

Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje (HAPA-modell)

TELEKI SZIDALISZ^{1*} – TIRINGER ISTVÁN²

¹ Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Intézet, Pécs

² Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Pécs

(Beérkezett: 2016. szeptember 9., elfogadva: 2017. január 10.)

Az egészségmagatartás alapvető szerepet játszik az egészség-betegség alakulásában, ezért az egészségkárosító viselkedések megváltoztatása az egészségpszichológiai és népegészségügyi kutatások egyik legnagyobb kihívása. A Ralf Schwarzer és kutatócsoportja által kidolgozott az egészségmagatartás szociális-kognitív folyamatmodellje (Health Action Process Approach; HAPA) – továbbfejlesztve és integrálva a korábbi egészségviselkedésekkel kapcsolatos modelleket – hatékonyan alkalmazható számos egészségviselkedés kialakítása, valamint rövid és hosszú távú módosítása érdekében. A legtöbb szociális-kognitív modell a viselkedéses szándék kialakulását hivatott magyarázni és előrejelezni, azonban mind a hétköznapi tapasztalat, mind a kutatási eredmények szerint a kialakított szándék nem minden esetben vezet tényleges viselkedéshez. A modell ezért – az ún. szándék-viselkedés-rés áthidalása érdekében – megkülönbözteti a szándék kialakulása előtti motivációs szakaszt, amely (a korábbi modellekhez hasonlóan) a szándék megformálásához, valamint a kialakulása utáni akarati (volicionális) szakaszt, amely a tényleges egészségviselkedéshez vezet. Az integrációra törekvő HAPA-modell a korábbi klasszikus modellekhez képest nagy hangsúlyt fektet a szándék kialakulása utáni tényezőkre, úgy, mint a cselekvés és az akadályokkal történő megküzdés tervezése, valamint a cselekvés fenntartásához hozzájáruló önszabályozási folyamatok és a specifikusan ezzel kapcsolatos személyes hatékonyság érzése.

Az egészségmagatartás szociális-kognitív folyamatmodelljének érvényességét és gyakorlati alkalmazhatóságát nagyszámú empirikus kutatás eredménye igazolta és támasztotta alá az elmúlt évtizedekben, számos különböző egészségviselkedés vonatkozásában (testmozgás, egészséges táplálkozás, higiénés kézmosási szokások, terápiás adherencia). Jelen tanulmány célja az egészségmagatartás szociális-kognitív folyamatmodelljének bemutatása, valamint a prevenció és rehabilitációs munkában való alkalmazhatóságának felvázolása.

Kulcsszavak: egészségmagatartás, önszabályozás, énhatékonyság, motiváció, HAPA

* Levelező szerző: Teleki Szidalisz, Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Intézet, 7624 Pécs, Ifjúság útja 6. E-mail: telekiszidalisz@gmail.com

1. Bevezetés

Az Európai Unióban és globálisan is a krónikus megbetegedések (mindegyiknek a szív-érrendszeri és a daganatos megbetegedések, a tüdő betegségei, illetve a diabetes mellitus) jelentik messze a leggyakoribb halálokat.¹ E betegségek együtt a megelőzhető korai halálozások 50%-ért felelősek.² Közös pontjuk, hogy kialakulásukban nagy szerepet játszanak az életmóddal összefüggő tényezők: dohányzás, egészségtelen étkezési szokások, mozgásszegény életmód, elégtelen stresszkezelés és túlzott alkoholfogyasztás (Yach, Hawkes, Gould, & Hofman, 2004).

Az egészségpszichológia tudományának egyik kiindulópontja épp ezért, hogy az életmód, a kedvező vagy kedvezőtlen egészségmagatartás alapvető szerepet játszik egészség-betegség alakulásában és változásában (Kulcsár, 2002).

Az elmúlt három évtized egészségpszichológiai kutatásainak egyik fő célkitűzése az volt, hogy azonosítsák, és a gyakorlatban teszteljék azokat a tényezőket, elméleti modelleket és programokat, amelyek a leghatékonyabb módjai lehetnek az egészségmagatartás megváltoztatásának (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

E tanulmány célja az egészségpszichológiai kutatások egy kurrens elméletének, az egészségmagatartás szociális-kognitív folyamatmodelljének (Health Action Process Approach; HAPA³) bemutatása, majd pedig annak a prevenció és rehabilitáció munkájában való alkalmazhatóságának felvázolása. A tanulmány első részében a HAPA-konceptió előzményének tekinthető (Schwarzer, Luszczynska, Ziegelmann, & Scholz, 2008) elméletet, Albert Bandura társas-kognitív modelljét mutatjuk be. Ezen keresztül jutunk el az egészségmagatartás szociális-kognitív folyamatmodelljének ismertetéséhez, amely a korábbi modellek kiegészítésére, továbbfejlesztésére és legfőképpen integrálására törekszik.

2. Bandura szociális-kognitív modellje

Albert Bandura egy olyan integratív elmélet kidolgozására törekedett, amely képes megmagyarázni és előrejelezni azokat a viselkedéses és pszi-

¹ Eurostat, 2016. Letöltve: 2016.03.29-én: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/hu#Az_Eurostat_tov.C3.A1bbi_inform.C3.A1ci.C3.B3i

² World Health Statistics, 2012. Letöltve: 2016. 03. 20-án: www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/

³ A magyar fordítás az elmélet magyarra jobban lefordítható és informatívabb eredeti német elnevezését tükrözi: szociál-kognitív Prozessmodell.

chés változásokat, amelyek a különböző beavatkozások (pl. pszichoterápiás kezelések) következtében fellépnek (Bandura, 1971). Bandura szociális-kognitív modellje (SCT) a reciprok determinizmust hangsúlyozza a személy és környezete interakciójában: az elmélet szerint az emberi viselkedés a személyes (kognitív, affektív és biológiai faktorok; Bandura, 1994), viselkedéses és a környezeti tényezők dinamikus kölcsönhatásának eredménye. A legtöbb külső, környezeti hatás ugyanis a személy egyéni kognitív értékelésétől, értelmezésétől függően befolyásolja a viselkedést, amely aztán visszahat a környezeti folyamatokra, sőt, akár módosíthatja, céljai, képességei szerint választhatja vagy alakíthatja is azokat (Bandura, 1978).

Konceptiója szerint – amelynek alapjául a szociális tanuláselmélet szolgált – az elért (pszichés és viselkedéses) változásokat egyazon közös kognitív mechanizmusok – vikariáló, szimbolikus és önszabályozó folyamatok (Bandura, 1971) – közvetítik, amelyek feltárásával megérthetővé válik bármilyen viselkedésváltozás (Bandura, 1977).

Bandura (1971) szerint a viselkedés kialakulásának három fő összetevője van:

1. *Vikariáló megfigyelés.* Az egyén képes megfigyelni a másik személy viselkedését, valamint annak következményeit. E behelyettesítéses (társas) tapasztalatokon keresztül tanul azokból, így szükségtelenné válik saját, próba-szerencse alapon történő tanulása.

2. *Szimbolizmus képessége.* E magasrendű mentális folyamat lehetővé teszi, hogy az egyén kognitív reprezentációkon keresztül szimbolikusan dolgozza ki az adott probléma legjobb megoldását, még a tényleges cselekvés előtt. Így nincs szükség az összes lehetséges (akár sikertelen) alternatíva egyenkénti viselkedéses megvalósítására, kipróbálására.

3. *Önszabályozás.* A harmadik tényező az egyén önszabályozó hatása, amely a saját viselkedés kontrollálását teszi lehetővé, a környezeti feltételek kezelésén és a saját viselkedés következményeinek irányításán keresztül.⁴

Bandura koncepciójának középpontjában a viselkedéses kontroll áll, az egyén önszabályozó képessége, amelynek egyik fő komponense a személyes hatékonyság, vagy énhatékonyság érzése (Bandura, 1977, 1994). Az énhatékonyság a személy saját viselkedése hatékonyságára vonatkozó szubjektív elvárásait jelenti, a meggyőződést, hogy (akár nehézségek ellenében is) képes a vágyott cél eléréséhez szükséges cselekvések végrehajtására. Minél erősebb az egyén énhatékonyság érzése, annál aktívabbak a megküzdő erőfeszítések (Bandura & Adams, 1977).

⁴ Az önszabályozó folyamatok részletes taglalását ld. a 2. fejezetben.

A személyes hatékonyság érzése Bandura (1977) szerint négy fő forrásból származik. Minél több, az egyén számára hiteles forrásból származó a személyes hatékonyságra vonatkozó információ, annál jelentősebb változások következhetnek be annak szintjében. A hatékonyságérzést legjelentősebben befolyásoló információk a korábbi személyes tapasztalatokból, egyéni teljesítményből származnak. A többszöri pozitív tapasztalatból (sikerből) származó magas személyes hatékonyságérzés az előforduló kudarcok negatív hatását is képes csökkenteni, mi több, a kialakult személyes hatékonyságérzés kiterjed egyéb szituációkra, aktivitásokra is, kompenzálva az esetleges korábbi kudarcélményekből származó alacsony hatékonyságérzést. A személyes hatékonyságérzés egy további forrását a vikariáló tapasztalatok jelentik. A személy megfigyeli, ahogy mások végrehajtanak egy adott (bonyolult, félelemkeltő stb.) cselekvést, anélkül, hogy az bármi averzív következménnyel járna, így önmagára vonatkoztatva növekszik benne a meggyőződés, hogy erőfeszítései növelésével vagy fenntartásával ő is sikert érhet el. A hatékonyságérzés harmadik forrása a verbális meggyőzés, a társak bátorítása, buzdítása, noha ez jóval gyengébb hatással bír az egyén személyes hatékonyság érzésére, hiszen nem feltétlenül autentikus, hacsak nem egyezik az egyén saját tapasztalatával. Végül az egyén aktuális érzelmi, fiziológiai állapota is közvetíthet információt a személyes hatékonyságról. Stresszkelő vagy fenyegető szituációkban, amelyek megemelik az egyén arousal-szintjét, a személy úgy érezheti, hogy sérülékenyebb a stresszel szemben, és kevésbé képes sikeresen megküzdeni a helyzettel. Ugyanakkor, ahogy Bandura és Adams (1977) kiemeli, a különböző forrásokból származó információk között különbséget kell tennünk a szerint, hogy az adott személy hogyan értékeli azokat, milyen egyéni értékelő folyamatokon keresztül dolgozza fel ezen információkat. (Például a saját, korábbi tapasztalatokból származó, személyes hatékonyságra vonatkozó információt befolyásolja, hogy a személy mennyire észlelte nehéznek az adott feladatot, mennyi ideje volt annak végrehajtására, mennyi erőfeszítést kellett tennie a végrehajtásához, stb.)

