

Univerzitet u Beogradu
Filozofski fakultet
Odeljenje za psihologiju

Slaven R. Bogdanović

**PSIHOLOŠKI ČINIOCI ZDRAVSTVENOG
PONAŠANJA MLADIH**

Doktorska disertacija

Beograd, 2019.

University of Belgrade
Faculty of Philosophy
Department of Psychology

Slaven R. Bogdanović

**PSYCHOLOGICAL FACTORS OF HEALTH
BEHAVIOR AMONG YOUTH**

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2019

Prvi mentor:

dr Goran Opačić

vanredni profesor Filozofskog fakulteta u Beogradu

Drugi mentor:

dr Ljiljana Lazarević

viši naučni saradnik Instituta za psihologiju

Komisija:

dr Goran Knežević

redovni profesor Filozofskog fakulteta u Beogradu

dr Lazar Tenjović

docent Filozofskog fakulteta u Beogradu

Datum odbrane:

ZAHVALNICA

S obzirom na to da je rad na ovoj doktorskoj disertaciji trajao više godina, teško je pobrojati sve ljude koji su mi u tom procesu pomogli. Neke od njih ipak moram da izdvojim.

Na prvom mestu, želim da iskažem zahvalnost mojim mentorima. Dr Goranu Opačiću, koji je u svojoj ulozi, za mene predstavljao idealan spoj podrške, poverenja i pozitivnog ličnog primera, i dr Ljiljani Lazarević koja je nebrojeno puta „zasukala rukave“ i pomogla na vrlo praktičan način.

Zahvalnost želim da iskažem dr Goranu Kneževiću koji me je zainteresovao za istraživanja u domenu individualnih razlika. Dr Lazaru Tenjoviću se zahvaljujem za važne sugestije u vezi sa doktorskom disertacijom, ali i za to što me je podstakao da učim o savremenim metodama multivarijacione analize. Dr Iris Žeželj sam zahvalan za test realnosti prilikom planiranja istraživanja. Dr Danki Purić se zahvaljujem za savete u vezi sa pripremom i analizom podataka, a dr Veljku Pejoviću za to što mi je približio metod uzorkovanja iskustava.

Dolaženje do ispitanika je sigurno bio jedan od najvećih izazova ovog istraživanja. U tome su mi najviše pomogli dr Dušanka Lazarević, dr Sanda Stanković, dr Nikola Petrović, dr Ana Orlić, Jelena Blanuša i Marija Čolić. Ivanu Lazareviću se zahvaljujem za tehničku podršku tokom procesa prikupljanja podataka.

Dr Olji Jovanović Milanović sam zahvalan na saradnji tokom doktorskih studija. Bez nje bi ceo proces bio sa manje rezultata, a svakako i manje prijatan.

Familiji i prijateljima se zahvaljujem za brigu, strpljenje i razumevanje.

Posebnu zahvalnost dugujem Teodori Matic za emotivnu, kognitivnu i konativnu podršku koja je dostigla tu meru da je smatram koautorkom ovog rada. Sofiji Bogdanović sam zahvalan za sve njene osmehe.

Slaven R. Bogdanović

2019. u Beogradu

Uspomeni na V.

PSIHOLOŠKI ČINIOCI ZDRAVSTVENOG PONAŠANJA MLADIH

Rezime

Iako zdravstvena praksa vekovima unazad prepoznaje značaj psiholoških faktora za održavanje zdravlja, kao i za prevenciju i tretman bolesti, tek sedamdesetih godina prošlog veka je formirana zdravstvena psihologija kao zasebna naučna oblast (APA, 1976). Kao relativno mlada naučna disciplina zdravstvena psihologija se suočava sa brojnim problemima. U ovom trenutku postoji veliki broj teorija zdravstvenog ponašanja, ali konstrukti na koje se te teorije oslanjaju nisu dovoljno dobro definisani (Conner & Norman, 2005). Osim toga, metod samoizveštavanja koji se često koristi u psihologiji, u slučaju zdravstvenog ponašanja pokazuje izvesne manjkavosti, prvenstveno zbog postojanja sistematskih pristrasnosti (Hatziandreu et al., 1989). Zbog toga, stiće se utisak da zdravstvena psihologija još čeka na svoju punu afirmaciju među zdravstvenim naučnim disciplinama. U prilog takvom zaključku govori i činjenica da velika nacionalna istraživanja zdravlja uglavnom ne uključuju psihološke činioce.

Pojedini savremeni metodološki pristupi ipak nude obećavajuća rešenja. Jedno od takvih je i metod uzorkovanja iskustava (Hektner, Csikszentmihalyi, & Schmidt, 2007). Osnovna ideja metoda je da se više puta dnevno, u nasumično odabranim trenucima, od ispitanika traži da odgovore na pitanja o iskustvima koja su upravo doživeli. Ovakav pristup omogućuje statističko zaključivanje o svakodnevnom životu ispitanika, a pri tome se oslanja na podatke koji su prikupljeni neposredno nakon iskustva koje je od interesa za istraživanje.

Osnovni cilj ovog istraživanja je bio da se metodom uzorkovanja iskustava ispita priroda afekta koji se javlja povodom određenih oblika zdravstvenog ponašanja, te da se ustanovi da li je na osnovu tog afekta moguće predvideti buduće zdravstveno ponašanje. Uzorak ispitanika činilo je 98 mladih osoba, regrutovanih iz populacije studenata. Oni su tokom sedam dana, tri puta dnevno u nasumično odabranim trenucima, preko svojih mobilnih telefona dobijali poruku sa molbom da popune upitnik. Upitnik se odnosio na dvosatni vremenski period koji je prethodio stizanju poruke. Od ispitanika se tražilo da izveste o svom zdravstvenom ponašanju. Praćena su zdravstveno unapređujuća (fizičko vežbanje, konzumacija vode, voća, povrća i dodataka ishrani) i zdravstveno ugrožavajuća ponašanja (konzumacija cigareta, alkohola,

slatkiša, brze hrane i napitaka sa kofeinom). Za svako od tih ponašanja je pitano da li je izvedeno tokom prethodnih dva sata. Ako jeste, tražena je procena intenziteta izvođenja. Ako ponašanje nije bilo izvedeno, ispitano je postojanje iskušenja (u slučaju ugrožavajućeg), i procena toga da li je ponašanje trebalo da bude izvedeno (u slučaju unapređujućeg). Nakon toga, ispitan je stepen prijatnosti afekta u vezi sa svakim od ovih pojedinačnih ishoda. Na kraju je procenjen stepen odmornosti, i prijatnosti dešavanja tokom referentnog vremenskog perioda. Osim toga, ispitano je kako na prirodu odnosa između afekta i zdravstvenog ponašanja utiču relativno trajne odlike osobe i karakteristike situacije. Za merenje bazičnih crta ličnosti korišćen je HEXACO inventar (Ashton & Lee, 2007), za opšte samopoimanje SDQ (Marsh & O'Neill, 1984), za sklonost ka preventivnom ili ka promotivnom regulatornom ponašanju upotrebljen je GRFM (Lockwood, Jordan, & Kunda, 2002), dok je za uobičajeno zdravstveno ponašanje upotrebljen upitnik sastavljen za potrebe ovog istraživanja.

Jedna od ključnih hipoteza ovog istraživanja je bila da će prijatnost afekta povodom aktuelnog izvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja biti prediktor intenziteta narednog unapređujućeg ponašanja. Dobijeni rezultati nisu u skladu sa ovom hipotezom. Osim toga, dobijeno je da ni afekat povodom aktuelnog izbegavanja zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja ne predviđa više unapređujućeg ponašanja. Sa druge strane, dobijeno je da stepen prijatnosti u situacijama propuštanja da se izvede zdravstveno unapređujuće ponašanje i situacijama izvođenja ugrožavajućeg ponašanja jeste statistički značajan prediktor unapređujućeg ponašanja. Ključni rezultat ovog istraživanja sugerise postojanje kvalitativnih razlika između afekta povodom pozitivnog (izvođenje unapređujućeg i izbegavanje ugrožavajućeg) i povodom negativnog (izvođenje ugrožavajućeg i propuštanje unapređujućeg) ponašanja u pogledu mogućnosti predviđanja zdravstveno unapređujućeg ponašanja. Prijatnost afekta povodom zdravstveno unapređujućeg ponašanja interpretirana je kao ponos, a postojanost pozitivnog afekta, uprkos izvođenju negativnog ponašanja, kao rezilijentnost. Rezilijentnost, kao predispozicija za buduće unapređujuće ponašanje, posebno dolazi do izražaja u okolnostima koje se procenjuju kao negativne, kao i kod osoba sa lošijom slikom o svom fizičkom izgledu. Rezultati studije koja je sprovedena nisu potvrdili očekivanje da će prijatan afekat povodom izvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja biti prediktor daljeg unapređujućeg ponašanja. Međutim, pokazalo se da izostanak neprijatnog afekta povodom negativnog ponašanja (krivice),

bolje predviđa unapređujuće ponašanje u narednoj situaciji. Rezilijentnost afekta povodom negativnog zdravstvenog ponašanja (izvođenje ugrožavajućeg i propuštanje unapređujućeg) dovodi do toga da se ponašanje u narednoj situaciji promeni i bude pozitivnije (izbegavanje ugrožavajućeg i izvođenje unapređujućeg). Do sličnih rezultata dolaze i pojedina istraživanja izvedena u domenu zdravstvene psihologije i psihologije potrošača. Neka od njih uključuju i različite neurološke i psihofiziološke mere, što upućuje na zaključak da se kompleksnim problemom zdravstvenog ponašanja nije moguće na adekvatan način baviti unutar okvira jedne naučne discipline. Unapređivanje znanja u ovoj važnoj oblasti zahteva interdisciplinarni pristup i otvorenu saradnju naučnika iz različitih oblasti.

Ključne reči: zdravstveno ponašanje, metod uzorkovanja iskustava, hijerarhijsko linearno modelovanje, bazične crte ličnosti, samopoimanje, ponos, krivica

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF HEALTH BEHAVIOR AMONG YOUTH

Abstract

Despite the fact that the importance of psychological factors for health maintenance, and treatment and prevention of illnesses has been known for centuries, health psychology was established as a separate scientific discipline only in the 1970s (APA, 1976). As a relatively young scientific discipline, health psychology faces numerous problems. At the moment, there is a large number of theories of health behavior, but the constructs they rely on are not well-defined (Conner & Norman, 2005). Besides, the method of self-reporting, often used in psychology, shows certain weaknesses in the case of health behavior, primarily due to the existence of systemic bias (Hatzianandreu et al., 1989). All of this leads to the impression that health psychology is still waiting for its full affirmation as a health-science discipline. This impression is further strengthened by the fact that large national studies usually do not include psychological factors.

Some modern methodological approaches offer promising solutions. One of them is the experience sampling method (Hektner, Csikszentmihalyi, & Schmidt, 2007). The basis of the method is asking respondents to answer questions about their immediate experiences several times a day, at randomly chosen times. This approach allows for statistical inference about the everyday life of the respondents, relying on data collected immediately after the experience of interest for the study.

The main goal of this study was to explore the nature of affect elicited by certain forms of health behaviors, as well as the possibility to predict future health behavior based on it. The sample consisted of 98 young people recruited from the student population. During a 7-day period, they received notifications on their mobile phones 3 times a day at randomly chosen times, asking them to complete a survey. The survey was concerning the two-hour period preceding the notification. Respondents were asked to report about their health behavior. We tracked health-promoting (physical exercise, consumption of water, fruits, vegetables, and dietary supplements) and health-threatening behaviors (consumption of cigarettes, alcohol, sweets, fast food, and caffeinated beverages). For each of these behaviors, we asked whether it

was performed during the previous two hours. If yes, we asked for an assessment of its intensity. If the behavior was not performed, we examined whether temptation was present (for health-threatening behaviors), or asked for the respondent's opinion about whether they should have performed it (for health-promoting behaviors). After that, we asked how pleasant the affect related to each of these outcomes was. Finally, respondents assessed how well-rested they felt, and how pleasant the events occurring during the said time period had been. Apart from that, we wanted to examine the influence of relatively permanent personal characteristics, as well as characteristics of the situation, on the relationship between affect and health behavior. For the assessment of basic personality traits, we used HEXACO personality inventory (Ashton & Lee, 2007), for general self-concept we used SDQ (Marsh & O'Neill, 1984), for the predisposition towards preventive and promotional regulatory behavior we used GRFM (Lockwood, Jordan, & Kunda, 2002), while usual health behavior was assessed using a questionnaire developed for this study.

One of the key hypotheses of the study was that the degree of the pleasantness of the affect related to health-promoting behavior will be a predictor of higher intensity of subsequent health-promoting behavior. This hypothesis was not confirmed. Moreover, we see that the affect related to avoidance of health-threatening behavior does not predict more health-promoting behavior, either. On the other hand, we show that the degree of the pleasantness of the affect in situations where a health-promoting behavior is missed, or a health-threatening behavior is performed, is a statistically significant predictor of health-promoting behavior. The key finding of this study suggests a qualitative difference between the affect related to positive (performing health-promoting and avoiding health-threatening) and that related to negative (performing health-threatening and missing health-promoting) behavior when it comes to predicting health-promoting behavior. We interpreted the pleasantness of the affect related to health-promoting behavior as pride, and the endurance of positive affect despite performing negative behavior as resilience. Resilience, as a predisposition for future health-promoting behavior, becomes especially important when the circumstances are assessed as negative, as well as when the person has a poorer self-image related to physical appearance. The study did not confirm the expectation that the pleasant affect elicited by performing a health-promoting behavior will be a predictor of subsequent health-promoting behavior. However, it seems that the absence of

negative affect related to negative behavior (guilt) can predict more health-promoting behavior in the next situation. The resilience of affect related to negative health behavior (performing health-threatening and missing health-promoting behavior) leads to more positive behavior (avoiding health-threatening and performing health-promoting behavior) in the next situation. Similar findings were obtained by some studies in the areas of health psychology and consumer psychology. Some of them employ various neurological and psychophysical measures, which points to the conclusion that the complex problem of health behavior cannot be adequately addressed within the framework of a single scientific discipline. Advancement of knowledge in this important area requires an interdisciplinary approach and open collaboration among scientists from various fields.

Keywords: health behavior, experience sampling method, hierarchical linear modeling, basic personality traits, self-concept, pride, guilt

SADRŽAJ

Uvod.....	1
Definicija zdravlja.....	1
Zdravstveno ponašanje.....	3
Zdravstvena psihologija.....	3
Teorijski pristupi unutar zdravstvene psihologije.....	4
Socio-kognitivne teorije zdravstvenog ponašanja.....	4
Kritika socio-kognitivnih teorija zdravstvenog ponašanja.....	10
Individualne razlike u pogledu zdravstvenog ponašanja.....	13
Bazične crte ličnosti.....	14
Uloga samopoimanja u zdravstvenom ponašanju.....	15
Intrapersonalna variranja u pogledu zdravstvenog ponašanja.....	16
Metodi istraživanja zdravstvenog ponašanja.....	18
Uloga ponosa i krivice u predviđanju zdravstvenog ponašanja.....	19
Problem istraživanja.....	26
Ciljevi istraživanja.....	29
Hipoteze.....	30
Metod istraživanja.....	31
Uzorak i procedura zadavanja.....	31
Instrumenti.....	32
Protokol za uzorkovanje iskustava.....	32
Upitnik o intenzitetu zdravstvenog ponašanja.....	33
Bazične crte ličnosti.....	33
Samopoimanje.....	34
Regulatorni fokus.....	34
Prikaz rezultata.....	34

Analitička strategija i obrazloženje odabira postupka analize	34
Opis postupka deskriptivne analize	35
Opis postupka analize statističkog zaključivanja	37
Deskriptivna analiza podataka	42
Prikaz rezultata podataka dobijenih psihološkim mernim instrumentima.....	42
Deskriptivna analiza podataka dobijenih inventarom za uzorkovanje iskustava	43
Deskriptivni pokazatelji uobičajenog zdravstvenog ponašanja.....	58
Statističko zaključivanje o hipotezama	74
Testiranje hipoteza	74
Diskusija.....	105
Ponos kao prediktor budućeg zdravstvenog ponašanja	106
Krivica kao prediktor budućeg zdravstveno ponašanja.....	108
Perfekcionizam kao prediktor budućeg zdravstveno unapređujućeg ponašanja	109
Odolevanje iskušenju kao prediktor budućeg zdravstveno unapređujućeg ponašanja.....	110
Ključni nedostaci ovog istraživanja i preporuke za naredna	111
Odabir i klasifikacija ponašanja	111
Odabir uzorka ispitanika	112
Odabir mera.....	114
Zaključak.....	115
Literatura	117

Uvod

Ubrzani razvoj nauke i tehnike poslednjih decenija omogućuje sve precizniju medicinsku dijagnostiku. Uprkos tome, procesi koji dovode do razvoja velikog broja bolesti nam nisu do kraja poznati. Nečije dobro ili loše zdravlje se i danas često pripisuju sreći ili drugim faktorima koje nije moguće kontrolisati. Ipak, rezultati brojnih istraživanja koja se sprovode u oblasti zdravstva ukazuju na postojanje relativno stabilnih individualnih razlika koje osobu predisponiraju za različite zdravstvene ishode. Faktori individualnih razlika koji se pri tome najčešće ističu u prvi plan su socio-ekonomski (WHO World Health Statistics, 2019). Mada je značaj socio-ekonomskih faktora neosporan, navike kao što su pušenje, konzumacija alkohola, seksualno rizično ponašanje, fizička neaktivnost i neadekvatna ishrana su rasprostranjene i u ekonomski razvijenim i u ekonomski manje razvijenim zemljama (WHO World Health Statistics, 2019). Postojanje razlika u životnim stilovima i navikama koje utiču na zdravstvene ishode ukazuje na neophodnost izučavanja zdravstvenog ponašanja. Oblici ponašanja kao što su konzumacija alkohola i duvanskih proizvoda, nepravilna ishrana i nedovoljna fizička aktivnost su povezana sa kardiovaskularnim i plućnim bolestima, kao i sa dijabetesom (Belloc & Breslow, 1972; Blaxter, 1990). Ove bolesti se danas smatraju glavnim uzročnicima smrti. Osim toga, ako se umesto na životni vek usmerimo na trajanje vitalnosti kao merilo zdravlja, dolazimo do zaključka koji ukazuje na još veći značaj navika u ponašanju (Khaw et al., 2008; Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004).

Višeslojnost i kompleksnost problema zdravstvenog ponašanja je na ovom mestu samo skicirana. Međutim, već i sama skica upućuje na to da je osim socio-ekonomskih faktora neophodno uzeti u obzir i psihološke faktore zdravstvenog ponašanja. Psihologija daje svoj doprinos prvenstveno pružajući metode i tehnike za razumevanje i menjanje ponašanja koje je u vezi sa zdravstvenim ishodima.

Definicija zdravlja

Svetska zdravstvena organizacija definiše zdravlje kao stanje potpune fizičke, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo kao odsustvo bolesti ili iznemoglosti (Callahan, 1973). Iako se ovoj definiciji zamera nedovoljna preciznost, njom su istaknute osnovne karakteristike

biopsihosocijalnog modela zdravlja (Engel, 1977). Ovaj model predstavlja osnovu aktuelne paradigme u savremenoj medicini.

U 19. veku je bio dominantan biomedicinski model zdravlja. Prema njemu, bolest se javlja isključivo kao posledica delovanja činilaca iz spoljašnje sredine ili nevoljnih procesa unutar organizma. Odgovornost za stanje bolesti se izmešta i pripisuje faktorima koji nisu pod kontrolom pojedinca. Za biomedicinski model je karakteristično dualističko shvatanje odnosa duha i tela. Tretman bolesti se isključivo odnosi na menjanje fizičkog stanja organizma i podrazumeva intervencije kao što su vakcinacija, hemioterapija ili hirurški zahvati. Sa druge strane, psihičko stanje može biti samo posledica, ali ne i uzrok fizioloških promena.

Tek u 20. veku zvanična medicina prepoznaje da psihička stanja mogu uticati na fiziologiju organizma. Flenders Danbar (Dunbar, 1943) pokreće časopis Psihosomatska Medicina koji 1942. godine postaje zvanični časopis Američkog psihosomatskog društva, a taj događaj se smatra formalnim početkom psihosomatske medicine.

Dalji razvoj oblasti je vodio ka tome da se osim psiholoških, uzimaju u obzir i sociološki, odnosno širi sredinski činioci. Krajem 20. veka je uspostavljen biopsihosocijalni model zdravlja (Engel, 1977). Njime se ističe istovremeno dejstvo bioloških, psiholoških i socijalnih činilaca zdravlja. Pod biološkim činiocima se podrazumevaju delovanje virusa i bakterija, kao i genetski i strukturalni deficiti. Psihološki faktori obuhvataju kognitivne, emocionalne i ponašajne aspekte zdravlja. Sociološki činioci pokrivaju društvene norme i socio-ekonomske faktore. Unutar biopsihosocijalnog modela čovek je sagledan kao složen sistem. On podrazumeva da je potrebno uticati na osobu u celosti, a ne samo na biološke činioce. Uzroci bolesti se ne traže u jednom izolovanom faktoru, već se ispituje čitav splet međuzavisnih uzročnika koji operišu na različitim nivoima funkcionisanja - od fiziološkog, preko psihološkog, do sociološkog. Biopsihosocijalni model ukazuje na to da bolest i zdravlje nisu diskretne kategorije, već da postoji kontinuum između ovih polova. Ovakvim modelom se pojedincu daje mnogo veći subjektivitet, ali i pripisuje veća odgovornost za zdravstvene ishode nego što je to ranije bio slučaj. Ova promena perspektive takođe ima za posledicu pridavanje većeg značaja prevenciji bolesti i održanju zdravlja. Ovo podrazumeva menjanje uverenja, stavova i navika koje su u vezi sa zdravljem.

Zdravstveno ponašanje

Prema jednoj od najčešće korišćenih definicija zdravstvenog ponašanja, ono podrazumeva sve aktivnosti preduzete u cilju prevencije ili dijagnostikovanja bolesti i aktivnosti kojim se nastoji unaprediti zdravlje i dobrobit organizma (Conner & Norman, 2005). Pojedini autori (Matarazzo, 1980) ukazuju na važnost razlikovanja zdravstveno unapređujućeg i zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja. Pod zdravstveno unapređujućim ponašanjem najčešće se podrazumevaju redovno vežbanje, adekvatna ishrana, odlasci na preventivne kontrole kod lekara, korišćenje zaštite prilikom seksualnih odnosa i slično. Zdravstveno ugrožavajuća ponašanja uključuju konzumaciju duvanskih proizvoda i alkohola, nepravilnu ishranu, rizično seksualno ponašanje i nedovoljnu fizičku aktivnost. Zdravstveno unapređujuća ponašanja se takođe nazivaju i „ponašajnim imunogenima“, a zdravstveno ugrožavajuća „ponašajnim patogenima“. Srodan pojam zdravstvenom ponašanju je i bihejvioralno zdravlje. Pod njim se podrazumeva primena znanja i tehnika bihejvioralnih i biomedicinskih nauka u održavanju zdravlja i prevenciji bolesti i disfunkcionalnosti kroz različite samoinicijativne, individualne ili grupne aktivnosti (Matarazzo, 1980).

Zdravstvena psihologija

Početak sedamdesetih godina prošlog veka, pažnju opšte i stručne javnosti su privukli brojni problemi u vezi sa pružanjem zdravstvene zaštite. Utvrđeno je da u zdravstvu ne postoji dovoljan broj adekvatno edukovanih ljudi, a prepoznata je i potreba za zapošljavanjem većeg broja psihologa. U skladu sa tim, 1973. godine odbor za naučna pitanja Američke asocijacije psihologa, prema preporuci Komiteta za nove naučne oblasti (engl. Newly Emerging Areas of Research NEAR), donosi odluku o formiranju zasebne divizije posvećene zdravstvenoj psihologiji (APA, 1976). Tom prilikom su formirane katedre za zdravstvenu psihologiju na fakultetima i dodeljeni resursi za finansiranje istraživanja u domenu zdravstvenog ponašanja. Ovaj talas se brzo proširio i van Sjedinjenih Američkih Država, a interesovanje za ovu oblast nastavlja da raste. Prema aktuelnoj definiciji zdravstvene psihologije, ona predstavlja agregat specifičnih obrazovnih, naučnih i profesionalnih doprinosa psihologije kao nauke promovisanju i održanju zdravlja, prevenciji i tretmanu bolesti i identifikovanju etioloških i dijagnostičkih

korelata zdravlja i bolesti, kao i sa bolešću povezanih disfunkcionalnosti (Matarazzo, 1980).

Teorijski pristupi unutar zdravstvene psihologije

Zdravstvena psihologija se tokom svog razvoja prvenstveno oslanjala na socijalno-kognitivističke teorije, teorije učenja, teorije odlučivanja, razvojno-psihološke teorije i teorije iz oblasti obrazovanja. Teorijskim zadacima zdravstvene psihologije se najčešće smatraju: ispitivanje uloge ponašanja u nastanku bolesti, predviđanje zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja, istraživanje odnosa psihologije i fiziologije, razumevanje iskustva obolelog i preispitivanje uloge psihologije kao nauke u tretmanu bolesti. Praktični ciljevi zdravstvene psihologije podrazumevaju: promociju zdravstveno unapređujućeg ponašanja, prevenciju bolesti, menjanje uverenja u vezi sa zdravstvenim ponašanjem, modifikaciju odgovora na stres i promenu ponašanja tokom tretmana bolesti (Ogden, 2012).

Socio-kognitivne teorije zdravstvenog ponašanja

Od formalog nastanka zdravstvene psihologije kao zasebne psihološke discipline do danas predloženi su brojni modeli zdravstvenog ponašanja. Najveći broj teorijskih modela zdravstvenog ponašanja je nastao u okviru socio-kognitivnog pristupa. Ovaj pristup stavlja akcenat na razumevanje stavova, uverenja i namera u vezi sa zdravstvenim ponašanjem.

Model zdravstvenih uverenja

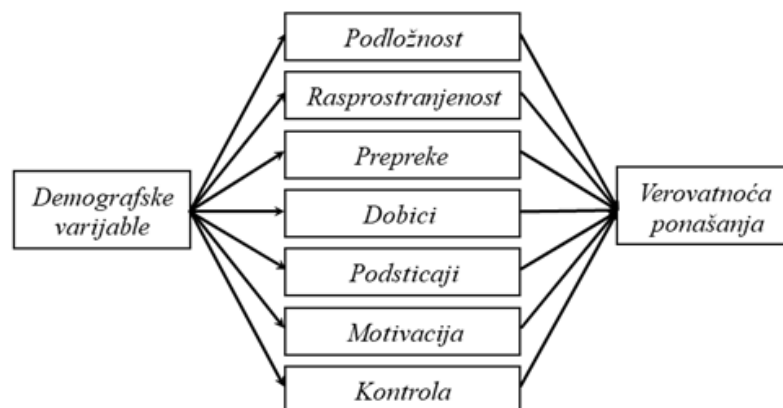
Model zdravstvenih uverenja (Rosenstock, 1966) je jedan od najstarijih socio-kognitivnih modela zdravstvenog ponašanja. Nastao je kao rezultat primene socio-psiholoških teorija odlučivanja na unapređivanje programa zdravstvenog obrazovanja. Ovaj model polazi od pretpostavke da zdravstvena ponašanja proizlaze iz određenih bazičnih uverenja (Slika 1). Inicijalni skup pretpostavljenih bazičnih uverenja uključuje:

- Procene podložnosti (uverenje o verovatnoći da osoba oboli)
- Procene rasprostranjenosti (uverenje o učestalosti određenog oboljenja u populaciji)
- Procene prepreka (percepcija odricanja neophodnih da bi se sprovela promena)
- Procene dobitaka (percepcija koristi koju donosi promena)

- Podsticaja (izloženost aktivirajućim događajima kao što su pojava simptoma ili uzimanje učešća u zdravstvenim preventivnim programima).

U kasnijim revizijama modela zdravstvenih uverenja dodate su:

- Motivacija (stepen zainteresovanosti za zdravstvene ishode)
- Percipirana kontrola (stepen uverenosti osobe da može promeniti zdravstvena ponašanja).

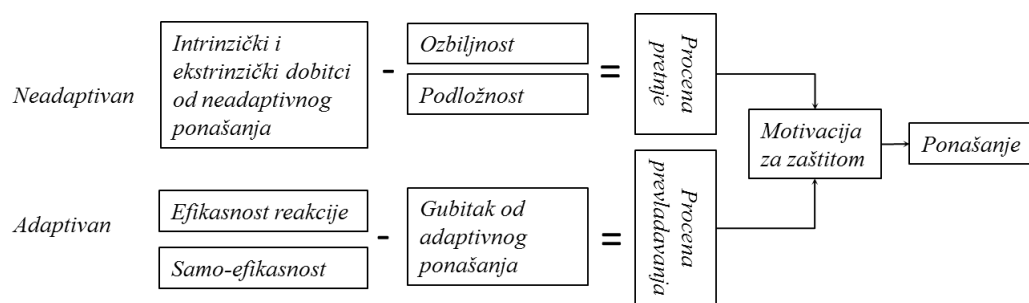


Slika 1 Model zdravstvenih uverenja (Rosenstock, 1966)

Model zdravstvenih uverenja je našao primenu u istraživanjima brojnih oblika zdravstvenog ponašanja, kao što su: pušenje, konzumacija alkohola, rizično seksualno ponašanje, fizička aktivnost i rekreacija, rizična vožnja, samopregled dojki i druga ponašanja (Abraham & Sheeran, 2005). Rezultati meta-analize koju su sprovedeli Jenz i Beker (Janz & Becker, 1984) ukazali su na to da se na osnovu modela zdravstvenih uverenja može zadovoljavajuće dobro predviđati preventivno zdravstveno ponašanje, kao i ponašanje tokom tretmana bolesti. Pri tome, percipirane prepreke imaju najveću prediktivnu moć, a utisak o rasprostranjenosti bolesti najslabiji. Kasnije sprovedena meta-analiza Harisona i saradnika (Harrison, Mullen, & Green, 1992) ukazuje na niske koeficijente veličine efekta i neispunjenost kriterijuma pouzdanosti među istraživanjima koja su Jenz i Beker uključili u svoju studiju.

Teorija motivacije za zaštitom

Pokušaj da se u teoriju zdravstvenog ponašanja uključe i afektivne determinante ponašanja doveo je do nastanka *teorije motivacije za zaštitom* (Rogers, 1975). Ovom teorijom je pretpostavljeno da motivacija za zaštitom zdravlja zavisi od: subjektivne procene verovatnoće javljanja događaja, procene stepena štetnosti događaja i percipirane efikasnosti određene zaštitne aktivnosti. Kasnije verzije modela motivacije za zaštitom su se razvile pod uticajem Bandurinog koncepta samo-efikasnosti (Bandura, 1977), kao i Lazarusovih postavki o mehanizmima prevladavanja stresa (Lazarus & Folkman, 1984). Prema revidiranom Rodžersovom modelu (Slika 2), intrinzički (zadovoljstvo) i ekstrinzički (socijalno odobravanje) dobici od neadaptivnog ponašanja su suprotstavljeni proceni ozbiljnosti pretnje i individualne podložnosti neželjenim posledicama. Odnos uticaja ovih faktora čini procenu pretnje. Sa druge strane, uverenost da će adaptivno ponašanje biti efikasno (u smislu umanjenja pretnje), kao i poverenje u samo-efikasnost, stoje naspram procenjenih gubitaka koje sa sobom nosi adaptivno ponašanje (ili suzdržavanje od neadaptivnog ponašanja). Relativni odnos ovih suprotstavljenih tendencija čini procenu sposobnosti prevladavanja. Procena pretnje i procena prevladavanja, prema Rodžersu, nezavisno utiču na stepen motivacije za zaštitom, koji je ključni prediktor zdravstvenog ponašanja.



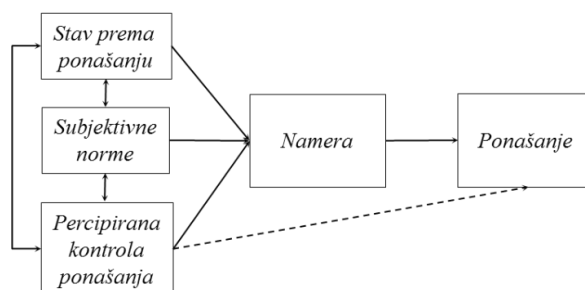
Slika 2 Revidirana teorija motivacije za zaštitom (Rogers, 1975)

Teorija motivacije za zaštitom je proveravana u studijama koje su se bavile fizičkom aktivnošću i rekreacijom (Plotnikoff, Costigan, Karunamuni, & Lubans, 2013), pušenjem (Greening, 1997), neumerenom konzumacijom alkohola (Ben-Ahron, White, & Phillips, 1995), rizičnim seksualnim ponašanjem i pridržavanjem propisanog terapijskog tretmana (Taylor & May, 1996). Zaključak meta-analize koju su sprovedi Milne i saradnici (Milne, Sheeran & Orbell, 2000) je da teorija motivacije za zaštitom predstavlja koristan model za predviđanje

zdravstvenog ponašanja, pri čemu procena sposobnosti prevladavanja pokazuje viši stepen prediktivne valjanosti od procene pretnje.

Teorija planiranog ponašanja

Autorima teorije motivacije za zaštitom se zamera da nisu dovoljno uzeli u obzir uticaj socijalnih faktora. Ova kritika je poslužila kao podsticaj za razvoj *teorije planiranog ponašanja* (Ajzen & Madden, 1986). Teorija planiranog ponašanja je nastala kao proširenje ranije postavljene *teorije razložne akcije* (Fishbein & Ajzen, 1975). Uticaj socijalnih faktora u teoriji planiranog ponašanja operacionalizovan je preko subjektivnih normi (Slika 3), odnosno očekivanog odobravanja ili neodobravanja od strane drugih značajnih osoba. Najznačajniji element teorije planiranog ponašanja je namera da se izvede određeno ponašanje. Na nameru utiče stav prema ponašanju, subjektivne norme i percipirana kontrola nad ponašanjem.



Slika 3 Teorija planiranog ponašanja (Ajzen & Madden, 1986)

Da bi modelom bilo obuhvaćeno i ponašanje koje je izvan okvira namere, dodata je i direktna veza između percipirane kontrole i ponašanja. Teorija planiranog ponašanja podrazumeva i princip kompatibilnosti. Prema ovom principu svako ponašanje i svaki stav čine četiri komponente: aktivnost, cilj, kontekst i vreme. Konzistentnost između stava i ponašanja će biti najveća kada se oba mere na istom nivou specifičnosti. Teorija planiranog ponašanja u ovom trenutku predstavlja dominantan pristup istraživanju determinanti zdravstvenog ponašanja. Iza nje stoji impresivna količina empirijske građe (Armitage & Conner, 2000). Zaključak jedne od obuhvatnih meta-analiza (185 nezavisnih studija) je da model koji predlaže teorija planiranog ponašanja objašnjava oko 27% varijanse ponašanja i 39% varijanse namere. Prema rezultatima ove studije, subjektivne norme se pokazuju kao najslabiji prediktori u modelu. Ovakav podatak autori meta-studije tumače nižom snagom merenja ovog konstrukta, ali i slabijom

konceptualnom određenošću subjektivnih normi. Posebno problematičnim se čini odnos namere, kao centralnog konstrukta ove teorije, i ponašanja. Rezultati druge meta-analize eksperimentalnih istraživanja ukazuju na to da umereno jake promene u nameri dovode tek do slabih ili umereno slabih promena u ponašanju (Webb & Sheeran, 2006).

Model namere implementacije

Model namere implementacije je nastao da bi se premostio jaz između namere i izvedenog ponašanja. Gollwitzer (Gollwitzer, 1993), autor modela namere implementacije, smatra da uspostavljanje veze između ponašanja i predviđenog sredinskog konteksta u kom će se ponašanje odigravati može povećati stepen kontrole nad sopstvenim ponašanjem. „Ja nameravam da iniciram ciljem usmereno ponašanje x, svaki put kada se dogodi situacija y“ (Gollwitzer, 1993). Model namere implementacije nalazi empirijsku potvrdu, između ostalog, u rezultatima longitudinalnih istraživanja prevencije pušenja među adolescentima. Adolescenti iz eksperimentalne grupe, koji su svoju nameru da ne puše formulisali u terminima odbijanja cigareta koje će im biti ponuđene u budućnosti, pokazali su niži nivo konzumacije cigareta (samoprocena i objektivne mere) 24 meseca kasnije. Pri tome, statistički je kontrolisan je uticaj bazičnog intenziteta konzumacije cigareta, pol, stav prema pušenju kao i konzumacija cigareta među članovima porodice i prijateljima (Conner & Higgins, 2010). Milne i saradnici, u svom ispitivanju modela namere implementacije dobijaju da ispitanici od kojih je traženo da navedu kada i gde će se baviti fizičkom aktivnošću tokom narednih sedam dana, pokazuju viši stepen realizacije namere od ispitanika iz kontrolne grupe od kojih nije traženo da na takav način konkretizuju svoje planove u vezi sa vežbanjem (Milne, Sarah, Orbell & Sheeran, 2002).

Transteorijski model

Transteorijski model (Prochaska & DiClemente, 1983) je nastao kao rezultat istraživanja različitih psihoterapijskih pristupa promeni ponašanja. Ključni cilj modela je da objasni prirodu procesa promene. Prochaska i DiClemente, su došli do zaključka da se proces promene ponašanja odvija kroz pet kvalitativno različitih stadijuma. Prvi stadijum je prekontemplacija, kada osoba još nema nameru da menja ponašanje tokom narednih šest meseci. Kontemplacija je drugi

stadijum, u kom osoba razmišlja o promeni ponašanja u predstojećih šest meseci, ali ne preduzima nikakve pripremne aktivnosti. Prema ovom modelu, osoba zatim ulazi u stadijum pripreme u kom planira da promeni ponašanje tokom narednih mesec dana i u njenom trenutnom ponašanju postaju primetne razlike koje idu u smeru željene promene. U stadijumu akcije, osoba sprovodi konkretne postupke koji su u vezi sa promenom ponašanja. Ovaj stadijum može trajati do šest meseci, kada nastupa i poslednji stadijum promene, koji se naziva stadijumom održavanja. Na svakom od pomenutih stadijuma, prema mišljenju autora ovog modela, osoba različito procenjuje očekivane gubitke i dobitke od promene. Meta-analize koje su sprovedene (Marshall & Biddle, 2001; Rosen, 2000) daju razloga za optimistična očekivanja od transteorijskog modela. Nasuprot tome, rezultati pojedinih studija dovode u pitanje postojanje kvalitativno različitih stadijuma u procesu promene (West, 2005).

Ostale teorije unutar socio-kognitivnog pristupa

U okviru socio-kognitivnog pristupa su nastale i brojne druge teorije zdravstvenog ponašanja. One su se uglavnom razvijale oslanjajući se na koncepte nekih od postojećih teorija iz domena socijalne psihologije. Primeri takvih teorija su teorija kompenzatornih uverenja (Rabia, Knäuper, & Miquelon, 2006) i teorija samo-afirmacije (Steele, Spencer, & Lynch, 1993; Steele & Liu, 1983) koje su se razvijale pod uticajem Festindžerovog učenja o kognitivnoj disonanci (Festinger, 1964). Takođe, u ovom kontekstu možemo pomenuti i teorije samo-determinacije (Ryan & Deci, 2000) i zdravstvenog lokusa kontrole (Wallston & Wallston, 1980) koje su u vezi sa konceptom internalizovanog i eksternalizovanog lukusa kontrole (Rotter, 1966).

Koner i Norman (Conner & Norman, 2005) u svojoj knjizi „Predviđanje zdravstvenog ponašanja“ (engl. Predicting Health Behaviour) iznose mišljenje da u zdravstvenoj psihologiji trenutno postoji previše teorijsa. Oni smatraju da različite teorije sadrže suštinski slične koncepte kojima su dodeljena različita imena. Ovakva praksa, prema njihovom mišljenju, otežava komunikaciju između istraživača i time koči dalji razvoj oblasti. Preduslovom napretka smatraju sistematizaciju termina i objedinjavanje teorija. Jedan od takvih pokušaja je projekat Respect (Fishbein et al., 2001) oko kog su se okupili stručnjaci različitog teorijskog opredeljenja i koji su se tom prilikom zajednički bavili problemom prevencije seksualno prenosivih bolesti.

Dobijeni rezultati govore u prilog tome da stav, socijalne norme, samoefikasnost i namera imaju ulogu medijatora između intervencije koja je imala za cilj da poveća učestalost korišćenja kondoma i izvedenog ponašanja. Takav rezultat najviše govori u prilog trenutno aktuelnoj teoriji planiranog ponašanja (Ajzen & Madden, 1986).

Kritika socio-kognitivnih teorija zdravstvenog ponašanja

Kritike koje se upućuju na račun teorija nastalih u okviru socio-kognitivnog pristupa najčešće su usmerene na to da se njima u prvi plan ističu kognitivni, a zanemaruju afektivni činioci zdravstvenog ponašanja. Prema kritičarima ovog pristupa, socio-kognitivne teorije podrazumevaju potpunu racionalnost donošenja odluka. Lovenštajn i saradnici (Loewenstein, Weber, Hsee, & Welch, 2001), u svojoj kritici teorije planiranog ponašanja, navode da se u osnovi ove teorije nalaze postavke modela subjektivne očekivane koristi (Obrazac 1).

$$[1] \quad SEU_j = \sum_{i=1}^{i=m} P_{ij} U_{ij}$$

Subjektivna očekivana korist od ponašanja j je SEU_j , P je verovatnoća ishoda i ponašanja j , a U_{ij} je subjektivna korist od ishoda i ponašanja j . Ukupan broj mogućih ishoda je m . Model subjektivne očekivane koristi je bio veoma uticajan u psihologiji i ekonomiji, ali je od sedamdesetih godina prošlog veka do danas pretrpeo značajne kritike (Neumann & Morgenstern, 1944, prema Manktelow, 1999).

Prvi talas kritike modela subjektivne očekivane koristi došao je iz domena teorija odlučivanja. Istraživanja autora kao što su Herbert Sajmon (Simon, 1982), Danijel Kaneman i Amos Tverski (Tversky & Kahneman, 1975) ukazala su na to da ljudsko odlučivanje odudara od normativnog principa koji postulira teorija subjektivne očekivane koristi. Ovi autori ističu da situacija svakodnevnog odlučivanja sadrži toliko veliki broj alternativa da ih nije moguće sve istovremeno procesuirati i na takav način donositi uvremenjene odluke. Uzimajući u obzir ograničenja u memoriji, pažnji i vremenu koje je na raspolaganju za donošenje odluke, ovi autori zaključuju da ljudi ne mogu izračunati očekivanu korist svake moguće opcije. Osim pomenutih ograničenja kapaciteta za obradu informacija, ukazano je i na postojanje sistematskih pristrasnosti u načinu na koji ljudi procenjuju verovatnoću i vrednost. Ovakve pristrasnosti

autori nazivaju heuristikama¹, i smatraju da one služe kao prečice pri zaključivanju. One se koriste da bi se smanjio broj opcija. Oslanjanje na heuristike je, prema ovim autorima, neophodan uslov efikasnog odlučivanja (Gigerenzer, 2007).

Druga struja kritike socio-kognitivnih teorija zdravstvenog ponašanja dolazi iz oblasti neuronauka. Hipoteza somatskih markera koju su formulisali Antonio Damasio i tim istraživača iz Ajove, predstavlja jednu od uticajnih teorija odlučivanja iz ovog domena. Prema ovoj teoriji, veza između događaja iz sredine i telesnog odgovora, uspostavljena u iskustvu, biva sačuvana kao marker za označavanje scenarija budućih događaja. U situaciji kada su aktivirani, somatski markeri proizvode specifičnu telesnu senzaciju koja osobu usmerava na odabir adekvatne opcije, istovremeno odvlačeći pažnju od neadekvatnih opcija. Na taj način, somatski markeri pojednostavljaju situacije izbora i tako donošenje odluke čini savladivim zadatkom (Bechara, Damasio, Damasio, & Anderson, 1994).

Hipoteza o riziku kao osećanju

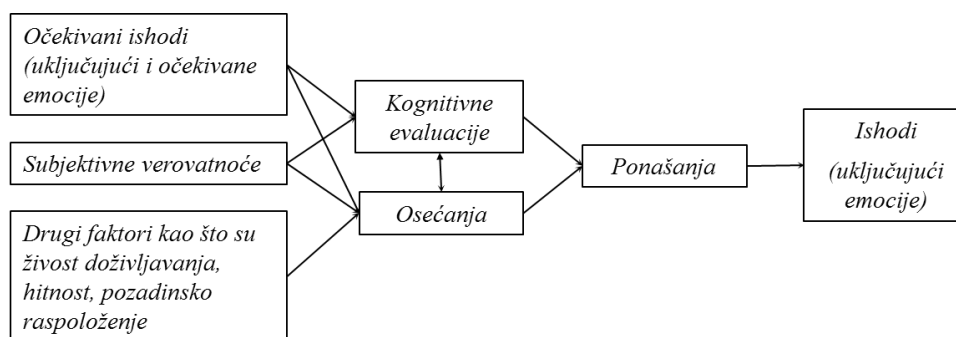
Jedan od pristupa koji je nastao na temelju kritike socio-kognitivnih teorija je i hipoteza o riziku kao osećanju (Loewenstein et al., 2001). Autori hipoteze o riziku kao osećanju smatraju da socio-kognitivne teorije uzimaju u obzir samo anticipirane, ali ne i anticipatorne emocije. Anticipirane emocije su one za koje osoba veruje da će ih doživeti u slučaju određenog ishoda, dok su anticipatorne emocije one koje osoba doživljava u trenutku donošenja odluke. Primer anticipirane emocije koja se često koristi u istraživanjima unutar socio-kognitivnog pristupa je kajanje². Veći broj autora smatra da je kajanje koje osoba očekuje da će uslediti ako postupi u suprotnosti sa zdravstvenim ciljevima značajan prediktor zdravstvenog ponašanja (Bell, 1982; Conner, Sandberg, McMillan, & Higgins, 2006; Loomes & Sugden, 1982). Na primer, Koner i saradnici su sprovedli dve studije sa nepušačima starim između 11 i 12 godina (n=347 u prvoj

¹ Termin heuristika je grčkog je porekla, a označava da se njome "koristimo kako bismo shvatili ili otkrili." Matematičar Polja (Polya, 1954, prema Gigerenzer, 2007), razlikuje heurističko i analitičko mišljenje, navodeći da se prilikom otkrivanja matematičkih teorema koristimo heurističkim mišljenjem, dok se za proveru i dokazivanje teorema koristi analitičko mišljenje. Ovaj termin je u svojoj teoriji koristio Herbart Simon, a kasnije su ga prihvatili Tverski i Kaneman (Gigerenzer, 2007).

² Kajanje je moguće odrediti kao „negativnu, na kogniciji baziranu, emociju koja biva doživljena kada se ustanovi ili zamisli da je trenutna situacija mogla biti povoljnija da se u prošlosti postupilo drugačije“ (Conner et al., 2006, str 87.).

studiji i n=675 u drugoj studiji) i zaključili da anticipirano kajanje značajan prediktor toga da će osoba ostati nepušač 9 meseci kasnije (Conner et al., 2006)

Nasuprot anticipiranim emocijama, pod anticipatornim emocijama Lovenštajn i saradnici podrazumevaju trenutne visceralne reakcije³ na rizična ponašanja. Za razliku od anticipiranih emocija koje se očekuju u budućnosti, anticipatorne emocije se dešavaju u sadašnjosti. Prema ovim autorima, prilikom predviđanja ponašanja neophodno je uzeti u obzir 1) stepen živosti emocija koje se javljaju pri zamišljanju ishoda odluke, 2) pozadinsko raspoloženje u kom se osoba nalazi i 3) hitnost, odnosno vremensku distancu u odnosu na budući događaj (Loewenstein et al., 2001). Cilj autora hipoteze o riziku kao osećanju je bio da pruže teorijski okvir kojim je moguće objasniti način na koji se emocionalne reakcije razlikuju od kognitivnih evaluacija i njihov međusobni uticaj. Ova hipoteza (Slika 4) postulira da je odgovor na rizičnu situaciju delom posledica direktne emocionalne reakcije straha, zabrinutosti ili anksioznosti. Paralelno sa tim, ljudi evaluiraju rizične alternative na kognitivnom nivou, koristeći se uglavnom procenama verovatnoće i poželjnosti ishoda. Ove kognitivne evaluacije se odražavaju na afektivna stanja. Direktna afektivna stanja dalje utiču na način na koji će rizična situacija biti kognitivno obrađena. Lovenštajn i saradnici ističu i da pozadinsko raspoloženje u kom se osoba nalazi dok donosi odluku utiče na tu odluku. Osim toga, na nju utiče i hitnost, odnosno vremenska distanca u odnosu na budući događaj (Loewenstein et al., 2001).



Slika 4 Hipoteza o riziku kao osećanju (Loewenstein et al., 2001).

