

ÚTBAN A MAGATARTÁSSZEMPONTÚ EGÉSZSÉG- PSZICHOLOGIA FELÉ: AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS PSZICHOLOGIAI ELEMZÉSE

URBÁN RÓBERT, Ph. D

ELTE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék
E-mail: rurban@izabell.elte.hu, rurban@elender.hu

A tanulmány az egészségmagatartás pszichológiai elemzését mutatja be. Ebből a célból tárgyalja az egészségmagatartás fogalmát, és rámutat arra, hogy az egészségmagatartás tudományos szempontból rosszul definiált, nehezen megragadható fogalom. Az egészségmagatartás sokfélesége kétségessé teszi, hogy lehet-e egységes elméletet fogalmazni predikciójára és magyarázatára. A tanulmányban bemutatjuk a kurrens kognitív elméleteket (egészségihiedelem-modell, a védelemmotiváció elmélete, az anticipált megbánás elmélete), a társas kognitív elméleteket (a szándékos és tervezett cselekvés, valamint a próbálkozás elmélete) és a folyamatelméleteket (a magatartás transzteoretikus változáselmélete, az egészségcselekvés folyamatmodellje, éndeterminációs elmélet). A tanulmány rövid fejezetet szentel a kritikai egészségpszichológiai szempontoknak is, hangsúlyozva az egészségmagatartásokkal kapcsolódó társas, kulturális és értéktelített jelentés megértésének szerepét mind a tudományos, mind a gyakorlati egészségpszichológiában.

A tanulmányban az elméletekkel szembeni kritikai észrevételek mellett az elméleti és a gyakorlati kutatás integrációjának szükségességét is hangsúlyozzuk.

Kulcsszavak: *egészség, egészségmagatartás, elméleti modellek, kritikai egészségpszichológia, egészségfejlesztés*

BEVEZETÉS

Az egészségpszichológia olyan interdiszciplináris terület, amely a pszichológiai ismeretek és módszerek alkalmazásával törekszik elősegíteni és fenntartani az egyének, a közösségek és a populációk jóllétét (MARKS és munkatársai, 2000). Az egészségpszichológia megjelenése köszönhető annak, hogy az egészséget, illetve betegséget befolyásoló pszichológiai tényezők látszólag paradox módon a biomedici-

kális orvoslás rohamos technikai fejlődésével párhuzamosan egyre nagyobb jelentőséget kapnak. A modern és nagy hatékonyságú kezelések, szűrővizsgálatok vagy éppen egészségmegőrző programok egyaránt megbukhatnak, illetve hatékonyságuk nagymértékben csökkenhet, ha a célzott csoportok együttműködése vagy magatartása nem esik egybe a kívánatossal. Például a rákszűrések eredménytelenek, ha a szűrésen nem jelennek meg a célcsoportok tagjai, a testmozgásra való felhívás nem hatékony, ha csupán esetlegesen eredményezi a fizikai aktivitás megnövekedését, a nagy hatékonyságú antibiotikumok használhatatlanná válnak a helytelen gyógyszeresedés következtében kialakuló rezisztens baktériumtörzsek miatt. A példákat sorolhatnánk tovább.

Annak ellenére, hogy a különböző iskolák és szemléletmódok más és más tényezőket emelnek ki, viszonylag nagymértékű a konszenzus abban, hogy a magatartás lényeges szerepet játszik az egészség fenntartásában, a betegségek megelőzésében, valamint a betegségek megjelenésében (ADLER, MATTHEWS, 1994).

Az egészségmagatartás nem csupán az egyén egészségében, hanem az egész társadalom gazdasági, mentális és fizikai jóllétében jelentős tényező. A modern egészségpolitika központi célja az egészség védelme és fejlesztése (WHO Ljubljana-i Kartája, RICHARDS, 1996). Ez a feladat nem valósítható meg anélkül, hogy megértenénk, hogy az egészségmagatartást milyen társadalmi és pszichológiai tényezők befolyásolják. Az egészségpszichológia alap kutatásainak egyik fő feladata az, hogy informálja az egészségpolitika döntéshozóit az egészség, illetve az egészségmagatartás kritikus faktorairól (MATARAZZO, 1982).

Jelen tanulmány célja áttekintést nyújtani az egészségmagatartás kurrens modelljeiről, és rámutatni a kutatás nehézségeire, valamint lehetséges irányaira.¹

AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS FOGALMA ÉS JELLEMZŐI

Az egészségmagatartás fogalma

Az egészségmagatartás a klasszikus definíció szerint „bármely olyan aktivitás, amit a személy hite szerint az egészsége érdekében tesz azért, hogy betegséget előzzön meg vagy betegséget azonosítson még annak tünetmentes szakaszában” (KASL, COBB, 1966a 246). Ez a meghatározás a magatartás olyan irányított voltát hangsúlyozza, amelyet a betegségek elkerülésének célja vezérel. Fontos kritikaként fogalmazhatjuk meg azt, hogy ez a meghatározás elsősorban a megelőzés szempontjait (prevenció) hangsúlyozza, és teljesen kimaradnak belőle az egészségfejlesztés (promóció) szempontjai. A szakirodalom napjainkban ennél szélesebb értelemben használja ezt a fogalmat. Éppen ezért az egészséggel kapcsolatos viselkedések elemzése szempontjából leggyakrabban elkülönítünk egészség szempontjából kedvező viselkedést, illetve az egészség szempontjából kedvezőtlen viselke-

¹ Mint minden áttekintés, ez sem lehet teljes és mentes minden szubjektív tényezőtől. A szakirodalomban hozzáférhetőek más szemléletű és súlyozású elemzések is, lásd például ARMITAGE és CONNER (2000), MARKS és munkatársai (2000), OGDEN (1996).

dést (BAUM, POSLUSZNY, 1999).² Míg az előbbi minden olyan viselkedés, illetve magatartás, amelynek mai tudásunk szerint egészséggel kapcsolatos előnye van, illetve amely megvéd bizonyos betegségektől vagy testi károsodástól, addig az utóbbi csoportot azok a viselkedések képezik, amelyeknek – legalábbis mai tudásunk szerint – káros hatása lehet az egészségünkre.³

Az ilyen osztályozással kapcsolatban azonban szem előtt kell tartani azt, hogy egy adott viselkedés nem minden esetben sorolható be könnyedén valamelyik kategóriába, mivel nehezen adható meg az egészségre való kedvező hatás objektív kritériuma.⁴ A viselkedés ilyen osztályozása éppen ezért problematikus. Az egymással vitatkozó tudományos álláspontok aktuális erőegyensúlya mellett a társadalmi-kulturális tényezőknek is szerepe van abban, hogy egy adott cselekvést az egészség szempontjából kedvezőnek, illetve kedvezőtlennek, esetleg semlegesnek tartunk. Ugyanakkor annak, hogy milyen viselkedést tartunk kívánatosnak és kevésbé kívánatosnak, hosszú kultúrtörténeti háttere van. Éppen ezért az egészségmagatartás szempontjából talán érdemes kitekinteni a testszociológia és az antropológia ilyen szempontú elemzéseire is. Foucault például azt hangsúlyozza, hogy a tudományos haladás, az ismeretek fejlődése nem felszabadította a testet, hanem sokkal inkább a test társadalmi szabályozását intenzifikálta (magyarul FOUCAULT, 2000). Például a diéta a test fölötti egyfajta kontroll teljes medikalizációja előtt szorosan kapcsolódott az aszkézishez és a vallásos-morális tradíciókhoz⁵ (TURNER, 1997). Bár a testszociológia szisztematikus ismertetésére itt most nincs mód, az egészségpszichológia jelentős mértékben profitálhatna, ha nagyobb mértékben nyitna a társadalomtudományi, valamint kultúraelméleti megközelítések felé.

Visszatérve szakterületünkhöz, az egészségpszichológia szempontjából fontos kérdés az, hogy az egészség szempontjából kedvező viselkedésnek mennyiben kell

² Az egészséggel kapcsolatos viselkedések további csoportosítása is lehetséges: például KASL és COBB (1966b) elkülöníti az egészségviselkedést, a betegségviselkedést és a betegszerep-viselkedést. A fogalmakban fennálló redundancia csökkentése érdekében itt nem használjuk ezeket a kategóriákat, hiszen mind a betegségviselkedés (például az orvos felkeresése betegség esetén), mind a betegszerep-viselkedés (például a mihamarabbi gyógyulás elérése) fogalmilag az egészséget elősegítő viselkedésekhez, azaz az egészség szempontjából kedvező viselkedések közé sorolható.

³ Az egészségmagatartás szakterülete elsősorban a fizikai egészségre összpontosít, de természetesen a fizikai egészség problematikája nem választható el a mentális egészség kérdéskörétől (BAUM, POSLUSZNY, 1999).

⁴ Az egészségmagatartás egészség-elősegítő jellegének kritériumai származhatnak populáció szintű elemzésből (például várható élettartam, mortalitás, morbiditási mutatók stb.) is, de származhatnak olyan más mutatókból is, amelyek az életminőséget vagy a jóllétet mérik. KAPLAN (2000) például javasolja a várható élettartam és az életminőség integrálásában az illesztett minőségi életek fogalmát, amely a várható élettartamot a jó életminőséggel eltöltött életek számával írja le. Az illesztett minőségi életek fogalmának alkalmazásával összehasonlíthatók az egyes egészségmagatartások a kedvező hatások mentén.

⁵ Cornaro számára a diéta védelmet nyújt a hús kísértéseivel szemben, utalva az „Isteni Józanságra, mely kedves az Istennek” (CORNARO, 1776, 25., hiv. TURNER 1997). Turner ehhez hasonlóan Cheyne-t is idézi: „Amikor az Emberiség egyszerű, őszinte, becsületes és szerény igényű volt, kevés betegség létezett. Mérséklet, Testgyakorlás, Vadászat, Munka és Buzgalom tartotta erősen a Testet és a Lelket.” (CHEYNE, 1733, 174., hiv. TURNER, 1997.)

az egészségmotiváció talaján állnia, illetve az egészségre kedvezőtlen hatással levő viselkedésekben mennyiben kell az egészségmotiváció hiányát vagy éppen az öndestruktív tendenciákat feltételezni.⁶ Az egészségmotiváció kérdése több szempontból is választóvonal lehet. 1. Az egészségmotiváció mozgósíthat orvosi szempontból kedvező, valamint kedvezőtlen magatartásokat egyaránt. Így az egészségmagatartás megértésénél nem lehet figyelmen kívül hagyni az egészségre és az egészséges életmódra vonatkozó naiv elméleteket és hiedelmeket. Csak példaként említhetjük azokat a hiedelemrendszereket, amelyek a vegetariánus táplálkozási szokások vagy éppen a napjainkban divatos természetgyógyászat preferenciájának hátterében állnak (például LINDEMAN és munkatársai, 2000). 2. Az egészségmotivációt többféleképpen konceptualizálhatjuk. Leggyakrabban az egészséggel kapcsolatos cselekvésre való szándékkal azonosítják. Kérdés az, hogy vajon a nem szándékosan végzett, esetleg szokásszerűen meglévő egészséget támogató cselekvéseket besorolhatjuk-e az egészségmagatartások közé. 3. Az egészségmotiváció nem vákuumban, hanem más motivációs tendenciákkal együtt jelenik meg. Bár a kutatások ezt a kérdést hanyagolják, az egészségmagatartás megértésében az alternatív motivációk egymáshoz való viszonyát is fontos figyelembe venni. Például a testedzés esetében az egészségre való motiváltság mellett olyan motívumok is jelen lehetnek, mint az elismerésre való törekvés, a kihívás, a tevékenység élvezete, a társas együttlétre való motiváltság, a fizikai megjelenés javítása stb. (MARKLAND, INGLEDEW, 1997). 4. Kitekintve az egészséggel kapcsolatos társadalomtudományi szempontokra, óhatatlanul meg kell említenünk a szociológusok és a kultúrakutatók „egészségizmus”-sal kapcsolatos kritikáit is. A nyugati kultúrában az egészség szinte előírásaként jelenik meg, amely kötelessége az egyes személynek és elérendő cél az egész társadalomnak (LUPTON, 1995). Az egészségizmus az életmóddal kapcsolatos személyes döntéshozatalt hangsúlyozza, és a testet szociológiai értelemben piaci értéként kezeli. Az egészség a boldogsághoz, a gazdagsághoz, a sikerhez és a szépséghez hasonló fogalommá vált, amely az akaraterő gyakorlásával (diétázás, testedzés, a dohányzás kerülése stb.) egyszerűen elérhető (MACDONALD, 1998). Ugyanakkor ez az egészségizmus, amely tehát az önkontroll gyakorlását az egészség letéteményeseként kezeli, alkalmas arra, hogy egyben hibáztassa azokat, akik valamilyen oknál fogva ezt a társadalmi előírást nem követik.⁷ Az egészségizmus szemléletében mindenképpen a nyugati kultúra individualizmusára utal, és a szélesebb társadalmi és társas kontextus hanyagolásához vezethet (MACDONALD, 1998). Az egészségmotiváció és az egészségmagatartás-pszichológia kutatása is gyakran figyelmen kívül hagyja a magatartás társas-társadalmi kontextusát, és kizárólag az egyéni döntéshozatali vagy éppen önszabályozó folyamatokra összpontosít. Ezekre a szempontokra a tanulmány végén a kritikai egészségpszichológia megközelítésének bemutatásában még visszatérünk.