Az SCT így jóval többet mond annál, minthogy felismeri a társas tényezők és a kognitív mechanizmusok hangsúlyos szerepét a viselkedés alakulásában: többszörös oksági struktúrát feltételez, amelyben a személyes hatékonysággal kapcsolatos meggyőződések a célokkal, kimeneteli elvárásokkal és az észlelt környezeti akadályokkal és serkentőkkel együtt szabályozzák az emberi motivációt, viselkedést és jóllétet (Bandura, 1998).

Az elmélet kiemeli továbbá, hogy nem csak a környezetünk formálja viselkedésünket: a koncepció főleg a személy azon potenciális képességeire fókuszál, amelyek segítségével megválaszthatja, módosíthatja és létrehozhatja azt a környezetet, amely leginkább illeszkedik az általa kitűzött célokhoz (McAlister, Perry, & Parcel, 2008).

A szociális-kognitív teória egy átfogó és megalapozott fogalmi keretet nyújt, amellyel elemezhetővé és megérthetővé válnak az emberi viselkedést és a tanulási folyamatokat befolyásoló tényezők. Ez lehetővé teszi számos egészséggel kapcsolatos viselkedés vizsgálatát is (Bandura, 1998), így az SCT alkalmazása az egészségpszichológiai intervenciók tervezésénél, az egészségmagatartás folyamatának vizsgálatában is indokolt lehet (ld. McAlister és mtsai, 2008).

2.1. A szociális-kognitív elmélet egészségpszichológiai vonatkozásai

Bandura (1994, 2004) szerint az észlelt személyes hatékonyság érzése az a közös útvonal, amelyen keresztül különböző pszichoszociális hatások befolyásolják az egészséggel kapcsolatos viselkedésünket, így a személyes hatékonyságérzés növelésén keresztül valósítható meg egészségmagatartásunk megváltoztatása is (Bandura & Adams, 1977). A személyes hatékonysággal kapcsolatos meggyőződés ugyanis a viselkedésváltoztatás minden alapvető folyamatát befolyásolja: elgondolkodik-e a személy viselkedése megváltoztatásán, milyen szintű változtatásokat tűz célul maga elé, mekkora erőfeszítést tesz ezek végrehajtása érdekében, kitart-e az akadályokkal, nehézségekkel szemben is, hosszabb távon fenntartva ezzel az új magatartásformát (Bandura, 2004). A meggyőződés, ahogy a személy a képességeiről vélekedik, ezen felül befolyásolja azt is, hogyan használja e képességeket. A személyes hatékonyságérzés hiánya ugyanis aláássa a legjobb képességeket is (Bandura, 1998), lehetetlenné téve ezzel a különféle helyzetek hatékony kezelését; felülírva így akár az egészségvédő viselkedéseket, illetve az azok szükségességéről való tudást is (Bandura, 1994).

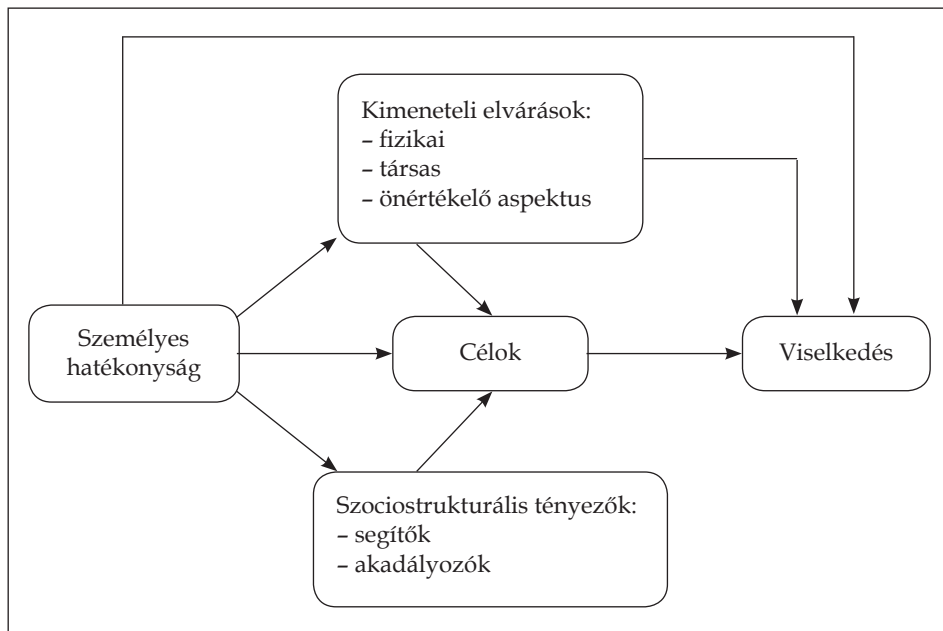
Az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés vonatkozásában a szociális-kognitív megközelítés az egészség társas és személyes tényezőit egyaránt figyelembe veszi (Bandura, 1998, 2004). Egy hatékony viselkedésváltoztatást célzó programnak az alábbi tényezők mindegyikét figyelembe kell vennie, így hatva a szociális-kognitív modell három, egymással reciprok kapcsolatban álló (személyes, viselkedéses és környezeti) tényezőjére (Bandura, 1994).⁵

⁵ Bandura korábbi munkájában (1994) még négy fő komponensről beszélt, ezek azonban nagyrészt megfeleltethetők a későbbi elképzelésnek: (1) információs komponens, (2) társas és önszabályozó készségek, amelyek a viselkedés kivitelezését segítik, (3) személyes hatékonyságérzés és egyéb, a magas kockázatú helyzetekhez való rugalmas alkalmazkodást elősegítő készségek, (4) a társas támogatás igénybevétele és megteremtése a kívánt változtatás érdekében.

1. Az egészséggel kapcsolatos veszélyekről való tudás, a lehetséges megelőző technikákkal, és azok hatékonyságával kapcsolatos ismeret;
2. Az észlelt személyes hatékonyság;
3. A különböző egészségviselkedések hasznához és költségéhez kapcsolódó elvárások;
4. Egészségre vonatkozó célok, valamint azok a tényleges tervek és stratégiák, amelyekkel e célok megvalósíthatóak;
5. A tervezett viselkedés kivitelezését akadályozó és segítő észlelt társas és strukturális tényezők (Bandura, 2004).

Az egészséggel kapcsolatos veszélyeztetettség ismerete (1) teremti meg a változás alapját (Bandura, 1998, 2004). Mindazonáltal, ha a kockázati kommunikáció nem adekvát, a személyt az adott betegségtől való túlzott szorongás visszatarthatja a tényleges cselekvéstől (ld. Lippke, Ziegelmann, & Schwarzer, 2004). Ezért az egészségre vonatkozó üzeneteknek a megelőzés és a megfelelő egészségviselkedés módjaira, lehetőségeire kell fókuszálnia, ezzel segítve a személyt a viselkedés kivitelezésében (Bandura, 1994). Az új viselkedés kialakítása és annak fenntartása során a személyes hatékonyság érzése (2) a kulcstényező. A személynek rendelkeznie kell a meggyőződéssel, hogy képes megváltoztatni és kontrollálni egészségi szokásait (Bandura, 2004), amely meggyőződés kialakulásában fontos szerepet játszik az esetleges visszaesések lehetőségének elfogadása, és az azokból való felépülés tapasztalata is (Bandura, 1994). Az egészségviselkedések felvételét befolyásolják azok az észlelt következmények (3) is, amelyet az egyén cselekvése eredményeként elvár. Az elvárt pozitív következmények ösztönzőleg, a negatív következmények gátlón hatnak a viselkedés kialakítására. Ezek az elvárások lehetnek fizikai jellegűek (kellemes szenzoros élmények, pl. a fizikai öröme, avagy kellemetlenek, mint pl. a fájdalom), szociális természetűek (a társas reakciók, mint a jóváhagyás vagy a rosszállás), és önértékelő folyamatokból származóak (az egyén személyes standardjain alapuló pozitív vagy negatív értékelések az adott viselkedésre vonatkozóan; Bandura, 1998). Az egyén értékrendjén alapuló rövid és hosszú távú célok (4) további ösztönzőkként, avagy gátló tényezőkként hatnak a cselekvésre. Az SCT modellben a célok a motivációs folyamatokkal kölcsönhatásban hatnak a viselkedésre, nem különálló tényezőkként szerepelnek. Az egyén észlelt helyzete a céljai eléréséhez vezető úton így motiválja vagy gátolja a viselkedését (Bandura, 1994). A cselekvést befolyásoló, észlelt segítő és akadályozó tényezők (5) további meghatározói az egészségi szokásoknak. Kiemelendő ezek közül a személyes tényezők szerepe (amelyek integrált részét képezik a személyes hatékonyság érzésének), mint például az aktuális érzelmi, fiziológiai állapot (fáradtság, stressz stb.) hatása (Bandura 1998, 2004).

Ahogy a Bandura szociális-kognitív modelljét összefoglaló 1. ábrán is látható, az észlelt személyes hatékonyság érzése tehát kiemelkedően fontos, ugyanis amellett, hogy közvetlenül hat a(z egészség)viselkedésre, befolyással van a folyamat minden egyéb tényezőjére is, amelyek végül a viselkedéshez vezetnek.



1. ábra. A szociális-kognitív elmélet strukturális modellje
(Bandura, 2004, 146. o. nyomán)

Számos empirikus kutatás eredménye támasztja alá a személyes hatékonyságérzés fontosságát és befolyásoló szerepét mind az egészséggel kapcsolatos viselkedések, mind a tényleges egészségi állapot vonatkozásában (ld. Schwarzer & Fuchs, 1995 összefoglaló tanulmányát). Az eredmények szerint minél erősebb az egyén személyes hatékonyságával kapcsolatos meggyőződése, annál valószínűbb, hogy belekezd egy adott viselkedésbe és a szükséges erőfeszítéssel és kitartással törekszik annak fenntartására.

2.2. A társas-kognitív modellek értékelése

Az elmúlt évtizedekben számos kritika érte a szociális-kognitív modelleket (Urbán, 2001). A fentebb említett szociális-kognitív elméleten túl ide sorolható még – kifejezetten az egészségmagatartásokra vonatkoztatva is – az

Egészséghiedelem modell (Health Belief Model, pl. Janz & Becker, 1984), a Szándékolt cselekvés és a Tervezett cselekvés elmélete (pl. Ajzen, 1991), vagy az Egészséggel kapcsolatos kontrollhely elmélete (Wallston, 1992). A bírálók szerint ezek a modellek az embert alapvetően racionális lénynek tételezik fel, aki mindig szándékai szerint, tudatosan cselekszik, a legésszerűbb választ adva pl. az észlelt kockázatra (Schwarzer, 2001). Nem számolnak a szokás jellegű, rutinszerűen végrehajtott, vagy addiktív jellegű viselkedésekkel, ahogy nem tesznek különbséget az eltérő viselkedésformák között sem (pl. a dohányzásról való leszokás és a szűrővizsgálatok rendszeres látogatása két, minőségében eltérő viselkedésforma), holott ezeket más és más tényezők befolyásolják (Urbán, 2001).