³ Postavka o delovanju anticipatornih emocija se u velikoj meri oslanja na prethodno pomenutu hipotezu somatskih markera koju je postavio Antonio Damasio (Damasio, 1994)

Slično pomenutoj hipotezi somatskih markera, hipoteza o riziku kao osećanju predviđa da će življe i intenzivnije telesne senzacije doživljene prilikom zamišljanja budućih događaja biti tešnje povezane sa ponašanjem. Ovakva predviđanja su u skladu sa stanovištem da emocije mogu da usmere ponašanje u adaptivnom smeru (Damasio, 1994; Dolan, 2002; LeDoux, 1968; Peters & Slovic, 2000). Međutim, rezultati novijih istraživanja ukazuju i na negativnu ulogu koju emocije mogu da igraju prilikom odlučivanja (Franken, Georgieva, Muris, & Dijksterhuis, 2006; Shiv, Loewenstein, Bechara, Damasio, & Damasio, 2005). Kada je u pitanju odlučivanje u domenu zdravstvenog ponašanja, negativna uloga emocija je i intuitivno bliska. Dovoljno je prisetiti se kako smo se osećali kada smo poslednji put bili u iskušenju da posegnemo za brzom hranom, slatkišima, alkoholom ili cigaretama. Postojanje intrapersonalnog konflikta između težnji za zadovoljenjem kratkoročnih i dugočnih ciljeva je karakteristično za zdravstvena ponašanja. Da li se prepustiti iskušenju i trenutno uživati ili odoleti i čekati veću nagradu u budućnosti? Na koji način biramo između drugog parčeta torte sada i toga da dobro izgledamo na plaži kada dođe leto? Deluje kao da su emocije uključene i u jedan i u drugi izbor. Pojedini autori ističu da je neophodno praviti razliku između samosvesnog afekta, koji predstavlja podršku donošenju adaptivne odluke, i onog hedonički obojenog, koji joj je često suprotstavljen (Giner-Sorolla, 2001).

Individualne razlike u pogledu zdravstvenog ponašanja

Jednim od najpoznatijih psiholoških eksperimenata (engl. Stanford marshmallow experiment) su upravo ispitivane individualne razlike u pogledu mogućnosti odlaganja trenutnog zadovoljenja. Volter Mišel i saradnici (Mischel, Ebbesen, & Zeiss, 1972) su sproveli seriju eksperimenata sa predškolicima od kojih je traženo da biraju između manje poželjne trenutne nagrade i poželjnije nagrade koju bi morali da sačekaju. Pri tome, ovi autori su prvenstveno bili zainteresovani za mehanizme kognicije i pažnje koje su ispitanici koristili. Rezultati kasnijih istraživanja su ukazivali na to da je rezultat ovog eksperimenta u vezi sa brojnim drugim ponašanjima. Na primer, pokazalo se da rezultat na Mišelovom testu dobijen kod četvorogodišnjaka uspešno predviđa njihov indeks telesne težine trideset godina kasnije (Schlam, Wilson, Shoda, Mischel, & Ayduk, 2013). Takođe, pokazalo se da je stepen uspešnosti odlaganja zadovoljstva negativno povezan i sa korišćenjem droga dvadeset godina kasnije

(Ayduk et al., 2000). Osim toga, dobijene su statistički značajne korelacije između dužine trajanja odlaganja zadovoljenja u predškolskom periodu i kasnije kognitivne i akademske kompetentnosti, kao i uspešnosti u prevladavanju frustracije i stresa u dobu adolescencije (Shoda, Mischel, & Peake, 1990). Rezultati studije Kesija i saradnika (Casey et al., 2011) sprovedene 40 godina kasnije sa 60 ispitanika koji su učestvovali u inicijalnom istraživanju pokazali su da je sposobnost odlaganja zadovoljenja povezana sa sposobnošću kontrole impulsa merene kreni/stani zadatkom (engl. Go/NoGo). Osim toga, na poduzorku od 26 ispitanika je evidentirana i karakteristična razlika u neuralnoj aktivnosti prefrontalnog korteksa između onih koji su uspešno odlagali zadovoljenje i onih koji nisu. Iako ovakvi nalazi deluju i više nego ubedljivo, rezultati skorašnjih replikacija (Watts, Duncan, & Quan, 2018) ukazuju na znatno niže povezanosti od onih koje su raportirane u originalnom istraživanju, posebno kada se kontrolišu porodično okruženje i kognitivne sposobnosti u ranom detinjstvu.

Bazične crte ličnosti

Veći broj istraživanja u oblasti individualnih razlika sugeriše postojanje povezanosti između bazičnih crta ličnosti i zdravstvenog ponašanja. Među njima se po brojnosti izdvajaju ona u kojima je korišćen Ajzenkov (Eysenck, 1998) i Petofaktorski model (McCrae & John, 1992) ličnosti. Rezultati meta-studije Boga i Roberts (Bogg & Roberts, 2004), pokazuju da je savesnost negativno povezana sa zdravstveno ugrožavajućim, odnosno rizičnim ponašanjem, a pozitivno povezana sa zdravstveno unapređujućim ponašanjem. Negativne korelacije zdravstveno unapređujućeg ponašanja se dobijaju sa neuroticizmom (Arai, Hosokawa, Fukao, Izumi, & Hisamichi, 1997; Vollrath, Knoch, & Cassano, 1999), psihoticizmom (Arai et al., 1997) i ekstraverzijom (Vollrath & Torgersen, 2002). Međutim, postoje istraživanja u kojima nije dobijena povezanost ekstraverzije sa zdravstveno ugrožavajućim ponašanjem (Canals, Bladé, & Domènech, 1997; Vollrath et al., 1999).

Jedan od pristupa istraživanju uloge bazičnih crta ličnosti u zdravstvenom ponašanju je tipološki. Pod tipovima se podrazumevaju konfiguracije bazičnih crta ličnosti. Istraživači sa Univerziteta u Oslu predlažu osam takvih tipova: posmatrač (niska ekstraverzija, nizak neuroticizam, niska savesnost), nesigurni (niska ekstraverzija, visok neuroticizam, niska savesnost), nepoverljivi (niska ekstraverzija, nizak neuroticizam, visoka savesnost), promišljajući (niska ekstraverzija, visok neuroticizam, visoka savesnost), hedonistički (visoka

ekstraverzija, nizak neuroticizam, niska savesnost), impulsivni (visoka ekstraverzija, visok neuroticizam, niska savesnost), preduzimljivi (visoka ekstraverzija, nizak neuroticizam, visoka savesnost) i komplikovani (visoka ekstraverzija, visok neuroticizam, visoka savesnost). Ispostavlja se da su impulsivni, hedonistički i nesigurni tip skloniji zdravstveno ugrožavajućim ponašanjima, dok su im nepoverljivi i promišljajući skloni u manjoj meri nego ostali (Vollrath & Torgersen, 2002). Iako dosadašnji rezultati obećavaju, potrebno je sprovođenje opsežnije meta-studija kako bi se doneo sud o tome u kojoj meri tipološki pristup unapređuje razumevanje i predviđanje zdravstvenog ponašanja.

Monds i saradnici (Monds et al., 2015), su ispitivali da li bazične crte ličnosti imaju dodatnu vrednost u odnosu na trenutno dominantni pristup teorije planiranog ponašanja Ajzena i Madena (Ajzen & Madden, 1986). Ponašanje koje su predviđali je konzumaciju voća i povrća među američkim studenima (n=1036), a za merenje crta ličnosti su koristili HEXACO (Ashton & Lee, 2007) inventar bazičnih crta ličnosti. Reultati do kojih su došli ukazuju na to da bazične crte ličnosti obuhvaćene HEXACO modelom ne unapređuju značajno predviđanje konzumacije voća i povrća u odnosu na prediktore teorije planiranog ponašanja (socijalne norme, stavovi, percipirana kontrola i namera).

Uloga samopoimanja u zdravstvenom ponašanju

Kada je u pitanju samopoimanje, rezultati pojedinih istraživanja nas uveravaju u to da taj koncept u značajnoj meri unapređuje predviđanje ponašanja u odnosu na teoriju planiranog ponašanja (Ajzen & Madden, 1986). Čarng i saradnici (Charng, Piliavin, & Callero, 1988), ispitujući davaoce krvi dobijaju da stepen poistovećenosti sa ulogom davaoca krvi u značajnoj meri poboljšava predviđanje učestalosti davanja krvi u odnosu na prediktore obuhvaćene teorijom planiranog ponašanja.

Ipak, u poređenju sa bazičnim crtama ličnosti, samopoimanje je znatno ređe ispitivano u kontekstu zdravstvenog ponašanja (Ogden, 2012). Sparks i Gatri (Sparks & Guthrie, 1998) su pokazali da prepoznavanje sebe kao zdravstveno osvešćenog kupca ima dodatnu prediktivnu vrednost u odnosu na predviđanje zasnovano na teoriji planiranog ponašanja (Ajzen & Madden, 1986). Teodorakis (Theodorakis, 1994) je pokazao da je identitet uloge, kao aspekt samopoimanja, značajan prediktor fizičke aktivnosti u periodu od dva meseca.

Prethodno navedeni nalazi ukazuju na to da su samopoimanje i identitet uloge koncepti relevantni za zdravstveno ponašanje.

Intrapersonalna variranja u pogledu zdravstvenog ponašanja

Hofman i saradnici (Hofmann, Friese, & Wiers, 2008) na osnovu pregleda empirijskih istraživanja ličnih korelata zdravstvenog ponašanja iznose zaključak da ona, iako ukazuju na važne individualne razlike u pogledu generalnog kapaciteta da se održe različiti oblici zdravstveno unapređujućeg ponašanja a) ne govore mnogo o procesima koji dovode do uspeha ili neuspeha u održavanju takvog ponašanja b) nisu dovoljno osetljiva na fluktuacije situacionih faktora koji mogu uticati na zdravstveno ponašanje. Teorijski okvir koji na osnovu svoje analize predlažu Hofman i saradnici, podrazumeva dinamički odnos između impulsivnih i refleksivnih prediktora zdravstvenog ponašanja. Pri tome, impulsivni prediktori uključuju automatske afektivne reakcije izbegavanja ili pristupanja, a refleksivni stavove i norme. Međuodnos ovih skupina prediktora je regulisan trećom komponentom koju čine situaciona i dispoziciona ograničenja tako što daju primat jednoj ili drugoj skupini u zavisnosti od trenutnih okolnosti. Među situaciona i dispoziciona ograničenja Hofman i saradnici ubrajaju raspoloženje, habituiranost, kognitivno opterećenje, kapacitet radne memorije, stanja izmenjene svesti kao što je alkoholisanost i iscrpljenost ega, odnosno snage samoregulacije. Hofman je koncept samoregulacije preuzeo od Baumajstera (Schmeichel & Baumeister, 2004), a s obzirom na to da je on privukao značajnu pažnju u oblasti zdravstvene psihologije biće detaljnije opisan u narednom poglavlju.

Samoregulacija

Samoregulacija je definisana kao „egzekutivni aspekt selfa, kojim on menja sopstvene odgovore na zahteve sredine“ (Schmeichel & Baumeister, 2004, str. 86). Dalje, snaga samoregulacije je određena kao „ograničeni unutrašnji resurs kojim je moguće izbeći, prevladati ili izmeniti odgovor koji se može javiti kao rezultat psihičkih procesa, navike, učenja ili pod uticajem sredinskih okolnosti“ (Schmeichel & Baumeister, 2004, str. 87). Samoregulacija, kako

ju je Baumajster definisao⁴, ne odnosi se samo na zdravstvena ponašanja, ali je sa njima na bitan način povezana. Razlog za to je raskorak između nameravanog i sprovedenog ponašanja koji je karakterističan za zdravstveno ponašanje. Zbog toga je u domenu zdravstvene psihologije koncept samoregulacije brzo stekao veliku popularnost. Prva opsežnija meta-analiza, koju su sprovedeli Heger i saradnici, pružila je podršku Baumajsterovom konceptu samoregulacije (Hagger, Wood, Stiff, & Chatzisarantis, 2010). Međutim, usledile su ozbiljne kritike načina na koji je sprovedena ova analiza. Karter i saradnici (Carter, Kofler, Forster, & McCullough, 2015) su istakli da veliki broj eksperimentata koje su Heger i saradnici uključili u svoju analizu jako slabo povezan sa konceptom samokontrole, kao i to da su uključene samo studije koje su objavljene u časopisima. Sa ciljem da provere validnost dobijenih rezultata Karter i saradnici su sprovedli ponovnu meta-analizu. Postavili su oštriji kriterijum za selekciju studija koje će biti uzete u obzir, uključili i neobjavljene studije i primenili adekvatniju statističku analizu (hijerarhijsko linearno modelovanje). Rezultati do kojih su došli nisu pokazali postojanje efekta iscrpljenja samoregulacije o kojem je govorio Baumajster. Ova neslaganja u rezultatima su privukla pažnju psihološke naučne javnosti. Pojedini autori ovo čak smatraju početkom velike krize reproducibilnosti u psihološkoj nauci (Friese, Loschelder, Gieseler, Frankenbach, & Inzlicht, 2018; Open Science Collaboration, 2015). U svakom slučaju, pitanje korisnosti koncepta samoregulacije i njegove uloge u objašnjavanju zdravstvenog ponašanja ostaju otvoreni. Na budućim istraživanjima je da, poštujući najviše standarde reproducibilnosti i transparentnosti analiza i metodologije (Kidwell et al., 2016; Klein et al., 2018), daju odgovore na ova pitanja.

⁴ Ideja o snazi samoregulacije kao o ograničenom resursu se najčešće ilustruje (sada već dobro poznatim) eksperimentom sa čokoladnim kolačima i rotkvicama. U ovom eksperimentu su pred ispitanike stavljene stavljeni sveže ispečeni kolači i rotkvice. Ispitanicima jedne od eksperimentalnih grupa je rečeno da ne smeju jesti kolače, ali da mogu jesti rotkvice. U drugoj eksperimentalnoj grupi od ispitanika je traženo da jedu kolače, a ne rotkvice. Ispitanicima u kontrolnoj grupi nije poslužena nikakva hrana. Ispitanici su prethodno zamoljeni da ne jedu tri sata pre eksperimenta, uz obrazloženje da će biti ispitivan uticaj ishrane na kognitivno funkcionisanje. U drugoj fazi eksperimenta, ispitanicima je dat nerešiv problemski zadatak, pri čemu je praćeno vreme provedeno u radu na zadatku. Pokazalo se da su ispitanici koji su jeli rotkvice značajno brže odustajali od zadatka, nego oni koji su jeli kolače ili nisu jeli ništa. Dobijene rezultate autori tumače time da je odolevanje iskušenju da se pojedje kolač na određeni način istrošilo resurse snage samoregulacije, što je za posledicu imalo brže odustajanje od rešavanja problemskog zadatka (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, & Tice, 1998).

Metodi istraživanja zdravstvenog ponašanja

Samoizveštavanje je opšte prihvaćen metod za dolaženje do podataka u psihološkim ali i medicinskim istraživanjima (Stone & Shiffman, 2002). Ipak, strategije prikupljanja podataka koje se oslanjaju na retrospektivne iskaze se pokazuju podložnim pristrasnostima prisećanja kao i iskrivljenjima pamćenja (Bradburn, Rips & Shevell, 1987; Haziandreu et al., 1989). U istraživanjima u oblasti zdravstvene psihologije se dobija da ispitanici sistematski izveštavaju manje zdravstveno ugrožavajućeg i više zdravstveno unapređujućeg ponašanja (Haziandreu et al., 1989). Takođe, pokazuje se da su prisećanje i interpretacija prošlih događaja pod značajnim uticajem stanja u kom se ispitanik nalazi u trenutku kada daje retrospektivni iskaz (Stone & Shiffman, 2002; Salovey, Sieber, Jobe & Willis, 1993). U pokušaju da minimizuju uticaj pomenutih pristrasnosti, poslednjih godina se mnogi istraživači ponašanja okreću savremenim metodima za procenu trenutnih iskustava (Stone & Shiffman, 2002). Jedan od najzastupljenijih metoda za procenu trenutnih iskustava je metod uzorkovanja iskustava.

Metod uzorkovanja iskustava

Uzorkovanje iskustava je metod longitudinalnog istraživanja koji podrazumeva postavljanje pitanja ispitanicima o njihovim razmišljanjima, osećanjima, ponašanjima i situacijama u kojima se nalaze u nasumično izabranim trenucima (Bolger & Laurenceau, 2013). Metod uzorkovanja iskustava se zasniva na ideji da višestruka nasumična merenja tokom dana pružaju mogućnost za donošenje statističkih zaključaka o svakodnevnom funkcionisanju ispitanika (Hektner, Csikszentmihalyi, & Schmidt, 2007). Procedura prikupljanja podataka najčešće izgleda tako što se od ispitanika traži da daju odgovore na postavljena pitanja u što kraćem roku nakon pristizanja zahteva da se popuni anketa. Smatra se da izveštavanje o događaju neposredno nakon što se desio umanjuje uticaj iskrivljenja i kognitivnih pristrasnosti, prvenstveno zbog toga što se i događaj i izveštavanje odvijaju u istom prostornom i vremenskom kontekstu (Stone & Shiffman, 2002).

Metod uzorkovanja iskustava se pokazao posebno korisnim za istraživanje svakodnevnih doživljaja na koje se obično ne obraća previše pažnje, pa se zbog toga lako zaboravljaju, ili doživljaja koji su posebno podložni iskrivljenju sećanja zbog sistematske pristrasnosti. Za uobičajene oblike zdravstvenog ponašanja kao što su ishrana, konzumacija

kafe, alkohola ili duvanskih proizvoda možemo pretpostaviti da ispunjavaju oba ova uslova. S obzirom na to da se radi o navikama, očekujemo da ljudi ne posvećuju punu pažnju ovim oblicima ponašanja. Sa druge strane, povezanost tih oblika ponašanja sa zdravstvenim ishodima je široko poznata, pa je zbog toga i izveštavanje o njima podložno pomenutim pristrasnostima (Hatzianreu et al., 1989).

Primer opsežne studije u kojoj je primenjen metod uzorkovanja iskustava je istraživanje Hofmana i saradnika (Hofmann et al., 2012). Osnovni cilj ovog istraživanja bio je da se ispita priroda i učestalost javljanja želja u svakodnevnom životu. Hofman i saradnici su tražili od svojih ispitanika (n=205) da tokom sedam uzastopnih dana, sa sobom nose PDA uređaje (engl. pocket personal data assistant) i da sedam puta dnevno (u različitim uzorkom planiranim periodima dana) izveste o željama koje su doživeli tokom poslednjih trideset minuta. U vezi sa svakom od želja o kojoj bi izvestili, ispitanicima je bio postavljen niz pitanja: koliko je bila intenzivna, koliko je trajala, da li su pokušali da joj odole, jesu li u tome uspeali, koliko je želja bila u suprotnosti sa njihovim dugoročnim ciljevima, koji su to ciljevi i koliko su im značajni. Pored toga od ispitanika je traženo da navedu lokaciju na kojoj se nalaze (kuća, posao i sl.), da izveste da li se nalaze u društvu i da li ljudi u čijem su društvu rade to što bi oni želeli. Na kraju, trebalo je da navedu i da li su bili pod uticajem alkohola i, ako jesu, u kojoj meri. Istraživanje Hofmana i saradnika pružilo je značajne podatke o prevalenciji i intenzitetu želja, konfliktima između želja i ciljeva, suzdržavanju i podleganju željama u svakodnevnom životu.

Uloga ponosa i krivice u predviđanju zdravstvenog ponašanja

Hofman i Fišer (Hofmann & Fisher, 2012) su na osnovu prethodno pomenute studije objavili rezultate analize koja se tiče uloge afekta u predviđanju narednog ponašanja. Naime, istraživače je zanimalo da utvrde na koji način će osećanja ponosa i krivice, kao odgovori na odolevanje i podleganje iskušenju, uticati na ponašanje koje sledi. Rezultati do kojih su došli upućuju na zaključak da krivica povećava šanse za podleganje iskušenju u narednoj situaciji, dok ponos povećava verovatnoću odupiranja iskušenjima. Prema trenutno dominantnom teorijskom pristupu kognitivne procene (Tracy, Robins, & Tangney, 2007), ponos i krivica se javljaju kao rezultat procene relevantnosti, kongruentnosti sa ciljem i interne (naspram eksterne) kauzalnosti događaja. Ponos se javlja kada ponašanje premaši interni standard i kada se atribuiraju

unutrašnjem faktoru istrajnosti. Krivica se doživljava kada se percipira da je sprovedeno ponašanje u suprotnosti sa standardima i kada se ono pripisuje omašci u samokontroli.

Prema već pomenutim rezultatima Hofmana i Fišera (Hofmann & Fisher, 2012), ponos predviđa naredno adaptivno ponašanje. Ako ponos sagledamo kao pozitivnu emociju (prema prethodno navedenoj definiciji), možemo zaključiti da je rezultat Hofmana i Fišera u skladu sa rezultatima brojnih istraživanja odnosa afekta i donošenja odluka. Pomenućemo samo neka od njih. Franken i saradnici (Franken et al., 2006) su, manipulišući stepenom prijatnosti afekta, navodili ispitanike na to da prave isplativije ili manje isplative izbore u eksperimentalnoj situaciji kockanja (Bechara et al., 1994). Pri tome, indukovani pozitivan afekat je prediktor isplativijih odluka, a negativan manje isplativih. Dalje, eksperimentalno istraživanje koje su sprovedli Vilijamsova i Desteno (Williams & DeSteno, 2008) sugerise da ponos, generisan pomoću povratne informacije o učinku na kognitivnim zadacima, vodi ka većoj istrajnosti u radu na narednim zamornim i neugodnim zadacima. Patrik, Čan i Makinis (Patrick, Chun, & Macinnis, 2009) dobijaju da očekivani ponos povodom odupiranja iskušenju poboljšava samokontrolu. Rezultati istraživanja koja sprovodi Ajzenova (Isen, 2001, 2008) ukazuju na to da pozitivan afekat pogoduje adaptivnijem odlučivanju u veoma različitim kontekstima, od medicinske dijagnostike do ponašanja potrošača. Ona zaključuje da pozitivan afekat utiče na kognitivne procese tako da oni postaju fleksibilniji, efikasniji i temeljniji. Trope i Neter (Trope & Neter, 1994) nas uveravaju da pozitivan afekat povećava sposobnost prevazilaženja neprijatnosti i da zbog toga igra važnu ulogu u samoregulaciji.

Sa druge strane, postoje i istraživanja čiji rezultati govore u prilog tome da pozitivan afekat ne vodi uvek ka adaptivnom ponašanju. Rabia i saradnici (Rabia et al., 2006) istražujući kompenzatorna zdravstvena uverenja ukazuju na to da se smanjenje neprijatnosti povodom zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja može negativno odraziti na stepen motivisanosti da se ono u budućnosti promeni. Primer koji navode kako bi ilustrovali kompenzatorna zdravstvena uverenja opisuje osobu koja puši i povremeno se oseća loše zbog toga. Kako bi umanjila nelagodu, ta osoba priziva u svest činjenicu da ne konzumira alkohol, što joj pomaže da se trenutno oseti bolje. Istraživanja sprovedena sa pušačima pokazuju da je intenzitet izraženosti kompenzatornih zdravstvenih uverenja negativno povezan sa motivacijom za prestanak pušenja (Radtke, Scholz, Keller, Knäuper, & Hornung, 2011). Pokazuje se da kompenzatornu ulogu

mogu odigrati i aspekti samopoimanja koji nisu direktno u vezi sa zdravstvenim ponašanjem (Steele & Liu, 1983). Ilustrujući dobijene rezultate Stilova i saradnici navode sledeći opis: „Kada je svaka racionalizacija pušenja diskvalifikovana od strane društva, pušač i dalje može nastojati da prevlada pretnju po doživljaj svoje kompetentnosti i samokontrole, potvrđivanjem ukupne samoadekvatnost, na primer, podsećajući se na nagradu dobijenu za roditelja godine ili tako što radi napornije kako bi ostvario godišnji prodajni bonus“ (Steele et al., 1993, str. 885).

Pojedina istraživanja pokazuju da i samo zamišljanje da će se u budućnosti uraditi nešto poželjno dovodi do neposrednog javljanja prijatnog afekta, ali i dugoročnog smanjenja motivacije. Taner i Karlson (Tanner & Carlson, 2009) su se bavili istraživanjem nerealističnog optimizma u domenu fizičkog vežbanja i došli do toga da ljudi sistematski precenjuju vreme koje će provesti vežbajući u budućnosti. Da bi se dodatno ispitaio ovaj nalaz autori su uveli još jedan nivo eksperimentalne manipulacije. Jednoj grupi je postavljeno pitanje: „Koliko puta sedmično ćete vežbati tokom narednog meseca?“, dok je druga grupa dobila pitanje „U idealnom svetu, koliko puta sedmično biste vežbali tokom narednog meseca?“. Rezultati su pokazali da nema značajne razlike između prosečnih procena ovih dveju grupa, što ukazuje na to da su idealni uslovi u budućnosti podrazumevani. Čak i kada su ispitanici eksplicitno zamoljeni da daju što realističnije procene i da ne zamišljaju idealne uslove u budućnosti, oni i dalje precenjuju prosečni broj vežbanja tokom narednog meseca. Kada su upitani koliko puta su vežbali tokom prethodne sedmice, ispitanici izveštavaju o znatno nižim vrednostima od onih koje predviđaju za buduće vreme. Pokazuje se da ispitanici svoje prethodno ponašanje ne koriste kao orijentir za predikciju budućeg. Naprotiv, oni kao da imaju nameru da u budućnosti kompenzuju niži nivo posvećenosti koji su imali u prethodnom periodu.

Do sličnih nalaza u odmenu ishrane došli su istraživači sa Baruk koledža Univerziteta u Nju Jorku (Wilcox, Vallen, Block, & Fitzsimons, 2009). Oni su pokazali da dodavanje opcija zdrave hrane u meni improvizovanog restorana povećava učestalost poručivanja stavki koje su procenjene kao najnezdravije. Ovaj konstraintuitivni nalaz se interpretira time da postojanje mogućnosti biranja zdrave opcije u budućnosti, dovodi do toga da ispitanici lakše pokleknju pred iskušenjem u sadašnjosti. Pretpostavlja se da oni udovoljavaju svojoj trenutnoj želji za nezdravom hranom verujući da već sutra mogu odabrati zdravu opciju koja im sada stoji na raspolaganju. Posebno je interesantan nalaz da je ovaj efekat još izraženiji kod ispitanika koji

postiču visoke skorove na skali samokontrole u pogledu ishrane. Izgleda da kod njih postoji snažnije uverenje da će u budućnosti birati zdrave opcije, koje im daje još više opravdanja da zaključuje kako baš u ovom trenutku mogu sebi priuštiti neku manje zdravu porciju hrane.

Teorijsko objašnjenje pojave da prijatan afekat može voditi ka dugoročno neadaptivnim odlukama pruža Karverov kibernetički model (Carver, 2004; Carver & Scheier, 2002). Prema Karveru i saradnicima, pozitivan afekat može poslužiti kao informacija da je cilj postignut i da nije neophodno dalje ulaganje napora u tu aktivnost⁵. Karver navodi analogiju sa funkcionisanjem tempomata na automobilu, koji u slučaju prekoračenja zadate brzine deluje na smanjenje dotoka goriva, a ne na kočioni sistem. Ova analogija ističe važnu karakteristiku Karverove teorije: smanjenje ulaganja energije zbog procene da je cilj postignut ili premašen nije posledica vođenog egzekutivnog procesa (engl. top-down), već proizilazi iz međudnosa elemenata složenog dinamičkog sistema⁶ (engl. bottom-up) (Carver, 2004).

Na osnovu pregleda rezultata istraživanja sprovedenih na temu povezanosti ponosa i odlučivanja možemo zaključiti da ne postoji saglasnost. Jedan od mogućih razloga za nesaglasnost u rezultatima leži u složenosti emocije ponosa. Higin i saradnici (Higgins et al., 2001) ističu razliku između preventivnog i promotivnog ponosa. Preventivni ponos se javlja kao afektivna reakcija na uspeh u izbegavanju neželjenih ishoda, dok je promotivni ponos u vezi sa ostvarivanjem ciljeva⁷.

Ako se vratimo rezultatima istraživanja Hofmana i Fišera (Hofmann & Fisher, 2012), i sagledamo ih u kontekstu nalaza Higinisa i saradnika (Higgins et al., 2001) možemo zaključiti

⁵ U svom teorijskom radu, Karver se poziva i na ideju Herberta Sajmona (Simon, 1982), koja govori o tome da su ljudi prevashodno vođeni principom zadovoljenja, a ne principom maksimizacije.

⁶ Prema ovom modelu, regulacija ponašanja se odvija po principu povratne sprege koju čine: ulazne instance (percepcija), referentne vrednosti (cilj), komparator i izlazne instance (ponašanje). Pomenuta povratna sprega funkcioniše po principu udaljavanja i približavanja. Udaljavanje se javlja u slučaju kada je referentna vrednost neželjena, pa je u odnosu na nju potrebno povećati distancu. U slučaju kada je referentna vrednost poželjna, aktivira se približavanje, koja umanjuje distancu između ponašanja i referentne vrednosti. Međutim, kada određeno ponašanje premaši očekivani kriterijum, povratna sprega će takođe delovati približavanjem postavljenom standardu. U slučaju prebacivanja referentne vrednosti dolazi do restrikcije ulaganja resursa potrebnih za obavljanje određene aktivnosti (Carver, 2004).

⁷ Teorijsko polazište Higinisa i saradnika (Higgins et al., 2001) je u savremenim biopsihološkim teorijama koje govore o mehanizmima pristupanja i izbegavanja (Biddle et al., 1987; Cloninger, 2008). Mehanizam pristupanja karakterišu brze i impulsivne reakcije, pa je tako i promotivni ponos koji je sa njim u vezi blizak emocijama radosti i ushićenja. Sa druge strane, izbegavanje je u vezi sa refleksivnim i strateškim ponašanjem, pa je preventivni ponos srodan stanjima smirenosti i relaksiranosti.

da je ponos kojim su se oni bavili isključivo preventivni, jer se javlja kao posledica uspeha u odupiranju iskušenjima. Promotivni ponos, odnosno ponos povodom postignuća, ostaje van opsega istraživanja Hofmana i Fišera.

Kada je u pitanju krivica, Hofman i Fišer dobijaju da se ona negativno odražava na naredna ponašanja. Taj rezultat je u skladu sa istraživanjem Mjurenjvena (Muraven, Collins, Morsheimer, Shiffman, & Paty, 2005) i saradnika. Koristeći metod uzorkovanja iskustava, ispitivali su efekte konzumacije alkohola. Na uzorku od 106 osoba koje konzumiraju alkohol u socijalnim prilikama (engl. social drinkers) pratili su količinu popijenog alkohola i kognitivne i emocionalne odgovore u vezi sa konzumacijom. Oni koji su prethodne večeri prekoračili planirani limit prijavljivali su znatno viši nivo krivice. Kontrolisana je bila količina popijenog alkohola i akutne posledice kao što je mamurluk. Krivica koja se javila povodom prekoračenja limita vodila je još većem intenzitetu konzumacije, negativnijem afektu i prekoračenjima u narednim situacijama. Autori su zaključili da distress koji nastaje kao posledica prekoračenja limita podstiče dalju konzumaciju.

Zbog čega se dešava da negativan afekat povodom podleganja iskušenju, umesto da podstakne na umanjeње štete, vodi ka još intenzivnijem ugrožavajućem ponašanju? Jedan od mogućih odgovora na ovo pitanje pružaju Žanet Polvi i njeni saradnici sa Univerziteta u Torontu (Polivy, Herman & Deo, 2010). U jednom od eksperimenata koje su sproveli manipulirano je utiskom o stepenu u kom je osoba prekršila svoju dijetu, a zatim je praćeno njeno ponašanje u narednoj situaciji konzumacije hrane. Svim ispitanicima je servirana porcija hrane iste veličine. Međutim, jednoj trećini ispitanika je hrana servirana na taj način da porcija koju oni dobiju bude značajno manja od porcije koju navodno treba da dobije drugi ispitanik. Drugoj trećini ispitanika je data porcija koja je značano veća od one za koju im je rećeno da je namenjena drugom ispitaniku. Treća grupa ispitanika je dobila porciju iste veličine kao što je porcija namenjena drugom ispitaniku. U narednom koraku eksperimenta, od ispitanika se traćilo da ocene i rangiraju kolaćice. Pri tome, mogli su da pojedu onoliko kolaćica koliko žele. Pokazalo se da je grupa kojoj je u prvoj fazi eksperimenta data „veća“ porcija hrane u proseku jela više kolaćica nego ona kojoj je data „manja“ porcija. Ono što je posebno interesantno je da se ovaj efekat javlja samo kod osoba koje u trenutku istraživanja drže dijetu. Zbog čega osobe koje su na dijeti, u trenutku kada steknu utisak da su je prekršile, nastavljaju još više da jedu? Odnosno,

zbog čega nas doživljaj da smo poklekli pred iskušenjem navodi na to da nastavimo sa ponašanjem koje je suprotno našim namerama? Žanet Polvi i njeni saradnici ovo objašnjavaju postojanjem efekta koji su nazvali „dođavola“ (engl. „What-The-Hell“). Nakon što pomisle da su pojeli veliku porciju hrane, čime je njihova dijeta prekršena, ispitanici koji drže dijetu se lakše prepuštaju daljem iskušenju i jedu više kolačića. Moguće je primetiti da efekat „Dođavola“ u velikoj meri podseća na „sve ili ništa“ razmišljanje o kom govori Albert Ellis, tvorac racionalno bihevioralne terapije (REBT) (Ellis, 1998). Čini se da je mehanizam koji leži u osnovi ove dve pojave isti. Narativ koji bi mogao opisati ovu pojavu je: „Ako se već nisam pridržavao svoje dijetu u potpunosti, mogu da jedem šta god poželim jer je moj plan da držim dijetu ionako propao“. Prema Elisu, ovakvo mišljenje je iracionalno. Ono u sebi sadrži komponentu negativne samoprocene („Moj plan da držim dijetu nije uspeo, i ja sam zbog toga neuspešan“). U svakom slučaju, može se pretpostaviti da je u pozadini ovog procesa negativna samoevaluacija koja determiniše naredna ponašanja.

Rezultati do kojih su došli Adams i Liri (Adams & Leary, 2007) sugerišu da je moguće umanjiti efekat dezinhibicije koji se javlja kao posledica neispunjenja standarda ili kršenja normi. U njihovom eksperimentu je traženo od osoba koje su na dijeti da procenjuju hranu koja tu dijetu kompromituje (odabrali su krofne). Pod izgovorom da će pratiti doživljaj hrane u zavisnosti od gledanja televizije, ispitanicima je pušten irelevantan video materijal. U drugoj fazi, eksperimentalnoj grupi je data poruka sa ciljem da podstakne „samo-saosećanje“ (engl. self-compassion) i umanji „samo-kritičnost“. U poslednjoj fazi eksperimenta je od ispitanica traženo da nastave sa gledanjem televizije i da pri tome testiraju ukus slatkiša koji su im ponuđeni, uz instrukciju da pojedu onoliko slatkiša koliko žele. Pokazalo se da su ispitanice iz eksperimentalne grupe u proseku pojele značajno manje slatkiša u poslednjoj fazi eksperimenta. Ovakav nalaz govori u prilog mogućnosti menjanja unapređujućeg ponašanja. Ovako jednostavna manipulacija je navodno bila dovoljna da se njome aktivira „samo-saosećanje“ i time umanji efekat dezinhibicije. Ipak, stiče se utisak da je neophodno sprovesti dodatna istraživanja na ovu temu pre nego što se donesu zaključci o efektima „samo-saosećanja“ i mogućnostima uticanja na zdravstveno ponašanje.

Ovakave nalaze, takođe, možemo sagledati i u širem kontekstu istraživanja koja se bave uticajem negativnog afekta na prepuštanje iskušenju. Biološki orijentisani psiholozi ističu da

negativna afektivna stanja, kao što je stres, aktiviraju sistem za traženje nagrade (engl. reward seeking system) i dopaminske receptore (Kash, Nobis, Matthews, & Winder, 2008). Alkohol, cigarete ili preterana konzumacija hrane su ponašanja kojima se često pribegava u situacijama koje se percipiraju stresnim. U svetlu nalaza da nas negativne emocije vode ka zdravstveno ugrožavajućim ponašanjima, postavlja se pitanje kakav je smisao kampanja za promociju javnog zdravlja koje igraju na kartu zastrašivanja. Primer takve kampanje su upozorenja koja se nalaze na paklicama cigareta. Istražujući ovu temu Hansen i saradnici (Hansen, Winzeler, & Topolinski, 2010) dobijaju da kod pojedinih pušača (visok stepen povezanosti pušenja sa samopouzdanjem) poruke o smrtnosti pušenja zapravo pojačavaju želju za cigaretama⁸.

Istraživanje bioloških osnova zdravstveno relevantnog ponašanja predstavljaju drugi obećavajući pristup. Studije sprovedene unutar ovog pristupa ukazuju na poseban značaj varijabilnosti srčanog ritma (engl. heart rate variability, u daljem tekstu HRV). HRV čini jednostavnu meru stepena variranja u dužini intervala između pojedinačnih otkucaja srca, a ukazuje na stepen sinhronizovanosti funkcionisanja simpatičkog i parasimpatičkog nervnog sistema. Poslednjih godina je u porastu interesovanje psihologa za HRV-om jer rezultati istraživanja ukazuju na to da je snižena HRV između ostalog u vezi sa stanjima anksioznosti (Jönsson, 2007), emocionalnog opterećenja (Nickel, Nachreiner, Ossietzky, & Oldenburg, 2014) i post-traumatskog stresnog poremećaja (Cohen et al., 1998). Sa druge strane, HRV se pokazuje pozitivnim prediktorom otpornosti u situaciji suočavanja sa negativnom povratnom informacijom (Geisler & Kubiak, 2009). U domenu zdravstvene psihologije je važno pomenuti istraživanje Ingjaldsona i saradnika (Ingjaldsson, Laberg, & Thayer, 2003). Oni su kod osoba koje su na tretmanu odvikavanja od alkohola utvrdili statistički značajno niži HRV u odnosu na ispitanike iz opšte populacije. Osim toga, dobijena je i negativna korelacija HRV-a sa potiskivanjem misli o alkoholu i negativnog raspoloženja. Ipak, rezultati ispitivanja mogućnosti povećanja HRV-a daju nam povoda za optimizam. Ponašanja za koja se dobija da utiču na povećanje HRV-a su u prvom redu fizičko vežbanje (Hansen et al., 2004), meditacija (Peressutti, 2010) i kontrolisano disanje (Song & Lehrer, 2003).

⁸ Objašnjenje ovog paradoksalnog nalaza nudi "teror-menadžment" teorija (Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1986). Prema ovoj teoriji konflikt između nagona za samoodržanjem i spoznaje smrtnosti aktivira ponašanja koja imaju za cilj da povrate doživljaj kontrole, kompetentnosti i generalnog samopouzdanja.

Problem istraživanja

Prema procenama koje je 2004. objavila Američka medicinska asocijacija, pušenje, konzumacija alkohola, fizička neaktivnost i neadekvatna ishrana su oblici ponašanja povezani sa oko 38% od ukupnog broja smrtnih slučajeva u Americi (Mokdad et al., 2004). Kada je u pitanju Srbija, rezultati istraživanja ovih oblika ponašanja su daleko od ohrabrujućih. Prema poslednjim izveštajima Instituta za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" 29,2% stanovništva Srbije svakodnevno puši, dok je prosek za evropske zemlje 23,9%. U 2013. godini, 53,9% stanovništva Srbije je konzumiralo alkohol, a svakodnevno je to činilo oko 4,7%. Poseban rizik predstavlja i opijanje (više od 6 alkoholnih pića u jednoj prilici) jer je povezano i sa drugim vidovima zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja kao što su vožnja pod uticajem alkohola i rizični seksualni odnosi. Naime, u Srbiji 16% stanovnika bar jednom mesečno popije 6 ili više alkoholnih pića mesečno u jednoj prilici, što Srbiju svrstava na deveto mesto u Evropi prema učestalosti ove pojave. Sportom i rekreacijom se redovno (bar 3 puta sedmično) bavi tek oko 8,8% stanovništva Srbije, a svaka peta osoba nikada ne razmišlja o povezanosti zdravlja i ishrane (Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut," 2017).

Značaj istraživanja zdravstvenog ponašanja se prepoznaje u sve većoj meri. Broj istraživanja koja se kontinuirano sprovode na velikim nacionalno-reprezentativnim uzorcima raste. Među obimnijim istraživanjima na ovu temu su i EHIS (engl. European health interview survey) (European Commission, 2013), GSHS (engl. Global school-based student health survey), YRBSS (engl. Youth Risk Behavior Surveillance System) i BRFSS (engl. Behavioral Risk Factor Surveillance System). Sva ova istraživanja uključuju socio-demografske pokazatelje kao što su pol, godine, socio-ekonomski status. Međutim, njima se ne ispituju psihološki faktori individualnih razlika kao što su bazične crte ličnosti i pojedini aspekti samopoimanja. Sa druge strane, akademska istraživanja potvrđuju značaj uticaja ovih dispozicija na zdravstveno ponašanje. Postavlja se pitanje da li bi, i u kojoj meri, uključivanje pojedinih aspekata ličnosti i samopoimanja u instrumente kojima se ispituje zdravstveno ponašanje unapredilo razumevanje ovog problema, i koliko bi koristilo profesionalcima u oblasti kreiranja i sprovođenja programa javnog zdravlja.

Istraživanja zdravstvenog ponašanja se najčešće sprovode klasičnim anketnim istraživanjima u kojima se od ispitanika traži samoprocena zdravstvenog ponašanja. Pored svih operativnih prednosti ovakvog metodološkog pristupa, važno je imati u vidu i njegove nedostatke. U prvom redu, u pitanju je pristrasnost samoizveštavanja. Sa ciljem da se ispita tačnost iskaza o konzumaciji cigareta, sprovedeno je istraživanje gde su upoređeni podaci dobijeni od pušača⁹ i informacije o proizvodnji i prodaji cigareta. Rezultat poređenja je ukazao da volumen prodaje uveliko premašuje procenu potrošnje. Isključivši pretpostavku da pušači bacaju značajnu količinu cigareta koju kupe, autori su zaključili da pušači potcenjuju broj cigareta koje popuše u toku dana. Konkretno, u Sjedinjenim Američkim Državama u periodu od 1974. do 1985. godine tek oko 72% prodatih cigareta biva zabeleženo merama samoopisa (Hatziandreu et al., 1989). Sa druge strane, biohemijske validacione studije ukazuju na to da mere samoopisa adekvatno procenjuju prevalenciju pušenja (Fortmann et al., 1984; Pierce, Aldrich, Hanratty, Dwyer, & Hill, 1987). Zaključak koji se može izvesti je da ljudi u proseku tačno izveštavaju o tome da li puše ili ne, ali da na sistematski način umanjuju to koliko cigareta popuše. Kada je u pitanju konzumacija alkohola, rezultati istraživanja ukazuju na slične rezultate. Poredeći mere samoprocene sa indirektnim merenjima, opservacionim studijama i podacima o potrošnji, Rum zaključuje da pri proceni volumena potrošnje alkohola nije dovoljno osloniti se samo na anketna istraživanja i mere samoprocene, već je neophodno uključiti i druge izvore podataka (Room, 1979). Dalja istraživanja u ovom pravcu bi mogla pružiti relevantne uvide u mehanizme koji stoje u osnovi pristrasnosti procene zdravstvenog ponašanja.

Jedan od novijih istraživačkih postupaka za prikupljanje podataka je pomenuti metod uzorkovanja iskustava (engl. experience sampling method) (Hektner et al., 2007). Anketiranje ispitanika tokom većeg broja nasumično odabranih trenutaka pruža mogućnost zaključivanja o tipičnom dnevnom ponašanju. Pitanja, koja se pri tome postavljaju, se obično odnose na vremenski period koji je neposredno prethodio trenutku ispitivanja. Na taj način se umanjuje uticaj iskrivljenja koja nastaju usled zaboravljanja ili drugih pristrasnosti (Stone & Shiffman, 2002) koje je teško moguće izbeći oslanjajući se na retrospektivne iskaze koji se tipično koriste u psihološkim istraživanjima.

⁹ Anketno istraživanje nacionalnog zdravlja (engl. NHIS National Health Interview Surveys) za odrasle i Nacionalno istraživanje zloupotrebe droga među adolescentima.

Istraživanje Hofmana i saradnika (Hofmann et al., 2012), o kom je bilo dosta reči u prethodnom poglavlju, se takođe oslanja na metod uzorkovanja iskustava. Osnovni cilj tog istraživanja je bio da se ispita učestalost i priroda želja koje se dožive tokom dana. Pokazalo se da su čest predmet želja i pojedini oblici zdravstveno relevantnog ponašanja. Međutim, važno je imati u vidu da su zdravstvena ponašanja koja na taj način ispitana daleko češće zdravstveno ugrožavajuća (na primer, želja za cigaretama, alkoholom i slično) nego zdravstveno unapređujuća (na primer, želja za vežbanjem). Van opsega njihovog istraživanja su ostala brojna druga zdravstvena ponašanja koja nisu predmet želja (češće zdravstveno unapređujuća), kao, na primer, ponašanja koja su deo plana ili obaveze. Pored toga, i sami autori navode da istraživanje nije na adekvatan način obuhvatilo ponašanja koja se se obavljaju sa visokim stepenom automatizma. Na primer, oni su identifikovali znatno nižu učestalost i intenzitet želje za cigaretama od očekivanog, a to tumače visokim nivoom automatizovanosti ove aktivnosti. Zbog toga, čini se da bi bilo korisno sprovesti istraživanje koje bi se posebno bavilo uzorkovanjem zdravstvenog ponašanja.

Za ovo istraživanje su posebno važni nalazi objavljeni od strane Hofmana i Fišera (Hofman & Fisher, 2012) na osnovu studije Hofmana i saradnika (Hofmann et al., 2012). Hofman i Fišer su se prvenstveno bavili ispitivanjem uticaja emocija krivice i ponosa na naredno ponašanje. Ponos koji su ispitivali, je bio povodom odolevanja želji suprotstavljenoj dugoročnim ciljevima osobe, dok je krivica bila u vezi sa podleganjem takvoj želji. Zaključak koji su u svom radu izneli Hofman i Fišer je govorio o tome da ponos povodom ponašanja u aktuelnoj situaciji povećava verovatnoću da će osoba u narednoj, takođe, uspeti da se odupre neprihvatljivoj želji. Sa druge strane, krivica povodom aktuelnog ponašanja vodi ka ponovnom podleganju iskušenju u narednoj situaciji.

Sa druge strane, Higinis i saradnici (Higgins et al., 2001) nas uveravaju u postojanje kvalitativne razlike između afekta koji se javlja povodom izvođenja i onog koji se javlja povodom izbegavanja ponašanja. Ponos povodom izbegavanja nepoželjnog ponašanja Higinis i saradnici nazivaju preventivnim ponosom, ponos povodom postignuća u pogledu poželjnog ponašanja promotivnim ponosom (Higgins et al., 2001).

Nakon što je analiza Hofmana i Fišera sagledana iz perspektive nalaza Higinosa i saradnika zaključeno je da je afekat o kom Hofman i Fišer izveštavaju isključivo posledica izbegavanja. Ponos o kom govore se odnosi na izbegavanje želja koje su u neskladu sa dugoročnim ciljevima osobe i zbog toga ga, oslanjajući se na Higinosovu terminologiju, možemo interpretirati kao preventivni ponos. Sa druge strane, kada je u pitanju ponos povodom postignuća, odnosno promotivni ponos prema Higinosu, možemo zaključiti da je izostavljen iz istraživanja Hofmana i Fišera. Čini se da bi zbog toga bilo korisno upotpuniti nalaze Hofmana i Fišera ispitivanjem promotivne dimenzije ponosa.

Ekvivalentnu pretpostavku je moguće izvesti i u vezi sa načinom na koji su Hofman i Fišer merili krivicu. U njihovim istraživanjem je praćena samo krivica koja se javlja povodom podleganja iskušenjima, dok je krivica koja se potencijalno može javiti u vezi sa propuštanjem poželjnog ponašanja izostavljena.

Ciljevi istraživanja

Osnovni ciljevi istraživanja su:

- 1) Utvrditi na koji način subjektivna procena odstupanja od uobičajenog zdravstvenog ponašanja utiče na afekat povodom tog ponašanja;
- 2) Proveriti da li je moguće predviđati aktuelno zdravstveno ponašanje na osnovu afekta doživljenog u prethodnoj situaciji;
- 3) Ispitati da li bazične crte ličnosti, karakteristike samopoimanja, regulatornog fokusa i uobičajenog intenziteta zdravstvenog ponašanja moderiraju odnos povezanosti između zdravstvenog ponašanja i afekta i, ako moderiraju na koji način se to odvija;
- 4) Ustanoviti kakva je uloga stanja umora i procene povoljnosti situacije u odnosu zdravstvenog ponašanja i afekta;
- 5) Proveriti pretpostavke u vezi sa povezanošću bazičnih crta ličnosti i samopoimanja sa uobičajenim intenzitetom zdravstvenog ponašanja;
- 6) Ispitati fluktuacije zdravstvenog ponašanja tokom trajanja ispitivanja.

Hipoteze

H1: Intenzitet izvedenog zdravstveno unapređujućeg ponašanja pozitivno je povezan sa prijatnošću afekta.

H2: Zdravstveno unapređujuće ponašanje koje nije izvedeno, a procenjuje se da je trebalo da bude izvedeno, negativno je povezano sa prijatnošću afekta.

H3: Intenzitet izvedenog zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja negativno je povezan sa prijatnošću afekta.

