

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

# Η αναγνώριση των παραγόντων που συμβάλλουν στη συστηματική χρήση του προφυλακτικού, για την πρόληψη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων με βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία

Σημαντικότερο ρόλο από την πρόοδο της Ιατρικής και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στον περιορισμό των προβλημάτων υγείας καθώς και τη μείωση των πρόωρων θανάτων διαδραματίζει η ανθρώπινη συμπεριφορά, η αλλαγή της οποίας είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων. Ο νοσογόνος τρόπος συμπεριφοράς και οι αντιλήψεις για την υγεία των ατόμων επαυξάνουν τους κινδύνους εμφάνισης ασθενειών. Κάθε παρέμβαση για πρόληψη πρέπει να επικεντρώνεται στους γνωστικούς παράγοντες που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά των ανθρώπων. Για τον εντοπισμό των παραγόντων που επιδρούν σε μια προληπτική συμπεριφορά, όπως η χρήση του προφυλακτικού, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ), που αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την πρόβλεψη συμπεριφορών σχετικών με την υγεία και το οποίο θεωρεί ότι η υιοθέτηση συγκεκριμένης συμπεριφοράς είναι συνάρτηση της προσδοκίας και της αξίας των συνεπειών που συνεπάγεται αυτή. Το ΜΠΥ ελέγχεται ότι αγνοεί παράγοντες όπως η συνήθεια, κάποιες κοινωνικού κυρίως ενδιαφέροντος ενασχολήσεις, το περιβάλλον, η αδιαφορία πολλών ατόμων για θέματα υγείας και ότι δεν υπάρχει λειτουργικότητα στους όρους, ώστε να επιτυγχάνεται η απαραίτητη σύνδεση των έξι συστατικών στοιχείων του μοντέλου. Η κριτική επεκτείνεται και εξαιτίας των αντιφατικών απόψεων αναφορικά με τη σχέση του ΜΠΥ με τη σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό και στο ότι στο μοντέλο δεν περιλαμβάνονται οι συναισθηματικές πτυχές της σεξουαλικής επαφής.

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα η Ιατρική πέτυχε σημαντικές κατακτήσεις, οι οποίες αναμφισβήτητα συνέβαλαν στη σημαντική αύξηση του μέσου όρου ζωής από 46 σε 76 χρόνια και στην εξαφάνιση ορισμένων προβλημάτων υγείας, ενώ ταυτόχρονα είχαν ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της περιγεννητικής και της βρεφικής θνησιμότητας. Μια έκθεση του 1994 εκτιμά ότι μόνο τα πέντε χρόνια ζωής που κερδήθηκαν οφείλονται στην εξέλιξη της Ιατρικής. Τα υπόλοιπα 25 χρόνια μάλλον οφείλονται στη βελτίωση της διατροφής και των συνθηκών διαβίωσης, της υγιεινής και

της ασφάλειας στους χώρους εργασίας.<sup>1</sup>

Η ανθρώπινη συμπεριφορά διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας και στην πρόληψη των ασθενειών,<sup>2</sup> ενώ η μελέτη της αναφορικά με αυτά τα θέματα αποτελεί μια νέα πρόκληση στα θέματα υγείας.<sup>1</sup> Είναι δηλαδή σημαντικό να κατανοηθεί πώς συμπεριφέρονται οι άνθρωποι είτε για την πρόληψη προβλημάτων υγείας είτε για την αντιμετώπισή τους. Είναι επίσης σημαντικό να κατανοηθούν οι παράγοντες που εμπλέκονται στην επιλογή της μιας ή της άλλης πρακτικής για τη διαχείριση αυτών των προβλημάτων.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2010, 27(3):449-459  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2010, 27(3):449-459

**Α. Χαράλαμπος,  
Θ. Τσίτση**

*Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα  
Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό  
Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΤΕΠΑΚ),  
Λευκωσία*

Identification of the factors that contribute to the systematic use of condom for the prevention of unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases based on the Health Belief Model

*Abstract at the end of the article*

### Λέξεις ευρετηρίου

Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία  
Πιστεύω  
Πρόληψη  
Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα  
Συμπεριφορές κινδύνου

Υποβλήθηκε 24.8.2009

Εγκρίθηκε 15.9.2009

Για την προαγωγή της υγείας απαιτείται, πολλές φορές, η τροποποίηση ενός ήδη εγκαθιδρυμένου προτύπου συμπεριφοράς και η υιοθέτηση νέου, καθώς και η διαμόρφωση νέων στάσεων απέναντι στην υγεία και την ασθένεια. Αυτό προϋποθέτει την κατανόηση και τον προσδιορισμό της επιρροής των ψυχολογικών, των κοινωνικών και των πολιτισμικών παραγόντων στη συμπεριφορά των ατόμων,<sup>1</sup> που δεν επιδρούν πάντα αυτόνομα στην υγεία, αλλά αντίθετα υφίστανται σημαντική επίδραση από το περιβάλλον. Προκειμένου να τροποποιηθεί ή να υιοθετηθεί μια συμπεριφορά στα πλαίσια ενός προγράμματος προαγωγής υγείας, είναι απαραίτητο να συνοδεύεται το πρόγραμμα αυτό από ανάλογη δράση για την ύπαρξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, το οποίο θα διευκολύνει την τροποποίηση, την αλλαγή ή την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς.<sup>3</sup>

Οι συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία (health risk behavior) είναι οι συμπεριφορές που σύμφωνα με τις επιδημιολογικές μελέτες έχουν αναδειχθεί ως παράγοντες αύξησης του κινδύνου είτε για τη γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου είτε για την εμφάνιση συγκεκριμένων ασθενειών ή τραυματισμών.<sup>4</sup>