Mindezeken túl, általánosságban elmondható – jelen tanulmány szempontjából kifejezetten releváns kritikaként – hogy a korábbi modellek, amelyek az egészségviselkedések folyamatának bemutatása és értelmezése érdekében a viselkedéses szándék vagy célok kialakítására ható tényezőket vizsgálták (ld. SCT), nem tudnak magyarázatot adni az ún. szándék-viselkedés-rés (intention-behavior gap) problémájára (Sheeran, 2002). Sheeran (2002) érvelése szerint a viselkedésváltozást magyarázni kívánó modellek ugyanis azon a feltevésen alapulnak, hogy egy adott viselkedés közvetlen és legfontosabb előrejelzője a viselkedésre vonatkozó szándék. Noha a szándék és a tényleges viselkedés közötti együttjárás valóban szignifikáns, a mindennapi tapasztalat és kutatási eredmények is igazolják, hogy az emberek nem mindig cselekszenek szándékaik szerint. A szerző 10 korábbi meta-analízis meta-analízisét végezte el (összesen 422 tanulmányt vizsgálva ezzel) és úgy találta, hogy a viselkedésre vonatkozó szándék mindössze 28%-át magyarázza a jövőbeli viselkedés varianciájának (Sheeran, 2002). Hasonlóképp Webb és Sheeran (2006) 47 tanulmány metaanalízise során arra a következtetésre jutottak, hogy közepes vagy nagymértékű növekedés a szándékban mindössze kis- vagy közepes mértékű változáshoz vezet a viselkedésben.

Ennek oka lehet, ha a személy a szándék cselekvésbe való átfordításához érve különböző akadályokba ütközik (ilyen lehet a figyelem elterelődése, az elfelejtés, a megszokások hatása; Schwarzer, 2008), nincs kontrollja az adott cselekvés felett (Sheeran, 2002), vagy nem tudja a szándékait megfelelően átfordítani a cselekvésbe (Hall & Fong, 2007). Ezért a legtöbb esetben a viselkedésre vonatkozó szándék kialakítása nem elégséges a tényleges cselekvés kivitelezéséhez (Sniehotta, Scholz, & Schwarzer, 2005) – ezt a kérdést azonban az egészségmagatartás pszichológiai modelljei ezidáig nem vizsgálták és kizárólag a szándék kialakulásához vezető ún. motivációs szakaszt elemezték (Schwarzer, 2008).

Az egészségmagatartással kapcsolatos modellek esetében további kritikák forrása – részben az előzőekhez kapcsolódóan –, hogy miként vázolják fel a viselkedésváltozás menetét: minőségileg eltérő szakaszokként, vagy folyamatos változásként (Schwarzer, 2008; Schwarzer, Lippke, & Luszczynska, 2011).

A folyamatos modellek (ilyen a bemutatott SCT is) az egyént egy kontinuumon helyezik el aszerint, hogy esetében mekkora a kívánt cselekvés végrehajtásának valószínűsége. A befolyásoló, előrejelző változókat egyetlen folyamat közös elemeiként azonosítják és kombinálják: ehhez mérten az intervenciók célja, hogy előrébb, a cselekvés felé mozdítsák a személyeket ebben a folyamatban (Schwarzer, 2008). Az egészségfejlesztés így az összes, a modellbe beemelt változó kedvező irányú változtatására fókuszál minden személy esetében, anélkül, hogy a beavatkozást az adott csoport vagy populáció adottságaihoz, állapotához szabná (Schwarzer és mtsai, 2011).

Weinstein, Rothman és Sutton (1998) kritikája szerint azonban az adott cselekvés valószínűsége nem írható le egyetlen értékkel (pl. viselkedési szándék), ugyanolyan módon, mindenki esetében. Véleményük szerint minden természetes jelenségnek, így a viselkedésváltozásnak is minőségileg különböző szakaszai vannak.

Az ezen elképzelésre épülő szakaszelméletek, meghaladva a folyamatos modellek gyakorlati korlátait, a változási folyamatot minőségileg különböző szakaszokra bontják (Schwarzer, 2008). Egy-egy szakasz a többitől eltérő kognitív és viselkedési jellemzőkkel bír, mint pl. a szándék egy új viselkedés felvételére vagy a már kialakult új viselkedés fenntartására (Schwarzer és mtsai, 2011). Jellemző példaként szolgálhat a HAPA-konceptió másik előzményének tartott (Schwarzer és mtsai, 2008) Rubikon-modell (Gollwitzer, Heckhausen, & Ratajczak, 1990), amely egy döntés előtti (predecisional) és egy döntés utáni (postdecisional) szakaszt különböztet meg a viselkedésváltoztatás folyamatában.

Weinstein és munkatársai (1998) definícióját követve, a szakaszmodellek szerint:

1. Az egyének a különböző szakaszok egyikébe sorolhatóak, érvényes értékelési eljárások segítségével.
2. A szakaszok meghatározott sorrendben követik egymást (tehát a 3. szakasz közelebb van a kívánt viselkedéshez, mint az 1. és 2. szakasz, valamint a személynek előbb a 2. szakaszba kell lépnie, mielőtt elérné a harmadikat, és végül a kívánt viselkedést).
3. Az egyazon szakaszban lévő személyek jobban hasonlítanak egymáshoz, mint a különböző szakaszokban lévők: ugyanazokkal az akadályokkal néznek szembe és ezek az akadályok minőségileg mások, mint a többi szakaszban.

A szakaszelméletek gyakorlati haszna így egy viszonylag homogén célcsoport kialakításának lehetősége, amely csoport számára így célzott intervenció alakítható ki. A legnépszerűbb ilyen szakaszelmélet a viselkedésváltozás transzteoretikus modellje, a TTM (Prochaska & DiClemente, 1983).

Mind a folyamatos, mind a szakaszelméleteknek megvannak a maguk előnyei és hátrányai. A folyamatos modellek hasznosnak bizonyulnak a viselkedés magyarázatában és előrejelzésében, míg a szakaszelméleteket gyakrabban alkalmazzák intervenciók kialakításában (Schwarzer és mtsai, 2011). Az egészségfejlesztés szempontjából a folyamatmodellek ugyanis túl általánosak, hiszen szükségessé teszik az összes bennük foglalt változó intervencióba való bevonását, anélkül, hogy figyelembe vennék a résztvevők egyes csoportjainak jellegzetes igényeit.

Velicer és Prochaska (2008) a két szemléleti keret egy másfajta megkülönböztetését (is) javasolja, hangsúlyozva ezzel egy további lényegi különbséget a megközelítések között. Schwarzer (2008) folyamatmodell és szakaszmodell elnevezése helyett a viselkedés elméletei (theories of behavior), és a viselkedésváltozás elméletei (theories of behavior change) címkeket javasolják, kiemelve ezzel, hogy míg a folyamatos modellek egy állapot, és az azt felépítő statikus változók leírására fókuszálnak, addig a szakaszmodellek lényege az időbeli dimenzió és azon dinamikus változók megragadása, amelyek lehetővé teszik a viselkedés időbeli változását. Ezért, meglátásuk szerint, a szakaszmodellek szolgáltatathatják a hatékony intervenciók kialakításának alapját (Velicer & Prochaska, 2008).

Mindazonáltal – annak ellenére, hogy mind a kutatásban, mind a gyakorlatban, a szakaszmodellek (különösen a TTM) igen nagy népszerűségnek örvendenek – az empirikus kutatások eredményei nem támasztják egyértelműen alá hatékonyságukat a viselkedés megváltoztatásában. Bridle és munkatársai (2005) 20 kutatás meta-análízisét végezték el, amelyek a transzteoretikus modellen alapuló intervenciók hatékonyságát hasonlították össze nem-szakaszmodellen alapuló intervenciók hatékonyságával, számos különböző egészségviselkedés vonatkozásában (dohányzás, fizikai aktivitás, étrendi változtatások, emlődaganat-szűrés, pszichiátriai betegek terápiás adherenciája, preventív magatartás). Elemzésükben mindössze öt vizsgálat eredménye támasztotta alá a TTM-intervenció szignifikánsan nagyobb hatékonyságát, öt kutatás vegyes eredményekkel zárult, még további 10 kutatásban nem találtak szignifikáns különbséget a különböző intervencióban részt vevő csoportok között. Hasonló eredményre jutottak meta-análízisükben Riemsma és munkatársai (2003) is, akik 23 dohányzásról való leszokást támogató intervenció hatékonyságvizsgálatát vetették össze, és csak korlátozott bizonyítékot találtak (8 kutatásban) a szakaszmodelleken alapuló intervenciók nagyobb hatékonyságára, összehasonlítva a nem-szakaszmodelleken alapuló intervenciók hatékonyságával és a beavatkozást teljesen nélkülöző feltétellel.

A fentebb vázoltakat figyelembe véve, Schwarzer, Lippke és Luszczynska (2011) a két megközelítés integrálásának lehetőségére hívják fel a figyelmet. Meglátásuk szerint a két megközelítés sikeresen és hatékonyan illeszthető össze, ha a kutatók az elméleti vázra folyamatos modellként tekintenek, de a résztvevőket a szakaszos megközelítés alapján bontják csoportokra, amikor intervenció kialakítása a cél.

Ezen integrációt hivatott megvalósítani a berlini Freie Universitätén munkálkodó Ralf Schwarzer és munkacsoportja nevéhez fűződő Health Action Process Approach (Schwarzer és mtsai, 2003) koncepció.