H4: Step en iskuš enja pod kojim ugrožavajuće ponašanje nije izvedeno pozitivno je povezan sa prijatnošću afekta.

H5: Prijatnost afekta povodom aktuelno izvedenog unapređujućeg ponašanja biće pozitivno povezan sa intenzitetom unapređujućeg ponašanja u narednoj situaciji.

H6: Prijatnost afekta povodom aktuelnog neizvođenja ugrožavajućeg ponašanja biće negativno povezan sa intenzitom ugrožavajućeg ponašanja narednoj situaciji.

H7: Prijatnost afekta povodom aktuelnog neizvođenja unapređujućeg ponašanja je pozitivno povezan sa intenzitetom unapređujućeg ponašanja u narednoj situaciji.

H8: Prijatnost afekta povodom aktuelnog izvođenja ugrožavajućeg ponašanja je pozitivno povezan sa ugrožavajućim ponašanjem u narednoj situaciji.

H9: Savesnost je pozitivno povezana sa zdravstveno unapređujućim ponašanjem.

H10: Neuroticizam je pozitivno povezan sa zdravstveno ugrožavajućim ponašanjem.

Metod istraživanja

Uzorak i procedura zadavanja

U istraživanju su učestvovali studenti koji su dobrovoljno pristali da na svoje mobilne telefone instaliraju aplikaciju za uzorkovanje iskustava kreiranu na xSample platformi¹⁰. Od ispitanika je zahtevano da tokom 7 dana, tri puta dnevno popune kratak upitnik koji se odnosi na njihovo zdravstveno ponašanje. Pitanja su se odnosila na dvosatni interval koji je prethodio pristizanju zahteva. Zahtev za popunjavanje ankete je stizao u nasumično određenim trenucima tokom tri vremenska raspona. Vremenski rasponi za slanje zahteva su bili od 9 do 14, od 15 do 19 i od 20 do 23 časa. Osim toga, ispitanici su popunili inventar ličnosti, skale samopoimanja i regulatornog fokusa, kao i upitnik o uobičajenom zdravstvenom ponašanju (detaljnije u nastavku, u delu o instrumentima).

Popunjavanje protokola preko aplikacije su započela 193 ispitanika. Od toga je svih sedam dana anketiranja dovršilo 137 ispitanika. Konačni uzorak je činilo 98 studenata, koji su osim dovršenih sedam dana anketiranja preko aplikacije popunili i inventare i skale pomenute u prethodnom pasusu. U konačnom uzorku, 72% ispitanika bilo je ženskog, a 28% muškog pola. Studenti psihologije, sa Filozofskog fakulteta, Univerziteta u Beogradu činili su 69% uzorka, studenti Više medicinske škole “Milutin Milanković” iz Beograda 17%, Studenti Fakulteta za sport i fizičko vaspitanje Univerziteta u Beogradu 7% i 6% je bilo studenata sa ostalih fakulteta¹¹.

Kao nagradu za učešće u istraživanju ispitanici su dobili povratnu informaciju o svom zdravstvenom ponašanju u odnosu na prosek, kao i mogućnost da učestvuju u nagradnoj igri¹².

¹⁰ Platforma xSample je razvijena od strane Laboratorije za istraživanje individualnih razlika, Instituta za psihologiju i Odeljenja za psihologiju, Univerziteta u Beogradu.

¹¹ Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača i trenera u Subotici, Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu, Filozofski fakultet Univerzitet u Beogradu, Odeljenje za sociologiju.

¹² Nagrada koja je dodeljena je bila tablet uređaj.

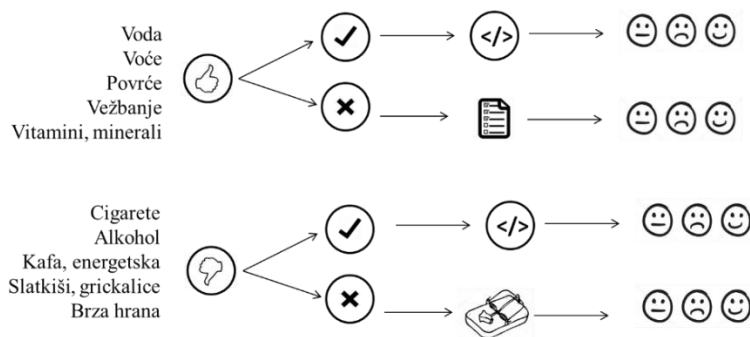
Instrumenti

Protokol za uzorkovanje iskustava

Protokol je zadavan na isti način 3 puta dnevno, tokom 7 dana. Odnosio se na ukupno 10 oblika zdravstvenog ponašanja, od čega je 5 unapred definisano kao zdravstveno ugrožavajuće, a 5 kao zdravstveno unapređujuće. Lista unapređujućih oblika ponašanja se sastojala od konzumacije vode, voća, povrća, dodataka ishrani (vitamini, minerali i slično) i vežbanja. Zdravstveno ugrožavajući oblici ponašanja koji su praćeni protokolom su pušenje, konzumacija alkohola, brze hrane, slatkiša i grickalica, kafe ili energetskih pića¹³. Za svaki od ovih oblika ponašanja, ispitanik je zamoljen da navede da li ga je izveo tokom dva sata koji su prethodili trenutku pristizanja poziva da popuni protokol. Za ona ponašanja za koja je ispitanik rekao da ih je izveo, zamoljen je da proceni intenzitet tog ponašanja u odnosu na svoje uobičajeno ponašanje. Dalje, ispitanicima je traženo da odgovore na pitanje o tome kako se osećaju povodom toga što su izveli svako od ovih oblika ponašanja. Osim toga, ispitanici su pitani i za svako od ponašanja koja nisu izveli tokom intervala na koji se odnosi protokol. Za zdravstveno unapređujuća ponašanja koja nisu bila izvedena, traženo je da procene da li je trebalo da budu izvedena u datom intervalu i zatim kako se osećaju povodom njihovog neizvođenja. Kada su u pitanju neizvedena zdravstveno ugrožavajuća ponašanja, ispitano je da li je postojalo iskušenje, i takođe kako se ispitanik povodom toga oseća. Na kraju svakog protokola od ispitanika je traženo da procene koliko su bili umorni, kao i da izveste o tome koliko su opšta dešavanja tokom ciljanog perioda po njih bila povoljna¹⁴. Ukupno prosečno vreme za popunjavanje protokola je bilo kraće od dva minuta.

¹³ Ponašanja je kategorisano kao ugrožavajuća ili unapređujuće na osnovu pretpostavljenog dominantnog stava o ovim oblicima ponašanja u našem društvu. Za pojedine oblike ponašanja sa većim stepenom sigurnosti možemo pretpostaviti postojanje konsenzusa o njihovoj štetnosti ili korisnosti. Tako na primer, lako možemo pretpostaviti da većina ljudi pušenje smatra štetnim a fizičko vežbanje korisnim. Sa druge strane, za oblike ponašanja kao što su konzumacija svežeg voća ili pijenje kafe, možemo pretpostaviti manje uniforman stav. Više reči o ovome će biti u kritičkom osvrtu na ovo istraživanje.

¹⁴ Detaljnije o skalama koje su upotrebljene u protokolu za evidentiranje ponašanja videti u delu o deskriptivnoj analizi podataka i u dodatku



Slika 5 Shematski prikaz protokola za uzorkovanje iskustava

Upitnik o intenzitetu zdravstvenog ponašanja

Za prikupljanje podataka o tipičnom intenzitetu zdravstvenih ponašanja razvijen je poseban upitnik. Osnovni cilj ovog upitnika je bio da se njime ispita koliko za određeni period ispitanik popuši cigareta, popije alkoholnih pića, kafa i čaša vode, pojede porcija voća i povrća, brze hrane i slatkiša i provede sati u vežbanju. Pitanja koja čine ovaj upitnik su bazirana na javno dostupnim upitnicima koji su korišćeni u studijama: EHIS (engl. European health interview survey) sprovedeno od strane Evropske Komisije (European Commission, 2013), GSHS (engl. Global school-based student health survey) kojim rukovodi Svetska zdravstvena organizacija (WHO, 2013), YRBSS (engl. Youth Risk Behavior Surveillance System) i BRFSS (engl. Behavioral Risk Factor Surveillance System) Centra za kontrolu i prevenciju bolesti CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Bazične crte ličnosti

Bazične crte ličnosti su ispitane HEXACO-PI-R (Ashton & Lee, 2007) instrumentom koji meri savesnost, ekstraverziju, emocionalnost, saradljivost, otvorenost za iskustvo i poštenje. HEXACO-PI-R se sastoji od petostepenih Likertovih skala samoprocene, gde ocena 1 označava da je tvrdnja za ispitanicu ili ispitanika potpuno netačna ili sa njom se nimalo neslaže dok ocena 5 znači da je tvrdnja potpuno tačna ili sa njom se sasvim slaže. Iz organizacionih razloga, 50% ispitanika je popunjavalo verziju inventara koja sadrži 100 stavki (po 16 stavki za svaku crtu i 4 stavke koje se odnose na altruizam), dok je drugih 50% popunjavalo HEXACO-PI-R inventar sa 60 stavki (po 10 za svaku crtu).

Samopoimanje

Samopoimanje je mereno instrumentom SDQ III (engl. Self Description Questionnaire) (Marsh & O'Neill, 1984). SDQ III instrument sadrži ukupno trinaest skala (četiri skale se odnose na akademski, osam na neakademski i jedna na generalno samopoimanje), ali se prema priručniku koji su objavili Marš i njegove kolege sa Univerziteta u Sidneju (Marsh & University of Western Sydney, Macarthur, 1990) mogu koristiti i nezavisno. Na osnovu pregleda raspoloživih rezultata dosadašnjih istraživanja samopoimanja i zdravstvenog ponašanja zaključili smo da skale: samopoimanja u vezi sa fizičkim izgledom, fizičkim sposobnostima i generalnog samopoimanja mogu biti od najvećeg značaja za zdravstveno ponašanje. Zbog toga smo adaptirali i primenili ove tri skale. Svaka od tri odabrane skale sadrži po deset stavki. Skale su osmostepene, a ocena 1 označava odgovor "Definitivno netačno" a ocena 8 "Definitivno tačno".

Regulatorni fokus

Za merenje generalnog regulatornog fokusa, odnosno opšte usmerenosti ka promotivnom ili ka preventivnom ponašanju, bio je korišćen GRFM (engl. General Regulatory Focus Measure) (Lockwood, Jordan, & Kunda, 2002). GRFM instrument se sastoji od osamnaest stavki, od kojih se devet odnosi na preventivno ponašanje i devet na promotivno ponašanje. GRFM smo uključili u istraživanje prvenstveno da bismo ispitali postojanje povezanosti između generalne sklonosti ka promotivnom i preventivnom ponašanju sa promotivnim i preventivnim aspektima ponosa i krivice.

Prikaz rezultata

Analitička strategija i obrazloženje odabira postupka analize

Analitički postupak koji je primenjen u ovom istraživanju se može podeliti na deskriptivnu analizu i analizu statističkog zaključivanja. Sve analize i grafički prikazi podataka su izvedeni u programskom jeziku R verzija 3.5.3.

Kompletan komentarisani skript je moguće preuzeti sa sledeće internet adrese

<https://github.com/SlavenRB/Zdravstveno-ponasanje/blob/master!/Zdravstveno%20ponasanje%2C%20analiza%20-%20final.R>

Transformacije podataka u oblik pogodan za analizu su izvedene statističkim programom SPSS verzija 23. Bazu podataka u .sav formatu je moguće preuzeti sa <https://github.com/SlavenRB/Zdravstveno-ponasanje/blob/master!/Zdravstveno%20ponasanje%20-%20final.sav>

U nastavku će biti obrazložen odabir statističkih postupaka koji su korišćeni u ovom istraživanju.

Opis postupka deskriptivne analize

Prikaz rezultata deskriptivne analize je podeljen na tri domena

1. Rezultati dobijeni psihološkim mernim instrumenatima (HEXACO, SDQ i GRFM)
2. Rezultati dobijeni protokolom za uzorkovanja iskustava
3. Rezultati dobijeni upitnikom za ispitivanje uobičajenog zdravstvenog ponašanja

Rezultati dobijeni psihološkim mernim instrumentima

Ciljevi deskriptivne analize podataka dobijenih psihološkim mernim instrumentima bili su da se njome prikažu mere lokacije i raspršenja podataka i pruži informaciju o pouzdanosti svakog od instrumenata. Od mera lokacije prikazane su aritmetička sredina, postrizena aritmetička sredina¹⁵ i medijana, a od mera raspršenja standardna devijacija, Medijansko apsolutno odstupanje (eng. Median Absolute Deviation)¹⁶, minimum, maksimum, skjunis, kurtozis i standardna greška. Kao pokazatelj pouzdanosti skala korišćena je Krombahov alfa koeficijent.

¹⁵ Postrizena aritmetička sredina predstavlja aritmetičku sredinu rezultata koji preostanu kada se odbaci unapred određeni procenat najviših i najnižih rezultata. Najčešće se odbacuje 20% najviših i 20% najnižih rezultata (Tenjović, 2017), što je i u ovom slučaju učinjeno.

¹⁶ MAD predstavlja Medijanu apsolutnih odstupanja svih rezultata od Medijane (Tenjović, 2017).

Rezultati dobijeni protokolom za uzorkovanja iskustava

Finalni set podataka sadrži ukupno 2042 validna merenja, dobijena od 98 ispitanika, tokom sedmodnevnog merenja u tri dnevna intervala. Cilj deskriptivne statističke analize podataka dobijenih protokolom za uzorkovanje iskustava je bio da se njom:

- izvesti o broju ispitanika kod kojih zabeležen svaki od praćenih oblika zdravstvenog ponašanja;
- prikažu mere lokacije i raspršenja podataka o intenzitetu zdravstvenog ponašanja;
- predstave fluktuacije u intenzitetu zdravstvenog ponašanja u zavisnosti od dnevnog intervala i dana u sedmici;
- dâ podatak o učestalosti situacija propuštanja zdravstvenog ponašanja;
- dâ podatak o učestalosti situacija u kojima se odolelo iskušenju da se posegne za zdravstveno ugrožavajućim ponašanjem.

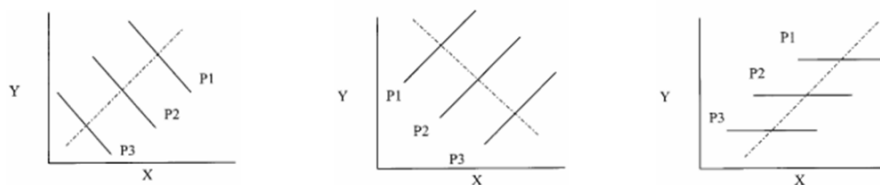
Podaci o učestalosti su prikazani procentima, a podaci o intenzitetu merama lokacije i skale koje su upotrebljene i u prethodnim analizama.

Rezultati dobijeni upitnikom za ispitivanje uobičajenog zdravstvenog ponašanja

Deskriptivnom statističkom analizom podataka dobijenih upitnikom za ispitivanje uobičajenog zdravstvenog ponašanja je prikazana učestalost i intenzitet oblika zdravstvenog ponašanja koji su obuhvaćeni ovim istraživanjem. Prikazani su podaci dobijeni na ukupnom uzorku i podaci na poduzorcima muškaraca i žena. S obzirom na način odabira uzorka ispitanika (prigodan uzorak) kao i njegovu veličinu ($n=98$), za deskriptivnu analizu podataka upotrebljeni su neparametrijski statistički postupci. Za prikaz učestalosti odgovora na kategoričkim varijablama korišćeni su procenti, a za poređenje razlika u učestalosti odgovora muškaraca i žena korišćene su mere χ^2 (u slučaju odgovora sa dve kategorije) i Z-testom uz uključenu Jejtsovu korekciju (u slučaju odgovora sa više od dve kategorije). U slučaju numeričkih varijabli za prikaz rezultata su korišćene su iste mere lokacije i skale koje su bile upotrebljene u prethodnim analizama. Za ispitivanje statističke značajnosti razlike u odgovorima između muškaraca i žena, primenjen je Men-Vitni-Vilkoksonov test.

Opis postupka analize statističkog zaključivanja

Za testiranje hipoteza od H1 do H8 korišćeno je hijerarhijsko linearno modelovanje. S obzirom na to da podatke o pojedinačnim iskustvima zdravstvenog ponašanja ispitanika ne možemo smatrati međusobno nezavisnim, zaključili smo da je pri analizi potrebno koristiti statistički postupak koji će na adekvatan način modelovati složenost strukture podataka. Zanemarivanje hijerarhijskog ustrojstva podataka i korišćenje jednostepene analize bi dovelo do potcenivanja standardne greške, a samim tim i do precenjivanja efekta. Na taj način bi se prilikom statističkog zaključivanja povećala mogućnost greške prvog tipa. Matematički postupci koji se koriste za korekciju standardne greške, odnosno redukciju dela varijanse koja potiče od heterogenosti podataka, rešavaju problem pristrasnosti zaključivanja, ali ne omogućuju ispitivanje interakcija varijabli sa različitim nivoa koje su od suštinskog značaja za ovo istraživanje (odnos između situacionih i ličnih karakteristika). Osim toga, radovi istraživača koji se bave hijerarhijskim linearnim modelovanjem uveravaju nas da povezanosti pojava na različitim nivoima analize mogu biti drastično različite (Nezlek, 2001). Što znači da bi ignorisanje povezanosti na bilo kom od nivoa moglo dovesti do toga da na pogrešan način zaključimo o prirodi pojave koju ispitujemo. Shematski prikaz dat na slici 33 ilustruje neke od mogućih tipova povezanosti varijabli različitog nivoa. Slika sa leve strane pokazuje pozitivnu korelaciju na drugom nivou (npr. ispitanik) uz negativne korelacije varijabli prvog nivoa (npr. pojedinačna situacija). Suprotan slučaj je takođe moguć (Slika 33, grafik u sredini), kao i situacija u kojoj je primetna pozitivna povezanost na drugom nivou, a izostanak povezanosti na prvom nivou (Slika 33, grafik desno) (Nezlek, 2001).



Slika 33 Ilustracija nezavisnosti odnosa prediktorske i kriterijumske varijable na različitim nivoima merenja. Pune linije predstavljaju povezanosti na prvom, a isprekidane linije povezanosti na drugom nivou analize

Osim toga, s obzirom na to da su podaci o iskustvima zdravstvenog ponašanja dobijeni longitudinalnim merenjem, čak ni podatke jednog istog ispitanika ne možemo smatrati

nezavisnim. Hronološki sled događaja može uticati na povezanost među njihovim procenama. Na primer, za dva uzastopna merenja možemo očekivati da u većoj meri koreliraju nego prvo i poslednje merenje u nizu kod jednog ispitanika. Ipak, važno je naglasiti da u ovom istraživanju nismo direktno zainteresovani za vremensku dimenziju. Hipoteze koje nastojimo ispitati ne zahtevaju modelovanje vremenskih serija, ispitivanje trenda i slično. Način na koji u ovom istraživanju tretiramo potencijalni efekat vremena je takav da nastojimo da ga držimo pod kontrolom, kako bismo u što većoj meri neutralisali postojanje eventualnih sistematskih zavisnosti i umanjili uticaj neželjene varijanse. Konkretno, polazimo od toga da matrica varijansi i kovarijansi unutar ispitanika ima autoregresivnu strukturu prvog tipa (Niall Bolger & Laurenceau, 2013), što znači da je variranje svakog merenja korigovano u odnosu na variranje prethodnog. Drugim rečima, uzima se u obzir samo varijansa koju nije moguće objasniti prethodnim merenjem.

Osim pomenutih teorijskih razloga za primenu hijerarhijskog linearnog modelovanja, ispitani su i empirijski razlozi koji će biti detaljnije opisani u narednom poglavlju koje govori o postupku analize. Kompletan kod, koji je za potrebe analiza podataka napisan u programskom jeziku R, može se preuzeti sa sledeće internet adrese <https://github.com/SlavenRB/Zdravstveno-ponasanje/blob/master/!Zdravstveno%20ponasanje%2C%20analiza%20-%20final.R>.

Postupak provere neophodnosti korišćenja hijerarhijskog linearnog modelovanja

Prvi korak prilikom testiranja svake od hipoteza je bio empirijska provera neophodnosti korišćenja hijerarhijskog linearnog modelovanja. Ova provera je izvršena tako što je bazični model (Obrazac 2) postavljen u jednostepenu regresionu analizu uz korišćenje kriterijuma najveće verodostojnosti (engl. Maximum Likelihood).

$$[2] \quad y_i = \beta_0 + e_i$$

pri čemu je y_i oznaka pojedinačnog merenja ($i=1, \dots, n$), β_0 aritmetička sredina y , a e_i rezidual i -tog merenja (razlika skora od aritmetičke sredine).

Bazični, jednostepeni model je nakon toga poređen sa hijerarhijskim linearnim modelom. Da bismo identifikovali ispitanika kojem i -to merenje pripada, dodajemo indeks j , tako da y_{ij} predstavlja rezultat na zavisnoj varijabli, i -tog merenja, koje pripada j -om ispitaniku

(Obrazac 3).

$$[3] \quad y_{ij} = \beta_0 + u_j + e_{ij}$$

Kao ključni kriterijum za poređenje podesnosti korišćen je test količnika verodostojnosti (engl. LR - likelihood ratio) (Obrazac 4).

$$[4] \quad LR = -2 \log L1 - (-2 \log L2)$$

U slučaju kada LR test ne bi pokazao statistički značajnu vrednost hi kvadrata na nivou 0,05, odustajalo bi se od hijerarhijskog modela i prihvatao jednostepeni model. Ovakav rezultat bi bio interpretiran tako da usložnjavanje modela ne doprinosi značajno unapređenju podesnosti modela, pa se u skladu sa principom parsimoničnosti bira jednostavniji model. Osim toga proveravani su i Akaikeov informacioni kriterijum (AIC) i Bajesovski informacioni kriterijum (BIC).

Takođe, za svaki od modela su računati koeficijenti parcijalne korelacije¹⁷ (engl. VPC variance partition coefficient) (Obrazac 5). Na osnovu ovog pokazatelja smo zaključili o tome koliki deo varijanse je potekao od variranja između, a koliki od variranja unutar ispitanika (Goldstein, Browne, & Rasbash, 2002).

$$[5] \quad VPC = \frac{\sigma_u^2}{\sigma_u^2 + \sigma_e^2}$$

Veći procenat varijanse unutar ispitanika govorio je u prilog korišćenju hijerarhijskog linarnog modelovanja, a kao kriterijumi su korišćene kategorije koje predlaže Čiket u svom priručniku za standardizaciju i normiranje psiholoških mernih instrumenata (Cicchetti, 1994).

Postupak provere glavnog prediktora

Pre nego što uvedemo glavni prediktor, u svaki od hijerarhijskih modela smo na prvom mestu uvodili varijablu koja se odnosi na redni broj merenja kako bismo kontrolisali varijansu koja je u vezi sa protokom vremena. Kao što je napomenuto u uvodnom delu opisa analize, u ovom istraživanju nismo primarno zainteresovani za hronološku dimenziju događaja. Vreme koristimo kao kontrolnu varijablu i uvodimo ga na nivo varijabilnog intercepta i nagiba. Na ovaj način nastojimo da parcijalizujemo variranje koje je u vezi sa protokom vremena. S obzirom na

¹⁷ Pojedini autori umesto koeficijenta parcijalne korelacije koriste intraklasne korelacije

to da nije u vezi sa hipotezama postavljenim u istraživanju značaj ove varijable se dalje ne interpretira.

$$[6] \quad y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{vreme}_{ij} + u_{0j} + u_{1j} \text{vreme}_{ij} + e_{ij}$$

Sledeći korak analize je uvođenje glavnog prediktora x_{ij} u model sa varijabilnim interceptom.

$$[7] \quad y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{vreme}_{ij} + \beta_2 x_{ij} + u_{0j} + u_{1j} \text{vreme}_{ij} + e_{ij}$$

Odmah zatim postavlja se i model sa varijabilnim interceptom i nagibom.

$$[8] \quad y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{vreme}_{ij} + \beta_2 x_{ij} + u_{0j} + u_{1j} \text{vreme}_{ij} + u_2 x_{ij} + e_{ij}$$

Nakon toga, podesnost modela je poređena testom količnika verodostojnosti. Isto kao i kod ispitivanja neophodnosti korišćenja HLM-a, i u ovom slučaju kompleksniji model (u ovom slučaju model sa varijabilnim interceptom i nagibom) biva upotrebljen samo ako LR test (kada je vrednost značajnosti hi kvadrata niža od 0.05) ukaže na statistički značajno unapređenje fita modela. Analiza glavnog prediktora prvo je izvedena na nivou ukupnog ponašanja (zdravstveno unapređujućeg ili ugrožavajućeg), a zatim posebno na nivou svakog od pojedinačnih ponašanja.

Postupak analize moderatora

Analiza moderatora za svaki od testiranih modela je sprovedena po istom principu (Obrazac 9) i istim redosledom.

$$[9] \quad y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{vreme}_{1ij} + \beta_2 x_{1j} + \beta_3 x_{1ij} * x_{2j} + u_{0j} + u_j \text{vreme}_{1ij} + e_{ij}$$

Redosled testiranja moderatora je bio sledeći:

- 1) uobičajeni intenzitet unapređujućeg ponašanja¹⁸ (Upitnik o zdravstvenom ponašanju)
- 2) procena stanja umora i povoljnosti dešavanja (protokol za uzorkovanje iskustava)
- 3) bazične crte ličnosti (HEXACO)
- 4) Samopoimanje (SDQ)
- 5) Regulatorni fokus (GRFM).

¹⁸ Varijabla nivo uobičajenog zdravstveno unapređujućeg ponašanja je izvedena tako što je intenzitet svih pojedinačnih ponašanja (prosečan broj popušanih cigareta dnevno, prosečan broj popijenih alkoholnih pića, broj sati provedenih u vežbanju i slično) kategorisan u odnosu na grupu ("ne rade", "rade retko", "rade umereno" i "rade često"), pa izveden prosek tih rangova.

Princip kojim smo se rukovodili prilikom testiranja moderatora je bio da se interakcije koje se pokažu statistički značajnim zadrže u narednom koraku, a da se ostale isključe iz modela (Nezlek, 2001).

Postupak izvođenja dodatnih analiza

Dodatne analize su izvedene sa ciljem da se ispituju pretpostavke koje su naknadno javile tokom procesa analize podataka, i nisu bile unapred definisane hipotezama.

Postupak elaboracije rezultata

Nakon provere svake od hipoteza dat je kratak zaključak u vezi sa rezultatima, a detaljna elaboracija hipoteza je ostavljena za diskusiju.

Deskriptivna analiza podataka

Prikaz rezultata podataka dobijenih psihološkim mernim instrumentima

Rezultati dobijeni HEXACO inventarom ličnosti su prikazani u Tabeli 1.

Tabela 1

Pregled deskriptivnih statistika za HEXACO inventar ličnost

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Poštenje	98	3.68	0.61	3.69	3.69	0.46	1.88	5	-0.15	0.21	0.06
Iskrenost	98	3.94	0.89	4	4	1.11	2	5	-0.4	-0.89	0.09
Pravicnost	98	3.81	0.95	3.88	3.87	0.93	1.25	5	-0.43	-0.62	0.1
Izbegavanje pohlepe	98	3.29	1	3.5	3.31	0.74	1	5	-0.17	-0.45	0.1
Skromnost	98	3.61	0.94	3.75	3.67	1.11	1	5	-0.54	-0.03	0.09
Emocionalnost	98	3.23	0.72	3.3	3.24	0.69	1.5	4.94	-0.07	-0.3	0.07
Strašljivost	98	2.59	0.95	2.33	2.55	0.99	1	5	0.49	-0.37	0.1
Anksioznost	98	3.7	0.99	4	3.78	1.11	1	5	-0.52	-0.42	0.1
Zavisnost	98	3.12	1.1	3.12	3.16	1.3	1	5	-0.25	-0.77	0.11
Sentimentalnost	98	3.59	0.95	3.67	3.66	0.99	1	5	-0.63	0.02	0.1
Ekstraverzija	98	3.4	0.81	3.47	3.43	0.64	1.5	5	-0.33	-0.51	0.08
Socijalno samopoštovanje	98	3.58	0.9	3.67	3.65	0.99	1.33	5	-0.57	-0.4	0.09
Socijalna smelost	98	2.99	0.96	3	2.99	0.99	1.25	5	0.02	-0.85	0.1
Druželjubivost	98	3.54	1.03	3.5	3.59	1.11	1	5	-0.24	-0.77	0.1
Živost	98	3.54	1.13	3.62	3.61	1.3	1	5	-0.39	-0.96	0.11
Saradljivost	98	3.06	0.7	3.1	3.07	0.66	1.19	4.9	-0.13	-0.1	0.07
Praštanje	98	2.95	1.02	2.75	2.95	1.11	1	5	0.1	-0.61	0.1
Nežnost	98	3.08	0.88	3	3.09	0.74	1	5	-0.04	-0.25	0.09
Fleksibilnost	98	3.01	0.86	3	3	0.99	1.25	5	0.16	-0.52	0.09
Strpljivost	98	3.23	1.04	3	3.26	1.11	1	5	-0.16	-0.6	0.11
Savesnost	98	3.77	0.68	3.81	3.83	0.59	1.8	4.9	-0.83	0.35	0.07
Organizovanost	98	3.56	1.07	3.88	3.64	0.93	1	5	-0.68	-0.39	0.11
Marljivost	98	4.08	0.81	4.25	4.16	1.11	2	5	-0.72	-0.31	0.08
Perfekcionizam	98	3.87	0.78	4	3.92	0.62	1.67	5	-0.6	-0.2	0.08
Obazrivost	98	3.62	0.96	3.75	3.68	1.11	1.5	5	-0.55	-0.74	0.1
Otvorenost za iskustva	98	3.89	0.7	4	3.94	0.74	2	5	-0.64	-0.09	0.07
Estetske vrednosti	98	4.01	1.02	4.5	4.15	0.74	1	5	-1.02	0.36	0.1
Radoznalost	98	3.64	1.03	3.75	3.71	1.11	1	5	-0.43	-0.78	0.1
Kreativnost	98	3.93	0.98	4.25	4.04	0.99	1	5	-0.92	0.25	0.1
Nekonvencionalnost	98	3.97	0.82	4.12	4.03	0.86	1.75	5	-0.57	-0.57	0.08

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS - postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min - minimum, Max - maksimum, Sk - skjunis, KU - kurtozis i SG - Standardna greška.

Provera pouzdanosti rezultata dobijenih HEXACO inventarom ličnosti je pokazala da Kronbahov alfa koeficijent varira od 0,83 za poštenje do 0,92 za ekstraverziju u slučaju skala

sa 100 stavki. HEXACO skale sa 60 stavki pokazuje niže koeficijente pouzdanosti i oni se kreću u rasponu od 0,56 za poštenje do 0,80 za ekstraverziju.

Rezultati dobijeni SDQ instrumentom su prikazani u Tabeli 2.

Tabela 2

Pregled deskriptivnih statistika za SDQ skale

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Fizičke sposobnosti	98	4.38	1.1	4.5	4.43	1.28	1.8	6.1	-0.35	-0.81	0.11
Fizički izgled	98	4.45	0.99	4.5	4.47	1.09	1.33	6.5	-0.29	-0.22	0.1
Generalno samopoimanje	98	4.6	1.34	4.96	4.68	1.48	1.5	6.56	-0.49	-0.92	0.14

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

Kronbahov alfa koeficijent za subskalu samopoimanja fizičke sposobnosti iznosi 0,83, za samopoimanje fizičkog izgleda 0,85 i generalno samopoimanje 0,92.

Rezultati psihološkog instrumenta za merenje sklonosti ka promotivnom ili preventivnom regulatornom ponašanju (GRFM) su prikazani u Tabeli 3.

Tabela 3

Pregled deskriptivnih statistika za GRFM skale

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Preventivni fokus	98	4.96	1.54	5	5	1.65	1.44	8.44	-0.14	-0.69	0.16
Promotivni fokus	98	6.6	1.27	6.44	6.6	1.15	3.78	9	0.09	-0.73	0.13

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

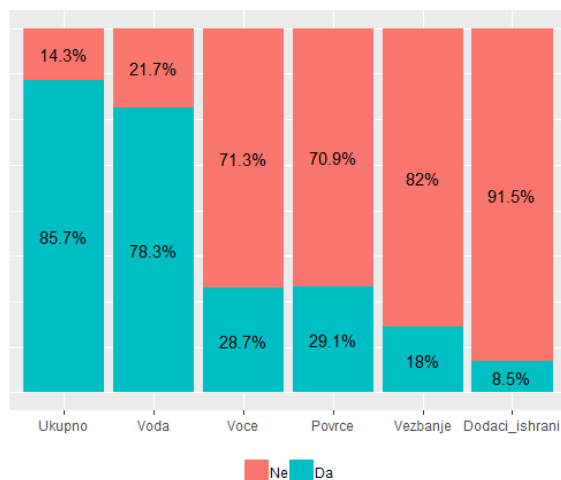
Kronbahov alfa koeficijent za preventivni fokus iznosi 0,83 a za promotivni fokus 0,88.

Deskriptivna analiza podataka dobijenih inventarom za uzorkovanje iskustava

Zdravstveno unapređujuće ponašanje

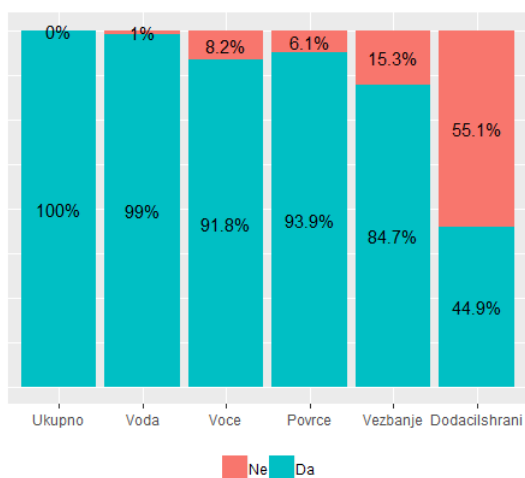
Od ukupnog broja validnih merenja, u 86% slučajeva je navedeno da je tokom prethodna dva sata izvedeno bar jedno od zdravstveno unapređujućih ponašanja. Pijenje vode je

zabeleženo u 78% slučajeva, konzumacija voća u 29% slučajeva, a u isto toliko slučajeva je zabeležena i konzumaciju povrća. Fizička aktivnost je registrovana u 18% slučajeva, a konzumacija dodataka ishrani (vitamina, minerala i slično) u 9% slučajeva (Slika 6).



Slika 6 Procenat zdravstveno unapređujućih ponašanja u ukupnom broju zabeleženih situacija.

Od 98 ispitanika, 99% njih je bar jednom izvestilo o tome da je pilo vodu, 92% da je jelo voće, 94% povrće, 85% da je vežbalo i 45% da je konzumiralo dodatke ishrani (Slika 7).



Slika 7 Procenat ispitanika kod kojih je zabeleženo zdravstveno unapređujuće ponašanje

Intenzitet izvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja

Intenzitet unapređujućeg ponašanja je procenjivan u odnosu na uobičajen stepen izvođenja date aktivnosti pomoću bipolarne skale sa podeocima od -3 (mnogo manje nego obično) do 3 (mnogo više nego obično). Za potrebe analize podataka, skala je prevedena u unipolarni sedmostepeni format. U Tabeli 4 je dat pregled deskriptivnih statistika za procenu intenziteta izvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja.

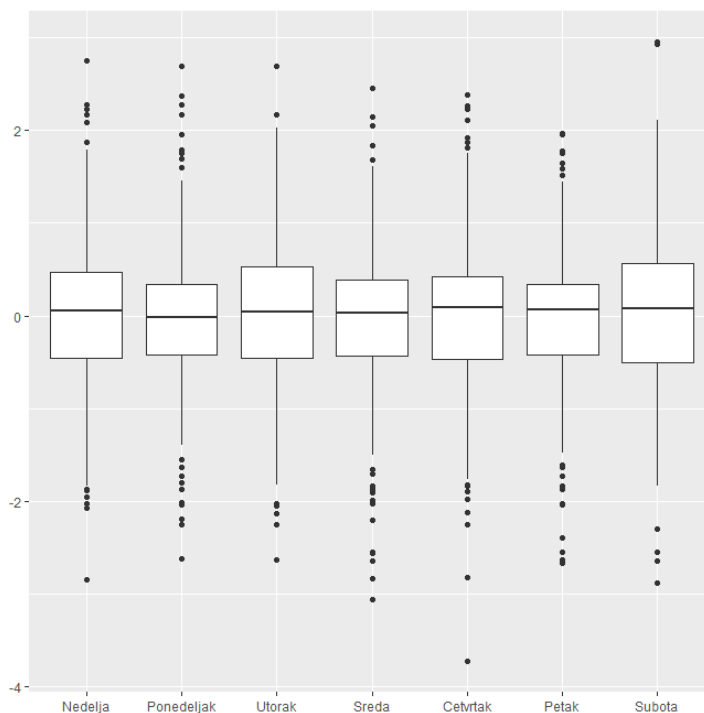
Tabela 4

Pregled deskriptivnih statistika za procenu intenziteta izvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno unapređujuće	98	4.01	0.46	3.96	4.00	0.37	2.83	5.17	0.23	0.13	0.05
Voda	97	3.92	0.57	3.91	3.92	0.51	2.45	5.62	0.16	0.62	0.06
Voće	90	4.36	0.71	4.32	4.38	0.51	1.50	6.00	-0.51	2.24	0.07
Povrće	92	4.26	0.74	4.14	4.24	0.53	1.00	6.00	-0.34	3.32	0.08
Vežbanje	83	4.33	1.02	4.33	4.37	0.99	1.00	6.50	-0.56	0.59	0.11
Dodaci ishrani	44	4.28	0.84	4.00	4.29	0.37	2.00	7.00	0.29	1.88	0.13

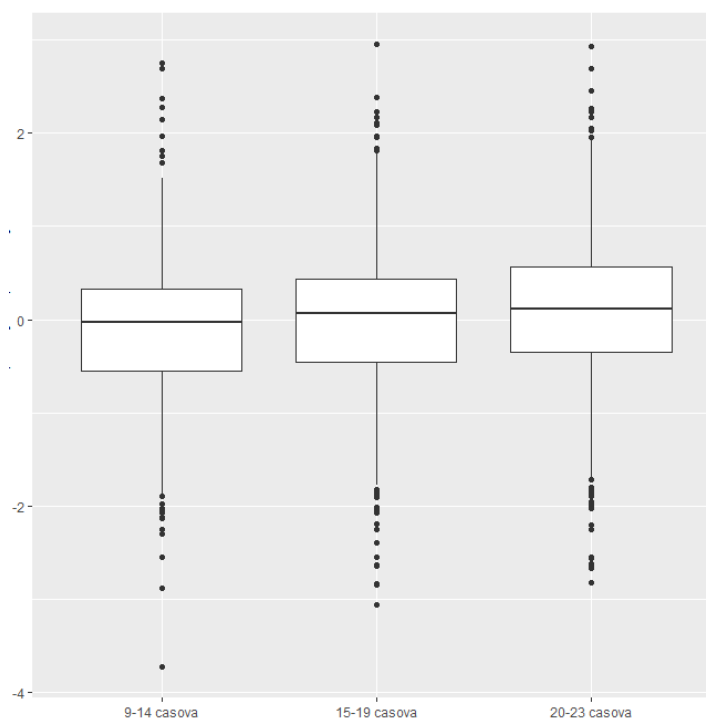
Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtozis i SG – Standardna greška.

Prikaz poređenja procenjenog intenziteta ukupnog unapređujućeg ponašanja prema danima u sedmici dat je na Slici 8. Rezultati analize ne pokazuju statistički značajne razlike u pogledu prosečnog unapređujućeg ponašanja u pogledu dana u sedmici.



Slika 8 Procenjeni intenzitet zdravstveno unapređujućeg ponašanja prema danima u sedmici

Poređenje prosečnog intenziteta ukupnog unapređujućeg ponašanja među dnevnim intervalima ukazuje na to da je intenzitet najveći u intervalu od 20 od 23 časa $b = 0.21$, $t(1649) = 4.09$, $p < .000$. Rezultati su prikazani na Slici 9.



Slika 9 Procenjeni intenzitet zdravstveno unapređujućeg ponašanja prema dnevnim intervalima

Afekat povodom izvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja

Afekat povodom unapređujućeg ponašanja (ispitanici su procenjivali kako se osećaju povodom svakog od izvedenih unapređujućih ponašanja) je procenjivan na sedmostepenim skalama sa podeocima 1 – „prilično loše“, 2 – „loše“, 3 – „pomalo loše“, 4 – „ni dobro ni loše“, 5 – „pomalo dobro“, 6 – „dobro“ i 7 „veoma dobro“. Rezultati procene intenziteta afekta povodom izvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja su dati u Tabeli 5.

Tabela 5

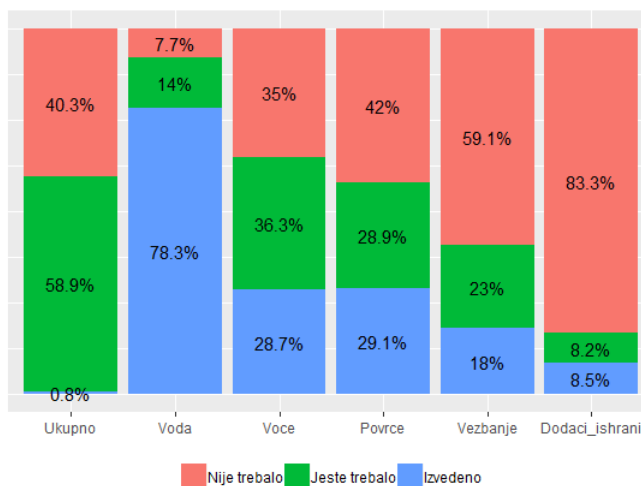
Pregled deskriptivnih statistika za procenu afekta povodom izvođenja unapređujućeg ponašanja

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno unapređujuće	98	5.13	0.85	5.01	5.08	1.03	3.93	7.00	0.45	-0.90	0.09
Voda	97	4.97	0.97	4.71	4.91	1.06	3.33	7.00	0.42	-0.99	0.10
Voće	90	5.52	0.82	5.67	5.53	0.96	4.00	7.00	-0.13	-0.83	0.09
Povrće	92	5.50	0.84	5.50	5.50	0.74	4.00	7.00	-0.07	-0.90	0.09
Vežbanje	83	5.67	0.94	5.90	5.75	0.78	3.00	7.00	-0.80	0.37	0.10
Dodaci ishrani	44	5.29	0.99	5.25	5.30	1.11	3.00	7.00	-0.27	-1.01	0.15

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtozis i SG – Standardna greška.

Procena da li je propušteno unapređujuće ponašanje trebalo da bude izvedeno

Kao što je moguće videti na Slici 10, u situacijama kada nije izvedeno zdravstveno unapređujuće ponašanje, u 59% slučajeva ispitanici navode da je trebalo da ga izvedu. Za vodu ovaj procenat iznosi 14%, za voće 36%, povrće 29%, vežbanje 23% i dodatke ishrani 8%.



Slika 10 Procenat odgovora na pitanje o tome da li je neizvedeno zdravstveno unapređujuće ponašanje trebalo da bude izvedeno

Afekat povodom neizvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja

Procena afekta povodom neizvođenja unapređujućeg ponašanja računata je samo za one ispitanike kod kojih je bar jednom zabeleženo određeno zdravstveno unapređujuće ponašanje, a rezultati su prikazani u Tabeli 6.

Tabela 6

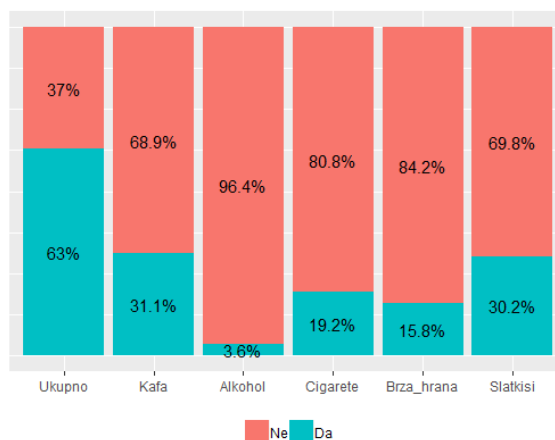
Pregled deskriptivnih statistika za procenu afekta povodom neizvođenja unapređujućeg ponašanja

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno unapređujuće	98	4.33	0.92	4.00	4.23	0.64	2.76	7.00	0.97	0.14	0.09
Voda	84	3.70	0.94	3.67	3.59	0.81	2.00	7.00	1.22	2.28	0.10
Voće	90	4.27	0.98	4.00	4.19	0.86	2.33	6.88	0.66	-0.09	0.10
Povrće	92	4.32	0.98	4.00	4.21	0.67	2.80	7.00	0.99	0.15	0.10
Vežbanje	83	4.30	0.99	4.00	4.22	0.71	2.25	6.91	0.71	-0.13	0.11
Dodaci ishrani	44	4.61	0.94	4.15	4.57	0.70	2.92	6.95	0.51	-0.87	0.14

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

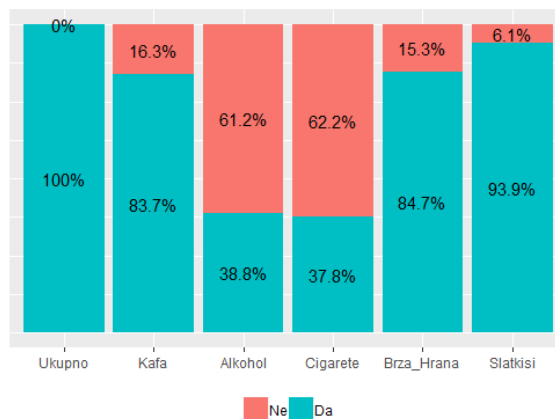
Zdravstveno ugrožavajuće ponašanje

Kada je u pitanju zdravstveno ugrožavajuće ponašanje, u 63% slučajeva je zabeleženo bar jedno od praćenih ponašanja. Najčešće evidentirana zdravstveno ugrožavajuća ponašanja su pijenje kafe, koje je zabeleženo u 31% slučajeva, i konzumacija slatkiša u 30% slučajeva. Upotreba duvanskih proizvoda je zabeležena u 19%, a pijenje alkohola u 4% od ukupnog broja uzorkovanih vremenskih intervala. Rezultati su prikazani u na Slici 11.



Slika 11 Izvođenje zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja o kom su ispitanici izveštavali za dvosatni period koji je prethodio merenju

Kod svih ispitanika regrutovanih iz studentske populacije je zabeležen bar jedan od oblika zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja. Na Slici 12 je moguće videti da je približno 94% ispitanika izvestilo da je tokom prikupljanja podataka jelo slatkiše, 85% da je jelo brzu hranu, 84% da je pilo kafu, 39% da je pilo alkohol i 38% da je konzumiralo cigarete.



Slika 12 Procenat ispitanika kod kojih je zabeleženo zdravstveno ugrožavajuće ponašanje

Intenzitet izvođenja zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja

Intenzitet ugrožavajućeg ponašanja je procenjivan u odnosu na uobičajeni stepen izvođenja svakog od ispitivanih ugrožavajućih oblika ponašanja. Za procenu su upotrebljene bipolarne skale čiji podeoci se kreću od -3 (mnogo manje nego obično) do 3 (mnogo više nego obično). Za potrebe analize podataka, skale su prevedene u unipolarni sedmostepeni format.

Pregled deskriptivnih statistika za procenu intenziteta izvođenja ugrožavajućeg ponašanja je dat u Tabeli 7.

