

SAĞLIK DAVRANIŞLARINDA BEKLENTİLERİN ROLÜ: SOSYAL KOGNİTİF TEORİ

THE ROLE OF EXPECTANCIES IN HEALTH BEHAVIOURS: THE SOCIAL COGNITIVE THEORY

H. Can İkizler¹, Ruhi Selçuk Tabak²

Özet

İnsanların sağlıkla ilgili davranışlarının değiştirilmesi ve sağlık yaşam biçimlerinin geliştirilmesi kapsamlı sağlık eğitiminin temel amacıdır. Çeşitli disiplinlerin katılımını içeren kapsamlı sağlık eğitimi kavramında sağlık davranışlarının yalnızca uyaran-tepki ilişkisiyle kazandırılmayacağı, insanların davranış değiştirmede bireysel yeterliliklerine olan inançları, bu davranışlardan ne tür bir sonuç bekledikleri ve bunları nasıl algılayıp ifade edebildikleri gibi özelliklerin nitelikli sağlık davranışı geliştirmede son derece önemli olduğu görüşünü benimsenmektedir. Sağlık psikolojisi, sosyal psikoloji gibi çağdaş disiplinlerin kuramsal olarak açıkladığı bu yaklaşım insanların bir sağlık davranışını benimserlerken bilişsel süreçlerden geçtiklerinin dikkate alınması, davranışı uygulamada kişisel yeterlikleri ile davranışla ilgili beklentilerinin temel etkenler olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: Sağlık davranışı, özyeterlilik, sonuç beklentisi

Summary

One of the basic aims of comprehensive health education is to change the health related behaviours and to promote the healthy life styles of human beings. Comprehensive health education, which encompasses various disciplines, adopts the view that explains the behavioural change through self-efficacy, perception and identification of outcome expectancy of people, not only through stimulus-reaction. This approach, which is explained theoretically by contemporary disciplines, like health psychology and social psychology, states that the people employ a cognitive process and assess their self efficacy and outcome expectancy related to the health behaviour to be adopted which should be seriously taken into account.

Key words: Health behaviour, self efficacy, outcome expectancy

Günümüz bilgilerinin ışığında “Eğer insanlar başka türlü davranırlardı, ya birçok hastalığa hiç yakalanmaz ya da çeşitli hastalıkların yol açtığı ızdırapları çok daha hafif atlatabilirlerdi” önermesini rahatlıkla ileri sürebiliriz. Düzenli bedensel egzersiz yapma, araç içinde emniyet kemeri takma, dişleri düzenli fırçalama, sigara kullanmama, önerilen diyet programlarını uygulama gibi çok çeşitli alanları kapsayan sağlık davranışlarının sağlığı korumadaki etkileri değişik çalışmalarla gösterilmiştir.^{1,2} Bu davranışçı kuramlara başvurulmuştur; fakat, salt davranışsal ilke ve kuramlara dayanmanın sağlık davranışlarını açıklamakta yetersiz kaldığı görülmüş ve bu eksiklik, toplumsal ve zihinsel süreçleri de dikkate alan sosyal kognitif yaklaşımlarla giderilmiştir.

Temelinde, Bandura tarafından ortaya atılan sosyal öğrenme kuramı bulunan bu yaklaşımların merkezinde “expectancy”, yani araç-amaç ilişkisiyle ilgili öğrenilmiş beklenti kavramı yatmaktadır. Buna göre, belli bir durumdaki davranış, kişinin belli bir hedefe biçtiği değer ve bu hedefe ulaşma ihtimalinin bir fonksiyonudur.³

Sosyal öğrenme kuramı:

Öğrenme, bilgilerin alınıp işlenmesi sonucu kişinin davranışında nispeten süreklilik gösteren bir değişikliğin ortaya çıkması sürecidir. Burada söz konusu olan, salt bir davranış değişikliği değildir; aynı zamanda, daha ilerideki bir tarihte, yine bu davranışla ilgili olarak ortaya konabilecek davranış ihtimalleri de öğrenme tanımı içine girer ancak davranış değişikliklerinin nispeten bir süre-

¹⁾ M.Ü. Beden Eğitim ve Spor Y.O., Spor Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı

²⁾ M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı

lilik göstermesi ve bir tecrübeye dayanması durumunda bir öğrenme sürecinden bahsedilebilir. Kısa süreli ve bir defaya mahsus olan davranış değişiklikleri öğrenmenin bir sonucu değildir.

