrošačkog ponašanja) te da su stavovi, subjektivne norme i namjera izravni prediktori ponašanja ili je odnos između stavova/normi i ponašanja posredovan ponašajnom namjerom.

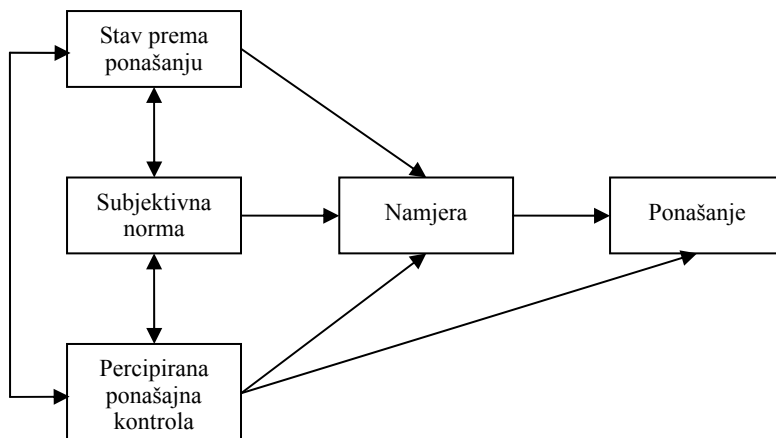
Nedostatak teorije razložne akcije jest taj što se može primijeniti samo na ona ponašanja koja se mogu svjesno sagledati, dok se neracionalne odluke, habitualne aktivnosti ili bilo kakva druga ponašanja koja nisu svjesno razmatrana ne mogu objasniti ovom teorijom.

Teorija planiranog ponašanja

Teorija planiranog ponašanja (Ajzen, 1991) predstavlja proširenje teorije razložne akcije. Naime, Ajzen je dodao jednu novu varijablu, percipiranu ponašajnu kontrolu, uz pomoć koje bi se poboljšalo predviđanje posebice za ona ponašanja nad kojima pojedinac nema potpunu voljnu kontrolu. Prema ovoj teoriji sva ponašanja nisu pod utjecajem svjesne kontrole, odnosno postoji kontinuum na kojem ponašanja variraju od onih nad kojima pojedinac ima potpunu kontrolu, do onih nad kojima nema nikakvu kontrolu (Slika 4.). Koliku će kontrolu pojedinac imati, ovisi o nizu unutarnjih (npr. vještine, sposobnosti, informacije koje pojedinac ima, emocije) i vanjskih čimbenika (npr. situacijski i okolinski čimbenici).

Percipirana je ponašajna kontrola definirana kao očekivana lakoća stvarnog izvođenja namjeravanog ponašanja (npr. "Mislim da će mi biti jako teško prestati pušiti cigarete."). Pojedinci neće imati snažnu namjeru uključiti se u određeno ponašanje ako procjenjuju da nemaju resurse i mogućnosti da ih izvedu, čak i kad imaju pozitivne stavove prema tom ponašanju i znaju da njihovi važni drugi odobravaju to ponašanje. Percipirana ponašajna kontrola određuje ponašanje bilo neizravno (preko utjecaja na ponašajnu namjeru) ili izravno (u stupnju u kojem točno odražava kontrolu nad ponašanjem o kojem je riječ).

Slika 4. Teorija planiranog ponašanja
(Ajzen, 1991)



Koncepti teorije planiranog ponašanja su ispitivani u istraživanjima različitih rizičnih zdravstvenih ponašanja, poput rizičnih seksualnih ponašanja (Rutter, 1989; Terry, Gallois i McCamish, 1993), rizične vožnje (Parker, Manstead i Stradling, 1995) i konzumacije cigareta kod srednjoškolaca (Guo i sur., 2007), donacije krvi (Giles i Cairns, 1995), gubitka težine (Garcia i Mann, 2003; Nejad, Wertheim i Greenwood, 2005), korištenja zaštitnih pojaseva prilikom vožnje (Simsekoglu i Lajunen, 2008). Rezultati navedenih istraživanja pokazuju da je percipirana ponašajna kontrola značajan prediktor varijabli u modelu.

Međutim, treba biti svjestan i problema vezanih uz operacionalizaciju i mjerenje percipirane ponašajne kontrole u različitim istraživanjima (Hogg i Vaughan, 2005). Osim navedenog nedostatka vezanog uz definiranje percipirane ponašajne kontrole, postoje još neki nedostaci teorije planiranog ponašanja.

Jedan je od njih svakako i taj da se čimbenici poput ličnosti i demografskih podataka ne uzimaju u obzir. Pretpostavka da percipirana ponašajna kontrola predviđa aktualnu ponašajnu kontrolu nije uvijek potvrđena. Što je veći protok vremena između ponašajne namjere i ponašanja, manje je vjerojatno da će se to ponašanje i javiti. Osim toga, nedostaju eksperimentalna istraživanja teorije planiranog ponašanja, kao i objašnjenja o tome kako dolazi do promjena u ponašanju. Kao i prethodno, ova teorija ne uzima u obzir ponašanja koja su potpuno iracionalna i nelogična.

Modeli faza

Modeli faza promjene zdravstvenog ponašanja pretpostavljaju da pojedinci prolaze kroz niz faza od donošenja odluke do akcije te da različiti prediktori postaju važni na različitim točkama prijelaza između pojedinih faza. Pretpostavlja se da

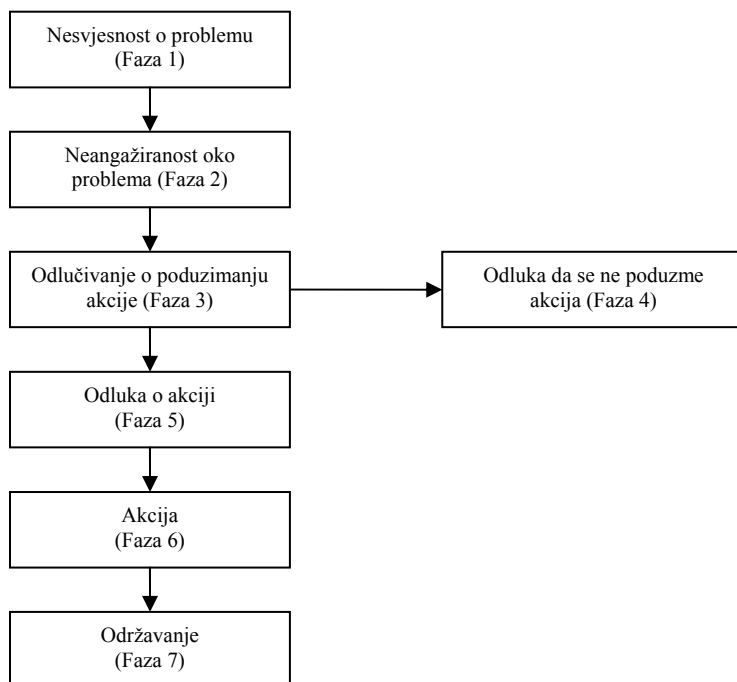
različite faze predstavljaju različite obrasce ponašanja, uvjerenja i doživljaja, a čimbenici koji dovode do prijelaza između faza variraju ovisno o tome o kojoj je fazi riječ (Hewstone i Stroebe, 2001).