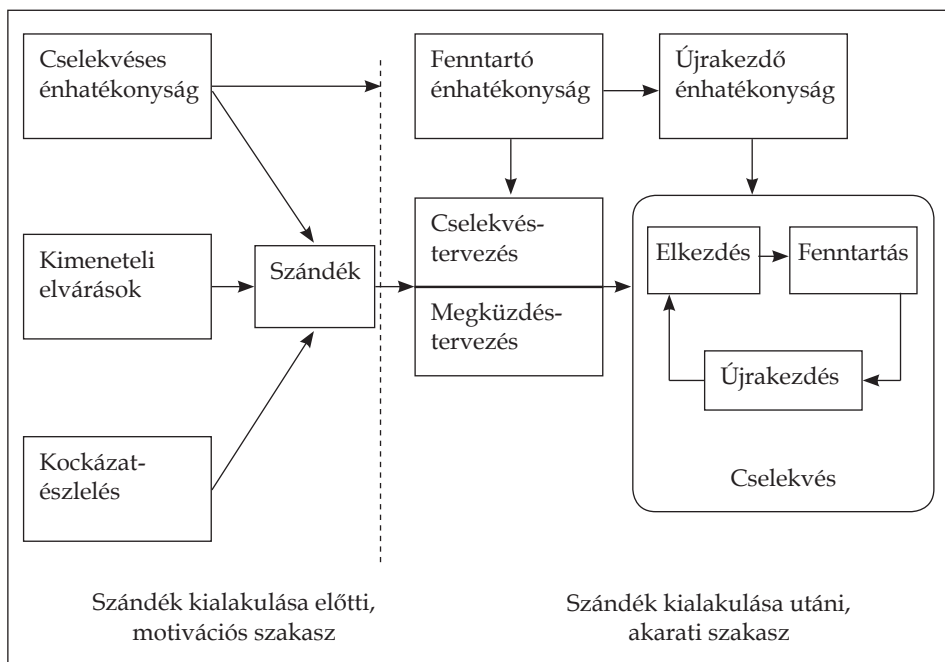
3. Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje

Az egészségmagatartás szociális-kognitív folyamatmodellje (Health Action Process Approach; HAPA) szerint az egészségmagatartás, az életmód megváltoztatása egy olyan önszabályozó folyamat eredménye, amelyben megkülönböztethető egy motivációs és egy akarati (volicionális) szakasz (Schwarzer, 2008, 2011; Schwarzer és mtsai, 2003). E koncepcióban (ld. 2. ábra) a szándék kialakulása előtti motivációs szakasz (a korábbi modellekhez hasonlóan) a szándék megformálásához (goal setting), a szándék kialakulása utáni akarati szakasz pedig a tényleges egészségviselkedéshez (goal pursuit) vezet – meghaladva ezzel a korábbi modellek korlátait (ld. szándék-viselkedés-rés).

A motivációs és az akarati fázist más és más társas-kognitív tényezők jellemzik. Ahogy az egyének egymással alá-fölérendeltségben álló különböző célokkal és különböző értékekkel rendelkeznek, a viselkedésváltoztatást is alá- és fölérendelik egyéb céljaiknak. Az egészségmagatartás jellemzőit, módosításának folyamatát, hangsúlyait emiatt számos faktor befolyásolja – Schwarzer (2011) szerint e tényezőkhez alkalmazkodva kellene kialakítani a személyre szabott intervenciókat, mindenekelőtt az egyén önszabályozó képességére építve (Sniehotta és mtsai, 2005b).

3.1. A szándék kialakulása előtti, motivációs szakasz jellemzői

Mielőtt a szokások megváltoztatásához érne, az egyénnek ki kell alakítania az erre vonatkozó motivációt, az explicit szándékot (Schwarzer, 2001). A HAPA-modell szerint a kezdeti, motivációs szakaszban a kockázat észlelése, a kimeneti elvárások és az észlelt személyes hatékonyság együttesen befolyásolhatja a szándék kialakulását (Sniehotta és mtsai, 2005b). A szándékot az egyénnek egy bizonyos viselkedés végrehajtására vonatkozó döntéseként határozhatjuk meg; motivációként az adott cselekvés kivitelezésé-



2. ábra. Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje (Health Action Process Approach, HAPA; Schwarzer, 2011, 601. o. nyomán)

re, amely magában foglalja a döntés irányát (megtenni valamit vs. nem tenni meg valamit) és az intenzitását is (mennyi időt, erőfeszítést stb. szán a személy a cselekvés végrehajtására). Ekként a szándék kialakítása alapvető feltétele a viselkedés megváltoztatásának (Sheeran, 2002).

Kockázatészlelés

Noha az egészséggel kapcsolatos kockázat észlelése a legalapvetőbb és minimum feltételnek tűnik bármilyen egészségviselkedésre vonatkozó szándék kialakításában (Lippke és mtsai, 2004), a kutatások (pl. Renner & Schwarzer, 2005) eredményei szerint önmagában nem elegendő ahhoz, hogy a személy kialakítsa a viselkedéses szándékot. A személyes veszélyeztetettség felismerése inkább mérlegelésre készíti a személyt és motiválja a változtatásra (így az információátadás valóban hasznos eszköz lehet például dohányzó személyek leszokásra irányuló motivációjának növelésére; Williams, Herzog, & Simmons, 2011), önmagában azonban nem képes jelentős mértékben befolyásolni az aktuális egészségviselkedést (Lippke és mtsai, 2004). Ehhez más szociális-kognitív változók (pl. kimeneteli elvárások és személyes hatékonyságérzés) is szükségesek (Renner & Schwarzer,

2005). Ennek egy lehetséges magyarázataként Schwarzer (2011) kiemeli, hogy az egészségi kockázat általános észlelése („a dohányzás káros”) és a személyes kockázat észlelése („a dohányzással veszélyeztettem az egészségemet”) nagymértékben eltér egymástól. Másokhoz hasonlítva magát, az egyén sokkal kevésbé érzi valószínűnek, hogy a jövőben egészségi problémái lehetnek (ld. még Hahn & Renner, 1998). Alábecsüli a veszélyeztetettséget, de optimista, ha a saját egészségi kockázatot jelentő szokásainak megváltoztatásáról van szó. Ez, a defenzív optimizmus konstruktumához tartozó jelenség – amelyet Weinstein (2003) az ítéletalkotás hibájának vélt, és irreális optimizmusnak nevezett – lehet az egyik oka annak, hogy a kockázateszlelés általában gyenge előrejelzője a viselkedésnek (Schwarzer, 2011).

A megfelelő egészségviselkedés kialakításának egy további akadálya lehet az elhárító mechanizmusok működése (ld. Freud, 1994). A súlyos egészségügyi veszélyeztetettség észlelése szorongást indukálhat a személyben, amelynek kivédésére elhárító mechanizmusok léphetnek működésbe (Haan, 1977; idézi Radnitz és Tiersky, 2007). Ennek hatására gyakori, hogy a személy például tagadja („nincs nekem semmi bajom”), vagy bagatellizálja („reggelente kicsit köhögök, az semmit nem jelent.”) tüneteit, betegségét, esetleg racionalizációval próbálja meg csökkenteni szorongását („nagyapám 50 éven keresztül dohányzott, mégsem lett semmi baja tőle.”).

Kimeneti elvárások

A pozitív kimeneteli elvárások elsősorban akkor fontosak, amikor a személy egy adott viselkedés mellett és ellen szóló érveket mérlegeli (Renner & Schwarzer, 2005). Ehhez, csakúgy, mint a viselkedése szabályozásához is, meg kell értenie a cselekvés és az azt követő eredmények közötti kapcsolatot. Az ehhez kapcsolódó elképzelések a szándék kialakításának legjelentősebb befolyásolói lehetnek (Sniehotta és mtsai, 2005b). Ugyanakkor, ahogy Schwarzer (2001) felhívja a figyelmet, nem szükséges, hogy ezek a pozitív és negatív kimeneteli elvárások expliciten kimondva és értékelve legyenek – sokszor előfordul, hogy érzelmekkel kísért, diffúz mentális reprezentációk formájában léteznek, mégis hozzájárulnak a szándék kialakulásához.

Azonban, ahogy Schwarzer (2011) kiemeli, a kimeneteli elvárások idővel változhatnak. A kogníció és a cselekvés közötti távolság fontos szerepet játszik a döntési folyamatban. Ha például az életmódváltás (több testmozgás és egészségesebb étrend) következményeire gondolunk, a pozitív kimenetel jut nagyobb hangsúlyhoz. Ha azonban a közvetlenül megtapasztalható konzekvenciákra gondolunk, a negatív hatások kerülnek előtérbe. A hosszú távú következményeknél („karcsú maradok és egészségesebb leszek”) a cselekvés mellett szóló érvek dominálnak. Ha azonban az azonnali eredményekre koncentrálunk („kimerült leszek; az édességek csábítóak”), a cse-

lekvés ellen szóló érvek lesznek erősebbek.⁶ Az intervenciók tervezésénél ezért a rövidtávú és pozitív következmények („testmozgás után energikusabbnak érzed magad; a friss gyümölcs igazán jól fog esni”) hangsúlyozása segíthet (Schwarzer, 2011).

Észlelt személyes hatékonyság

Az egyénnek hinnie kell a kívánt viselkedés végrehajtásához szükséges képességeiben. Ez magában foglalja a gondolkodási folyamatok, az érzelmi állapotok, a motiváció, a viselkedés és a változó környezeti feltételek kontrollálásával kapcsolatos személyes hatékonyság érzését (Schwarzer & Luszczynska, 2016). Ezek az énhez kötődő optimista meggyőződések befolyásolják a célokat, amelyeket az egyén kitűz maga elé; az erőfeszítést, amelyet a cselekvés végrehajtásába fektet; és a különböző akadályokkal szembeni kitartást – az észlelt személyes hatékonyság érzése ezért az egészségmagatartás megváltoztatásának minden szakaszában fontos szerepet játszik (Bandura, 2004). Így az énhatékonyság érzése – a pozitív kimeneti elvárásokhoz kapcsolódva (Schwarzer, Luszczynska, Ziegelmann, Scholz, & Lippke, 2008) – a legfontosabb prediktor tényezője a viselkedéses szándéknak (Schwarzer és mtsai, 2003).

A HAPA-konceptió megkülönbözteti a személyes hatékonyságérzés három konstruktumát, amelyek között funkcióbeli különbséget feltételez. Specifikusan a viselkedésváltozás adott szakaszához (és így eltérő specifikus feladatokhoz) kötődnek, így szerepük és működésük módja is más, míg az időbeli sorrendjük kevésbé fontos szempont: elképzelhető, hogy a különböző szakaszra specifikus (pl. a cselekvési és az újrakezdő) énhatékonyság érzések ugyanabban az időszakban jelennek meg (Schwarzer és mtsai, 2008).⁷

A *cselekvési* énhatékonyság (action self-efficacy) a folyamat első szakaszára utal, az újszerű kihívással való találkozás során hangsúlyos, amikor az egyén még nem kezdte el a cselekvést, de a motiváció már erősödik benne.

⁶ Ezen elképzeléshez nagyban hasonlít Hall és Fong (2007) koncepciójának, az önszabályozás időbeli elméletének (Temporal Self-Regulation Theory) „Időbeli értékelés” tényezője. Az elmélet szerint a viselkedéses szándék tényleges cselekvésbe való átfordítását befolyásolja egyebek (pl. az önszabályozó képességek) mellett a személy meggyőződése a jelen viselkedés és következményeinek kapcsolatáról („connectedness beliefs”), illetve a várható pozitív és negatív következmények időbeliségéhez kapcsolódó értékek („temporal valuations”). Ez utóbbi tényező ad magyarázatot arra, hogy a hosszú távon az egészségre kedvező hatást gyakorló viselkedés kivitelezése miért nehezített a jelenben (pl. hajnali kocogás), illetve hogy az egészségre hosszú távon káros, ám a jelenben azonnali haszonnal, jó érzéssel járó viselkedések miért maradnak fenn (pl. dohányzás).