⁶ A probléma tulajdonképpen abban a kérdésben foglalható össze, hogy az egészségre kedvező hatású viselkedésnek tekintünk-e olyan viselkedést is, amelyet a személy nem az egészségének megőrzése miatt, hanem más motivációk miatt végez.

⁷ Ez a fajta egészségizmus érhető tetten MACDONALD (1998) szerint a klasszikus egészségdukációban is.

Ahogy az eddigiekből is kitűnt, az egészségmagatartás fogalma nem jól definiált, és nem rendelkezik jól leírható formális definícióval. A későbbiekben is látni fogjuk, hogy nagyon változatos cselekvések, magatartások és szokások sorolódhatnak a viselkedés e kategóriájába. Éppen ezért szükség lenne olyan kvantitatív és kvalitatív kutatásokra egyaránt, amelyek az egészségmagatartás hétköznapi és tudományos koncepciójának belső szerkezetét és reprezentációját tárják fel.

Az egészségre kedvező, illetve kedvezőtlen magatartások

A kurrens szakirodalomban megjelenő, a pszichológiai meghatározók mentén vizsgált egészségre kedvező és egészségre kedvezőtlen viselkedéseket az 1. táblázat foglalja össze. A táblázatból is kitűnik, hogy sokféle viselkedés/magatartás sorolható be az említett kategóriákba. Éppen ezért nem lehet azon csodálkozni, hogy az egészségmagatartás pszichológiai/pszichoszociális meghatározóival kapcsolatban még nem rendelkezünk elegendő ismerettel. Már az is kérdéses, hogy mennyiben alkalmazható közös modell a számos cselekvés bejósolására, illetve leírására, hiszen ezek egymástól lényeges pszichológiai dimenziókban különböznek.

A számos lehetséges jellemző mellett itt csak az általunk legfontosabbnak tartott négyet említjük meg:

- 1. Új magatartásadoptációt versus a régi magatartás módosítását igénylő cselekvések:* Az egészséget érintő magatartások különbözhetnek egymástól abban, hogy mennyiben kívánják egy viselkedés adoptálását, és mennyiben kívánják egy viselkedés megváltoztatását. Az adoptáció esetében a személynek egy új, számára esetleg teljesen szokatlan cselekvést kell az életébe beiktatni, úgy mint például a testedzést, az óvszerhasználatot, a fogselyem használatát, a szűrővizsgálatokon való megjelenést, a test önvizsgálatát (bőr, mell stb.), a gyógyszer-szedés módjának elsajátítását. A magatartás módosítását megkívánó egészségmagatartás esetében már meglévő szokások, magatartások megváltoztatása vagy a cselekvés gyakoriságának csökkentése szükséges. Ilyenek például az alkohol fogyasztása, a dohányzás, a szexuális partnerek megválogatása, a modern táplálkozási elvek elsajátítása stb.
- 2. Átmeneti/ritka versus állandó/gyakori cselekvések:* Vannak olyan cselekvések, amelyekre viszonylag ritkán, esetleg a személy életében csak egyszer van szükség, és vannak olyanok, amelyeket a személyeknek nap mint nap nagy gyakorisággal kellene végezni. Az előbbire példa a genetikai szűrővizsgálatokon való megjelenés és a védőoltások beszerzése. Az utóbbira példa a táplálkozási szabályok követése, a biztonságos szexuális aktussal kapcsolatos cselekvések vagy éppen a fizikai aktivitás/testedzés. Az egészségmagatartás így elkülönített két csoportja között a legfontosabb pszichológiai különbség az, hogy az állandó/gyakori cselekvés fenntartása a személyiség önszabályozó folyamatait (CARVER, SCHEIER, 1990) veszi igénybe. Ezzel szemben az átmeneti/ritka cselekvések ilyen szabályozást nem igényelnek, az esetükben más folyamatok játszhatnak szerepet.

1. táblázat. A pszichológiai meghatározók mentén vizsgált, egészségre kedvező és egészségre kedvezőtlen viselkedések

Egészségre kedvező	Egészségre kedvezőtlen
<p><i>Táplálkozással kapcsolatos kedvező viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Alacsony kalória- és zsírtartalmú diéta A testsúly szabályozása 	<p><i>Táplálkozással kapcsolatos kedvezőtlen viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Magas kalóriatartalmú és magas zsírtartalmú ételek túlzott fogyasztása Fő étkezések közötti étkezés (nassolás)
<p><i>Szexualitással kapcsolatos kedvező viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Biztonságos szexuális aktusok Heteroszexuális aktus fogamzásgátlással 	<p><i>Szexualitással kapcsolatos kedvezőtlen viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Óvszer és más fogamzásgátlási módok hanyagolása A szexuális partnerek gyakori váltogatása
<p><i>Fizikai aktivitással és sporttal kapcsolatos kedvező viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Rendszeres fizikai aktivitás vagy sport 	<p><i>Fizikai aktivitással és sporttal kapcsolatos kedvezőtlen viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> A fizikai aktivitás kerülése (például ülő életmód) A túlzott mértékű vagy megerőltető fizikai aktivitás vagy sport Veszélyes sportok űzése
<p><i>Az addikcióval összekapcsolódó viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> A dohányzásról való leszokással kapcsolatos viselkedések Ártalomcsökkentő viselkedések a droghasználathoz (például túlhasználás stb.) 	<p><i>Addikcióval kapcsolatos viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Dohányzás Túlzott mértékű alkoholfogyasztás Droghasználat, illetve a drogok intravénás adagolása
<p><i>Higiénével kapcsolatos viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Megfelelő tisztálkodás Szájhigiénia (például a rendszeres fogmosás, szájhigiénia és/vagy fogselyem alkalmazása) 	<p><i>A fizikai megjelenéssel kapcsolatos viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Túlzott mértékű napozás és szolárium Anabolikus szteroidok alkalmazása a test izomtömegének növelésére (ami esetleg együtt járhat közös túlhasználattal)
<p><i>Helyváltoztatással/utazással kapcsolatos magatartások</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Védőoltások alkalmazása 	<p><i>A közlekedéssel kapcsolatos viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> A biztonsági szabályok be nem tartása a közlekedésben és a munkahelyen (például bukósisak, biztonsági öv használatának mellőzése stb.) Nagy sebességgel való vezetés Vezetés alkoholfogyasztást követően
<p><i>Betegséggel és gyógyulással kapcsolatos viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> A szűrővizsgálatokon való rendszeres megjelenések (például fogászati ellenőrzés, rákszűrés) Az önvizsgálatok elsajátítása és folytatása (például a nőknél a mell, a férfiaknál a here vizsgálata) Tünetek fellépte esetén az orvos felkeresése Az egészségügyi szakember előírásainak követése (compliance) 	<p><i>Betegséggel és gyógyulással kapcsolatos viselkedések</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Szükségtelen és helytelen gyógyszer-szedés Az orvoshoz fordulás késleltetése

3. *Az egészséget veszélyeztető tényező közvetlen elkerülése versus az egészséget elősegítő, illetve fejlesztő magatartások:* Az egészségmagatartások között találhatunk olyanokat, amelyek közvetlen veszélyeket hárítanak el, úgy mint például a védőoltások beszerzése, az óvszerhasználat, a szűrővizsgálatokon való megjelenés stb. Ezekkel szemben vannak olyanok is, amelyek általában nem közvetlen veszélyt hárítanak el, hanem az egészség fejlesztésében játszanak jelentős szerepet. Ilyen például a testedzés, a táplálkozás módosítása, a higiéniai szabályok követése stb. Hasonló megkülönböztetést javasol például ROTHMAN és SALOVEY (1997) is, ők a betegséget azonosító és az egészséget megerősítő magatartásokat különböztetik meg az egészségfejlesztésben alkalmazható kommunikációs technikák eredményessége szempontjából.
4. *Jól meghatározott cselekvések versus homályos cselekvéskategóriák:* Az egészségmagatartással kapcsolatban változik a magatartás definiáltságának foka. Egyes egészségmagatartások, például a tüdőszűrésen való megjelenés, a rendszeres fogmosás stb. általában jól meghatározott, viszonylag egyszerű viselkedésszekvenciát igényelnek, mások, mint például a helyes táplálkozás vagy a biztonságos szex, a rendszeres testedzés nehezen megragadható, gyakran komplex döntéseket, tevékenységeket kívánnak meg.

Az itt bemutatott négy jellemzőn túl minden bizonnyal olyan további lényeges dimenziók is meghúzódnak, amelyek indokolttá tennék az egészségmagatartás kategória további kidolgozását, illetve finomítását.

Az egészséggel kapcsolatos (mind a támogató, mind a károsító) cselekvések nem teljesen függetlenek egymástól, bár a kutatások csak ritkán tártak fel a magatartások között konzisztens mintázatot (INGLEDEW és munkatársai, 1995). Az egészségvédő, illetve -károsító magatartások közötti kapcsolat ugyan kimutatható, de általában gyengének bizonyul. A korábbi érvelésünket támasztja alá az a felismerés, hogy az egészségmagatartások nem egy dimenzióba rendeződnek, hanem természetüknél fogva többdimenziósak,⁸ ugyanakkor még nincs egyetértés ezen dimenziók számát és természetét illetően (INGLEDEW és munkatársai, 1995). Az egészségvédő és -károsító magatartások közötti szinergista vagy antagonistista kapcsolatok és az ezek hátterében álló mechanizmusok feltárása még várat magára, néhány kezdeményezés azonban megfigyelhető ebben a kérdésben is. Feltételezhető például, hogy az alkoholfogyasztás számos egészségkárosító viselkedéssel járhat együtt, például dohányzás, rizikómagatartás⁹ stb. Az alkohol fogyasztása

⁸ Az egészség szempontjából kedvező, illetve kedvezőtlen viselkedések mérése két egymástól látszólag független tradícióban történik. Az egyik a viselkedéses epidemiológia hagyományán alapulva jó-részt kérdőíves felmérések során a populációban megfigyelhető tendenciákat írja le (például ASZMANN, 2000). A másik a pszichometriai tradíció, amelynek során a pszichometriai elvárásokat érvényesítve többé-kevésbé kidolgozott viselkedéses skálákat alkalmaznak. Az egészségmagatartások multidimenziónalitásával kapcsolatban azonban nyilvánvalóvá vált az, hogy ezeket nem lehet egy általános egészségmagatartás-skálában összegezni (INGLEDEW és munkatársai, 1995).

⁹ Ebben az esetben az ittas állapotban történő vezetést, a veszélyek felvállalását, a védekezés nélküli szexet stb. sorolhatjuk ide.

által kiváltott rizikómagatartással kapcsolatban ugyanakkor a kutatások arra engednek következtetni, hogy az alkohol feltehetően nem a gátlások feloldásával (dizinhibíciós elmélet), hanem inkább a kognitív kapacitás csökkenése és a figyelem beszűkülése révén fejt ki hatását. Így lehetséges az, hogy a jelenlevő szenzoros kulcsingerek következtében az alkohol hatása alatt álló személy akár óvatosabban vagy visszafogottabban is viselkedhet (alkohol myopia elmélet, STEELE, JOSEPHS, 1990, az elmélet alkalmazását az alkohol és az óvszerhasználat kapcsolatáról lásd MACDONALD és munkatársai, 2000).