Οι συμπεριφορές αυτές θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε έναν επικίνδυνο για την υγεία τρόπο ζωής. Πολλοί θάνατοι και παθολογικές ασθένειες οφείλονται σε ιδιαίτερα ατομικά πρότυπα συμπεριφοράς, το μολυσμένο περιβάλλον ή τη φτώχεια. Οι στατιστικές δείχνουν ότι οι μισοί πρόωροι θάνατοι εξαιτίας των 10 κύριων αιτιών στις αναπτυγμένες χώρες προκαλούνται από παράγοντες που θα μπορούσαν να προληφθούν, όπως το κάπνισμα, η χρήση οινοπνεύματος, οι περιστασιακές σεξουαλικές δραστηριότητες χωρίς προφύλαξη για τυχόν προσβολή από λοιμώδη νοσήματα, η φυσική ανικανότητα, οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες.<sup>5</sup> Ο Κοορ έχει περιγράψει το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν τα νοσογόνα είδη συμπεριφοράς και ο αντίστοιχος τρόπος ζωής στην εμφάνιση τόσο των ασθενειών όσο και των πρόωρων θανάτων.<sup>1</sup>

Οι συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία επηρεάζουν επίσης τις γνωστικές λειτουργίες γύρω από την υγεία και την ασθένεια. Συγκεκριμένα, οι γνωστικές λειτουργίες περιλαμβάνουν τις πεποιθήσεις (beliefs), τις αντιλήψεις (perceptions) και τα παραγωγικά αίτια (attributions) που έχουν οι άνθρωποι σχετικά με την υγεία και την ασθένεια και σε μεγάλο βαθμό καθορίζουν τη συμπεριφορά τους. Άρα, εάν θελήσουμε να περάσουμε στο επίπεδο της πρόληψης, για να είναι αποτελεσματική οποιαδήποτε παρέμβαση, πρέπει να επικεντρωθούμε στο χειρισμό των γνωστικών παραγόντων, οι οποίοι φαίνεται να προσδιορίζουν τις συμπεριφορές των ατόμων σε σχέση με την

υγεία. Αυτοί οι παράγοντες είναι περισσότερο ανοικτοί σε αλλαγή από κάποιους άλλους, ψυχολογικής κυρίως υφής, όπως είναι για παράδειγμα η προσωπικότητα. Οι γνωστικές λειτουργίες έχουν σχηματιστεί σε θεωρίες, οι οποίες αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη των κοινωνικογνωστικών μοντέλων.<sup>1</sup>

Τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα προέρχονται από τον κλάδο της ψυχολογίας της υγείας και βοηθούν στην πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε θέματα υγείας και ασθένειας. Επιπλέον, καθορίζουν τις παρεμβάσεις, ώστε να προκαλούνται αλλαγές στις πεποιθήσεις, στις στάσεις, στην παρακίνηση και στην αυτοπεποίθηση που χρειάζονται τα άτομα για την αλλαγή και τη διατήρηση της συμπεριφοράς.<sup>6</sup>

Στο παρόν άρθρο έχει χρησιμοποιηθεί ένα από τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα, το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ). Σκοπός του άρθρου είναι ο προσδιορισμός των παραγόντων που επιδρούν στην υιοθέτηση της προληπτικής συμπεριφοράς της συστηματικής χρήσης του προφυλακτικού, για την πρόληψη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και μολυσματικών ασθενειών από το γυναικείο πληθυσμό. Αυτό επιτυγχάνεται χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο ως εργαλείο πρόβλεψης της πιο πάνω συμπεριφοράς, βασισμένο στο συγκεκριμένο μοντέλο, έτσι ώστε να εφαρμοστεί με επιτυχία ένα πρόγραμμα πρόληψης.

## 2. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η μελέτη της σεξουαλικής συμπεριφοράς δεν είναι εύκολη. Εάν οι ερευνητές θέλουν να προχωρήσουν πέρα από μια περιγραφική προσέγγιση και να επιδιώξουν να περιγράψουν τους προσδιοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς, έχουν να αντιμετωπίσουν ένα σύνθετο φαινόμενο, το οποίο –σε μεγάλο βαθμό– χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα και συναισθηματικότητα, παρά από μια λογική διαδικασία λήψης αποφάσεων.<sup>7</sup> Σύμφωνα με τον Κουλιεράκη,<sup>1</sup> αυτό απαιτεί τη χρήση ευαίσθητων μετρήσεων και προσεγγίσεων, αλλά και τη χρήση θεωριών.

Η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι το ΜΠΥ είναι χρήσιμο για την πρόβλεψη συμπεριφορών σχετικών με την υγεία, όπως ο έλεγχος του καρκίνου του μαστού, ο έλεγχος της γονιμότητας και οι σεξουαλικές συμπεριφορές καθώς και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.<sup>8–12</sup>

Το ΜΠΥ αποτελεί θεωρία λήψης αποφάσεων που στηρίζεται στη «θεωρία πεδίου» του Γερμανού ψυχολόγου Kurt Lewin (1890–1947) και στην κοινωνικογνωστική θεωρία του Albert Bandura (Παράρτημα 1). Η θεωρία του Lewin, που έχει ως βάση τον Αριστοτέλη, υποστηρίζει ότι το άτομο

