

SU SVEIKATA SUSIJUSĮ ELGESĮ AIŠKINANČIOS TEORIJOS IR MODELIAI: KAS SKATINA KEISTI ELGESĮ

Laima Bulotaitė¹, Sigita Vičaitė²

¹Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Bendrosios psichologijos katedra, ²Higienos instituto Profesinės sveikatos centras

Santrauka

Šio straipsnio tikslas – apžvelgti šiuolaikines su sveikata susijusį elgesį aiškinančias teorijas bei modelius ir jų panaudojimo sveikos gyvensenos skatinimo programose galimybes. Aptariamas Sveikatos įsitikinimų modelis, Pagrįstų veiksmų ir Suplanuoto elgesio teorijos, Elgesio keitimo stadijų modelis, Motyvuojantis interviu bei Ekologinis požiūris į su sveikata susijusį elgesį. Šių modelių ir teorijų panaudojimo sveikatos stiprinimo programose analizė leido išskirti veiksnius, didinančius asmens pasirengimą keisti savo elgesį. Remiantis apžvelgtomis teorijomis ir modeliais daroma prielaida, kad, norint įgyvendinti vieną pagrindinių Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programos uždavinių – formuoti sveiką gyvenseną, reikia kurti sveikatos stiprinimo ir elgesio keitimo programas bei jose taikomas strategijas vadovaujantis įrodymais grįstomis teorijomis ir modeliais.

Reikšminiai žodžiai: su sveikata susijęs elgesys, sveika gyvensena, elgsenos keitimas.

ĮVADAS

Lėtinės neinfekcinės ligos (LNL) yra didelis iššūkis sveikatos priežiūros sistemai, siekiant sumažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą rodiklius. Šios ligos, mažindamos gyventojų darbingumą ir produktyvumą, trumpindamos sveiko gyvenimo metus, kelia grėsmę ne tik asmens ir visos visuomenės gerovei, bet ir ekonominei bei socialinei šalies raidai. Gydant lėtines ligas Europos Sąjungoje (ES) šiuo metu išleidžiama 70–80 proc. visų sveikatos priežiūrai skirtų lėšų. Tai sudaro maždaug 700 mlrd. eurų. Be to, daug lėtinėmis ligomis sergančių žmonių visiškai negali dirbti, jos kamuoja beveik ketvirtadalį (23,5 proc.) dirbančių žmonių. Dėl darbuotojų ligų, kuriomis susirgę jie neateina į darbą, ES kasmet netenkama apie 2,5 proc. BVP [1].

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) savo dokumentuose pabrėžia, kad lėtinių neinfekcinių ligų našta gali būti gerokai sumažinta taikant efektyvias prevencijos ir ankstyvosios intervencijos priemones, didinant jau egzistuojančių prevencijos ir intervencijos priemonių efektyvumą bei kontrolę [2].

Jau ne vienerius metus besitęsiančios sveikatos priežiūros sistemos reformos vykdytojai, pabrėždami lėtinių neinfekcinių ligų, negalių, o tuo pačiu ir sveikatai nepalankaus elgesio naštą bei žalą visuomenės sveikatai ir gerovei, nukreipė savo dėmesį nuo gydymo į sveikatos stiprinimą bei ligų prevenciją. Šiuo metu vartojamoje išplėstinėje medicinos sampratoje, be sveikatos priežiūros, akcentuojamos ir sveikatos stiprinimo paslaugos, nes šiandienos elgesys yra rytdienos rizikos veiksnys, o šiandienos rizikos veiksniai taps rytojaus ligomis.

Pagalba lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims ir šių ligų prevencija, atsižvelgiant į jų paplitimo mastą, prognozes ir naštą, Lietuvoje irgi pripažįstama prioritetine sveikatos priežiūros sistemos dalimi [3].

Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programos strateginis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Pabrėžiama, kad 2014–2025 m. gali ir turi tapti aktyvaus sveikatinimo laikotarpiu [4]. Svarbiausias nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 m. plėtros programos išskeltas tikslas – stiprinti fizinę ir psichinę sveikatą, formuojant sveiką gyvenseną ir jos kultūrą, skatinant sveikatos raštingumą [5].

Pagrindinis daugelio ligų prevencijos komponentas – sveikatai nepalankaus elgesio keitimas. PSO ekspertai teigia, kad jei žmonės laikytųsi tinkamos mitybos principų, būtų fiziškai aktyvūs, nepiktnaudžiautų

Adresas susirašinėti: Laima Bulotaitė
Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto
Bendrosios psichologijos katedra
Universiteto g. 9/1, 01513 Vilnius
El. p. laima.bulotaite@fsf.vu.lt

alkoholiu ir nerūkytų, būtų galima išvengti 80 proc. širdies ir kraujagyslių ligų sutrikimų, 90 proc. 2-ojo tipo diabeto ir 30 proc. onkologinių susirgimų [2, 6].

2014 m. atliktas Lietuvos suaugusių žmonių gyvensenos tyrimas atskleidė, jog kasdien rūkė 33 proc. vyrų ir 12 proc. moterų. Per savaitę vidutiniškai vyrai suvartojo 13,3 SAV, moterys – 5,2 SAV (SAV – standartinis alkoholio vienetas, atitinkantis 10 gramų grynojo alkoholio, t. y. 200 ml 5 proc. stiprumo alaus arba 100 ml 11–13 proc. stiprumo vyno, arba 25 ml 40 proc. stiprumo alkoholinių gėrimų). Per dvidešimt metų vyrų antsvorio paplitimas padidėjo nuo 47 proc. iki 59 proc., o nutukimo – nuo 10 proc. iki 19 proc. Antsvorio turinčių ir nutukusių moterų dalis buvo panaši per visą tyrimo laikotarpį – 46 proc. jų turėjo antsvorio, o 17 proc. buvo nutukusios [7]. Mūsų šalyje visai nesportuoja ir nesimankština apie 46 proc. suaugusių gyventojų, tai žemiau ES vidurkio (ES vidurkis – 39 proc.) [8].

Ekspertai pripažįsta, kad sveika gyvensena leidžia iš esmės sumažinti sergamumą, mirtingumą ir pailginti gyvenimo trukmę [1, 2, 6]. Tačiau tyrimai rodo, kad net rizikos grupės asmenys nenori keisti savo gyvensenos, vangiai dalyvauja jiems siūlomose sveikatos stiprinimo programose, o šių programų efektyvumas – gana menkas [9, 10]. Tyrimų duomenimis, gydymo nurodymų (gydymo nurodymų laikymasis apibrėžiamas kaip daugelio su sveikata susijusių elgesio apraiškų visuma, apimanti vaistų vartojimą, pakartotinius apsilankymus pas gydytoją, sveiką mitybą, fizinį aktyvumą, nerūkymą ir pan.) besilaikančių sergančiųjų skaičius neretai nesiekia net 50 proc. [11]. Taigi elgesio keitimas svarbus tiek jau sergant lėtine liga, tiek siekiant stiprinti asmens sveikatą.

Sveikatos priežiūros sistemos iškelus visuotinę tikslą – sveikatinimą, pradėta ieškoti efektyvių, įrodymais grįstų strategijų, kurios padėtų žmonėms keisti savo gyvenseną. Sukurta nemažai teorijų ir modelių, bandančių paaiškinti su sveikata susijusį elgesį. Jie analizuoja įvairius kognityvius, emocinius, asmenybinius ar aplinkos veiksnius, turinčius įtakos su sveikata susijusiam elgesiui, jo raidai. **Šio straipsnio tikslas – apžvelgti šiuolaikines su sveikata susijusį elgesį aiškinančias teorijas ir modelius bei jų panaudojimo sveikos gyvensenos skatinimo programose galimybes.**

SVEIKATOS ĮSITIKINIMŲ MODELIS

Sveikatos įsitikinimų modelis (*Health Belief Model*) – vienas iš pirmųjų modelių, skirtų su sveikata

susijusiam elgesiui paaiškinti. Jis sukurtas siekiant paaiškinti, kas žmones skatina prevenciškai pasitikrinti sveikatą. Šio modelio autoriai [12] rėmėsi pastebėjimais, kad žmonės bijo ligų, todėl jų veiksmus daugiausia lemia baimės laipsnis (grėsmės savo sveikatai suvokimas) ir tikėjimas, kad veiksmai sumažins grėsmės tikimybę.