U literaturi se najčešće spominju dva modela faza, i to model procesa usvajanja mjera opreza (Weinstein i Sandman, 1992) i transteorijski model promjene ponašanja (Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992).

Model procesa usvajanja mjera opreza

Polazna je točka ovog modela pojedinac koji je u prvoj fazi potpuno nesvjestan bilo kakve zdravstvene prijetnje (npr. "Svakodnevno pušim cigarete, ali ništa mi se strašno neće dogoditi.") (Slika 5.). Pojedinac prelazi u drugu fazu kada postane svjestan određene zdravstvene prijetnje, ali još uvijek nije pretjerano zbog toga zabrinut (npr. "Ponekad me zaboli u plućima i teško dišem, ali to brzo prođe."). Do pomaka u treću fazu dolazi kada dobiva daljnje informacije koje ga upozoravaju da je rizik ozbiljan te da mu je on podložan (npr. "Sve češće me boli u plućima i jako kašljem što mogu biti znakovi ozbiljne bolesti."). U ovoj fazi dolazi do razmatranja odluka: poduzeti ili ne poduzeti akciju (npr. "Da li da prestanem pušiti?"). Ako

Slika 5. Model procesa usvajanja mjera opreza
(Hewstone i Stroebe, 2001)



odluči ne poduzimati akciju, tada proces usvajanja mjera opreza završava, barem za tu određenu vremensku točku (faza četiri). Ako je pojedinac odlučio usvojiti mjere opreza, ulazi u petu fazu (npr. "Odlučio sam prestati pušiti."). Slijedi šesta faza koja se odnosi na pokretanje akcije (npr. "Smanjio sam broj dnevno popušanih cigareta."). Faza sedam predstavlja fazu "održavanja", odnosno promjenu životnog stila te osobe (npr. "Već mjesecima ne pušim cigarete.") (Weinstein i Sandman, 1992).

Prednost je ovog modela u tome što se može primijeniti na ponašanja koja se teško mijenjaju ili kod kojih postoji otpor k promjeni (Weinstein i Sandman, 2002) te zbog toga što objašnjava zašto i kako ljudi svjesno biraju određena ponašanja. Ovaj je model važan i u intervencijskom smislu zbog pretpostavke da će ljudi pozitivnije reagirati na intervenciju kada se ona poklapa sa stadijem u kojem se pojedinac nalazi. Nedostatak je taj što se model ne koristi vrlo često i zbog toga su empirijski dokazi ograničeni na nekolicinu ponašanja. Primjenjivan je na zdravstvenim ponašanjima poput pretjeranog jedenja (Wammes, Kremers, Breedveld i Brug, 2005), konzumiranja zdrave hrane (Lechner, Brug i De Vries, 1997), intervencija s bolesnicima oboljelim od raka crijeva i njihovim obiteljima (Glanz, Steffen i Taglialatela, 2007). Rezultati istraživanja pokazuju da model nije bio pogodan za ponašanja koja zahtijevaju postepenu promjenu, što je još jedan od nedostataka modela procesa usvajanja mjera opreza (Weinstein i Sandman, 2002).

Transteorijski model promjene

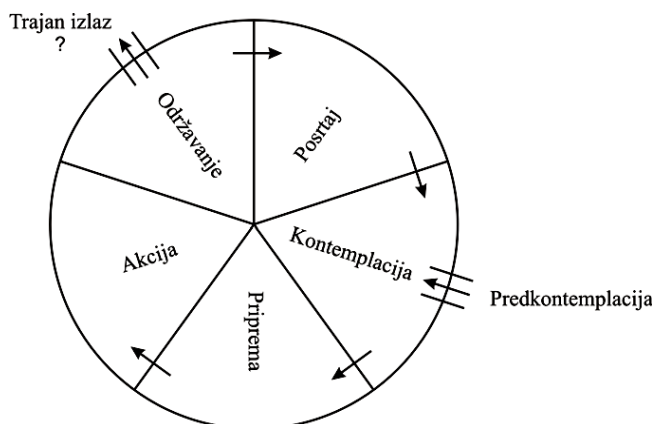
Transteorijski model promjene je jedan od najispitivanijih modela zdravstvenih ponašanja. Radi se o integrativnom modelu koji objašnjava i predviđa kako će i kada osoba promijeniti svoje zdravstveno ponašanje. Osoba će sistematski mijenjati svoju spremnost za prihvaćanje zdravijeg ponašanja ovisno o percepciji ravnoteže između prednosti i nedostataka koje donosi održavanje ponašanja te prednosti i nedostataka koje donosi promjena. Prema transteorijskom modelu promjena ponašanja je proces koji traje određeno vrijeme pri čemu varira stupanj motivacije pojedinca za promjenom (Prochaska i DiClemente, 1983).

Promjene zdravstvenog ponašanja uključuju kretanje kroz pet stadija (Slika 6.). Polazna je točka ovog modela faza predkontemplacije, u kojoj osoba nema namjeru mijenjati svoje neadaptivno ponašanje tijekom idućih šest mjeseci.

U fazi kontemplacije pojedinci shvaćaju da postoje određeni problemi vezani uz njihovo neadaptivno ponašanje te su ga spremni mijenjati tijekom idućih šest mjeseci (npr. "Osjećam bol u prsima zbog pušenja cigareta."). U fazi pripreme ljudi oblikuju namjeru za promjenom. Ova je faza definirana izvještavanjem pojedinca o namjeri promjene tijekom sljedećeg mjeseca i postojanjem barem jednoga neuspjelog pokušaja tijekom protekle godine (npr. "Namjeravam prestati pušiti."). Faza akcije je operacionalizirana uspjehom promjene ponašanja koja je trajala najmanje jedan dan ili najviše šest mjeseci (npr. "Već dva dana nisam zapalila niti

jednu cigaretu."). Faza održavanja je posljednja faza ovog modela i odnosi se na mogućnost pojedinca da održi promjenu više od šest mjeseci (npr. "Već šest mjeseci ne pušim cigarete.") (Prochaska i DiClemente, 1983).

Slika 6. Transteorijski model promjene
(Pokrajac-Bulian i sur., 2005)



U svojoj je osnovi ovaj model cirkularan, a ne linearan. Cirkularan model pretpostavlja da u procesu promjene osobe prolaze kroz stadije od predkontemplacije, preko kontemplacije, pripreme, akcije do održavanja. U tom procesu mnoge osobe "posrću" i vraćaju se na prethodne stadije. Neke osjećaju snažnu krivnju, sram i obeshrabrenost te se vraćaju u stadij predkontemplacije ili se vraćaju na kontemplaciju i počinju s planiranjem novoga pokušaja promjene nastojeći nešto naučiti iz ranijeg iskustva (Prochaska i DiClemente, 1992; Sarkin, Johnson, Prochaska i Prochaska, 2001).

Temelj svakog tretmana jest pripremiti osobu na moguće posrtaje i razraditi plan aktivnosti u slučaju da se oni dogode.