Az említett példa is mutatja, az egészségkárosító magatartások halmozódása sok esetben az egyszerű együttjárásnál jóval bonyolultabb viszonyokat is takarhat, vagy éppen valamilyen háttértényezőkre (például személyiségbeli tényezők, társadalmi vagy éppen kulturális hatások) is visszavezethető. Adatok mutatnak például arra, hogy bizonyos személyiségjellemzők hozzájárulhatnak egyes egészségkárosító magatartások megjelenéséhez. Például a serdülőkorban mért ún. *A* típusú viselkedés és az ellenségesség bejósolta a felnőttkori dohányzást, alkoholfogyasztást, a magas vérlipidszintet, valamint a testtömeget (SIEGLER és munkatársai, 1992). Ugyanakkor az egészségre kedvező magatartások esetleges együttjárása háttérében az egészség szempontjából kedvező személyiségtényezők is szerepet játszhatnak. Újabb kutatások rámutattak arra, hogy eddig figyelmen kívül hagyott személyiségjellemzők (például lelkiismeretesség, barátságosság, nyitottság) bejósolhatják a túlélési valószínűséget (FRIEDMAN és munkatársai, 1993), az egészségmagatartást (BOOTH-KEWLEY, VICKERS, 1994; INGLEDEW, BRUNNING, 1999; SCHWARTZ és munkatársai, 1999; SIEGLER, FEAGAGNES, RIMER, 1995) vagy éppen a betegségmagatartást (FELDMAN és munkatársai, 1999). A kapcsolat azonban nem mindig van összhangban elvárásainkkal, és gyakran túlmutat az egyszerű korrelációs jellegű összefüggéseken. Például FRIEDMAN és munkatársai (1993) rámutattak arra, hogy longitudinális vizsgálatukban a lelkiismeretesség kedvezően befolyásolja a túlélési valószínűséget, míg a barátságosság esetében éppen ellenkezőleg, negatív a kapcsolat. INGLEDEW és BRUNNING (1999) kimutatta, hogy nemcsak a személyiségdimenziók maguk jósolhatják be az egészségvédő magatartásokat, hanem fontos és az előbbitől független tényezőként jelennek meg a személyiségdimenziók közötti interakciók is (például éppen a lelkiismeretesség és a barátságosság interakciója). Napjainkban az egészségvédő és -károsító magatartás és a személyiségjellemzők közötti kapcsolat a személyiségpszichológiában Big Five-nak nevezett megközelítés (magyarul például CARVER, SCHEIER, 1998) előretörése nyomán ismét felélénkült, mert újabb – és úgy tűnik, releváns – személyiségdimenziók kerültek a kutatók látókörébe.

AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS PSZICHOLÓGIAI MODELLJEI

*Az egészségmagatartás kognitív elméletei**Az egészséghiedelem-modell*

Az egészségmagatartás legismertebb modellje az egészséghiedelem-modell¹⁰ (JANZ, BECKER, 1984; ROSENSTOCK, 1974), amely a hiedelmek szerepét hangsúlyozza az egészségmagatartás bejósolásában. Az eredeti modell (ROSENSTOCK, 1966; hiv. MARKS és munkatársai, 2000) szerint az egészségmagatartás valószínűsége a következő hiedelmek alapján határozható meg:

- a) az egészség veszélyeztetettségének észlelt komolysága
- b) a betegséggel kapcsolatos észlelt veszélyeztetettség
- c) a betegséget megelőző cselekvésből származó észlelt nyereség
- d) a cselekvéssel szembeni akadályok, illetve a cselekvéssel együtt járó „költségek”

Későbbiekben a modell fokozatosan átalakult és további tényezőkkel bővült, olyanokkal, mint az *általános egészségmotiváció, demográfiai változók, pszichoszociális változók*, valamint *a cselekvésre indító jelzések* (tünetek megélése, egészségkommunikáció). A fokozatos bővülés és változás nyomán a modell sokkal inkább a változók felsorolásává vált, mint formális elméletté vagy modellé (OLIVER, BERGER, 1979).

A modell szerint a komponensek egymástól függetlenül jósolják be az egészségmagatartást. Ugyanakkor a vele szemben megfogalmazható jelentős kritika a komponensek formális meghatározásának hanyagolása és a kombinációkra vonatkozó szabályok hiánya. Ezzel összhangban HARRISON, MULLEN és GREEN (1992) rámutattak arra, hogy az egészséghiedelem-modell összetevői ugyan korrelálnak a viselkedéssel, de a korreláció alacsony. A modell korlátozott bejósoló erején túl nem alkalmas arra, hogy magyarázatot adjon a feltételezett összefüggésekre, így csupán leíró jellegű információt tud nyújtani.

A védelemmotiváció elmélete

A védelemmotivációs elmélet (ROGERS, 1983) az egészséget veszélyeztető inger és az arra adott magatartás közötti kognitív közvetítő folyamatokra összpontosít. Az elmélet álláspontja szerint amikor egészségünket veszélyeztető tényezőkkel szembesülünk, akkor két értékelő folyamat, 1. a fenyegetés értékelése, valamint 2. a megküzdés értékelése aktiválódik. Az értékelő folyamatok egyrészt az adaptív és a nem adaptív válaszokkal, valamint e válaszok megjelenésének valószínűségét növelő vagy csökkentő tényezőkkel kapcsolatosak.

A fenyegetés értékelése a nem adaptív válaszokból nyerhető nyereségek (extrinzik/intrinrik jutalmak) és a veszély súlyossága, valamint az egyén sérülékenysége összegzéseként áll elő. Az utóbbi két tényező az elmélet szerint félelmi arousalt,

¹⁰ A modellt a korábbi magyar nyelvű szakirodalom is ismerteti, lásd például KULCSÁR (1998), MOLNÁR és CSABAI (1994), éppen ezért jelen tanulmányukban erre a modellre részleteiben nem térünk ki.

azaz negatív érzelmi állapotot indukál, amely közrejátszik a fenyegetés értékelésében. Míg a nyereség növeli az adott cselekvés valószínűségét, addig a veszély súlyossága és a sérülékenység csökkenti.

A megküzdés értékelése viszont az adaptív válasszal kapcsolatos hatékonyság, az egyén általános énhatékonysága, valamint a válasszal kapcsolatos „költségek” eredője. Amíg a válaszhatékonyság és az énhatékonyság növeli az adaptív válasz valószínűségét, addig a válasszal együtt járó költségek csökkentik.

Az elmélet szerint az értékelő folyamatok együttesen eredményezik a védelemmotivációt (protection motivation). A védelemmotiváció közvetlenül a kívánatos cselekvésbe való bevonódásra hat, közvetetten viszont aktiválja, irányítja és fenntartja a viselkedést. Ilyen megfontolásokból a védelemmotivációt leggyakrabban az adott válasz adoptálásának viselkedéses szándékával mérik.

RIPPETOE és ROGERS (1987) vizsgálata megfelelő illusztrációval szolgál az elmélet értelmezéséhez. A szerzők egyetemista lányokból álló mintán vizsgálták az elmélet által javasolt tényezők hatását a mellőnvizsgálat gyakorlásának szándékára, illetve más, nem vagy kevésbé adaptív megküzdési módokra. A vizsgálati helyzetben a szerzők manipulálták a veszély észlelt súlyosságát, a vizsgálati személyek észlelt veszélyeztetettségét, a válaszhatékonyságot és az énhatékonyság érzését. A függő változóként a szerzők a negatív hangulatot (félelem-arousal) és az adaptív vagy nem adaptív megküzdési módokat mérték. Az adaptív választ (a mellőnvizsgálatának adoptálása) mind a fenyegetés értékelése, mind a megküzdés értékelése erősítette. Ugyanakkor fontos megállapítás volt az, hogy a fenyegetés mind az adaptív, mind a nem adaptív megküzdési választ erősítette. A fenyegetés tehát mobilizál, de nem ad kulcsingereket a megfelelő megküzdési módhoz. Éppen ezért van jelentősége a megküzdésértékelő folyamatnak is, amely már szolgálhat megfelelő válaszmódokkal. Az adatok mediációs útelemzése feltárta, hogy amíg a fenyegetés elsősorban az érzelemfókuszú megküzdési módokkal kapcsolatos, addig a megküzdés értékelései, én- és válaszhatékonyság inkább a problémafókuszú és kevésbé az érzelmi fókuszú megküzdést aktiválja. Az eredmény támogatja a korábbi kutatásokat abban, hogy az egyszerű félelemkeltés nem feltétlenül vezet eredményre, mivel olyan folyamatokat aktiválhat, amelyek növelhetik a személyek védekező elkerülését. Ezzel kapcsolatban az útelemzés kimutatta azt is, hogy a félelem az elkerülésen keresztül negatívan kapcsolódik a viselkedéses szándékhoz. Tehát a félelem akár csökkentheti is a kívánatos megküzdési módok valószínűségét.

Kutatások feltárták azt is, hogy a védelemmotivációs elmélet viselkedésbejósolásának sikeressége függ a személy információfeldolgozási jellegzetességeitől, kognitív stílusától. BROUWERS és SORRENTINO (1993) vizsgálatukban kimutatták azt, hogy a bizonytalanságorientált¹¹ személyek a védelemmotivációs elmélettel összhangban szembesülnek a betegséggel és vonódnak be az aktív megküzdésbe. Ők a

¹¹ A bizonytalanságorientált személyek hajlamosak olyan cselekvésbe fogni, amely a személy és a környezete között fennálló valamilyen inkonzisztenciát old fel, ezek a személyek hajlamosak olyan cselekvésekre, ami a saját magukról alkotott ismereteiket növeli. A bizonyosságorientált személyek olyan tevékenységet preferálnak, amelyben nem szembesülnek bizonytalansággal és amelyben fenntarthatják bizonyosságaikat. A dimenzió szoros kapcsolatban áll a kognitív stílust leíró más személyiség-jellemzőkkel.

fenyegetés és a hatékonyság együttes növelésével párhuzamban hajlamosak keresni a szükséges információkat, vagy részt venni a szűrővizsgálaton. Ezzel szemben a bizonyosságkereső személyek esetén mind a fenyegetés, mind a hatékonyság növelése külön-külön növelte az egészséggel kapcsolatos információk keresését, de a két tényező együttesen magas szintje nem. A vizsgálat jelentősége elsősorban abban áll, hogy rámutat arra: a védelemmotiváció és minden kognitív egészségmagatartást leíró elmélet alkalmazásánál figyelembe kell venni a kognícióban fennálló individuális különbségeket is, amelyeket a modellek rendszeresen hanyagolnak.

Anticipált megbánás elmélete

Viszonylag kevésbé ismert és éppen ezért kevesebb empirikus vizsgálatot indító javaslat az anticipált megbánás elmélete. Ez az elképzelés azon az alapfeltevésen alapul, hogy a személyek viselkedési preferenciáikkal kapcsolatos döntéseikben szerepet játszanak az adott cselekvést feltételezhetően követő, tehát elővételezett érzelmi állapotok (VAN DER PLIGHT és munkatársai, 1998). Eszerint azok a személyek, akik elővételezik a cselekvésük negatív következményeit, hajlamosak lesznek a preventív lépésekre. A negatív következmények elővételezése nyomán előálló negatív érzelmi állapot intenzitása bejósolja a cselekvésben fellépő megfontoltságot (RICHARD, 1994; hiv. BUUNK és munkatársai, 1998).

Az anticipált megbánás elméletét előszeretettel használják a szexuális magatartással kapcsolatos szándék, illetve döntési folyamat előrejelzésére. Például RICHARD és munkatársai (1998) azt találták, hogy a fiatalok fogamzásgátlásával kapcsolatban a szubjektív normák, az észlelt kontroll és az elővételezett megbánás együttese a viselkedési szándék varianciájának 64%-át magyarázza.

Az anticipált megbánás mellett azonban a szakirodalom nem foglalkozik az anticipált pozitív érzelmi reakciók jelentőségének lehetőségével. Az öröm, az elégedettség vagy éppen a vágyteljesítő álmódosítás maga is motiváló tényező lehet néhány egészségmagatartás esetében. Itt különösen a testedzéssel vagy éppen a táplálkozással kapcsolatos magatartás adódik önkéntelenül. Az elővételezett pozitív kimenetek és érzelmi állapotok jelentős motivációs tényezők lehetnek a magatartás melletti kitartásban is.

Példa a kognitív megközelítés egy alkalmazására: a kommunikációs üzenet megfogalmazása

Az egészségmagatartás kognitív megközelítésének alkalmazására az a kutatási irány nyújt példát, amely az egészségfejlesztő kommunikáció hatékonyságát vizsgálja a kommunikált veszteség vagy nyereség szempontjából. A kutatás egyik markáns iránya a kommunikációs üzenet szerkesztésével kapcsolatos. A megközelítés elméleti alapja az a megfontolás, hogy az üzenet megfogalmazása eltérő hatással van az üzenettel kapcsolatos döntéshozatalra. A döntéshozatal a veszteséget hangsúlyozó megfogalmazás esetében a veszélykeresés, a nyereséget hangsúlyozó információ esetén a veszélykerülés irányába tolódik el (TVERSKY, KAHNEMAN, 1981).

ROTHMAN és SALOVEY (1997) javaslata ennek alapján a következő: az egészséggel kapcsolatos döntéshozatal során, akkor, ha a cselekvés bizonyos veszélyeket vagy bizonytalanságokat is hordoz magában (például egy lehetséges betegség diagnózisa stb.), akkor a veszteséget hangsúlyozó üzenet lesz meggyőzőbb. Ezzel szemben amennyiben a cselekvés kimenete viszonylag bizonyos (például betegséget előz meg), akkor a nyereséget hangsúlyozó üzenet lesz hatékonyabb. Annak ellenére, hogy bármely egészségmagatartással kapcsolatos üzenet megfogalmazható mind a nyereség, mind a veszteség kontextusában, az egészségmagatartások eltérő funkcióval bírhatnak. Például ROTHMAN és SALOVEY (1997) elkülönített detekciós, illetve prevenciós magatartást. Az előbbi minden olyan egészségmagatartás, amely például valamilyen szűrővizsgálaton (mammográfia, HIV szűrés stb.) való részvételt jelent és magában hordozza annak veszélyét, hogy azonosítanak egy súlyos vagy éppen kevésbé súlyos egészségügyi problémát.¹² Prevenciós magatartás ezzel szemben minden olyan viselkedés, amely nyeresége a lehetséges egészségügyi problémák elkerülése. Ennek megfelelően a detekciós magatartások esetében a veszteséget hangsúlyozó üzenetek lennének meggyőzőbbek, a prevenciós magatartások esetében viszont a nyereséget hangsúlyozók. Bár a rendelkezésre álló kutatási adatok számos egészségmagatartással kapcsolatban támogatják ezt a feltételezést (ROTHMAN és munkatársai, 1999; DETWEILER és munkatársai, 1999), további kutatások szükségesek annak tisztázására, hogy mennyiben lehet általánosítani ezt az összefüggést az egészségkommunikációban.