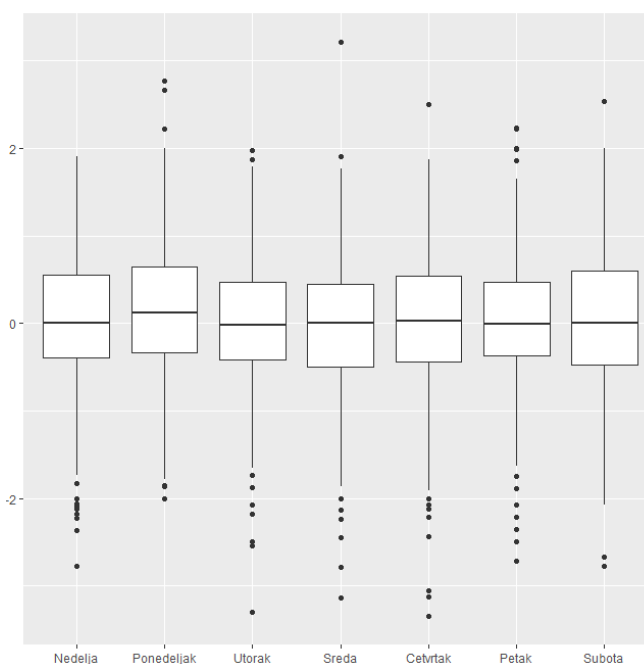
Tabela 7

Pregled deskriptivnih statistika za procenu intenziteta izvođenja ugrožavajućeg ponašanja

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno ugrožavajuće	98	3.85	0.67	4.00	3.88	0.49	2.00	5.14	-0.53	0.05	0.07
Kafa	82	4.03	0.61	4.00	4.03	0.30	1.00	5.67	-1.07	6.67	0.07
Alkohol	38	4.08	1.43	4.50	4.13	1.17	1.00	7.00	-0.43	-0.62	0.23
Cigarete	37	3.59	0.97	3.80	3.60	0.87	1.00	6.00	-0.26	0.38	0.16
Brza hrana	83	3.90	1.11	4.00	3.95	1.15	1.50	6.50	-0.36	-0.44	0.12
Slatkiši	92	3.91	0.98	4.00	3.91	0.89	1.00	6.40	-0.12	0.25	0.10

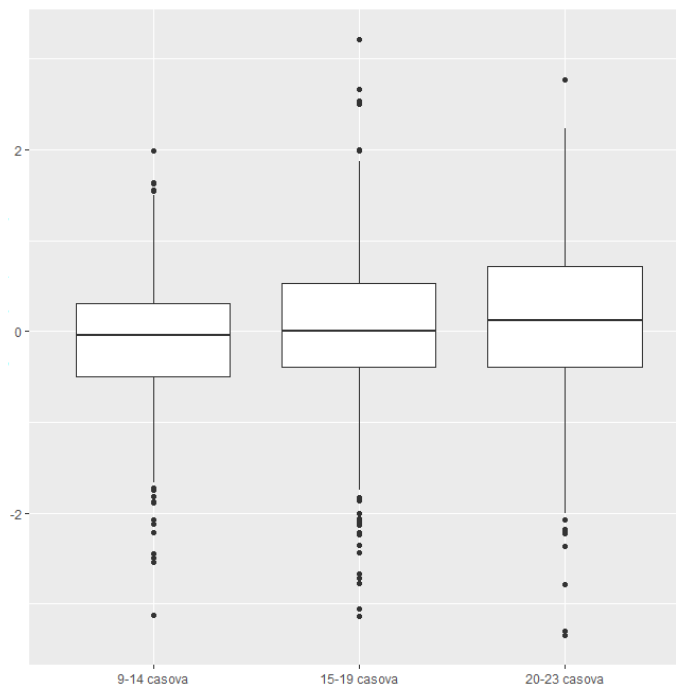
Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postrizižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

Poređenje procenjenog intenziteta ukupnog ugrožavajućeg ponašanja među danima u sedmici nije pokazalo statistički značajnu razliku (Slika 13).



Slika 13 Procenjeni intenzitet zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja prema danima u sedmici

Sa druge strane, poređenje ukupnog ugrožavajućeg ponašanja među dnevnim intervalima ukazuje na to da je ono najintenzivnije u intervalu od 20 do 23 časova $b = 0.19$, $t(1187) = 3.08$, $p = .002$ (Slika 14).



Slika 14 Procenjeni intenzitet zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja prema dnevnim intervalima

Afekat povodom izvođenja zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja

Afekat povodom izvođenja zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja je procenjivan na sedmostepenim skalama sa podeocima 1 – „prilično loše“, 2 – „loše“, 3 – „pomalo loše“, 4 – „ni dobro ni loše“, 5 – „pomalo dobro“, 6 – „dobro“ i 7 „veoma dobro“. Ista skala je korišćena i za procenu afekta povodom neizvođenja ugrožavajućeg ponašanja. Rezultati procene intenziteta afekta povodom izvođenja ugrožavajućeg ponašanja su predstavljeni u Tabeli 8.

Tabela 8

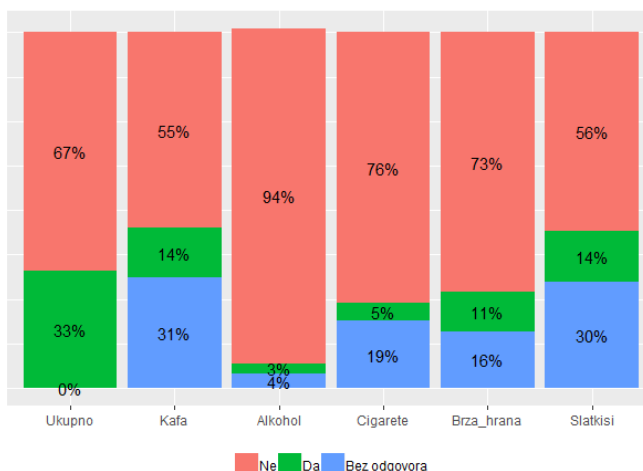
Pregled deskriptivnih statistika za procenu afekta povodom izvođenja ugrožavajućeg ponašanja

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno ugrožavajuće	98	3.85	0.67	4.00	3.88	0.49	2.00	5.14	-0.53	0.05	0.07
Kafa	82	4.03	0.61	4.00	4.03	0.30	1.00	5.67	-1.07	6.67	0.07
Alkohol	38	4.08	1.43	4.50	4.13	1.17	1.00	7.00	-0.43	-0.62	0.23
Cigarete	37	3.59	0.97	3.80	3.60	0.87	1.00	6.00	-0.26	0.38	0.16
Brza hrana	83	3.90	1.11	4.00	3.95	1.15	1.50	6.50	-0.36	-0.44	0.12
Slatkiši	92	3.91	0.98	4.00	3.91	0.89	1.00	6.40	-0.12	0.25	0.10

Napomene: *n* - Broj ispitanika, *AS* - aritmetička sredina, *SD* - standardna devijacija, *Mdn* - medijana, *PAS* – postrizižena aritmetička sredina, *MAD* - medijansko apsolutno odstupanje, *Min* – minimum, *Max* – maksimum, *Sk* – skjunis, *KU* – kurtozis i *SG* – Standardna greška.

Procena izloženosti iskušenju

Za svako zdravstveno ugrožavajuće ponašanje koje nije izvedeno, procenjen je stepen izloženosti iskušenju. Skala za procenu je sadržala podeoke 0 - „Uopšte niste bili u iskušenju“, 1 - „Bili ste u slabom iskušenju“, 2 - „Bili ste u umerenom iskušenju“ i 3 - „Bili ste u jakom iskušenju“. S obzirom na relativno nisku učestalost situacija u kojima je postojalo jako ili umereno iskušenje, i sa ciljem da se pojednostavi dalja analiza, originalna skala je binarizovana tako da sadrži samo informaciju o tome da li je bilo ili nije bilo iskušenja. U svakoj trećoj zabeleženoj situaciji je postojalo iskušenje da se posegne za nekim od oblika zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja. Najčešće su u pitanju kafa i slatkiši, za koje je zabeleženo iskušenje u 14% situacija, zatim brza hrana u 11% situacija, cigarete u 5% i alkohol u 3%. Učestalost situacija iskušenja da se posegne za zdravstveno ugrožavajućim oblicima ponašanjima je prikazana na Slici 15.



Slika 15 Učestalost situacija iskušenja da se posegne za zdravstveno ugrožavajućim ponašanjima

Afekat povodom neizvođenja zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja

Afekat povodom neizvođenja svakog od oblika zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja je računat samo za one ispitanike za koje je makar u jednom slučaju zabeleženo da su taj oblik ponašanja izveli. Rezultati intenziteta afekta povodom neizvođenja ugrožavajućeg ponašanja su prikazani u Tabeli 9.

Tabela 9

Pregled deskriptivnih statistika za procenu afekta povodom neizvođenja ugrožavajućeg ponašanja

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno ugrožavajuće	98	5.26	1.02	5.30	5.23	1.38	3.52	7.00	0.11	-1.41	0.10
Kafa	82	4.93	1.12	4.78	4.89	1.38	2.92	7.00	0.23	-1.21	0.12
Alkohol	38	5.28	1.13	5.31	5.26	1.60	3.68	7.00	0.10	-1.72	0.18
Cigarete	35	5.15	1.27	5.00	5.17	1.48	2.50	7.00	-0.05	-1.35	0.21
Brza hrana	83	5.28	1.07	5.50	5.24	1.70	3.90	7.00	0.17	-1.47	0.12
Slatkiši	92	5.21	1.05	5.08	5.17	1.43	3.43	7.00	0.22	-1.30	0.11

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postrizižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

Procena povoljnosti dešavanja

Povoljnost dešavanja tokom ispitivanog vremenskog intervala je merena bipolarnom skalom sa podeocima: -3 “veoma negativno”, -2 “negativno”, -1 “blago negativno”, 0 “ni

pozitivno ni negativno”, 1 “blago pozitivno”, 2 ”pozitivno” i 3 ”veoma pozitivno”. Za potrebe analize, rezultati su prevedeni u unipolarne sedmostepene skale. Rezultati procene intenziteta povoljnosti dešavanja su prikazani u Tabeli 10.

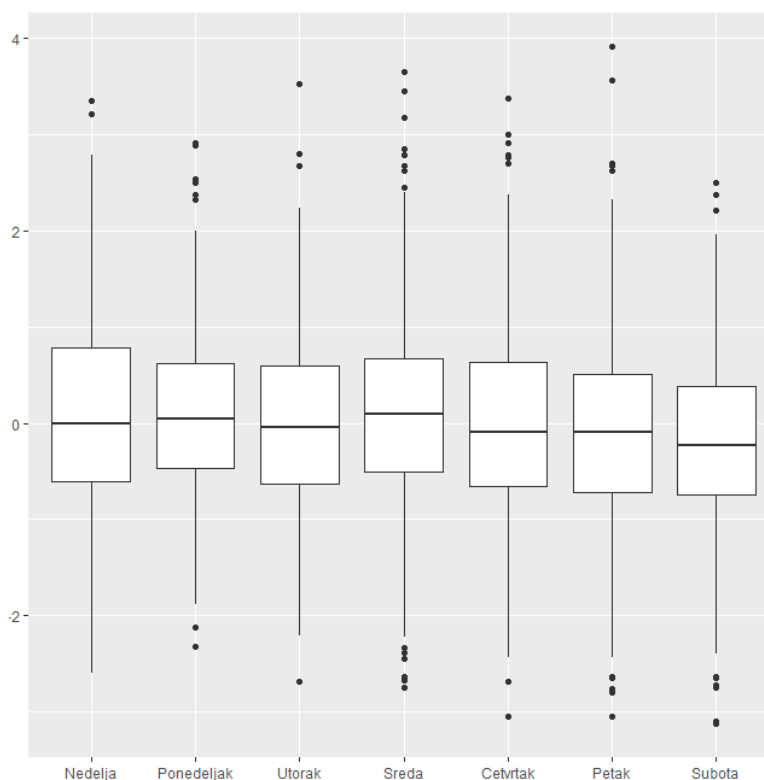
Tabela 10

Pregled deskriptivnih statistika za procenu povoljnosti dešavanja

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Procena povoljnosti dešavanja	98	3.11	0.74	3.31	3.15	0.66	1.21	5.14	-0.41	-0.11	0.07

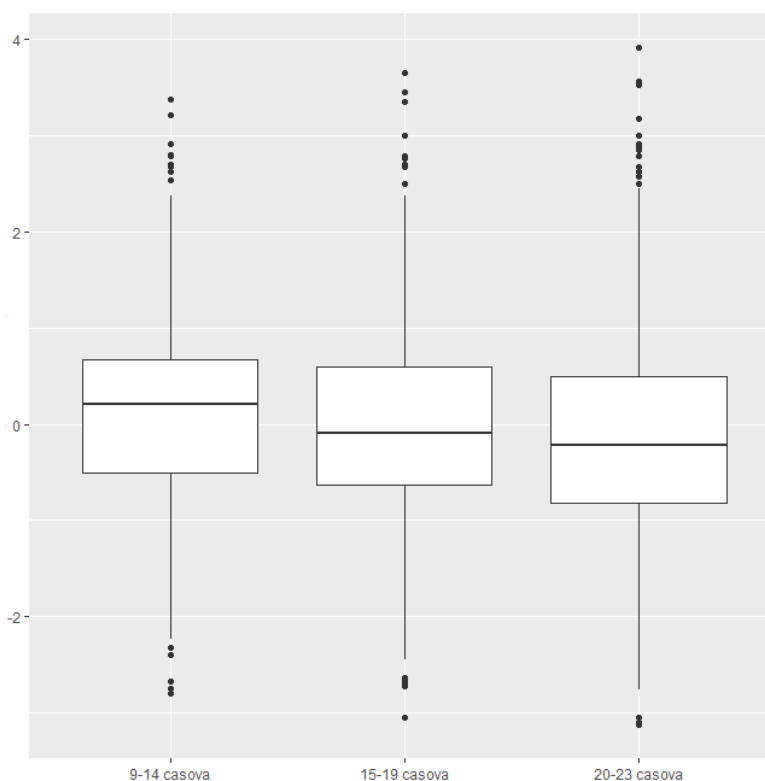
Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

Poređenje procena stepena prijatnosti među danima u sedmici ukazuje na to da je prijatnost dešavanja najniža petkom $b = -0.19$, $t(1938) = -2.09$, $p = .036$ i subotom $b = -0.32$, $t(1938) = -3.65$, $p < .001$ (Slika 16).



Slika 16 Procenjena povoljnost dešavanja prema danima u sedmici

Poređenje procena stepena prijatnosti među dnevnim intervalima ukazuje na to da interval od 15 do 19 časova ($b = -0.14$, $t(1942) = -2.54$, $p = .011$) i interval od 20 do 23 časova ($b = -0.28$, $t(1942) = -4.91$, $p < .001$) imaju statistički nižu prosečnu vrednost procenjene prijatnosti dešavanja u odnosu na interval od 9 do 14 časova (Slika 17).



Slika 17 Procenjena povoljnost dešavanja prema dnevnim intervalima

Procena odmornosti

Odmornost je procenjivana sedmostepenom bipoloarnom skalom sa podeocima: -3 “veoma umorno”, -2 “umorno”, -1 “blago umorno”, 0 “ni umorno ni odmorno”, 1 “blago odmorno”, 2 “odmorno” i 3 “veoma odmorno”. Za potrebe analize, rezultati su prevedeni u unipolarne sedmostepene skale. Rezultati procene intenziteta povoljnosti dešavanja su prikazani u Tabeli 11.

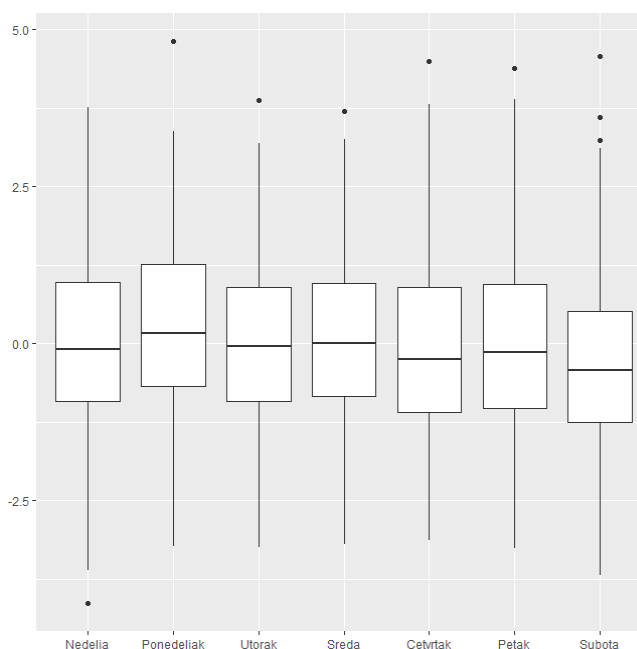
Tabela 11

Pregled deskriptivnih statistika za procenu stanja odmornosti

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Procena odmornosti	98	3.5	0.93	3.62	3.51	0.91	1	6.05	-0.12	0.04	0.09

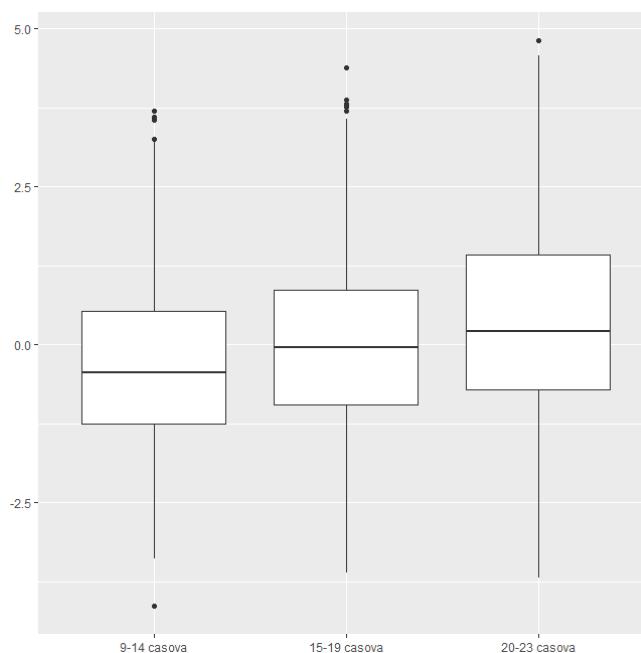
Napomene: *n* - Broj ispitanika, *AS* - aritmetička sredina, *SD* - standardna devijacija, *Mdn* - medijana, *PAS* – postržižena aritmetička sredina, *MAD* - medijansko apsolutno odstupanje, *Min* – minimum, *Max* – maksimum, *Sk* – skjunis, *KU* – kurtosis i *SG* – Standardna greška.

Rezultati istraživanja ukazuju na to da su mladi najodmorniji ponedeljkom ($b = 0.24$, $t(1938) = 2.05$, $p = .040$), a najumorniji subotom ($b = -0.27$, $t(1938) = -2.34$, $p = .019$) (Slika 18).



Slika 18 Odmornost prema danima u sedmici

Poređenje stepena odmornosti između dnevnih intervala ukazuje na to da su mladi najumorniji u intervalu od 9 do 14 časova, a da odmornost raste do intervala od 15 do 19 ($b = 0.31$, $t(1942) = 4.15$, $p < .001$) i do intervala 20 do 23 časa ($b = 0.66$, $t(1942) = 8.85$, $p < .001$) (Slika 19).



Slika 19 Odmornost prema dnevnim intervalima

Deskriptivni pokazatelji uobičajenog zdravstvenog ponašanja

Uobičajeno zdravstveno ponašanje je mereno upitnikom za samoprocenu, konstruisanim za potrebe ovog istraživanja. Upitnik se odnosi na ishranu, konzumaciju cigareta i alkohola, fizičko vežbanje, pijenje vode i kafe, jedenje slatkiša, grickalica i brze hrane, kao i uzimanje dodataka ishrani kao što su vitamini i minerali.

Ishrana

Prosečna visina za muškarce u uzorku iznosi 181 cm, a za žene 169 cm (Tabela 12).

Koliko ste visoki, bez cipela? u [cm]

Tabela 12

Pregled deskriptivnih statistika za visinu

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	98	172.5	8.47	172	172.0	7.41	155	206	0.76	1.44	0.86
Muškarci	27	181.2	7.76	180	180.6	5.93	169	206	1.08	1.74	1.49
Žene	71	169.1	6.00	169	169.2	5.93	155	185	-0.01	-0.48	0.71

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtozis i SG – Standardna greška.

Prosečna težina za muškarce koji su ušli u uzorak je 77 kilograma, a za žene 60 (Tabela 13).

Kolika je Vaša telesna težina, bez odeće i cipela? u [kg]

Tabela 13

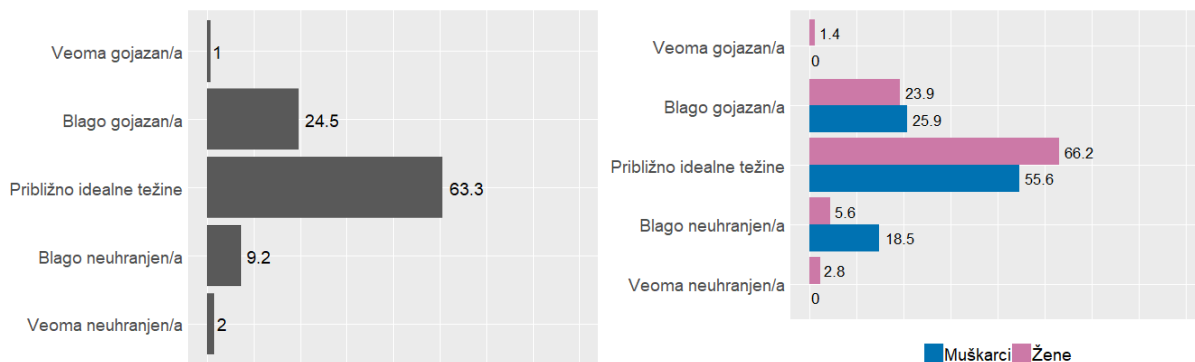
Pregled deskriptivnih statistika za težinu

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	98	64.86	12.67	62.5	63.77	11.12	45	118	1.12	1.89	1.28
Muškarci	27	76.85	12.41	79	76.09	8.90	54	118	1.00	2.38	2.39
Žene	71	60.30	9.41	59	59.33	7.41	45	95	1.22	2.25	1.12

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtozis i SG – Standardna greška.

Približno svaka četvrta mlada osoba iz studentske populacije smatra da je blago ili veoma gojazna, a svaka deseta da je blago ili veoma neuhranjena. Razlika u procentima odgovora između muškaraca i žena su računane Z-testom uz uključenu Jejtsovu korekciju. Vrednost hi kvadrata nije ukazala na statistički značajnu razliku u učestalosti odgovora (Slika 20).

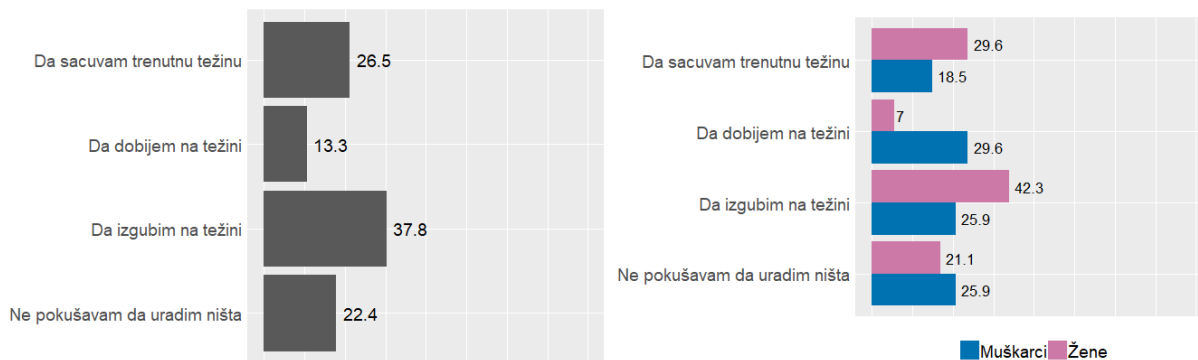
Kako biste opisali svoju težinu?



Slika 20 Doživljaj telesne težine, na ukupnom uzorku(levo) i prema polu (desno)

Od ukupnog uzorka mladih ljudi iz studentske populacije 38% navodi da pokušava da izgubi na težini, a 13% želi da dobije na težini. Među onima koji žele da dobiju na težini nešto je više muškaraca ($\chi^2=(1)1.58, p=0.009$) nego žena (Slika 21).

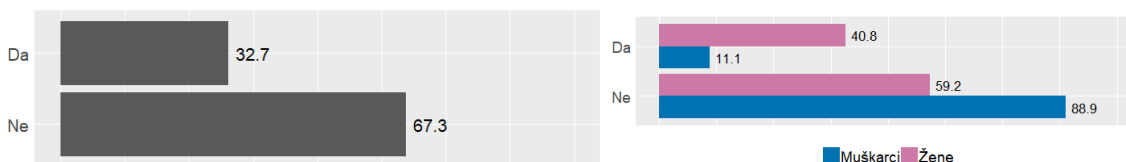
Šta od navedenog pokušavate da uradite po pitanju svoje težine?



Slika 21 Namera u vezi sa telesnom težinom, na ukupnom uzorku(levo) i prema polu (desno)

Približno 1/3 ispitanika navodi da je u poslednjih 30 dana korigovalo svoju ishranu sa ciljem da izgubi na težini, a među njima je značajno više žena ($\chi^2 = (1) 6.57, p = .010$) (Slika 22).

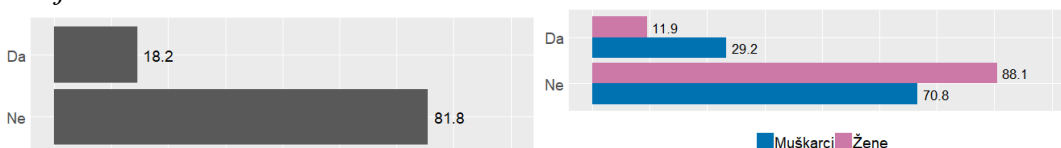
Da li ste tokom poslednjih 30 dana, jeli manje hrane, hranu koja je manje kalorična ili hranu sa manjim sadržajem masti sa ciljem da izgubite na težini?



Slika 22 Promena ishrane u vezi sa smanjenjem telesne težine, na ukupnom uzorku (levo) i prema polu (desno)

Oko 18% ispitanika navodi da je tokom poslednjih 30 dana korigovalo ishranu sa ciljem da dobije na težini, a među njima je značajno više muškaraca ($\chi^2 = (1) 4.85, p = .027$) (Slika 23).

Da li ste tokom poslednjih 30 dana, jeli više hrane, hranu koja je kaloričnija sa ciljem da dobijete na težini?



Slika 23 Promena ishrane u vezi sa povećanjem telesne težine, na ukupnom uzorku (levo) i prema polu (desno)

Voće svakodnevno jede 29% mladih (Slika 24).

*Koliko često jedete voće?*¹⁹



Slika 24 Učestalost konzumacije voća, na ukupnom uzorku (levo) i prema polu (desno)

¹⁹ Dodatno objašnjenje uz pitanje: Plodovi voća mogu biti sveži ili smrznuti, konzervirani ili sušeni (uključujući koštunjavo voće). Takođe, uključuju se i sitno sečeni plodovi, pire od voća i pasirano voće. Uključuju se samo sveže ceđeni sokovi. Ostali sokovi pripremljeni od koncentrata (sirupa) ili industrijski prerađenog voća, kao i dodatno zaslađeni se isključuju.

Oni koji jedu voće svakodnevno, pojedu u proseku 2,6 porcija voća dnevno, a razlika u prema polu nije statistički značana (Tabela 14).

*Koliko porcija bilo kog voća jedete svaki dan?*²⁰

Tabela 14

Pregled deskriptivnih statistika za učestalost konzumacije voća među mladima koji ga konzumiraju na dnevnom nivou

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	28	2.64	3.51	2	2.00	1.48	1	20	4.30	18.40	0.66
Muškarci	5	2.60	1.34	2	2.60	1.48	1	4	0.08	-2.11	0.60
Žene	23	2.65	3.84	2	1.89	1.48	1	20	3.97	15.03	0.80

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

Prosečna sedmična potrošnja voća po osobi iznosi 7.6 porcija. Razlika u konzumaciji voća prema polu nije statistički značajna.

Tabela 15

Pregled deskriptivnih statistika za učestalost konzumacije voća na sedmičnom nivou

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	98	7.57	14.76	5	5.28	4.45	1	140	7.43	63.15	1.49
Muškarci	27	6.00	7.14	5	4.52	4.45	1	28	2.17	3.85	1.37
Žene	71	8.17	16.79	5	5.56	4.45	1	140	6.83	50.59	1.99

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

Oko 42% mladih svakodnevno konzumira povrće i salate (Slika 25).

²⁰ Dodatno objašnjenje uz pitanje: Porcija je oko 80 grama svežeg voće (dve šljive/mandarine/kivija, tri kajsije, sedam jagoda ili 15 višanja, jedna jabuka/banana/ kruška/breskva, polovina grejpfruta, kriška dinje/lubenice) ili 30 grama suvog ili koštunjavog voća (jedna supena kašika).

Koliko često jedete povrće i salate?²¹

Slika 25 Učestalost konzumacije povrća, na ukupnom uzorku(levo) i prema polu (desno)

Oni koji svakodnevno konzumiraju povrće u proseku jedu 2.7 porcija povrća dnevno (Tabela 16).

Koliko porcija bilo kog povrća jedete svaki dan?²²

Tabela 16

Pregled deskriptivnih statistika za učestalost konzumacije povrća među mladima koji ga konzumiraju na dnevnom nivou

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	41	2.68	1.77	2	2.42	1.48	1	10	1.88	4.94	0.28
Muškarci	11	3.00	1.55	2	2.89	1.48	1	6	0.59	-1.11	0.47
Žene	30	2.57	1.85	2	2.25	1.48	1	10	2.17	6.06	0.34

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

Na sedmičnom nivou, mladi u proseku jedu 10 porcija povrća (Tabela 17).

²¹ Dodatno objašnjenje uz pitanje: Uključuju se supe (tople i hladne), kao i sveže ceđeni sokovi od povrća. sokovi pripremljeni od koncentrata (sirupa) ili industrijski prerađenog povrća, kao i dodatno zaslađeni se isključuju. Plodovi povrća mogu biti sveži, smrznuti ili konzervirani. takođe, uključuju se i sitno sečeni plodovi, pire od povrća i pasirano povrće. pasulj, sočivo i druga kuvana jela od povrća se takođe uključuju

²² Dodatno objašnjenje uz pitanje: Jedna porcija je oko 80 grama (tri pune kašike kuvanog porća poput šargarepe, graška ili kukuruza šećerca ili osam cvetića karfiola, tri štapića celera, parče krastavca od pet centimetara, jedan srednji paradajz, sedam čeri paradajza, dva brokolija ili četiri kašike pasiranog kelja, spanaća, zelene salate).

Tabela 17

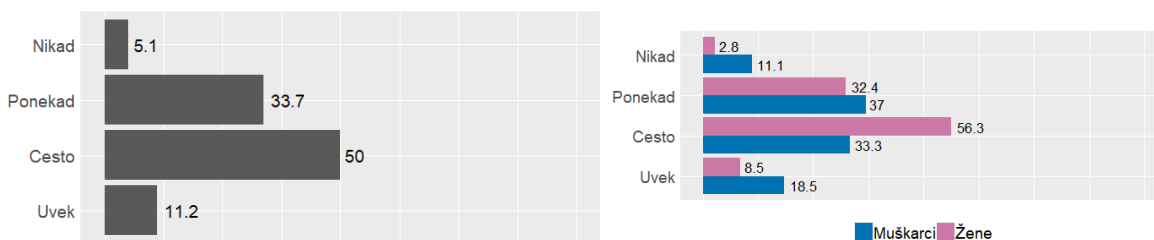
Pregled deskriptivnih statistika za učestalost konzumacije povrća na sedmičnom nivou

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	98	10.00	10.98	5	7.95	4.45	1	70	2.45	8.19	1.11
Muškarci	27	10.44	11.24	5	8.83	4.45	1	42	1.34	0.75	2.16
Žene	71	9.83	10.95	5	7.72	4.45	1	70	2.85	11.10	1.30

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postrižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

Jedna trećina mladih tek ponekad razmišlja o zdravlju prilikom izbora načina ishrane, a 5% mladih to nikada ne čini (Slika 26).

Da li pri izboru načina ishrane razmišljate o svom zdravlju?

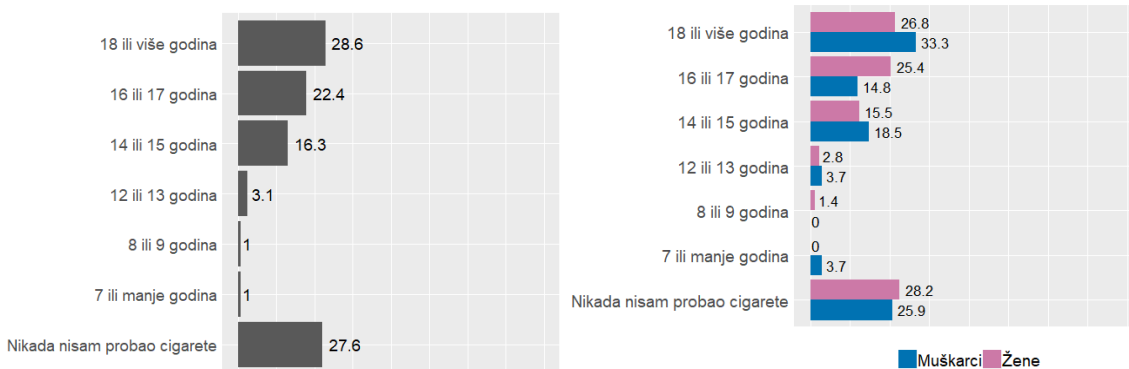


Slika 26 Učestalost razmišljanja o zdravlju prilikom izbora načina ishrane, na ukupnom uzorku(levo) i prema polu (desno)

Pušenje

Oko 44% mladih je probalo cigarete dok je bilo maloletno. Procenat žena koje su probale cigarete kao maloletne iznosi 45%, a muškaraca 40% (Slika 27).

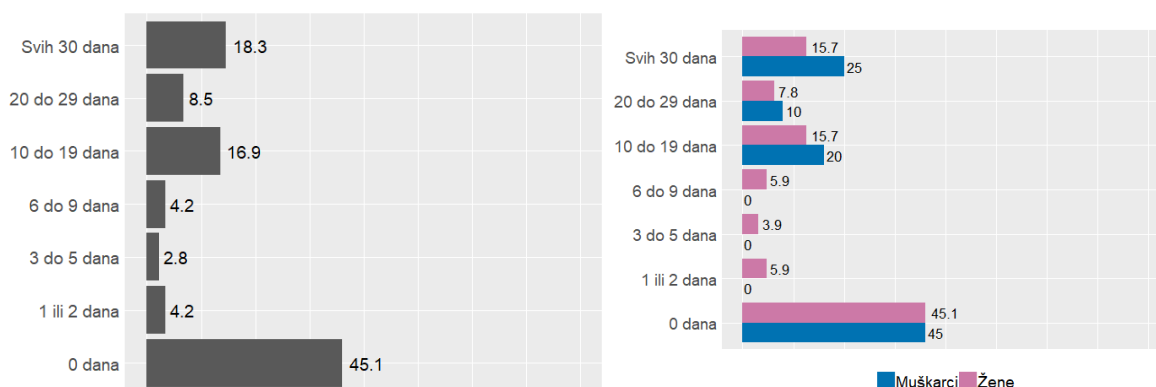
Koliko ste imali godina kada ste prvi put probali cigarete?



Slika 27 Uzrast u kome mladi prvi put konzumiraju cigarete, na ukupnom uzorku (levo) i prema polu (desno)

Od onih koji su ikada probali cigarete, 55% je konzumiralo cigarete tokom poslednjih 30 dana (Slika 28).

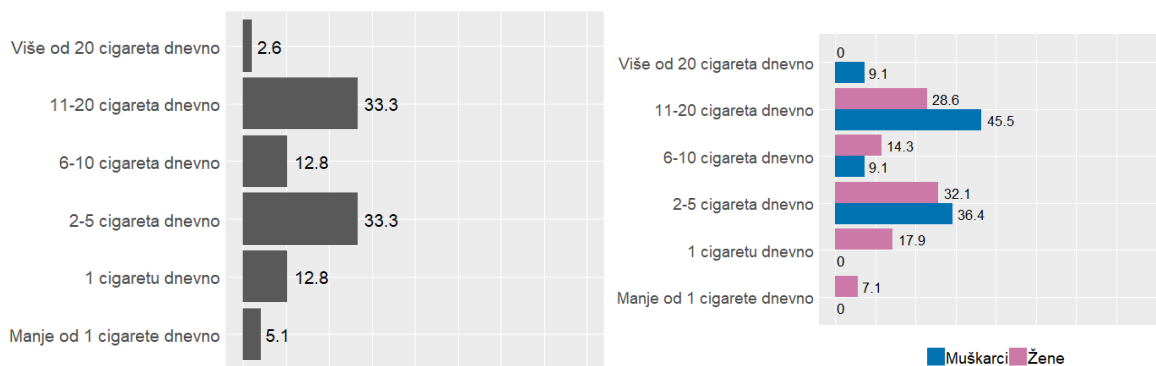
Tokom poslednjih 30 dana, koliko dana ste pušili cigarete?



Slika 28 Učestalost konzumacije cigareta u prethodnom mesecu, na uzorku mladih koji su ikada probali/ cigarete (levo) i prema polu (desno)

Među onima koji su pušili tokom poslednjih mesec dana, više od jedne trećine navodi da dnevno puši više od 10 cigareta. Među onima koji puše više od 10 cigareta dnevno je 54,6 nego žena (Slika 29).

Tokom poslednjih 30 dana, onih dana kada ste pušili, koliko ste cigareta dnevno pušili?



Slika 29 Intenzitet konzumacije cigareta u prethodnom mesecu, na uzorku mladih koji su pušili cigarete tokom prethodnog meseca (levo) i prema polu (desno)

Među onima koji su ikada probali cigarete 18% njih je pokušalo da prestane da puši tokom poslednjih godinu dana (Slika 30).

Tokom poslednjih 12 meseci da li ste ikada pokušali da prestanete da pušite?



Slika 30 Pokušaji prestanka konzumacije cigareta među mladima koji su ikada pušili (levo) i prema polu (desno)

Konzumacija alkohola

Oko 79% mladih navodi da je tokom poslednjih 30 dana konzumiralo alkohol (Slika 31).

Tokom poslednjih 30 dana, da li ste popili bar jedno alkoholno piće kao što je pivo, vino, rakija, liker i slično?



Slika 31 Konzumacija alkohola na ukupnom uzorku mladih (levo) i prema polu (desno)

Oni koji su pili alkohol tokom poslednjih 30 dana, u proseku su to činili 5,8 dana. Muškarci su u proseku pili veći broj dana u mesecu nego žene ($W = 729.5$, $p = .034$) (Tabela 18).

Od poslednjih 30 dana, koliko dana ste popili bar jedno alkoholno piće kao što je pivo, vino, rakija, liker i slično?

Tabela 18

Broj dana u mesecu kojim su konzumirana alkoholna pića tokom prethodnih 30 dana

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	77	5.84	5.24	4	4.95	2.97	1	20	1.45	1.14	0.60
Muškarci	19	8.58	6.59	6	8.35	5.93	1	20	0.47	-1.36	1.51
Žene	58	4.95	4.43	4	4.15	2.97	1	20	1.93	3.60	0.58

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

Onim danima kada piju alkohol, mladi u Srbiji popiju prosečno 1,84 pića (Tabela 19).

Tokom poslednjih 30 dana, onim danima kada ste pili alkohol, koliko ste pića u proseku pili dnevno?

Tabela 19

Broj popijenih alkoholnih pića na dnevnom nivou u periodu od prethodnih mesec dana

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	77	1.84	1.10	1	1.68	0.00	0	5	1.01	0.19	0.13
Muškarci	19	1.89	1.15	1	1.76	0.00	1	5	1.02	0.22	0.26
Žene	58	1.83	1.09	1	1.69	0.74	0	5	0.97	0.03	0.14

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS - postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min - minimum, Max - maksimum, Sk - skjunis, KU - kurtosis i SG - Standardna greška.

Prosečan maksimalni broj alkoholnih pića u jednoj prilici tokom poslednjih 30 dana u studentskoj populaciji je 3,38. Prosek za muškarce je statistički značajno veći nego za žene $W = 739$, $p = .024$ (Tabela 20).

Tokom poslednjih 30 dana, koliko ste najviše alkoholnih pića popili u jednoj prilici?

Tabela 20

Maksimalan broj popijenih alkoholnih pića tokom jedne prilike u perodu od prethodnih mesec dana

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	77	3.38	2.47	3	3.04	2.97	1	15	1.77	4.97	0.28
Muškarci	19	4.79	3.51	4	4.41	2.97	1	15	1.21	1.39	0.80
Žene	58	2.92	1.84	3	2.70	1.48	1	9	0.97	0.66	0.24

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS - postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min - minimum, Max - maksimum, Sk - skjunis, KU - kurtosis i SG - Standardna greška.

Prosečan broj prekomernih konzumacija alkohola tokom jednog meseca je 0,61, a prosek za muškarce je statistički značajno veći nego za žene ($W = 706$, $p = .035$) (Tabela 21).

Uzimajući u obzir sve vrste alkoholnih pića, koliko Vam se puta, tokom prethodnih 30 dana, dogodilo da u jednoj prilici popijete 5 ili više pića (za muški pol) / 4 ili više pića (za ženski pol)?

Tabela 21

Broj situacija prekomernog konzumiranja alkoholnih pića tokom proteklih mesec dana

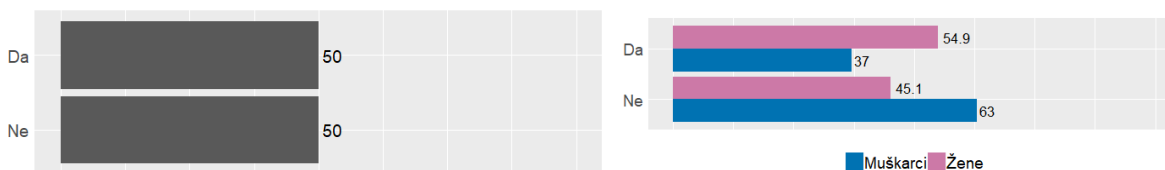
	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	77	0.61	0.93	0	0.43	0.00	0	4	1.59	1.98	0.11
Muškarci	19	1.16	1.34	1	1.06	1.48	0	4	0.64	-1.11	0.31
Žene	58	0.43	0.68	0	0.31	0.00	0	3	1.57	2.27	0.09

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

Telesno vežbanje

Oko 50% mladih navodi da je tokom poslednjih 30 dana vežbalo sa ciljem da izgubi na težini ili da se ne bi ugojilo. Kod žena je ovaj procenat nešto viši nego kod muškaraca (Slika 32).

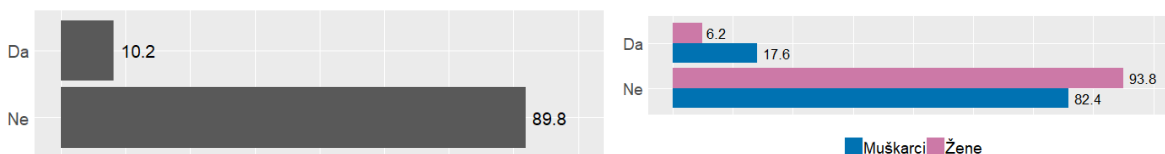
Da li ste tokom poslednjih 30 dana, vežbali da biste izgubili težinu ili da se ne biste ugojili?



Slika 32 Učestalost vežbanja sa ciljem gubitka telesne mase na ukupnom uzorku mladih (levo) i prema polu (desno)

Od onih koji nisu vežbali da bi izgubili na težini ili da se ne bi ugojili, 10% je vežbalo da bi dobilo na masi (Slika 33), što znači da oko 55% od ukupnog broja ispitanika navodi da je vežbalo tokom prethodnih 30 dana.

Da li ste tokom poslednjih 30 dana, vežbali da biste dobili na težini?



Slika 33 Učestalost vežbanja sa ciljem dobijanja telesne mase na ukupnom uzorku mladih (levo) i prema polu (desno)

Oko 79% mladih iz populacije studenata se bavi nekim vidom sporta ili rekreacije na sedmičnom nivou, a prosečan broj dana kojim to čine u tipičnoj sedmici je 3,2. Za muškarce je ovaj procenat nešto viši i iznosi 3,6, dok je kod žena 3,1 (Tabela 22).

*U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite sportom, fitnessom ili rekreacijom?*²³

Tabela 22

Broj dana u sedmici kojim se ispitanici bave sportom

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	77	3.24	1.62	3	3.11	1.48	1	7	0.52	-0.31	0.19
Muškarci	22	3.64	1.97	3.5	3.56	2.22	1	7	0.20	-1.26	0.42
Žene	55	3.07	1.44	3	3.00	1.48	1	7	0.54	0.15	0.20

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS - postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min - minimum, Max - maksimum, Sk - skjunis, KU - kurtosis i SG - Standardna greška.

Broj sati provedenih u fizičkim aktivnostima tokom tipične sedmice je 4,2 sati. Muškarci u proseku vežbaju 4,9 sati sedmično, do žene u proseku provedu 3,9 sati sedmično vežbajući (Tabela 23).

U tipičnoj nedelji, koliko ukupno vremena provedete baveći se sportom, fitnessom ili rekreacijom?

Tabela 23

Broj sati provedenih u sportskim aktivnostima tokom tipične sedmice

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	77	4.15	3.49	3	3.54	2.97	0.5	21	2.22	6.55	0.40
Muškarci	22	4.89	4.73	3.5	4.06	3.71	0.5	21	1.84	3.57	1.01
Žene	55	3.85	2.86	3	3.40	1.48	1	15	1.84	3.97	0.39

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS - postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min - minimum, Max - maksimum, Sk - skjunis, KU - kurtosis i SG - Standardna greška.

Broj sati koje mladi provedu u sedenju tokom jednog radnog dana je 6,6, pri čemu žene u proseku navode da sede duže nego muškarci $W = 551, p = .001$ (Tabela 24).

²³ Dodatno objašnjenje uz pitanje: Pod ovim se podrazumeva aktivnost koja traje najmanje 10 minuta u kontinuitetu, a ne obuhvata aktivnosti kao što su dolazak do fakulteta (bilo hodom ili vožnjom bicikla).

U tipičnoj nedelji, koliko ste vremena provodili u sedenju u jednom radnom danu?

Tabela 24

Broj sati provedenih u sedenju tokom uobičajenog radnog dana

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	97	6.61	4.25	6	6.23	2.97	1	40	4.97	36.62	0.43
Muškarci	27	5.04	3.11	4	4.78	2.97	1	14	0.94	0.48	0.60
Žene	70	7.21	4.49	7	6.71	1.48	3	40	5.53	37.71	0.54

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS - postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min - minimum, Max - maksimum, Sk - skjunis, KU - kurtozis i SG - Standardna greška.

Voda

Tokom jednog uobičajenog dana mladi u proseku popiju 6,5 čaša vode. Muškarci popiju u proseku 7,6 čaša, a žene 6 čaša vode dnevno (Tabela 25).

Koliko čaša (0,2l) vode popijete u jednom uobičajenom danu?

Tabela 25

Broj čaša vode popijenih tokom uobičajenog radnog dana

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	98	6.46	3.25	6	6.36	2.97	1	20	0.68	1.46	0.33
Muškarci	27	7.59	4.03	8	7.30	2.97	2	20	0.78	1.16	0.78
Žene	71	6.03	2.82	6	6.02	2.97	1	12	0.10	-0.91	0.33

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS - postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min - minimum, Max - maksimum, Sk - skjunis, KU - kurtozis i SG - Standardna greška.

Dodaci ishrani

Oko 44% mladih navodi da bar jednom sedmično konzumira dodatke ishrani, a prosečan broj dana sedmično kojim to čine je 4 (Tabela 26).

*Koliko dana u prosečnoj nedelji konzumirate dodatke ishrani?*²⁴

Tabela 26

Broj dana u sedmici kojim ispitanici konzumiraju dodatke ishrani

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	39	3.97	2.43	4	3.97	4.45	1	7	0.10	-1.66	0.39
Muškarci	11	3.36	2.25	3	3.22	2.97	1	7	0.45	-1.37	0.68
Žene	28	4.21	2.50	4.5	4.25	3.71	1	7	-0.06	-1.76	0.47

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtozis i SG – Standardna greška.

Kafa, čaj sa kofeinom ili energetska pića

Kafu, čaj sa kofeinom ili energetska pića bar jednom sedmično konzumira 86% mladih. Prosečan broj dana u sedmici kojima to rade je 5,5. U pogledu učestalosti konzumacije napitaka sa kofeinom nema značajnih razlika između muškaraca i žena (Tabela 27).

Koliko dana u prosečnoj nedelji konzumirate kafu, čaj sa kofeinom ili energetska pića?

Tabela 27

Broj dana u sedmici kojim ispitanici konzumiraju kafu, čaj sa kofeinom ili energetska pića

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	84	5.52	1.95	7	5.84	0.00	1	7	-1.02	-0.32	0.21
Muškarci	19	5.79	1.65	7	5.94	0.00	2	7	-1.01	-0.46	0.38
Žene	65	5.45	2.03	7	5.75	0.00	1	7	-0.96	-0.48	0.25

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtozis i SG – Standardna greška.

Prosečan broj napitaka sa kofeinom koji tokom jednog dana mladi popiju je 1,9. Razlika u prosečnom broju napitaka sa kofeninom koji dnevno popiju muškarci i žene nije statistički značajan (Tabela 28).

²⁴ Dodatno objašnjenje uz pitanje: Pod tim podrazumevamo minerale, vitamine, proteine, omega 3 masne kiseline. Pod ovim ne podrazumevamo preparate za mršavljenje, poboljšanje cirkulacije, memorije ili druge medikamente.

Onim danima kada pijete kafu, čaj sa kofeinom ili energetska pića koliko doza popijete?

Tabela 28

Broj doza kafe, čaja sa kofeinom ili energetskih pića popijenih tokom jednog dana

	N	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	84	1.85	0.88	2	1.74	1.48	1	5	1.02	0.93	0.10
Muškarci	19	2.11	0.88	2	2.06	1.48	1	4	0.28	-0.89	0.20
Žene	65	1.77	0.88	2	1.64	1.48	1	5	1.27	1.74	0.11

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS - postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min - minimum, Max - maksimum, Sk - skjunis, KU - kurtozis i SG - Standardna greška.