Transteorijski model promjene je provjeravan na brojnim zdravstvenim ponašanjima poput pretilosti (Pokrajac-Bulian, Tkalić, Guina i Štimac, 2005), u odnosu između depresije i prestanka pušenja (Tsoh i Hall, 2004), tjelovježbi, odlasku na mamografiju, konzumaciji alkohola i droga, izlaganju suncu (Raczynski i DiClemente, 1999) te na nekim potrošačkim ponašanjima (Xiao i sur., 2004). Rezultati navedenih istraživanja upućuju na zaključak da je transteorijski model primjenjiv na različita ponašanja i različite populacije što omogućuje visok stupanj generalizacije rezultata. Ovaj nas model, koji objedinjuje različite teorije, usmjerava u pomaganju ljudima kroz bolje razumijevanje, predviđanje i kontrolu njihova ponašanja. Poznavanje stadija u kojemu se nalazi pojedinac pomaže u određivanju najpogodnijeg oblika tretmana, vodi stručnjaka u odluci vezano za

prirodu i vrijeme potrebno za intervenciju te poboljšava razumijevanje motivacije za promjenom kod osoba koje se rizično zdravstveno ponašaju.

Prednost je ovog modela ta što omogućuje sustavnu analizu čimbenika koji utječu na pojedince s obzirom na to kako prelaze iz jedne faze u drugu. Iz ovog se modela mogu izvući dvije važne stvari vezane uz intervencije. Kao prvo, uvjeravanje pojedinca da stvori namjeru za promjenu svog neadaptivnog ponašanja često nije dovoljno; i kao drugo, priroda argumenata se u nagovarajućoj poruci treba podudarati s fazom promjene u kojoj se pojedinac nalazi. U prilog ovim implikacijama idu rezultati istraživanja koja ispituju važnost različitih prediktorskih varijabli (npr. uvjerenja o zdravstvenim ishodima, samoefikasnost) u različitim fazama promjene (npr. Blalock i sur., 1996).

Nedostatak istraživanja koja ispituju varijable modela jest da su ona uglavnom korelacijska što onemogućuje donošenje zaključaka o uzročno-posljedičnim odnosima među ispitivanim varijablama. Spoznaja o uzročno-posljedičnim vezama između varijabli dodatno bi pomogla u oblikovanju preventivskih programa rizičnih ponašanja. Osim toga, u modelu nisu definirani kritični čimbenici koji pokreću ljude iz jednog stadija u drugi, pojedinci ne mogu prijeći iz jednog u drugi stadij a da ne prođu treći, odnosno stadij pripreme u kojem se oblikuje namjera o promijeni ponašanja. Kritika je usmjerena i na to da stadiji nisu kvalitativni, već arbitrarne podkategorije kontinuiranih procesa (Schwarzer, 2008).

Nedostaci socijalno-kognitivnih modela i modela faza

U literaturi se navodi nekoliko nedostataka socijalno-kognitivnih modela, kako na empirijskoj, tako i na teorijskoj razini. Socijalno-kognitivni modeli bolje objašnjavaju varijancu namjere, negoli varijancu ponašanja. Osim toga, ovi modeli pretpostavljaju da se kognitivne i ponašajne promjene javljaju na linearan način i da su sve intervencije pogodne za sve pojedince koji se uključuju u rizična ponašanja, čime se zanemaruju kvalitativne promjene koje se javljaju kod pojedinaca kroz određeno vrijeme. Prema ovim modelima također nije važno je li intervencija usmjerena prema mijenjanju percipirane ranjivosti, percipiranim posljedicama ponašanja ili percipiranoj samoefikasnosti te nije važan njihov redoslijed. Pretpostavka je da se intervencije mogu i simultano provoditi. Osim navedenog, socijalno-kognitivni modeli ne uključuju razinu na kojoj su ciljevi prevedeni u ponašanje, a poznata je činjenica da se ljudi ne ponašaju u skladu sa svojim namjerama (Schwarzer, 2008).

Što se modela faza tiče, i oni imaju određene nedostatke. Transteorijski model promjene je češće korišten, a time je i više kritiziran. Pretpostavka je ovog modela da postoje različiti kvalitativni stadiji, što nužno uključuje da se ljudi ne mogu vraćati u prijašnje faze i da ne mogu prijeći iz jedne u drugu fazu dok ne prođu treću fazu. Weinstein, Rothman i Sutton (1998) smatraju da ideja o postojanju stadija može biti cirkularna; prema ovim autorima stadiji nisu originalno

kvalitativni, već arbitrarne podkategorije kontinuiranih procesa. Pretpostavljeni vremenski okvir za razlikovanje različitih kvalitativnih stadija nije točno određen.

Pretpostavka i socijalno-kognitivnih modela i modela faza jest da je ljudsko ponašanje u osnovi racionalno i namjerno. Ovi se modeli ne usmjeravaju na ponašanja koja su nelogična i neracionalna. Međutim, je li ponašanje uvijek racionalno i dovodi li uvijek ponašajna namjera i do postupaka koji su konzistentni s tom namjerom?

Model prototipova/spremnosti na rizična ponašanja

Većina se modela koji opisuju usklađenost stavova i ponašanja (npr. teorija razložne akcije, teorija planiranog ponašanja, model uvjerenja vezanih uz zdravlje) temelji na pretpostavci da je odluka o tome hoće li se netko uključiti u određeno ponašanje rezultat racionalnog procesa koji je usmjeren određenom cilju i koji prati logičke sekvence, odnosno razmatraju se moguće opcije, evaluiraju se moguće posljedice te se donosi odluka o tome kako će se pojedinac ponašati (Gibbons, Gerrard, Blanton i Russell, 1998). Kao što je već navedeno, ti su se modeli pokazali dobrima u predviđanju ponašanja kao, npr. u provođenju dijete (npr. Schifter i Ajwen, 1985), tjelovježbe (npr. Godin, Valois i Lepage, 1993) i korištenju kondoma (npr. Fisher, Fisher i Rye, 1995). Ako pogledamo o kakvim se ponašanjima radi, vidjet ćemo da su ona namjerna, planirana i logična, odnosno cilju usmjerena (Gibbons, Gerrard, Blanton i Russell, 1998).

Model prototipova/spremnosti na rizična ponašanja (Gibbons i Gerrard, 1995, 1997; Gibbons, Gerrard, Quelette i Burzette, 1998) pokušava objasniti i predvidjeti rizična ponašanja koja nisu logična, racionalna ili socijalno poželjna (npr. vožnja pod utjecajem alkohola /Stacy, Bentler i Flay, 1994/ ili spolni odnos bez zaštite /Gibbons, Gerrard, Blanton i Russell, 1998/), a koja su karakterističnija za mlade ljude (Gibbons, Gerrard i Lane, 2001).

Kada se adolescente pita namjeravaju li se uključiti u rizična ponašanja, oni uglavnom odgovaraju negativno. Moguće je da neki od njih daju lažan iskaz ili žele ostaviti dobar dojam. Međutim, istraživanja pokazuju da se oni ipak uključuju u takva ponašanja (Blanton, Gibbons, Gerard, Conger i Smith, 1997) te da ih velika većina i ponavlja (Johnston, O'Malley i Bachman, 2000).