Az egészségmagatartás társas-kognitív elméletei

A szándékos cselekvés elmélete

Az egészségmagatartás meghatározóinak vizsgálatában az egészséghiedelem-mo-
dell mellett az utóbbi években a legszélesebb körű kutatást indukáló elmélet a szándékos cselekvés elmélete, illetve annak későbbi módosítása, a tervezett cselekvés elmélete volt. Az elméletek központi eleme a viselkedéses szándék fogalma. Mint már korábban említettük, más elméletek is a viselkedéses szándék fogalmával közelítik meg az egészségmotivációt. A szándék szélesebb értelemben azokat a motivációs tényezőket foglalja magába, amelyek azt jelzik, hogy a személy milyen mértékben hajlandó megpróbálni, mennyi erőfeszítést tesz vagy tervez tenni, hogy a kérdéses cselekvést véghezvigye (AJZEN, 1988). A szándék predikciós jelentőségére helyezett hangsúly annak köszönhető, hogy számos akaratí (volitional) cselekvéssel kapcsolatban az összes lehetséges tényező között (például a cselekvés iránti attitűd) a szándék korrelált legerősebben a cselekvéssel magával (AJZEN, 1988).

AJZEN és FISHBEIN (1980) szándékos cselekvés elméletében a cselekvő értelmes módon és szándékával összhangban cselekszik. Az elmélet éppen ezért a szándékot

¹² A detekciós magatartásokat orvosi szempontból hosszú távon nyereséggel járónak tekinthetnénk, de a kutatások azt mutatják, hogy ezeket a hétköznapi ember inkább rizikóval járóként kezeli (például MEYEROWITZ, CHAIKEN, 1987).

hivatott bejósolni. A szándéknak eszerint két alapvető meghatározója van: 1. a *cselekvéssel kapcsolatos attitűd* és 2. a cselekvéssel társuló észlelt társas nyomás és észlelt normatív előírások, azaz összességében a cselekvéssel társuló *szubjektív normák*.

A cselekvéssel kapcsolatos attitűd a cselekvéssel asszociálódó pozitív vagy negatív hiedelmek (például a cselekvés és a kívánt eredmény közötti feltételezett együttjárás) és a hiedelmek erősségének függvénye. A szubjektív normák viszont a referenciaszemélyek normatív hiedelmeiből és a referenciaszemélyekhez való viszonyulásból, azok véleményéhez való alkalmazkodásból származtathatók. A szándékos cselekvés elméletének jelentőségét az adja, hogy a szubjektív normák bevonásával túllép az egyénre összpontosító kognitív elméleteken, és hangsúlyozza, hogy a szándék és a viselkedés meghatározásában a társas környezetnek is jelentősége van. Ugyanakkor az elmélet csupán a pusztán akarati viselkedésekről tud számot adni, azaz az olyan cselekvésekről, amelyek végrehajtása csak a szándék kialakításától függ. Ez az elmélet viszonylag kevesebb egészségpszichológiai kutatást indukált, nagyobb hatása volt a teória továbbfejlesztett változatának a tervezett cselekvés elméletére.

A tervezett cselekvés elmélete

A nem teljes akarati kontroll alatt álló cselekvések megértéséhez AJZEN (1988) az indokolt cselekvés elméletének továbbfejlesztett változatát, a tervezett cselekvés elméletét javasolta.

A cselekvések az elmélet szerint a felettük gyakorolt kontroll mentén egy kontinumban helyezhetőek el a teljes kontroll és a kontroll teljes hiánya végpontok között. A cselekvés feletti kontroll mértékét befolyásoló tényezők egyaránt lehetnek belső (ismeretek, készségek, képességek, érzelmi állapotok stb.) és külső-környezeti tényezők (például akadályok, lehetőségek, társas támogatás stb.).

Az elmélet a cselekvés magyarázatába a viselkedés feletti észlelt kontrollt több szinten illeszti be: 1. Az észlelt kontroll a cselekvéssel kapcsolatos attitűd és a szubjektív normák mellett befolyásolja a cselekvéses szándékot. Tehát az észlelt kontrollnak motivációs következményei vannak. 2. Ugyanakkor az elmélet feltételezi azt is, hogy az észlelt kontroll közvetlenül is kapcsolatban áll a cselekvéssel, azaz az észlelt kontroll a szándéktól függetlenül is befolyásolja, illetve bejósolja a cselekvést. Az észlelt kontroll hangsúlyozása nem egyedüli, hanem más elméletekben is megjelenik, például szoros hasonlóságot mutat az énhatékonyság hiedelmével (BANDURA, 1977), valamint a siker elvárásának attribúciójával (WEINER, 1985). Ugyanakkor az észlelt kontroll koncepciója jobb bejósolja az egészségmagatartásnak, mint az egészséggel kapcsolatos általános kontroll helye koncepció¹³ (AJZEN, TIMKO, 1986).

Annak ellenére, hogy viszonylag friss fejleményről van szó, a tervezett cselekvés elmélete intenzív kutatást indított meg az egészségpszichológia területén. Éppen ezért jelen áttekintésben csupán e kutatások metaelemzésével nyert adatokat

¹³ Az egészséggel kapcsolatos kontroll helye koncepció és a mérésére kidolgozott skála nem váltotta be a hozzá fűzött elvárásokat. Szórványosan, inkonzisztensen és csak gyengén tudta bejósolni az egészséggel kapcsolatos magatartásokat (WALLSTON, K. A., WALLSTON, B. S. 1981).

mutatjuk be. GODIN és KOK (1996) az elmélet 87 (56 tanulmány) egészségmagatartással kapcsolatos alkalmazását foglalták össze. A tanulmányokat különböző kategóriákba sorolták: addiktív magatartás (dohányzás, alkoholfogyasztás stb.), vizsgálatok/szűrések (rákszűrés, orvosi ellenőrzés), táplálkozás, sport/testmozgás, HIV/AIDS, szájhigiéna. Az adatok az elméletet minden jelentős pontjában erősen támogatták:

1. Az attitűd, a szubjektív normák és az észlelt kontroll a viselkedéses szándék variációjának átlagosan 41%-át magyarázta.¹⁴
2. A szándék átlagosan a magatartás variációjának 34%-át magyarázta.¹⁵
3. Az észlelt viselkedéses kontroll a vizsgált tanulmányok felében járult hozzá közvetlenül és szignifikánsan a viselkedés bejósolásához. Így a viselkedés variációjának átlagosan 11,5%-át magyarázta a szándékon túl. Itt kimagaslóan magas érték adódott az addiktív magatartásokkal kapcsolatban.

Az elemzés arra is alkalmas, hogy az elmélet egyes komponenseinek predikciós erejét is összevethessük. A szerzők rámutatnak arra, hogy általában a társas hatások a cselekvéssel kapcsolatos attitűd és az észlelt viselkedéses kontrollhoz képest kevésbé tűnnek fontosnak. A predikcióban ritkábban érik el a szignifikanciaszintet, valamint a másik két tényezőnél alacsonyabb súllyal szerepelnek. Lehetséges, hogy a társas hatások nem megfelelő mérése eredményezi a gyengébb predikciós erőt, de az is feltehető, hogy a társas hatások más módon fejtik ki hatásukat, például modellálás útján.

GODIN és KOK eredményei összhangban vannak a későbbi metaelemzésekkel. Például ARMITAGE és CONNER (megjelenés alatt) bár nem szűkítik le munkájukat az egészségmagatartásra, eredményeik támogatják és kiegészítik a korábbiakat. Munkájuk egyik legjelentősebb hozadéka, hogy kimutatták azt, hogy a tervezett cselekvés elmélete mind a viselkedés önbeszámolóval mért, mind az objektívabb módon vizsgált cselekvést bejósolta, bár az utóbbit gyengébben.

A meggyőző eredmények ellenére vannak kétségek az elmélet széles körű kiterjeszhetőségét illetően. Újabb kutatások arra hívják fel a figyelmünket, hogy a tervezett cselekvés elmélete nem minden esetben alkalmas a cselekvés bejósolására. Azok a cselekvések, amelyeket visszatérően, szokásszerűen, gyakran végzünk, kevésbé jól bejósolhatók a tervezett cselekvés modelljében foglalt tényezők segítségével. Ezekben az esetekben a szokás-cselekvés predikció jóval erősebb, mint a szándék-cselekvés kapcsolat (OUELLETTE, WOOD, 1998). Ennek jelentőségét az adja, hogy számos egészségmagatartás kedvező hatása csak akkor érhető el, ha azt rendszeresen, szinte szokásszerűen hajtjuk végre. TRIANDIS (1980; hiv. VERPLANKEN, AARTS, 1999) hangsúlyozza a szokások és a viselkedéses szándék interakcióját. Azt javasolja, hogy amikor a cselekvés új, akkor a viselkedés a szándék irányítása alatt áll. Amikor a cselekvés elegendő gyakorisággal megismétlődött, akkor a szándék

¹⁴ A legalacsonyabb érték 32,0%, a legmagasabb a 46,8% volt.

¹⁵ A legalacsonyabb érték a 15,6%, a legmagasabb érték a 42,3% volt. Az előbbi a vizsgálatok/szűrések, az utóbbi érték a HIV/AIDS-szel kapcsolatos magatartások esetében állt elő.

súlya csökken, és a szokásösszetevő veszi át a szerepet. Így a szándéknak akkor van szerepe, amikor a szokás még gyenge, és fordítva. Ugyan a szándékos cselekvés és a szokások összefüggésének tárgyalása az egészségpszichológiában kritikus kérdés, az empirikus kutatások kissé hanyagolják a kérdéskört. Újabban azonban néhányan végeztek ebből a szempontból érdekes vizsgálatokat. Ezek közül TRAFIMOV (2000) az óvszerhasználat bejósolását vizsgáló kutatását emelhetjük ki. Eredményei szerint az óvszerhasználattal kapcsolatos attitűd, a szubjektív normák, valamint az óvszerhasználat szokása egyaránt és függetlenül bejósolták az óvszerhasználat szándékát. A részletes elemzés ugyanakkor feltárta, hogy a szokás hatással volt az attitűd-szándék, valamint a szubjektív normák-szándék kapcsolatra. Azok esetében, akik már szokásszerűen használták az óvszert, az attitűdök és a normák már nem jósolták be a szándékot. Ez az eredmény támogatja azt a hipotézist, hogy abban az esetben, amikor egy szokás kialakult, akkor a gondolkodási, indoklási és kognitív erőfeszítések csökkennek, esetleg feleslegessé válnak. A viselkedéses szándék alapja egyszerűen a szokás maga lesz. A hipotézis további vizsgálatot érdemelne az egészségmagatartás kutatásának más területein is.

A próbálkozás elmélete

Újabban törekvések vannak arra, hogy a tervezett cselekvés elméletének növeljék viselkedést bejósoló erejét és új változók bevezetésével magyarázatot adjanak a változók és a szándék közötti kapcsolatra. Ilyen törekvésekből született meg a próbálkozás elmélete (BAGOZZI, WARSHAW, 1990).

A próbálkozás elmélete arra a megfontolásra épül, hogy a cselekvés nem minden esetben hajtható végre egyszerűen, azaz a cselekvőnek nehézségekkel kell szembesülni, és próbálkoznia kell, hogy elérje a kitűzött célt (például súlycsökkenés). A próbálkozás elmélete megtartja a tervezett cselekvés modelljének fő komponenseit, azokat azonban részben átértelmezi és kiegészíti újabb összetevőkkel. Az elmélet a cselekvés iránti attitűdöt három összetevővel írja le: *a)* a cselekvés anticipált sikeres elvégzése iránti attitűd, *b)* a cselekvés anticipált kudarc iránti attitűd és *c)* a célérés folyamata iránti attitűd. Mivel a modell a cselekvés iránti attitűdöt nem egydimenziósként kezeli, nyitva hagyja azt a kérdést, hogy esetenként melyik attitűdnek lehet nagyobb szerepe a szándék meghatározásában, illetve ezek egymástól függetlenül vagy kölcsönhatásban hatnak-e a szándéokra. Feltehetően a sikeres és a sikertelen cselekvés iránti attitűd egymással kölcsönhatásban vesznek részt a szándék meghatározásában. Az elmélet az észlelt viselkedéses kontroll helyett a siker és a kudarc elvárását vezeti be. A próbálkozás elmélete új tényezőként javasolja a múltbeli viselkedést is. A múltbeli viselkedés egyrészt a gyakoriság, másrészt a frissesség (recencia) jellemzőivel illeszkedik a modellbe. A recencia annak feleltethető meg, hogy az adott cselekvés legutóbbi végrehajtása óta mennyi idő telt el.