⁷ Megjegyzendő, hogy az énhatékonyság érzés konstruktumainak megkülönböztetése már Marlatt, Baer és Quigley (1995) munkájában is felbukkant, akik az addiktív viselkedések kapcsán a rezisztens (resistance), károsodáscsökkentő (harm-reduction), cselekvéses (action), megküzdő (coping) és újrakezdő (recovery) énhatékonyság koncepciók elkülönítését tartották szükségesnek.

A magas cselekvési énhatékonysággal jellemezhető személy tisztázza a céljait, optimista beállítódás jellemzi (pl. elképzei a sikert), végiggondolja a különböző stratégiák lehetséges következményeit, és nagyobb valószínűséggel kezd bele az új viselkedésbe (Sniehotta és mtsai, 2005a).

Míg a cselekvési énhatékonyságnak a folyamat első szakaszában van jelentős szerepe, a következő két konstruktum a következő szakaszban válik fontossá, így azokat együttesen akarati énhatékonyságként (volitional self-efficacy) címkézi Schwarzer (2008).

A *fenntartó énhatékonyság* (maintenance self-efficacy) a felmerülő akadályokkal történő sikeres megküzdésre vonatkozó kompetenciaérzést jelenti. Egy új egészségviselkedés kialakítása során különböző nehézségek merülhetnek fel, de a fenntartó személyes hatékonyság magasabb értékeivel jellemezhető személy nagyobb erőfeszítéssel, jobb stratégiákkal és hosszabb távú kitartással képes legyőzni az akadályokat (Sniehotta és mtsai, 2005a).

Az *újrakezdő énhatékonyság* (recovery self-efficacy) a kudarc megtapasztalása esetében a visszaesésből történő felépülést segítheti. Akkor jut fontos szerephez, ha egy megszakított cselekvési folyamathoz való visszatérés a cél (Schwarzer & Luszczynska, 2016). A magas újrakezdő énhatékonysággal jellemezhető személyek általában külső okokkal magyarázható, magas kockázatú szituációnak tulajdonítják a visszaesést (belső, stabil vagy kontrollálhatatlan ok helyett,⁸ Schwarzer és mtsai, 2008), megkeresik a visszaesés lehetséges okait, és megpróbálják visszaszerezni a kontrollt a cselekvés felett (Schwarzer, 2008).

Sniehotta és munkatársai (2005a) több mint 300, kardiológiai rehabilitációban részt vevő személy testmozgási szokásait vizsgálva megállapították, hogy az énhatékonyság (a kimeneteli elvárásokkal kiegészülve) a szándék kialakulásának legfontosabb prediktora. Amennyiben ez kiegészül a kockázat észlelésével, a három tényező a szándék kialakulásának 69%-át magyarázza.

3.2. A szándék kialakulása utáni, akarati szakasz jellemzői

A szándék – a viselkedéses cél – kialakítása után, az egyén az akarati szakaszba lép, amikor megpróbálja elérni kitűzött céljait: megtervezi a részleteket, elkezdi a cselekvést, erőfeszítést fejt ki, próbál kitartani; az esetleges kudarc után újrakezd, vagy abbahagyja az adott cselekvést (Schwarzer, 2001). Így azután a folyamat teljes egésze jelentős mértékű önszabályozó erőfeszítést igényel (Sniehotta és mtsai, 2005a).

⁸ Lásd az „absztinencia megszegése hatás” attribúció fogalmát (Marlatt, Baer, & Quigley, 1995, 295. o.)

Az önszabályozás egy összetett, sokrétű folyamat, amely – önmegfigyelő és önértékelő folyamatokra alapozva – lehetővé teszi a viselkedés kontrollálását, módosítását, vagy akár teljes megváltoztatását is, amely így jobban illeszkedhet az egyén értékeihez, céljaihoz (Baumeister & Heatherton, 1996). Az önszabályozást lehetővé tévő egy lehetséges mechanizmus az ún. visszacsatolási hurok (feedback loop) elképzelésen alapszik (Carver & Scheier, 1982). Az elmélet szerint a visszacsatolási hurok alapja egy adott vonatkoztatási érték, egy standard, amit az önszabályozó működés megcélóz (pl. a kívánt viselkedés). A rendszer második eleme – bemenetként – a saját viselkedés és annak következményeinek észlelése. A harmadik elem, a komparátor mechanizmusa pedig újra és újra összehasonlítja a standard értéket (a kitűzött célt) az észlelettel (a jelenlegi viselkedéssel). Amennyiben a kettő között megfelelés van, nem történik változás, az eddigi cselekvés folytatódhat. Amennyiben a kettő eltér egymástól, akkor kimeneti funkcióként az eddigi viselkedés megváltozik, módosul, míg végül összhangba kerül a kitűzött célokkal (a szándékolt viselkedéssel). Ebben a felfogásban a viselkedés tehát tervszerű és célra irányuló, amely cél és a viselkedés összevetése (a visszacsatolás) folyamatosan és megszakítás nélkül (körkörösén) folytatódik mindaddig, amíg a kívánt cél (a viszonyítási érték) és az aktuális viselkedés (az észlelet) azonos nem lesz⁹.

Mivel a szándékolt viselkedés végrehajtásához alapvető, hogy az egyén képes legyen az automatikus, megszokott, ám szándékaival ellentétes válasz helyett a szándékaival megegyező választ adni specifikus környezeti ingerekre (Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schütz, 2005), az önszabályozó erőfeszítések e folyamatban nélkülözhetetlenek. Ilyen önszabályozó stratégiaként funkcionálhat a tervezés (amikor a személy egy viselkedéses választ kapcsol egy specifikus szituációhoz, bizonyos célok elérése érdekében) és a cselekvés kontrollálása (Schwarzer, 2008; Sniehotta és mtsai, 2005b), a figyelem irányítása (különösen akkor, ha a cselekvés végrehajtása közben akadályokkal kerülünk szembe; Luszczynska, Diehl, Gutierrez-Dona, Kuusinen, & Schwarzer, 2004) vagy az önmonitorozás (Sniehotta és mtsai, 2005a).

Tervezés

Az akarati szakasz kezdetén a szándékot mindenekelőtt részletes cselekvési tervbe kell fordítani, amely a kívánt viselkedés végrehajtásának lépéseit, módjait foglalja magában. Egy szándék nagyobb valószínűséggel alakítható cselekvéssé, ha az egyén – mentális reprezentációkon keresztül (Sniehotta

⁹ Önszabályozási folyamatokon alapulnak az egyre elterjedtebb egészséges életmódot támogató okostelefon-applikációk, pl. a lépésszámlálók, melyek folyamatosan monitorozzák és visszajelzik a napi testmozgást, lehetővé téve a kívánatos mozgásszinttel történő összehasonlítást.

és mtsai, 2005a) – megtervezi a cél eléréséhez és a felmerülő akadályok legyőzéséhez szükséges lépéseket (Lippke és mtsai, 2004; Scholz, Sniehotta, Burkert, & Schwarzer, 2007). Így megelőzhetőek a nem megfelelő, spontán, csak az adott szituáció tulajdonságaiból eredő, de a cél eléréséhez alkalmatlan viselkedéses válaszok (Sniehotta és mtsai, 2005b).

A tervek két típusát, a cselekvés- illetve a megküzdéstervezést (action- illetve coping planning) különbözteti meg az elmélet, amelyeket előremutató önszabályozó stratégiaként azonosít (Sniehotta és mtsai, 2005b). Ezek nélkül az egyén próba-szerencse módon próbálná kialakítani a viselkedését, pazarolva ezzel az erőforrásait (Sniehotta és mtsai, 2005c).

Cselekvéstervezés

A cselekvéstervezés – amely Gollwitzer (1999) szándékmegvalósítás fogalmával¹⁰ rokonítható – alapvető szerepet játszik a szándék-viselkedés-rés áthidalásában, részletes választ adva a mikor, hol, hogyan kérdésekre adott cselekvés esetén, az után, hogy a cselekvéses szándék már kialakult (Scholz és mtsai, 2007). Azáltal, hogy a cselekvési tervek a helyzet jellemzőit (mikor, hol) összekapcsolják az előre eltervezett, szándékolt viselkedéssel (hogyan), az adott viselkedés szinte automatikusan, tudatos erőfeszítés nélkül végrehajtható, amikor a releváns helyzeti ingerek megjelennek (Lippke és mtsai, 2004). Mivel azonban a szokásjellegű válaszok, a versengő szándékok, vagy az aktuális elvárások befolyásolhatják a tervek kivitelezését (Sniehotta és mtsai, 2005c), így a szilárd meggyőződés, hogy a személy képes kivitelezni az adott viselkedést (*cselekvési* énhatékonyság) alapvető fontosságú a cselekvés végrehajtásához (Schwarzer, 2001).

Megküzdéstervezés

A megküzdéstervezés az egyén számára kockázatot jelentő, komplex helyzetek (pl. ha valamilyen akadály miatt nem kivitelezhető a tervezett cselekvés) anticipációját és az azokra adható alternatív, megküzdő válaszokat foglalja magában. Sniehotta és munkatársai (2005b) ezért e stratégia akadályokra fókuszáló és mentális szimulációt magában foglaló jellegét emelik ki, mellyel így elkerülhető egy adott kockázati szituációban az automatikus, ám nemkívánatos viselkedés. Mivel a hatékony megküzdő stratégia kialakítása nehézségekbe ütközhet az aktuális kockázati szituációban, és épp ezért

¹⁰ Gollwitzer (1999) elméletében a szándékmegvalósítás (implementation intentions), a célok eléréséhez szükséges viselkedéses válaszok esetén a mikor, hol, hogyan kérdését határozza meg, „ha x szituáció felmerül, y módon válaszolok rá” (494. o.) keretben. Ezzel a személy elkötelezi magát, hogy bizonyos szituációban egy előre eltervezett, specifikus módon válaszoljon, amely így lehetővé teszi és támogatja a kitűzött cél elérését.

gyakran kudarcba is fullad, fontos a megküzdéstervezés előremutató jellegét hangsúlyozni, mellyel az egyén a konkrét válaszokat jövőbeli szituációkra dolgozza ki (Sniehotta és mtsai, 2005c).

A cselekvéstervezést és a megküzdéstervezést tehát két különálló konstruktumként azonosítja az elmélet, amelyek esetében a közvetítő (észlelési, figyelmi és emlékezeti) folyamatok megegyeznek, ám tartalmuk és a céljuk különböző: a cselekvéstervezés a feladatot elősegítő, míg a megküzdéstervezés a figyelem-elterelődést gátló stratégiaként funkcionál (Sniehotta és mtsai, 2005c).