Slatkiši, grickalice i zašećerani sokovi

Približno 84% mladih tokom uobičajene sedmice minimalno jednom konzumira slatkiše, grickalice ili zašećerene sokove. Prosečan broj dana u tipičnoj sedmici kojim konzumiraju ove proizvode je 3,8. Razlika između prosečnog broja dana u sedmici kojim muškarci i žene jedete slatkiše, grickalice ili pijete zašećerene sokove nije statistički značajna (Tabela 29).

Koliko dana sedmično jedete slatkiše, grickalice ili pijete zašećerene sokove?

Tabela 29

Broj dana u sedmici kojim ispitanici konzumiraju slatkiše, grickalice ili pijete zašećerene sokove

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	82	3.79	2.07	3	3.74	2.97	1	7	0.27	-1.34	0.23
Muškarci	18	4.28	2.16	5	4.31	2.97	1	7	-0.11	-1.59	0.51
Žene	64	3.66	2.03	3	3.58	1.48	1	7	0.37	-1.25	0.25

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS - postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min - minimum, Max - maksimum, Sk - skjunis, KU - kurtozis i SG - Standardna greška.

Prosečan broj porcija kojih tim danima pojedu je 1,61. Kod muškaraca je ovaj prosek nešto viši i iznosi 1,61 dok je kod žena 1,55 (Tabela 30).

*Onim danima kada jedete slatkiše, grickalice ili pijete zašećerene sokove, koliko ukupno porcija pojedete odnosno popijete?*²⁵

Tabela 30

Broj porcija slatkiša, grickalica ili zašećerenih sokova pojedanih odnosno popijenih tokom jednog dana

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	82	1.61	0.83	1	1.45	0.00	1	5	1.59	2.89	0.09
Muškarci	18	1.83	1.04	1.5	1.75	0.74	1	4	0.90	-0.55	0.25
Žene	64	1.55	0.75	1	1.42	0.00	1	5	1.81	4.92	0.09

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

Brza hrana

Brzu hranu na sedmičnom nivou konzumira oko 72% mladih, a prosečan broj dana u sedmici kojim to rade je 2,92. U pogledu učestalosti konzumacije brze hrane, nema statistički značajnih razlika između rezultata muškaraca i žena (Tabela 31).

*Koliko puta jedete brzu hranu tokom jedne uobičajene sedmice?*²⁶

Tabela 31

Broj dana u sedmici kojim ispitanici konzumiraju brzu hranu

	n	AS	SD	Mdn.	PAS	MAD	Min	Max	Sk	Ku	SG
Ukupno	71	2.92	1.71	3	2.74	1.48	1	12	2.16	8.95	0.20
Muškarci	17	2.71	1.36	3	2.60	1.48	1	6	0.79	0.02	0.33
Žene	54	2.98	1.82	3	2.80	1.48	1	12	2.23	8.82	0.25

Napomene: n - Broj ispitanika, AS - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, Mdn - medijana, PAS – postržižena aritmetička sredina, MAD - medijansko apsolutno odstupanje, Min – minimum, Max – maksimum, Sk – skjunis, KU – kurtosis i SG – Standardna greška.

²⁵ Dodatno objašnjenje uz pitanje: Jedna doza = 1 šoljica kafe 1dl, 1 šolja čaja 2dl, 1 limenka energetskog pića 2,5dl

²⁶ Dodatno objašnjenje uz pitanje: Pod brzom hranom podrazumevamo pljeskavice, pice, sendviče, burek, palačinke, peciva i slično.

Statističko zaključivanje o hipotezama

Testiranje hipoteza

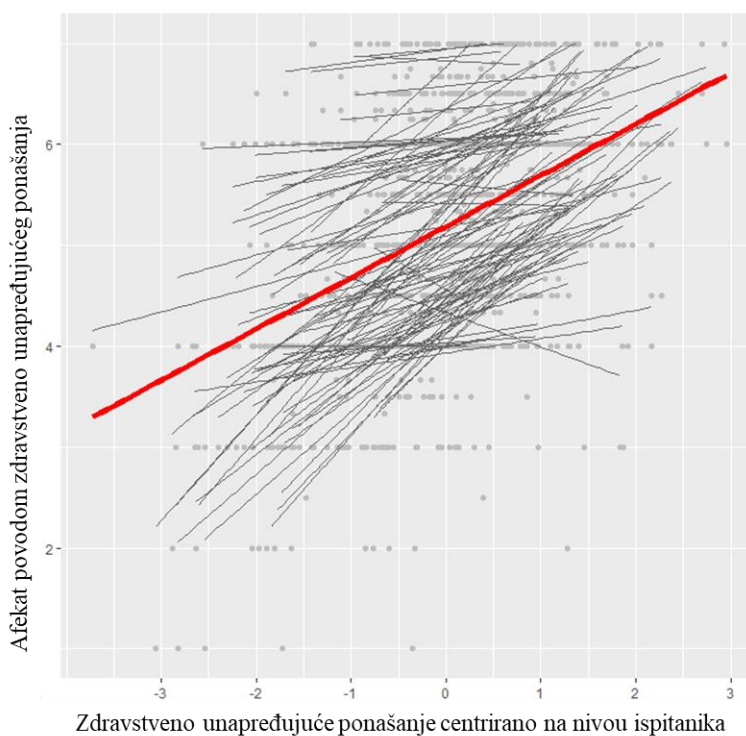
H1: Intenzitet izvedenog zdravstveno unapređujućeg ponašanja pozitivno je povezan sa prijatnošću afekta.

Provera neophodnosti korišćenja HLM

Glavna kriterijumska varijabla je afekat povodom izvedenog unapređujućeg ponašanja, a glavna prediktorska varijabla procenjeni intenzitet izvedenog unapređujućeg ponašanja. Poređenje jednostepenog nultog modela sa HLM-om pokazuje da je HLM značajno podesniji ($-2LL \chi^2(1) = 858.676, p < .001$), a pored toga HLM model ima niže i AIC i BIC mere. Računanjem koeficijenta parcijalne korelacije dobija se da deo varijanse koji potiče od interpersonalnih razlika iznosi 46% a onaj koji je posledica intrapersonalnih variranja 54%. Udeo varijanse merenja unutar ispitanika možemo smatrati relativno visokom (Cicchetti, 1994). Ovi pokazatelji nedvosmisleno ukazuju na potrebu da se za testiranje H1 koriste višestepene metode.

Provera glavnog prediktora

Da bismo držali pod kontrolom varijacije koje su u vezi sa vremenskom dimenzijom, kao prvi prediktor uvodimo varijablu koja govori o rednom broju merenja, a tek nakon toga uvodimo glavnu prediktorsku varijablu. Prvo postavljamo model sa slobodnim interceptom, a zatim poredimo njegovu podesnost sa podesnošću modela sa slobodnim interceptom i nagibom. Poređenje pokazuje da je model sa slobodnim interceptom i nagibom značajno podesniji ($-2LL \chi^2(1) = 126.811, p < .001$) i ima manji AIC i BIC od modela sa slobodnim interceptom. Prihvaćeni model ukazuje na to da je regresioni koeficijent za glavni prediktor statistički značajan ($b = 0.48, t(1649) = 14.08, p < .001$). Verovatnoća da na osnovu slučaja dobijemo ovoliki ili ekstremniji t statistik je manja od 0,001, tako da imamo dovoljno osnova da odbacimo nultu hipotezu i prihvatimo istraživačku hipotezu koja govori o tome da je intenzitet zdravstveno unapređujućeg ponašanja u pozitivnoj vezi sa prijatnošću afekta povodom tog ponašanja (Slika 34).

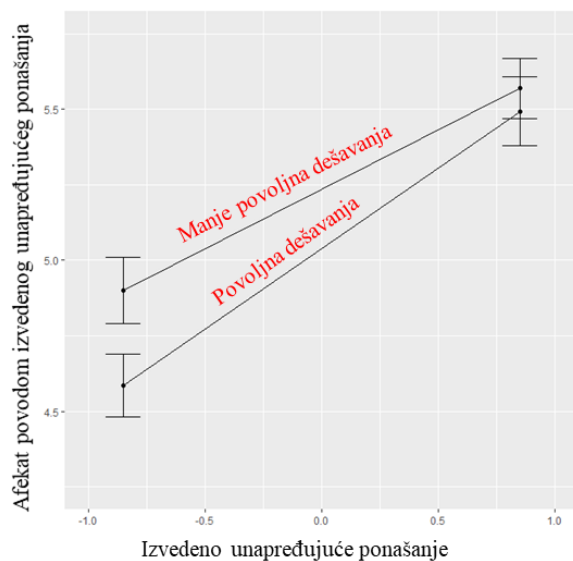


Slika 34 Prikaz povezanosti između zdravstveno unapređujućeg ponašanja i afekta povodom tog ponašanja. Tanke linije označavaju povezanosti na nivou ispitanika, a deblja linija predstavlja korigovani prosek intercepata i nagiba za uzorak

Ovaj zaključak je proveren i na svakom od pojedinačnih oblika zdravstveno unapređujućeg ponašanja. Dobijeno je da važi za konzumaciju vode ($b = 0.51$, $t(1499) = 12.74$, $p < .001$), voća ($b = 0.26$, $t(495) = 5.04$, $p < .001$), povrća ($b = 0.35$, $t(500) = 7.40$, $p < .001$) i vežbanje ($b = 0.32$, $t(282) = 5.33$, $p < .001$). Za dodatke ishrani, zbog nedovoljnog broja zabeleženih situacija, model ne postiže konvergenciju.

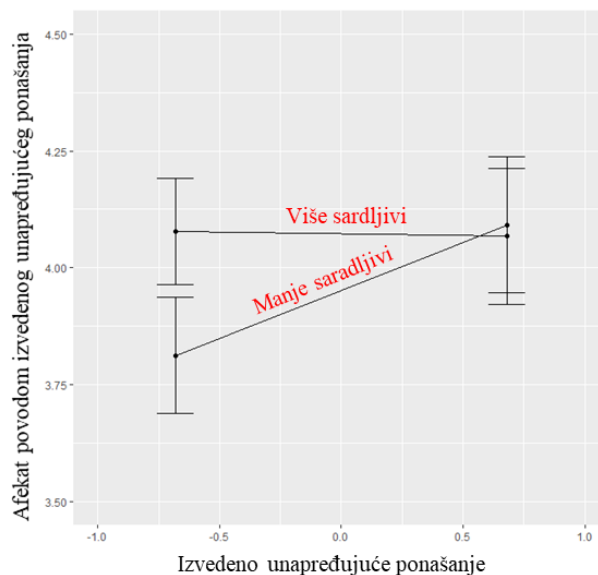
Analiza moderatora

Uvođenje procene pogodnosti dešavanja (centrirane na nivou ispitanika) pokazuje značajnu interakciju sa glavnim prediktorom ($b = 0.07$, $t(1645) = 3.32$, $p = .001$). Dakle, što su dešavanja u širem kontekstu pozitivnija, to je izraženija povezanost intenziteta unapređujućeg ponašanja sa pozitivnim afektom (Slika 35).



Slika 35 Prikazuje način na koji percepcija dešavanja moderira odnos između izvedenog unapređujućeg ponašanja i afekta povodom istog.

Uvođenjem varijabli bazičnih crta ličnosti otkrivena je i statistički značajna interakcija sa crtom saradljivosti ($b = -0.13$, $t(1641) = -2.74$, $p = .006$). Povezanost između unapređujućeg ponašanja i afekta povodom ovog ponašanja se pokazala izraženijom kod ispitanika sa nižim skorovima saradljivosti (Slika 36).



Slika 36 Prikaz efekta moderacije koji saradljivosti ima na povezanost unapređujućeg ponašanja i afekta povodom tog ponašanja.

Zaključak u vezi sa testiranjem H1

Osnovni zaključak testiranja istraživačke H1 je da je ona potvrđena. Dakle, subjektivna procena da je zdravstveno unapređujuće ponašanje izvedeno u većoj meri nego u uobičajenim situacijama je u pozitivnoj vezi sa prijatnošću afekta povodom ovog ponašanja. Ovaj zaključak važi za konzumaciju vode, voća, povrća i vežbanje. Iako se H1 može činiti očigledno istinitom, i da kao takva ne unapređuje na bitan način razumevanje zdravstvenog ponašanja, ona ipak čini važan preduslov testiranju narednih hipoteza i omogućuje proveru efekata moderacije.

Procena povoljnosti događaja koji čine kontekst dešavanja, utiče na povezanost između procene intenziteta izvođenja unapređujućeg ponašanja i afekta povodom tog ponašanja. Što je kontekst dešavanja prijatniji, to je pozitivna povezanost između unapređujućeg ponašanja i prijatnosti afekta povodom njega izraženija. Drugim rečima, pozitivan kontekst dešavanja pojačava prijatnost afekta povodom unapređujućeg ponašanja.

Dobijeni efekat moderacije saradljivosti na odnos unapređujućeg ponašanja i afekta, ocenili smo kao neočekivan i zbog toga smo pristupili detaljnijem testiranju na nivou faceta. Pri tome se strpljivost izdvojila kao facet koji u najvećoj meri supresuje pozitivnu povezanost unapređujućeg ponašanja i afekta. Čini se da strpljiviji ispitanici daju nešto niže procene afekta koji usledi neposredno nakon ponašanja. Ovo može biti manifestacija opštije tendencije ka odlaganju reakcije i sposobnosti čekanja. Ipak, ovakvu naknadno datu pretpostavku je neophodno ispitati nekim narednim istraživanjem.

H2: Zdravstveno unapređujuće ponašanje koje nije izvedeno, a procenjuje se da je trebalo da bude izvedeno, negativno je povezano sa prijatnošću afekta.

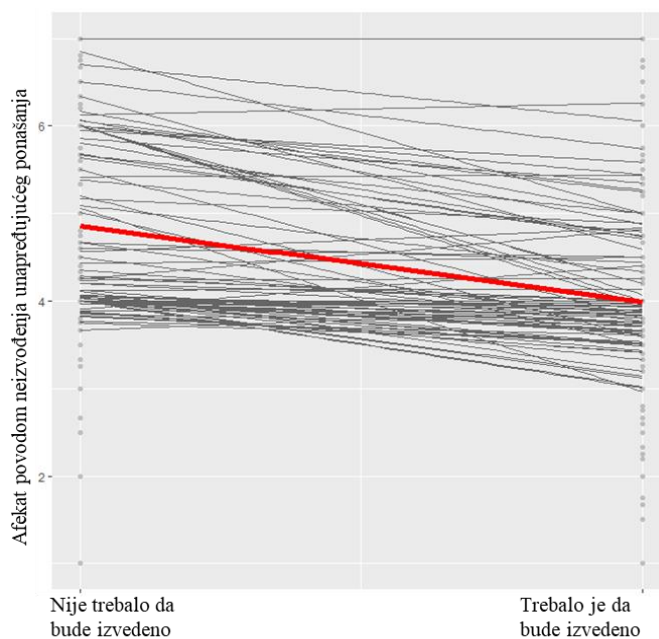
Provera neophodnosti korišćenja HLM-a

Poređenje podesnosti jednostepenog modela i HLM-a, ukazuje na to da je HLM značajno podesniji (-2LL $\chi^2(1) = 1580.364$, $p < .001$). VPC koeficijent za individualne razlike je 60%, a za variranja unutar ispitanika 40%.

Provera glavnog prediktora

Glavna prediktorska varijabla je binarna i govori o tome da li osoba smatra da je tokom

referentnog intervala trebalo da izvede određeno zdravstveno unapređujuće ponašanje ili ne. Kriterijumska varijabla je stepen prijatnosti afekta povodom neizvedenog unapređujućeg ponašanja²⁷. Model sa slobodnim intrceptima i nagibima je pokazao bolji fit ($-2LL \chi^2(1) = 104.43$, $p < .001$) od jednostavnijeg modela. Glavna prediktorska varijabla se pokazala značajnom²⁸ ($b = -0.56$, $t(1862) = -9.49$, $p < .001$). Dakle, verovatnoća da na osnovu slučaja dobijemo ovoliki ili veći t statistik je manja od 0,001, tako da imamo dovoljno osnova da odbacimo nultu hipotezu i prihvatimo istraživačku hipotezu koja glasi da je procena da je zdravstveno ponašanje trebalo biti izvedeno (kada nije), negativno povezana sa prijatnošću afekta (Slika 37).



Slika 37 Prikaz povezanosti između procene toga da li je trebalo da bude izvedeno propušteno zdravstveno unapređujuće ponašanje i prijatnosti afekta povodom toga.

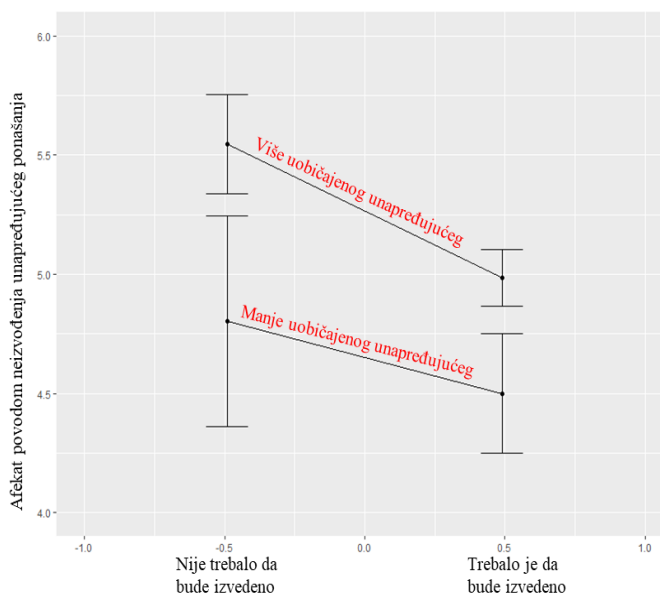
Istraživačka H2 se potvrđuje i na svim pojedinačnim zdravstveno unapređujućim ponašanjima. Voda ($b = -1.01$, $t(340) = -6.18$, $p < .001$), voće ($b = -0.96$, $t(1207) = -11.50$, $p < .001$), povrće ($b = -0.81$, $t(1231) = -9.48$, $p < .001$), vežbanje ($b = -1.13$, $t(1285) = -10.55$, $p < .001$) i dodaci ishrani $b = -1.26$, $t(714) = -6.30$, $p < .001$.

²⁷ Odgovori onih ispitanika za koje smo ustanovili da ne izvede određeno ponašanje, (odnosno da ga nisu izveli ni jednom tokom trajanja testiranja) nisu uzeti u obzir prilikom analize.

²⁸ Kao i u svim ostalim modelima, prvo je uvedena varijabla vreme da bi se izolovao potencijalni efekat trenda.

Analiza moderatora

Interakcija glavnog prediktora i uobičajenog unapređujućeg ponašanja (centriranog prema grupi) se pokazuje statistički značajnom ($b = -0.25$, $t(1862) = -2.26$, $p < .024$). Zaključujemo da oni koji inače sprovode više unapređujućeg ponašanja, u situaciji kada procene da je trebalo da izvedu unapređujuće ponašanje, oseće neprijatniji afekat nego oni koji obično sprovode manje unapređujućeg ponašanja (Slika 38).



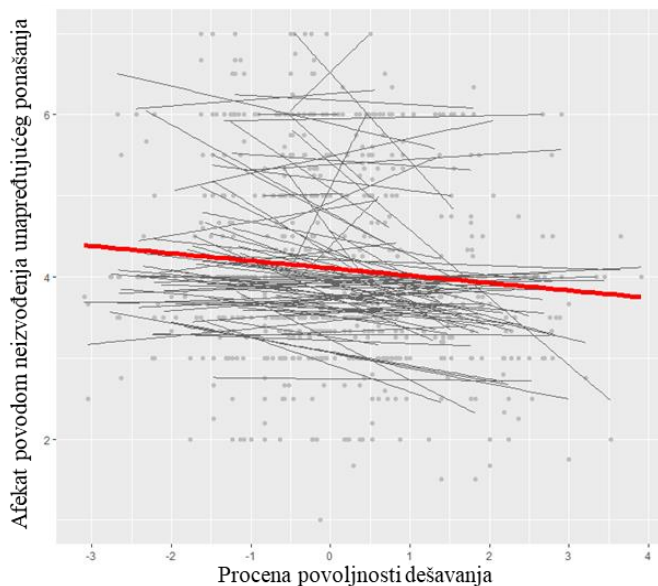
Slika 38 Prikaz efekta moderacije koji intenzitet uobičajenog unapređujućeg ponašanja ima na povezanost između procene da li je bilo potrebno da se izvede ponašanje i prijetnosti afekta povodom neizvođenja tog ponašanja.

Dodatne analize

S obzirom na to da je istraživačka H2 potvrđena, nastojimo da ispitamo koje karakteristike ispitanika i situacije predviđaju intenzitet afekta povodom propuštenog unapređujućeg ponašanja. Za ovu analizu su selektovane samo one situacije za koje je procenjeno da je zdravstveno unapređujuće ponašanje trebalo da bude izvedeno. Glavna zavisna varijabla je i dalje afekat povodom neizvođenja, a prediktorske varijable su uvođene unapred ustanovljenim redosledom²⁹.

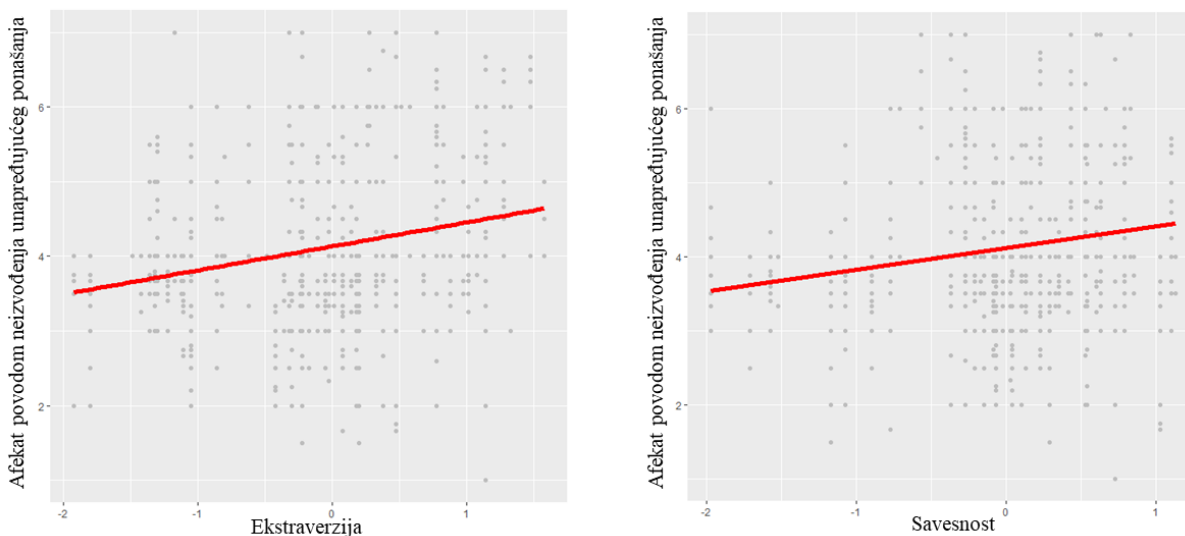
²⁹ Kao što je napomenuto, redosled uvođenja prediktora je bio isti za sve analize. Dakle 1) uobičajeni intenzitet unapređujućeg ponašanja (Upitnik o zdravstvenom ponašanju) 2) procena stanja umora i povoljnosti dešavanja (protokol za uzorkovanje iskustava) 3) bazične crte ličnosti (HEXACO) 4) Samopoimanje (SDQ) 5) Regulatorni fokus (GRFM).

Procena povoljnosti dešavanja se pokazuje značajnim prediktorom u modelu sa varijabilnim interceptom i nagibom (koji je značajno podesniji od jednostavnijeg modela ($-2LL \chi^2(1) = 14.959, p = .0365$). Zaključujemo da što su povoljnije ocenjene okolnosti u kojima smo propustili da izvedemo unapređujuće ponašanje to ćemo se povodom toga osećati lošije ($b = -0.11, t(1009) = -4.92, p < .001$) (Slika 39).



Slika 39 Povezanost procene povoljnosti dešavanja i afekta povodom neizvođenja unapređujućeg ponašanja

Kada se u model uvedu crte ličnosti dobije se da su ekstraverzija ($b = 0.27, t(89) = 2.75, p < .007$) i savesnost ($b = 0.27, t(89) = 2.46, p < .016$) značajni pozitivni prediktori prijetnosti afekta u situaciji kada je propušteno da se uradi nešto za šta se smatra da je trebalo (Slika 40).



Slika 40 Prikaz povezanosti ekstraverzije (desno) i savesnosti (levo) sa afektom povodom neizvođenja unapređujućeg ponašanja

Zaključak u vezi sa testiranjem H2

Testiranje istraživačke H2 je pokazalo da u situaciji kada zdravstveno unapređujuće ponašanje nije izvršeno, procena da je trebalo da se izvede, vodi ka umanjenu prijatnosti afekta. Drugim rečima, kada ne uradimo neko zdravstveno unapređujuće ponašanje, lošije ćemo se osećati ako smatramo da je trebalo da to uradimo. Ovaj zaključak je potvrđen i na svim pojedinačnim oblicima zdravstveno unapređujućeg ponašanja. Pokazalo se da oni koji obično sprovode više unapređujućeg ponašanja, u situaciji kada naprave propust, osećaju se lošije nego oni koji ga sprovode manje. Osim toga, vidimo da ekstrovertniji i savesniji manje negativno reaguju na propuštanje unapređujućeg ponašanja za koje smatraju da je trebalo da bude izvedeno. Pokazuje se i da procena povoljnosti dešavanja utiče na intenzitet afekta povodom propuštanja potrebnog unapređujućeg ponašanja. Naime, što su okolnosti procenjene kao povoljnije, to će afekat povodom propuštanja unapređujućeg ponašanja biti negativniji. Dešavanja koja su procenjena kao pozitivna verovatno su istovremeno interpretirana i kao pogodna za izvođenje zdravstveno unapređujućeg ponašanja. Kada se u tom kontekstu propusti zdravstveno ponašanje, osoba verovatno doživljava još negativniji afekat jer smatra da je imala sve neophodne uslove da uradi ono što je smatrala da je trebalo da bude učinjeno. Može se pretpostaviti da pozitivan kontekst dešavanja smanjuje mogućnost da se uzrok neuspehu pripiše spoljašnjim okolnostima.

H3: Intenzitet izvedenog zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja negativno je povezan sa prijatnošću afekta.

Provera neophodnosti korišćenja HLM-a za analizu

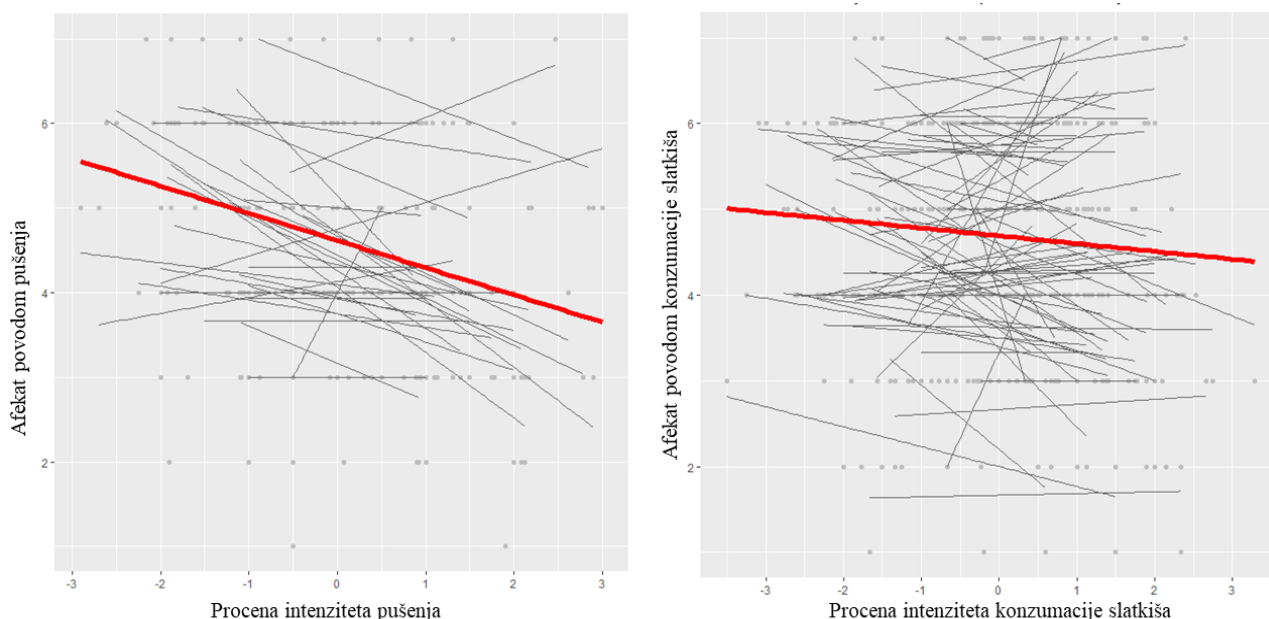
Poređenje HLM-a i jednostepenog modela je ukazalo na to da je višestepeni model značajno podesniji ($-2LL \chi^2(1) = 605.212, p < .001$). Deljenjem varijanse zavisne varijable se dobija da interpersonalne razlike objašnjavaju 47% varijanse, dok variranja unutar ispitanika objašnjavaju 53% varijanse.

Provera glavnog prediktora

Glavna zavisna varijabla je afekat povodom izvedenog ugrožavajućeg ponašanja, a glavni prediktor intenzitet izvedenog ugrožavajućeg ponašanja, centriran na nivou ispitanika. Model sa varijabilnim interceptom ukazuje na statistički značajnu negativnu povezanost sa prijatnošću afekta ($b = -0.09, t(1187) = -3.30, p = .001$), ali u modelu sa varijabilnim interceptom i nagibom ta veza se ne pokazuje značajnom. Poređenje podesnosti modela ukazuje na to da kompleksniji model (varijabilni nagib i intercept) bolje objašnjava podatke ($2LL \chi^2(1) = 30.600, p < .001$) tako da uzimamo u obzir zaključak koji proizilazi iz ovog modela i proglašavamo da istraživačka hipoteza H3 nije potvrđena.

Dodatne analize

S obzirom na to da su dobijene granične vrednosti za značajnost t statistika, nastavljamo sa testiranjem hipoteze na pojedinačnim ponašanjima. Za pušenje ($b = -0.27, t(354) = -3.89, p < .001$) i konzumaciju slatkiša ($b = -0.08, t(522) = -2.25, p = .025$) model se pokazuje statistički značajnim (Slika 41).



Slika 41 Povezanost procene intenziteta konzumacije cigareta (levo) i slatkiša (desno) sa prijatnošću afekta povodom tih ponašanja

Zaključak u vezi sa testiranjem H3

Glavna pretpostavka kojom se predviđa da će intenzitet sprovođenja zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja voditi ka snižavanju stepena prijatnosti afekta povodom tog ponašanja nije potvrđena. Prilikom interpretacije ovog zaključka važno je imati u vidu koji oblici zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja su bili uključeni u istraživanje. Oblici ponašanja koje smo pratili su konzumacija duvanskih proizvoda, alkohola, kafe, slatkiša i brze hrane. S obzirom na to da ta ponašanja ne možemo smatrati homogenim, analizu smo uradili i za svako od njih pojedinačno. Za konzumaciju duvanskih proizvoda i slatkiša dobijeno je da intenzitet izvođenja jeste negativno povezan sa stepenom prijatnosti afekta.

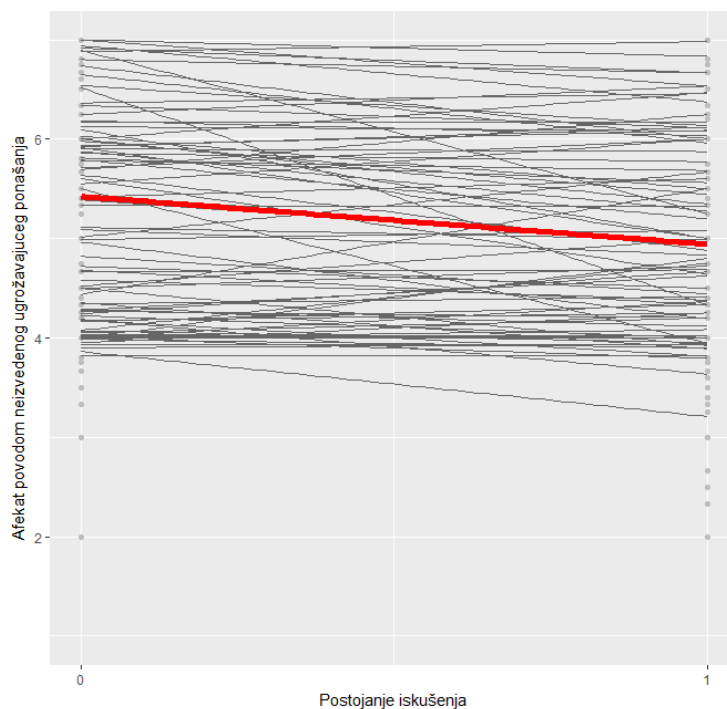
H4: Stepem iskušenja pod kojim ugrožavajuće ponašanje nije izvedeno pozitivno je povezan sa prijatnošću afekta.

Provera neophodnosti korišćenja HLM-a za analizu

Poređenje jednostepenog i višestepenog modela pokazuje da je višestepeni značajno podesniji ($-2LL \chi^2(1) = 2140.903, p < .001$). Računanjem koeficijenta parcijalne korelacije dobija se da individualne razlike objašnjavaju 68%, a intrapersonalne 32% varijanse.

Provera glavnog prediktora

Glavna zavisna varijabla je afekat povodom neizvedenog ugrožavajućeg ponašanja³⁰, a glavni prediktor stepen iskušenja centriran na nivou ispitanika. Poređenje modela sa slobodnim interceptom i modela sa slobodnim interceptom i nagibom pokazuje da kompleksniji model (varijabilni intercept i nagib) nije značajno podesniji, tako da je prihvaćen jednostavniji model (varijabilni intercept). Glavna prediktorska varijabla se pokazuje značajnom ($b = -0.18$, $t(577) = -3.47$, $p < .001$), ali je smer predikcije suprotan onom koji je očekivan na osnovu H4. Dakle, stepen iskušenja je u negativnoj, a ne pozitivnoj povezanosti sa prijatnošću afekta. Na osnovu dobijenog rezultata odbacujemo istraživačku H4 (Slika 42).



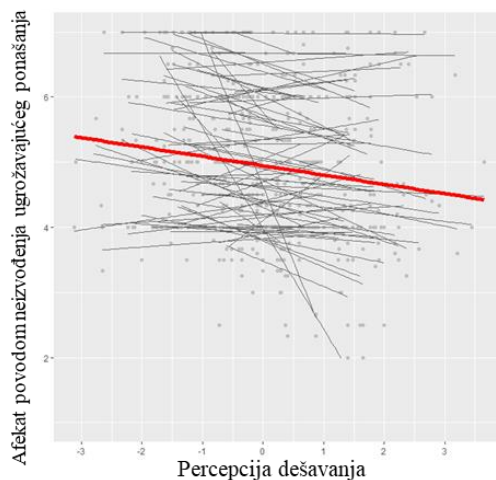
Slika 42 Povezanost postojanja iskušenja i afekta povodom neizvođenja zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja.

Dodatne analize

Cilj eksplorativnih analiza u vezi sa H4 je bio da se ispita koje bazične osobine ispitanika i karakteristike situacije predviđaju intenzitet afekta povodom neizvođenja ponašanja u situaciji iskušenja. Prilikom analize su selektovani samo oni ispitanici koji su doživeli iskušenje u

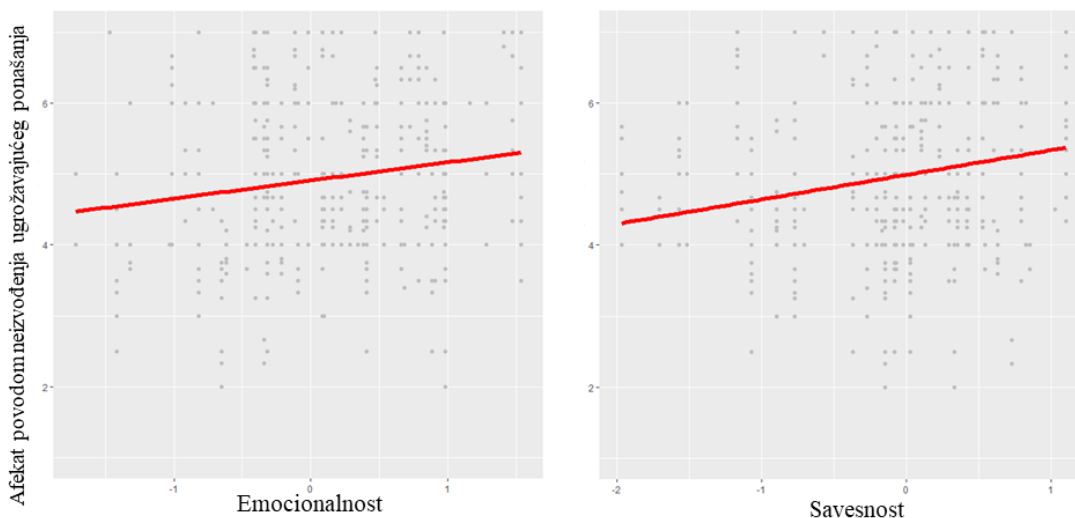
³⁰ Za ispitanike kod kojih nismo nismo evidentirali ni jedno ponašanje iz određene kategorije, smatramo da to ponašanje ne izvode redovno i da kod njih ne možemo očekivati afektivnu reakciju u vezi sa propuštanjem tog ponašanja. Zbog toga, odgovori tih ispitanika nisu uzeti u obzir.

situaciji kada nisu izveli ugrožavajuće ponašanje. Pokazalo se da je povoljnost dešavanja negativno povezana sa afektom povodom povodom neizvođenja zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja ($b = -0.10$, $t(576) = -4.09$, $p < .001$) (Slika 43). Drugim rečima, što su dešavanja pozitivnija, to će afekat povodom neizvođenja zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja biti lošiji (Slika 43).



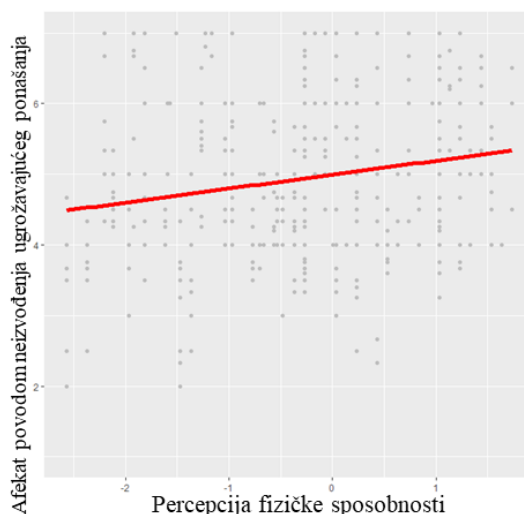
Slika 43 Povezanost percepcije povoljnosti dešavanja i afekta povodom neizvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja.

Ispitivanje bazičnih crta ličnosti otkriva da su savesnost ($b = 0.31$, $t(77) = 2.13$, $p = .037$) i emocionalnost ($b = 0.30$, $t(77) = 2.01$, $p = .048$) statistički značajni prediktori pozitivnog afekta u situacijama odolevanja iskušenju (Slika 44).



Slika 44 Povezanost bazičnih crta emocionalnosti (levo) i savesnosti (desno) sa afektom povodom neizvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja.

Uvođenje karakteristika samopoimanja otkriva da je bolja slika o sopstvenim fizičkim sposobnostima ($b = 0.26$, $t(78) = 2.58$, $p = .012$) prediktor pozitivnog afekta povodom neizvođenja ugrožavajućeg ponašanja (Slika 45).



Slika 45 Povezanost percepcije fizičkih sposobnosti sa afektom povodom neizvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja.

Zaključak u vezi sa testiranjem H4

Očekivanje da će odolevanje iskušenju u vezi sa zdravstveno ugrožavajućim ponašanjem voditi ka povećanju intenziteta prijatnosti afekta se nije potvrdilo. Naprotiv, pokazalo se suprotno. U situacijama kada ne izvedu zdravstveno ugrožavajuće ponašanje povodom kog su bili u iskušenju, ispitanici se osećaju lošije, a ne bolje. Možemo pretpostaviti da se, umesto očekivanog ponosa povodom prevladavanja impulsa za ugrožavajućim ponašanjem, javlja frustracija zbog toga što nije došlo do momentalnog zadovoljenja želje. Prilikom interpretacije ovog nalaza, važno je podsetiti se na vremenski okvir dešavanja koji je u fokusu ovog istraživanja. Afekat koji merimo se javlja neposredno nakon situacije. Dakle, rezultati istraživanja ukazuju samo na to da se prijatnost afekta snižava neposredno nakon propuštanja ugrožavajućeg ponašanja, ali ne govori ništa o tome da li se ovaj afekat menja kasnije. Postojanje odloženog efekta na raspoloženje u situaciji odolevanja iskušenju ostaje otvoreno pitanje.

Dodatne analize u vezi sa H4 pružaju određene, manje očekivane, uvide u povezanost neizvođenja ugrožavajućeg ponašanja i afekta povodom tog ponašanja. Prvi se odnosi na percepciju dešavanja. Što su dešavanja ocenjena povoljnijim to je afekat povodom neizvođenja ugrožavajućeg ponašanja niži. Ono što možemo pretpostaviti je da povoljno ocenjena dešavanja na određeni način aktiviraju dispoziciju ka zdravstveno ugrožavajućem ponašanju. U tom smislu je važno imati u vidu socijalnu komponentu, za koju možemo očekivati da je često prisutna u pozitivno ocenjenim situacijama, ali da može biti okidač za zdravstveno ugrožavajuća ponašanja kao što su konzumacija alkohola i cigareta. Kada u takvoj situaciji izostane zdravstveno ugrožavajuće ponašanje, moguće je očekivati viši stepen negativnog afekta, odnosno frustracije.

Kada su u pitanju bazične crte ličnosti, dobijamo da su emocionalnost i savesnost istovremeno prediktori pozitivnog afekta povodom izbegavanja ugrožavajućeg ponašanja. Za rezultat koji dobijamo za savesnost, možemo reći da je relativno očekivan. Dakle, osobe sa višim stepenom savesnosti osećaju pozitivniji afekat povodom odolevanja iskušenju. Možemo pretpostaviti da se kod njih javlja ponos u vezi sa prevladavanjem, koji je očekivan na osnovu H4.

Sa druge strane, kada je u pitanju emocionalnost, rezultat je nešto manje očekivan. Dakle, dobijamo da se kod emocionalnijih javlja izraženiji pozitivan afekat povodom izbegavanja ugrožavajućeg ponašanja. Podsetimo se da emocionalnost u terminima HEXACO modela podrazumeva strašljivost, anksioznost, zavisnost, sentimentalnost. Izraženiji pozitivan afekat povodom izbegavanja ugrožavajućeg ponašanja je potrebno sagledati iz više perspektiva i dovesti u vezu sa rezultatima većeg broja istraživanja. Zbog toga je detaljna interpretacija ovog rezultata ostavljena za diskusiju.

Nalaz o percepciji fizičke sposobnosti i afekta povodom neizvođenja unapređujućeg ponašanja je u skladu sa očekivanjima. Osobe čiju sliku o sebi karakteriše pozitivna evaluacija lične fizičke sposobnosti, verovatno polažu više na zdravstveno relevantne aspekte ponašanja. Zbog toga, možemo pretpostaviti da se i kod njih javlja neka vrsta ponosa ili drugog pozitivnog afekta povodom izbegavanja ugrožavajućeg ponašanja.

H5: Prijatnost afekta povodom aktuelno izvedenog unapređujućeg ponašanja biće pozitivno povezan sa intenzitetom unapređujućeg ponašanja u narednoj situaciji.

Provera neophodnosti korišćenja HLM-a za analizu

HLM model se pokazao značajno podesnijim ($-2LL \chi^2(1) = 170.945, p < .001$) od jednostepenog modela. Deljenje varijanse pokazuje da individualne razlike objašnjavaju oko 16% varijanse unapređujućeg ponašanja, dok 83% odlazi na intrapersonalna variranja.

Provera glavnog prediktora

Glavna kriterijumska varijabla je procenjeni intenzitet izvedenog unapređujućeg ponašanja, dok je glavni prediktor afekat povodom izvedenog unapređujućeg ponašanja u prethodnoj situaciji (centriran na nivou ispitanika). Glavni prediktor se ne pokazuje statistički značajnim ni u jednom od modela tako da istraživačku H5 odbacujemo.

Dodatne analize

Za afekat povodom izvedenog unapređujućeg ponašanja možemo pretpostaviti da je relativno srodan afektu povodom izbegavanja ugrožavajućeg ponašanja. I jedno i drugo ponašanje se može odrediti kao „pozitivno“, a afekat koji je u vezi sa njim se može smatrati srodnim ponosu. Zbog toga smo u dodatnoj analizi H5 testirali da li je unapređujuće ponašanje moguće predvideti na osnovu afekta povodom neizvođenja ugrožavajućeg ponašanja, ali i afekta na osnovu ukupnog „pozitivnog“ ponašanja. Rezultati sprovedenih analiza nisu potvrdili naša očekivanja.

Zaključak u vezi sa testiranjem H5

Testiranje H5 je pokazalo da stepen prijatnosti afekta koji se doživi povodom izvedenog unapređujućeg ponašanja ne vodi ka većem procenjenom intenzitetu unapređujućeg ponašanja u narednoj situaciji. Rezultat koji smo dobili ne potvrđuje očekivanja koja smo imali na osnovu rezultata Hofmana i Fišera (Hofmann & Fisher, 2012). Sa druge strane, on ide u prilog Karverovoj teoriji (Carver, 2004; Carver & Scheier, 2002) prema kojoj prijatnost afekta povodom postignuća može rezultirati smanjenjem ulaganja, a time i smanjenjem uspešnosti u narednoj situaciji. Ovaj nalaz će biti sagledan u svetlu ostalih rezultata ovog, ali i drugih na ovu

temu sprovedenih, istraživanja i detaljnije razmotren u delu o opštoj diskusiji.

H6: Prijatnost afekta povodom aktuelnog neizvođenja ugrožavajućeg ponašanja biće negativno povezan sa intenzitom ugrožavajućeg ponašanja narednoj situaciji.

Provera neophodnosti korišćenja HLM-a za analizu

HLM model se pokazao značajno podesnijim ($-2LL \chi^2(1) = 222.408, p < .001$) od jednostepenog modela. Deljenje varijanse pokazuje da individualne razlike objašnjavaju oko 28% varijanse unapređujućeg ponašanja, dok 72% odlazi na intrapersonalna variranja.

Provera glavnog prediktora

Glavna prediktorska varijabla je bila stepen prijatnosti afekta povodom izbegavanja ugrožavajućeg ponašanja, a glavna kriterijumska procena intenziteta ugrožavajućeg ponašanja u narednoj situaciji. Analiza rezultata nije ukazala na statistički značajnu povezanost.

Zaključak u vezi sa testiranjem H6

Naše očekivanje da će prijatnost afekta povodom izbegavanja unapređujućeg ponašanja predviđati niži intenzitet ugrožavajućeg ponašanja u narednoj situaciji, nije potvrđeno. Dakle, ne može se reći da prijatnost afekta povodom odolevanja iskušenju predstavlja zaštitni faktor od narednog ugrožavajućeg ponašanja. Važno je napomenuti da u ovom istraživanju nismo dobili da suzdržavanje od iskušenja u proseku vodi ka prijatnom afektu. Dakle, ponos na koji smo računali da će se javiti povodom odolevanja je kod većine ispitanika izostao. Zbog toga je ovaj rezultat potrebno uzeti sa određenom dozom rezerve, a definitivno ga je potrebno dodatno ispitati narednim istraživanjima.

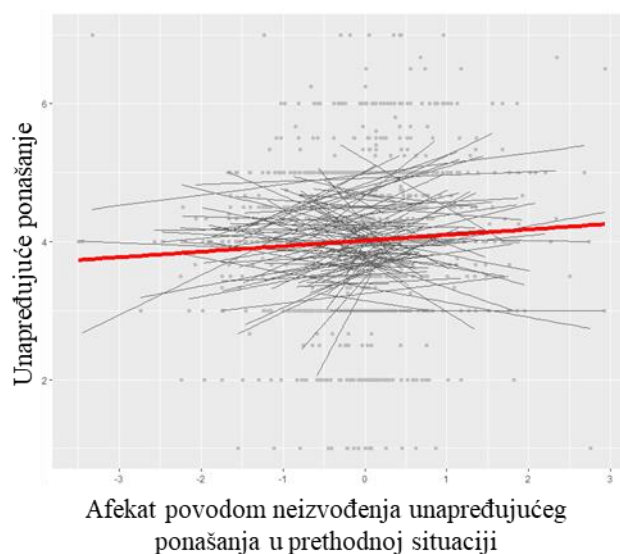
H7: Prijatnost afekta povodom aktuelnog neizvođenja unapređujućeg ponašanja je pozitivno povezan sa intenzitetom unapređujućeg ponašanja u narednoj situaciji.

Provera neophodnosti korišćenja HLM-a za analizu

Analiza koja je sprovedena prilikom testiranja H5 važi i za H7, tako da njen rezultat neće biti ponovo prikazan.