A modellbe foglalt újabb, illetve átértelmezett összetevőkön túl további lényeges különbség van a tervezett cselekvés és a próbálkozás modelljei között. Míg az előbbi egy egyedüli cselekvést tekint kimenetnek, addig az utóbbi nem a cselekvést

magát, hanem a cselekvés irányába tett próbálkozást vagy próbálkozások sorozatát tekinti egy akciónak.

Bár az elméletek egészségpszichológiai alkalmazása még nem széles körű, azonban a szerzők az elméletet támogató eredményekről számoltak be a tesztmozgás és a testsúlyszabályozás kérdéskörében (BAGOZZI, WARSHAW, 1990; BAGOZZI, KIMMEL, 1995). A vizsgálatok azt is mutatják, hogy a próbálkozás elmélete a cselekvés varianciájának jelentősen magasabb hányadát magyarázta, mint a szándékos vagy a tervezett cselekvés elmélete (BAGOZZI, KIMMEL, 1995).

A kognitív és a társas-kognitív elméletek kritikái

Bár viszonylag új az a terület, amely a kognitív elméletekkel közelíti az egészségmagatartás kérdéskörét, e törekvéseket számos kritikai érte. MARKS és munkatársai (2000) és saját észrevételeink nyomán a következőkben foglalhatjuk össze az elméletek hiányosságait, abból a célból, hogy rámutassunk az elméletek lehetséges továbbfejlesztési módjára.

A modellek elsősorban a kognitív, többé-kevésbé tudatos döntési folyamatok által mediált egészségmagatartást tételeznek fel. A szokásjellegű, automatikus viselkedésekre a modellek kevésbé alkalmazhatók, és az impulzív viselkedés, a helyzeti tényezők, valamint az interperszonális erőviszonyok hatásai sem integrálhatók ezekbe a modellekbe.

Egyes modellek csak egyszeri cselekvésre vonatkoztathatók, a cselekvés hosszú távú fenntartása vagy gyakori végrehajtása, a kitartás és erőfeszítés jelentősége nem jelennek meg az elképzelésekben.

A modellek nem tesznek különbséget az egészségmagatartás különböző formái között. Ugyanazokat a változókat használják a fenomenológiailag olyannyira különböző cselekvésekre is, mint például a testedzés és a rákszűrésen való részvétel. Mint azt korábban bemutattuk, lényeges különbség van a detekciós és a preventív magatartással kapcsolatos rizikóvállalás és kognitív értékelés között. További vizsgálatok szükségesek ahhoz, hogy más, eddig még fel nem tárt jellemzők hatását azonosítsuk és a modelleket ehhez igazítsuk. A tanulmány első felében ilyen jellemzők azonosítására is kísérletet tettünk.

A modellek nem veszik számításba a kulturális, társadalmi és egyéni különbségeket, ugyanazt a modellt és ugyanazokat az elveket alkalmazzák számos társadalmi csoportra függetlenül az életkortól, nemtől, szocioökonómiai státustól, iskolai végzettségtől, nem is beszélve a társas-kognitív információfeldolgozási egyéni különbségekről.

A modellek az egyéni döntésre összpontosítanak, és nem veszik számításba azt, hogy a döntéshozatalban más személyek is részt vesznek. Jellemző példa erre az óvszerhasználat vagy éppen a dohányzás abbahagyása egy családon belül.

Az egyik leg súlyosabb észrevétel a kutatásokkal szemben, hogy a kognitív és a társas-kognitív elméleteket alkalmazó kutatás nem törekszik a gyakorlat megteremtésére, a kutatók maguk nem közelítik a kutatást a gyakorlati igényekhez és feladatokhoz. Ennek köszönhető, hogy a kutatást a gyakorlati szakemberek esetleg a modellekkel való bűvészkedésnek és számukra haszontalannak vélhetik.

*Az egészségmagatartás folyamatmodelljei**A viselkedésváltozás átfogó elméleti modellje*

PROCHASKA és DICLEMENTE a pszichoterápia hatékonyságvizsgálatai, illetve terápiás megfigyelések nyomán hozták létre a viselkedésváltozás általános és transz-teoretikus modelljét.¹⁶ Ezt a modellt kezdetben addikciós problémával küszködő betegek kezelésére alkalmazták¹⁷ (PROCHASKA és munkatársai, 1992), napjainkban azonban e modellel szélesebb körben próbálják megközelíteni az egészségmagatartás adoptálásának és az egészségkárosító magatartás felhagyásának folyamatát (például INGLEDEW és munkatársai, 1998; MILSTEIN és munkatársai, 1998; PROCHASKA és munkatársai, 1994).

Prochaska és DiClemente (PROCHASKA és munkatársai, 1992) modelljükben azt hangsúlyozzák, hogy minden viselkedésváltozás szakaszokon megy keresztül. Az egyes szakaszok más és más pszichológiai jellemzőkkel bírnak, amelyeket a viselkedésváltozásban támogató személyeknek vagy programoknak figyelembe kell venni ahhoz, hogy megfelelő segítséget tudjanak nyújtani vagy megfelelő hatást érjenek el. A modell szerint tehát két tényező interakciójáról van szó: a viselkedésváltoztatásának aktuális stádiuma és a változás folyamata.¹⁸ A viselkedésváltozás szakaszait a következőképpen foglalhatjuk össze:

1. *A töprengés előtti időszakban*¹⁹ a személynek nincs szándékában a változás az előrelátható jövőben. Ebben a szakaszban a személyek többsége nincs tudatában a problémának, illetve nem észleli a magatartás megváltoztatásának szükségességét. Az addikciós esetekben az egyént a problémával gyakran a család, a barátok, a szomszédok vagy éppen a munkaadó, azaz a társas környezet szembesíti. Fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy az egészségmagatartás, valamint a nem addikcióval kapcsolatos egészségkárosító magatartási formák többsége esetében azonban még ilyen hatások sem lépnek fel, az adott viselkedés (például bizonyos táplálkozási szokások, ülő életmód stb.) akár szociálisan is elfogadható lehet. Éppen ezért lehetséges az, hogy az egészséggel kapcsolatos magatartásokat illetően az emberek többsége nem lép túl a töprengés előtti időszakon.
2. *A tépelődés időszakában* a személy felismeri a problémát, és komolyan gondolkodik annak megoldásán, de nem tesz aktív lépéseket a cél érdekében. A

¹⁶ A magatartásváltozás itt leírt folyamatát először a pszichoterápiás rendszerek összehasonlító elemzése tárta fel (PROCHASKA, 1979). A transz-teoretikus jelző ebből származik.

¹⁷ A dohányzás és a nikotinfüggőség vizsgálata és az intervenciók munka az a terület, amelyben a kezdetektől fogva jelentős szerepet tölt be ez a modell (például PROCHASKA, DICLEMENTE, 1983; DICLEMENTE és munkatársai, 1991).

¹⁸ A változás folyamatában jelentős szerepet kapnak az alkalmazott intervenciók stratégiák. A szerzők kutatásaikban tíz jelentős stratégiát azonosítottak, amelyek részletes ismertetésére jelen tanulmányunk nem térhet ki. Ezeket részletesen közlik PROCHASKA és munkatársai (1992), illetve MILSTEIN és munkatársai (1998). Fontos megjegyezni, hogy a változás szakaszaiban más és más stratégia tűnik hatásosnak.

¹⁹ A modellt magyar fordításban röviden ismerteti NAIDOO és WILLS (1999).

személy akár hosszú időre is megragadhat ebben a szakaszban. Erre az időszakra fontos jellemző a probléma és annak megoldása melletti és elleni érvek mérlegelése. A dohányzás esetében például ebben az időszakban a dohányzás melletti és elleni érvek egyensúlya áll fenn, amely tulajdonképpen a tépelődés, azaz a belső konfliktus forrása (VELICER és munkatársai, 1985).

3. *Az előkészület időszakában* a személyben kialakult szándék viselkedéses jegyekkel is együtt jár. Ebben a szakaszban a személy már viszonylag hamar (a következő hónapban) hajlandó lépéseket tenni, és ugyanakkor már lehetséges, hogy az elmúlt évben számos sikertelen akciója volt. Ebben az időszakban az emberek apróbb változásokat már végrehajtanak, ez azonban még nem elegendő a sikeres akcióhoz.
4. *A cselekvés időszakában* a személy módosítja viselkedését, élményeit és akár a környezetét a probléma megoldásának érdekében. Ez a leginkább látványos szakasz, ez jár a legtöbb szociális megerősítővel, valamint ehhez szükséges a legtöbb elkötelezettség és energia. Ez a szakasz akkor áll elő, amikor a személy sikeresen módosította magatartását. Módszertani kérdés persze az, hogy hogyan értelmezhetjük a sikeres viselkedésváltozást.
5. *A viselkedésváltozás fenntartásának időszakában* a személy elsősorban a visszaesések megelőzésén és a viselkedés megváltozásával kapcsolatos nyereségek megszilárdításán dolgozik. A modell fontos sajátossága az, hogy itt tárgyalja az egészségmagatartás fenntartásának problémáját.

Ezek a szakaszok a viselkedés megváltoztatása során egymást követik, azonban nem feltétlenül egyszerű lineáris módon, mivel ebben a modellben a visszaesés a törvényszerű, ekkor a személy visszalép egy korábbi szakaszba. Számos vizsgálatot végeztek abból a célból, hogy vizsgálják a különböző szakaszokban levők motivációs jellemzőit. Például DICLEMENTE, PROCHASKA, FAIRHURST, VELICER, VELASQUEZ és ROSSI (1991) a dohányzástól való leszokással kapcsolatban a töprengés előtti, a töprengés, illetve az előkészület időszakában levőket hasonlították össze. Eredményeik azt mutatják, hogy a folyamat előrehaladtával nő az énhatékonyság érzése, csökken a dohányzás általi megkísértés és az énhatékonyság közötti különbség, egyre csökken a dohányzás melletti érvek száma és egyre inkább nő a dohányzás elleni érveké. INGLEDEW és munkatársai (1998) testedzés-motivációs vizsgálatukban kimutatták, hogy a testmozgásra vonatkozólag a tépelődés előtti időszakban a domináns motiváció elsősorban extrinzik, például a megjelenés és a testsúly változtatásának szándéka. Ez a hangsúly változik a különböző szakaszokban és a fenntartás időszakában eléri azt, hogy a testedzés motivációja elsősorban intrinziké váljon, például a mozgás élvezete határozza meg.²⁰

A számos egybehangzó adattal szemben megjelennek olyan kritikai megfontolások is, amelyek vagy a szakaszok elkülöníthetőségét kérdőjelezzik meg (SUTTON, 1996), vagy felhívják a figyelmet arra, hogy a változás szakaszai nem minden eset-

²⁰ Ez az eredmény releváns az éndeterminációs elmélet (RYAN, DECI, 2000) megközelítése szempontjából is, amire a későbbiekben térünk ki.

ben jóslják be például a dohányzás abbahagyását, illetve nem rendelkezünk elegendő longitudinális adattal erre vonatkozóan (HERZOG és munkatársai, 1999). Ez a kritika különösen érvényes a modell más viselkedésekre való alkalmazására, ezeken a területeken még további kutatások várhatók.

*Az egészségcselekvési folyamat megközelítése
(Health Action Process Approach, HAPA)*

SCHWARZER (1999) integratív egészségmagatartás-modelljében az egészségmagatartás adoptálását két fázisra bontja. Míg a motivációs fázisban a korábbi modellekhez hasonlóan a szándék kialakulását írja le, addig az akarati fázisban a szándék cselekvésbe fordításának megragadására tesz javaslatot. A két fázis megkülönböztetése azt hangsúlyozza, hogy a szándék vagy cél kialakulása nagymértékben különbözik a későbbi előkészülettől, a végrehajtástól és az értékeléstől.