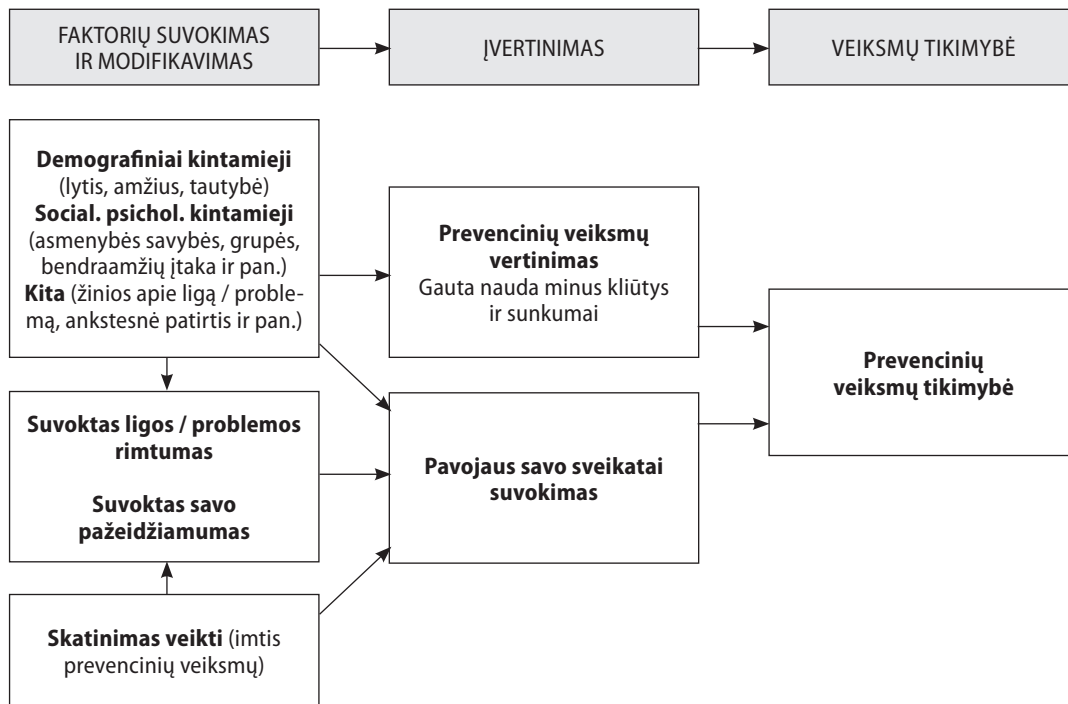
Pagal Sveikatos įsitikinimų modelį (SĮM), prevencinių veiksmų tikimybę lemia du įvertinimai, kuriuos atlieka asmuo. Pirmasis – grėsmės savo sveikatai įvertinimas, antrasis – prevencinių veiksmų privalumų ir trūkumų įvertinimas. Asmens suvokiamą grėsmę savo sveikatai lemia trys veiksniai:

1. *Problemos (ligos) rimtumas*. Ar ši problema / liga rimta, kaip ji gali paveikti asmens sveikatą;
2. *Savo pažeidžiamumo suvokimas*. Asmuo įvertina, kokia tikimybė, kad jis gali turėti šią problemą (susirgti šia liga). Įvertinamas asmeninės rizikos laipsnis. Šis vertinimas priklauso nuo asmens amžiaus, išsilavinimo, patirties ir pan. veiksmų;
3. *Asmens skatinimas veikti*, t. y. kiek informacijos jis gauna apie pavojų savo sveikatai, ar sudaromos tinkamos sąlygos imtis prevencinių veiksmų, ar asmuo skatinamas imtis tų veiksmų. Asmenį imtis prevencinių veiksmų gali skatinti ir gydytojai, ir žiniasklaida, ir artimieji.

Labai svarbu ir tai, *kaip žmogus vertina savo galimų prevencinių veiksmų rezultatus*. Ar jis tiki, kad pakeitęs savo elgesį (pvz., pasiskiepijęs) jis tikrai nesusirgs, išvengs komplikacijų ir pan. Prevencinių veiksmų tikimybė priklauso ir nuo to, su kokiais sunkumais, kliūtimis jis gali susidurti imdamasis prevencinių veiksmų (pvz., kiek pastangų reikia įdėti, kiek tai kainuos). Kadangi kiekvienas elgesio keitimas turi savo „kainą“, žmogus tarsi pasveria, kas jam naudingiau – keisti savo elgesį ar nekeisti. SĮM modelis pateikiamas 1 pav.

Remiantis šiuo modeliu galima teigti, jog žmonės linkę keisti savo elgesį, jei tiki, kad:

- yra jautrus tam tikroms sąlygoms (*suvoktas jautrumas, pažeidžiamumas*);
- sąlygos gali turėti rimtų pasekmių (*suvoktas problemos rimtumas*);
- tam tikri veiksmai sumažins jų jautrumą sąlygoms ar jų sunkumą (*suvokta nauda*);
- veiksmų kainą (*suvoktos kliūtys*) atpirks nauda;
- jiems pateikiami faktai, skatinantys veikti (*signalai veikti*);
- gebės sėkmingai atlikti veiksmus (*saviveiksmingumas*).



1 pav. Sveikatos įsitikinimų modelis (Rosenstock, 1966)

SĮM modelis panaudotas kuriant Osteoporozės prevencijos programą vidutinio amžiaus moterims [13]. Remiantis šiame modelyje išskirtais veiksniais, buvo bandoma nustatyti, kas geriausiai prognozuoja gydytojų rekomendacijų dėl osteoporozės prevencijos laikymąsi. Nustatyti barjerai, kurie mažina tikimybę dalyvauti prevenciniuose mokymuose, o tada stengtasi juos įveikti. Tai paskatino programos kūrėjus pasirūpinti moterims tinkama mokymų vieta, laiku, trukme, kaina ir pan. Nustatyta, kad dauguma moterų yra įsitikinusios, jog osteoporozė nėra rimta liga. SĮM modelyje pabrėžiama, kad įsitikinimai dėl problemos / ligos rimtumo – vienas svarbiausių prevencinių elgesį prognozuojančių veiksnių. Todėl įsitikinimų keitimas pateikiant faktus apie osteoporozės paplitimą, raidą ir pasekmes sveikatai bei gerovei tapo vienu svarbiausių prevencinės programos uždavinių. Vertindami programos efektyvumą autoriai pabrėžė, kad SĮM labai naudingas planuojant ir diegiant sveikatos mokymus [13].