Pek çok hareketi gözlemleyerek öğreniriz; gözlediğimiz hareketleri örnek alır ve onları taklit etmeye çalışırız. Taklit kapasitesi çok erken dönemde gelişir; çocuklar pek çok şeyi çevrelerini gözlemleyerek ve gördüklerini taklit ederek öğrenir.

Bandura, bunun mantığını tüm öğrenme durumlarına genellemiş ve öğrenmenin öncelikle gözleme dayandığını ileri sürmüştür. Modelden öğrenme olarak da bilinen gözlem veya taklit yoluyla öğrenme mekanik bir kopya değildir; aksine, zihinsel süreçlere dayalı aktif bir eylemdir. Bu sebeple, taklit etmeden çok, model alma kavramı kullanılır. Davranışları, söyledikleri ve sözlü olmayan ifadeleri kendisini gözlemleyen kişi tarafından algılanan ve gözlemcide yeni beceri, kanaat ve davranış şekillerinin benimsenmesine yol açan kişi model olarak tanımlanmaktadır.⁴ Modellerin temel fonksiyonu, öğrenilecek davranış örneklerinin meydana getirebilmesi için, bunların nasıl organize edilmesi gerektiği hakkında izleyene bilgi vermektedir.⁵

Bandura, gözlemlenen ve taklit edilen model davranışının öğrenen üzerinde üç temel etkisi olduğundan söz etmektedir:⁶

1. Öğrenme etkisi: Bu etkiye bağlı olarak gözlemci yeni ve o güne kadar hiç tanımadığı davranış kalıplarını benimser ya da yabancı olmadığı tepkileri yeniden ve farklı bir şekilde ortaya koyar.

2. Teşvik edici ya da baskılayıcı etki: Modelin belli bir davranışının sonuçları, gözlemleyen kişinin belli bir davranışta bulunmasının temel hareket noktasını oluşturur. Önceden öğrenmiş olduğumuz, fakat yapmaktan çekindiğimiz birtakım davranışların model alınan kişi tarafından korkusuzca ve başarıyla gerçekleştirilerek yararlı bir şekilde sonuçlandırılması, çekincelerimizden vazgeçmemizi ve aynı davranışı tekrarlamamızı sağlar. Bunun tersi de mümkündür; rahatlıkla sergilediğimiz bazı davranışların bir modeli olumsuz yaşantılarla karşı karşıya bırakmasını gözlemlememiz, bu davranışı baskılamamız sonucunu doğurur.

3. Tepkiyi kolaylaştırıcı (serbestleştirici) etki: Gözlemlenen davranış, bildiğimiz bazı tepkileri daha kolay bir şekilde ortaya koymamıza imkan verir.

Sosyal öğrenme kuramının ilkelerinin insan davranışlarını yönlendirmede taşıdığı önem ve oynadığı rol iki beklentiyle ifade edilmektedir.

1. Kişisel etkinlik ya da öz yetkinlik beklenti (self-efficacy): İstenilen davranışın benimsenmesinde kişinin başarılı olacağına dair inancı.

2. Sonuç beklentisi (outcome expectation): Arzu edilen sonuca ulaşmada söz edilen davranışın yararlı olacağına dair inanç.

Bir davranışın kazanılmasının temel belirleyicisi olan bu iki inanç birbirinden bağımsız olabilir. Yani bir kişi, istenilen davranışın beklenen sonucu vereceğine ikna olmuştur, ama bu davranışı yapabileceğine dair ciddi kaygıları da bulunabilir. Bu durumda davranış benimsenmeyecektir. Örneğin, sağlığı için düzenli egzersiz yapmasının gerektiğinin bilincindedir; fakat, bu iş için yeterli serbest zamanı yoktur ya da şartları uygun değildir. Düzenli egzersiz yapabileceğine dair inancının zayıflaması, bu işe girişme ihtimalini iyice zayıflatacaktır. Bandura'nın kuramı "kişisel etkinlik inancının" önemli üzerinde durmaktadır. Bu inanç ne kadar kuvvetli olursa, kişinin istenilen davranışını yapma yeteneği o ölçüde fazla olur.