Testiranje glavne prediktorske varijable

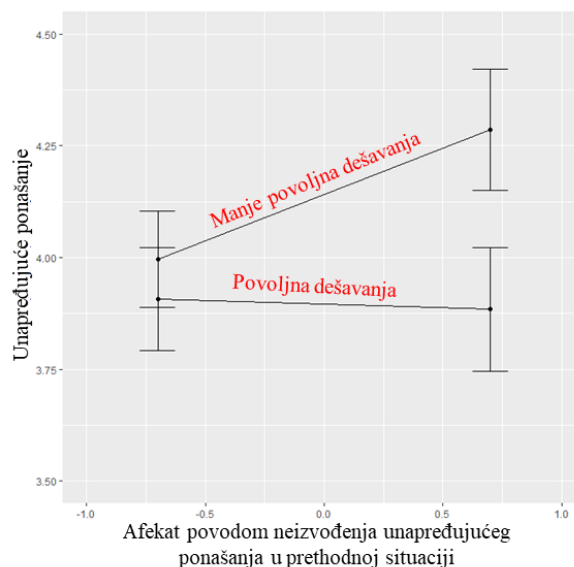
Glavna kriterijumska varijabla je intenzitet izvedenog unapređujućeg ponašanja, a glavna prediktorska varijabla stepen prijatnosti afekta povodom neizvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja u prethodnoj situaciji. Glavna prediktorska varijabla se pokazuje statistički značajnom u oba modela, a poređenje fita između modela sa varijabilnim interceptom i modela sa varijabilnim interceptom i nagibom ukazuje na to da treba da se zadržimo na jednostavnijem modelu. Smer predikcije je u skladu sa istraživačkom hipotezom ($b = 0.10$, $t(886) = 2.30$, $p = .022$) (Slika 46).



Slika 46 Povezanost stepena prijatnosti afekta povodom neizvođenja unapređujućeg ponašanja u prethodnoj situaciji i unapređujućeg ponašanja u aktuelnoj

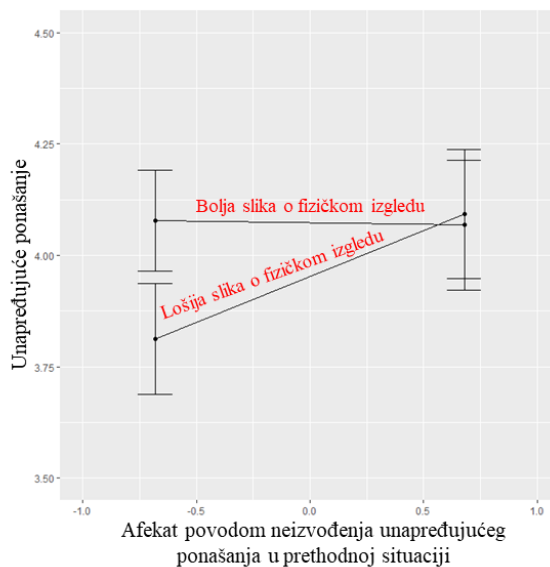
Analiza moderatora

Procena povoljnosti konteksta statistički značajano moderira odnos između afekta povodom propuštenog unapređujućeg ponašanja i sledećeg unapređujućeg dešavanja ($b = -0.11$, $t(882) = -2.43$, $p = .015$) (Slika 47).



Slika 47 Efekat moderacije povoljnosti afekta na povezanost između prijatnosti afekta povodom neizvođenja unapređujućeg ponašanja i unapređujućeg ponašanja u narednoj situaciji.

Takođe, detektovana je značajna interakcija između afekta povodom propuštenog unapređujućeg ponašanja i doživljaja fizičkog izgleda ($b = -0.12$, $t(881)$, $p = .034$) u odnosu na naredno unapređujuće ponašanje (Slika 48).



Slika 48 Prikaz efekta moderacije samopoimanja fizičkog izgleda na povezanost između prijatnosti afekta povodom neizvođenja unapređujućeg ponašanja u prethodnoj i unapređujućeg ponašanja u aktuelnoj situaciji.

Zaključak u vezi sa testiranjem H7

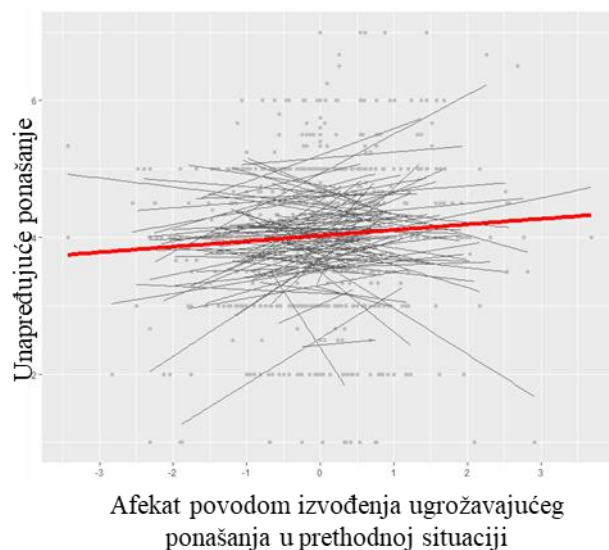
Na osnovu testiranja H7 možemo zaključiti da je prijatnost afekta povodom propuštanja unapređujućeg ponašanja u pozitivnoj vezi sa unapređujućim ponašanjem u narednoj situaciji. Ovakav zaključak upućuje na to da sposobnost održavanja pozitivnog afekata, uprkos propustu, predstavlja predispoziciju za naredno unapređujuće ponašanje. Ovakva predispozicija se može dovesti u vezu sa rezilijentnošću. O terminu rezilijentnosti, kao i rezultatima istraživanja ove dispozicije, biće više reči u opštoj diskusiji.

Rezultati analize moderatora ukazuju na to da je u kontekstu negativnih dešavanja, sposobnost održavanja pozitivnog afekata još značajniji prediktor budućeg unapređujućeg ponašanja. Takođe, pozitivan afekat uprkos propustu ima još veći značaj kod onih sa lošijom slikom o svom fizičkom izgledu.

Dodatne analize

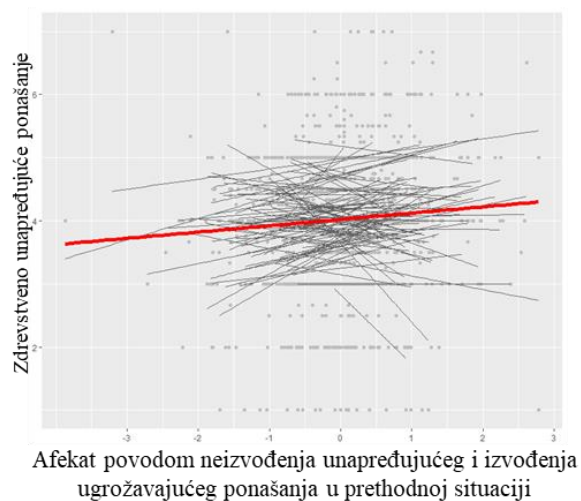
S obzirom da smo testiranjem H7 dobili da je prijatnost afekata povodom propuštanja unapređujućeg ponašanja statistički značajan prediktor daljeg unapređujućeg ponašanja, dodatnom analizom smo želeli da proverimo da li prijatnost afekta u vezi sa izvođenjem ugrožavajućeg ponašanja takođe predviđa naredno unapređujuće ponašanje.

Rezultat koji smo dobili ukazuje na to da je nivo prijatnosti afekta povodom izvođenja ugrožavajućeg ponašanja prediktor narednog unapređujućeg ponašanja ($b = 0.08$, $t(935) = 2.66$, $p < .008$) (Slika 49).



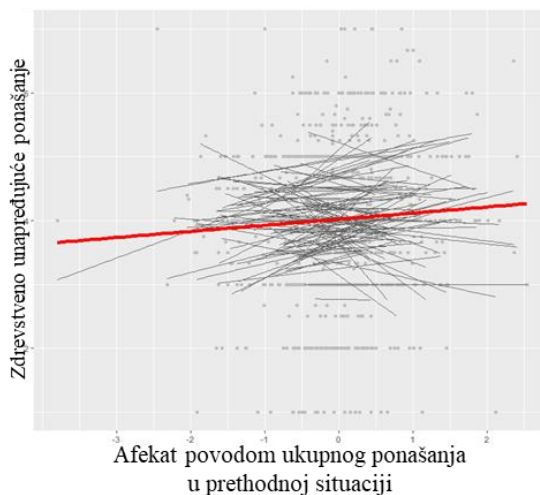
Slika 49 Povezanost prijatnosti afekta povodom izvođenja ugrožavajućeg ponašanja u prethodnoj situaciji sa zdravstveno unapređujućim ponašanjem u aktuelnoj situaciji

S obzirom na to da propuštanje unapređujućeg i izvođenje ugrožavajućeg ponašanja možemo interpretirati kao manifestacije svojevrsnog „negativnog ponašanja“, daljim dodatnim analizama smo testirali da li prosečan afekat povodom tih ponašanja posmatran zajedno, vodi ka unapređujućem ponašanju. Rezultat ove analize ukazuje na to da stepen prijatnosti povodom ovako definisanog „negativnog ponašanja“ takođe predviđa sledeće unapređujuće ponašanje ($b = 0.10$, $t(1551) = 3.21$, $p < .001$) (Slika 50).



Slika 50 Povezanost između stepena prijatnosti afekta povodom „negativnog“ ponašanja u prethodnoj situaciji i zdravstveno unapređujućeg ponašanja u aktuelnoj

Na kraju, želeli smo da ispitamo da li i stepen ukupnog afekta u nekoj situaciji predviđa naredno unapređujuće ponašanje. Dakle, u ovoj analizi smo kao prediktor uzeli prosečan afekat povodom izvedenih unapređujućih, izvedenih ugrožavajućih, neizvedenih unapređujućih i neizvedenih ugrožavajućih ponašanja. Pokazalo se da stepen prijatnosti ukupnog afekta takođe jeste značajano pozitivno povezan sa narednim unapređujućim ponašanjem ($b = 0.08$, $t(1574) = 2.38$, $p < .017$) (Slika 51).



Slika 51 Povezanost ukupnog afekta povodom zdravstvenog ponašanja u prethodnoj i zdravstveno unapređujućeg ponašanja u aktuelnoj situaciji

Zaključak u vezi sa testiranjem H7

Testiranje H7 je pokazalo da stepen prijatnosti afekta u situaciji propuštanja unapređujućeg ponašanja vodi ka većem intenzitetu unapređujućeg ponašanja u narednoj situaciji. Pošavši od pretpostavke da su propuštanje unapređujućeg i izvođenje ugrožavajućeg ponašanja manifestacije iste dimenzije, pretpostavljenog „negativnog“ ponašanja, krenuli smo u dalje analize. Dobili smo da je nivo prijatnosti afekta u situaciji izvođenja ugrožavajućeg ponašanja takođe statistički značajan prediktor unapređujućeg ponašanja. Do istog zaključka dolazimo i kada ove dimenzije posmatramo zajedno. Nasuprot tome, testirajući H5 dobili smo da afekat povodom izvođenja unapređujućeg ponašanja, kao ni afekat povodom izbegavanja ugrožavajućeg ponašanja nisu statistički značajni prediktori unapređujućeg ponašanja. Ni pojedinačno, ni kada se zajedno uključe u analizu. Dakle, sa jedne strane imamo da afekat povodom „negativnog“ ponašanja, koji smo doveli u vezu sa rezilijentnošću, povećava šansu za izvođenje unapređujućeg ponašanja u narednoj situaciji, dok sa druge strane afekat povodom

pozitivnog ponašanja, koji smo interpretirali kao ponos, to ne čini. Dobijeni rezultati sugeriraju da unapređujuće ponašanje u većoj mjeri zavisi od toga koliko smo uspjeli zadržati pozitivan afekat u situaciji kada je naše ponašanje bilo negativno, nego od afekta povodom pozitivnog ponašanja. Zaključak analiza koje smo sproveli je da stepen prijatnosti afekta jeste statistički značajan prediktor narednog unapređujućeg ponašanja. Međutim, dobili smo da u tom pogledu postoji kvalitativna razlika između prijatnosti afekta povodom pozitivnog i povodom negativnog ponašanja. Afekat povodom pozitivnog ponašanja ili ponos ne predviđa, dok afekat povodom negativnog ponašanja, odnosno rezilijentnost predviđa buduće unapređujuće ponašanje.

H8: Prijatnost afekta povodom aktuelnog izvođenja ugrožavajućeg ponašanja je pozitivno povezan sa ugrožavajućim ponašanjem u narednoj situaciji..

Provera neophodnosti korišćenja HLM-a za analizu

Rezultat provere neophodnosti korišćenja HLM-a koja je izvedena prilikom testiranja H6, važi i za H8, tako da on neće biti ponovljen na ovom mestu.

Provera glavnog prediktora

Glavna prediktorska varijabla je afekat povodom izvođenja ugrožavajućeg ponašanja u prethodnoj situaciji na stepen izraženosti ugrožavajućeg ponašanja u aktuelnoj situaciji. Rezultat analize nije ukazao na statistički značajnu povezanost između ispitivanih varijabli.

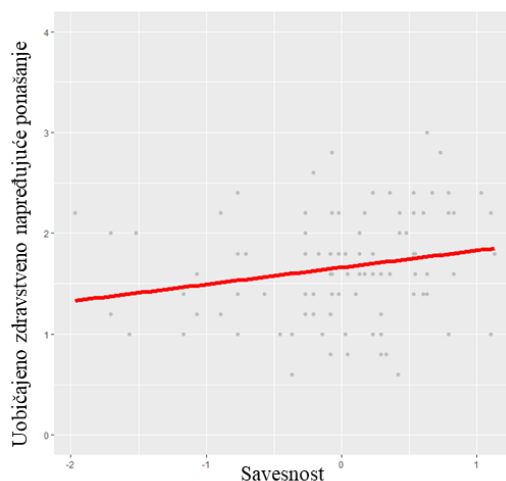
Zaključak u vezi sa testiranjem H8

Rezultat analize H8 upućuje na zaključak da zdravstveno ugrožavajuće ponašanje nije moguće predvideti na osnovu afekta povodom izvođenja ugrožavajućeg ponašanja.

H9: Savesnost je pozitivno povezana sa zdravstveno unapređujućim ponašanjem.

Glavna prediktorska varijabla je dimenzija savesnosti, centrirana na nivou uzorka ispitanika (engl. grand mean), a glavna kriterijumska varijabla je nivo uobičajenog zdravstveno unapređujućeg ponašanja. Rezultat višestruke regresione analize pokazuje da savesnost jeste

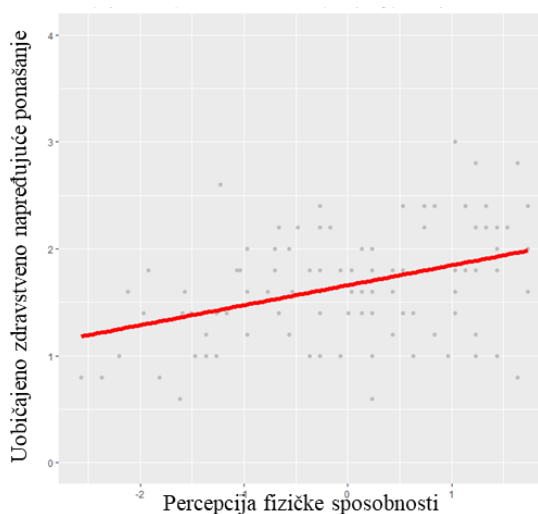
statistički značajan prediktor zdravstveno unapređujućeg ponašanja ($b = 0.16$, $t(91) = 2.038$, $p = .045$). (Slika 52)



Slika 52 Povezanost savesnosti kao bazične crte ličnosti sa uobičajenim zdravstveno unapređujućim ponašanjem

Dodatne analize

U narednom koraku analize su pored crta ličnosti (sve su zadržane u modelu) uvedene i karakteristike samopoimanja. Pokazalo se da je percepcija fizičkih sposobnosti statistički značajan pozitivan prediktor unapređujućeg ponašanja ($b = 0.21$, $t(88) = 3.57$, $p < .001$) (Slika 53).



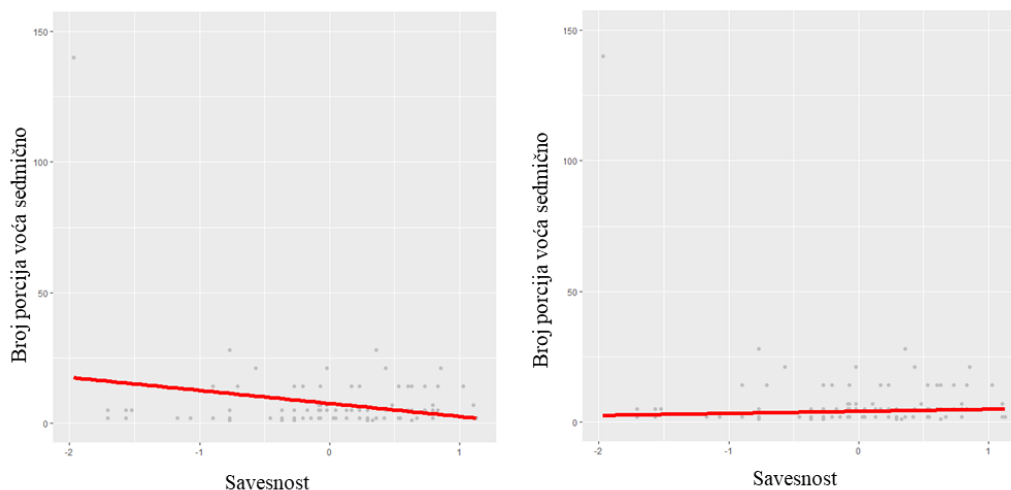
Slika 53 Povezanost percepcije fizičke sposobnosti kao karakteristike samopoimanja sa uobičajenim zdravstveno unapređujućim ponašanjem

Procena pojedinačnih zdravstvenih ponašanja

Cilj sledećeg koraka analize je bio da na osnovu prethodno izolovanih statistički značajnih prediktora ukupnog zdravstveno unapređujućeg ponašanja (savesnosti i procene fizičkih sposobnosti) pokušamo predvideti i pojedinačna konkretna zdravstveno unapređujuća ponašanja:

- Prosečan broj popijenih čaša vode dnevno;
- Broj pojedenih porcija voća sedmično;
- Broj pojedenih porcija povrća sedmično;
- Broj sati provedenih u vežbanju sedmično;
- Broj dana u sedmici kojim osoba konzumira dodatke ishrani.

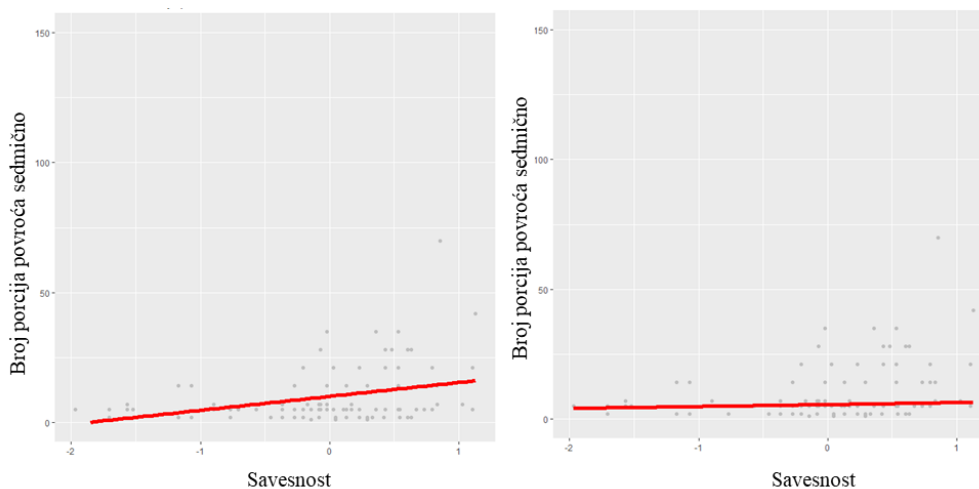
Dobijena je negativna povezanost savesnosti sa konzumacijom voća ($b = -5.60$, $t(88) = -2.53$, $p = .013$), međutim vizuelna inspekcija dijagrama raspršenja ukazala je na prisustvo iznimka (Slika 54 levo). Zbog toga, primenjena je i robusna statistička analiza sa Huberovim MM³¹ oceniteljem (Hubert, Rousseeuw, & Van Aelst, 2008) (Slika 54 desno).



Slika 54 Prikaz povezanost savesnosti sa brojem porcija voća koje osoba konzumira na sedmičnom nivou. Slika levo prikazuje regresionu pravu računatu prema klasičnom principu maksimalne verodostojnosti, dok slika desno pokazuje robusnu MM procenu povezanosti.

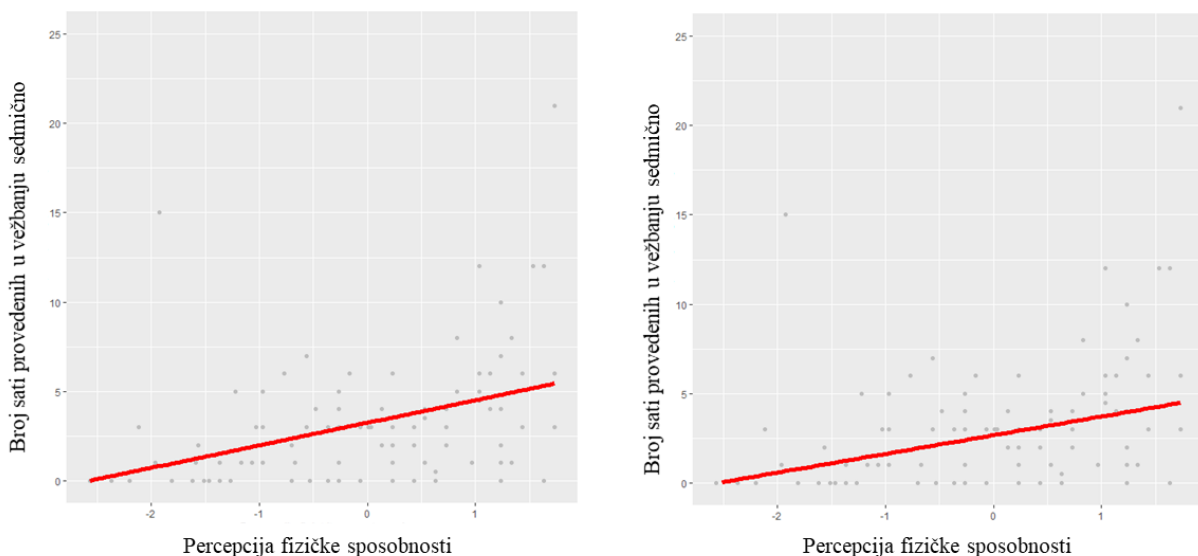
³¹ MM ocenitelj predstavlja unapređenu (minimizovanu) verziju Huberovog M ocenitelja maksimalne verodostojnosti (engl. maximum likelihood). Unapređenje se sastoji u primeni algoritma S ocenitelja (robusni ocenitelj skale) koji omogućuje visoku robusnost u prisustvu iznimaka, kombinovanu sa visokom efikasnošću M ocenitelja.

Rezultat robusne regresione analize nije ukazao na statistički značajnu povezanost između savesnosti i uobičajene konzumacije voća. Kada je u pitanju povezanost savesnosti i konzumacije povrća, klasična regresiona analiza pokazuje statistički značajnu pozitivnu povezanost ($b = 5.85$, $t(88) = 3.64$, $p < .001$) (Slika 55 levo), ali robusna regresiona analiza ne potvrđuje takav rezultat (Slika 55 desno).



Slika 55 Prikaz povezanosti savesnosti sa brojem porcija povrća koje osoba konzumira na sedmičnom nivou. Slika levo prikazuje regresionu pravu računatu prema klasičnom principu maksimalne verodostojnosti, dok slika desno pokazuje robusnu MM procenu povezanosti.

Klasična regresiona analiza ukazuje na to da je bolja slika o svom fizičkom izgledu statistički značajan prediktor konzumacije voća ($b = 3.59$, $t(88) = 2.15$, $p = .034$), dok je negativno povezana sa konzumacijom povrća ($b = -3.11$, $t(88) = -2.29$, $p = .024$). Međutim, rezultati robusne regresione analize ne upućuju ni jedan od ovih zaključaka. Sa druge strane, percepcija fizičkih sposobnosti se pokazuje statistički značajnim prediktorom sati provedenih u vežbanju sedmično i u slučaju klasične ($b = 0.88$, $t(88) = 2.25$, $p = .026$) (Slika 56 levo) i u slučaju robusne regresione analize ($b = 1.14$, $t(88) = 4.36$, $p < .000$) (Slika 56 desno).



Slika 56 Prikazuje povezanost percepcije fizičke sposobnosti sa brojem sati provedenih u fizičkom vežbanju na sedmičnom nivou. Slika levo prikazuje regresionu pravu računatu prema klasičnom principu maksimalne verodostojnosti, dok slika desno pokazuje robusnu MM procenu povezanosti.

Zaključak u vezi sa testiranjem H9

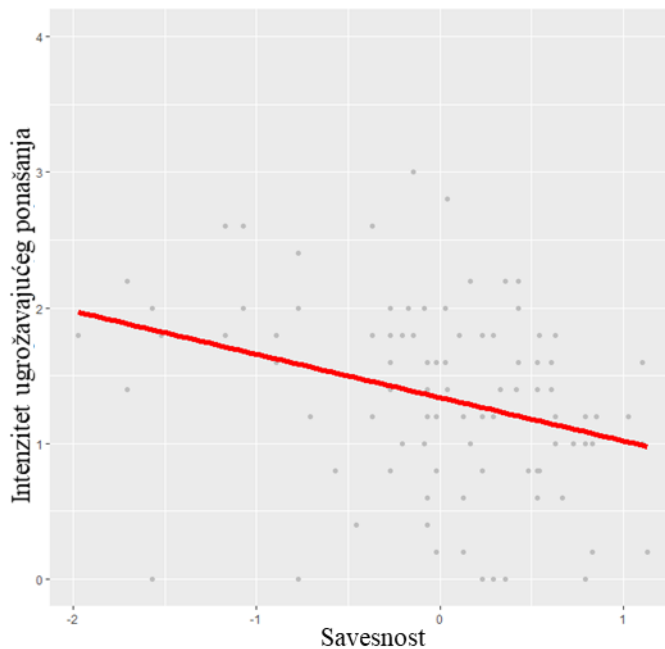
Istraživačka hipoteza H9 kojom se predviđa da će savesnost biti pozitivno povezana sa zdravstveno unapređujućim ponašanjem je potvrđena. Pored bazičnih crta ličnosti, pokazalo se da je i percepcija fizičkih sposobnosti značajan prediktor zdravstveno unapređujućeg ponašanja. Dodatan doprinos samopoimanja objašnjenju zdravstveno unapređujućeg ponašanja na koji nam ukazuju rezultati ovog istraživanja, biće komenarisan u delu diskusije koji se odnosi na praktične implikacije istraživanja. Kada je u pitanju predviđanje pojedinačnih ponašanja, dobijeno je da je percepcija fizičke sposobnosti značajan prediktor broja sati provedenih u vežbanju sedmično.

H10: Neuroticizam je pozitivno povezan sa zdravstveno ugrožavajućim ponašanjem.

Glavna prediktorska varijabla je emocionalnost (centrirana na nivou grupe), a glavna kriterijumska varijabla nivo uobičajenog zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja³².

³² Varijabla „nivo uobičajenog zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja“ je dobijena tako što je intenzitet pojedinačnih zdravstveno ugrožavajućih ponašanja (broj popušnih cigareta dnevno, broj popijenih alkoholnih pića sedmično i slično) kategorisan u odnosu na grupu („ne koriste“, „malo koriste“, „umereno koriste“ i „mnogo koriste“), pa je izveden prosek tih rangova.

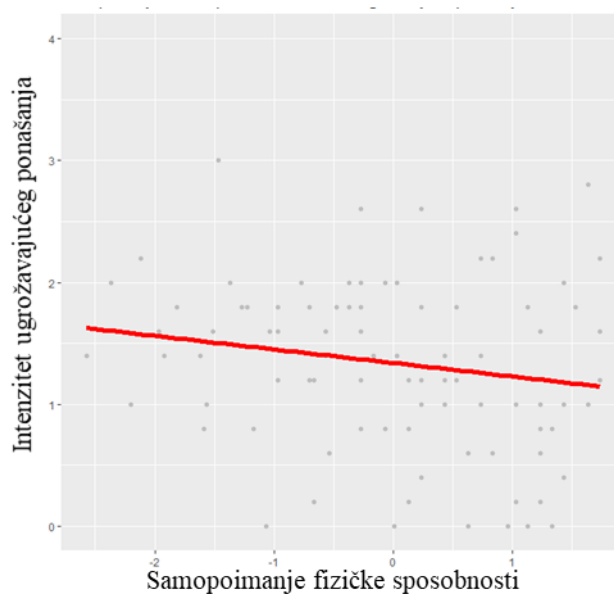
Emocionalnost se ne pokazuje statistički značajnim prediktorom ugrožavajućeg ponašanja. Sa druge strane, dobijena je statistički značajna negativna veza između savesnosti i ugrožavajućeg ponašanja ($b = -0.34$, $t(91) = -3.32$, $p = .001$) (Slika 57).



Slika 57 Povezanost savesnosti sa intenzitetom uobičajenog ukupnog zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja.

Dodatne analize

Osim bazičnih crta licnosti (sve zadržane u modelu), percepcija fizičkih sposobnosti se pokazuje značajnim negativnim prediktorom ($b = -0.16$, $t(88) = -2.12$, $p = .036$) zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja (Slika 58).



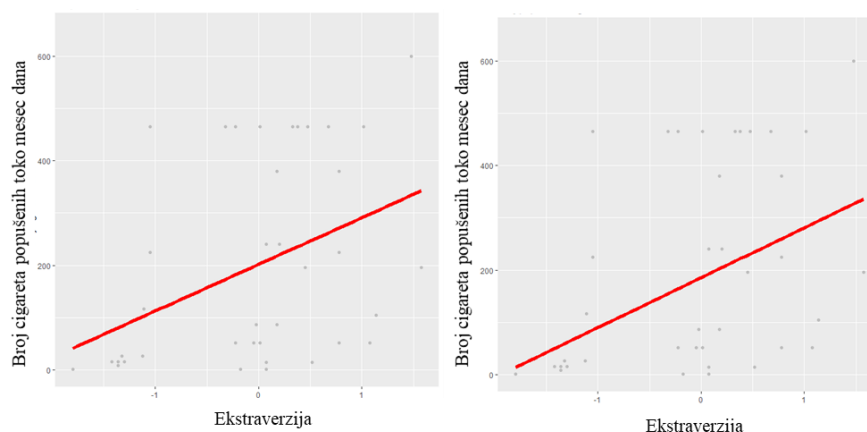
Slika 58 Povezanost samopojmanja fizičke sposobnosti sa intenzitetom uobičajenog ukupnog zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja.

Procena pojedinačnih zdravstvenih ponašanja

Dodatnim analizama je ispitana povezanost bazičnih crta ličnosti sa pojedinačnim zdravstveno ugrožavajućim ponašanjima. Pojedinačna konkretna zdravstveno unapređujuća ponašanja su operacionalizovana na sledeći način:

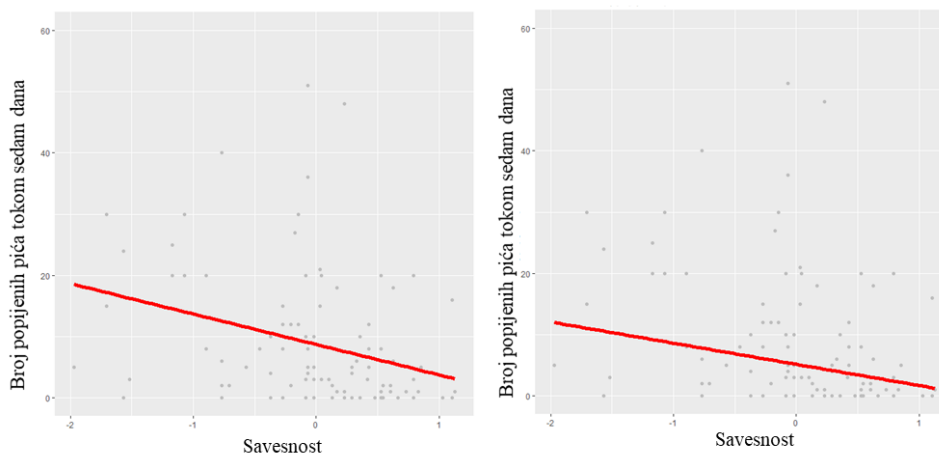
- Broj cigareta mesečno;
- Broj kafa/energetskih pića nedeljno;
- Broj konzumacija slatkiša nedeljno;
- Broj alkoholnih pića nedeljno;
- Broj dana u sedmici kojim osoba konzumira brzu hranu.

Pri tome, dobijena je pozitivna povezanost ekstraverzije i broja popušanih cigareta tokom mesec dana ($b = 201.06$, $t(29) = 3.994$, $p < .001$) (Slika 59 levo). Ovaj nalaz je potvrđen i robusnom regresionom analizom ($b = 211.84$, $t(29) = 4.372$, $p < .001$) (Slika 59 desno).



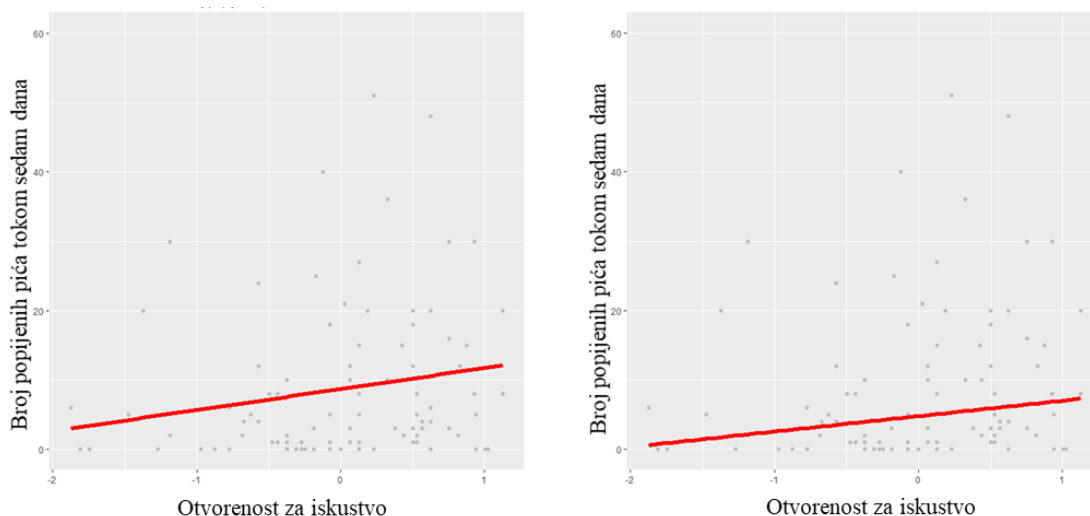
Slika 59 Povezanost ekstraverzije sa brojem cigareta popušanih tokom mesec dana. Slika levo prikazuje regresionu pravu računatu prema klasičnom principu maksimalne verodostojnosti, dok slika desno pokazuje robusnu MM procenu povezanosti.

Osim toga, robusna regresiona analiza je pokazala da su i percepcija fizičke sposobnosti ($b = -70.69$, $t(29) = -2.389$, $p = .024$) i generalno samopoimanje ($b = -72.981$, $t(29) = -2.200$, $p = .035$) negativni prediktori broja popušanih cigareta tokom perioda od mesec dana. Dobijena je i negativna povezanost između emocionalnosti i broja popušanih cigareta ($b = -103.952$, $t(29) = -2.124$, $p = .042$). Da bi se detaljnije proverio ovaj nalaz, testirana je i pretpostavka o postojanju efekta moderacije prema polu, ali rezultat nije ukazivao na takav zaključak. Negativna veza je dobijena i između savesnosti i broja alkoholnih pića koje osoba popije sedmično ($b = -5.67$, $t(88) = -3.609$, $p = .001$) (Slika 60 levo). Međutim, robusna regresiona analiza nije potvrdila ovaj zaključak (Slika 60 desno).



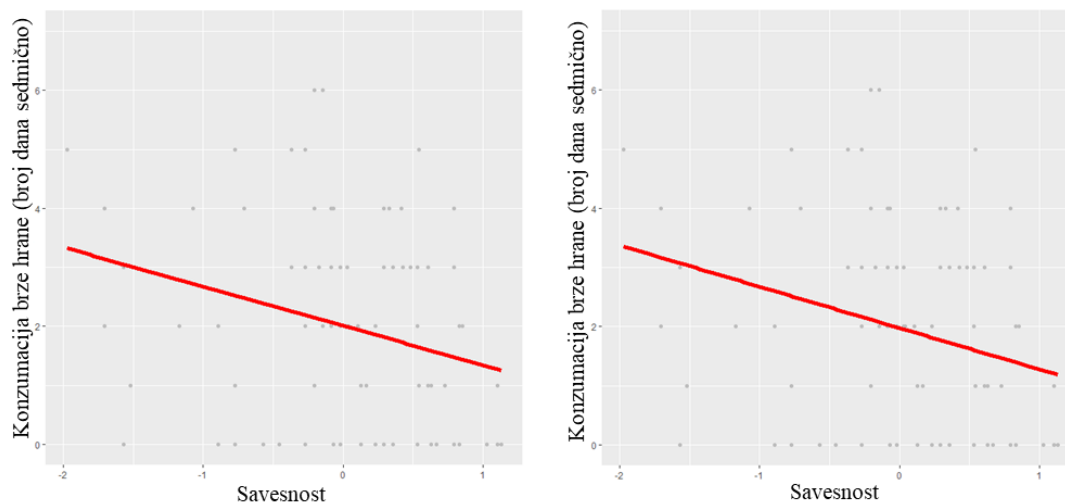
Slika 60 Povezanost savesnosti sa brojem alkoholnih pića popijenih tokom sedam dana. Slika levo prikazuje regresionu pravu računatu prema klasičnom principu maksimalne verodostojnosti, dok slika desno pokazuje robusnu MM procenu povezanosti.

Između otvorenosti za iskustvo i broja alkoholnih pića koje osoba popije sedmično ($b = 4.09$, $t(88) = 2.722$, $p = .008$) (Slika 61 levo). Rezultat robusne regresione analize ($b = 2.68$, $t(88) = 2.003$, $p = .048$) ukazuje na isti zaključak (Slika 61 desno).



Slika 61 Povezanost otvorenosti za iskustvo sa brojem alkoholnih pića popijenih tokom sedam dana. Slika levo prikazuje regresionu pravu računatu prema klasičnom principu maksimalne verodostojnosti, dok slika desno pokazuje robusnu MM procenu povezanosti

Savesnost je negativno povezana sa brojem dana u sedmici kojim osoba konzumira brzu hranu ($b = -0.71$, $t(88) = -2.33$, $p = .022$) (Slika 62 levo). Robusna regresiona analiza ukazuje na isti zaključak ($b = -0.68$, $t(88) = -2.49$, $p = .014$) (Slika 62 desno).



Slika 62 Povezanost savesnosti sa brojem dana u sedmici kojim osoba konzumira brzu hranu. Slika levo prikazuje regresionu pravu računatu prema klasičnom principu maksimalne verodostojnosti, dok slika desno pokazuje robusnu MM procenu povezanosti

Zaključak u vezi sa testiranjem H10

Istraživačka hipoteza H10 kojom je predviđano da će bazična crta emocionalnosti biti statistički značajan prediktor zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja nije potvrđena. Razloge tome je moguće tražiti u heterogenosti kompozita zdravstveno ugrožavajućih ponašanja koji je korišćen u ovom istraživanju, a o tome će biti više reči u delu diskusije koji se odnosi na ograničenja ovog istraživanja. Rezultati analiza pojedinačnih ponašanja ukazali su na to da je ekstraverzija prediktor broja cigareta koje neka osoba popuši tokom mesec dana. Dok su samopoimanje fizičke sposobnosti i generalno samopoimanje u negativnoj vezi sa konzumacijom cigareta. Dobijen je i jedan manje očekivan nalaz, a govori o tome da je i emocionalnost negativno povezana sa intenzitetom konzumacije cigareta. Rezultat koji takođe možemo okarakterisati kao neočekivan je to da je otvorenost za iskustvo prediktor broja alkoholnih pića koje osoba popije tokom uobičajene sedmice. Dobijena je negativna povezanost savesnosti i broja dana u sedmici kojim osoba konzumira brzu hranu, kao i ukupnog zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja. Percepcija fizičke sposobnosti je takođe negativno povezana sa zdravstveno ugrožavajućim ponašanjem.

Diskusija

Uobičajeno zdravstveno ponašanje mladih u Srbiji

Pre diskusije rezultata do kojih smo došli u deskriptivnoj analizi važno je podsetiti da uzorak na kom je sprovedeno ovo istraživanje nije bio reprezentativan i da zbog toga nije moguće generalizovati zaključake na populaciju mladih. Osim toga, primenom klasičnog anketnog postupka, za prikupljanje podataka u ovom delu istraživanja, nije bilo moguće izbeći prethodno opisane pristrasnosti koje su u vezi sa samoopisom zdravstvenog ponašanja. Osnovni cilj ovih analiza je bio da se njima upotpuni testiranje ključnih hipoteza, odnosno da se ispita da li nivo uobičajenog zdravstvenog ponašanja moderira odnos između zdravstvenog ponašanja i afekta. Ipak, na ovom mestu će biti istaknuti pojedini rezultati deskriptivne analize za koje autor rada smatra da bi mogli biti podsticaj za buduća istraživanja.

Više od polovine ispitanika navodi da je cigarete probalo kao maloletno. Od mladih osoba koje su ikada probale cigarete, svaka peta navodi da je već pokušavala da prestane da puši. Ovakav nalaz dovodi u pitanje često isticane argumente predstavnika duvanske industrije kojim se tvrdi da je pušenje slobodan izbor punoletnih osoba³³. Nažalost, duvanska industrija nije jedina koja profitira propagirajući zdravstveno ugrožavajuća ponašanja. Kada je u pitanju prodaja alkoholnih pića, stiče se utisak da praksa oglašavanja uspeva pronaći način zaobilaznja zakonske regulative³⁴, prilikom slanja marketinških, prvenstveno usmerenih ka mladim muškarcima. Iako rezultati ovog istraživanja pokazuju da muškarci u proseku piju više alkohola, rezultat da 82% ispitanica konzumira alkohol minimalno jednom mesečno ukazuje na to da nisu

³³ Kompanija Filip Moris, jedan od najvećih svetskih proizvođača duvanskih proizvoda, na svojoj zvaničnoj internet prezentaciji navodi: "Svetska zdravstvena organizacija procenjuje da će do 2025. biti više od bilion pušača na svetu. Sa toliko mnogo ljudi koji biraju da puše, čini se da bi oni trebalo da imaju manje štetnu alternativu cigaretama. Zašto bi im to iko osporavao?"

<https://www.pmi.com/science-and-innovation/common-sense-approach-for-public-health>

³⁴ Na primer, u članu 47. Zakona o oglašavanju, pod tačkom 6., navodi se da nije dozvoljeno oglašavanje koje „upotrebu alkoholnih pića povezuje sa hrabrošću, niti da stvara utisak da upotreba alkoholnih pića doprinosi društvenom ili seksualnom uspehu“ (Zakon o oglašavanju, Službeni glasnik RS, br. 6/2016 i 52/2019) . Istovremeno, proizvođači najprodavanijih markih piva oglašavaju svoje proizvode sloganima kao što su „Ili jesi ili nisi“ (2019, preuzeto sa <https://lavpivo.rs/>) i „Muškarci znaju zašto“ (2019, preuzeto sa https://www.youtube.com/watch?time_continue=3&v=0IjMeWIB1XY).

samo muškarci pod rizikom. Kada je u pitanju oglašavanje energetske pića, čini se da je posebno na meti studentska i učenička populacija³⁵. Kafu, čaj sa kofeinom ili energetska pića bar jednom sedmično konzumira 86% naših ispitanika. Oglašavanje energetske pića nije regulisano Zakonom o oglašavanju, a isto važi i za oglašavanje slatkiša i brze hrane. Približno 84% ispitanika tokom uobičajene sedmice minimalno jednom konzumira slatkiše, grickalice ili zašećerene sokove, a 72% brzu hranu. Pri tome, 38% ispitanika navodi da pokušava da izgubi na težini.

Ponos kao prediktor budućeg zdravstvenog ponašanja

Na temelju rezultata koje su dobili Hofman i saradnici (Hofmann et al., 2012; Hofmann & Fisher, 2012), sprovedeno je istraživanje uzorkovanjem iskustava zdravstvenog ponašanja. Među rezultatima do kojih su došli Hofman i saradnici, za ovo istraživanje posebno su važni rezultati koji govore o ulozi ponosa i krivice za donošenje odluka u narednim situacijama (Hofmann & Fisher, 2012).

Prema rezultatima koje su objavili Hofman i Fišer (Hofmann & Fisher, 2012) na osnovu pomenute studije uzorkovanja iskustava (Hofmann et al., 2012), ponos povodom odolevanja željama koje su procenjene kao nesaglasne ciljevima, vodi ka još većoj otpornosti, odnosno ka adaptivnijem ponašanju u narednoj situaciji. Taj rezultat je u skladu sa zaključkom većeg broja studija koji kaže da prijatan afekat generalno pogoduje donošenju adaptivnijih odluka (Franken et al., 2006; Bechara et al., 1994; Williams & DeSteno, 2008; Patrick, Chun, & Macinnis, 2009; Isen, 2001, 2008; Trope & Neter, 1994). U ovom istraživanju, ponos je operacionalizovan kao prijatnost povodom izbegavanja zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja, što je ekvivalentno načinu na koji su Hofman i saradnici operacionalizovali ponos, ali i kao ponos povodom izvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja. Na taj način, ovom studijom su pokrivena i promotivna i preventivna dimenzija ponosa (Higgins et al., 2001). Ipak, rezultati dobijeni ovim istraživanjem nisu pokazali statistički značajnu povezanost ni jedne od ovih dimenzija ponosa sa zdravstveno unapređujućim ponašanjem u narednoj situaciji.

³⁵ Proizvođač energetske pića Guarana, svojom oglašavačkom strategijom direktno cilja studentsku populaciju (<https://www.guarana.rs/portfolio/poza-za-desetku/>) promovišući svoj proizvod kao sredstvo koje pomaže pri učenju.

U nastavku diskusije će biti prokomentarisani rezultati istraživanja koji upućuju na to da ponos, kao i prijatan afekat generalno, ne vode nužno ka budućem adaptivnom ponašanju. Fišbahova i Dar (Fishbach & Dhar, 2005) su na uzorku osoba koje drže dijetu, uspjeli da manipulišući utiskom o stepenu napredovanja, utiču na kasniji izbor hrane. Naime, one ispitanice koje su navedene na to da misle kako su više napredovale nego što zapravo jesu, kasnije su u proseku češće birale visokokaloričnu hranu od onih kod kojih je indukovano utisak o sporijem napredovanju. Slično tome, kod osoba koje su uspele da odole kupovini koja je za njih predstavljala iskušenje, kasnije češće udovoljavaju sebi konzumiranjem hrane od koje obično nastoje da se suzdrže (Mukhopadhyay & Johar, 2009). Mik i Faure (Mick & Faure, 1998) manipulišući utiskom o postignuću (uspeh/neuspeh) i atribucijom tog uspeha (lične zasluge/okolnosti), uspevaju da utiču na verovatnoću da ispitanici sebi kupe poklon kao nagradu. Pri tome, oni kod kojih je izazvan utisak da je uspeh postignut zahvaljujući njihovim ličnim zaslugama, bili su skloniji da sebe nagrade većim poklonima.

Rezultati prethodno pomenutih istraživanja ukazuju na to da pozitivan afekat povodom izvedenog ponašanja može voditi ka neadaptivnom ponašanju u narednim situacijama. Pokazuje se da nakon postignutog uspeha može uslediti faza prepuštanja ponašanjima od kojih osoba nastoji da se suzdrži. Dobijeno je i da je ovaj efekat izraženiji ukoliko se uspeh atribuirala ličnim zaslugama. Ako te rezultate sagledamo u svetlu Karverove kibernetičke teorije (Carver, 2004; Carver & Scheier, 2002), možemo pretpostaviti da je kod ispitanika u prethodno pomenutim istraživanjima dolazilo do podbacivanja jer je prijatnost afekta interpretirana kao znak da je cilj već postignut i da dalje ulaganje truda nije neophodno. U tom kontekstu, čak i kršenje sopstvenih normi se može biti interpretirano kao opravdano i zaslužno.

Prilikom provere pretpostavke da veći intenzitet izvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja vodi ka većoj prijatnosti afekta, dobili smo da pozitivno ocenjen kontekst dešavanja pogoduje još većoj prijatnosti afekta. Drugim rečima, pozitivno procenjene okolnosti u kojima je postignut uspeh vode ka tome da se doživi još prijatniji afekat povodom tog uspeha, i da se potencijalno njime bude u još većoj meri „poneseno“. Sa druge strane, strpljivost se pokazala kao supresor ove veze. Strpljenje, kao facet bazične crte ličnosti saradljivosti, statistički značajan moderator odnosa između intenziteta unapređujućeg ponašanja i stepena prijatnosti povodom tog ponašanja. Prema dosadašnjim saznanjima autora, nema dostupnih rezultata

istraživanja koja su se direktno bavila povezanošću između afekta, strpljenja i zdravstvenog ponašanja, tako da bi ovu temu bilo od koristi ispitati nekim od narednih istraživanja.