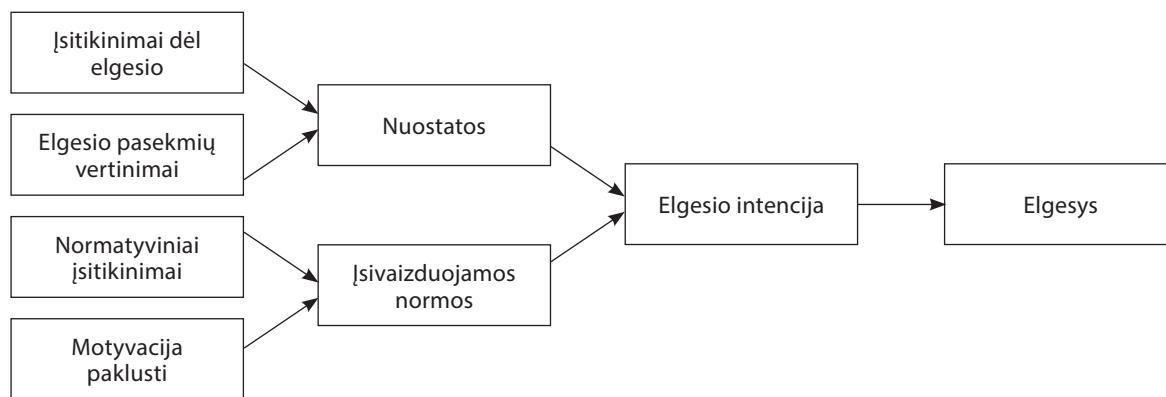
Atlikta šio modelio taikymo sveikatos stiprinimo programose apžvalga rodo, kad jis labai plačiai taikomas planuojant šias programas. Tačiau dažniausiai juo naudojama atskirai vertinant ir analizuojant ligos rimtumą, asmens pažeidžiamumą, galimus barjerus bei kliūtis [12]. Kai kurie tyrimai rodo, kad šis modelis gana prastai prognozuoja su sveikata susijusį elgesį. Taikydami šį modelį praktikoje, kai kurie autoriai pasigenda asmenybinių veiksnių, tokių kaip

pasitikėjimas savo jėgomis, bei socioekonominių ir aplinkos veiksnių. Kiti akcentuoja, kad sveikatos įsitikinimai sąveikauja su kitais asmens įsitikinimais, nuostatomis, kurie irgi veikia elgesį, ar net abejoja, ar įsitikinimai bei nuostatos būtinai veikia mūsų elgesį [14]. Kai kurie tyrėjai pabrėžia, kad SĮM akcentuoja tik neigiamus veiksnius ir per mažai vertina pozityvią sveikos gyvensenos motyvaciją [15]. Tyrimai rodo, kad SĮM geriau tinka aiškinant atskirus su sveikata susijusio elgesio tipus (pvz., rūkymą, fizinį aktyvumą) nei visą gyvenimą ir pavienius su sveikata susijusius veiksmus (pvz., skiepimąsi), o ne ilgalaikius elgesio pokyčius [16]. Tačiau, nepaisant kritikos, SĮM išlieka populiarus, nors reikia pripažinti, kad juo daugiau naudojasi prevencinių, o ne sveikatos stiprinimo programų kūrėjai.

PAGRĮSTŲ VEIKSMŲ TEORIJA

Pagrįstų veiksmų teorija (*Theory of reasoned action*) plačiai taikoma visuomenės sveikatos specialistų ir sveikatos psichologų, kuriančių įvairias sveikatai žalingo elgesio ir ligų prevencijos ar sveikatos stiprinimo programas.

Teorija siekia paaiškinti, kaip nuostatos ir įsivaizduojamos normos veikia su sveikata susijusį elgesį [17]. Ankstesni tyrimai rodydavo, kad nuostatos tiesiogiai neveikia asmens elgesio. Pagrįstų veiksmų teorijos autoriai atskyrė nuostatas dėl objekto / reiškinio ir nuostatas dėl elgesio. Dauguma tyrinėtojų



2 pav. Pagrįstų veiksmų teorija (Fishbein & Ajzen, 1980)

vertino nuostatas dėl objekto / reiškinių ir stengėsi atskleisti jų prognostines galimybes. Pagrįstų veiksmų teorijos autoriai įrodė, kad nuostatos dėl tam tikro elgesio geriau prognozuoja tą elgesį nei nuostatos dėl objekto / reiškinių. Teorijos autoriai kaip pavyzdį pateikia onkologinius susirgimus. Jei norime prognozuoti, ar moterys atliks mamografiją, turime tirti ne jų požiūrį į onkologinį susirgimą, o jų požiūrį į mamografijos procedūrą.

Pagal šią teoriją žmogaus elgesį labiausiai lemia jo intencija. O intenciją (motyvaciją) elgtis tam tikru būdu lemia asmeninės nuostatos dėl elgesio ir įsivaizduojamos socialinės normos (2 pav.).

Asmenines nuostatas dėl elgesio lemia požiūris į tą elgesį bei to elgesio pasekmių vertinimas. Jei asmuo mano, kad alkoholio vartojimas yra netinkamas jaunų žmonių elgesys ir kad vartojimas gali turėti daug neigiamų pasekmių sveikatai ir gerovei, jo nuostatos dėl gėrimo bus neigiamos.

Įsivaizduojamas normas lemia asmens normatyviniai įsitikinimai ir motyvacija jiems paklusti. Normatyviniai įsitikinimai – tai menamas socialinės aplinkos požiūris į elgesį. Tai asmens suvokimas, ar reikšmingi jam asmenys pritaria ar nepitaria jo elgesiui. Svarbu ir tai, ar asmuo motyvuotas paklusti, laikytis tų normatyvinių įsitikinimų. Taigi įsivaizduojamas normas lemia normatyviniai įsitikinimai: įsitikinimai dėl kitų nuomonės apie tokį elgesį ir asmeninė motyvacija laikytis tos nuomonės.

Pagrįstų veiksmų modelis yra vienas pirmųjų, kuriame pabrėžiama nuostatų svarba elgesiui. Šiuo modeliu besiremiantys tyrimai patvirtino nuostatų įtaką elgesiui ir paskatino platesnius tyrimus, siekiant atskleisti nuostatų formavimosi veiksnius, nuostatų keitimo galimybes ir pan. Ši teorija plačiai taikoma su sveikata susijusiam ir rizikingam elgesiui prognozuoti, nes padeda nuspėti asmens ketinimus (intencijas),

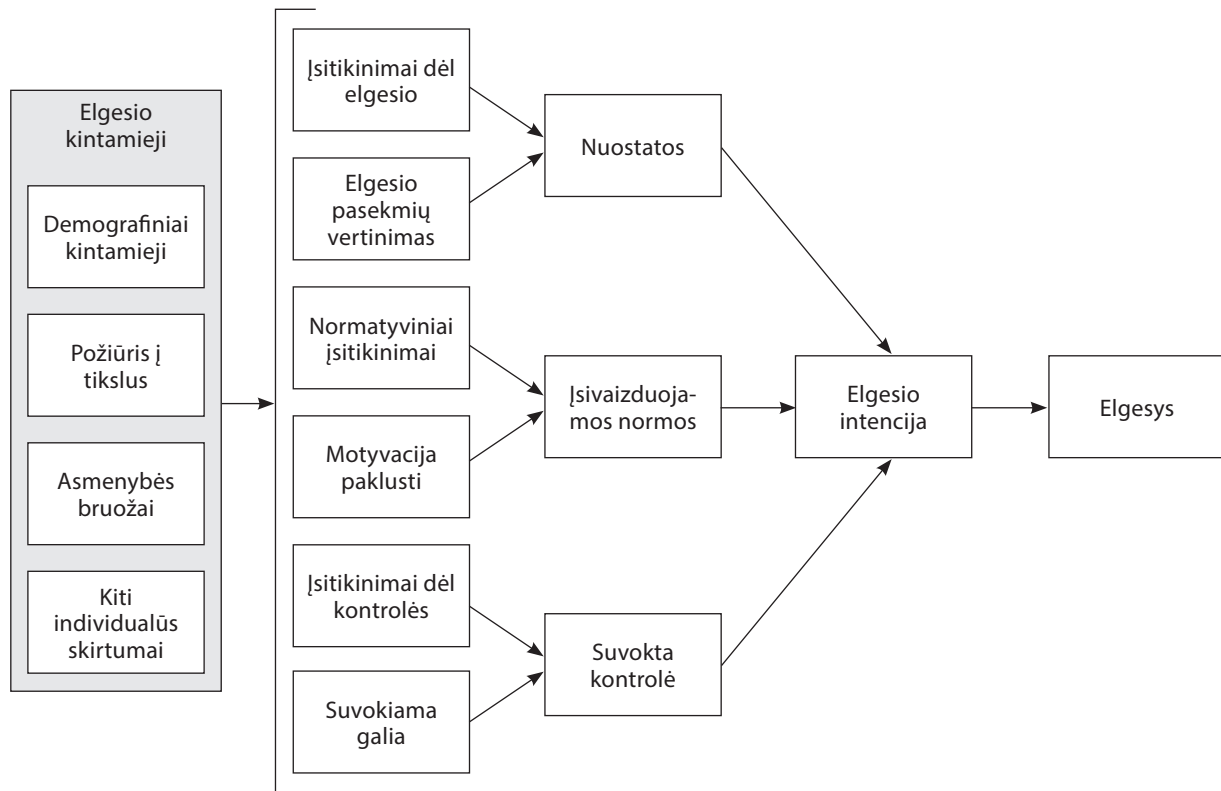
tačiau ja remiantis sunku paaiškinti elgesio pokyčius. Pagrįstų veiksmų teorija apsiriboja vien kognityviais veiksniais. Joje neatsispindi tokių kintamųjų, kaip amžius, lytis, išsilavinimas, socialinė padėtis, religija ir pan., svarba intencijai keisti savo elgesį. Lūkesčių ir nuostatų tyrimuose pabrėžiama ir asmenybės ypatumų svarba. Deja, šiame modelyje apie juos irgi visai nekalbama. Modelyje nelabai aiški ir ankstesnės patirties vieta bei svarba rizikingam elgesiui.