δεν είναι απομονωμένο, αλλά κοινωνικό ον, που δέχεται τις επιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος. Σύμφωνα με το μοντέλο πεποίθησων για την υγεία, το άτομο λαμβάνει αποφάσεις σε ζητήματα υγείας μόνον όταν είναι ψυχολογικά προετοιμασμένο να δράσει αναφορικά με κάποια απειλή που νιώθει για την υγεία του.<sup>13</sup> Το μοντέλο ανήκει στη γενική κατηγορία των θεωριών προσδοκίας-αξίας. Σύμφωνα με αυτή, η υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς είναι συνάρτηση της προσδοκίας ότι τη συμπεριφορά θα ακολουθήσουν συγκεκριμένες συνέπειες και της αξίας αυτών των συνεπειών.<sup>1</sup>

Το ΜΠΥ<sup>11,14</sup> υποθέτει ότι η πιθανότητα εμπλοκής ενός προσώπου σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά υγείας είναι μια λειτουργία πολλών πεποιθήσεων:

*Η υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας είναι ο βαθμός που ένα άτομο θεωρεί ότι είναι επιρρεπές σε μια συγκεκριμένη ασθένεια.* Δηλαδή, η αντίληψη που έχει κάποιος για την πιθανότητα να προσβληθεί από μια ασθένεια<sup>1</sup> και πόσο σοβαρή πιστεύει ότι θα είναι η κατάστασή του αν εμφανιστεί η νόσος.<sup>15</sup> Αυτό μπορεί να μετρηθεί με την ερώτηση: «έχοντας υπόψη όλους τους παράγοντες, ποιες νομίζεις ότι είναι οι πιθανότητες να μολυνθείς με σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (ΣΜΝ);». <sup>11</sup> Σύμφωνα με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (Παράρτημα 1), μετρίεται με τις ακόλουθες δηλώσεις: «Οι πιθανότητες να μου προκύψει κάτι ανεπιθύμητο είναι μηδαμινές, αφού έχω μόνιμη σχέση και δεν αλλάζω ερωτικούς συντρόφους και είμαστε προσεκτικοί κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών επαφών» ή «Δεν χρειάζεται να χρησιμοποιώ συστηματικά το προφυλακτικό, αφού δεν έχω συχνές σεξουαλικές επαφές με το μόνιμο σύντροφό μου λόγω απόστασης και δεν έχω εναλλαγές συντρόφων στα μεσοδιαστήματα».

*Η υποκειμενική αίσθηση της σοβαρότητας από τις συνέπειες μιας ασθένειας στον τρόπο ζωής του ατόμου.*<sup>16</sup> Αφορά στο βαθμό σοβαρότητας που αποδίδει ένα άτομο σε μια κατάσταση στην οποία μπορεί δυνητικά να βρεθεί. Αυτό μπορεί να μετρηθεί με την ερώτηση: «εάν αρρωστήσεις με ΣΜΝ, πόσο σοβαρό θα ήταν;» και σύμφωνα με τις δηλώσεις του ερωτηματολογίου (Παράρτημα 2) «ανησυχώ πολύ μήπως μου προκύψει κάτι ανεπιθύμητο επειδή δεν χρησιμοποιώ πάντα το προφυλακτικό» ή «αν μου συνέβαινε κάτι ανεπιθύμητο, θα καταστρεφόταν η σοβαρότητα της σχέσης μου».

Ο συνδυασμός της υποκειμενικής τρωτότητας και της σοβαρότητας είναι παράγοντας αντιληπτής απειλής.<sup>16,17</sup> Η κατανόηση της απειλής της υγείας φαίνεται να είναι το πιο φανερό προαπαιτούμενο κίνητρο για τερματισμό μιας επικίνδυνης για την υγεία συμπεριφοράς. Τα άτομα που δεν αντιλαμβάνονται καθόλου την επικινδυνότητα

των πράξεών τους δεν θα αναπτύξουν κίνητρα για να τις αλλάξουν.<sup>11,18</sup> Σύμφωνα με τον Hochbaum,<sup>16</sup> η αντιληπτή απειλή έχει ένα γνωστικό στοιχείο (cognitive component), το οποίο επηρεάζεται από την πληροφόρηση. Ωστόσο, ο εκφοβισμός του ατόμου σχετικά με τη συμπεριφορά υγείας δεν αποδείχθηκε αποτελεσματική. Γενικά, η εξατομίκευση της αντιληπτικότητας του κινδύνου φαίνεται να θέτει τα άτομα στο δρόμο της ανάπτυξης κινήτρων για αλλαγή, αλλά δεν καθορίζουν τον τρόπο που θα δράσει το άτομο. Αυτό επηρεάζεται από το ισοζύγιο μεταξύ της υποκειμενικής αίσθησης για τα οφέλη και των εμποδίων που υπάρχουν.

*Η υποκειμενική αίσθηση για τα οφέλη από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς με στόχο την υγεία.* Αφορά στα οφέλη που πιστεύει το άτομο ότι θα έχει, εάν αναπτύξει μια προτεινόμενη συμπεριφορά υγείας. Τέτοια οφέλη μπορούν να αφορούν άμεσα στην υγεία του, όπως η μείωση του κινδύνου ανάπτυξης κάποιας διαταραχής, αλλά και στα μη σχετιζόμενα με την υγεία οφέλη, όπως η εξοικονόμηση χρημάτων. Επαναλαμβάνοντας, μεγαλύτερη επιρροή έχουν τα πιστεύω του ατόμου παρά οι αντικειμενικές ενδείξεις. Οι πεποιθήσεις μπορεί να αντανakλούν κοινωνικές και πολιτισμικές επιρροές.<sup>16,18</sup> Η υποκειμενική αίσθηση για τα οφέλη αξιολογείται (Παράρτημα 2) με το βαθμό στον οποίο το άτομο συμφωνεί με τις δηλώσεις ότι «η χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή μπορεί να με προφυλάξει από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη», «η χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή μπορεί να με προφυλάξει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή λοιμώδεις ασθένειες (ηπατίτιδες Β, C και AIDS)» και «η συστηματική χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή με καθησυχάζει ότι δεν υπάρχει κίνδυνος ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος».