Krivica kao prediktor budućeg zdravstveno ponašanja

Drugi zaključak Hofmana i Fišera (Hofmann & Fisher, 2012), koji je posebno značajan za ovo istraživanje, tiče se uloge krivice u predviđanju budućeg ponašanja. Naime, Hofman i Fišer su dobili da intenzitet krivice povodom podleganja iskušenju povećava verovatnoću da će i u narednoj situaciji osoba postupiti protivno svojim ciljevima. Rezultati ovog istraživanja, iako iz drugačijeg ugla, govore u prilog zaključku koji su izneli Hofman i Fišer. Naime, dobijeno je da stepen prijatnosti afekta povodom propuštanja unapređujućeg ponašanja jeste značajan pozitivan prediktor narednog zdravstveno unapređujućeg ponašanja. Osim toga, dobijeno je i da nivo prijatnosti afekta u slučaju izvođenja ugrožavajućeg ponašanja takođe biva značajan prediktor narednog zdravstveno unapređujućeg ponašanja. Neizvođenje unapređujućeg i izvođenje ugrožavajućeg ponašanja smo zbog pojednostavljenja diskusije odredili kao „negativno“ zdravstveno ponašanje. Kada smo prosečan afekat povodom tako određenog „negativnog“ ponašanja uključili kao prediktor u analizi, dobili smo da i on povećava verovatnoću izvođenja unapređujućeg ponašanja u narednoj situaciji. Postojanost prijatnosti afekta uprkos izvođenju „negativnog“ zdravstvenog ponašanja se može interpretirati kao neka vrsta rezilijentnosti. Pojam rezilijentnosti se obično definiše kao sposobnost pozitivne adaptacije u kontekstu negativnih dešavanja (Luther, Cicchetti, & Becker, 2000). U našem slučaju, rezilijentnost bi govorila o sposobnosti da se zadrži pozitivan afekat nakon što se postupi suprotno zdravstvenim ciljevima. Uprkos konceptualnoj sličnosti, važno je imati u vidu da u ovom istraživanju rezilijentnost nije merena nekim od validiranih psiholoških mernih instrumenata. Uvid da bi ta mera mogla biti od koristi za razumevanje zdravstvenog ponašanja je usledio tek nakon analize prikupljenih podataka. Više reči o tome će biti u delu o nedostacima ovog istraživanja i sugestijama za buduća istraživanja. Ipak, osvrnućemo se na još neke dobijene nalaze koji su u vezi sa, na taj način operacionalizovanom, rezilijentnošću i prokomentarisati ih u svetlu istraživanja drugih autora.

Rezultati ispitivanja uloge bazičnih crta ličnosti u zdravstvenom ponašanju sugerišu da savesniji i ekstravertniji reaguju pozitivnijim afektom u situacijama kada ne izvedu

unapređujuće ponašanje koje je trebalo da bude izvedeno. Taj rezultat je u skladu sa zaključkom meta-analize sprovedena na rezultatima ispitivanja povezanosti rezilijentnosti i bazičnih crta ličnosti ukazuje na pozitivne korelacije rezilijentnosti i sa savesnošću ($r = .42$) i sa ekstraverzijom ($r = .34$) (Oshio, Taku, Hirano & Saeed, 2018).

Rezilijentnost se takođe pokazala posebno važnim činiocem unapređujućeg ponašanja kod osoba sa lošijom slikom o svom fizičkom izgledu. Dakle, dobili smo da doživljaj fizičkog izgleda u statistički značajnoj meri moderira odnos između prijatnosti afekta povodom zdravstveno ugrožavajućeg ponašanja u aktuelnoj i zdravstveno unapređujućeg ponašanja u narednoj situaciji. Dobijena pozitivna povezanost između tih mera je još izraženija kod osoba sa lošijom slikom o sebi. Ako ovaj nalaz sagledamo u svetlu rezultata istraživanja koji govore o pozitivnoj povezanosti između rezilijentnosti i samopoimanja (Farrington, 1993, Wallerstein & Blakeslee, 1989 prema Werner, 1995), možemo pretpostaviti da rezilijentnost predstavlja posebno važan zaštitni faktor kod osoba sa lošijom slikom o sebi.

Osim toga, pokazalo se da rezilijentnost kao zaštitni faktor, u najvećoj meri dolazi do izražaja upravo kada je širi kontekst dešavanja procenjen kao negativan. Tačnije, dobili smo da procena povoljnosti dešavanja statistički značajano moderira odnos između rezilijentnosti i zdravstveno unapređujućeg ponašanja. Pozitivna povezanost između rezilijentnosti i zdravstveno unapređujućeg ponašanja je još izraženija kada su okolnosti procenjene kao nepovoljne. Takav nalaz je takođe u skladu sa rezultatima istraživanja u kojima se pokazalo da rezilijentnost igra važnu protektivnu ulogu u različitim negativnim životnim okolnostima (Siebert, 2009; Farrington, 1993, Wallerstein & Blakeslee, 1989, prema Werner, 1995).

Perfekcionizam kao prediktor budućeg zdravstveno unapređujućeg ponašanja

Kao rezultat ovog istraživanja dobijeno je da oni koji u proseku izvode više unapređujućeg ponašanja u svakodnevnim situacijama negativnije reaguju kada im se dogodi da propuste da izvedu zdravstveno unapređujuće ponašanje. Drugim rečima, dobijeno je da je stepen uobičajenog zdravstvenog ponašanja moderira odnos između procene da je propušteno ponašanje trebalo da bude izvedeno i afekta povodom toga. Negativan afekat povodom propuštanja zdravstveno unapređujućeg ponašanja, kod osoba koje inače odlikuje sklonost ka zdravstveno unapređujućem ponašanju, bi se mogla dovesti u vezu sa perfekcionizmom. Autori koji se bave istraživanjem perfekcionizma (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000) ukazuju na

razliku između adaptivnog i mladativnog perfekcionizma. Adaptivna dimenzija perfekcionizma je, prema navodima ovih autora, u vezi sa samopouzdanjem, a mladativna je povezana sa samokritičnošću. U svetlu tih nalaza možemo izneti pretpostavku da različite dimenzije perfekcionizma na različite načine utiču na zdravstveno ponašanje. U prilog multidimenzionalnosti perfekcionizma govori i rezultat ovog istraživanja koji ukazuje na to da savesniji manje negativno reaguju kada propuste unapređujuće ponašanje, a da istovremeno sprovode više unapređujućeg ponašanja. Na osnovu toga, moglo bi se pretpostaviti da se kod savesnijih češće javlja adaptivna dimenzija perfekcionizma, koja im omogućuje da zadrže pozitivan afekat u situacijama kada propuste unapređujuće ponašanje, dok se kod manje savesnih učestalije aktivira mladativni perfekcionizam, koji rezultuje negativnim afektom povodom propusta koji se dogodio. Na primer, dobili smo da je percepcija fizičke sposobnosti pozitivno povezana sa zdravstveno unapređujućim ponašanjem. Ipak, na osnovu dobijenih rezultata se može pretpostaviti da visoka afektivna involviranost, ambiciozni ciljevi i poistovećivanje lične vrednosti sa postignutim rezultatima, mogu imati i negativan efekat na zdravstveno ponašanje. Neuspeh da se postigne zacrtani standard može voditi ka krivici, a ona, kao što smo videli, ka daljem podbacivanju.

Na ovom mestu je neophodno istaći da perfekcionizam u ovom istraživanju nije meren nekim od standardizovanih psiholoških mernih instrumenata, već je uveden naknadno sa ciljem tumačenja dobijenih rezultata. Zbog toga diskusija rezultatata o povezanosti perfekcionizma i zdravstvenog ponašanja prvenstveno treba da posluži kao inspiracija za buduća istraživanja, o čemu će više reči biti u narednom poglavlju.

Odolevanje iskušenju kao prediktor budućeg zdravstveno unapređujućeg ponašanja

Na osnovu rezultata koje su objavili Hofman i Fišer (Hofmann & Fisher, 2012), očekivali smo da će uspeh u prevladavanju iskušenja biti pozitivno povezan sa prijatnošću afekta. Konkretno, Hofman i Fišer su dobili da odupiranje željama, koje se procene neadaptivnim, izaziva emociju ponosa. Rezultati ovog istraživanja sugerisu postojanje potpuno suprotnog efekta. Naime, dobijeno je da odupiranje iskušenju vodi ka neprijatnom, a ne ka prijatnom afektu kao što je bilo očekivano. Ono što možemo pretpostaviti je da se umesto očekivanog ponosa, javlja frustracija kao rezultat uskraćivanja trenutnog zadovoljstva (Mischel,

Ebbesen & Zeiss, 1972; Franken et al, 2006; Bechara et al, 1994). Osim toga, dobijeno je da procenjena priyatnost konteksta dešavanja dodatno pojačava negativno osećanje povodom odolevanja iskušenju. Podsetimo da je kontekst dešavanja koji je praćen ovim istraživanjem je prirodan, a ne laboratorijski, da kao takav varira od ispitanika do ispitanika. Zbog toga, na osnovu rezultata ovog istraživanje, ne možemo saznati koji su to specifični kontekstualni faktori doprineli da efekat u vezi sa odolevanje iskušenju bude procenjen kao negativan. Ono što možemo pretpostaviti da je u pozitivno ocenjenim okolnostima, predmet zadovoljenja želje kojoj se osoba odupirala bio lakše dostupan i da je zbog toga nivo frustracije usled odolevanja bio viši. Primer jedne takve situacije koju bismo mogli zamisliti je izlazak u noćni provod u kom se osoba suzdržava od konzumacije alkohola zbog toga što će pri povratku kući voziti automobil. Rezultati drugih istraživanja takođe pokazuju da je nivo frustracije veći u situacijama kada je objekat želje kojoj osoba nastoji da se odupre prisutan (Miller & Karniol, 1976; Mischel, Ebbesen & Zeiss, 1972). Ipak, važno je istaći da je autoru dostupna literatura na ovu temu pod značajnim uticajem istraživanja Voltera Mišela (Mischel, Ebbesen & Zeiss, 1972), koja su poslednjih godina pod lupom naučne javnosti zbog toga što se u novijim studijama dobijeni efekti ne repliciraju (Watts, Duncan & Quan, 2018). Zbog toga, studije na koje se poziva u diskusiji rezultata ovog istraživanja takođe treba uzeti sa značajnom dozom rezerve.

Ključni nedostaci ovog istraživanja i preporuke za naredna

Odabir i klasifikacija ponašanja

Ono što se već na prvi pogled može učiniti problematičnim u vezi sa ovim istraživanjem je odabir oblika zdravstvenog ponašanja. Odlučili smo da pratimo konzumaciju alkohola i duvana, ishranu i vežbanje. Za to postoje dva razloga. Prvi je to što se pokazuje da ova ponašanja objašnjavaju najveći procenat varijanse zdravstvenih ishoda (Mokdad et al, 2004), a drugi je to što se radi o relativno učestalim svakodnevnim oblicima ponašanja za koje je bilo moguće pretpostaviti da će biti zabeleženi dovoljan broj puta. Ova ponašanja su unapred klasifikovana kao zdravstveno unapređujuća i zdravstveno ugrožavajuća. Klasifikacija je izvedena na osnovu pretpostavljenog dominantnog uverenja. Kada su u pitanju pušenje, konzumacija alkohola, slatkiša, brze hrane, vežbanje, pijenje vode i jedenje povrća može se pretpostaviti da postoji

prilično jasan konsenzus šta je od tih oblika ponašanja unapređujuće, a šta ugrožavajuće. Za oblike ponašanja kao što su konzumacija kafe i voća, pretpostavljeni opšti stav nije toliko uniforman. Kafa je svrstana u ugrožavajuće, a konzumacija voća u unapređujuće. Ipak, poslednjih godina se pored rizika ističu i zdravstveno unapređujući aspekti konzumacije kafe (Taylor, Higdon, & Frei, 2007), dok se za voće osim zdravstvenih blagodeti upozorava i na pojedine rizike, posebno kada je u pitanju konzumacija voćnih sokova (Muraki et al., 2013).

Sledeći upitan aspekt istraživanja je to što su različiti oblici ponašanja posmatrani zbirno kao indikatori dimenzija unapređujućeg i ugrožavajućeg ponašanja. Razlog za takav izbor je to što se odabrana lista može smatrati relativno iscrpnim popisom relevantnih oblika zdravstvenog ponašanja koji se dešavaju na dnevnom nivou. S obzirom na to ta lista nije uzorak ponašanja, već pre njihov jednostavan popis, nešto manja rigoroznost po pitanju homogenosti uključenih ponašanja se može smatrati prihvatljivom. Pored toga, važno je istaći da liste zdravstveno unapređujućih i zdravstveno ugrožavajućih oblika ponašanja imaju jednak broj stavki, čime se postiže njihova relativna balansiranost. Konačno, pored svake od analiza na kompozitima unapređujućih i ugrožavajućih oblika ponašanja, pruženi i rezultati analiza za svaki od pojedinačnih oblika ponašanja zasebno.

Odabir uzorka ispitanika

Uzorak smo definisali tako da se njime pokriva opšta studentska populacija. Da bismo dobili širi varijabilitet zdravstvenog ponašanja, u istraživanje smo osim psihologa, uključili i studente Fakulteta za sport i fizičku kulturu, Visoke škole strukovnih studija za obrazovanje vaspitača i trenera u Subotici i Više medicinske škole Milutin Milanković iz Beograda. Istraživanje sprovedeno na takvom uzorku omogućuje uvid u zdravstveno ponašanje u opštoj studentskoj populaciji. Ipak, postavlja se pitanje kakvi bi se rezultati dobili na nekoj od specifičnih populacija. Na primer, čini se da bi bilo interesantno ponoviti ovo istraživanje sa osobama koje su, u trenutku istraživanja, na nekom specifičnom režimu ponašanja kao što je dijeta ili proces pripreme za neko sportsko takmičenje.

Sledeći nedostatak ovo istraživanja u vezi sa odabirom uzorka je to što njegova veličina nije odabrana na osnovu analize snage testa, već je bazirana na opštim smernicama autora metoda uzorkovanja iskustava i hijerarhijskog linearnog modelovanja. Razlog za to je

nepostojanje mera varijabilnosti na osnovu kojih bi se mogla računati snaga testa. Protokol za uzorkovanje zdravstvenih ponašanja je razvijan za potrebe ovog istraživanja, a time je i prvi put korišćen. S obzirom na to da je prikupljanje podataka metodom uzorkovanja iskustava operativno veoma zahtevan proces, odlučeno je da se pilot studija ne radi, već da se veličina uzorka proceni samo na osnovu preporuka za dobru praksu koje daju autori tog metoda.

Uzorak na kom je sprovedeno upitničko merenje uobičajenog zdravstvenog ponašanja, s obzirom na veličinu i princip odabira ispitanika, se nikako ne može smatrati adekvatnim za donošenje zaključaka o zdravstvenom ponašanju u opštoj studentskoj populaciji. Osnovni cilj tog aspekta istraživanja je bio da se prikupe informacije koje će poslužiti kao kontrolne varijable u analizama statističkog zaključivanja. Drugim rečima, uobičajeno zdravstveno ponašanje mereno ovim istraživanjem je prvenstveno korišćeno kao referentna tačka za procenu ponašanja beleženih protokolom za uzorkovanje iskustva. S obzirom na pomenutu manjkavost uzorka ispitanika, za analizu su upotrebljeni neparametrijski statistički postupci. Iako njihove rezultate ne možemo generalizovati na populaciju, poslužili su nam kao izvor dodatnih informacija o ispitanicima koji su ušli u uzorak. Dizajn istraživanja koji bi istovremeno omogućio i reprezentativan uzorak ponašanja i reprezentativan uzorak ispitanika bi u logističkom smislu bilo daleko zahtevniji. Takav nacrt je prilikom planiranja istraživanja odbačen jer je procenjeno da resursi koji su bili na raspolaganju nisu bili dovoljni. Zbog toga, odlučeno je da se prednost da ispitivanju hipoteza koje su u vezi sa uzorkovanjem iskustava, a da uzorak ispitanika bude prigodan.

Na ovom mestu je važno napomenuti da je prilikom prikupljanja podataka 39 ispitanika odustalo od daljeg istraživanja nakon što su završili sa fazom uzorkovanja iskustava. Među njima je najviše studenata Fakulteta za sport i fizičko vaspitanje. Pretpostavljeni razlog za odustajanje tih ispitanika je kašnjenje pri slanju linkova ka elektronskim formama psiholoških mernih instrumenata. Do kašnjenja je došlo zbog organizacionih i tehničkih razloga, a dogodilo se u prvoj etapi prikupljanja podataka. Ipak, da bi se proverilo postoje li indikacije da je do odustajanja došlo iz drugih razloga, hipoteze su testirane i na ovom uzorku od 39 ispitanika. Svi nalazi su replicirani i tih 39 ispitanika, osim u slučaju H7 (prijatnost afekta povodom aktuelnog neizvođenja unapređujućeg ponašanja je pozitivno povezan sa intenzitetom unapređujućeg ponašanja u narednoj situaciji). To upućuje na mogućnost da je uzorak pristrasan. Osim toga,

10 ispitanika je odustalo od učešća u istraživanju posle 5 ili 6 dana popunjavanja protokola za uzorkovanje iskustva. Zbog kompleksnosti i vremenske zahtevnosti pripreme podataka za obradu i izvođenja analiza, nasuprot malom broju ovakvih ispitanika, hipoteze nisu testirane na ovom poduzorku. Međutim, moguće je da bi analiza na ovoj skupini ispitanika dodatno osvetlila problem potencijalne pristrasnosti uzorka koji je korišćen za analizu.

Odabir mera

Rezultati koje smo dobili sugerišu značaj rezilijentnosti za predviđanje zdravstveno unapređujućeg ponašanja. Ipak, do ovakvog uvida smo došli tek nakon analize podataka. Set psiholoških mernih instrumenata koji je upotrebljen u ovom istraživanju nije uključio skale rezilijentnosti. Ključna preporuka za naredno istraživanja bi svakako bila da se istraživački fokus usmeri na merenje rezilijentnosti. Ono što bi tome moralo da prethodi je adaptacija ili razvoj adekvatnog psihološkog mernog instrumenata. Isti zaključak važi i za merenje adaptivne i maldaptivne dimenzije perfekcionizma.

Osim toga, rezultati pojedinih interdisciplinarnih istraživanja nas uveravaju u značaj fizioloških korelata zdravstvenog ponašanja, a u prvom redu HRV-a. Zbog toga, očekujemo da bi praćenje HRV-a u nekom od narednih istraživanja u velikoj meri doprinelo razumevanju zdravstvenog ponašanja. Tehnička oprema koja omogućuje kontinuirano merenje HRV-a postaje sve dostupnija, tako da bi metod uzorkovanja iskustava mogao biti dopunjen ovom merom. Mnoštvo drugih podataka koje beleže senzori tehničkih uređaja, koje koristimo svakog dana, ostaju neiskorišćena. Možemo pretpostaviti da neke od ovih informacija, koje su nam na dohvat ruke, kriju važne uvide koji nam mogu pomoći da bolje razumemo svakodnevno zdravstveno ponašanje.

Konačno, potrebno je napomenuti da je planirano da istraživanje bude sprovedeno na ispitanicima studentskog uzrasta. Tačan broj godina ispitanika nije beležen zato što za izvođenje planiranih analiza ovaj podatak nije bio potreban. Međutim, ovo je ostavilo mogućnost da su u uzorak uključeni i neki stariji studenti. Ipak, ova mogućnost je mala, s obzirom na to da je autor rada bio u ličnom kontaktu sa svakim od ispitanika.

Zaključak

Kao rezultat ovog istraživanja dobijeno je da kod mladih pozitivan afekat povodom izvođenja zdravstveno unapređujućeg ponašanja nije u vezi sa zdravstvenim ponašanjem u narednoj situaciji. Takođe, dobijeno je da odolevanje zdravstveno ugrožavajućem ponašanju vodi ka neprijatnom, a ne ka prijatnom afektu. Na osnovu ovih rezultata može se pretpostaviti da kod mladih, prilikom pokušaja promene zdravstvenog ponašanja, često izostaje pozitivno potkrepljenje. U prilog tome da je proces promene zdravstvenog ponašanja kod mladih otežan govore i rezultati da čak 38% ispitanika navodi da pokušava da izgubi na težini, kao i da je jedna od pet mladih osoba, koje su ikada probale cigarete, već pokušavala da prestane da puši. Na osnovu ovih rezultata može se zaključiti da bi mladima mogla biti od koristi dodatna pomoć, u vidu programa podrške, kako bi uspeali u pokušajima da promene svoje zdravstveno ponašanje. Osim toga, ovi nalazi ukazuju na važnost prilagođavanja programa podrške specifičnim potrebama mladih.

Sledeći nalaz ovog istraživanja, koji bi mogao biti relevantan za praksu, je da je rezilijentnost, odnosno izostanak negativnih osećanja kada se postupi protivno zdravstvenim ciljevima, u vezi sa povećanjem verovatnoće da će se u narednoj situaciji postupiti u skladu sa zdravstvenim ciljevima. Ovakav nalaz ukazuje na to da bi bilo uputno razvijati programe podrške za promenu ponašanja mladih koji bi bili posebno usmereni na razvijanje rezilijentnosti. Takvi programi bi, prema rezultatima ovog istraživanja, mogli biti od posebnog značaja za mlade osobe sa lošijom slikom o svom fizičkom izgledu. Osim toga, pokazalo se da bi povećanje kapaciteta za rezilijentnost pomoglo i mladima koji se trenutno ponašaju u skladu sa svojim zdravstvenim ciljevima, ali su skloni perfekcionizmu koji ih pod određenim okolnostima može okrenuti ka zdravstveno ugrožavajućem ponašanju.

Opšti zaključak koji bi se mogao izvesti na osnovu rezultata ovog istraživanja je da psihološki činioci kao što su afektivna stanja, bazične crte ličnosti i pojedini aspekti samopoimanja igraju značajnu ulogu u zdravstvenom ponašanju. Ovakav nalaz, posmatran u širem kontekstu, govori i u prilog značaju uloge koju psihologija kao nauka ima u unapređenju zdravlja. Višeslojnost i kompleksnost problema zdravlja, kao što je pomenuto u uvodu, zahteva interdisciplinarni pristup i saradnju naučnika i praktičara iz brojnih oblasti. Psihologija ima

priliku, ali i obavezu, da pruži dovoljno transparentnih empirijskih nalaza, ali i konkretnih preporuka za praksu. Specifičan zaključak ovog istraživanja sugerira da je jedan od bitnih preduslova zdravstveno unapređujućeg ponašanja „zdrav“ odnos prema sebi.

Literatura

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2005). The Health Belief Model. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models* (2nd ed., pp. 28–81). Maidenhead: Open University Press.
- Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting Self-Compassionate Attitudes Toward Eating Among Restrictive and Guilty Eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1120–1144. doi:10.1521/jscp.2007.26.10.1120
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453–474. doi:10.1016/0022-1031(86)90045-4
- APA Task Force on Health Research. (1976). Contributions of psychology to health research: Patterns, problems, and potentials. *American Psychologist*, 31(4), 263-274. doi:10.1037/0003-066X.31.4.263
- Arai, Y., Hosokawa, T., Fukao, A., Izumi, Y., & Hisamichi, S. (1997). Smoking behaviour and personality: A population-based study in Japan. *Addiction*, 92(8), 1023-1033. doi:10.1111/j.1360-0443.1997.tb02982.x
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*, 15(2), 173–189. doi:10.1080/08870440008400299
- Open Science Collaboration (2015). Estimating the Reproducibility of Psychological Science. *Science*. 349. 10.1126/science.aac4716
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2007). Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Social Psychology Review*, 11(2), 150–166. doi:10.1177/1088868306294907
- Ayduk, O., Mendoza-Denton, R., Mischel, W., Downey, G., Peake, P. K., & Rodriguez, M. (2000). Regulating the interpersonal self: strategic self-regulation for coping with rejection sensitivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 776–792. doi:10.1037/0022-3514.79.5.776
- Bandura, a. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191

- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252–1265. doi:10.1037/0022-3514.74.5.1252
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H. & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50(1–3), 7–15. doi:10.1016/0010-0277(94)90018-3
- Bell, D. E. (1982). Regret in Decision Making under Uncertainty. *Operations Research*, 30(5), 961–981. doi:10.1287/opre.30.5.961
- Belloc, N., & Breslow, L. (1972). Relationship of Physical Health and Health Practices. *Preventive Medicine*, 421, 409–421. doi:10.1016/0091-7435(72)90014-X
- Ben-Ahron, V., White, D., & Phillips, K. (1995). Encouraging drinking at safe limits on single occasions: the potential contribution of protection motivation theory. *Alcohol and Alcoholism*, 30(5), 633–639. doi:10.1093/oxfordjournals.alcalc.a045774
- Biddle, B. J., Bank, B. J., & Slavings, R. L. (1987). Norms, Preferences, Identities and Retention Decisions. *Social Psychology Quarterly*, 50(4), 322. doi:10.2307/2786817
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
- Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130(6), 887–919. doi:10.1037/0033-2909.130.6.887
- Bradburn, N., Rips, L., & Shevell, S. (1987). Answering autobiographical questions: the impact of memory and inference on surveys. *Science*, 236(4798), 157–161. doi: 10.1126/science.3563494
- Callahan, D. (1973). The WHO Definition of Health. *The Hastings Center Studies*, 1(3), 77. doi:10.2307/3527467
- Canals, J., Bladé, J., & Domènech, E. (1997). Smoking and personality predictors in young Spanish people. *Personality and Individual Differences*, 23(5), 905–908. doi:10.1016/S0191-8869(97)00096-2
- Carter, E. C., Kofler, L. M., Forster, D. E., & McCullough, M. E. (2015). A series of meta-analytic tests of the depletion effect: Self-control does not seem to rely on a limited resource. *Journal of Experimental Psychology: General*, 144(4), 796–815. doi:10.1037/xge0000083

- Carver, C. S. (2004). Self-Regulation of Action and Affect. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp. 13–40). New York: The Guilford Press.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Control Processes and Self-Organization as Complementary Principles Underlying Behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 6(4), 304–315. doi:10.1207/S15327957PSPR0604_05
- Casey, B. J., Somerville, L. H., Gotlib, I. H., Ayduk, O. T., Franklin, N. K., Askren, M. G., ... Shoda, Y. undefined. (2011). Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(36), 14998–15003. doi: 10.1073/pnas.1108561108
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). Youth Risk Behavior Survey. Preuzeto 14.9.2019 sa https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/2019/2019_YRBS-Standard-HS-Questionnaire.pdf
- Charng, H.-W., Piliavin, J. A., & Callero, P. L. (1988). Role Identity and Reasoned Action in the Prediction of Repeated Behavior. *Social Psychology Quarterly*, 51(4), 303. doi:10.2307/2786758
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, (4), 284–290. doi:10.1037/1040-3590.6.4.284
- Cloninger, R. C. (2008). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. Oxford: Oxford University Press. doi:10.1386/crre.2.97_7
- Cohen, H. K., Kotler, M., Matar, M. A., Kaplan, Z., Loewenthal, U., ... Cassuto, Y. (1998). Analysis of heart rate variability in posttraumatic stress disorder patients in response to a trauma-related reminder. *Biological Psychiatry*, 44(10), 1054–1059. doi:10.1016/S0006-3223(97)00475-7
- Conner, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the Theory of Planned Behavior: A Review and Avenues for Further Research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1429–1464. doi:10.1111/j.1559-1816.1998.tb01685.x
- Conner, M., & Higgins, A. R. (2010). Long-term effects of implementation intentions on prevention of smoking uptake among adolescents: a cluster randomized controlled trial. *Health Psychology*, 29(5), 529–538. doi:10.1037/a0020317

- Conner, M., & Norman, P. (2005). Predicting Health Behaviour: A Social Cognition Approach. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models* (2nd ed., pp. 1–27). Maidenhead: Open University Press.
- Conner, M., Sandberg, T., McMillan, B., & Higgins, A. (2006). Role of anticipated regret, intentions and intention stability in adolescent smoking initiation. *British Journal of Health Psychology, 11*(Pt 1), 85–101. doi:10.1348/135910705X40997
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: emotion, research and the human brain*. New York: Avon Books. doi:10.1136/bmj.310.6988.1213
- Dolan, R. J. (2002). Neuroscience and psychology: Emotion, cognition, and behavior. *Science, 298*(5596), 1191–1194. doi:10.1126/science.1076358
- Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). *The practical therapist series. Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide*. Atascadero, CA, US: Impact Publishers.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. doi:10.1126/science.847460.
- European Commission (2013). *Eurostat: European health interview survey* (EHIS wave 2). Methodological manual. Luxembourg: European Commission. Preuzeto 14.9.2019 sa https://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf
- Eysenck, H. J. (1998). *Dimensions of Personality*. London: Transaction Publishing.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, decision, and dissonance*. Stanford: Stanford University Press. doi:10.2307/3318996
- Fishbach, A., & Dhar, R. (2005). Goals as Excuses or Guides: The Liberating Effect of Perceived Goal Progress on Choice. *Journal of Consumer Research, 32*(3), 370–377. doi:10.1086/497548
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reding: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., Hennessy, M., Kamb, M., Bolan, G. A., Hoxworth, T., Iatesta, M., ... Zenilman, J. M. (2001). Using Intervention Theory to Model Factors Influencing Behavior Change. *Evaluation & the Health Professions, 24*(4), 363–384. doi: 10.1177/01632780122034966

- Fortmann, S. P., Rogers, T., Vranizan, K., Haskell, W. L., Solomon, D. S., & Farquhar, J. W. (1984). Indirect measures of cigarette use: expired-air carbon monoxide versus plasma thiocyanate. *Preventive Medicine, 13*(1), 127–135. doi:10.1016/0091-7435(84)90045-8
- Franken, I. H. a, Georgieva, I., Muris, P., & Dijksterhuis, A. (2006). The Rich Get Richer and the Poor Get Poorer: On Risk Aversion in Behavioral Decision-Making. *Judgment and Decision Making, 1*(2), 153–158. doi:10.1111/j.1467-923X.2008.00895.x
- Friese, M., Loschelder, D. D., Gieseler, K., Frankenbach, J., & Inzlicht, M. (2018). Is Ego Depletion Real? An Analysis of Arguments. *Personality and Social Psychology Review*. doi:10.1177/1088868318762183
- Geisler, F. C. M., & Kubiak, T. (2009). Heart rate variability predicts self-control in goal pursuit. *European Journal of Personality, 23*(8), 623–633. doi: 10.1002/per.727
- Gigerenzer, G. (2007). *Gut Feelings- The Intelligence of the Unconscious*. New York: Penguin Publishing Group.
- Giner-Sorolla, R. (2001). Guilty pleasures and grim necessities: affective attitudes in dilemmas of self-control. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*(2), 206–221. doi:10.1037/0022-3514.80.2.206
- Goldstein, H., Browne, W., & Rasbash, J. (2002). Partitioning Variation in Multilevel Models. *Understanding Statistics, 1*(4), 223–231. doi:10.1207/S15328031US0104_02
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal Achievement: The Role of Intentions. *European Review of Social Psychology*. doi:10.1080/14792779343000059
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. & Solomon, S. (1986). The Causes and Consequences of a Need for Self-Esteem: A Terror Management Theory. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public Self and Private Self* (pp. 189–212). New York: Springer-Verlag. doi:10.1126/science.1130681
- Greening, L. (1997). Adolescents cognitive appraisals of cigarette smoking - an application of the protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology, 27*(22), 1972–1985. doi:10.1111/j.1559-1816.1997.tb01635.x
- Hagger, M. S., Wood, C., Stiff, C., & Chatzisarantis, N. L. D. (2010). Ego Depletion and the Strength Model of Self-Control: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 136*(4), 495–525. doi:10.1037/a0019486

- Hansen, J., Winzeler, S., & Topolinski, S. (2010). When the death makes you smoke: A terror management perspective on the effectiveness of cigarette on-pack warnings. *Journal of Experimental Social Psychology, 46*(1), 226–228. doi:10.1016/j.jesp.2009.09.007
- Hansen, A. L., Johnsen, B. R. H., Sollers, J. J., Stenvik, K., & Thayer, J. F. (2004). Heart rate variability and its relation to prefrontal cognitive function: the effects of training and detraining. *European Journal of Applied Physiology, 93*(3), 263–272. doi:10.1007/s00421-004-1208-0
- 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*(1), 107–116. doi:10.1093/her/7.1.107
- Hatziandreu, E. J., Pierce, J. P., Fiore, M. C., Grise, V., Novotny, T. E., & Davis, R. M. (1989). The reliability of self-reported cigarette consumption in the United States. *American Journal of Public Health, 79*(8), 1020–1023. doi:10.2105/ajph.79.8.1020
- Hektner, J. M., Schmidt, J. A., & Csikszentmihalyi, M. (2007). *Experience sampling method: measuring the quality of everyday life*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Higgins, E. T., Friedman, R. S., Harlow, R. E., Idson, L. C., Ayduk, O. N., & Taylor, A. (2001). Achievement orientations from subjective histories of success: Promotion pride versus prevention pride. *European Journal of Social Psychology, 31*(1), 3–23. doi:10.1002/ejsp.27
- Hofmann, W., Friese, M., & Wiers, R. W. (2008). Impulsive versus reflective influences on health behavior: a theoretical framework and empirical review. *Health Psychology Review, 2*(2), 111–137. doi:10.1080/17437190802617668
- Hofmann, W., & Fisher, R. R. (2012). How Guilt and Pride Shape Subsequent Self-Control. *Social Psychological and Personality Science, 3*(6), 682–690. doi:10.1177/1948550611435136
- Hubert, M., Rousseeuw, P. J., & Van Aelst, S. (2008). High-Breakdown Robust Multivariate Methods. *Statistical Science, 23*(1), 92–119. doi:10.1214/088342307000000087
- Ingjaldsson, J. T., Laberg, J. C., & Thayer, J. F. (2003). Reduced heart rate variability in chronic alcohol abuse: Relationship with negative mood, chronic thought suppression, and compulsive drinking. *Biological Psychiatry, 54*(12), 1427–1436. doi:10.1016/S0006-3223(02)01926-1

- Isen, A. M. (2001). An Influence of Positive Affect on Decision Making in Complex Situations: Theoretical Issues With Practical Implications. *Journal of Consumer Psychology, 11*(2), 75–85. doi:10.5465/AMR.2001.4378011
- Isen, A. M. (2008). Some Ways in Which Positive Affect Influences Decision Making and Problem Solving. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (3rd ed., pp. 548–574). New York: The Guilford Press.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly, 11*(1), 1–47. doi:10.1177/109019818401100101
- Jönsson, P. (2007). Respiratory sinus arrhythmia as a function of state anxiety in healthy individuals. *International Journal of Psychophysiology, 63*(1), 48–54. doi:10.1016/j.ijpsycho.2006.08.002
- Kash, T. L., Nobis, W. P., Matthews, R. T., & Winder, D. G. (2008). Dopamine Enhances Fast Excitatory Synaptic Transmission in the Extended Amygdala by a CRF-R1-Dependent Process. *Journal of Neuroscience, 28*(51), 13856–13865. doi:10.1523/jneurosci.4715-08.2008
- Kidwell, M. C., Lazarevic, L. B., Baranski, E., & Hardwicke, T. E. (2016). Badges to Acknowledge Open Practices : A Simple, Low-Cost, Effective Method for Increasing Transparency, *PLOS Biology, 1*–15. doi:10.1371/journal.pbio.1002456
- Klein, R. A., Vianello, M., Hasselman, F., Adams, B. G., Adams Jr, R. B., Alper, S., ... & Nosek, B.A. (2018). Many Labs 2: Investigating variation in replicability across samples and settings. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science, 1*(4), 443–490. doi:10.31234/osf.io/9654g
- Khaw, K. T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., & Day, N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: The EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Medicine, 5*(1), 0039–0047. doi:10.1371/journal.pmed.0050012
- Larson R., Csikszentmihalyi M. (2014). The Experience Sampling Method. In: Flow and the Foundations of Positive Psychology. Springer, Dordrecht
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543–62. doi:10.1111/1467-8624.00164
- LeDoux, J. (1968). The Emotional Brain: The mysterious underpinnings of emotional life. *Science News*. doi:10.2307/3953278
- Lockwood, P., Jordan, C. H., & Kunda, Z. (2002). Motivation by positive or negative role models: Regulatory focus determines who will best inspire us. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 854–864. doi:10.1037/0022-3514.83.4.854
- Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K., & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127(2), 267–286. doi:10.1037/0033-2909.127.2.267
- Loomes, G., & Sugden, R. (1982). Regret Theory: An Alternative Theory of Rational Choice Under Uncertainty. *The Economic Journal*, 92(368), 805. doi: 10.2307/2232669
- Manktelow, K. (1999). *Reasoning and Thinking*. London: Psychology Press
- Marsh, H. W., & O'Neill, R. (1984). Self Description Questionnaire Iii: the Construct Validity of Multidimensional Self-Concept Ratings By Late Adolescents. *Journal of Educational Measurement*, 21(2), 153–174. doi:10.1111/j.1745-3984.1984.tb00227.x
- Marsh, H. W. (1990). Self description questionnaire - Iii: Sdq Iii manual. Campbelltown, N.S.W.: University of Western Sydney, Macarthur.
- Marshall, S. J., & Biddle, S. J. (2001). The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals of Behavioral Medicine*. doi:10.1207/S15324796ABM2304_2
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807–817. doi:10.1037/0003-066X.35.9.807
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175–215. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x
- Mick, D. G., & Faure, C. (1998). Consumer self-gifts in achievement contexts: the role of outcomes, attributions, emotions, and deservingness. *International Journal of Research in Marketing*, 15(4), 293–307. doi:10.1016/S0167-8116(98)00006-8

- Milne, S., Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Prediction and Intervention in Health Related Behaviour: A meta-analytic review of Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(1), 106–143.
- Milne, S., Orbell, S., & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology, 7*(Pt 2), 163–184. doi:10.1348/135910702169420
- Miller, D. T., & Karniol, R. (1976). The Role of Rewards in Externally and Self-imposed Delay of Gratification. *Journal of Personality and Social Psychology, 33*(5), 594–600.
- Mischel, W., Ebbesen, E. B., & Zeiss, R. (1972). Cognitive and attentional mechanisms in delay of gratification. *Journal of Personality and Social Psychology, 21*(2), 204–218. doi:10.1037/h0032198
- Mischel, Walter, & Ayduk, O. N. (2004). Willpower in a Cognitive–Affective Processing System: The Dynamics of Delay of Gratification. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp. 99–129). New York: The Guilford Press.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States. *JAMA : The Journal of the American Medical Association* (Vol. 291, pp. 1238–1245). doi:10.1001/jama.271.9.660c
- Mukhopadhyay, A., & Johar, G. V. (2009). Indulgence as self-reward for prior shopping restraint: A justification-based mechanism. *Journal of Consumer Psychology, 19*(3), 334–345. doi:10.1016/j.jcps.2009.02.016
- Muraven, M., Collins, R. L., Morsheimer, E. T., Shiffman, S., & Paty, J. A. (2005). The morning after: Limit violations and the self-regulation of alcohol consumption. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(3), 253–262. doi:10.1037/0893-164X.19.3.253
- Nezlek, J. B. (2001). Multilevel random coefficient analyses of event-and interval-contingent data in social and personality psychology research. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(7), 771–785. doi:10.1177/0146167201277001
- Niall Bolger, & Laurenceau, J. (2013). *Intensive Longitudinal Methods An Introduction to Diary and Experience Sampling Research*. The Guilford Press (Vol. 41). New York. doi:10.3102/1076998616655019
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology* (5th ed.). Maidenhead: Open University Press.

- Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., & Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences, 127*, 54–60.
doi:10.1016/j.paid.2018.01.048
- Patrick, V. M., Chun, H. H., & Macinnis, D. J. (2009). Affective forecasting and self-control: Why anticipating pride wins over anticipating shame in a self-regulation context. *Journal of Consumer Psychology, 19*(3), 537–545. doi:10.1016/j.jcps.2009.05.006
- Peters, E., & Slovic, P. (2000). The springs of action: Affective and analytical information processing in choice. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*(12), 1465–1475.
doi:10.1177/01461672002612002
- Pierce, J. P., Aldrich, R. N., Hanratty, S., Dwyer, T., & Hill, D. (1987). Uptake and quitting smoking trends in Australia 1974–1984. *Preventive Medicine, 16*(2), 252–260.
doi:10.1016/0091-7435(87)90088-0
- Plotnikoff, R. C., Costigan, S. a., Karunamuni, N., & Lubans, D. R. (2013). Social cognitive theories used to explain physical activity behavior in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine, 56*(5), 245–253.
doi:10.1016/j.ypmed.2013.01.013
- Polivy, J., Herman, C. P., & Deo, R. (2010). Getting a bigger slice of the pie. Effects on eating and emotion in restrained and unrestrained eaters. *Appetite, 55*(3), 426–430.
doi:10.1016/j.appet.2010.07.015
- Peressutti, C., Martín-González, J. M., M.garcía-Manso, J., & Mesa, D. (2010). Heart rate dynamics in different levels of Zen meditation. *International Journal of Cardiology, 145*(1), 142–146. doi: 10.1016/j.ijcard.2009.06.058
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390
- Rabia, M., Knäuper, B., & Miquelon, P. (2006). The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm: the compensatory health beliefs model. *British Journal of Health Psychology, 11* (Pt 1), 139–153.
doi:10.1348/135910705X52237

- Radtke, T., Scholz, U., Keller, R., Knäuper, B., & Hornung, R. (2011). Smoking-specific compensatory health beliefs and the readiness to stop smoking in adolescents. *British Journal of Health Psychology, 16*(3), 610–625. doi:10.1348/2044-8287.002001
- Rogers, R. W. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *The Journal of Psychology, 91*(1), 93–114. doi:10.1080/00223980.1975.9915803
- Room, R. (1979). Measurements of drinking patterns in the general population and possible applications in studies of the role of alcohol in cancer. *Cancer Research, 39*, 2830–2833.
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology, 19*(6), 593–604. doi:10.1037/0278-6133.19.6.593
- Rosenstock, I. M. (2005). Why People Use Health Services. *Milbank Quarterly, 83*(4). doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00425.x
- Rotter, J. B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied, 80*(1). doi:10.1037/h0092976
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology, 25*(1), 54–67. doi:10.1006/ceps.1999.1020
- Salovey P, Sieber W, Jobe J, Willis G: The recall of physical pain. In Schwarz N, Sudman S (eds), *Autobiographical Memory and the Validity of Retrospective Reports*. New York: Springer-Verlag, 1993, 89–106.
- Schlam, T. R., Wilson, N. L., Shoda, Y., Mischel, W., & Ayduk, O. (2013). Preschoolers Delay of Gratification Predicts their Body Mass 30 Years Later. *The Journal of Pediatrics, 162*(1), 90–93. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.06.049
- Schmeichel, B. J., & Baumeister, R. F. (2004). Self-Regulatory Strength. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp. 84–99). New York: The Guilford Press.
- Shiv, B., Loewenstein, G., Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2005). Investment behavior and the negative side of emotion. *Psychological Science, 16*(6), 435–439. doi:10.1111/j.0956-7976.2005.01553.x

- Shoda, Y., Mischel, W., & Peake, P. K. (1990). Predicting Adolescent Cognitive and Self-Regulatory Competencies From Preschool Delay of Gratification : Identifying Diagnostic Conditions, *26*(6), 978–986.
- Siebert, A. (2009). *The Resiliency Advantage: Master Change, Thrive Under Pressure, and Bounce Back from Setbacks*. Richmond, Canada : Readhowyouwant.
- Simon, H. a. (1982). *Reason in Human Affairs*. Stanford: Stanford University Press.
- Song, H.-S., & Lehrer, P. M. (2003). The Effects of Specific Respiratory Rates on Heart Rate and Heart Rate Variability. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, *28*(1), 13–23. doi: 10.1023/a:1022312815649
- Sparks, P., & Guthrie, C. a. (1998). Self-identity and the theory of planned behaviour: a useful addition or an unhelpful artifice? *Journal of Applied Social Psychology*, *28*(15), 1393–1410. doi:10.1111/j.1559-1816.1998.tb01683.x
- Steele, C M, Spencer, S. J., & Lynch, M. (1993). Self-image resilience and dissonance: the role of affirmational resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*(6), 885–896. doi:10.1037/0022-3514.64.6.885
- Steele, Claude M., & Liu, T. J. (1983). Dissonance processes as self-affirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *45*(1), 5–19. doi:10.1037/0022-3514.45.1.5
- Tanner, R. J., & Carlson, K. A. (2009). Unrealistically Optimistic Consumers: A Selective Hypothesis Testing Account for Optimism in Predictions of Future Behavior. *Journal of Consumer Research*, *35*(5), 810–822. doi:10.1086/593690
- Taylor, A. H., & May, S. (1996). Threat and coping appraisal as determinants of compliance with sports injury rehabilitation: An application of protection motivation theory. *Journal of Sports Sciences*, *14*(6), 471–482. doi:10.1080/02640419608727734
- Taylor, P., Higdon, J. V, & Frei, B. (2007). Coffee and Health: A Review of Recent Human Research. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 37–41. doi:10.1080/10408390500400009
- Tenjović, L. (2017). *Robustnost statističkih postupaka i robustni ocenitelji parametara lokacije i skale*. Neobjavljeni nastavni materijal.
- Theodorakis, Y. (1994). Planned Behavior, Attitude Strength, Role Identity, and the Prediction of Exercise Behavior. *The Sport Psychologist*, *8*(2), 149–165. doi: 10.1123/tsp.8.2.149

- Tracy, J. L., Robins, R. W., & Tangney, J. P. (2007). The Self in Self-Conscious Emotions. In *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 194–208).
doi:10.1207/s15327752jpa6701_17
- Trope, Y., & Neter, E. (1994). Reconciling competing motives in self-evaluation: the role of self-control in feedback seeking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 646–657. doi:10.1037/0022-3514.66.4.646
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1975). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Utility, Probability, and Human Decision Making*, 185(4157), 141–162.
doi:10.1007/978-94-010-1834-0_8
- Van Rensburg, K.J., Taylor, A. & Hodgson, T. (2009). The effects of acute exercise on attentional bias towards smoking-related stimuli during temporary abstinence from smoking. *Addiction*. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02692.x.
- Vollrath, M., Knoch, D., & Cassano, L. (1999). Personality, risky health behaviour, and perceived susceptibility to health risks. *European Journal of Personality*, 13(1), 39–50.
doi:10.1002/(SICI)1099-0984(199901/02)13:1<39::AID-PER328>3.0.CO;2-J
- Vollrath, M., & Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences*, 32(7), 1185–1197. doi:10.1016/S0191-8869(01)00080-0
- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1980). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. *Social Psychology of Health and Illness*, (1977), 65–95.
doi:10.1515/botm.1992.35.2.165
- Watts, T. W., Duncan, G. J., & Quan, H. (2018). Revisiting the Marshmallow Test: A Conceptual Replication Investigating Links Between Early Delay of Gratification and Later Outcomes. *Psychological Science*, 29(7), 1159–1177.
<https://doi.org/10.1177/0956797618761661>
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249–268. doi:10.1037/0033-2909.132.2.249
- West, R. (2005). Time for a change : putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 1036–1040. doi:10.1111/i.1360-0443.2005.01139.x

- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 81–85. doi:10.1111/1467-8721.ep10772327.
- Wilcox, K., Vallen, B., Block, L., & Fitzsimons, G. J. (2009). Vicarious Goal Fulfillment: When the Mere Presence of a Healthy Option Leads to an Ironically Indulgent Decision. *Journal of Consumer Research*, 36(3), 380–393. doi:10.1086/599219
- Williams, L. A., & DeSteno, D. (2008). Pride and perseverance: the motivational role of pride. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(6), 1007–1017. doi:10.1037/0022-3514.94.6.1007
- Wood, J. V., Heimpel, S. A., & Michela, J. L. (2003). Savoring versus dampening: Self-esteem differences in regulating positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 566–580. doi:10.1037/0022-3514.85.3.566
- World Health Organization. (2019). World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311696>.
- World Health Organization. (2013). Global School-Based Student Health Survey - Core Questionnaire Modules. *World Health Organization*. Preuzeto 14.9.2019 sa https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_Core_Modules_2013_English.pdf
- Zakon o oglašavanju, *Službeni glasnik RS*, br. 6/2016 i 52/2019

Dodatak 1: Inventar za uzorkovanje iskustava

Voda			
P1	Da li ste pili VODU tokom prethodnih dva sata ?	Ne	P3
		Da	P2
P2	Ovaj put ste pili VODU...	Mnogo manje nego obično	P4
		Manje	
		Malo manje	
		Isto kao i obično	
		Malo više	
		Više	
		Mnogo više nego obično	
P3	Smatrate da VODU tokom prethodnih dva sata...	Nije trebalo da pijete	P5
		Jeste trebalo da pijete	
P4	Povodom toga koliko ste VODE popili tokom prethodnih dva sata, osećate se...	Prilično loše	P6
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	
P5	Povodom toga što niste pili VODU, osećate se...	Prilično loše	P6
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	
Kafa			
P6	Da li ste pili KAFU, ČAJ SA KOFEINOM ili ENERGETSKA PIĆA tokom prethodnih dva sata ?	Ne	P8
		Da	P7
P7	Ovaj put ste pili KAFU, ČAJ SA KOFEINOM ili ENERGETSKA PIĆA...	Mnogo manje nego obično	P9
		Manje	
		Malo manje	
		Isto kao i obično	
		Malo više	
		Više	
Mnogo više nego obično			