Za većinu se adolescenta može reći da nemaju namjeru uključiti se u određeno ponašanje, nego se jednostavno nađu u određenoj situaciji u kojoj im se pruža mogućnost da se rizično ponašaju. Dakle, mogu se uključiti u takva ponašanja bez da mnogo razmišljaju ili unaprijed planiraju, što se ne uklapa u modele donošenja odluka koji su prethodno opisani, a koji kažu da su namjere jedini mogući antecedenti ponašanja (Ingham, Woodcock i Stenner, 1992; Kippax i Crawford, 1993).

U okviru se modela prototipova/spremnosti na rizična ponašanja razlikuju dvije vrste rizičnog ponašanja: ono koje je promišljeno i ono koje to nije. Promišljeno

rizično ponašanje uključuje elemente prethodno opisanih teorija, odnosno adolescenti se rizično ponašaju zbog toga što su svjesno donijeli odluku da će tako postupiti. Međutim, postoji i druga vrsta rizičnog ponašanja koja je manje promišljena, a više reaktivna i koja je predmet zanimanja ovog modela (Gibbons, Gerrard i Lane, 2001).

Model se temelji na tri hipoteze. Prva se odnosi na to da su ponašanja adolescenata povezana sa zdravstvenim rizicima voljna, ali često neracionalna i nenamjerna. Ta su ponašanja reakcija na rizične okolnosti u koje adolescenti s vremena na vrijeme ulaze. Druga hipoteza kaže da su zdravstveno rizična ponašanja za adolescente društveni događaji u koje se rijetko upuštaju kada su sami (Nadler i Fisher, 1992). Treća navodi da pojedinci imaju jasne prototipove (socijalne slike) vezane uz rizična ponašanja, a koji utječu na njihovu odluku o uključivanju u navedena ponašanja (Gibbons i Gerrard, 1995; 1997; Gibbons, Gerrard, Blanton i Russell, 1998). Naime, adolescenti sebe uspoređuju s prototipovima putem procesa socijalne usporedbe i što su skloniji uspoređivati se s drugim ljudima, to je veći utjecaj prototipova na njihovo ponašanje. Prototipovi se u okviru ovog modela definiraju kao kognitivne reprezentacije tipične osobe koja je uključena u neko rizično ponašanje poput pušenja cigareta (Gibbons i Eggestone, 1996; Gibbons, Gerrard i Lane, 2001). Većina istraživanja upućuje na povezanost prototipova i rizičnih ponašanja (Blanton i sur., 1997; Gibbons i Gerrard, 1995; Gibbons, Helweg-Larsen i Gerrard, 1995; Gibbons i Eggleston, 1996; Gibbons, Gerrard, Blanton i Russell, 1998; Piko, Bak i Gibbons, 2007; Spijkerman, van den Eijnden i Engels, 2005; Thornton, Gibbons i Gerrard, 2002).

Drugi je centralni element modela spremnost na rizično ponašanje, koje se definira kao otvorenost prema rizičnim situacijama, odnosno kao nedostatak razmišljanja o riziku i mogućim posljedicama rizičnog ponašanja (Gerrard, Gibbons, Benthin i Hessling, 1996; Gibbons, Gerrard, Blanton i Russell, 1998). Gibbons i Gerrard (1995) te i Spijkerman, van den Eijnden, Vitale i Engels (2004) nalaze da je utjecaj socijalnih prototipova na rizično ponašanje velikim dijelom posredovan upravo spremnošću na rizična ponašanja.

Uz prototipove i spremnost na rizična ponašanja u model su još uključeni: iskustvo uključivanja u rizična zdravstvena ponašanja u prošlosti, stavovi, subjektivne norme, ponašajna namjera i socijalna usporedba.

Pretpostavka je ovog modela da su adolescenti uglavnom ambivalentni prema rizičnim ponašanjima; ona su za njih primamljiva i uzbudljiva, s jedne strane, ali i zastrašujuća, s druge, i to zbog mogućih rizika. Postoje razlike među adolescentima u percepciji osobne ranjivosti na moguće negativne posljedice rizičnih ponašanja. Odnosno, neki adolescenti sebe smatraju neranjivima, a drugi ranjivima na moguće negativne posljedice rizičnih ponašanja. Upravo zbog tih razloga stavovi su u ovom modelu operacionalizirani kao percipirana osobna ranjivost na moguće negativne posljedice rizičnih ponašanja (Gibbons, Gerrard i Lane, 2001).

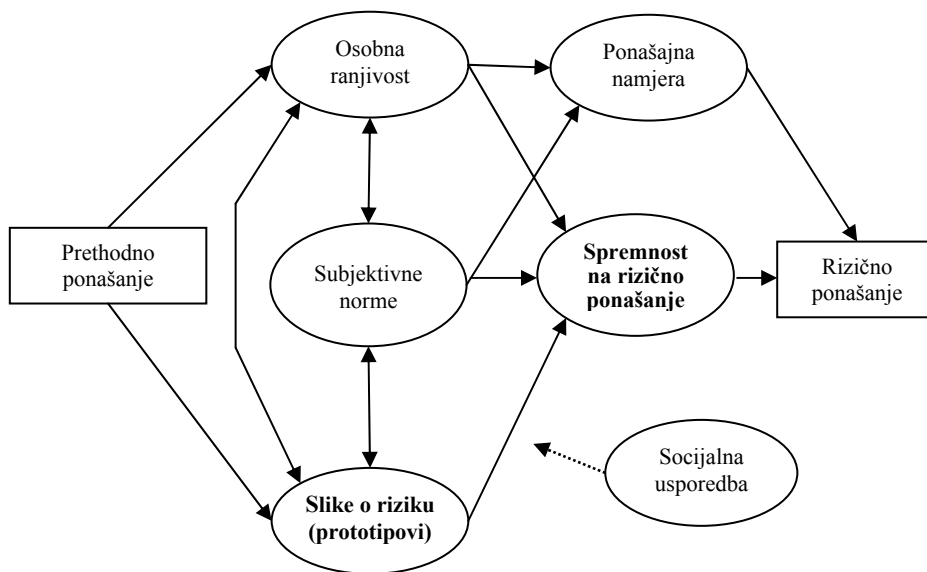
Istraživanja (npr. Gerrard i sur., 1996) pokazuju da su pojedinci najčešće svjesni mogućih negativnih posljedica rizičnih ponašanja, ali da ih to ne sprečava da se uključe u takva ponašanja (npr. "Znam da je pušenje povezano s obolijevanjem od raka pluća, ali ja pušim."). Neka je moguća objašnjenja ponudio Festinger davnih pedesetih godina 20. stoljeća govoreći o kognitivnoj disonanciji. Novija istraživanja upućuju na razloge slične Festingerovima zbog čega ljudi nastavljaju s rizičnim ponašanjima unatoč tome što znaju kakve su moguće negativne posljedice takvih ponašanja. Kao prvo, pojedinci sebe uvjeravaju da se i drugi ljudi rizično ponašaju, i kao drugo, izbjegavaju razmišljati o rizicima povezanim s takvim ponašanjem (Gerrard i sur., 1996).