*Η υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια/κόστος από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς.* Δηλαδή, η αξιολόγηση των πιθανών αρνητικών συνεπειών που σχετίζονται με τη συμπεριφορά πρόληψης.<sup>1</sup> Τα εμπόδια αυτά είναι το αποτέλεσμα μιας αξιολόγησης, ενός «ζυγίσματος» που πραγματοποιεί το άτομο μεταξύ των δυνητικών ωφελειών και των προβλημάτων που θα προκύψουν εάν υιοθετήσει μια προτεινόμενη συμπεριφορά υγείας. Μια ερώτηση που αξιολογεί την υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια/κόστος είναι «ποιες δυσκολίες βλέπεις από την ανάληψη αυτών των ενεργειών;». Σύμφωνα με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (Παράρτημα 2), μετρίεται με τις ακόλουθες δηλώσεις: «η χρήση του προφυλακτικού επηρεάζεται από το αίσθημα της προκατάληψης κατά την αγορά», «φοβάμαι να ζητήσω από το σύντροφό μου να χρησιμοποιούμε προφυλακτικό μήπως διαταραχθεί η σχέση μας»,

«η χρήση του προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή μειώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση» και «η χρήση του προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή επηρεάζει τη ρομαντική ατμόσφαιρα».

Το ισοζύγιο μεταξύ της αίσθησης για τα οφέλη και το κόστος μπορεί να προτείνει μια πιθανότητα του ατόμου για δράση και την προτίμησή του στον τρόπο της δράσης, αλλά βέβαια δεν πείθει ότι το άτομο θα δράσει. Πράγματι, αν τα οφέλη ισοσταθμίζονται περίπου με το κόστος, το άτομο αμφιταλαντεύεται και πιθανότατα περνά περίοδο άγχους.<sup>16,19</sup>

Παρόλο που το απειλούμενο άτομο ενεργοποιείται, συχνά επισυμβαίνουν αλλαγές όταν κάποιες εξωτερικές ή εσωτερικές ενδείξεις προκαλούν τη δράση.<sup>16</sup> Καθώς οι ενδείξεις για δράση μπορεί να είναι φευγαλέα γεγονότα, είναι δύσκολο να καταγραφούν.<sup>20</sup> Η σπουδαιότητα των ενδείξεων που απαιτείται για την πρόκληση δράσης (cue to action) θα εξαρτηθεί από το κίνητρο της αλλαγής και το αναμενόμενο κέρδος σε αναλογία προς το κόστος.<sup>14</sup> Παρόλο που έχει παρατηρηθεί ότι οι ενδείξεις για δράση είναι υψίστης σημασίας, σπάνια αυτές έχουν μελετηθεί εμπειρικά.<sup>16,18</sup>

Επιπρόσθετα, τρεις ακόμη ομάδες μεταβλητών ασκούν έμμεση επίδραση στην υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης, επηρεάζοντας ένα ή περισσότερα συστατικά του μοντέλου: Οι δημογραφικές, οι κοινωνικο-ψυχολογικές και οι δομικές συνθήκες.<sup>1</sup>

Σε μια προσπάθεια βελτίωσης της προβλεπτικής ικανότητας, οι ερευνητές επέκτειναν το ΜΠΥ ώστε να περιλαμβάνει και την έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας.<sup>21</sup> Η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι η πεποίθηση ενός προσώπου στο κατά πόσο είναι ικανό να υιοθετήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά.<sup>22</sup> Επιπρόσθετα, η έρευνα έχει αποδείξει ότι ο χειρισμός της αυτο-αποτελεσματικότητας είναι μια επιτυχής στρατηγική για τη μείωση συμπεριφορών επικίνδυνων για την υγεία.<sup>23</sup> Κάποιοι εγκλωβίζονται σε αμφιβολίες και δεν παρακινούν τους εαυτούς τους. Αυτοί βλέπουν ελάχιστο όφελος, ακόμη και στην επίτευξη ενός σοβαρού στόχου, εφόσον πιστεύουν ότι δεν έχουν ό,τι χρειάζεται για να επιτύχουν. Παρόλα αυτά, η πρόθεση της αλλαγής μιας συνήθειας που επηρεάζει την υγεία εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από την ικανότητα του ατόμου να ελέγχει αυτή τη συνήθεια.<sup>18</sup>

Οι παρεμβάσεις σε θέματα υγείας που εστιάζονται στον εκφοβισμό για την εμφάνιση ασθενειών, η πληροφόρηση για συνήθειες συμβατές με την υγεία ή η αύξηση της αντίληψης της προσωπικής τρωτότητας είναι λιγότερο αποτελεσματικές από τις παρεμβάσεις για αναβάθμιση

της πεποίθησης για προσωπική αποτελεσματικότητα.<sup>24</sup> Η αντίληψη της αυτο-αποτελεσματικότητας σε συνεργασία με την πρόβλεψη κινδύνου δραστηριοποιεί προσδοκίες και άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την παρακίνηση για αλλαγή. Υπάρχει πλούσιο αποδεικτικό υλικό που δέχεται τον επηρεασμό των τριών αυτών παραγόντων, για την ανάπτυξη μιας πρόθεσης αλλαγής της συμπεριφοράς.<sup>18</sup> Ειδικά σε σχέση με επικίνδυνες για την υγεία συνήθειες, όπως οι σεξουαλικές συνήθειες, η αυτο-αποτελεσματικότητα φαίνεται να έχει σταθερή συσχέτιση με τις συγχρονικές μελέτες και ένα σημαντικό μηχανισμό επίδρασης στις επεμβατικές δοκιμές.<sup>25-27</sup>