Kişisel etkinlik inancı (self-efficacy) üç boyutta incelenir: İnancın "genelliği", "gücü" ve "genişliği". Bu üç boyuttan her birinin kazanılacak davranış üzerinde önemli etkisi vardır.

1. Genellik: Bir kimsede kişisel etkinlik inancı belli alanlarla sınırlı ya da genel olabilir. Bazı işler özel bir yetenek isteyebilir. Kişi bu yeteneğe sahip olduğunu düşünüyorsa işi başarabileceğine inanır. Bu, söz konusu kişinin kendisinden istenilen diğer işleri de yapabilme kapasitesinde olduğuna dair bir inanç taşıdığı anlamına gelmez.

2. Güç: Bir inanç "güçlü" ya da "zayıf" olabilir. Zayıf bir inanç istenilen davranışı yapma kapasitesini yok edebilir. Tersine güçlü bir inanç da, bu yeni davranışla ilgili deneyimsiz olmaktan gelen zararı yok eder.

3. Genişlik: İnancın genişliği istenilen davranışın özelliklerine göre değişebilir. Eğer istenilen davranış art arda gelen basamaklar halinde gerçekleştirilecek bir şeyse bazı kişiler bu basamakların yarısını başarabileceğine inanırken, bazıları da tamamını başarabileceklerine inanır.

Bandura, belli bir davranışın kazanılması açısından kişisel etkinlik inancının analizi yapılırken bu üç boyutun detaylı bir değerlendirmesinin yapılmasını gerekli görmüştür. Bu kurama göre insanlar bir işi yapacakları zaman farklı kaynaklardan gelen bilgileri ölçüp tartarlar. Bu değerlendirme söz konusu işle ilgili olarak, kişisel etkinlik inancının genellik, güç ve genişlik boyutlarında yapılır. Kişi buna göre iş tercihinde bulunur. Seçilen işle ilgili gayreti belirleyen de bu değerlendirmedir.

Bir kişinin etkinlik inancının oluşmasını sağlayan bilgilerin başlıca dört kaynağı vardır:⁷

1. Doğrudan deneyim (yapmış olma): Kişi burada, kendi davranışının yol açtığı etkiyi algılar. İsteddiği zaman sigara içmediğini gören birisi, sigarayı tamamen bırakabileceği konusunda kendisine güvenir ya da sigarayı bırakmada başarılı olmuş birisi alkol kullanmama konusunda da aynı başarıyı tekrarlayacağına inanır.

2. Dolaylı deneyim (yapanı görme): bir sorunun üstesinden başarıyla gelen ve izleyen arasında benzerlikler olan birisinin gözlemlenmesi sonucu izleyen kişide "Onun yaptığını ben de yapabilirim" kanaati oluşur.

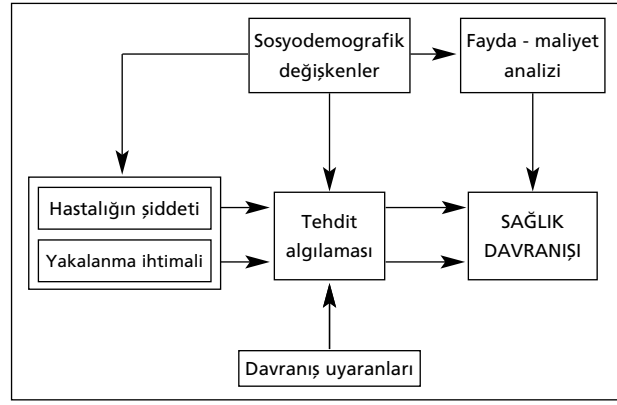
3. Sözlü ikna (yapabileceğine inandırma, telkin): Başkaları tarafından kendi yeteneklerine duyulan güven kişideki etkinlik inancını geliştirir.

4. Duygusal canlanma (heyecan uyandırma): Sağlık davranışını belirleyen sosyal kognitif faktörlerden biri de risk algılaması ya da değerlendirilmesidir. Bu süreç doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki şekilde gerçekleşir. Silahlı bir saldırıya maruz kalınması, bulunulan mekanda yangın çıkması gibi akut tehditlerin yol açtığı risk algılaması acil ve somut önlemlerin alınmasını gerektirir. Sağlık psikolojisi ve eğitimi açısından ise, mevcut objektif bir riskten çok, sübjektif olarak algılanan risk önem taşımaktadır. Burada, uzun bir süre sonra ortaya çıkması ve bir şekilde denetim altına alınması muhtemel tehditler söz konusudur. Kişinin ileride kalp hastası olabileceğini ya da kansere yakalanabileceğini düşünmesi dolaylı risk algılaması kapsamına girer.