Subjektivne se norme odnose na percepciju da se osobe bliske adolescentima rizično ponašaju i na to odobravaju li te osobe takvo rizično ponašanje. Obično se adolescenti poistovjećuju s dva najutjecajnije izvora socijalnog utjecaja: s roditeljima i vršnjacima (npr. "Moji prijatelji odobravaju što pušim."). Tako na primjer Blanton i sur. (1997) nalaze da konzumacija alkohola od strane roditelja posredno djeluje na razvoj pozitivnijih prototipova osobe koja konzumira alkohol kod adolescenata, odnosno veća konzumacija alkohola od strane roditelja pozitivno je povezana sa spremnošću adolescenata da se druže s vršnjacima koji konzumiraju alkohol te da uključivanje u takve grupe dovodi do razvoja pozitivnih prototipova vršnjaka koji koristi alkohol.

Ponašajna je namjera za razliku od spremnosti na rizično ponašanje više kognitivna varijabla, a odnosi se na razmatranje i procjenu mogućih posljedica određenog ponašanja i donošenje odluke kako će osoba postupiti (Sheppard, Hartwick i Warshaw, 1988). Dvije su osnovne razlike između ponašajne namjere i spremnosti na rizična ponašanja. Prva se razlika odnosi na različitu količinu namjere za rizičnim ponašanjima koju uključuju ta dva konstrukta, dok se druga razlika odnosi na različitu atribuciju odgovornosti, pri čemu spremnost uključuje manje internalnih atribucija, za razliku od namjere (Pomery i sur., 2005). Longitudinalna istraživanja pokazuju da se spremnost javlja prije ponašajne namjere (Gibbons i sur., 2004).

Istraživanja pokazuju da socijalna usporedba ima važnu ulogu u odluci adolescenata hoće li se ili neće rizično ponašati (Spijkerman, van den Eijnden i Engels, 2005). Naime, prema modelu procjene su prototipova povezane s rizičnim ponašanjem, a posrednik je u tom odnosu upravo proces socijalne usporedbe (Gibbons, Gerrard i Lane, 2001; Slika 7.).

Slika 7. Model prototipova/spremnosti na rizično ponašanje



Model je ispitivan na različitim rizičnim ponašanjima poput nezaštićenog seksualnoga iskustva, rizične vožnje, pušenja cigareta, konzumacije alkohola i droga, vožnje pod utjecajem alkohola (npr. Gibbons i Gerrard, 1995; Gibbons, Gerrard, Blanton i Russell, 1998; Kalebić Maglica, 2009; Litchfield i White, 2006; Quelling, Gerrard, Gibbons i Reis-Bergan, 1999), međutim, on ima i određene nedostatke.

Iako teorijski postoje razlike u definiciji spremnosti i namjere za rizičnim ponašanjima, nalazi različitih istraživanja pokazuju da se ti konstrukti u velikoj mjeri preklapaju (Gibbons, Gerrard, Blanton i Russell, 1998; Kalebić Maglica, 2009). Također, Litchfield i White (2006) smatraju da je spremnost hipotetski konstrukt zbog načina na koji se ispituje. Naime, spremnost se ispituje tako da se adolescentima opiše situacija u kojoj postoji mogućnost rizičnog ponašanja i potom ih se pita koliko su spremni postupati na određen način u toj situaciji, pri čemu ponašanje varira s obzirom na stupanj rizika. Sudionicima se naglašava da ne mora postojati mogućnost da se ikada nađu u takvoj situaciji čime im se odvrća pažnja od misli prema sebi i usmjerava ih se prema kontekstu (Gibbons, Gerrard, Blanton i Russell, 1998) čime se smanjuje njihova osobna odgovornost za ponašanja.

Osim toga, u različitim se istraživanjima dobiva različiti broj dimenzija na upitniku prototipova (npr. Skalle i Rise, 2006) što otežava usporedbu dobivenih rezultata. Također, adolescentima je vrlo teško procijeniti tipičnog vršnjaka koji se

rizično ponaša i često opisuju neke poznate osobe što ne mora odgovarati slici tipičnog vršnjaka, nego taj opis više odgovara specifičnim primjerima (engl. *exemplar*), kod kojih pojedinci pamte specifične karakteristike primjera koji su zaista i susreli (Fiske i Taylor, 1991).

Rezultati brojnih istraživanja upućuju na važnost modela prototipova/spremnosti na rizična ponašanja u poticanju istraživanja i sistematizaciji rezultata istraživanja, ali je to ujedno i model koji je nemoguće testirati u cjelini zbog velikog broja varijabli i složenih odnosa među njima.

Međutim, ono što treba istaknuti kao prednost ovog modela u odnosu na prethodno navedene modele je pretpostavka da rizična ponašanja nisu uvijek planirana i racionalna, već da postoji jedna nenamjerna komponenta koja je uključena u donošenje odluke o uključivanju u rizična ponašanja (Gibbons, Gerrard i Lane, 2001). Odnosno, da je situacija ta koja može potaknuti pojedinca da se rizično ponaša.

ZAKLJUČAK

Na temelju pregleda literature može se zaključiti da postoji velik broj modela koji pokušavaju predvidjeti i objasniti zdravstvena ponašanja. Pretpostavka od koje kreću skoro svi opisani modeli jest da je ljudsko ponašanje racionalno i namjerno, ali koncepti su u različitim teorijama različito organizirani (npr. prema transteorijskom modelu ljudi prolaze kroz određene faze u promjeni svog ponašanja, dok toga nema kod teorije razložne akcije ili modela uvjerenja vezanih uz zdravlje). Model prototipova/spremnosti na razična ponašanja je ponešto drugačiji jer pretpostavlja da se ljudi, pogotovo adolescenti, uključuju u rizična ponašanja bez da to planiraju ili namjeravaju, odnosno socijalna situacija je ta koja ih može navesti da se rizično ponašaju. Koji će od navedenih modela ili određene varijable iz modela istraživači uključiti u svoja istraživanja je stvar procjene istraživača, no pritom svakako valja voditi računa o prednostima i nedostacima modela.

LITERATURA

- Ahmad, F., Cameron J.I. i Stewart D.E. (2005). A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women. *Social Science and Medicine*, 60, 575-586.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organisational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