SUPLANUOTO ELGESIO TEORIJA

Suplanuoto elgesio teorija (*Theory of planned behaviour*) – papildyta aukščiau minėta Pagrįstų veiksmų teorija. Be ankstesnėje teorijoje minimų dviejų veiksmų, veikiančių asmens elgesį (asmeninių nuostatų dėl elgesio ir įsivaizduojamų socialinių normų), šioje teorijoje išskiriamas ir trečiasis – suvokiama kontrolė [18]. Elgesys gali būti visiškai kontroliuojamas arba visai nekontroliuojamas. Elgesio kontrolės laipsnį lemia vidiniai (kognityvūs įgūdžiai, žinios, emocijos) ir išoriniai (situacija, aplinka) veiksniai. Svarbu, kaip žmogus vertina kontrolę. Tai vadinama suvokiama elgesio kontrole. Šioje teorijoje vartojamas ir savi-veiksmingumo (angl. *self-efficacy*), atspindinčio vidinę elgesio kontrolę, terminas.

Visų šių trijų veiksmų – požiūrio į elgesį, subjektyvių normų ir suvokiamos elgesio kontrolės – sąveika veikia elgesio intenciją (3 pav.). Į schemą įtraukti ir išoriniai kintamieji, kurie svarbūs visoms trimis veiksmų grupėms. Tačiau jų poveikis elgesiui nėra tiesioginis.

Įvairios tyrimų apžvalgos rodo, kad Suplanuoto elgesio teorija gali būti sėkmingai taikoma numatant ir paaiškinant labai platų su sveikata susijusio elgesio bei šio elgesio intencijų ratą. Minimas toks rizikingas elgesys, kaip rūkymas, alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, šalmų segėjimas



3 pav. Suplanuoto elgesio teorija (Ajzen, 2002)

važiuojant dviračiu, saugos diržų segimasis automobiliuose ir pan. [19–21]. Daugelis tyrėjų pripažįsta, kad šiame modelyje minimas saviveiksmingumas ypač svarbus keičiant rizikingą ar sveikatai nepalankų elgesį. Kai kurie autoriai kelia prielaidą, kad saviveiksmingumas su sveikata susijusių teorinių modelių kontekste gali būti prilyginamas elgesiui kylančioms kliūtims ir trukdžiams, o gal kliūčių įvardijimas ir atspindi saviveiksmingumą [22]. Nepaisant to, ar mes tai laikysime anksčiau modeliuose jau buvusiu (elgesio kliūtys ar trukdžiai), ar visai nauju (saviveiksmingumo) veiksmu, šio elemento įtraukimas į modelį padidino jo vertę kuriant prevencines ir intervencines programas. Taip pat reikia pasakyti, kad Suplanuoto elgesio modelyje kiek per mažai išplėta kitų kognityvių ir emocinių elementų sąveika su rizikingu elgesiu. Taip pat neaišku, kokia individo žinių, gebėjimų ir ankstesnės patirties svarba elgesiui bei tai, ar jie būtų tiesiogiai susiję su asmens elgesiu, ar veiktų per tarpininkus, pvz., nuostatas, normatyvinius įsitikinimus. Integravus šiuos elementus į modelį, jis dar geriau padėtų nuspėti asmens elgesį [16]. Suplanuoto elgesio teorijoje, kaip ir anksčiau minėtoje Pagrįstų veiksmų teorijoje, intencijos elgesį veikia tiesiogiai. Tačiau elgesį tiesiogiai veikia ir kiti veiksniai. Deja, jie šiuose modeliuose neatsispindi [15].

Apžvalgoje, kurioje įvertintas tiek Pagrįstų veiksmų teorijos, tiek Suplanuoto elgesio teorijos taikymas tyrimuose bei programose, skirtose tokiam elgesiui, kaip fizinis aktyvumas, mityba, alkoholio vartojimas bei rūkymas, donorstė, burnos higiena ir kt., daroma išvada, kad jos plačiausiai taikomos retrospektyviose su sveikata susijusio elgesio analizėse ir daug rečiau prognozuojant šį elgesį ir kuriant intervencijas [12].

ELGESIO KEITIMO STADIJŲ MODELIS

Elgesio keitimo stadijų modelyje (*The stages of change model*) pabrėžiama, kad elgesio keitimas – tai procesas, kuriame išskiriamos net kelios elgesio keitimo stadijos, atspindinčios žmogaus motyvaciją ir pasirengimą keisti savo elgesį [23, 24]. Modelis buvo sukurtas siekiant paaiškinti žmonių, ketinančių mesti rūkyti, elgesį. Jo autoriai rėmėsi kitų autorių naudojamomis sėkmingomis elgesio keitimo intervencijomis, pateiktomis rekomendacijomis. Todėl šis modelis dažnai vadinamas *transteoriniu*. Elgesio keitimo stadijų modelyje išskiriamos 6 elgesio keitimo stadijos:

1. *Iki svarstymo*. Šioje stadijoje žmogus dar neketina keisti elgesio ir net nemano, kad turi problemų. Problema gali būti akivaizdi kitiems – šeimos nariams, draugams;

2. *Svarstymo*. Žmogus suvokia, kad turi problemų, ir mano, jog reiktų kažką daryti;
3. *Pasirengimo*. Asmuo ruošiasi imtis tam tikrų veiksmų artimiausioje ateityje (per mėnesį) ir gali pradėti kažką daryti;
4. *Veiksmų*. Konstatuoti žmogaus veiksmų stadiją galima tik tada, kai jis jau ne mažiau kaip pusmetį laikosi savo plano keisdamas elgesį;
5. *Palaikymo*. Asmuo jau pusmetį yra pakeitęs savo elgesį. Tačiau tikimybė, kad vėl pradės elgtis taip, kaip anksčiau, išlieka. Todėl labai svarbi tinkama aplinka ir aplinkinių palaikymas. Ši stadija trunka tol, kol įveikiamas nepageidaujamas elgesys;
6. *Atkryčio*. Žmogus vėl pradeda elgtis taip, kaip ir anksčiau (4 pav.).