### 3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία είναι βασισμένο στο ΜΠΥ, με σκοπό να προβλέψει τη χρήση του προφυλακτικού από τις γυναίκες (Παράρτημα 2). Σύμφωνα με τον Fishbein,<sup>28</sup> όσον αφορά στα ΣΜΝ και τα λοιμώδη νοσήματα, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι παρόλο που η χρήση του ανδρικού προφυλακτικού αποτελεί συμπεριφορά των ανδρών, για τις γυναίκες είναι σκοπός (επιδίωξη).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις από τις πέντε διαστάσεις του μοντέλου, αναφορικά με «την τρωτότητα», «τη σοβαρότητα», «τα οφέλη», «τα εμπόδια» και «την αυτο-αποτελεσματικότητα».

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο, η γυναίκα αυτή έχει ελάχιστες πιθανότητες να υιοθετήσει συμπεριφορά πρόληψης και, συγκεκριμένα, να χρησιμοποιήσει προφυλακτικό. Και αυτό γιατί αισθάνεται ότι «δεν ανησυχεί πολύ, μήπως της προκύψει κάτι ανεπιθύμητο, επειδή δεν χρησιμοποιεί πάντα το προφυλακτικό» και ότι «οι πιθανότητες να της προκύψει κάτι ανεπιθύμητο είναι μηδαμινές, αφού έχει μόνιμη σχέση και δεν αλλάζει ερωτικούς συντρόφους. Εξάλλου, είναι προσεκτικοί κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών επαφών τους». Αυτά τα πιστεύω που εκφράζονται από τη συγκεκριμένη γυναίκα υποδηλώνουν χαμηλή αίσθηση τρωτότητας. Όσον αφορά στη σοβαρότητα της κατάστασης, εάν «της παρουσιαστεί κάτι ανεπιθύμητο, για παράδειγμα ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα ή μια λοιμώδη ασθένεια ή μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη», διαφωνεί με την πιθανότητα να καταστραφεί η σοβαρότητα της σχέσης της. Επίσης, διαφωνεί ριζικά «να αρνηθεί σεξουαλική επαφή με το σύντροφό της λόγω απουσίας του προφυλακτικού», δηλαδή ακόμη μια φορά φαίνεται ότι δεν αντιλαμβάνεται πως κινδυνεύει και ότι χρησιμοποιώντας το προφυλακτικό θα μπορέσει να μειώσει τους κινδύνους που караδοκούν. Σύμφωνα με το ΜΠΥ, με την

πιο πάνω δήλωση φαίνεται ότι, εκτός από χαμηλή αίσθηση τρωτότητας, υπάρχει και χαμηλή αίσθηση σοβαρότητας. Επιπλέον, η γυναίκα αυτή θεωρεί ότι τα εμπόδια από τη χρήση του προφυλακτικού είναι σαφώς περισσότερα από τα οφέλη και αυτό φαίνεται από τις απαντήσεις που έδωσε στο ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα, συμφωνεί ότι «η χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή μπορεί να προφυλάξει από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή λοιμώδεις ασθένειες» και ότι «δεν είναι σίγουρη ότι η συστηματική χρήση του προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή μπορεί να προφυλάξει από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή λοιμώδεις ασθένειες». Οι πεποιθήσεις αυτές καταδεικνύουν ότι δεν αξιολογεί ορθά τα οφέλη. Σε αντίθεση με τα πιο πάνω, η γυναίκα αυτή φαίνεται ότι έχει αναπτυγμένη αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας, επειδή θεωρεί ότι έχει την ικανότητα να «επηρεάσει εύκολα το σύντροφό της να χρησιμοποιήσει προφυλακτικό». Σύμφωνα όμως με τη θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας, η υιοθέτηση μιας προληπτικής συμπεριφοράς υγείας, στην περίπτωση αυτή της χρήσης του προφυλακτικού, εξαρτάται από τρεις παράγοντες: Τη συνειδητοποίηση ότι το άτομο βρίσκεται σε κίνδυνο, την προσδοκία ότι η αλλαγή στη συμπεριφορά του θα μειώσει αυτόν τον κίνδυνο και την προσδοκία ότι το άτομο είναι αρκετά ικανό να υιοθετήσει τη συμπεριφορά πρόληψης ή να απέχει από την επικίνδυνη για την υγεία συμπεριφορά.<sup>1</sup> Οστόσο, ο Kaneko<sup>29</sup> αναφέρει ότι τα άτομα που αισθάνονται άνετα στη σωστή χρήση του προφυλακτικού καθόλη τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής έχουν περισσότερες πιθανότητες στην υιοθέτηση συστηματικής χρήσης του, στην περίπτωση που ο ένας από τους δύο συντρόφους έχει διαθέσιμα προφυλακτικά. Μια αποτελεσματική προσέγγιση που προωθεί τη συνεπή χρήση προφυλακτικού αποτελεί η μετάδοση μηνυμάτων που υπογραμμίζουν τη σημαντικότητα της σωστής χρήσης του προφυλακτικού καθόλη τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής για την πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως ηπατίτιδας Β και AIDS, παράλληλα με τη συμπερίληψη στα εκπαιδευτικά προγράμματα για σεξουαλική αγωγή της ενδυνάμωσης και ενίσχυσης δεξιοτήτων άρνησης σεξουαλικής επαφής σε απουσία προφυλακτικού.<sup>30,31</sup>

#### 4. ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Παρά τα εντυπωσιακά ευρήματα της βιβλιογραφίας στη διασύνδεση των διαστάσεων του ΜΠΥ με ενέργειες σχετικές με την υγεία, είναι σημαντικό να θυμάται κάποιος ότι το ΜΠΥ είναι ένα ψυχοκοινωνιολογικό μοντέλο.