A *motivációs fázisban* a személyek súlyozzák a prioritásaikat, a cselekvés mellett és ellene szóló szempontokat, valamint mérlegelik az egészségmagatartás adoptálása melletti döntést. Ezt a szakaszt leginkább „*a vágytól az akaratiig*” (SCHWARZER, 1999, 117) címkével foglalhatjuk össze. Az egészségpszichológia egyik fő kérdése, hogy hogyan aktiválható ez a motivációs fázis. Ehhez azt kell megértenünk, hogy a modellben melyek azok a tényezők, amelyek a célok és a tervezés kialakulásában fontossággal bírnak. Schwarzer szerint a motivációs fázisban három fő kognitív tényező játszik szerepet: A *veszély/rizikó percepciója*, a *kimeneti elvárások* és az *észlelt énhatékonyság*. A modellben egyelőre még nem világos az, hogy ezek a tényezők milyen kölcsönhatásokban járulnak hozzá a célok kialakításához és a tervezéshez. A kezdeti kutatások egyelőre azt mutatják, hogy a testtömegkontroll, valamint a rendszeres testedzés szándékában a bejósolás erősségének a sorrendje a következő volt: a kimeneti elvárások (a cselekvés pro és kontra elemzése), az énhatékonyság és a veszély percepciója (SCHWARZER, FUCHS, 1996). Hasonlóan a modellt támogató eredményről számolt be BARLING és LEHMANN (1999) is. Ők fiatal férfiak rendszeres hereönvizsgálatát meghatározó tényezőket vizsgáltak a HAPA modell keretén belül. Eredményeik azt mutatják, hogy a havi önvizsgálat rendszeres végrehajtásának legjobb bejósoló a szándék, a kimeneti elvárások és az énhatékonyság voltak.

Az *akarati fázisban* Schwarzer szerint a megformált szándékot cselekvésbe kell fordítani, azaz a személynek meg kell fogalmazni magának azokat a részletes instrukciókat, módokat, illetve terveket, ahogy a kívánt cselekvést végre tudja hajtani. A globális szándék alapján megfogalmazott közvetlen célok és a cselekvéses szekvenciák algoritmusának kialakítását az énhatékonyság jelentős mértékben befolyásolja, mivel elősegíti a specifikus akciók tervek kognitív konstrukcióját, azaz például a célok elérésének vizuális elképzelését, amely vezetheti a cselekvést magát (TAYLOR és munkatársai, 1998). Ez a döntés utáni, de cselekvés előtti szakasz szükséges, mert e nélkül a cselekvő impulzívan, próba szerencse módon viselkedne, és a hozzáférhető erőforrásokat nem tudná azonosítani. A cselekvés késleltetése ebből a szempontból jelentős tényező lehet, hiszen lehetővé teszi a személy számára a cselekvés kedvező körülményeinek megteremtését.

A cselekvés kezdettől fogva a kognitív folyamatok irányítása alatt áll. Ez a kognitív követés vagy metakognitív aktivitás jelentős szerepet tölt be az elterelő másodlagos cselekvéses tendenciák elnyomásában. Ilyen értelemben tehát az énregulációs folyamatok szükségesek a cselekvés melletti erőfeszítés és kitartás biztosításában. Az énhatékonyságnak ebben a szakaszban is jelentős szerepe van, mivel befolyásolja a cselekvés melletti kitartás és erőfeszítés mértékét, ugyanakkor védi a cselekvőt a váratlan körülmények kedvezőtlen hatásaitól.

A modell Prochaska és DiClemente modelljéhez hasonlóan feltételezi, hogy az egészségmagatartás az elkezdés, a fenntartás és az újratekérés folyamatos ciklusában marad fenn egészen addig, amíg a személy felhagy ezzel a cselekvéssel. Tehát Schwarzer is feltételezi, hogy az egészségmagatartás nem statikus, hanem ciklikus folyamat. A cselekvési fázisból vissza-visszatér a motivációs fázisba, hogy a cselekvési fázisba lendüljön át ismét szerencsés esetben, vagy kedvezőtlen esetben a cselekvés felhagyásával befejeződjön.

A modell központi kognitív tényezője az énhatékonyság, amely mind a motivációs, mind az akció fázisban jelentős szerepet játszik, más-más formában jelenik meg a HAPA modell különböző szakaszaiban. Így SCHWARZER (1998, 1999) megkülönböztet a cél felállításával kapcsolatos énhatékonyságot, a cselekvéses énhatékonyságot, a megküzdéssel kapcsolatos énhatékonyságot és az újratekéréssel asszociált énhatékonyságot. Ilyen értelemben a folyamatmodellben az énhatékonyság különböző formát vesz fel, de mindvégig jelen van és részt vesz az énszabályozás folyamataiban.

Az elképzelés számunkra fontos sajátossága az, hogy a legtöbb modellel szemben lehetővé teszi, hogy az egészségmagatartást ne csak az egészség fenyegetettségére adott reakcióként értelmezzük, hanem azt a személy fejlődésének aspektusából is elemezhesük. Ebben az esetben a modellben a veszély percepciója helyett vagy mellett a *proaktív attitűdöt*²¹ kellene hangsúlyozni. Amennyiben ez a feltételezés empirikus igazolást nyer, akkor az egészségvédő kampányok a félelemkeltés helyett a proaktív attitűd hangsúlyozásával kedvező, pozitív pszichológiai kontextust teremthetnek az elősegítendő cselekvéseknek.

Az egészségmagatartás éndeterminációs megközelítése

A motiváció és a személyiség éndeterminációs elmélete (SDT – RYAN, DECI, 2000; DECI, RYAN, 1991) három alapvető emberi szükségletet tételez fel: autonómiára való szükségletet, kompetenciaszükségletet és a társas kapcsolatokra való szükségletet. Bár ez elméletnek az újabb kutatási eredmények fényében az egészségpszichológia szélesebb területén is van relevanciája, itt elsősorban az egészségmagatartás szempontjából lényeges mozzanataira térünk ki, úgymint a motiváció kognitív értékelélméletére és az organizmikus integráció elméletére. Mind a két elmélet

²¹ A proaktív attitűd olyan személyiségjellemző, amely a személy saját és környezete fejlődésébe, illetve fejleszthetőségébe vetett hitét tükrözi. A proaktív attitűd magába foglalja az elegendő külső és belső erőforrásokba vetett hitet, a személy önmaga fejlődéséért érzett felelősséget, a viselkedést vezérlő értékeket és végül a célokat, amelyeket a személy kitűz maga elé (<http://www.psychologie.de/schwarzer/>).

alaptétele a motivációk típusainak öndeterminációs kontinuum, amely a motiváció hiányától az extrinzik motiváción keresztül az intrinzik motivációig tart.²²

A cselekvésünket vezérlő motiváció extrinzik és intrinzik elkülönítése különösen releváns az egészségmagatartás elemzése szempontjából. Az extrinzik motiváció felölel minden olyan motivációs tényezőt, amely a cselekvés irányításában külső kontrollt gyakorol, azaz a motiváció forrása az énhez képest külső. Ezzel szemben az intrinzik motiváció forrása például a személy érdeklődése, a cselekvés élvezete, összességében minden olyan tényező, amely a cselekvésben magában van, illetve az énhez képest belső.

Amennyiben az egészségmagatartást és az egészségkommunikációt e motivációk szempontjából vizsgáljuk, akkor sajnálattal kell megállapítanunk azt, hogy a kurrens modellek többsége²³ az extrinzik motivációs tényezőkre alapoz, olyanokra, mint például a fenyegetés észlelése, a költség-haszon elv, a normáknak való megfelelés vagy engedelmesség az orvosi, illetve egészségi utasításoknak. Az extrinzik motiváció ugyanakkor nem biztosíthatja az adott viselkedés hosszú távú fennmaradását akkor, amikor a külső motivációs tényezők (például észlelt tünetek, észlelt veszély vagy nyereség stb.) jelenléte megszűnik vagy legalábbis a személy azt úgy észleli (CURRY és munkatársai, 1991). Hipotézisként fogalmazhatjuk meg, hogy a hosszú távú perzisztenciát kívánó egészségmagatartások (például fizikai aktivitás, diéta, hosszabb távú gyógyszeresedés, tartós életmód-változtatás), csak akkor maradhatnak fenn hosszabb távon, ha az extrinzik motiváció öndeterminálttá vagy esetleg intrinzikké válik.

Az SDT keretében kidolgozott kognitív értékelés elmélet (DECI, RYAN, 1985; hiv. RYAN, DECI, 2000) az intrinzik motivációt elősegítő, illetve aláásó környezeti és társas tényezőket foglalja össze, és hangsúlyozza, hogy az intrinzik motiváció a kompetencia és az autonómia kölcsönhatásában alakul ki. Más szavakkal, a személy számára az énhatékonyság érzése (kompetencia) önmagában nem elég a cselekvés intrinzik motivációjának érzéséhez, ehhez még fontos az, hogy a személy a cselekvését önmaga által meghatározottnak élje meg (autonómia). Sok esetben azonban nem alakítható ki az egészségmagatartást elősegítő intrinzik motiváció, például olyan esetekben, ahol az egészségmagatartás lemondást vagy kellemetlenség felvállalását is igényli. Ilyen esetekben az extrinzik motivációautonómia magasabb szintjén alapuló formái kaphatnak fontos szerepet. Éppen ezért érdemes figyelembe venni az organizmikus integráció elméletét (DECI, RYAN, 1985; hiv. RYAN, DECI, 2000) is. Az elmélet szerint az extrinzik motiváció maga sem egységes konstrukció, az extrinzik motiváció szabályozási stílusai az öndetermináció különböző fokán állnak. A kontinuum (RYAN, DECI, 2000, 72) a *külső regulációtól* (például engedelmesség, külső jutalmak vagy büntetések), az *introjekción* (kontroll, én-involvátság, belső jutalmazás és büntetés) és az *identifikáción* (személyes fontosság és tudatos értékelés) keresztül az *integrált szabályozásig* (kongruencia, tudatosság, az

²² Az elmélet részletesebb ismertetését lásd URBÁN (2000) tanulmányában.

²³ Talán ennek is köszönhető az, hogy sem a kognitív, sem a társas-kognitív modellek (lásd korábban) nem lépnek túl a szándék, illetve a cselekvés bejósolásán, és semmit nem tudnak kezdeni az egészségmagatartás hosszú távú fenntartásának problémájával.

énbe való integráció) tart. Ezt a megkülönböztetést az egyszerűség miatt gyakran a viselkedésszabályozás kontrollált, illetve autonóm szabályozás kontinuumának is hívjuk. Az extrinzik motiváció ilyen felfogásának implikációi és széles körű alkalmazhatósága az egészségpszichológiában még nem rajzolódtak ki teljesen, mivel nem rendelkezünk a szükséges empirikus adatokkal. Nyilvánvalónak tűnik az, hogy a magasabb öndeterminációs, azaz autonómiaszint elérésére való törekvés, illetve ennek elősegítése szükségszerű lenne az egészségmagatartás tartós megváltoztatásához. Bár a szerzők erre nem utalnak, de feltételezzük, hogy az egészségmagatartással kapcsolatos autonómia folyamatosan alakul és formálódik, éppen ezért tárgyaljuk ezt az elméletet a folyamatmegközelítések között.

Az autonómiával kapcsolatban azonban rendelkezünk már idevágó vizsgálati adatokkal. WILLIAMS, GROW, FREEDMAN, RYAN és DECI (1996) például vizsgálatukban azt találták, hogy nagymértékben elhízott személyek autonóm öndeterminációja bejósolta a súlycsökkentő programban való részvételt. Ez utóbbi viszont bejósolta a testtömeg csökkenését. Ugyanakkor az autonóm öndeterminációt mind az autonómiaorientációban fennálló egyéni különbség, mind a környezet autonómiát támogató attitűdje befolyásolta.²⁴ Hasonló eredményről számoltak be a gyógyszereszedési szokásokkal (WILLIAMS és munkatársai, 1998), valamint a cukorbetegek glükózsztíkjének kontrolljával (WILLIAMS, FREEDMAN, DECI, 1999) kapcsolatban is.

Az eredmények gyakorlati jelentősége az, hogy az egészségügyi szakemberek autonómiát erősítő kommunikációs stílusa kedvező befolyással van a kliens orvosi mutatóira is, úgy mint például a testtömegre vagy a glükózkontroll mutatójára (HbA_{1c}). Az elmélet javaslatai az egészségkommunikációban is felhasználhatók. Így például WILLIAMS, COX, KOUIDES és DECI (1999) vizsgálatukban bemutatták azt, hogy a serdülőknek tartott dohányzás elleni intervenciós előadásokban a félelemkövetelmény stílusú prezentációval²⁵ szemben az autonómiát és a saját választást hangsúlyozó előadás egyrészt növelte a dohányzás abbahagyásának autonóm motivációját, másrészt szignifikánsan kedvező hatással volt a dohányzás abbahagyására, illetve csökkentésének mértékére a vizsgálat négy hónapos időszakában.

A modell és az eredmények implikációi nyilvánvalóak. Az egészségmagatartásban jelentős szerepet játszó autonómia kérdésköre új szemléletet hoz az egészségpszichológiába és az egészségfejlesztésbe (WILLIAMS, DECI, RYAN, 1998), mivel útmutatást ad ahhoz, hogy hogyan érjünk el tartós magatartásváltozást az egyén egészsége érdekében.

²⁴ Fontos megjegyezni, hogy az egészségpszichológiában használatos egészségkontroll helye egyáltalán nem volt a modellbe beilleszthető, mivel sem az autonóm motivációhoz, sem a részvételhez, illetve a testtömeg csökkenésének előrejelzéséhez statisztikailag nem járult hozzá.