Transteorinio modelio autoriai pabrėžia, kad elgesio keitimas yra procesas, o ne įvykis. Žmonės turi skirtingą motyvaciją keisti savo elgesį, skiriasi ir jų pasirengimas keistis. Tai liudija, kad skirtingas elgesio keitimo stadijas patiriantiems žmonėms reikia skirtingų postūmių ar intervencijų [23, 24]. Transteorinio modelio autorius J. Prochaska su kolegomis teigia, kad ikisvarstymo ir svarstymo stadijose esantiems asmenims netinka tradicinės sveikatos stiprinimo programos, nukreiptos į veiksmus, nes jos nėra orientuotos į šiuos asmenis, neatsižvelgia į jų poreikius. Sveikatos stiprinimo programos pirmiausia turi būti orientuotos į elgesio keitimo stadijas. Sveikatos konsultantas, nustatęs asmens elgesio keitimo stadiją, parenka šiam asmeniui tinkamas strategijas. Tokiu būdu programa tampa labiau individualizuota, nes atsižvelgiama į konkretaus žmogaus pasirengimą keisti savo elgesį. Tyrimai rodo, kad asmenims, esantiems ikisvarstymo ar svarstymo stadijose, tinkamiausios kognityvios strategijos (sąmoningumo didinimas, naujas savo

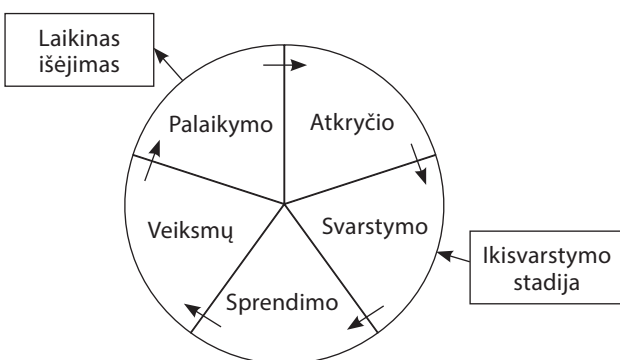
elgesio ir aplinkos įvertinimas ir pan.), o kitose stadijose efektyviau naudoti elgesio strategijas (paremiantys santykiai, stimulų kontrolė, pastiprinimas ir pan.). Svarstydamas, ar keisti savo elgesį, žmogus turi priimti sprendimą. Jis vertina elgesio keitimo privalumus ir trūkumus, t. y. priežastis keisti savo elgesį ir priežastis to nedaryti. Ikisvarstymo stadijoje žmogaus sprendimą nieko nekeisti lemia tai, kad jis mato daugiau elgesio keitimo trūkumų. Pereinant iš vienos elgesio keitimo stadijos į kitą daugėja elgesio keitimo privalumų. Autoriai akcentuoja paciento / kliento saviveiksmingumą, kuris didele dalimi lemia elgesio keitimo sėkmę [25].

Elgesio keitimo stadijų teoriją praktiškai taikančiam konsultantui pirmiausia siūloma išsiaiškinti asmens elgesio keitimo etapą. Tada suprasime, kokie yra asmens poreikiai, ir pateiksime jam tokią informaciją, panaudosime tokias strategijas, kurios paskatins ir padrąsins jį pirmiausia pereiti į kitą elgesio keitimo etapą, o vėliau sėkmingai įveikti ir likusius etapus bei pasiekti norimą elgesį.

Amerikos mokslininkai elgesio keitimo stadijų modelį išbandė į pagalbą pasitelkę socialinį tinklą „Facebook“. Septynioliasdešimt devyni 18–25 m. amžiaus jaunuoliai, rūkantys tris ir daugiau kartų per savaitę, besinaudojantys „Facebook“ keturis ir daugiau kartų per savaitę, buvo pakviesti prisijungti prie skirtingo pasirengimo keisti savo elgesį grupių. Grupės buvo prieinamos tik tyrimo dalyviams. Buvo atliekamos intervencijos (dalyviai gaudavo žinutes, parengtas pagal jų pasirengimo keistis stadiją), kartą per savaitę vykdavo interaktyvios sesijos, kai dalyviai galėjo bendrauti su gydytoju jiems rūpimais klausimais. Rezultatai parodė, kad 90 dienų intervencijų vykdymo laikotarpiu 5 proc. jaunuolių perėjo į tolesnę pasirengimo keisti savo elgesį stadiją, 8 proc. tyrimo dalyvių išėjo iš grupių, o 6 proc. tiriamųjų dalyvavo tolesnėje terapijoje. Dvylikos mėnesių laikotarpiu beveik pusė dalyvių sumažino surūkomų cigarečių kiekį [26].

Tyrimai rodo, kad asmens pasirengimas ar motyvacija keisti savo elgesį – geriausias elgesio keitimą prognozuojantis veiksnys [27]. Elgesio keitimo stadijų modelis nuosekliai nagrinėja, kaip elgesio keitimo proceso metu keičiasi asmens motyvacija keisti savo elgesį.

Transteorinis modelis buvo sukurtas ir sėkmingai taikomas priklausomybių nuo alkoholio, tabako ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo srityje [24]. Vėliau atlikta daug tyrimų ir įrodyta, kad jis puikiai tinka didinant asmens fizinį aktyvumą [23, 28], skatinant sveiką mitybą [23, 29, 30] ar keičiant gyvenimą [31].



4 pav. Elgesio pasikeitimų ratas (Prochaska et al., 1994, 1997)

MOTYVUOJANTIS INTERVIU

Motyvuojantis interviu (*Motivational interviewing*) – tai įvairių psichoterapijos modelių ir elgesio keitimą aiškinančių teorijų principų bei technikų mišinys. Jis dažnai vadinamas tiesiog *požiūriu* į elgesio keitimą, tačiau dėl plataus bei efektyvaus taikymo sveikatos stiprinimo ir sveikatai nepalankaus elgesio keitimo programose mes jį įtraukėme į savo teorijų ir modelių apžvalgą.

Nors sukurta nemažai strategijų, kurias taiko sveikatos priežiūros specialistai (švietimas, įtikinėjimas, gąsdinimas ir pan.), tačiau ekspertai pripažįsta, kad motyvuojantis interviu yra viena iš efektyviausių. Transteorinis modelis pabrėžia, kad elgesio keitimas yra procesas, ir nuosekliai nagrinėja, kaip šio proceso metu kinta asmens motyvacija keisti savo elgesį. O motyvuojantis interviu – tai strategija, padedanti asmeniui judėti į priekį šio proceso metu, stiprinant vidinę motyvaciją keistis [32]. Motyvuojantis interviu pasižymi kryptingumu, susitelkimu į tikslą ir orientacija į klientą / pacientą. Tai galima pavadinti kitokiu klientų / pacientų konsultavimo stiliumi. Pirmiausia siūloma įvertinti kliento / paciento pasirengimą pokyčiams ir į tai atsižvelgiant taikyti motyvacinį interviu. Konsultantas nėra direktyvus, nurodantis klientui jo klaidas, problemas ir siūlantis sprendimo būdus. Bendraujant su klientu svarbiausia yra empatija, įsiklausymas, pagalba klientui suprantant savo elgesį, ieškant jam priimtinių problemos sprendimo būdų, aptariant galimas kliūtis bei jų išvengimo ar įveikimo būdus, keliant realius tikslus. Šio modelio kūrėjai remiasi prielaida, kad tarp sveikatos stiprinimo veiklų efektyvumo veiksnių svarbią vietą užima asmens motyvacija, požiūris į sveiką gyvenseną. Todėl svarbiausia didinti kliento vidinę motyvaciją. Pasikeitimai turi kilti iš vidaus, o ne būti skatinami išorinių stimulų. Klientas / pacientas pats turi rasti argumentus keistis. Motyvacijai stiprinti siūlomos tokios strategijos: patarimo davimas, barjerų griovimas, pasirinkimo suteikimas, elgesio patrauklumo mažinimas, empatijos rodymas, grįžtamojo ryšio suteikimas, tikslų išsiaiškinimas ir aktyvi pagalba.

Motyvuojančio interviu pradininkai plačiai aprašė ir pateikė rekomendacijas, kaip šią strategiją taikyti sveikatos priežiūros sistemoje [33].