Ως τέτοιο περιορίζεται, λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη ποικιλία των ατομικών συμπεριφορών, σε θέματα υγείας, όπως αυτά μπορούν να ερμηνευτούν από τις στάσεις και τις πεποιθήσεις τους.<sup>14</sup> Αγνοεί το ευρύτερο πλαίσιο δράσης του ατόμου να υιοθετήσει αλλαγές στη συμπεριφορά και δίνει έμφαση μόνο στις ατομικές γνωστικές διαδικασίες, όπως είναι η αίσθηση «της τρωτότητας», «της σοβαρότητας», «τα οφέλη» και «το κόστος».<sup>1</sup> Είναι φανερό ότι η ύπαρξη και άλλων παραγόντων, πέρα από τις γνωστικές διεργασίες που συμβαίνουν στο ίδιο το άτομο, μπορούν επίσης να επηρεάσουν την υιοθέτηση συμπεριφορών με στόχο την υγεία. Για παράδειγμα: (α) αρκετές συμπεριφορές εμπιέχουν σε μεγάλο βαθμό το στοιχείο της συνήθειας, το οποίο μπορεί να προηγείται της ορθολογικής διεργασίας λήψης μιας απόφασης (π.χ. βούρτσισμα δοντιών, κάπνισμα), (β) πολλές συμπεριφορές υιοθετούνται χωρίς να έχουν στόχο την υγεία (π.χ. διαίτα για να γίνει κομψότερος ή τρέξιμο για κοινωνική επιδοκιμασία) και (γ) οικονομικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες εμποδίζουν το άτομο να υιοθετήσει την πορεία των ενεργειών που προτιμά (π.χ. ο εργαζόμενος σε επιβλαβές για την υγεία περιβάλλον, ο κάτοικος πόλης με υψηλή ατμοσφαιρική ρύπανση).<sup>21</sup> Τέλος, μπορεί να υπάρχουν και εξωτερικοί παράγοντες που να εμποδίζουν την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς με στόχο την υγεία.<sup>1</sup>

Περαιτέρω, το μοντέλο ελέγχεται ως προς τη θεώρηση ότι η «υγεία» αξιολογείται πολύ υψηλά στη γνώμη ή τους στόχους των περισσότερων ατόμων και επίσης ότι οι «ενδείξεις για δράση» είναι αρκετά διαδεδομένες. Όπου αυτές οι συνθήκες δεν ικανοποιούνται, το μοντέλο δεν φαίνεται να είναι χρήσιμο ή σχετικό με την ερμηνεία της συμπεριφοράς.<sup>21,32</sup>

Μια μεταβλητή που λείπει από το μοντέλο και που φαίνεται να έχει επίδραση στη συμπεριφορά είναι η «αυτο-αποτελεσματικότητα», έννοια που περιέγραψε ο Bandura.<sup>33</sup> Η έννοια αυτή αναφέρει ότι για να επιτύχει η αυτο-αποτελεσματικότητα ή, πιο απλά, για να επιτύχει το άτομο μόνο του μια αλλαγή, πρέπει να στηριχθεί όχι μόνο στους λόγους που επιβάλλουν να αλλάξει τις επικίνδυνες συμπεριφορές, αλλά παράλληλα και στην κατανόηση των επιπτώσεων των συμπεριφορών, στους πόρους που διαθέτει και στην κοινωνική υποστήριξη που θα έχει. Επιπρόσθετα, απαιτούνται δεξιότητες αυτο-κινητοποίησης και αυτο-καθοδήγησης.<sup>34</sup>

Οι Sheeran και Abraham<sup>35</sup> εύστοχα επισημαίνουν ότι το μοντέλο από την κατασκευή του δημιουργεί την αίσθηση ότι αποτελείται από μια σειρά από έξι ξεχωριστές και ανεξάρτητες μεταβλητές, που απλά παρατίθενται η μια δίπλα στην άλλη. Αναφέρουν επίσης ότι δεν τεκμηριώνεται με σαφήνεια η λειτουργικότητα των συστατικών στοιχείων, με

τρόπο ώστε να συνδέονται η «τρωτότητα» και η «σοβαρότητα» με την «απειλή» και τη «δράση». Τέλος, επισημαίνουν ότι, ενώ διατυπώνεται πως τα οφέλη συνεκτιμώνται με τα εμπόδια, δεν έχει αναπτυχθεί κάποιος τύπος για μια συνολική αξιολόγηση της συμπεριφοράς.<sup>35</sup>