P8	Kada je u pitanju konzumacija KAFE, ČAJA SA KOFEINOM ili ENERGETSKIH PIĆA tokom prethodnih dva sata...	Uopšte niste bili u iskušenju	P10
		Bili ste u slabom iskušenju	
		Bili ste u umerenom iskušenju	
		Bili ste u jakom iskušenju	
P9	Povodom toga koliko ste KAFE, ČAJA SA KOFEINOM ili ENERGETSKIH PIĆA popili tokom prethodnih dva sata, osećate se...	Prilično loše	P11
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
P10	Povodom toga što niste pili KAFU, ČAJ SA KOFEINOM ili ENERGETSKA PIĆA, osećate se...	Prilično loše	P11
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
Alkohol			
P11	Da li ste pili ALKOHOLNO piće tokom prethodnih dva sata?	Ne	P13
		Da	P12
P12	Ovaj put ste pili ALKOHOLNIH pića...	Mnogo manje nego obično	P14
		Manje	
		Malo manje	
		Isto kao i obično	
		Malo više	
		Više	
P13	Kada je u pitanju konzumacija ALKOHOLNIH pića tokom prethodnih dva sata...	Uopšte niste bili u iskušenju	P15
		Bili ste u slabom iskušenju	
		Bili ste u umerenom iskušenju	
		Bili ste u jakom iskušenju	
P14	Povodom toga koliko ste popili ALKOHOLA tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	P16
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
P15		Prilično loše	P16

	Povodom toga što niste pili ALKOHOL osećate se...	Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	
Cigarete			
P16	Da li ste pušili CIGARETE tokom prethodnih dva sata ?	Ne	P18
		Da	P17
P17	Ovaj put ste pušili CIGARETE...	Mnogo manje nego obično	P19
		Manje	
		Malo manje	
		Isto kao i obično	
		Malo više	
		Više	
		Mnogo više nego obično	
P18	Kada je u pitanju konzumacija CIGARETA tokom prethodnih dva sata...	Uopšte niste bili u iskušenju	P20
		Bili ste u slabom iskušenju	
		Bili ste u umerenom iskušenju	
		Bili ste u jakom iskušenju	
P19	Povodom toga koliko ste CIGARETA popušili tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	P21
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	
P20	Povodom toga što niste pušili CIGARETE tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	P21
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	
Brza hrana			
P21	Da li ste jeli BRZU ili PROCESIRANU HRANU tokom prethodnih dva sata ?	Ne	P23
		Da	P22
P22	Ovaj put ste BRZU ili PROCESIRANU HRANU jeli...	Mnogo manje nego obično	P24
		Manje	

		Malo manje	
		Isto kao i obično	
		Malo više	
		Više	
		Mnogo više nego obično	
P23	Kada je u pitanju konzumacija BRZE ili PROCESIRANE HRANE tokom prethodnih dva sata...	Uopšte niste bili u iskušenju	P25
		Bili ste u slabom iskušenju	
		Bili ste u umerenom iskušenju	
		Bili ste u jakom iskušenju	
P24	Povodom toga koliko ste BRZE ili PROCESIRANE HRANE pojeli tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	P26
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	
P25	Povodom toga što niste jeli BRZU ili PROCESIRANU HRANU tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	P26
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	
Slatkiši			
P26	Da li ste jeli SLATKIŠE ili pili ZAŠEĆERENE SOKOVE tokom prethodnih dva sata ?	Ne	P28
		Da	P27
P27	Ovaj put ste jeli SLATKIŠE ili pili ZAŠEĆERENE SOKOVE...	Mnogo manje nego obično	P29
		Manje	
		Malo manje	
		Isto kao i obično	
		Malo više	
		Više	
		Mnogo više nego obično	
P28	Kada je u pitanju konzumacija SLATKIŠA ili ZAŠEĆERENIH SOKOVA tokom prethodnih dva sata...	Uopšte niste bili u iskušenju	P30
		Bili ste u slabom iskušenju	
		Bili ste u umerenom iskušenju	
		Bili ste u jakom iskušenju	
P29	Povodom toga koliko ste pojeli SLATKIŠA ili popili ZAŠEĆERENIH SOKOVA osećate se...	Prilično loše	P32
		Loše	

		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	
P30	Povodom toga što niste jeli SLATKIŠE ili pili ZAŠEĆERENE SOKOVE tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	P32
Voće			
P31	Da li ste jeli VOĆE ili pili CEĐENE SOKOVE tokom prethodnih dva sata?	Ne	P33
		Da	P32
P32	Ovaj put ste jeli VOĆE ili pili CEĐENE SOKOVE...	Mnogo manje nego obično	
		Manje	
		Malo manje	
		Isto kao i obično	
		Malo više	
		Više	
		Mnogo više nego obično	P34
P33	Smatrate da VOĆE ili CEĐENE SOKOVE tokom prethodnih dva sata...	Nije trebalo da jedete/pijete	
		Jeste trebalo da jedete/pijete	P35
P34	Povodom toga koliko ste VOĆA pojeli ili CEĐENIH SOKOVA popili tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	P36
P35	Povodom toga što niste jeli VOĆE ili pili CEĐENE SOKOVE tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	P36
Povrće			
P36		Ne	P38

	Da li ste jeli sveže POVRĆE ili SALATE ste tokom prethodnih dva sata ?	Da	P37
P37	Ovaj put ste jeli sveže POVRĆE ili SALATE ...	Mnogo manje nego obično	
		Manje	
		Malo manje	
		Isto kao i obično	
		Malo više	
		Više	
		Mnogo više nego obično	P38
P38	Smatrate da POVRĆE ili SALATE tokom prethodnih dva sata...	Nije trebalo da jedete	P39
		Jeste trebalo da jedete	
P39	Povodom toga koliko ste svežeg POVRĆA ili SALATE jeli tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	P41
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	P41
P40	Povodom toga što niste jeli sveže POVRĆE ili SALATE tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	P41
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	P41
Fizička aktivnost			
P41	Da li ste se bavili FIZIČKOM AKTIVNOŠĆU (vežbanjem) tokom prethodnih dva sata?	Ne	P43
		Da	P42
P42	Ovaj put ste se bavili FIZIČKOM AKTIVNOŠĆU (vežbanjem)...	Mnogo manje nego obično	P44
		Manje	
		Malo manje	
		Isto kao i obično	
		Malo više	
		Više	
		Mnogo više nego obično	P44
P43	Smatrate da FIZIČKOM AKTIVNOŠĆU (vežbanjem) tokom proteklih dva sata...	Nije trebalo da se bavite	P45
		Jeste trebalo da se bavite	
P44	Povodom toga koliko ste se bavili FIZIČKOM AKTIVNOŠĆU (vežbanjem) tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	P46
		Loše	
		Pomalo loše	

		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	
P45	Povodom toga što se niste bavili FIZIČKOM AKTIVNOŠĆU (vežbanjem) tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	P46
Dodaci ishrani			
P46	Da li ste konzumirali DODATKE ISHRANI (vitamine, minerale i sl.) tokom prethodnih dva sata?	Ne	P48
		Da	P47
P47	Ovaj put ste konzumirali DODATKE ISHRANI (vitamine, minerale i sl.):	Mnogo manje nego obično	
		Manje	
		Malo manje	
		Isto kao i obično	
		Malo više	
		Više	
		Mnogo više nego obično	P49
P48	Smatrate da DODATKE ISHRANI (vitamini, minerali i sl.) tokom prethodnih dva sata...	Nije trebalo da konzumirate	
		Jeste trebalo da konzumirate	P50
P49	Povodom toga koliko ste DODATKE ISHRANI (vitamina, minerala i sl) konzumirali tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	P51
P50	Povodom toga što niste konzumirali DODATKE ISHRANI (vitamine, minerale i sl.) tokom prethodnih dva sata osećate se...	Prilično loše	
		Loše	
		Pomalo loše	
		Ni dobro ni loše	
		Pomalo dobro	
		Dobro	
		Veoma dobro	P51
Dešavanja			
P51		Veoma negativno	P52

	Ono što Vam se DEŠAVALO tokom prethodnih dva sata doživljavate kao...	Umereno negativno	
		Blago negativno	
		Ni pozitivno ni negativno	
		Blago pozitivno	
		Umereno pozitivno	
		Veoma pozitivno	
Umor			
P52	Kako se OSEĆATE u ovom trenutku?.	Veoma umorno	
		Umereno umorno	
		Blago umorno	
		Ni umorno ni odmorno	
		Blago odmorno	
		Umereno odmorno	
		Veoma odmorno	
			KRAJ

Dodatak 1: HEXACO 60

HEXACO-PI-R S/R forma

MOLIMO VAS, PAŽLJIVO PROČITAJTE SVE INSTRUKCIJE PRE NEGO ŠTO POČNETE SA RADOM.

Ovaj upitnik sadrži 60 tvrdnji. Molimo Vas, pažljivo pročitajte svaku tvrdnju i **zaokružite** jedan odgovor u meri u kojoj se tvrdnja na Vas odnosi ili ne odnosi.

- ZAOKRUŽITE "1" AKO JE TVRDNJA **POTPUNO NETAČNA** KADA SE RADI O 1 2 3 4 5
VAMA ILI SE SA NJOM NIMALO NE SLAŽETE
- ZAOKRUŽITE "2" AKO JE TVRDNJA **UGLAVNOM NETAČNA** ILI SE SA NJOM NE 1 2 3 4 5
SLAŽETE
- ZAOKRUŽITE "3" AKO JE TVRDNJA **OTPRILIKE PODJEDNAKO I TAČNA I** 1 2 3 4 5
NETAČNA, ILI AKO NE MOŽETE DA SE ODLUČITE
- ZAOKRUŽITE "4" AKO JE TVRDNJA **UGLAVNOM TAČNA** ILI SE SA NJOM 1 2 3 4 5
UGLAVNOM SLAŽETE
- ZAOKRUŽITE "5" AKO JE TVRDNJA **POTPUNO TAČNA** ILI SE SA NJOM SASVIM 1 2 3 4 5
SLAŽETE

Ovde nema tačnih i pogrešnih odgovora, pa zato ne treba da budete nekakav stručnjak da biste popunili ovaj upitnik. **OPIŠITE SEBE ŠTO ISKRENJE I IZNESITE SVOJE MIŠLJENJE ŠTO JE MOGUĆE TAČNIJE.**

NE TREBA DA PREVIŠE DUGO MISLITE O ZNAČENJU SVAKE TVRDNJE. NAJBOLJE ĆETE UČINITI AKO IZABERETE ONAJ ODGOVOR KOJI VAM, POŠTO STE RAZUMELI ŠTA TVRDNJA ZNAČI, PRVO PADNE NA PAMET.

POL: M Ž STAROST: _____

1 <i>POTPUNO NETAČNO</i>	2 <i>UGLAVNOM NETAČNO</i>	3 <i>NISAM SIGURAN</i>	4 <i>UGLAVNOM TAČNO</i>	5 <i>POTPUNO TAČNO</i>	
Poseta umetničkoj galeriji bi mi bila dosadna.	1	2	3	4	5
Planiram unapred i organizujem se kako bih izbegao da završavam nešto u poslednjem trenutku.	1	2	3	4	5
Uglavnom se ne ljutim na ljude, čak ni na one koji su me jako povredili.	1	2	3	4	5
Uopšteno gledajući, uglavnom sam zadovoljan sobom.	1	2	3	4	5
Plašio bih se ukoliko bih morao da putujem po lošem vremenu.	1	2	3	4	5
Nikada ne bih laskao nekome kako bih dobio povišicu ili unapređenje, čak i ukoliko bih mislio da mogu da uspem.	1	2	3	4	5
Zanimaju me istorija i politika stranih zemalja.	1	2	3	4	5
Obično se jako trudim kada želim da postignem neki cilj.	1	2	3	4	5
Ljudi mi ponekad kažu da da previše kritikujem druge.	1	2	3	4	5

<i>1</i> <i>POTPUNO</i> <i>NETAČNO</i>	<i>2</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>NETAČNO</i>	<i>3</i> <i>NISAM SIGURAN</i>	<i>4</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>TAČNO</i>	<i>5</i> <i>POTPUNO</i> <i>TAČNO</i>				
Retko izražavam svoje mišljenje na grupnim sastancima.				1	2	3	4	5
Ponekad ne mogu da se suzdržim da ne brinem o sitnicama.				1	2	3	4	5
Kada bih znao da me neće uhvatiti, bio bih spreman da ukradem milion dolara.				1	2	3	4	5
Uživao bih stvarajući neko umetničko delo kao što je roman, pesma ili slika.				1	2	3	4	5
Kad nešto radim, ne obraćam pažnju na sitne detalje.				1	2	3	4	5
Drugi ljudi mi ponekad kažu da sam suviše tvrdoglav.				1	2	3	4	5
Više volim poslove koji podrazumevaju kontakte s ljudima nego poslove gde bih radio sam.				1	2	3	4	5
Kada mi nije dobro, treba mi neko da me uteši.				1	2	3	4	5
Nije mi naročito važno da imam mnogo novca.				1	2	3	4	5
Razmatranje neuobičajenih ideja je gubljenje vremena.				1	2	3	4	5
Donosim odluke više na osnovu trenutnog osećanja nego pažljivog promišljanja.				1	2	3	4	5
Drugi ljudi smatraju da sam plahovite naravi.				1	2	3	4	5
Najčešće se osećam veselo i optimistično.				1	2	3	4	5
Plače mi se kada vidim druge kako plaču.				1	2	3	4	5
Zaslužujem više poštovanja nego prosečna osoba.				1	2	3	4	5
Kad bih bio u prilici, voleo bih da odem na koncert klasične muzike.				1	2	3	4	5
Kada radim, ponekad imam teškoća jer sam neorganizovan.				1	2	3	4	5
Smatram da treba da "oprostim i zaboravim" čak i onima koji su se jako loše poneli prema meni.				1	2	3	4	5
Osećam da nisam popularna osoba.				1	2	3	4	5
Jako se plašim fizičke opasnosti.				1	2	3	4	5
Ako mi od neke osobe treba nešto, smejaću se čak i njenim najgorim šalama.				1	2	3	4	5
Nikada nisam uživao u čitanju enciklopedija.				1	2	3	4	5
Radim tek onoliko koliko moram.				1	2	3	4	5
Obično sam blag kada procenjujem druge.				1	2	3	4	5
Kad sam s nekim u društvu, obično prvi započinjem razgovor.				1	2	3	4	5
Brinem mnogo manje nego većina ljudi.				1	2	3	4	5
Nikada ne bih prihvatio mito, čak ni vrlo veliki.				1	2	3	4	5
Drugi ljudi su mi često govorili da imam živu maštu.				1	2	3	4	5
Uvek se trudim da u svom poslu budem precizan, čak i ako to zahteva više vremena.				1	2	3	4	5
Obično sam prilično fleksibilan u diskusiji kada se drugi ne slažu sa mnom.				1	2	3	4	5
Kad odem na neko novo mesto, prvo se sprijateljim s ljudima.				1	2	3	4	5
Ne treba mi emocionalna podrška drugih da bih se izborio sa teškoćama.				1	2	3	4	5
Činilo bi mi zadovoljstvo da posedujem skupe, luksuzne stvari.				1	2	3	4	5
Sviđaju mi se ljudi koji imaju nekonvencionalne (neobične) stavove.				1	2	3	4	5

<i>1</i> <i>POTPUNO</i> <i>NETAČNO</i>	<i>2</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>NETAČNO</i>	<i>3</i> <i>NISAM SIGURAN</i>	<i>4</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>TAČNO</i>	<i>5</i> <i>POTPUNO</i> <i>TAČNO</i>				
Pravim mnogo grešaka, jer ne razmislim pre no što nešto uradim.	1	2	3	4	5			
Većina ljudi se razljuti brže nego ja.	1	2	3	4	5			
Većina ljudi je "življa" i dinamičnija od mene.	1	2	3	4	5			
Emotivno reagujem kada neko ko mi je blizak odlazi na duže vreme.	1	2	3	4	5			
Želim da ljudi znaju da sam važna osoba visokog statusa.	1	2	3	4	5			
Nisam umetnički ili kreativan tip.	1	2	3	4	5			
Drugi ljudi me često nazivaju perfekcionista.	1	2	3	4	5			
Čak i kada drugi prave mnogo grešaka, retko kažem nešto negativno.	1	2	3	4	5			
Ponekad se osećam bezvrednim.	1	2	3	4	5			
Ne paničim čak ni u vanrednim situacijama.	1	2	3	4	5			
Nikada se ne bih pretvarao da mi se neko dopada samo da bi mi ta osoba učinila uslugu.	1	2	3	4	5			
Dosadno mi je da pričam o filozofiji.	1	2	3	4	5			
Više volim da uradim šta god mi padne na pamet, nego da se držim plana.	1	2	3	4	5			
Kada mi drugi kažu da nisam u pravu, moja prva reakcija je ulazak u raspravu sa njima.	1	2	3	4	5			
Kad sam u grupi ljudi, obično ja govorim u ime grupe.	1	2	3	4	5			
Ne reagujem emotivno čak ni u situacijama kada većina ljudi reaguje sentimentalno.	1	2	3	4	5			
Došao bih u iskušenje da koristim lažni novac kada bih znao da me neće uhvatiti.	1	2	3	4	5			

Dodatak 3: HEXACO 100

HEXACO-PI-R
S/R forma

MOLIMO VAS, PAŽLJIVO PROČITAJTE SVE INSTRUKCIJE PRE NEGO ŠTO POČNETE SA RADOM.

Ovaj upitnik sadrži 100 tvrdnji. Molimo Vas, pažljivo pročitajte svaku tvrdnju i **zaokružite** jedan odgovor u meri u kojoj se tvrdnja na Vas odnosi ili ne odnosi.

- ZAOKRUŽITE "1" AKO JE TVRDNJA **POTPUNO NETAČNA** KADA SE RADI O 2 3 4 5
VAMA ILI SE SA NJOM NIMALO NE SLAŽETE
- ZAOKRUŽITE "2" AKO JE TVRDNJA **UGLAVNOM NETAČNA** ILI SE SA NJOM NE SLAŽETE 1 3 4 5
- ZAOKRUŽITE "3" AKO JE TVRDNJA **OTPRILIKE PODJEDNAKO I TAČNA I NETAČNA**, ILI AKO NE MOŽETE DA SE ODLUČITE 1 2 4 5
- ZAOKRUŽITE "4" AKO JE TVRDNJA **UGLAVNOM TAČNA** ILI SE SA NJOM UGLAVNOM SLAŽETE 1 2 3 5
- ZAOKRUŽITE "5" AKO JE TVRDNJA **POTPUNO TAČNA** ILI SE SA NJOM SASVIM SLAŽETE 1 2 3 4 5

Ovde nema tačnih i pogrešnih odgovora, pa zato ne treba da budete nekakav stručnjak da biste popunili ovaj upitnik. **OPIŠITE SEBE ŠTO ISKRENJIJE I IZNESITE SVOJE MIŠLJENJE ŠTO JE MOGUĆE TAČNIJE.**

NE TREBA DA PREVIŠE DUGO MISLITE O ZNAČENJU SVAKE TVRDNJE. NAJBOLJE ĆETE UČINITI AKO IZABERETE ONAJ ODGOVOR KOJI VAM, POŠTO STE RAZUMELI ŠTA TVRDNJA ZNAČI, PRVO PADNE NA PAMET.

POL: M Ž STAROST: _____

<i>1</i> <i>POTPUNO</i> <i>NETAČNO</i>	<i>2</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>NETAČNO</i>	<i>3</i> <i>NISAM SIGURAN</i>	<i>4</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>TAČNO</i>	<i>5</i> <i>POTPUNO</i> <i>TAČNO</i>	
Poseta umetničkoj galeriji bi mi bila dosadna.	1	2	3	4	5
Prilično često čistim svoju kancelariju ili kuću.	1	2	3	4	5
Uglavnom se ne ljutim na ljude, čak ni na one koji su me jako povredili.	1	2	3	4	5
Uopšteno gledajući, uglavnom sam zadovoljan sobom.	1	2	3	4	5
Plašio bih se ukoliko bih morao da putujem po lošem vremenu.	1	2	3	4	5
Ako mi nešto treba od osobe koja mi se ne dopada, biću veoma fin prema njoj kako bih to dobio.	1	2	3	4	5
Zanimaju me istorija i politika stranih zemalja.	1	2	3	4	5
Kada radim, često sebi postavljam ambiciozne ciljeve.	1	2	3	4	5
Ljudi mi ponekad kažu da da previše kritikujem druge.	1	2	3	4	5

<i>1</i> <i>POTPUNO</i> <i>NETAČNO</i>	<i>2</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>NETAČNO</i>	<i>3</i> <i>NISAM SIGURAN</i>	<i>4</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>TAČNO</i>	<i>5</i> <i>POTPUNO</i> <i>TAČNO</i>				
Retko izražavam svoje mišljenje na grupnim sastancima.				1	2	3	4	5
Ponekad ne mogu da se suzdržim da ne brinem o sitnicama.				1	2	3	4	5
Kada bih znao da me neće uhvatiti, bio bih spreman da ukradem milion dolara.				1	2	3	4	5
Više bih voleo rutinski posao nego posao koji zahteva kreativnost.				1	2	3	4	5
Uvek po nekoliko puta proverim ono što sam uradio, tražeći greške.				1	2	3	4	5
Drugi ljudi mi ponekad kažu da sam suviše tvrdoglav.				1	2	3	4	5
Izbegavam da "ćaskam" s drugima.				1	2	3	4	5
Kada mi nije dobro, treba mi neko da me uteši.				1	2	3	4	5
Nije mi naročito važno da imam mnogo novca.				1	2	3	4	5
Razmatranje neuobičajenih ideja je gubljenje vremena.				1	2	3	4	5
Donosim odluke više na osnovu trenutnog osećanja nego pažljivog promišljanja.				1	2	3	4	5
Drugi ljudi smatraju da sam plahovite naravi.				1	2	3	4	5
Skoro uvek se osećam kao da imam puno energije.				1	2	3	4	5
Plače mi se kada vidim druge kako plaču.				1	2	3	4	5
Ne razlikujem se puno od drugih ljudi.				1	2	3	4	5
Ne bih trošio vreme na čitanje poezije.				1	2	3	4	5
Planiram unapred i organizujem se kako bih izbegao da završavam nešto u poslednjem trenutku.				1	2	3	4	5
Smatram da treba da "oprostim i zaboravim" čak i onima koji su se jako loše poneli prema meni.				1	2	3	4	5
Mislim da se većini ljudi sviđaju neke moje osobine.				1	2	3	4	5
Ne bi mi smetalo da radim opasne poslove.				1	2	3	4	5
Nikada ne bih laskao nekome kako bih dobio povišicu ili unapređenje, čak i ukoliko bih mislio da mogu da uspem.				1	2	3	4	5
Uživam da razgledam mape raznih mesta.				1	2	3	4	5
Ulažem veoma veliki trud kada želim da postignem neki cilj.				1	2	3	4	5
Obično prihvatam tuđe mane i ne žalim se u vezi njih.				1	2	3	4	5
Kad sam s nekim u društvu, obično prvi započinjem razgovor.				1	2	3	4	5
Brinem mnogo manje nego većina ljudi.				1	2	3	4	5
Bio bih u iskušenju da kupim ukradenu robu ako bih bio u finansijskoj krizi .				1	2	3	4	5
Uživao bih stvarajući neko umetničko delo kao što je roman, pesma ili slika.				1	2	3	4	5
Kad nešto radim, ne obraćam pažnju na sitne detalje.				1	2	3	4	5
Obično sam prilično fleksibilan u diskusiji kada se drugi ne slažu sa mnom.				1	2	3	4	5
Uživam kada je oko mene mnogo ljudi s kojima mogu da razgovaram.				1	2	3	4	5

<i>1</i> <i>POTPUNO</i> <i>NETAČNO</i>	<i>2</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>NETAČNO</i>	<i>3</i> <i>NISAM SIGURAN</i>	<i>4</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>TAČNO</i>	<i>5</i> <i>POTPUNO</i> <i>TAČNO</i>	
Ne treba mi emocionalna podrška drugih da bih se izborio sa teškoćama.	1	2	3	4	5
Voleo bih da stanujem u skupom, otmenom kraju.	1	2	3	4	5
Sviđaju mi se ljudi koji imaju neuobičajene stavove.	1	2	3	4	5
Pravim mnogo grešaka, jer ne razmislim pre no što nešto uradim.	1	2	3	4	5
Retko se ljutim, čak i kada se drugi vrlo loše odnose prema meni.	1	2	3	4	5
Najčešće se osećam veselo i optimistično.	1	2	3	4	5
Kada je neko koga dobro poznajem nesrećan, gotovo da i sam mogu da osetim njegovu/njenu patnju.	1	2	3	4	5
Ne bih voleo da me ljudi tretiraju kao vrednijeg od njih samih.	1	2	3	4	5
Kad bih bio u prilici, voleo bih da odem na koncert klasične muzike.	1	2	3	4	5
Drugi se obično šale na račun neurednosti moje sobe ili radnog stola.	1	2	3	4	5
Ako me neko jednom prevari, uvek ću biti nepoverljiv prema toj osobi.	1	2	3	4	5
Osećam da nisam popularna osoba.	1	2	3	4	5
Jako se plašim fizičke opasnosti.	1	2	3	4	5
Ako mi od neke osobe treba nešto, smejaću se čak i njenim najgorim šalama.	1	2	3	4	5
Dosadne su mi knjige o nauci i tehnologiji.	1	2	3	4	5
Često odustanem od cilja koji sam sebi postavio.	1	2	3	4	5
Obično sam blag kada procenjujem druge.	1	2	3	4	5
Kad sam u grupi ljudi, obično ja govorim u ime grupe.	1	2	3	4	5
Veoma retko mi se dešava da zbog stresa ili nervoze imam problema sa spavanjem.	1	2	3	4	5
Nikada ne bih prihvatio mito, čak ni vrlo veliki.	1	2	3	4	5
Drugi ljudi su mi često govorili da imam živu maštu.	1	2	3	4	5
Uvek se trudim da u svom poslu budem precizan, čak i ako to zahteva više vremena.	1	2	3	4	5
Kada mi drugi kažu da nisam u pravu, moja prva reakcija je ulazak u raspravu sa njima.	1	2	3	4	5
Više volim poslove koji podrazumevaju kontakte s ljudima nego poslove gde bih radio sam.	1	2	3	4	5
Kada sam zbog nečega zabrinut, želim da podelim brigu s drugom osobom.	1	2	3	4	5
Voleo bih da me vide kako se vozim u jako skupim kolima.	1	2	3	4	5
Smatram sebe pomalo ekscentričnom osobom.	1	2	3	4	5
Ne dozvoljavam sebi da odlučujem brzopleto i naglo.	1	2	3	4	5
Većina ljudi se razljuti brže nego ja.	1	2	3	4	5
Drugi ljudi mi često kažu da bi trebalo da se razvedrim.	1	2	3	4	5
Emotivno reagujem kada neko ko mi je blizak odlazi na duže vreme.	1	2	3	4	5
Zaslužujem više poštovanja nego prosečna osoba.	1	2	3	4	5

<i>1</i> <i>POTPUNO</i> <i>NETAČNO</i>	<i>2</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>NETAČNO</i>	<i>3</i> <i>NISAM SIGURAN</i>	<i>4</i> <i>UGLAVNOM</i> <i>TAČNO</i>	<i>5</i> <i>POTPUNO</i> <i>TAČNO</i>				
Ponekad uživam da gledam kako vetar duva kroz krošnje drveća.				1	2	3	4	5
Kada radim, ponekad imam teškoća jer sam neorganizovan.				1	2	3	4	5
Teško mi je da potpuno oprostim osobi koja mi je učinila nešto nažao.				1	2	3	4	5
Ponekad se osećam bezvrednim.				1	2	3	4	5
Ne paničim čak ni u vanrednim situacijama.				1	2	3	4	5
Nikada se ne bih pretvarao da mi se neko dopada samo da bi mi ta osoba učinila uslugu.				1	2	3	4	5
Nikada nisam uživao u čitanju enciklopedija.				1	2	3	4	5
Radim tek onoliko koliko moram.				1	2	3	4	5
Čak i kada drugi prave mnogo grešaka, retko kažem nešto negativno.				1	2	3	4	5
Sklon sam da se osećam neprijatno kada govorim pred grupom.				1	2	3	4	5
Vrlo sam napet kada očekujem neke važne vesti.				1	2	3	4	5
Došao bih u iskušenje da koristim lažni novac kada bih znao da me neće uhvatiti.				1	2	3	4	5
Nisam umetnički ili kreativan tip.				1	2	3	4	5
Drugi ljudi me često nazivaju perfekcionista.				1	2	3	4	5
Teško mi je da postignem kompromis s drugima kada osećam da sam stvarno u pravu.				1	2	3	4	5
Kad odem na neko novo mesto, prvo se sprijateljim s ljudima.				1	2	3	4	5
Sa drugim ljudima retko razgovaram o svojim problemima.				1	2	3	4	5
Činilo bi mi zadovoljstvo da posedujem skupe, luksuzne stvari.				1	2	3	4	5
Dosadno mi je da pričam o filozofskim temama.				1	2	3	4	5
Više volim da uradim šta god mi padne na pamet, nego da se držim plana.				1	2	3	4	5
Teško mi je da obuzdam bes kada me drugi vređaju.				1	2	3	4	5
Većina ljudi je "življa" i dinamičnija od mene.				1	2	3	4	5
Ne reagujem emotivno čak ni u situacijama kada većina ljudi to čini.				1	2	3	4	5
Želim da ljudi znaju da sam važna osoba visokog statusa.				1	2	3	4	5
Saosećam sa ljudima koji imaju manje sreće nego ja.				1	2	3	4	5
Velikodušno pomažem onima kojima je to potrebno.				1	2	3	4	5
Ne bi mi smetalo da povredim nekoga ko mi se ne sviđa.				1	2	3	4	5
Drugi ljudi smatraju da sam bezosećajna osoba.				1	2	3	4	5

Dodatak 4: SDQ

SDQ III[©]

INSTRUMENT

Sve prikupljene informacije će biti čuvane kao striktno poverljive								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

IME:	STAROST: (godina) (meseci)	DATUM: /
MUŠKO / ŽENSKO (zaokruži jedan odgovor)	GRUPA:	

MOLIM VAS PRVO PROČITAJTE OVE INSTRUKCIJE

Ovo nije test – ovde nema tačnih ili pogrešnih odgovora.

Ovo je za Vas prilika da razmislite na koji način razmišljate i kako se povodom sebe osećate. **Ovo nije test** – ovde nema tačnih i pogrešnih odgovora, i svako će imati različite odgovore. Cilj ove studije je da utvrdi kako ljudi opisuju sebe i koje karakteristike su im najvažnije za to kako se povodom sebe osećaju. Na sledećim stranicama je niz tvrdnji koje su manje ili više tačni (ili manje ili više netačni) opisi Vas.

Molim Vas iskoristite sledeću osmostepenu skalu da biste opisali koliko je svaka od tvrdnji tačan (ili netačan) opis Vas. Odgovorite na tvrdnje u skladu sa tim kako se sada osećate, čak i ako ste se osećali drugačije u nekom drugom period u Vašem životu. U pojedinim slučajevima, tvrdnja može da ne važi više za Vas, iako jeste važila u nekom ranijem periodu Vašeg života (npr. tvrdnja koja se odnosi na Vaš trenutni odnos sa roditeljima ako oni više nisu živi) U ovim slučajevima, odgovorite na tvrdnju onako kako biste to učinili u trenutku kada je to bilo prikladno. Pokušajte da izbegnete ostavljanje bilo koje tvrdnje neoznačene.

Nakon popunjavanja svih stavki, bićete pitani da odaberete one koje najbolje opisuju važne aspekte – bilo pozitivne ili negativne – toga kako se osećate povodom sebe. Imajte ovo u vidu dok popunjavate ovu anketu.

1	2	3	4	5	6	7	8
Definitivno netačno	Netačno	Uglavnom netačno	Više netačno nego	Više tačno nego	Uglavnom tačno	Tačno	Definitivno tačno

- ___13 Ja sam dobar/ra sportista/sportistkinja.
- ___26* Ja sam nespretna/na i lose koordinisan/a za većinu sportova i fizičnih aktivnosti.
- ___39 Izdržljiv/a sam i istrajan/a u sportovima i fizičkim aktivnostima.
- ___52* Mrzim sport i fizičke aktivnosti.
- ___65 Imam visok nivo energije u sportu i fizičkim aktivnostima.
- ___78* Nisam dobar/a ni u jednoj aktivnosti koja zahteva fizičku sposobnost i

- koordinaciju pokreta.
- ___ 91 Volim da energično vežbam u sportu i/ili fizičkim aktivnosma.
- ___ 104* Loš/a sam u većini sportova i fizičkih aktivnosti.
- ___ 117 Uživam u sportu i fizičkim aktivnostima.
- ___ 130 Ja sam sedeći tip osobe koja izbegava naporne aktivnosti.
-
- ___ 11 Imam fizički atraktivno telo.
- ___ 24* Ja sam odvratan/a.
- ___ 37 Dobro sam građen/a.
- ___ 50* Postoji mnogo stvari koje bih promenio/la u svom izgledu.
- ___ 63 Moja težina je približna idealnoj (nisam ni predebeo/la ni premršav/a).
- ___ 76* Ne dopada mi se kako izgledam.
- ___ 89 Imam lepe crte lica.
- ___ 102* Voleo bih da sam fizički atraktivniji/a.
- ___ 115* Većina mojih prijatelja bolje izgleda nego ja.
- ___ 128 Ja dobro izgledam.
-
- ___ 3 Generalno, ja imam mnogo poštovanja za sebe.
- ___ 16* Generalno, meni nedostaje samopouzdanja.
- ___ 29 Generalno, ja sam prilično prihvatajući/a za sebe.
- ___ 42* Generalno, nemam puno poštovanja za sebe.
- ___ 55 Generalno, imam puno samopouzdanja.
- ___ 68 Generalno, imam veoma dobru sliku o sebi.
- ___ 81* Generalno, ništa što ja radim nije posebno važno.
- ___ 94 Generalno, imam prilično pozitivna osećanja prema sebi.
- ___ 107* Generalno, imam veoma lošu sliku o sebi.
- ___ 120* Generalno, ja se prilično loše osećam povodom sebe
- ___ 131 Generalno, ja radim puno stvari koje su važne.
- ___ 135* Generalno, ja nisam veoma prihvatajući/a prema sebi.

Dodatak 5: Generalni regulatorni fokus

Ovo istraživanje se tiče stvari koje radite, a koje mogu imati uticaj na Vaše zdravlje. Informacije koje nam date će biti iskorišćene da se unaprede zdravstveni programi za Vas i za mlade ljude kao što ste Vi.

Molim Vas pročitajte pažljivo sva pitanja i zaokružite broj pored odgovora koji najbolje opisuje ono što Vi mislite ili radite.

1. U principu, usmeren/a sam na to da sprečim da mi se u životu dese loše stvari.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
2. Brinem se da neću uspeti da izvršim svoje obaveze i poslove za koje sam odgovoran/a.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
3. Često zamišljam kako ću ostvariti svoje želje i planove.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
4. Bojim se kakva ću osoba biti u budućnosti i često razmišljam o tome.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
5. Često razmišljam o tome kakva bih osoba najviše voleo/la da postanem u budućnosti.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
6. Ja se najčešće usredredim na uspehe kojima se nadam u budućnosti.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
7. Često se brinem da li ću doživeti neuspeh u daljem školovanju (neuspeh u poslu).
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
8. Često razmišljam o tome kako biti uspešan u daljem školovanju (poslu).
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
9. Često zamišljam kako mi se dešavaju loše stvari od kojih strahujem.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
10. Često razmišljam o tome kako mogu da sprečim da u životu doživim neuspehe.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
11. Više sam usmeren/a na to da izbegnem gubitke nego da ostvarim ciljeve u životu.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
12. Moj glavni cilj u ovom trenutku je da ostvarim svoje planove u daljem školovanju (u poslu).
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem

13. Moj glavni cilj u ovom trenutku je da izbegnem da doživim neuspehe u daljem školovanju (u poslu).
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
14. Vidim sebe kao osobu koja uglavnom teži da dostigne svoje “savršeno ja” – da ostvarim svoje nade, želje i planove.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
15. Vidim sebe kao osobu koja uglavnom teži da postane osoba koja “treba” da bude – da ispunim svoje dužnosti, odgovornosti i obaveze.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
16. U principu, usmeren/a samna to da omogućim da mi se dese pozitivne, dobre stvari.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
17. Često zamišljam kako mi se dešavaju lepe stvari kojima se nadam.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem
18. U principu, više samusmeren/a na to da ostvarim uspeh nego da se sačuvam od neuspeha.
Uopšte se ne slažem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 U potpunosti se slažem

Dodatak 6: Uobičajeno zdravstveno ponašanje

Ovo istraživanje se tiče stvari koje radite, a koje mogu imati uticaj na Vaše zdravlje. Informacije koje nam date će biti iskorišćene da se unaprede zdravstveni programi za Vas i za mlade ljude kao što ste Vi.

Molim Vas pročitajte pažljivo sva pitanja i zaokružite broj pored odgovora koji najbolje opisuje ono što Vi mislite ili radite.

Visina i težina			
VT.1	Koliko ste visoki, bez cipela? u [cm] [EHIS]	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	VT.2
VT.2	Kolika je Vaša telesna težina, bez odeće i cipela? u [kg] [EHIS]	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	VT.3
VT.3	Kako biste opisali svoju težinu? [GSHS]	1. Veoma neuhranjen/a 2. Blago neuhranjen/a 3. Približno idealne težine 4. Blago gojazan/a 5. Veoma gojazan/a	VT.4
VT.4	Šta od navedenog pokušavate da uradite po pitanju svoje težine? [GSHS]	1. Ne pokušavam da uradim ništa 2. Da izgubim na težini 3. Da dobijem na težini 4. Da sačuvam trenutnu težinu	I.1

Ishrana			
I.1	Da li ste tokom poslednjih 30 dana, jeli manje hrane, hranu koja je manje kalorična ili hranu sa manjim sadržajem masti sa ciljem da izgubite na težini? [GSHS]	1. Da 2. Ne	I.2
I.2	Da li ste tokom poslednjih 30 dana, jeli više hrane, hranu koja je kaloričnija sa ciljem da dobijete na težini? [GSHS]	1. Da 2. Ne	I.3
I.3	Koliko često jedete voće? [EHIS] Plodovi voća mogu biti sveži ili smrznuti, konzervirani ili sušeni (uključujući koštunjavo voće). takođe, uključuju se i sitno sečeni plodovi, pire od voća i pasirano voće. Uključuju se samo sveže ceđeni sokovi. Ostali sokovi pripremljeni od koncentrata (sirupa) ili industrijski prerađenog voća, kao i dodatno zaslađeni se isključuju.	1. Jednom i više puta dnevno	I.4
		2. 4 do 6 puta nedeljno 3. 1 do 3 puta nedeljno 4. Manje od jednom nedeljno 5. Nikada	I.5
I.4	Koliko porcija bilo kog voća jedete svaki dan? [EHIS] Porcija je oko 80 grama svežeg voće (dve šljive/mandarine/kivija, tri kajsije, sedam jagoda ili 15 višanja, jedna jabuka/banana/kruška/breskva, polovina grejpfruta, kriška dinje/lubenice) ili 30 grama suvog ili koštunjavog voća (jedna supena kašika).	Broj porcija: <input type="text"/>	I.8
I.5	Koliko često jedete povrće i salate? Uključuju se supe (tople i hladne), kao i sveže ceđeni sokovi od povrća. sokovi pripremljeni od koncentrata (sirupa) ili industrijski prerađenog povrća, kao i dodatno zaslađeni se isključuju. Plodovi povrća mogu biti sveži, smrznuti ili konzervirani. takođe, uključuju se i sitno sečeni plodovi, pire od povrća i pasirano povrće. pasulj, sočivo i druga kuvana jela od povrća se takođe uključuju [EHIS]	1. Jednom i više puta dnevno	I.6
		2. 4 do 6 puta nedeljno 3. 1 do 3 puta nedeljno 4. Manje od jednom nedeljno 5. Nikada	I.7
I.6	Koliko porcija bilo kog povrća jedete svaki dan? [EHIS] Jedna porcija je oko 80 grama. (tri pune kašike kuvanog porča poput šargarepe, graška ili kukuruza šećerca ili osam cvetića karfiola, tri štapića celera, parče krastavca od pet centimetara, jedan srednji paradajz, sedam čeri paradajza, dva brokolija ili četiri kašike pasiranog kelja, spanaća, zelene salate)	Broj porcija: <input type="text"/>	I.10
I.7	Da li pri izboru načina ishrane razmišljate o svom zdravlju? [EHIS]	1. Uvek 2. Često 3. Ponekad 4. Nikad	PU.1
Pušenje			
PU.1	Koliko ste imali godina kada ste prvi put probali cigarete? [GSHS]	1. Nikada nisam probao cigarete	PU.5
		2. 7 ili manje godina 3. 8 ili 9 godina 4. 10 ili 11 godina 5. 12 ili 13 godina 6. 14 ili 15 godina 7. 16 ili 17 godina 8. 18 ili više godina	PU.2
PU.2		1. 0 dana	PU.4

	Tokom poslednjih 30 dana, koliko dana ste pušili cigarete? [YRBSS]	<ol style="list-style-type: none"> 2. 1 ili 2 dana 3. 3 do 5 dana 4. 6 do 9 dana 5. 10 do 19 dana 6. 20 do 29 dana 7. Svih 30 dana 	PU.3
PU.3	Tokom poslednjih 30 dana, onih dana kada ste pušili, koliko ste cigareta dnevno pušili? [YRBSS]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manje od 1 cigarete dnevno 2. 1 cigaretu dnevno 3. 2-5 cigareta dnevno 4. 6-10 cigareta dnevno 5. 11-20 cigareta dnevno 6. Više od 20 cigareta dnevno 	PU.4
PU.4	Tokom poslednjih 12 meseci da li ste ikada pokušali da prestane pušiti? [EHIS]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nisam pušio tokom poslednjih 12 meseci 2. Da 3. Ne 	PU.5
Konzumacija alkohola			
KA.1	Tokom poslednjih 30 dana, da li ste popili bar jedno alkoholno piće kao što je pivo, vino, rakija, liker i slično? [BRFSS]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da 2. Ne 	KA.2
KA.2	Od poslednjih 30 dana, koliko dana ste popili bar jedno alkoholno piće kao što je pivo, vino, rakija, liker i slično? [adaptirano prema BRFSS]	_____ broj dana	KA.3
KA.3	Tokom poslednjih 30 dana, onim danima kada ste pili alkohol, koliko ste pića u proseku pili dnevno? [BRFSS]	_____ broj pića	KA.4
KA.4	Tokom poslednjih 30 dana, koliko ste najviše alkoholnih pića popili u jednoj prilici?	_____ broj pića	KA.5
KA.5	Uzimajući u obzir sve vrste alkoholnih pića, koliko Vam se puta, tokom prethodnih 30 dana, dogodilo da u jednoj prilici popijete 5 ili više pića (za muški pol) / 4 ili više pića (za ženski pol)? [BRFSS]	_____ broj puta	TV.1
Telesno vežbanje			

V.1	Da li ste tokom poslednjih 30 dana, vežbali da biste izgubili težinu ili da se ne biste ugojili? [GSHS]	1. Da 2. Ne	TV.2
TV.2	Da li ste tokom poslednjih 30 dana, vežbali da biste dobili na težini? [GSHS]	1. Da 2. Ne	TV.3
TV.3	U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite sportom, fitnessom ili rekreacijom? [EHIS adapt.] Pod ovim se podrazumeva aktivnost koja traje najmanje 10 minuta u kontinuitetu, a ne obuhvata aktivnosti kao što su dolazak do fakulteta (bilo hodom ili vožnjom bicikla).	Broj dana: <input type="text"/>	TV.4
TV.4	U tipičnoj nedelji, koliko ukupno vremena provedete baveći se sportom, fitnessom ili rekreacijom? [EHIS]	<input type="text"/> nedeljno sati	TV.5
TV.5	U tipičnoj nedelji, koliko ste vremena provodili u sedenju u jednom radnom danu? [EHIS]	<input type="text"/> nedeljno sati	TV.2
Voda			
VO.1	Koliko čaša (0,2l) vode popijete u jednom uobičajenom danu?	Broj čaša: <input type="text"/>	DI.1
Dodaci ishrani			
DI.1	Koliko dana u prosečnoj nedelji konzumirate dodatke ishrani? Pod tim podrazumevamo minerale, vitamine, proteine, omega 3 masne kiseline. Pod ovim ne podrazumevamo preparate za mršavljenje, poboljšanje cirkulacije, memorije ili druge medikamente.	Broj dana: <input type="text"/>	KF.1
Kafa, čaj sa kofeinom ili energetska pića			
KF.1	Koliko dana u prosečnoj nedelji konzumirate kafu, čaj sa kofeinom ili energetska pića?	Broj dana: <input type="text"/>	KF.2
KF.2	Onim danima kada pijete kafu, čaj sa kofeinom ili energetska pića koliko doza popijete? Jedna doza = 1 šolica kafe 1dl, 1 šolja čaja 2dl, 1 limenka energetskog pića 2,5dl	Broj doza: <input type="text"/>	SL.1
Slatkiši, grickalice i zašećerani sokovi			
SL.1	Koliko dana sedmično jedete slatkiše, grickalice ili pijete zašećerene sokove?	Broj dana: <input type="text"/>	SL.2
SL.2	Onim danima kada jedete slatkiše, grickalice ili pijete zašećerene sokove, koliko ukupno porcija pojedete odnosno popijete? 1 porcija = dva reda čokolade, jedna čokoladica, jedan sladoled, jedno parče torte, 50 grama keksa, jedna najmanja kesa čipsa/smokija/ štapića/krepera, jedna limenka coca-cola ili drugog gaziranog pića.	Broj porcija: <input type="text"/>	BH.1
Brza hrana			
BH.1	Koliko puta jedete brzu hranu tokom jedne uobičajene sedmice? Pod brzom hranom podrazumevamo pljeskavice, pice, sendviče, burek, palačinke, peciva i slično.	Broj dana: <input type="text"/>	Kraj

BIOGRAFIJA AUTORA

Slaven Bogdanović je rođen 08.08.1982. godine u Sarajevu. U Beogradu je završio osnovnu školu i gimnaziju. Psihologiju na Filozofskom fakultetu u Beogradu je završio 2009. godine. Doktorske studije je upisao 2010. godine pod mentorstvom prof. dr Gorana Opačića.

Od 2008. radi kao istraživač u privatnim agencijama, gde rukovodi velikim brojem istraživanja i stiče iskustvo u planiranju uzoraka, radu sa bazama podataka, statističkoj analizi i prezentovanju rezultata.

Tokom 2012. godine je na predmetu Odabrane teme iz statistike i psihometrije mentorisao istraživački rad grupa studenata. Od 2014. godine gostuje na vežbama iz predmeta Odabrane teme iz statistike i psihometrije i Multivarijaciona analiza statističkih podataka u psihologiji, gde pomaže docentu dr Lazaru Tenjoviću u realizaciji praktičnog dela nastavnih jedinica Robusni ocenitelji lokacije, skale i povezanosti i Robusni multivarijacioni postupci.

Među dobitnicima je stipendije Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja za realizaciju projekta u okviru Programa za kreiranje obrazovnih politika na osnovu podataka i rezultata istraživanja.

Objavio je četiri rada u naučnim časopisima i zbornicima, pet rezimea u saopštenjima naučnih skupova i jedan članak u stručnom časopisu. U svojstvu koautora, objavio je knjigu o statističkoj analizi i prikazivanju podataka u programu Tableau.

Od 2017. Godine piše recenzije za časopis Psihologija i aktivan je član Laboratorije za istraživanje individualnih razlika – LIRA.

Od 2018. je zaposlen u međunarodnoj korporaciji NCR na poziciji inženjera razvoja sistema poslovnog izveštavanja i upravljanja velikim bazama podataka.

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора Славен Богдановић

Број индекса 4 П10 - 10

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Психолошки чиниоци здравственог понашања младих

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

Потпис аутора

У Београду, 15.10.2019

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора _____ Славен Богдановић _____

Број индекса _____ 4П 10 -10 _____

Студијски програм _____ Психологија _____

Наслов рада ___ Психолошки чиниоци здравственог понашања младих _____

Ментор _____ проф. др Горан Опачић и др Љиљана Лазаревић _____

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањена у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада. Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис аутора

У Београду, _____ 15.10.2019 _____

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:
Психолошки чиниоци здравственог понашања младих

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)

2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)

3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)

5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)

6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци.

Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

Потпис аутора

У Београду, _____ 15.10.2019 _____

1. **Ауторство.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.

2. **Ауторство – некомерцијално.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

3. **Ауторство – некомерцијално – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.

4. **Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.

5. **Ауторство – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. **Ауторство – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.