Tyrimų, apimančių tokią elgseną, kaip mityba, fizinis aktyvumas, rūkymas, alkoholio vartojimas ir pan., apžvalga atskleidė, jog motyvuojantis interviu yra efektyvus konsultuojant sergančiuosius 2-ojo tipo diabetu mitybos reguliavimo ir svorio reguliavimo klausimais [34], antsvorio turinčius ir nutukusius asmenis renkančius sveiką gyvenseną ir reguliuojant

svorį [35] bei sergančiuosius vėžiu gyvensenos keitimo klausimais [36].

Tyrimų apžvalgos rodo, jog motyvuojantis interviu yra efektyvus konsultuojant ne tik suaugusiuosius, bet ir antsvorio turinčius bei nutukusius vaikus. Motyvuojančio interviu taikymas konsultuojant vaikus ir jų tėvus davė teigiamų rezultatų vertinant kūno masės indekso, mitybos įpročių ir gyvensenos pokyčius [35].

Atliktos literatūros analizės rodo, jog motyvuojantis interviu gali būti įvairių sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos intervencijų dalimi, sėkmingai taikomas įvairių specialistų sveikatos priežiūros įstaigose, pavyzdžiui, skatinant valgyti daugiau vaisių ir daržovių, tapti fiziškai aktyvesniems ir pan. Tyrimai, kuriuose taikant motyvuojantį interviu nebuvo pastebėta ryškių pokyčių, mini intervencijų tikslumo, efektyvumo ir metodologijos laikymosi svarbą. Konsultuojant lėtinėmis ligomis sergančius asmenis, motyvuojantis interviu gali padidinti pasitikėjimą savo gebėjimais keistis bei padėti ieškoti būdų, kaip mažinti rizikingą elgseną. Taikant motyvuojantį interviu palaiptiesniui formuojasi sveikatai nepalankaus elgesio nepriimtumas, nepageidaujumas ir teigiamos nuostatos dėl sveikos gyvensenos [37].

Pastaraisiais metais tyrimuose ypač plačiai nagrinėjamas motyvuojančio interviu efektyvumo didinimas sukuriant santykį tarp konsultanto veiksmų, kliento atsakymų bei tolesnės elgsenos [38].

Motyvuojančio interviu principai panaudoti didelio atgarsio sulaukusiame projekte „Americans in Motion“. Šio projekto metu buvo sukurti įvairūs instrumentai bei strategijos, skirtos šeimos gydytojams, padedantiems pacientams pagerinti savo sveikatos būklę keičiant gyvenseną [39]. Motyvuojančio interviu principais remiasi ir britų psichologų asociacijos parengtas projektas „Sveikatos stiprinimas: elgesio keitimas“ [40]. Remiantis motyvuojančiu interviu sukurta nemažai programų, skirtų bendrosios praktikos gydytojams, dirbantiems su diabetu sergančiais [41] ir priklausomais asmenimis [42] bei tais žmonėmis, kurie priklauso padidėjusios ŠKL rizikos grupei [43]. Viena priežasčių, kodėl motyvuojantis interviu taip plačiai taikomas sveikatos priežiūros sistemoje, – trumpos konsultacijos / intervencijos, kurios taupo tiek pacientų / klientų, tiek gydytojų laiką [41, 43].

EKOLOGINIS POŽIŪRIS Į SU SVEIKATA SUSIJUSĮ ELGESĮ

Daugelis anksčiau aptartų elgesio teorijų mažai dėmesio skiria socialinės aplinkos veiksniams. Ekologinis požiūris taikomas daug plačiau nei vien su sveikata susijusiam elgesiui paaiškinti, jis praplečia tiek sveikatos

stiprinimo problemos supratimą, tiek prevencinių ir intervencinių veiksnių taikymo galimybes. Anot ekologinės perspektyvos, asmens su sveikata susijusiam elgesiui įtakos turi ne tik tiesiogiai su juo susiję veiksniai, tokie kaip jo žinios, įsitikinimai, nuostatos, bet ir sisteminiai, t. y. socialinės aplinkos ar net politinės situacijos, veiksniai [22]. Kalbant apie su sveikata susijusį elgesį, sisteminiai veiksniai atitiktų asmens artimuosius, sveikatos priežiūros specialistus (mikrosistema), sveikatos priežiūros įstaigą (mezosistema) ir sveikatos priežiūros sistemą, šalies sveikatos stiprinimo politiką ir pan. (makrosistema). Šeimos ir svarbių asmenų įtaka asmens su sveikata susijusiam elgesiui aptariama daugelyje teorijų ir modelių (Sveikatos įsitikinimų, Pagrįstų veiksnių, Suplanuoto elgesio). Tyrimai rodo, kad ilgalaikius elgesio pokyčius didele dalimi lemia sveikatos profesionalai [23]. Deja, elgesio keitimo modeliuose ir programose mažai dėmesio skiriama specialistams, vykdančioms šias programas. Atsakomybė už savo elgesį, jo keitimą ar nesėkmes jį keičiant didžiąja dalimi priskiriama asmeniui. Tyrimų duomenimis, gydytojų rekomendacijų laikymuisi didelę įtaką daro mediko kompetencijos suvokimas, mokėjimas bendrauti ir bendradarbiauti [22]. Patys gydytojai irgi nelabai noriai dalyvauja sveikatos stiprinimo ar elgesio keitimo programose. Nurodomos net kelios to priežastys: trūksta laiko, stokojama žinių ir įgūdžių, manoma, kad gyven-sena – asmeninis paciento / kliento apsisprendimas, ir nenorima į tai kištis [44]. Viename tyrime beveik pusė apklaustų rūkančių pacientų teigė, jog gydytojas niekada neklausė apie jų rūkymo įpročius. Tačiau gydytojai mieliai naudojami specialiomis trumpalaikio konsultavimo programėlėmis (5–10 min.), skatinančiomis pacientus / klientus mesti rūkyti [44]. Pastaruoju metu vis didesnis dėmesys skiriamas su sveikata susijusios informacijos teikimui klientui / pacientui (angl. *health communication*). Diskutuojama apie tai, kaip paaiškinti sveikatos rizikos laipsnį, kaip kuo tiksliau perduoti žinutę, kokius informacijos pateikimo metodus taikyti ir pan. [45, 46]. Į tai atsižvelgdami kai kurių sveikatos stiprinimo ar elgesio keitimo programų autoriai siūlo rengti elgesio keitimo specialistus. Vienose programose jie vadinami *elgesio konsultantais*, kitur – *sveikos gyven-senos* ar tiesiog *gyvensenos specialistais* [40, 44]. Jie turi įgyti ne tik specialiųjų žinių (apie gyven-seną, elgesio keitimo modelius ir kt.), bet ir tam tikrų įgūdžių (bendravimo, klausymosi, problemų sprendimo ir kt.). Net ir pripažindami socialinės aplinkos veiksnių svarbą asmens su sveikata susijusiam elgesiui, kai kurie autoriai pabrėžia, kad šiuos išorinius veiksnius labai sunku kontroliuoti [16].

APIBENDRINIMAS

Žinoma nemažai su sveikata susijusį elgesį aiškinančių teorijų ir modelių. Analizavome tuos, kurie dažniausiai taikomi kuriant įvairias sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos programas. Remiantis JAV Nacionalinio vėžio instituto rekomendacijomis, galima išskirti du teorijų, skirtų sveikatai stiprinti, tipus: aiškinančios teorijos ir pokyčių teorijos [47]. Aiškinančios teorijos padeda atskleisti problemos prigimtį ir veiksnius, kuriuos sveikatos specialistas stengiasi paveikti, pakeisti. Pokyčių teorijos daugiau skirtos intervencijos strategijoms plėtoti ir diegti. Mes pasirinkome abiejų tipų teorijas ir modelius. Pirmajam, aprašomajam, tipui priklauso Sveikatos įsitikinimų modelis, Pagrįstų veiksnių, Suplanuoto elgesio ir Ekologinis požiūris, pokyčių teorijų tipui – Motyvuojantis interviu bei iš dalies Elgesio keitimo stadijų teorija ir Ekologinis požiūris. Pastarąsias dvi teorijas galima priskirti ir aprašomosioms teorijoms, nes jos padeda atskleisti su sveikata susijusio elgesio prigimtį.