Belli bir olaya maruz kalma veya belli bir durumun ortaya çıkma ihtimalini algılama (perceived susceptibility) risk değerlendirmesinin ilk etkenidir. İkincisi ise, söz konusu olayın şiddetiyle (perceived severity) ilgilidir. Bu iki faktörün çarpımıyla risk algılaması tamamlanır. Bir hastalığın şiddetli olarak değerlendirilmesi ancak, kişinin aynı zamanda kendisinin de bu hastalığa yakalanabileceğine inanmasıyla davranış değişikliğine yol açar. Tersinden ifade etmek gerekirse, bir hastalığa yakalanma ihtimalinin düşünülmesi kişiyi, özellikle hastalığın etki ve sonuçlarının ağır olması durumunda belli bir davranışa motive eder.⁸

İnsanların sağlık taramalarına katılmalarında rol oynayan zihinsel süreçleri araştıran sosyal psikologlar tarafından yukarıdaki faktörleri de dikkate alan "Sağlık inançları Modeli" (SİM) geliştirilmiştir (Şekil 1). Bu yaklaşıma göre, belli bir hastalığa yakalanma ihtimalinin ve sonuçlarının algılanması (tehdit değerlendirmesi) uygun sağlık davranışının benimsenmesi açısından bir temel oluşturmaktadır, fakat bu durum yine de yeterli görülmemektedir. Bu aşamada ek bazı faktörlere gerek vardır.

Bunların başında davranış uyarıcıları (cues to action) yer alır. Kişinin kendinde bazı hastalık belirtilerini görmesi, aile üyeleri ya da yakın arkadaş grubundan bazılarının bu hastalığa yakalanmış olması, kitle iletişim araçlarının kampanyaları tehdit değerlendirmesini doğrudan etkiler. Yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik, ait olunan sosyal sınıf, arkadaş ve referans grubunun baskısı gibi sosyodemografik değişkenler bir yandan tehdit algılanmasını artırırken, diğer yandan da korunmaya yönelik davranışla ilgili fayda-maliyet analizine etki eder. Maliyeti yükselten engellerin ortadan kaldırılması davranışın



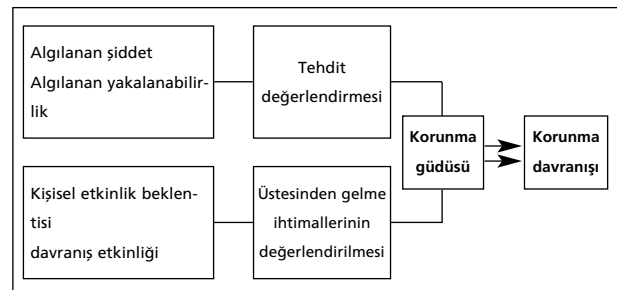
Şekil 1
Sağlık inançları modeli (SİM)

benimsenmesini kolaylaştıracaktır.^{1,9,10}

Hastalığın ortaya çıkması ihtimalini azaltan faydalı davranış alternatiflerinin algılanması ve hastalığa yakalanma değerlendirmesi SİM'nin beklentilerle ilgili yönünü oluşturmaktadır. SİM sağlık davranışlarını analiz etme, açıklama ve tahmin etmede bazı güncel yaklaşımların temelini oluşturmuştur. SİM'in en yüksek faydayı sağladığı kullanım alanları, bilinçlendirme kampanyası gibi çeşitli müdahale programlarının planlanması ve değerlendirilmesi aşamalarıdır.¹¹ Tarama programlarına katılmada, sağlık ve hastalık davranışlarının tahmin edilmesinde ya da hekimin önerilerine ve tedavi planına uyma sırasında karşılaşılan sorunların açıklığa kavuşturulmasında ve bunların üstesinden gelmeyle ilgili yaklaşımların belirlenmesinde SİM önemli katkılar sağlamaktadır.^{4,12,13}

Sağlık davranışında motivasyonun (güdülenmenin) önemini vurgulayan Rogers, sağlık inançları modeline güdesel faktörleri de ekleyerek "korunma güdüsü kuramını" (KGK) geliştirmiştir (Şekil 2). Bu modelin temelinde, sağlığı tehdit eden bilgilerin zihinsel olarak değerlendirilmesi (threat appraisal) ve korunma amaçlı önemlerin alınmasına ilişkin karar verilmesi (coping appraisal) süreçleri yatar.