- Ajzen, I. i Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New York: Prentice Hall, Inc.
- Ajzen, I. i Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. U: D. Allbarracin, B. T. Johnson i M.P. Zanna (Ur.), *Handbook of attitudes* (str. 173-222). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Albarracin, D., Johnson, B.T., Fishbein, M. i Muellerleile, P.A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.
- Arai, Y., Hosokawa, T., Fukao, A., Izumi, Y. i Hisamichi, S. (1997). Smoking behaviour and personality: A population-based study in Japan. *Addiction*, 92, 1023-1033.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. U: R. Schwarzer (Ur.), *Self-efficacy: Thought control of action* (str. 355-394). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Berman, E.S. (2006). The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. *Eating Behavior*, 7, 79-90.
- Bermudez, J. (1999). Personality and health-protective behaviour. *European Journal of Personality*, 13, 83-103.
- Blalock, S., DeVellis, R.F., Giorgino, K.B., Gold, D.T., Dooley, M.A., Anderson, J.J.B. i Smith, S.L. (1996). Osteoporosis prevention in premenopausal women: Using a stage model approach to examine the predictors of behavior. *Health Psychology*, 15, 84-93.
- Blanton, H., Gibbons, F.X., Gerrard, M., Conger, K.J. i Smith, G.E. (1997). The role of family and peers in the development of prototypes associated with substance use. *Journal of Family Psychology*, 11, 271-288.
- Donohew, L., Zimmerman, R., Cupp, P.S., Novak, S., Colon, S. i Abell, R. (2000). Sensation seeking, impulsive decision-making, and risky sex: Implications for risk-taking and design of interventions. *Personality and Individual Differences*, 28, 1079-1091.
- Elliott, J.O., Seals, B.F. i Jacobson, M.P. (2007). Use of the Precaution adoption process model to examine predictors of osteoprotective behavior in epilepsy. *Seizure*, 17, 22-32.
- Fisher, W.A., Fisher, J.D. i Rye, B.J. (1995). Understanding and promoting AIDS-preventive behavior: Insight from the theory of reasoned action. *Health Psychology*, 14, 255-264.
- Fiske, S.T. i Taylor, S.E. (1991). *Social cognition*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Frosch, Z.A.K., Dierker, L.C., Rose, J.C. i Waldinger, R.J. (2009). Smoking trajectories, health, and mortality across the adult lifespan. *Addictive Behaviors*, 34, 701-704.

- Galvin, K.T. (2007). A critical review of the health belief model in relation to cigarette smoking behaviour. *Journal of Clinical Nursing, 1*, 13-18.
- Garcia, K. i Mann, T. (2003). From "I wish" to "I will": Social-cognitive predictors of behavioral intentions. *Journal of Health Psychology, 8*, 347-360.
- Gerrard, M., Gibbons, F.X., Benthin, A.C. i Hessling, R.M. (1996). The reciprocal nature of risk behaviors and cognitions: What you think shapes you do and vice versa. *Health Psychology, 15*, 344-354.
- Gibbons, F.X. i Eggestone, T.J. (1996). Smoker networks and the "typical smoker": A prospective analysis of smoking cessation. *Health Psychology, 15*, 469-476.
- Gibbons, F.X. i Gerrard, M. (1995). Predicting young adults' health risk behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 505-517.
- Gibbons, F.X. i Gerrard, M. (1997). Health images and their effects on health behavior. U: B.P. Buunk i F.X. Gibbons (Ur.), *Health, coping and well-being: Perspectives from social comparison theory* (str. 63-94). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Blanton, H. i Russell, D.W. (1998). Reasoned action and social reaction: Willingness and intention as independent predictors of health risk. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1164-1180.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M. i Lane, D.J. (2001). A social reaction model of adolescent health risk. U: J. Suls i K.A. Wallston (Ur.), *Social psychological foundations of health and illness* (str. 107-136). Malden: Blackwell Publishing.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M. i McCoy, S.B. (1995). Prototype perception predicts (lack of) pregnancy prevention. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*, 85-93.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Quelette, J.A. i Burzette, R. (1998). Cognitive antecedents to adolescent health risk: Discriminating between behavioral intention and behavioral willingness. *Psychology and Health, 13*, 319-339.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Vande Lune, L.S., Willis, T.A., Brody, G. i Conger, R.D. (2004). Context and cognitions: Environmental risk, social influence and adolescent supstant use. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 1048-1061.
- Gibbons, F.X., Helweg-Larsen, M. i Gerrard, M. (1995). Prevalence estimates and adolescent risk behavior: Cross-cultural differences in social influence. *Journal of Applied Psychology, 80*, 107-121.
- Giles, M. i Cairns, E. (1995). Blood donation and Ajzen's theory of planned behavior: An examination of perceived behavioral control. *British Journal of Social Psychology, 34*, 173-188.
- Glanz, K., Steffen, A.D. i Tagliatalata, L.A. (2007). Effects of colon cancer risk counseling for first-degree relatives. *Cancer Epidemiological Biomarkers, 16*, 1485-1491.
- Godin, G., Valois, P. i Lepage, L. (1993). The pattern of influence of perceived behavioral control upon exercising behavior: An applications of Ajzen's theory of planned behavior. *Journal of Behavioral Medicine, 16*, 81-102.

- Grau, E. i Ortet, G. (1999). Personality traits and alcohol consumption in a sample of non-alcoholic women. *Personality and Individual Differences*, 27, 1057-1066.
- Guo, Q., Anderson Johnson, C., Unger, J.B., Lee, L., Xie, B., Chou, C.P. i sur. (2007). Utility of the theory of reasoned action and theory of planned behavior for predicting Chinese adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 1066-1081.
- Gwaltney, C.J., Metrik, J., Kahler, C.W. i Shiffman, S. (2009). Self-efficacy and smoking cessation: A meta-analysis. *Psychological Addiction Behavior*, 23, 56-66.
- Hansen, T., Jensen, J. i Solgaard, H.S. (2004). Predicting online grocery buying intention: A comparison of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior. *International Journal of Information Management*, 24, 539-550.
- Harrison, J.A., Mullen, P.D. i Green, L.W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research*, 7, 107-116.
- Helmes, A.W. (2002). Application of the protection motivation theory to genetic testing for breast cancer risk. *Preventive Medicine*, 35, 453-462.
- Hewstone, M. i Stroebe, W. (2001). *Uvod u socijalnu psihologiju: Europske perspektive*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hodgkins, S. i Orbell, S. (1998). Can protection motivation theory predict behaviour? A longitudinal study of exploring the role of previous behaviour. *Psychology and Health*, 13, 237- 250.
- Hogg, M.A. i Vaughan, G.M. (2005). *Social psychology*. Harlow: Prentice Hall.
- Holahan, C.K. i Holahan, C.J. (1987). Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 42(1), 65-68.
- Holman, H. i Lorig, K. (1992). Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease. U: R. Schwarzer (Ur.), *Self-efficacy: Thought control of action* (str. 305-323). Washington: Hemisphere.
- Ingham, R., Woodcock, A. i Stenner, K. (1992). The limitations of rational decision-making model as applied to young people's sexual behavior. U: P. Aggleton, P. Davies i G. Hart (Ur.), *AIDS: Rights, risk and reason* (str. 163-173). London: The Falmer Press.
- Jackson, K.M. i Aiken, L.S. (2006). Evaluation of a multicomponent appearance-based sun-protective intervention for young women: Uncovering the mechanisms of program efficacy. *Health Psychology*, 25, 34-46.
- John, O.P., Caspi, A., Robins, R.W., Moffitt, T.E. i Stouthamer-Loeber, M. (1994). The "Little Five": Exploring the nomological network of the Five-Factor model of personality in adolescent boys. *Child Development*, 65, 160-178.
- John, O.P. i Srivastava, S. (1999). The big five trait taxonomy: History, measurement and theoretical perspectives. U: L.A. Perwin i O.P. John (Ur.), *Handbook of personality* (str. 102-138). New York: The Guilford Press.

- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. i Bachman, J.G. (2000). *Monitoring the future national survey results on adolescent drug use: Overview of key findings, 1999*. Rockville: National institute on drug use.
- Kalebić Maglica, B. (2009). *Čimbenici rizičnog zdravstvenog ponašanja adolescenata*. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet. Sveučilište u Zagrebu, Zagreb.
- Kartal, A. i Altug Ozsoy, S. (2007). Validity and reliability study of Turkish version of Health belief model scale in diabetic patients. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1447-1458.
- Kavanagh, D.J. (1992). Recent development in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Kawakami, N., Takai, A., Takatsuka, N. i Shimizu, H. (2000). Eysenck's personality and tobacco/nicotine dependence in male ever-smokers in Japan. *Addictive Behaviors*, 25, 585-591.
- King, J. (1982). The impact of patients' perceptions of high blood pressure on attendance at screening. *Social Science and Medicine*, 16, 1079-1091.
- Kippax, S. i Crawford, J. (1993). Flaws in the theory of reasoned action. U: D.J. Terry, C. Gallois i M. McCamish (Ur.), *The theory of reasoned action: Its application to AIDS-preventive behavior* (str. 253-269). Oxford: Pergamon Press.
- Kohler, C.L., Grimley, D. i Reynolds, K. (1999). Theoretical approaches guiding the development and implementation of health promotion programs. U: J.M. Raczynski i R.J. DiClemente (Ur.), *Handbook of health promotion and disease prevention* (str. 23-50). New York: Kluwer Press.
- Lazarus, R.S. i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lechner, L., Brug, J. i De Vries, H. (1997). Misconceptions of fruit and vegetable consumption. *Journal of Nutrition Education*, 29, 313-320.
- Levy, D.T., Bales, S., Lam, N.T. i Nikolayev, L. (2006). The role of public policies in reducing smoking and deaths caused by smoking in Vietnam: Results from the Vietnam tobacco policy simulation model. *Social Science and Medicine*, 62, 1819-1830.
- Linde, J.A., Rothman, A.J., Baldwin, A.S. i Jeffery, R.W. (2006). The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychology*, 25, 282-291.
- Litchfield, R. i White, K.M. (2006). Young adults' willingness and intention to use amphetamines: An application of the theory of reasoned action. *E-Journal of Applied Psychology: Clinical and Social Issues*, 2, 45-51.
- Maddux, J.E. (1993). Social cognitive models of health and exercise behavior: An introduction and review of conceptual issues. *Journal of Applied Sport Psychology*, 5(2), 116-140.

- Maddux, J.E. i Roger, R.W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experience and Social Psychology*, 19, 469-479.
- Markey, C.N. (2002). *A longitudinal examination of personality and pubertal development as predictors of girl's psychological and behavioral health*. Unpublished doctoral dissertation. University of California, Riverside.
- Markey, C.N., Ericksen, A.J., Markey, P.M. i Tinsley, B.J. (2001). Personality and family determinants of preadolescents' participation in health-compromising and health promoting behaviors. *Adolescent and Family Health*, 2, 83-90.
- Markey, C.N., Markey, P.M., Ericksen, A.J. i Tinsley, B.J. (2006). Children's behavioral patterns, the Five-Factor model of personality and risk behaviors. *Personality and Individual Differences*, 41, 1503-1513.
- Markey, C.N., Markey, P.M. i Tinsley, B.J. (2003). Personality, puberty and preadolescent girls' risky behaviors: Examining the predictive value of the five-factor model of personality. *Journal of Research in Personality*, 37, 405-419.
- Martin, E.D. i Sher, K.J. (1994). Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 81-90.
- Martinez, E., Tatum, K.L., Glass, M., Bernath, A., Ferris, D., Reynolds, P. i Schnoll, R.A. (2010). Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addiction Behavior*, 35(2), 175-178.
- Martsh, C.T. i Miller, W.R. (1997). Extraversion predicts heavy drinking in college students. *Personality and Individual Differences*, 23, 153-155.
- McCrae, R.R. i Costa, P.T. (1999). A Five-factor theory of personality. U: L.A. Pervin i O.P. John (Ur.), *Handbook of personality* (str. 139-153). New York: The Guilford Press.
- Milne, S., Sheeran, P. i Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 106-143.
- Mitte, K. (2007). Anxiety and risky decision-making: The role of subjective probability and subjective costs of negative events. *Personality and Individual Differences*, 43, 243-253.
- Mullen, P.D., Hersey, J.C. i Iverson, D.C. (1987). Health behaviour models compared. *Social Science and Medicine*, 24, 973-981.
- Nadler, A. i Fisher, J.D. (1992). Volitional personal change interpersonal environment. U: Y. Klar, J. Fisher, J. Chinsky i A. Nadler (Ur.), *Initiating self changes: Social psychological and clinical perspective* (str. 213-230). New York: Springer-Verlag.
- Nejad, L.M., Wertheim, E.H. i Greenwood, K.M. (2005). Comparison of the health belief model and the theory of planned behaviour in the prediction of dieting and fasting behavior. *E-Journal of Applied Psychology: Social Section*, 1, 63-74.

- Neuwirth, K., Dunwood, S. i Griffin, R.J. (2000). Protection motivation and risk communication. *Risk Analysis*, 20, 721-734.
- Norman, P. (1995). Applying the health belief model to the prediction of attendance at health checks in general practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 461-470.
- Palardy, N., Greening, L., Ott, J., Dolderby, A. i Atchinson, J. (1998). Adolescents' health attitudes and adherence to treatment for insulin dependent diabetes mellitus. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 31-37.
- Parker, D., Manstead, A.S. i Stradling, S.G. (1995). Extending the theory of planned behaviour: The role of personal norm. *British Journal of Social Psychology*, 42, 127-137.
- Piko, B.F., Bak, J. i Gibbons, F.X. (2007). Prototype perception and smoking: Are negative or positive social images more important in a adolescence? *Addictive Behaviors*, 32, 1728-1732.
- Plotnikoff, R.C. i Higgingbotham, N. (1998). Protection motivation theory and the prediction of exercise and low-fat diet behaviors among Australian cardiac patients. *Psychology and Health*, 13, 411-429.
- Pokrajac-Bulian, A., Tkalčić, M., Guina, T. i Štimac, D. (2005). Primjena transteorijskog modela u ispitivanju procesa promjene u pretilih osoba. *Psihologijske teme*, 14, 29-40.
- Pomery, E.A., Gibbons, F.X., Gerrard, M., Cleveland, M.J., Brody, G.H. i Willis, T.A. (2005). Families and risk: Prospective analysis of familial and social influences on adolescent substance use. *Journal of Family Psychology*, 19, 560-570.
- Prochaska, J.O. i DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self changes of smoking: Toward an interesting model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J.O. i DiClemente, C.C. (1992). The transtheoretical model of change. U: J.C. Norcross i M.R. Goldfried (Ur.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. i Norcross, J.C. (1992). In search how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Quellette, J.A., Gerrard, M., Gibbons, F.X. i Reis-Bergan, M. (1999). Parents, peers and prototypes: Antecedents of adolescent alcohol expectancies, alcohol consumption and alcohol-related life problems. *Psychology of Addictive Behavior*, 13, 187-197.
- Raczynski, J.M. i DiClemente, R.J. (1999). *Handbook of health promotion and disease prevention*. New York: Springer.
- Rice, P.L. (1998). *Health psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Roger, R.W. (1983). Cognitive and psychological process in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. U: J. Cacioppo i R. Petty (Ur.), *Social psychophysiology* (str. 153-176). New York: Guilford Press.