Apžvelgus keletą su sveikata susijusių teorijų ir modelių galima teigti, kad dauguma jų iš esmės skiriasi tik tuo, kuriems veiksniams teikia pirmenybę, kiek jų išskiria, kaip pateikiama jų sąveika. Teorijos ir modeliai panašūs tuo, kad pradžioje dalis jų buvo kurti siekiant paaiškinti kurį nors vieną specifinį elgesio tipą (pvz., rūkymą ar sveiką mitybą), o vėliau buvo bandyta juos pritaikyti platesniam su sveikata susijusio elgesio tipų spektrui. Taip šie modeliai tapo universalūs. Iš dalies tai privalumas, nes leidžia kiekvieną su sveikata susijusio elgesio tipą tirti ir pamatyti platesniame kontekste, kita vertus, prarandamas to elgesio specifiškumas. Apžvelgus keletą tokių modelių galima sakyti, kad jie gali būti sėkmingai taikomi numatant ir paaiškinant gana platų su sveikata susijusio elgesio bei šio elgesio intencijų spektrą. Dalis veiksnių gali gerai prognozuoti su sveikata susijusį elgesį. Modeliuose išskirti elgesio keitimo veiksniai pasitarnauja kuriant naujus modelius, tyrimuose ieškant naujų veiksnių ir jų vietos bendroje sistemoje, išbandant intervencijos priemonių efektyvumą. Tačiau pritaikyti šiuos modelius elgesiui keisti – daug sudėtingiau. Modeliuose dažniausiai tik keliamos prielaidos, nepateikiama konkrečių elgesio keitimo strategijų. Iš plačiausiai ir sėkmingiausiai elgesio keitimo programose naudojamų modelių galima išskirti Elgesio keitimo stadijų (Transteorinį) modelį. Daugelį sveikatos specialistų vilioja tai, kad jame ne tik pabrėžiama, jog elgesio keitimas yra procesas, nuosekliai nagrinėjama, kaip šio proceso metu keičiasi

asmens motyvacija keisti savo elgesį, bet ir tai, kaip padėti asmeniui didinti savo vidinę motyvaciją. Tyrimai rodo, kad beveik pusė asmenų, priklausančių rizikos grupei dėl netinkamų įpročių, nepasirengę keisti savo elgesio įpročių ir yra pradinėse elgesio keitimo stadijose. Taikant Transteorinį modelį atliktų tyrimų, kuriuose buvo analizuojama 15 su sveikata susijusių elgesio tipų, rezultatai atskleidė, kad 40 proc. asmenų yra ikisvarstymo, o dar 40 proc. – svarstymo stadijoje [21]. Taigi šie asmenys nėra pasirengę keisti elgesio. Šioms elgesio keitimo stadijoms netaikant tinkamų intervencijų individai ir toliau nekeis savo įpročių. Ekspertai pripažįsta, kad norint paskatinti žmones rinktis sveiką gyvenimą reikia išsiaiškinti, ar jie pasirengę tai daryti, t. y. kokia jų elgesio keitimo stadija. O tai padaryti padeda Transteorinis modelis. Vis populiariausiu kuriant elgesio keitimo programas tampa ir Motyvuojantis interviu. Remiantis jo principais kuriamos trumpalaikės konsultacijos, kuriose nuosekliai parodoma, kaip didinti kliento / paciento motyvaciją ir padėti jam suprasti savo elgesį, kaip išsikelti realius tikslus, susikurti elgesio keitimo programą ir ją nuosekliai įgyvendinti. Motyvuojantis interviu padeda konsultacijas padaryti labiau individualizuotas ir tuo pačiu pritaikytas prie konkretaus paciento / kliento poreikių.

Sausa sveikatos specialisto rekomendacija „gyventi sveikai“ ar „keisti savo gyvenimo būdą“ vargu ar paskatins klientą / pacientą keisti savo gyvenimą. Elgesio keitimas yra ne momentinis dalykas, o procesas. Dauguma asmenų nėra motyvuoti keisti savo elgesio. Todėl tradicinės sveikatos stiprinimo ir elgesio keitimo programos, kurios orientuotos į veiksmų paradigą, šiems asmenims netinka ir neturės jokio efekto, nes jie nepasirengę keisti elgesio.

Apžvelgtos teorijos ir modeliai liudija, kad, norint įgyvendinti vieną pagrindinių Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programos uždavinių – formuoti sveiką gyvenimą, reikia remtis įrodymais grįstomis teorijomis ir modeliais kuriant sveikatos stiprinimo ir elgesio keitimo programas bei strategijas, kurios jose taikomos. Ekspertai pripažįsta, kad šiuolaikinis sveikatos stiprinimas turi remtis įrodymais grįstomis teorijomis ir modeliais [16, 48]. Šios teorijos ir modeliai – tai tarsi žemėlapiai, žingsnis po žingsnio nurodantys, į kuriuos veiksmus turime atsižvelgti planuodami, diegdami ir vertindami sveikatos stiprinimo ar ligų prevencijos programas. Tai mums suteikia teorinę sampratą, kodėl žmonės elgiasi vienaip ar kitaip bei kaip mes galėtume jiems padėti renkantis sveiką gyvenimą. Teorijos ir modeliai padeda suplanuoti problemos identifikavimo bei tyrimo struktūrą, parinkti tinkamas intervencijas, parengti programą ir atlikti jos vertinimą [15, 48]. Su sveikata susijusių elgesį aiškinančių teorijų ir modelių gausa leidžia kai kuriems mokslininkams teigti, kad galima platesnė teorijos konceptualizacija, kuri nesiūlo universalus elgesio paaiškinimo ar prognozavimo ir sustiprina bendrą problemos, t. y. su sveikata susijusio elgesio, sampratą [48]. Kiti tyrėjai teigia, kad viena teorija vargu ar gali paaiškinti sudėtingą su sveikata susijusių elgesį, kuris remiasi šiuolaikine visapusiška, ekologiška sveikatos samprata [49]. Taigi norėdami sukurti efektyvią sveikatos stiprinimo ar ligų prevencijos programą turime remtis keletu su sveikata susijusių elgesį aiškinančių teorijų ir modelių, atsirinkdami tas teorijas ir tuos veiksmus, kurie geriausiai tinka norint suprasti problemą, specifinį elgesį, parinkti tinkamas strategijas ir suplanuoti programą.