²⁵ A tipikus félelmet és követelményeket bemutató prezentáció a dohányzás által okozott betegségeket, valamint a halálózások arányait mutatja be egyrészt statisztikai adatokon keresztül, másrészt az elhaltakból kivett károsodott szervek fotóinak bemutatásával. A prezentáció „folyamatos üzenete” a dohányzás tiltása és azonnali abbahagyása.

A folyamatmodellek értékelése és kritikái

A folyamatmodellek már némileg számot adnak az egészségmagatartás adaptálásáról és hosszú távú fenntartásáról is. A transzteoretikus változás modellje ráadásul valamennyire megtermékenyítheti a gyakorlati szakemberek munkáját is.

A modellekben továbbá törekvés mutatkozik arra, hogy figyelembe vegyék az egyéni különbségeket legalább a változás folyamatának szintjén.

Ezek a modellek sem veszik figyelembe azonban a társadalmi, kulturális és individuális különbségeket, és az egészségmagatartás teljes spektrumára kívánnak magyarázatot nyújtani, megőrizve az egyéni döntésre való fókuszálást.

AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS A KRITIKAI EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA SZEMSZÖGÉBŐL

Az egészségpszichológia fő irányával szemben megfogalmazott bíráló szempontok hatására született meg a napjainkban egyre jobban előretörő kritikai egészségpszichológia. Az egészségpszichológia ezen újabb szemléleti irányzata arra hívja fel a figyelmet, hogy a bio-pszichoszociális megközelítés (ENGEL, 1977) sokat ígérő mozgalma napjainkra betagozódott az egészség biomedikális modelljébe, kiegészítve a biológiai okokat a szociális és pszichológiai magyarázatokkal, anélkül, hogy az egészség és a betegség ténylegesen integrált szemléletét nyújtaná²⁶ (CROSSLEY, 2000; MURRAY, CHAMBERLAIN, 1999). A kritikai egészségpszichológia a korábban tárgyalattól eltérően más fogalmakban ragadja meg az egészségpszichológia főbb témaköreit és a számunkra itt érdekes egészségmagatartást. Jellemző módon a jelentésnek, a jelentés konstrukciójának, az egyéni, társas és társadalmi kontextusnak és ezzel összekapcsolódóan a megértésnek tulajdonít jelentőséget egyfajta fenomenológiai-diszkurzív modell keretein belül (CROSSLEY, 2000). Éppen az egészséggel kapcsolatos társas, kulturális értékekkel telített, akár nem tudatos vagy éppen megszokott jelentések válnak fontossá a kritikai egészségpszichológia számára, hangsúlyozva az egészséges és a veszélyes magatartás szubjektív konceptualizációjának jelentőségét. Terjedelmi okokból szisztematikus áttekintést erről a területről itt nem tudunk bemutatni, de az előbbieket néhány illusztrációjával próbálunk hozzájárulni az olvasó érdeklődésének felkeltéséhez.²⁷ Ez a fajta kritikai megközelítés rámutathat olyan tényezőkre szerepére bizonyos magatartások fenntartásában, amelyek nem vagy csak nagyon nehezen illeszthetők be az egyénre orientáló racionális modellekbe. Így például a dohányzás kontextustól, illetve hely-

²⁶ „A kritikai megközelítés segít bennünket annak megértésében, hogy hogyan alakíthatunk ki egy integráltabb szemléletet, amelyet illeszteni lehet a magyarázat másik szintjére is. Ez a szemlélet kihívást jelent a test-lélek dualizmussal és az egészségpszichológia fő áramaiban megfigyelhető azon megközelítéssel szemben, amely az egyéni jellemzőket fragmentált módon tárgyalja. ... Ez segít bennünket egyrészt abban, hogy mélyebben megértsük az emberi tapasztalás pszichológiai dimenzióit (például azonosíthatjuk az emberi akciók mögött meghúzódó összetett érzelmi és »irracionális« erőket), másrészt ezzel kapcsolatban feltárhatjuk az emberi tapasztalás szociokulturális dimenzióit.” (CROSSLEY, 2000, 6.)

²⁷ Az olvasónak a részletesebb tájékozódásban további segítséget nyújthat MURRAY és CHAMBERLAIN (1999) kötete.

zettől függően más és más jelentéssel bír (MURRAY és munkatársai, 1988). Kvalitatív kutatások rámutattak arra, hogy például a fiatal gyári munkások számára a dohányzás a munka rutinjából való kiszakadást, szünetet jelent, a dohányzás számukra a napi rutin szabályozása, a kontroll egyfajta visszaszerzése. Más fiatalok számára viszont a dohányzás jelentheti a társas viszonyok erősítését, a felnőtt identitás igénylését vagy éppen a társas hierarchiában betöltött szerep demonstrációját (MARKS és munkatársai, 2000).

Más elemzések is azt hangsúlyozzák, hogy az egészségvédő és -károsító magatartások a kontroll, a biztonság, a szerelem, a barátság, az önérvényesítés stb. többé-kevésbé rejtett szükségleteit elégíthetik ki, és segíthetik a személyt abban, hogy megküzdjön a kultúránkból származó ellentmondásokkal, amelyek az üresség és az értelmetlenség érzését kelthetik (CROSSLEY, 2000). A sport ilyen értelemben lehet például a nőknél a saját testük feletti kontroll gyakorlása (BORDO, 1993), vagy például a védekezés nélküli szex a homoszexuálisoknál a szerelem legvégső kifejezési formája (JOFFE, 1997).

A kritikai egészségpszichológiai elemzések olyan lényeges szempontokkal alátámasztják szemléletünket, amelyek mind az elméleti, mind a gyakorlati egészségpszichológiai és egészségfejlesztő munkát hatékonyabbá, és mondjuk ki bátran, hogy akár életszerűbbé is tehetik.

ZÁRSZÓ

Áttekintésünk csak vázlatosan tudta bemutatni azokat az elméleti és empirikus erőfeszítéseket, amelyekkel a kutatók az egészségmagatartás témakörét megközelítik. Tanulmányunkban számos elméleti megközelítést mutattunk be. Ezek egyik csoportja a viselkedés leírása általános elméleteinek egészséggel kapcsolatos alkalmazása során vált ismertté, másik csoportja az egészségmagatartás magyarázatára való törekvéből született. Ez a fajta megosztottság kérdésként veti fel azt, hogy mennyiben kell az egészségmagatartás modelljének specifikusnak lenni, és hogyan illeszthető be egy ilyen modell a magatartás általános elméletei közé. A továbbiakban néhány, korábban már említett problémát érdemes zárszóként kiemelni.

1. Az egészségmagatartás konceptualizációjának feladatát nem lehet megkerülni. Ez fontos lenne abból a célból, hogy azokhoz jobban illeszkedő elméleteket alkothassunk. Nehezen képzelhető el, hogy az egészségmagatartás kategóriájába sorolható sokféle magatartás egy közös elméletben vizsgálható lenne. Az egészségmagatartás professzionális megközelítésén túl a hétköznapi, naiv elméletek, elképzelések, reprezentációk feltárása jelentősen segíthetné az ökológiailag is érvényes elméletek megfogalmazását.
2. Az egészségmagatartást leíró elméletnek folyamatelméletnek kell lennie, hiszen a magatartás egyszeri végrehajtását, majd rendszeresebb adoptálását és fenntartását más-más törvényszerűségek írják le.
3. Az egészségmagatartást leíró elképzelésnek figyelembe kell vennie a társadalmi, kulturális és egyéni különbségeket.

4. Az egészségmagatartás itt bemutatott modelljei alapvetően individuális modellek, figyelmen kívül hagyva az ökológiai és rendszerszemléletet, amely hangsúlyozza, hogy az egészségmagatartás nemcsak egyéni döntés, hanem a fizikai, társadalmi és politikai környezeti hatások eredője is (WINETT, 1985).

Az elméleti és empirikus erőfeszítéseknek informálniuk kell a gyakorlatot és fordítva. Amennyiben az elmélet és a gyakorlat nem talál egymásra, akkor az elmélet száraz és élettelen, a gyakorlat pedig ateoretikus lesz. KOK, SCHAALMA, DE VRIES, PARCEL, PAULUSSEN (1996), valamint HART és KOK (2000) az elmélet és a gyakorlat közötti kapcsolat problémára hívja fel a figyelmet. KOK és munkatársai (1996) összehasonlítva az elméletet és a megoldandó aktuális probléma által irányított kutatást, a problémára orientált kutatást helyezik előtérbe. Elemzésükben az elmélet által irányított kutatás jellemzői: 1. az elmélet igazolására törekszik, még akkor is, amikor esetlegesen a gyakorlatban alkalmazzák, 2. eredendően monoteoritikus annak minden hátrányával együtt, többek között leszűkíti a vizsgált változók körét és kisebb valószínűséggel nyújt támpontokat a gyakorlat számára.

A gyakorlat által irányított kutatás valamilyen gyakorlati probléma megoldására tett törekvésből fakad. Jellemzői, hogy 1. fő fókusza a probléma megoldása, 2. transzteoretikus, tehát a probléma alapos elemzéséből kiindulva több elmélet alkalmazásával közelíti meg az aktuális feladatot. Éppen ezért a gyakorlatorientált kutatóknak a számos modell és elmélet megfelelően válogatott csoportjával kell dolgoznia. A monoteoritikusan informált gyakorlati szakember ugyanolyan terméketlenségre van ítélve, mint a gyakorlatot teljesen figyelmen kívül hagyó elméleti kutató. Áttekintésünkkel remélhetőleg hozzájárultunk az elmélet és gyakorlat közötti hasadék áthidalásához is.

IRODALOM

- ADLER, N., MATTHEWS, K. (1994) Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229–259.
- AJZEN, I. FISHBEIN, M. (1980) *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, Prentice Hall
- AJZEN, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. The Dorsey Press, Chicago
- AJZEN, I., TIMKO, C. (1986) Correspondence between health attitudes and behavior. *Journal of Basic and Applied Social Psychology*, 7, 259–76.
- ARMITAGE, C. J., CONNER, M. (2000) Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health*, 15, 173–189.
- ARMITAGE, C. J., CONNER, M. (megjelenés alatt) Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*
- ASZMANN A. (szerk.) (2000) *Fiatalkor egészségi állapota és egészségmagatartása*. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest
- BAGOZZI, R. P., KIMMEL, S. K. (1995) A comparison of leading theories for the prediction of goal-directed behaviours. *British Journal of Social Psychology*, 34, 437–461.

- BAGOZZI, R. P., WARSHAW, P. R. (1990) Trying to consume. *Journal of Consumer Research*, 17, 127–140.
- BANDURA, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- BARLING, N. R., LEHMANN, M. (1999) Young men's awareness, attitudes and practice of testicular self-examination: A Health Action Process Approach. *Psychology, Health and Medicine*, 4, 3, 255–263.
- BAUM, A., POSLUSZNY, D. M. (1999) Health psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137–163.
- BOOTH-KEWLEY, S., VICKERS, R. R. (1994) Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62, 281–198.
- BORDO, S. (1993) *Unbearable weight: Feminism, Western culture and the Body*. University of California Press, Berkeley
- BROUWERS, M. C., SORRENTINO, R. M. (1993) Uncertainty orientation and protection motivation theory: The role of individual differences in health compliance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1, 102–112.
- BUUNK, B. P., BAKKER, A. B., SIERO, F. W., VAN DEN EIJNDEN, R. J. J. M., YZER, M. C. (1998) Predictors of AIDS-preventive behavioral intentions among heterosexuals at risk for HIV-infection: Extending current models and measures. *AIDS Education and Prevention*, 10, 2, 149–172.
- CARVER, C. S., SCHEIER, M. F. (1990) Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 1, 19–35.
- CARVER, C. S., SCHEIER, M. F. (1998) *Személyiségpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest
- CHEYNE, G. (1733) *The English Malady*. London
- CORNARO, L. (1776) *Discourse on a sober and temperate life*. London
- CROSSLEY, M. L. (2000) *Rethinking health psychology*. Open University Press, Philadelphia
- CURRY, S., WAGNER, E. H., GROTHAUS, L. C. (1991) Evaluation of intrinsic and extrinsic motivation interventions with a self-help cessation program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 318–324.
- DECI, E. L., RYAN, R. M. (1991) A motivational approach to self: Integration in personality. In Dienstbier, R. (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation*. 237–288. University of Nebraska Press, Lincoln
- DETWEILER, J. B., BEDELL, B. T., SALOVEY, P., PRONIN, E., ROTHMAN, A. (1999) Message framing and sunscreen use: Gain-framed messages motivate beach-goers. *Health Psychology*, 18, 189–196.
- DICLEMENTE, C. C., PROCHASKA, J. O., FAIRHURST, S. K., VELICER, W. F., VELASQUEZ, M. M., ROSSI, J. S. (1991) The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 2, 295–304.
- ENGEL, G. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- FELDMAN, P. J., COHEN, S., DOYLE, W. J., SKONER, D. P., GWALTNEY, J. M. JR. (1999) The impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 370–378.
- FOUCAULT, M. (2000) *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése*. Corvina Könyvkiadó, Budapest