Fenntartás

Egy új viselkedésforma felvétele után a fenntartás feladata kerül a középpontba. A személyes hatékonyság érzése (*fenntartó* énhatékonyság) szükséges ahhoz, hogy a személy képes legyen fenntartani az adott viselkedést, akár a régi szokásokkal, a nehézségekkel, a helyzeti akadályokkal, a figyelmet elterelő hatásokkal szemben is (ld. *megküzdéstervezés*; Schwarzer, 2008, Schwarzer és mtsai, 2003). Ennek kapcsán Schwarzer (2001) kiemeli, hogy a fenntartás nem egyetlen, akaratlagos erőfeszítésen alapuló cselekvés eredménye, sokkal inkább az önszabályozó készségek és stratégiák folyamatos fejlődésén keresztül megvalósuló folyamat: az egyén megtanulja, hogyan alakíthatja saját motivációját és viselkedését (pl. a figyelem fókuszálása a cselekvésre, vagy a negatív érzelmek kezelése) a kialakított viselkedés hosszú távú fenntartása érdekében.

A fenntartás folyamatára ható további fontos tényező a *társas támogatás*: az érzelmi, információs és instrumentális társas támogatást pozitív hatását emeli ki az elmélet (Schwarzer és mtsai, 2011). Az érzelmi támogatás a személy megbecsülését és elfogadását jelenti, akár az esetleges hibái vagy az aktuális nehézségek ellenére is. Az információs támogatás során a személy segítséget, ismereteket kap az adott probléma (pl. egy betegség, vagy egy egészségviselkedés) meghatározásához, megértéséhez, illetve például a lehetséges megoldás módjaival, eszközeivel kapcsolatban. Végül az instrumentális társas támogatás a ténylegesen nyújtott pénzügyi, avagy eszközbeli támogatást, konkrét segítség nyújtását jelentheti (Cohen & Wills, 1985). Amennyiben a támogatás jelen van, az a fenntartást támogató erőforrás; ha hiányzik, az nehezítő akadály lehet a személy számára (Schwarzer és mtsai, 2011).

Újrakezdés

Egy új szokás kialakításának folyamatában az egyén különböző akadályokkal, nehézségekkel kerülhet szembe, amelyek következtében előfordulhat, hogy átmenetileg felhagy az elkezdett cselekvéssel. Ekkor ismét fejlett önszabályozó erőfeszítések szükségesek a visszaesésekből való felépüléshez

(pl. újrakezdő énhatékonyság, ld. relapszus menedzsment, Schwarzer, 2001). Mivel egy adott cselekvés újrakezdése esetében a személynek nemcsak a viselkedés elkezdése a feladata, hanem az esetleges hibák kiküszöbölése, a károsodás csökkentése és a motiváció újbóli kialakítása is, így az újrakezdő énhatékonyság funkciójában és működésében is eltér a cselekvéses énhatékonyságtól (Schwarzer, 2001).

E folyamatban a célok átmeneti vagy tartósabb feladása (a viselkedés abahagyása) nem csak az önszabályozás kudarcaként vagy a kitartás hiányaként értelmezhető. Sorozatos kudarcok esetén ugyanis a célok elengedése adaptívnek is tekinthető (pl. ha megváltoznak a körülmények, és az eredeti formában már nem lehet vagy nem érdemes folytatni az adott viselkedést). Ekkor a visszaesés fontos tanulási tapasztalat lehet, amelyet felhasználva – és az önszabályozó erőfeszítéseket növelve – kialakítható a probléma új megközelítése, amely a kompetenciaérzés (és az énhatékonyság) növekedéséhez vezethet (Schwarzer, 2001).

Összegezve – és a korábbi egészségmagatartással kapcsolatos modellekkel összehasonlítva – elmondható, hogy a HAPA-modell (a TTM-hez hasonlóan) a szándék/ motiváció – elkezdés – fenntartás – (esetleges) visszaesés és újrakezdés stádiumaiban képzei el az egészségmagatartás megváltoztatását, mindaddig, amíg végül tartósan fennmarad az újonnan kialakított cselekvés, vagy a személy végleg felhagy korábbi, károsnak ítélt szokásával. Ebben a folyamatban pedig – a szociális tanuláselmélethez hasonlóan – a HAPA-modell is kiemelkedő szerepet szán a személyes hatékonyság érzésének, amely különböző formában jelenik meg, ám végig jelen van a folyamat során (Schwarzer, 2011).

4. Az egészségmagatartás szociális-kognitív folyamatmodelljének gyakorlati implikációi

A HAPA-modell számos gyakorlati implikációval szolgál a viselkedésváltoztatás folyamatának megértéséhez és befolyásolásához.

A koncepció magyarázatot ad többek között arra, hogy miért nem elegendő a személyes veszélyeztetettség hangsúlyozása (gondoljunk pl. a cigarettás dobozokon szereplő figyelmeztetésekre, ld. Weinstein, 2003) a viselkedéses szándék kialakításához. Az észlelt egészségi fenyegetettség helyzete mérlegelésére készítheti a személyt (Williams és mtsai, 2011) és – a viselkedésváltoztatás folyamatában előre haladva – motiválja a következőkkel kapcsolatos (egy adott viselkedés pro és kontra érvei), valamint a saját cselekvés hatékonyságára vonatkozó gondolkodást (Schwarzer és mtsai, 2008), ám önmagában nem eredményez viselkedésváltozást (Lippke és mtsai, 2004; Renner & Schwarzer, 2005).

Ehhez szükség van a személyes hatékonyság érzésére (különösen, ha a személy új, vagy bonyolult helyzetekkel kerül szembe; Schwarzer, 2001), valamint a pozitív következmények elvárására is. E két utóbbi tényező (az észlelt egészségi kockázat talaján állva) együttesen képes előrejelezni a szándékot, mi több, a később kialakításra kerülő cselekvési terveket is, így a későbbi tényleges viselkedés közvetlen prediktorainak számítanak (Lippke és mtsai, 2004; Sniehotta és mtsai, 2005a).

Ezért azok az intervenciók, amelyek a személyes hatékonyságérzés növelésére fókuszálnak, jóval hatékonyabbak, mint a személyes kockázatot hangsúlyozó vagy az egészségre káros szokások negatív következményeire koncentrááló beavatkozások (Meyerowitz & Chaiken, 1987).

Amennyiben a viselkedéses szándék már kialakult, részletes tervek készítése szükséges ahhoz, hogy a szándék tényleges cselekvéssé váljon (Scholz és mtsai, 2007). Az akaratlagos viselkedés ugyanis önszabályozást igényel – a személy erőfeszítését, hogy ne a megszokott vagy spontán választ adja egy szituációra, hanem a szándékolt módon viselkedjen (pl. ne érzelmi evéssel próbálja javítani a negatív hangulatát, hanem sportban vezesse le a feszültségét, ld. Turner, Luszczynska, Warner, & Schwarzer, 2010).

A cselekvés- és megküzdéstervezés ilyen előremutató önszabályozó stratégiaként működhet (Lippke és mtsai, 2004). Ha a személy rendelkezik a nehézített szituációk megoldására vonatkozó tervekkel, az adott helyzetben nem hatékony, spontán reakcióit az előre tervezettekkel helyettesítheti, hiszen a viselkedés végrehajtásának lépései, és az előre nem látható, de várható akadályokkal való megküzdési stratégiák lépései rendelkezésre állnak, és a tervezett viselkedés azonnal kivitelezhető (Sniehotta és mtsai, 2005c). Ennek természetesen előfeltétele az egyén korábbi tapasztalata is, amelyek alapján megismeri a saját gyengeségeit, a rá egyénileg jellemző kockázati tényezőket (Sniehotta és mtsai, 2005c) – ennek fényében belátható, hogy a cselekvés- és megküzdéstervezés lépése könnyen hatékonyabbá tehető a megfelelő intervenciókkal (Lippke és mtsai, 2004).

Újabb kutatási eredmények rámutatnak továbbá arra, hogy bizonyos pszichés zavarok (pl. depresszív tünetek) mérsékelhetik az önszabályozási folyamatokra épülő intervenciók hatékonyságát (Pomp, Fleig, Schwarzer, Lippke, & Luszczynska, 2011). További kutatások szükségesek tehát annak tisztázására, hogy speciális helyzetek vagy célcsoportok (pl. depresszív tünetekkel élő személyek) esetében milyen intervenciók programok bizonyulhatnak hatékonyak.

4.1. Célzott intervenciók tervezése: a HAPA, mint szakaszmodell

A hatékony és személyre szabott intervenciók kialakítása érdekében a modell, eddig impliciten jelenlévő szakaszos tagolása mellett (hiszen leg-

alább két – egy motivációs és egy akarati – fázist különböztetett meg), expliciten is szakaszmodellként kezelhető. A HAPA szemléleti keretnek van ugyanis egy hozzáadott „második rétege” is (Schwarzer, 2008; Schwarzer és mtsai, 2011), amely egyfajta moderátor modell szerepét tölti be. Ez a második réteg, a folyamatos viselkedésváltozást feltételező megközelítés mellett, három szakasz, vagy fázis megkülönböztetését teszi lehetővé.

Az akarati szakaszban lévő egyéneket – a szándék kialakítása előtt állók (1) csoportja (preintenders) mellett – további két csoportba sorolhatjuk, attól függően, hogy már elkezdték-e a cselekvést vagy csak szándékoznak elkezdni azt. A szándék kialakítása után, de még a cselekvés előtt álló személyek (2) a „szándékozók” (intenders), míg a cselekvést már elkezdett személyek (3) a „cselekvők” (actors) csoportjába sorolhatók.¹¹

A szándék kialakítása előtt állók számára hasznos lehet a kimeneteli elvárásokkal való szembesítés, ennek részeként a kockázati kommunikáció bizonyos szintje. Célravezető lehet felhívni a figyelmüket például, hogy a jelenlegi egészségviselkedésüknek (pl. a dohányzásnak) negatív következményei lehetnek, szemben a viselkedés megváltoztatásának (pl. dohányzásról való leszokás) pozitív kimeneteleivel.

Azon személyek számára, akik a viselkedéses szándékot és a célt már kialakították magukban e szándéknak először tervekbe, majd cselekvésbe való átfordításában lehet segíteni.

Azon személyeknek, akik az adott viselkedést már kialakították, ilyen beavatkozások nem szükségesek – esetükben a magas kockázatú szituációkra való felkészítés, a viselkedés fenntartásához szükséges személyes hatékonyságérzés felmérése, valamint a visszaesés megelőzését segítő képességeik fejlesztése segíthet (Schwarzer, 2008; Schwarzer és mtsai, 2011).