- Roger, R.W. i Prentice-Dunn, S. (1997). Protection motivation theory. U: D.S. Gochman (Ur.), *Handbook of health behavior research* (str. 113-132). New York: Plenum.
- Ruiter, R.A.C., Verplanken, B., Kok, G. i Werrij, M.Q. (2000). The role of coping appraisal in reactions to fear appeals: Do we need threat information? *Journal of Health Psychology*, 8, 465-474.
- Rutter, M. (1989). Isle of wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.
- Sarkin, J.A., Johnson, S.S., Prochaska, J.O. i Prochaska, J.M. (2001). Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: Validation of stages of change measure. *Preventive Medicine*, 33, 462-469.
- Schifter, D.E. i Ajwn, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 843-851.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57, 1-29.
- Sheeran, P. i Abraham, C. (1996). The health belief model. U: M. Conner i P. Norman (Ur.), *Predicting health behavior* (str. 23-62). Buckingham: Open University Press.
- Sheppard, B.H., Hartwick, J. i 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.
- Sigurdsson, J.F. i Gudjonsson, G.H. (1996). Psychological characteristics of juvenile alcohol and drug users. *Journal of Adolescence*, 19, 121-126.
- Silk, K.J., Bigsby, E., Volkman, J., Kingsley, C., Atkin, C., Ferrara, M. i Goins, L. (2006). Formative research on adolescent and adult perceptions of risk factors for breast cancer. *Social Science and Medicine*, 63, 3124-3136.
- Simsekoglu, O. i Lajunen, T. (2008). Why Turks do not use seat belts? An interview study. *Accident Analysis and Prevention*, 40, 470-478.
- Skalle, S. i Rise, J. (2006). The relationship between smoker and nonsmoker prototypes and smoking status among 14 year old Norwegians. *Addictive Behaviors*, 31, 57-68.
- Smith, T.W. i Williams, P.G. (1992). Personality and health: Advantages and disadvantages of the 5-factor model. *Journal of Personality*, 60, 395-423.
- Spijkerman, R., van den Eijnden, R.J.J.M. i Engels, R.C.M.E. (2005). Self-comparison processes, prototypes and smoking onset among early adolescents. *Preventive Medicine*, 40, 785-794.
- Spijkerman, R., van den Eijnden, R.J.J.M., Vitale, S. i Engels, R.C.M.E. (2004). Explaining adolescents' smoking and drinking behavior: The concept of smoker and drinker prototypes in relation to variables of the theory of planned behavior. *Addictive Behavior*, 29, 1615-1622.

- Stacy, A.W., Bentler, P. i Flay, B.R. (1994). Attitudes and health behavior in diverse populations: Drunk driving, alcohol use, binge eating marijuana use and cigarette use. *Health Psychology, 13*, 73-85.
- Stanhope, M. i Lancaster, J. (2000). *Community public health nursing*. St. Louis: Mosby.
- Taylor, B. (2001). Theory of reasoned action. Preuzeto svibanj, 2007. s www.ciadvertising.org/student_account/fall_01/adv382j/brent/yes.html.
- Terry, D.J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 895-910.
- Terry, D.J., Gallois, C. i McCamish, M. (1993). The theory of reasoned action and health care behavior. U: D. Terry, C. Gallois i M. McCamish (Ur.), *The theory of reasoned action: Its application to AIDS-preventive behavior* (str. 1-27). Oxford: Pergamon Press.
- Thornton, B., Gibbons, F.X. i Gerrard, M. (2002). Risk perception and prototype perception: Independent processes predicting risk behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 986-999.
- Trobst, K.K., Herbst, J.H., Masters, H.K.L. i Costa, P.T. (2002). Personality pathways to unsafe sex: Personality, condom use and HIV risk behaviors. *Journal of Research in Personality, 36*, 117-133.
- Tsoh, J.Y. i Hall, S.M. (2004). Depression and smoking: From the transtheoretical model of change perspective. *Addictive Behaviors, 29*, 801-805.
- van der Pligt, J. (1996). Risk perception and self-protective behavior. *European Psychologist, 1*, 34-43.
- Veselska, S., Madarasova Geckova, S., Orosova, O., Gajdosova, B., van Dijk, J.P. i Reijneveld, S.A. (2009). Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors, 34*, 287-229.
- Voigt, D.V., Dillard, J.P., Braddock, K.H., Anderson, J.W., Sopory, P. i Stephenson, M.T. (2009). Carver and White's (1994) BIS/BAS scales and their relationship to risky health behaviours. *Personality and Individual Differences, 47*, 89-93.
- Vollrath, M., Knoch, D. i Cassano, L. (1999). Personality, risky health behaviour and perceived susceptibility to health risks. *European Journal of Personality, 13*, 39-50.
- Vollrath, M. i Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences, 32*, 1185-1197.
- Wallston, K.A. (1994). Cautious optimism versus cockeyed optimism. *Psychology and Health, 9*, 201-303.
- Wammes, B., Kremers, S., Breedveld, B. i Brug, J. (2005). Correlates of motivation to prevent weight gain: A cross sectional survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2*, 1-8.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J. i Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology, 17*, 290-299.

- Weinstein, N.D. i Sandman, P.M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology, 10*, 25-33.
- Weinstein, N.D. i Sandman, P.M. (2002). The precaution adoption process model and its application. U: R.J. DiClemente, R.A. Crosby i M.C. Kegler (Ur.), *Emerging theories in health promotion practice and research. Strategies for improving public health* (str. 16-39). San Francisco: Jossey-Bass.
- Wu, Y., Stanton, B.F., Li, X., Galbraith, J. i Cole, M.L. (2005). Protection motivation theory and adolescent drug trafficking: Relationship between health motivation and longitudinal risk involvement. *Journal of Pediatric Psychology, 30*, 127-137.
- Wulfert, E. i Wan, C.K. (1993). Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology, 12*, 346-353.
- Xiao, J.J., Newman, B.M., Prochaska, J.M., Leon, B., Bassett, R.L. i Johnson, J.L. (2004). Applying the transtheoretical model of change to consumer debt behavior. *Financial Counseling and Planning, 15*, 1-12.

Theoretical Approaches in the Study of Risky Health Behavior

Abstract

This paper is a summary of relevant theoretical approaches and research that appear in the examination of risky health behaviors. In this paper two major approaches are presented. The first one examines the relationship of personality traits and risky health behaviors, and the other one examines the mechanisms and processes underlying risky health behaviors. In the second approach two groups of models are presented; social cognition models (social cognitive theory, health belief model, protection motivation theory, theory of reasoned action, theory of planned behavior) and two stage models (a model of the precaution adoption process and transtheoretical model). Additionally, The prototype/willingness model of risky health behavior is described. It represents a novelty compared to the previously mentioned models as it indicates the importance of social situations that may encourage an individual to risky acts.

Keywords: risky health behaviors, personality traits, social cognition models, phase models, prototype/willingness model of risky health behaviors

Primljeno: 09.11.2009.