- FRIEDMAN, H. S., TUCKER, J. S., TOMLINSON-KEASEY, C., SCHWARTZ, J. E., WINGARD, D. L., CRIQUI, M. H. (1993) Does childhood personality predict longevity? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 176–185.
- GODIN, G., KOK, G. (1996) The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11, 2, 87–98.
- HARRISON, J. A., MULLEN, P. D., GREEN, L. W. (1992) A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research*, 7, 107–116.
- HART, G., KOK, G. (2000) *The usefulness and limitation of behavioral models in prevention research*. A debate, 3rd European Conference on the methods and results of social and behavioral research on AIDS, Amsterdam, Február 13–16.
- HERZOG, T. A., ABRAMS, D. B., EMMONS, K. M., LINNAN, L. A., SHADEL, W. G. (1999) Do processes of change predict smoking stage movements? A prospective analysis of the transtheoretical model. *Health Psychology*, 18, 4, 369–375.
- INGLEDEW, D. K., BRUNNING, S. (1999) Personality preventive health behaviour and comparative optimism about health problems. *Journal of Health Psychology*, 4, 2, 193–208.
- INGLEDEW, D. K., HARDY, L., COOPER, C. L. (1995) Latent class analysis applied to health behaviours. *Personality and Individual Differences*, 19, 1, 13–20.
- INGLEDEW, D. K., MARKLAND, D., MEDLEY, A. R. (1998) Exercise motivation and stages of change. *Journal of Health Psychology*, 3, 4, 477–489.
- JANZ, N. K., BECKER, M. H. (1984) The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1–47.
- JOFFE, H. (1997) Intimacy and love in late modern conditions: implications for unsafe sexual practices. In Ussher, J. (ed.) *Body talk: The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction*. Routledge, London
- KAPLAN, R. M. (2000) Two pathways to prevention, *American Psychologist*, 55, 4, 382–396.
- KASL, S. V., COBB, S. (1966a) Health behaviour, illness behaviour, and sick role behavior I. Health and illness behavior. *Archives of environmental health*, 12, 246–266.
- KASL, S. V., COBB, S. (1966b) Health behaviour, illness behaviour, and sick role behavior II. Sick role behavior. *Archives of environmental health*, 12, 531–541.
- KOK, G., SCHAALMA, H., DE VRIES, H., PARCEL, G., PAULUSSEN, T. (1996) Social psychology and health education. In Stroebe, W., Hewstone, M. et al. (eds) *European review of social psychology*. Vol. 7. 241–282. John Wiley and Sons, Chichester
- KULCSÁR ZS. (1998) *Egészségpszichológia*. Eötvös Kiadó, Budapest
- LINDEMAN, M., KESKIVAARA, P., ROSCHIER, M. (2000) Assessment of magical beliefs about food and health. *Journal of Health Psychology*, 5, 195–209.
- LUPTON, D. (1995) *The imperative of health*. Sage, London
- MACDONALD, T. H. (1998) *Rethinking health promotion, a global approach*. Routledge, London–New York
- MACDONALD, T. K., FONG, G. T., ZANNA, M. P., MARTINEAU, A. M. (2000) Alcohol myopia and condom use: Can alcohol intoxication be associated with more prudent behavior? *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 4, 605–619.
- MARKLAND, D., INGLEDEW, D. K. (1997) The measurement of exercise motives: Factorial validity and invariance across gender of a revised Exercise Motivation Inventory. *British Journal of Health Psychology*, 2, 361–376.
- MARKS, D. F., MURRAY, M., EVANS, B., WILLIG, C. (2000) *Health psychology*. Sage, London

- MATARAZZO, J. D. (1982) Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology, *American Psychologist*, 37, 1–14.
- 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, 500–510.
- MILSTEIN, B., LOCKABY, T., FOGARTY, L., COHEN, A., COTTON, D. (1998) Processes of change in the adoption of consistent condom use. *Journal of Health Psychology*, 3, 349–368.
- MOLNÁR P., CSABAI M. (1994) *A gyógyítás pszichológiája*. Springer Hungarica, Budapest
- MURRAY, M., CHAMBERLAIN, K. (1999) Health psychology and qualitative research. In Murray, M., Chamberlain, K. (eds) *Qualitative health psychology*. 3–15. Sage, London
- MURRAY, M., JARRETT, L., SWAN, A. V., RUMUN, R. (1988) *Smoking among young adults*. Gower, Aldershot
- NAIDOO, J., WILLS, J. (1999) *Egészségmegőrzés*. Medicina Kiadó, Budapest
- OGDEN, J. (1996) *Health psychology*. Open University Press, Philadelphia
- OLIVER, R. L., BERGER, P. K. (1979) A path analysis of preventive care decision models. *Journal of Consumer Research*, 6, 113–122.
- OUELLETTE, J. A., WOOD, W. (1998) Habit and intention in everyday life: The multiple processes by which past behavior predicts future behavior. *Psychological Bulletin*, 124, 54–74.
- PROCHASKA, J. O. (1979) *Systems of psychotherapy: A transteoretical analysis*. Dorsey Press, Homewood
- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. (1983) Stages and processes of self-change in smoking. Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 520–528.
- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C., NORCROSS, J. C. (1992) In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 9, 1102–1114.
- PROCHASKA, J. O., VELICER, W. F., ROSSI, J. S., GOLDSTEIN, M. G., MARCUS, B. H., RAKOWSKI, W., FIORE, C., HARLOW, L. L., REDDING, C. A., ROSENBLUM, D., ROSSI, S. R. (1994) Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39–46.
- RICHARD, R. (1994) *Regret is what you get: the impact of anticipated feelings and emotions on human behavior*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Amsterdam, Amsterdam
- RICHARD, R., DEVRIES, N. K., VAN DER PLIGHT, J. (1998) Anticipated regret and precautionary sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 15, 1411–1428.
- RICHARDS, T. (1996) European health policy: must redefine its raison d'être. *British Medical Journal*, 312, 1622–1623.
- RIPPETOE, P. A., ROGERS, R. W. (1987) Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health treat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 3, 596–604.
- ROGERS, R. W. (1983) Cognitive and physiological processes in attitude change: A revised theory of protection motivation. In Cacioppo, J., Petty, R. (eds) *Social Psychophysiology*. 153–176. Guilford Press, New York
- ROSENSTOCK, I. M. (1974) Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 1–8.
- ROTHMAN, A. J., MARTINO, S. C., BEDELL, B. T., DETWEILER, J. B., SALOVEY, P. (1999) The systematic influence of gain- and loss-framed messages on interest in and use of different types of health behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1355–1369.

- ROTHMAN, A. J., SALOVEY, P. (1997) Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121, 1, 3–19.
- RYAN, R. M., DECI, E. L. (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 1, 68–78.
- SCHWARTZ, M. D., TAYLOR, K. L., SIEGEL, J. E., WILLARD, K. S., LAMDAN, R.M., MORAN, K. (1999) Distress, personality, and mammography utilization among women with a family history of breast cancer. *Health Psychology*, 18, 327–332.
- SCHWARZER, R. (1998) Optimism, goals, and threats: How to conceptualize self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Psychology and Health*, 13, 759–766.
- SCHWARZER, R. (1999) Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Journal of Health Psychology*, 4, 2, 115–127.
- SCHWARZER, R., FUCHS, R. (1996) Self-efficacy and health behaviors. In Conner, M., Norman, P. (eds) *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. 163–196. Open University Press, Buckingham
- SIEGLER, I. C., FEAGANES, J. R., RIMER, B. K. (1995) Predictors of adoption of mammography in women under age 50. *Health Psychology*, 14, 274–278.
- SIEGLER, I. C., PETERSON, B. L., BAREFOOT, J. C., WILLIAMS, R. B., JR. (1992) Hostility during late adolescence predicts coronary risk factors at midlife. *American Journal of Epidemiology*, 136, 146–154.
- STEELE, C. M., JOSEPHS, R. A. (1990) Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, 45, 921–933.
- SUTTON, S. (1996) Can ‘stages of change’ provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente’s model. In Edwards, G., Dare, C. (eds) *Psychotherapy, psychological treatments and addictions*. 189–205. Cambridge University Press, Cambridge
- TAYLOR, S. E., PHAM, L. B., RIVKIN, I. D., ARMOR, D. A. (1998) Harnessing the imagination. *American Psychologist*, 53, 429–439.
- TRAFIMOV, D. (2000) Habit as both a direct cause of intention to use a condom and as a moderator of the attitude-intention and subjective norm-intention relations, *Psychology and health*, 15, 383–393.
- TRIANDIS, H. C. (1980) Values, attitudes and interpersonal behavior. In Howe, H. E., Page, M. M. (eds) *Nebraska Symposium on Motivation, 1979*. 195–260. University of Nebraska Press, Lincoln
- TURNER, B. S. (1997) Az étrendről folyó diskurzus. In Featherstone, M., Hepworth, M. és Turner, B. S. (szerk.) *A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória*. Jászöveg Műhely Kiadó, Budapest
- TVERSKY, A., KAHNEMAN, D. (1981, January 30) The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211, 453–458.
- URBÁN R. (2000) Az érzelem és motiváció pszichológiája. In Oláh A., Bugán A. (szerk.) *Fejezetek a pszichológia alapterületeiből*. 157–185. Eötvös Kiadó, Budapest
- VAN DER PLIGHT, J., ZEELLENBERG, M., VAN DIJK, W. W., DEVRIES, N. K., RICHARD, R. (1998) Affect, attitudes and decisions: Let’s be more specific. In Stroebe, W., Hewstone, M. et al. (eds) *European review of social psychology*. Vol. 8. 33–66. John Wiley and Sons, Chichester
- VELICER, W., DICLEMENTE, C.C., PROCHASKA, J. O., BRANDENBURG, N. (1985) Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 5, 1279–1289.

- VERPLANKEN, B., AARTS, H. (1999) Habit, attitude, and planned behaviour: Is habit an empty construct or an interesting case of goal-directed automaticity? In Stroebe, W., Hewstone, M. (eds) *European review of social psychology*. Vol. 10. 101–134. John Wiley and Sons, Chichester
- WALLSTON, K. A., WALLSTON, B. S. (1981) Health locus of control scales. In Lefcourt, H. M. (ed.) *Research with locus of control construct. Vol. 1: Assessment methods*. 189–243. Academic Press, San Diego
- WEINER, B. (1985) An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548–573.
- WILLIAMS, G. C., COX, E. M., KOUIDES, R., DECI, E. L. (1999) Presenting the facts about smoking to adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 959–964.
- WILLIAMS, G. C., DECI, E. L., RYAN, R. M. (1998) Building healthcare partnerships by supporting autonomy: Promoting maintained behavior change and positive health outcomes. In Suchman, A. L., Botelho, R. J., Hinton-Walker, P. (eds) *Partnerships in healthcare: Transforming relational process*. 67–87. University of Rochester Press, Rochester
- WILLIAMS, G. C., FREEDMAN, Z. R., DECI, E. L. (1998) Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21, 10, 1644–1651.
- WILLIAMS, G. C., GROW, V. M., FREEDMAN, Z. R., RYAN, R. M., DECI, E. L. (1996) Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1, 115–126.
- WILLIAMS, G. C., RODIN, G. C., RYAN, R. M., GROLNICK, W. S., DECI, E. L. (1998) Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients, *Health Psychology*, 17, 3, 269–276.
- WINETT, R. A. (1985) Ecobehavioral assessment in health life-styles: Concept and methods, In Karoly, P. (ed.) *Measurement strategies in health psychology*. 147–182. John Wiley and Sons, New York

TOWARD BEHAVIORAL HEALTH PSYCHOLOGY: MODELS AND APPROACHES TO HEALTH BEHAVIORS

URBÁN, RÓBERT, Ph. D

The paper reviews the current models of health behavior. The concept of health-related behavior is shown as a fuzzy category of different acts, behaviors, and habits. The scientific definition for this category is hardly possible because we are lacking the conceptual analysis of health behavior. Some health-related behaviors require adoption of a new behavior, some others require only modification of behavior, some are transient, some must be continuous, some imply avoidance, and others imply approach, some are simple acts and others quite complex organized sequences. It is not surprising that current models of health behavior cannot fully predict and understand these behaviors.

Three groups of models are presented: a) cognitive models including Health Belief Model, Protection Motivation Theory, and Anticipated Regret Theory; b) social cognitive theories including Reasoned Action Model, Planned Behavior Model, and Model of Trying; and finally c) Process Models: Transtheoretical Model of Change, Health Action Process Approach, and Self-determination Theory.

Beside the critics of these approaches, the importance of integration of theories and practice is emphasized.

Key words: *health, health behavior, theoretical models, critical health psychology, health promotion*