Straipsnis gautas 2016-02-15, priimtas 2016-03-14

Literatūra

1. Portalo „Sveikata ES“ informacinis biuletėnis 169. Tema „Siekiant geresnės lėtinų ligų prevencijos ir valdymo“. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_lt.htm>.
2. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. WHO, 2013. Prieiga per internetą: <<http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-action-plan-ncds-eng.pdf>>.
3. Lietuvos sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011. Prieiga per internetą: <<http://www3.lrs.lt/docs2/PZACLURH.PDF>>.
4. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=476073&p_tr2=2>.
5. Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 m. plėtos programa. Prieiga per internetą: <<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/4d3dc740a3c411e58fd1fc0b9bba68a7>>.
6. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for Health and well being. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf>.
7. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Šakytė E, Kriaučionienė V, Veryga A. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo stovyrimas, 2014. Prieiga per internetą: <http://www.ntakd.lt/files/Apklausos_ir_tyrimai/nacionalinio/2015/SGT2014.pdf>.
8. Sport and physical activity. Special Eurobarometer 412. Report. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/ebs_412_en.pdf>.
9. Rongen A, Robroek SJW, van Ginkel W, Lindeboom D, Pet M, Burdorf A. How needs and preferences of employees influence participation in health promotion programs: a six-month follow-up study. BMC Public Health. 2014;14:1277.
10. Groeneveld IF, Proper KI, van der Beek AJ, Hildebrandt VH, van Mechelen W. Factors associated with non-participation and

- drop-out in a lifestyle intervention for workers with an elevated risk of cardiovascular disease. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009;6:80.
11. Sebaste E. Editor. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action.* Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2003;103.
 12. Taylor D, Bury M, Camping N, Carter S, Garfield S, Newbould J, Renni T. A Review of the use of the Health Belief Model (HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and the Transtheoretical Model (TTM) to study and predict health related behaviour change (2007). Prieiga per internetą: <http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/study/ugr/mbchb/phase1_08/semester2/healthpsychology/nice-doh_draft_review_of_health_behaviour_theories.pdf>.
 13. Turner LW, Hunt SB, DiBrezza R, Jones C. Design and implementation of an osteoporosis prevention program using the health belief model. *American Journal of Health Studies.* 2004;19(2):115-121.
 14. Orji R, Vassileva J, Mandryk R. Towards an Effective Health Interventions Design: An Extension of the Health Belief Model. *Online Journal of Public Health Informatics.* 2012;4(3).
 15. Raingruber B. *Contemporary Health Promotion in Nursing Practice.* Jones & Bartlett Learning, 2014.
 16. Linke SE, Robinson CJ, Pekmezi D. Applying Psychological Theories to Promote Healthy Lifestyles. *American journal of lifestyle medicine.* 2014;8(1):4-14.
 17. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research.* Reading, MA: Addison-Wesley. 1975
 18. Ajzen I. The theory of planned behavior: Reactions and reflections. *Psychology & Health.* 2011;26(9):1113-1127.
 19. Bankauskienė I. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija: samprata ir modeliai. *Informacinis leidinys.* 2014, NTAKD.
 20. French DP, Cooke R. Using the theory of planned behaviour to understand binge drinking: The importance of beliefs for developing interventions. *British Journal of Health Psychology.* 2012;17(1):1-17.
 21. Montano DE, Kasprzyk D. Theory of Deasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. (Eds.) *Health behavior and health education: theory, research, and practice.* 4th ed. 2008;67-96.
 22. Zamalijeva O. Sergančiųjų lėtinėmis ligomis gydymo nurodymų laikymąsi prognozuojantys veiksniai. *Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai, psichologija (06S).* Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2016.
 23. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion.* 1997;12(1):38-48.
 24. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Changing for good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your life Positively Forward.* New York: Avon Books, 1994.
 25. DiClemente CC, Prochaska JO, Gibertini M. Self-Efficacy and the Stages of Self-Change of Smoking. *Cognitive Therapy and Research.* 1985;9(2):181-200.
 26. Thurl J, Klein AB, Ramo DE. Smoking Cessation Intervention on Facebook: Which Content Generates the Best Engagement? *J Med Internet Res.* 2015 Nov;17(11):e244.
 27. Schwarzer R. Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology: An international Review.* 2008;57(1):1-29.
 28. Mostafavi F, Ghofranipour F, Feizi A, Pirzadeh A. Improving physical activity and metabolic syndrome indicators in women: a transtheoretical model-based intervention. *Int J Prev Med.* 2015 Apr 1;6:28.
 29. Spencer L, Wharton Ch, Moyle Sh, and Adams T. The transtheoretical model as applied to dietary behaviour and outcomes. *Nutrition Research Reviews.* 2007;20:46-73.
 30. Horwath CC. Applying the transtheoretical model to eating behaviour change: challenges and opportunities. *Nutrition Research Reviews.* 1999 Dec;12(2):281-317.
 31. Gillespie ND, Lenz TL. Implementation of a Tool to Modify Behavior in a Chronic Disease Management Program. *Research Advances in Preventive Medicine.* 2011, Article ID 215842, 5 p.
 32. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing, Third Edition.* Guilford Press. 2012.
 33. Rollnick S, Miller WR, Butler ChC. *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior.* The Guilford Press. 2008.
 34. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2015 Dec 4. S0738-3991(15)30137-3.
 35. Borrello M, Pietrabissa G, Ceccarini M, Manzoni GM, Castelnovo G. Motivational Interviewing in Childhood Obesity Treatment. *Front Psychol.* 2015;6:1732.
 36. Spencer JC, Wheeler SB. A systematic review of Motivational Interviewing interventions in cancer patients and survivors. *Patient Educ Couns.* 2016 Feb 8. S0738-3991(16)30064-7
 37. Resnicow K, DiIorio C, Soet JE, Ernst D, Borrelli B, Hecht J. Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. *Health Psychol.* 2002 Sep;21(5):444-51.
 38. Pirlott AG, Kisbu-Sakarya Y, Francesco CA, Elliot DL, MacKinnon DP. Mechanisms of motivational interviewing in health promotion: a Bayesian mediation analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012;9:69.
 39. Stewart EE, Fox CH. Encouraging patients to change unhealthy behaviors with motivational interviewing. *Fam Pract Manag.* 2011 May-Jun;18(3):21-25.
 40. Michie S, Rumsey N, Fussell A, Hardeman W, Johnston M, Newman S, Yardley L. *Improving health: changing behaviour.* The NHS Health Trainer Handbook, 2008. Prieiga per internetą: <www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/Healthinequalities/HealthTrainersusefullinks/index.htm>.
 41. Welch G, Rose G, Ernst D. Motivational Interviewing and Diabetes: What Is It, How Is It Used, and Does It Work? *Diabetes Spectrum.* 2006;19(1):5-11.
 42. Priklausomybė nuo kanapių. *Terapeuto vadovas: trumpa kognityvinės elgesio terapijos intervencija.* Kaunas, 2015.
 43. Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomized controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2013;10:40, 1-16.
 44. Sarafino EP. *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions.* John Wiley & Sons, Inc. 2008.
 45. Berry DC. *Risk, communication and health psychology.* Open University Press, 2004.
 46. Žemaitienė N, Bulotaitė L, Jusienė R, Veryga A. *Sveikatos psichologija.* Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2011.
 47. *Theory at a Glance – A Guide For Health Promotion Practice.* National Cancer Institute, 1997. Prieiga per internetą: <<http://www.sneb.org/2014/Theory%20at%20a%20Glance.pdf>>.
 48. Broucke Van Den S. Theory- informed health promotion: seeing the bigger Picture by looking at the details. *Editorial. Health Promotion International.* 2012;27(2):143-147.
 49. Green J. The role of theory in evidence-based health promotion practice. *Health Education Research.* 2000;15(2):125-129.

Theories and models of health related behaviour: what motivates behaviour change

Laima Bulotaitė¹, Sigita Vičaitė²

¹Vilnius University, Faculty of Philosophy, ²Institute of Hygiene

Summary

The aim of this article was to review the modern theories and models explaining health-related behavior and possibility to apply them in the healthy lifestyle promotion programs. An overview of Health belief model, Theory of reasoned action, Theory of planned behavior, The stages of change model, Motivational interviewing and Ecological approach to health-related behavior are presented in the article. The analysis of models and theories practice in health promotion programs allowed to distinguish factors that increase individual willingness to change their behavior. Overlooked theories and models allowed to assume that in order to implement one of the major Lithuanian health programme 2014–2025 objectives – creating a healthy lifestyle, it is important to develop health

promotion and behavior change programs and strategies based on evidence-based theories and models.

Keywords: health-related behaviors, healthy lifestyle, behavior change.

Correspondence to Laima Bulotaitė
Vilnius University, Faculty of Philosophy
Department of General Psychology
University str. 9/1, LT-01513 Vilnius, Lithuania
E-mail: laima.bulotaite@fsf.vu.lt

*Received 15 February 2016,
accepted 14 March 2016*