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διατυπώνει κάποιες αντιφάσεις όσον αφορά στην πρόβλεψη σεξουαλικών συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Συγκεκριμένα, μερικές μελέτες καταγράφουν μια σχέση μεταξύ του ΜΠΥ και της σεξουαλικής επαφής χωρίς προστασία,<sup>36-39</sup> ενώ άλλες όχι.<sup>40-42</sup> Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα διαφέρουν ως προς το ποια μεταβλητή του ΜΠΥ συνδέεται περισσότερο με τη σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου. Για παράδειγμα, οι Sands et al<sup>39</sup> διαπίστωσαν ότι η χωρίς προστασία σεξουαλική επαφή μεταξύ των φοιτητών προβλέφθηκε από τη μεταβλητή της υποκειμενικής αίσθησης των εμποδίων (perceived barriers) για πρόληψη του ΜΠΥ και όχι από τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου. Σε αντίθεση, οι Scandell και Wlazelek<sup>43</sup> ανέφεραν ότι ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων και η συζήτηση που αφορά στην ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά μεταξύ των ερωτικών συντρόφων είχαν προβλεφθεί από την «τρωτότητα» και όχι από άλλες μεταβλητές του ΜΠΥ. Στην έρευνά τους που διεξήγαγαν για τη στάθμιση της εγκυρότητας της κλίμακας πεποιθήσεων για το AIDS (AIDS health belief scale, AHBS), εντόπισαν ότι ένα πρόβλημα με το ΜΠΥ, όπως απεικονίζεται στα στοιχεία της AHBS, αφορά στο γεγονός ότι οι συναισθηματικές πτυχές της σεξουαλικής συμπεριφοράς δεν συμπεριλαμβάνονται. Συναισθήματα όπως η αγάπη και η επιθυμία μπορεί να επηρεάσουν τη γνωστική επεξεργασία στη διαδικασία λήψης απόφασης και να συμμετέχουν σε σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία. Επιπρόσθετα, το μοντέλο θεωρεί ότι τα άτομα λαμβάνουν λογικές αποφάσεις όταν συμμετέχουν σε μια σεξουαλική δραστηριότητα. Αντίθετα, η σεξουαλική συμπεριφορά δεν είναι μόνο αυθόρμητη αλλά καθοδηγείται από φυσιολογικές ανάγκες: Ένα καλά διατυπωμένο σχέδιο δράσης που είναι προϊόν ενός προσεκτικού ζυγίσματος των πιθανών ζημιών και των ωφελειών μπορεί να απομακρυνθεί στο πλαίσιο μιας παθιασμένης σεξουαλικής αναμέτρησης. Όταν ανταγωνίζονται κεντρικοί στόχοι (σεξουαλική ικανοποίηση), αντισταθμίζουν τις καλά πληροφορημένες εντάσεις (δηλαδή, τη χρησιμοποίηση του προφυλακτικού).<sup>43,44</sup>

Ένα άλλο ζήτημα που καθιστά δύσκολη την ερμηνεία των συμπερασμάτων της έρευνας του ΜΠΥ που εφαρμόζεται στη σεξουαλική συμπεριφορά αφορά στην ποικιλία των τρόπων με τους οποίους η κάθε μεταβλητή του μοντέλου πεποιθήσεων για την υγεία αξιολογείται. Παρόλο που μερικές έρευνες εισηγούνται ότι το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία συμβάλλει στην κατανόηση της σεξουαλικής

συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, η πιθανή συνεισφορά του περιορίζεται από την έλλειψη αξιόπιστων και έγκυρων μέτρων αξιολόγησης μεταξύ των μελετών.<sup>43</sup>

Το ΜΠΥ αγνοεί την κοινωνική επιρροή και, συγκεκριμένα, δεν περιλαμβάνει αρκετές μεταβλητές, όπως είναι οι κοινωνικο-δημογραφικές και οι κοινωνικο-πολιτιστικές μεταβλητές, όπως για παράδειγμα το φύλο, η φυλή, η κουλτούρα, οι οποίες επιδρούν στη διαμόρφωση προληπτικής συμπεριφοράς υγείας. Σύμφωνα με τους Jemmot και Jemmot,<sup>45</sup> «το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων, άτομα που διαμένουν σε μητριαρχικές οικογένειες και άτομα που διαμένουν σε οικογένεια με μεγάλο αριθμό παιδιών δεν συμπεριλαμβάνονται στη θεωρία (μοντέλο), αλλά φαίνεται να υπάρχει σύνδεση με αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα». Επιπρόσθετα, οι ρόλοι των γονέων, οι πολιτιστικές αξίες και οι κανόνες της κοινωνίας επηρεάζουν τη συμπεριφορά των γυναικών και των ανδρών, καθώς και τη φύση των σχέσεών τους κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα. Οι σεξουαλικές πρακτικές χωρίς προφύλαξη δεν είναι αποτέλεσμα έλλειψης γνώσεων, κινήτρων ή ικανότητας, αλλά αποτέλεσμα του προσωπικού και του κοινωνικο-πολιτιστικού πλαισίου.<sup>44</sup>

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ψυχολογικά μοντέλα και οι θεωρίες για την υγεία παρέχουν τη βασική υποστήριξη στα προγράμματα για προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών σε όλα τα επίπεδα των παρεμβάσεων: Σε άτομα, σε ομάδες, στην κοινότητα. Ακολουθώντας τη δήλωση ότι «δεν υπάρχει τίποτα πιο πρακτικό από μια καλή θεωρία», ανακαλύπτοντας και ολοκληρώνοντας βασισμένες σε θεωρίες στρατηγικές, οι οποίες έχουν σκοπό την ανάπτυξη κινήτρων και περιβαλλοντικών συνθηκών που προκαλούν πρόθεση και αλλαγή συμπεριφοράς, συνεισφέρουμε σημαντικά στην ανάπτυξη μιας θεωρίας και μιας τεκμηριωμένης πρακτικής στον τομέα της ψυχολογίας της υγείας.

Με τη βοήθεια του ΜΠΥ και παρόλες τις αδυναμίες που αυτό παρουσιάζει, ο ερευνητής μπορεί να εντοπίσει τις σημαντικότερες αιτίες για τις οποίες άτομα μιας κοινωνικής ομάδας και κυρίως γυναίκες ενίστανται ή αδιαφορούν στη χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή. Ωστόσο, τίποτα δεν περιορίζει το συνδυασμό περισσότερων από μία θεωριών και μοντέλων, που πολλές φορές μπορεί να είναι και ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος. Σκοπός, βέβαια, δεν είναι άλλος από την ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων αλλαγής αυτής της επιζήμιας για την υγεία συμπεριφοράς και απαλλαγής του πληθυσμού από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και μολυσματικές ασθένειες.