KGK'nin sağlık tehdidinin değerlendirmesinde 4 kognitif faktör rol oynamaktadır:



Şekil 2
Korunma güdüsü kuramı (KGK)

1. Sağlık tehdidinin algılanan şiddeti
2. Algılanan yakalanabilirlik
3. Kişisel etkinlik beklentisi
4. Davranış etkinliği (sonuç beklentisi)

Sağlık inançları modelinde, farklı davranışların sergelenmesi doğrudan inançlardaki bir değişiklikle ilişkilendirilirken KGK'de inanaç değişikliği yalnızca korunma güdüsünün şiddetini etkilemekte ve buna bağlı olarak da davranış değişikliği gerçekleşmektedir. Yani davranış engelleyen faktörler beklentilerin muhasebesi, sorunun üstesinden gelme ihtimallerinin değerlendirilmesiyle sonuçlanır. Bu aşamada varılan karar korunma güdüsünün şiddetini belirler.

Bandura'nın kuramında değinilen beklentiler, sağlıklı yaşamın teşvik edildiği kampanyalarda, özellikle de sigarayla bırakma programları çerçevesinde davranış değişikliğinin gerçekleştirilmesinde önemli bir yer tutmakta, çoğunlukla da bu değişikliğin temel şartı ve KGK'daki en etkili zihinsel faktör olarak görülmektedir.^{14,15} Bunun yanında, alkol kullanımını azaltma ve düzenli bedensel egzersiz yapmanın şartlarını açıklamakta da KGK'dan yararlanılmaktadır.⁹

Kaynaklar

1. Pitts M, Phillips K. The Psychology of Health. London, Routledge, 1998; 6.

2. Ogden J. Health Psychology. Buckingham, Open University Press, 1996; 13.
3. Bengel J. Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten. Göttingen, Hogrefe, 1993; 44.
4. Fuchs R. Psychologie und Körperliche Bewegung. Göttingen, Hogrefe 1997; 45-111.
5. Eberspächer H. Sportpsychologie. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt TB, 1984; 95.
6. Thomas A. Einführung in die Sportpsychologie. Göttingen, Hogrefe, 1995; 133.
7. Schlicht W. Spot und Primärprävention. Göttingen, Hogrefe, 1994; 27.
8. Leppin A. Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Weinheim, Juventa, 1994.
9. Schwarzer R. Gesundheitspsychologie: Einführung in das Thema. Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch'da. Ed. Schwarzer R. Göttingen, Hogrefe, 1990; 3-24.
10. Schwarzer R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen, Hogrefe, 1996; 55.
11. Schwenkmezger P, Schmidt LR. Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart, Enke, 1994; 106.
12. Härtel U. Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Medizinische Psychologie und Soziologie'de. Ed. Pöppel E., Bullinger M, Härtel U. Weinheim, Chapman&Hall, 1994; 291-302.
13. Fuchs R. Sportliche Aktivität bei jugendlichen. Köln, bps-Verlag, 1990; 28.
14. Haisch J. Gesundheitsberatung und Gesundheitsmotivation. Gesundheitspsychologie'de. Ed. Haisch J, Zeitler HP. Heidelberg, Asanberg 1991; 109-22.
15. Bliemeister J. Zur Problematik AIDS-protektiven Verhaltens. Gesundheitspsychologie'de Ed. Haisch J, Zeitler HP. Heidelberg, Asanberg 1991; 123-44.

Geliş tarihi: 11. 05. 1999

Kabul tarihi: 23. 11. 1999

İletişim adresi:

Doç. Dr. H. Can İkizler
Gülden Sok 22/7
Göztepe 81060 İSTANBUL
Tel: (0216) 385 29 38 (Ev)
(0216) 308 56 61 (İş)
Faks: (0216) 332 16 20
e-posta: ikizler61@superonline.com