4.2. A HAPA-koncepciót alkalmazó és alátámasztó empirikus eredmények

Az egészségmagatartás szociális-kognitív folyamatmodelljét – kialakítása óta – számos esetben alkalmazták empirikus vizsgálatokban, amelyek eredményei szerint a modell jól alkalmazható a gyakorlatban, akár különböző kultúrák, nemek vagy korcsoportok egészségviselkedését vizsgálva (Schwarzer, 2008; Schwarzer és mtsai, 2008).

¹¹ Jelen megközelítésben a „szakasz” kifejezést pontosabban helyettesítené a fázis vagy gondolkodásmód (mindset) terminus. Az egyének különböző gondolkodásmóddal jellemezhető fázisokon mennek keresztül a viselkedésváltoztatás folyamatában, ám ez nem jelent visszafordíthatatlanságot vagy változtathatlanságot. Az intervenciókat tervező szakemberek növelhetnék a programok hatékonyságát, ha azokat e gondolkodásmódbeli jellemzőkhöz igazítva alakítanák ki (Schwarzer, 2008).

Az empirikus eredmények jelentős része mindenekelőtt az észlelt személyes hatékonyságérzés és a tervezés folyamatának (mint a szándék-viselkedés-rést áthidaló akarati komponensek; Schwarzer, 2008) fontosságára hívják fel a figyelmet.

4.2.1. Fizikai aktivitás

A testmozgással kapcsolatos szokásokat tekintve Sniehotta és munkatársai (2005b) vizsgálata szerint, a tervezés aktusát (mind a cselekvés, mind a megküzdés tervezését) promotáló intervenció hatékonynak bizonyult a fizikai aktivitás és az adherencia fokozásában kardiológiai rehabilitációban résztvevő betegek esetében 4 hónappal a kórházi tartózkodást követően is.

Szintén a tervezés folyamatának szerepét és pozitív hatását igazolták a fizikai aktivitás, testedzés vonatkozásában koronária betegeknek (Sniehotta és mtsai, 2005c), ortopédiai betegeknek (Lippke és mtsai, 2004), valamint e két betegcsoport esetén rehabilitációs kezelés után (Fleig, Lippke, Pomp, & Schwarzer, 2011), illetve különböző korcsoportokat is vizsgálva (Scholz és mtsai, 2007). Utóbbi kutatás eredményei szerint a tervezés lépését támogató intervenció növelte az intervencióban résztvevő mindhárom korcsoport (38–54 évesek, 55–64 évesek és 65–82 évesek) fizikai aktivitását. Az idősebb személyek megküzdéstervezés képessége a kiindulási értéken magasabb volt, mint a fiatalabbaké (ezzel valószínűsíthetően alátámasztva a megküzdést tervező képességek tapasztalaton alapuló jellegét; Scholz és mtsai, 2007). A tervezés mellett az énhatékonyság szerepének fontosságára hívja fel a figyelmet Sniehotta és munkatársai (2005a) vizsgálatának eredménye. A kutatók 307, kardiológiai rehabilitációban részt vevő személy fizikai aktivitására ható tényezőket vizsgálva megállapították, hogy a viselkedéses szándék kialakítása után, a fenntartásra vonatkozó énhatékonyság érzése és a cselekvéstervezés független és szignifikáns előrejelzői voltak a későbbi fizikai aktivitásnak. Schwarzer és munkatársai (2008) ezzel szinte azonos eredményre jutottak a kutatásukban. Ezzel némiképp összhangban, ám a képet árnyalva, Keller, Gellert, Knoll, Schneider és Ernsting (2016) több mint 1000 főt bevonó longitudinális vizsgálatuk eredményei alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a személyes hatékonyság érzése a tervezés folyamatát támogatva hat a viselkedésváltozás folyamatára, de a testmozgás elkezdésével nincs közvetlen kapcsolatban. Ezt mintegy kiegészítve, Luszczynska és Sutton (2006) eredményei szerint a már kialakított egészségviselkedés (fizikai aktivitás) esetében mind a fenntartó, mind az újrakezdő énhatékonyságot támogató intervenció előrejelezte a későbbi fizikai aktivitást (akár annak fenntartását, akár újrakezdését) kardiológiai rehabilitációban résztvevő személyek esetében.

Az eddigi egyetlen, ide vonatkozó meta-analízis során Carraro és Gaudreau (2013) a spontán, mindennapi élet során, illetve az intervenciók által támogatott cselekvési és megküzdéstervezés hatását vizsgálták a fizikai aktivitásra. Eredményeik szerint, míg a spontán módon kialakított tervezés (mind a cselekvés- mind a megküzdéstervezés lépése) közepes-nagy hatást gyakorolt a fizikai aktivitásra, a kísérletesen indukált tervezés folyamata csak kismértékű hatással volt rá. A tanulmány ezzel alátámasztja a tervezés aktusának közvetítő szerepét a szándék és a viselkedés között, ugyanakkor felveti a további, esetleges moderátor tényezők vizsgálatának fontosságát is – különösen az intervenciók esetében.

4.2.2. Táplálkozási szokások

A táplálkozási szokások vonatkozásában Luszczyńska és munkatársai (2015) 14 hónapos longitudinális vizsgálatukban megállapították, hogy mind a tervezés folyamatát serkentő, mind az énhatékonyság-érzést növelő intervencióknak jelentős pozitív hatása volt serdülők esetében a kalóriadús ételeknek zöldség- és gyümölcsfogyasztással való helyettesítésére. Szintén a tervezés és a személyes hatékonyságérzés fontosságát igazolta az étrendi szokások kapcsán Richert és munkatársai (2010) vizsgálata, akik 411 személy zöldség- és gyümölcsfogyasztási szokásait követték nyomon 4 héten keresztül. Eredményeik szerint, noha a tervezés lépése segített a szándékat tényleges cselekvésbe fordítani, mindez csak az énhatékonyság-érzés megfelelő szintje esetén valósult meg: alacsony énhatékonyság esetében a tervezés önmagában kevés volt ahhoz, hogy a viselkedés megjelenjen. Amennyiben ugyanis a szándék kialakulása és a tervezés lépései után akadályok merülnek fel a viselkedés végrehajtása során, csak a magas személyes hatékonysággal jellemezhető személy lesz képes ezeket leküzdeni (ld. még Sniehotta és mtsai, 2005a) és fenntartani a viselkedést.

Megjegyzendő azonban, hogy a személyes hatékonyság érzése más-más hangsúlyt kap férfiak és nők egészségviselkedési szokásai esetében. Gutiérrez-Doña, Renner, Reuter, Giese és Schubring (2012) influenzajárvány idején nők és férfiak kézmosási szokásait vizsgálva megállapították, hogy míg férfiak esetében a személyes hatékonyság érzése volt a legjelentősebb prediktora (közvetve és közvetlenül is) az egyén kézmosási szokásainak, addig nőknél a személyes hatékonyság érzése és a kockázatészlelés együtt járultak hozzá a viselkedéses szándék kialakításához, azon keresztül pedig az egészségviselkedés felvételéhez (a higiénés kézmosási szokásokhoz).

5. Megbeszélés

Az egészségmagatartás megváltoztatása az egészségpszichológiai és népegészségügyi kutatások egyik legnagyobb kihívása. A legfontosabb kérdés az olyan egészségviselkedések kialakításának, valamint fenntartásának előrejelzése és módosítása, mint a testmozgás, testsúlykontroll, egészséges táplálkozás, fogápolás, óvszerhasználat, baleset-megelőzés; a túlzott alkoholfogyasztás, szerhasználat, dohányzás, túlevés, a felelőtlen járművezetési szokások és a kockázatos szexuális viselkedések (Schwarzer, 2001, 2011).

Kutatási eredmények igazolják, hogy bizonyos viselkedések hatékonyan módosíthatók viselkedésváltoztatást célzó intervenciókkal (Albarracin és mtsai, 2005; Hobbs és mtsai, 2013). A kialakult viselkedésváltozás hosszú távú fenntartására vonatkozóan azonban ellentmondásosak az eredmények (Dombrowski, Knittle, Avenell, Araújo-Soares, & Sniehotta, 2014; Fjeldsoe, Neuhaus, Winkler, & Eakin, 2011).

A jelen tanulmányban bemutatott Health Action Process Approach (HAPA) megközelítés és annak gyakorlati implikációi hatékonyan alkalmazhatóak számos egészségviselkedés kialakítása, valamint rövid és hosszú távú módosítása érdekében, ahogy ezt kutatási eredmények igazolták már koronária- és magasvérnyomás-betegségben szenvedők táplálkozási szokásai (Steca és mtsai, 2015), emlődagatanatból gyógyult nők (Paxton, 2015), és túlsúllyal élő személyek (Parschau és mtsai, 2014) testmozgási szokásai, valamint fizioterápiás kezelésben részt vevő személyek terápiás adherenciája (Clark & Bassett, 2014) esetében.

Mindazonáltal maradtak még nyitott kérdések a modell gyakorlati alkalmazásának tekintetében (de Melo Ghisi, Grace, Thomas, & Oh, 2015; Macphail, Mullan, Sharpe, Maccan, & Todd, 2014), a különböző célcsoportok egészségviselkedése (ld. Pomp és mtsai, 2011), vagy az egészségmagatartást befolyásoló tényezők nemi különbségei (Gutiérrez-Doña és mtsai, 2012) vonatkozásában. Így mindenképpen további kutatások szükségesek az egészségmagatartást befolyásoló tényezők és azok összefüggéseinek feltárása érdekében.

Irodalom

- Ajzen, I. (1991). The theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Albarracin, D., Gillette, J.C., Earl, A.N., Glasman, L.R., Durantini, M.R., & Ho, M.H. (2005). A test of major assumptions about behaviour change: A comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological Bulletin*, 131(6), 856–897.
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. New York: General Learning Press

- Bandura, A. (1977). Self- efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33(4), 344–358.
- Bandura, A. (1994). Social Cognitive Theory and exercise of control over HIV infection. In R. J. DiClemente, & J. L. Peterson, (Eds.), *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions* (25–59). New York: Plenum
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health*, 13(4), 623–649.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*, 31(2), 143–164.
- Bandura, A., & Adams, N.E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioural change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287–310.
- Baumeister, R.F., & Heatherton, T.F. (1996). Self-regulation failure: an overview. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1–15.
- Bridle, C., Riemsma, R.P., Pattenden, J., Sowden, A.J., Mather, L., Watt, I.S., et al. (2005). Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the Transtheoretical Model. *Psychology and Health*, 20(3), 283–301.
- Carraro, N., & Gaudreau, P. (2013). Spontaneous and experimentally induced action planning and coping planning for physical activity: A meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 14(2), 228–248.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1982). Control theory: a useful conceptual framework for personality- social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92(1), 111–135.
- Clark, H., & Bassett, S. (2014). An application of the Health Action Process Approach to physiotherapy rehabilitation adherence. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(8), 527–533.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- de Melo Ghisi, G.L., Grace, S.L., Thomas, S., & Oh, P. (2015). Behavior determinants among cardiac rehabilitation patients receiving educational interventions: an application of the Health Action Process Approach. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 612–621.
- Dombrowski, S.U., Knittle, K., Avenell, A., Araújo-Soares, V., & Snihotta, F.F. (2014). Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 348. Doi: 10.1136/bmj.g2646
- Fjeldsoe, B., Neuhaus, M., Winkler, E., & Eakin, E. (2011). Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions. *Health Psychology*, 30(1), 99–109.
- Fleig, L., Lippke, L., Pomp, S., & Schwarzer, R. (2011). Exercise maintenance after rehabilitation: how experience can make a difference. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(3), 293–299.
- Freud, A. (1994). *Az én és az elhárító mechanizmusok*. Budapest: Animula Kiadó
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2008). The scope of the health behavior and health education. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research and practice. 4th Edition* (3–22). San Francisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions. Strong effects of simple plans. *The American Psychologist*, (54)7, 493–503.
- Gollwitzer, P.M. Heckhausen, H., & Ratajczak, H. (1990). From weighing to willing: Approaching a change decision through pre- or postdecisional mentation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 45(1), 41–65.

- Gutiérrez-Doña, B., Renner, B., Reuter, T., Giese, H., & Schubring, D. (2012). Health behavior education, e-research and a (H1N1) influenza (Swine Flu): bridging the gap between intentions and health behavior change. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 46, 2782–2795.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. New York: Academic Press
- Hahn, A., & Renner, B. (1998). Perception of health risks: how smokers status affects defensive optimism. *Anxiety, Stress and Coping*, 11(2), 93–112.
- Hall, P.A., & Fong, G.T. (2007). Temporal self-regulation theory: A model for individual health behavior. *Health Psychology Review*, 1(1), 6–52.
- Hobbs, N., Godfrey, A., Lara, J., Errington, L., Meyer, T., Rochester, L., et al. (2013). Are behavioral interventions effective in increasing physical activity at 12 to 36 months in adults aged 55 to 70 years? A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 11:75. Doi: 10.1186/1741-7015-11-75
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47.
- Keller, J., Gellert, P., Knoll, N., Schneider, M. & Ernsting, A. (2016). Self-efficacy and planning as predictors of physical activity in the context of workplace health promotion. *Applied Psychology: Health Well-Being*, 8(3), 301–321.
- Kulcsár, Zs. (2002). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Lippke, S., Ziegelmann, J.P., & Schwarzer, R. (2004). Behavioral intentions and action plans promote physical exercise: a longitudinal study with orthopedic rehabilitation patients. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 26(3), 470–483.
- Luszczynska, A., & Sutton, S. (2006). Physical activity after cardiac rehabilitation: evidence that different types of self-efficacy are important in maintainers and relapsers. *Rehabilitation Psychology*, 51(4), 314–321.
- Luszczynska, A., Diehl, M., Gutierrez-Dona, B., Kuusinen, P., & Schwarzer, R. (2004). Measuring one component of dispositional self-regulation: attention control in goal pursuit. *Personality and Individual Differences*, 37(3), 555–566.
- Luszczynska, A., Horodyska, K., Zarychta, K., Liszewska, N., Knoll, N., & Scholz, U. (2015): Planning and self-efficacy interventions encouraging replacing energy-dense foods intake with fruit and vegetable: A longitudinal experimental study. *Psychology and Health*, 31(1), 40–64.
- Macphail, M., Mullan, B., Sharpe, L., Maccan, C., & Todd, J. (2014). Using the Health Action Process Approach to predict and improve health outcomes in individuals with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 7, 469–479.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., & Quigley, L.A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (289–315). New York: Cambridge University Press
- McAlister, A.L., Perry, C.L., & Parcel, G.S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact. Social Cognitive Theory. In K. Glanz, B.K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.) *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. 4th Edition* (169–188). Jossey-Bass: A Wiley Imprint
- Meyerowitz, B.E., & Chaiken, S. (1987). The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 500–551.
- Parschau, L., Barz, M., Corbert, J., Knoll, N., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2014). Physical activity among adults with obesity: testing the Health Action Process Approach. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 42.

- Paxton, R.J. (2015). The Health Action Process Approach applied to African American breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 25(6), 648–655.
- Pomp, S., Fleig, L., Schwarzer, R., & Lippke, S. (2012). Effects of a self-regulation intervention on exercise are moderated by depressive symptoms: A quasi-experimental study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 1–8.
- 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(3), 390–395.
- Radnitz, C.L., & Tiersky, L. (2007). Psychodynamic and cognitive theories of coping. In: Martz, E., & Livneh, H. (Eds.), *Coping with chronic illness and disability* (29–48). New York: Springer
- Renner, B., & Schwarzer, R. (2005). The motivation to eat a healthy diet: How intenders and nonintenders differ in terms of risk perception, outcome expectancies, self-efficacy, and nutrition behavior. *Polish Psychological Bulletin*, 36(1), 7–15.
- Richert, J., Reuter, T., Wiedemann, A.U., Lippke, S., Ziegelmann, J., & Schwarzer, R. (2010). Differential effects of planning and self-efficacy on fruit and vegetable consumption. *Appetite*, 54(3), 611–614.
- Riemsma, R.P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A.J., Mather, L., Watt, I.S., et al. (2003). Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *British Medical Journal*, 326(7400), 1175–1177.
- Scholz, U., Sniehotta, F.F., Burkert, S., & Schwarzer, R. (2007). Increasing physical exercise levels age-specific benefits of planning. *Journal of Aging and Health*, 19(5), 851–866.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behaviors. *Current directions in psychological science*, 10(2), 47–51.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change. How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29.
- Schwarzer, R. (2011). Health behavior change. In H.S. Friedman (Ed.) *The Oxford handbook of health psychology* (591–611). Oxford: Oxford University Press
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In A. Bandura (Ed.) *Self-efficacy in changing societies* (259–288). Cambridge: Cambridge University Press
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2016): Self-efficacy and outcome expectancies. In Y. Benyamini, M. Johnston, & E.C. Karademas (Eds.), *Assessment in health psychology* (31–44). Boston: Hogrefe
- Schwarzer, R., Lippke, S., & Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 161–170.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J.P., Scholz, U., & Lippke, S. (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*, 27(1), 54–63.
- Schwarzer, R., Sniehotta, F. F., Lippke, S., Luszczynska, A., Scholz, U., Schüz, B., et al. (2003). *On the assessment and analysis of variables in the Health Action Process Approach: conducting an investigation*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Sheeran, P. (2002). Intention – behavior relations: a conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1–36.
- Sniehotta, F.F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005a). Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, 20(2), 143–160.

- Sniehotta, F.F., Scholz, U., Schwarzer, R., Fuhrmann, B., Kiwus, U., & Völler, H. (2005b). Long-term effects of two psychological interventions on physical exercise and self-regulation following coronary rehabilitation. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(4), 244–255.
- Sniehotta, F.F., Schwarzer, R., Scholz, U., & Schüz, B. (2005c). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35(4), 565–576.
- Steca, P., Pancani, L., Greco, A., Addario, M.D., Magrin, M.E., Miglioretti, M., et al. (2015). Changes in dietary behavior among coronary and hypertensive patients: a longitudinal investigation using the Health Action Process Approach. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 7(3), 316–339.
- Turner, S.A., Luszczynska, A., Warner, L., & Schwarzer, R. (2010). Emotional and uncontrolled eating styles and chocolate chip cookie consumption. A controlled trial of the effects of positive mood enhancement. *Appetite*, 54(1), 143–149.
- Urbán, R. (2001). Útban a magatartásszempontú egészségpszichológia felé: az egészség-magatartás pszichológiai elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56(4), 593–622.
- Velicer, W.F., & Prochaska, J.O. (2008). Stage and non-stage theories of behavior and behavior change: a comment on Schwarzer. *Applied Psychology: an International Review*, 57(1), 75–83.
- Wallston, K.E. (1992) Hocus-pocus, the focus isn't strictly locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183–199.
- Webb, T.L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249–268.
- Weinstein, N.D. (2003). Exploring the links between risk perceptions and preventive health behavior. In J. Suls & K. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (22–53). Oxford, England: Blackwell
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J., & Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17(3), 290–299.
- Williams, R.J., Herzog, T.A., & Simmons, V.N. (2011). Risk perception and motivation to quit smoking: a partial test of the Health Action Process Approach. *Addictive Behaviors*, 36(7), 789–791.
- Yach, D., Hawkes, C., Gould, C.L., Hofman, K.J. (2004). The global burden of chronic diseases overcoming impediments to prevention and control. *Jama*, 291(21), 2616–2622.

Szerzői munkamegosztás

A tanulmány koncepciójának és struktúrájának kialakítása a két szerző közös munkája. A tanulmány nagy részének megszövegezése Teleki Szidalisz munkája. Tiringer István a tanulmány megírásának egésze alatt igen jelentős és értékes kritikai megjegyzéseket tett, fontos szempontokkal egészítette ki a dolgozatot, valamint elkészülte után ellenőrizte azt.

Nyilatkozat érdeklődésről

A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdeklődések.

The Health Action Process Approach (HAPA)

TELEKI, SZIDALISZ – TIRINGER, ISTVÁN

Health behaviour plays a fundamental role in the formation of health and illness, therefore, changing the health-compromising behaviours is a major challenge to health psychology and public health research. The Health Action Process Approach (HAPA), developed by Ralf Schwarzer and his colleagues, can be used effectively in the adoption as well as the short and long-term maintenance of various health behaviours. Most social-cognitive theories intend to explain and predict the formation of behavioural intention, however, both everyday experience and empirical results show that the behavioural intention does not lead necessarily to actual behaviour. The HAPA model – in order to bridge the “intention- behaviour gap” – makes a distinction between the preintentional motivation phase, which leads to the formation of an intention (as in the previous models), and the postintentional volitional phase, which leads to the actual health behaviour. The HAPA model – unlike the former classic theories – emphasises the role of the postintentional factors – such as action and coping planning, self-regulation and phase-specific self-efficacy, which are all required to be able to maintain the action in spite of the possible barriers. In the past few years many empirical studies have verified and confirmed the validity and practical applicability of Health Action Process Approach related to several different health behaviours (physical exercise, healthy nutrition, hygienic hand-washing habits, therapeutic adherence). The aim of the present study is to present the social-cognitive process model of health behaviour and demonstrate its applicability in prevention and rehabilitation.

Keywords: health behaviour, self-regulation, self-efficacy, motivation, Health Action Process Approach, HAPA