## ABSTRACT

**Identification of the factors that contribute to the systematic use of condom for the prevention of unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases based on the Health Belief Model**

A. CHARALAMBOUS, T. TSITSI

*School of Health Sciences, Faculty of Nursing, Cyprus University of Technology, Nicosia, Cyprus**Archives of Hellenic Medicine 2010, 27(3):449–459*

Human behavior plays a more important role than the development of medical science and improvement of living conditions in the reduction of health problems and premature deaths. Changes in human behavior can occur as the result of many factors. Inappropriate behavior and mistaken health perceptions increase the likelihood of diseases. Every intervention aimed at prevention should focus on knowledge of the factors that define people's behavior. In order to discover the factors that are implicated in a preventive behavior such as the use of condoms, the Health Belief Model (HBM) can be used, which constitutes a valuable tool in predicting health behaviors. Based on this model, the adoption of specific behaviors is the result of the expectations and the perceived value of the positive consequences that this behavior will produce. The HBM, however, has certain limitations, such as the fact that it fails to take into consideration factors such as habits, social activities, the environment, and the apathy demonstrated by many people for health issues. It lacks an appropriate function which would enable linkage between the six constituents of the model. The limitations of use of the model in this particular context include the controversial opinions in terms of the association between the model and unprotected sexual intercourse and the fact that the model does not include the emotional dimensions of sexual intercourse.

**Key words:** Beliefs, Health Belief Model, Prevention, Risk behaviors, STD

## Βιβλιογραφία

1. ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ Γ. Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας. Τόμος Β. Συμπεριφορές υγείας: Πρότυπα και μεταβολές. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2000:15–96
2. BABAN A, CRACIUN C. Changing health – risk behaviors: A review of theory and evidence-based interventions in health psychology. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies* 2007, 7:45–67
3. ΔΑΡΒΙΡΗ Χ. Προαγωγή υγείας. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης ΠΧ, Αθήνα, 2007
4. ΣΤΕΡΤΟΕ Α, WARDLE J. Health-related behavior: Prevalence and links with disease. In: Kaptein A, Weinmen J (eds) *Health psychology*. Blackwell, BPS, 2004:123–145
5. GRAY A. *World health and disease*. Open University Press, Buckingham, 1993
6. ARMITAGE CJ, CONNER M. Social cognition models and health behavior: A structured review. *Psychol Health* 2000, 15:173–189
7. FERRAND A, SNIJDERS TA. Social networks and normative tension. In: Van Compenhoudt L, Cohen M, Guizzardi G, Haussier M (eds) *Sexual interactions and HIV risks. New conceptual perspectives in European research*. Taylor & Francis, London, 1997:6–21
8. CALNAN M. The health belief model and participation in programmes for the early detection of breast cancer: A comparative analysis. *Soc Sci Med* 1984, 19:823–830
9. CALNAN M, RUTTER DR. Do health beliefs predict health behavior? An analysis of breast self-examination. *Soc Sci Med* 1986, 22:673–678
10. CHALMERS KI, LUKER KA. Breast self-care practices in women with primary relatives with breast cancer. *J Adv Nurs* 1996, 23:1212–1220
11. GLANZ K, RIMER BK, LEWIS FM. *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. Wiley & Sons, San Francisco, 2002:99–120
12. MONTGOMERY SB, JOSEPH JG, BECKER MH, OSTROW DG, KESSLER RC, KIRSCHT JP. The health belief model in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS: How useful? *AIDS Educ Prev* 1989, 1:303–323
13. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Κοινωνία και υγεία. Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα, 2000
14. ROSENSTOCK IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1974, 2:328–335
15. DiMATTEO MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004, 42:200–209
16. BECKER M. *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ, Slack, 1974:324–473
17. HOCHBAUM GM. Why people seek diagnostic x-rays. *Pub Health Rep* 1956, 71:377–380
18. SCHWARZER R. Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Curr Dir Psychol Sci* 2001, 10:47–51
19. SCHWARZER R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model.

- el. In: Schwarzer R (ed) *Self-efficacy: Thought control of action*. Hemisphere, London, 1992:217–243
20. JANZ KF, LEVY SM, BURNS TL, TORNER JC, WILLING MC, WARREN JJ. Fatness, physical activity, and television viewing in children during the adiposity rebound period: The Iowa Bone Development Study. *Am J Prev Med* 2002, 35:563–571
  21. JANZ NK, BECKER MH. The health belief model: A decade later. *Health Educ Q* 1984, 11:1–47
  22. BANDURA A. Self-efficacy and health behaviour. In: Baum A, Newman S, Wienman J, West R, McManus C (eds) *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge University Press, Cambridge, 1997:160–162
  23. LIN P, SIMONI JM, ZEMON V. The health belief model, sexual behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants. *AIDS Educ Prev* 2005, 17:469–483
  24. MEYEROWITZ BE, CHAIKEN S. The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intention, and behavior. *J Pers Soc Psychol* 1987, 52:500–510
  25. COHEN ES, FROMME K. Differential determinants of young adult substance use and high-risk sexual behavior. *J Appl Soc Psychol* 2002, 32:1124–1150
  26. KANG SY, DEREN S, ANDIA J, COLON HM, ROBLES R. Effects of changes in perceived self-efficacy on HIV risk behaviors over time. *Addict Behav* 2004, 29:567–574
  27. VAN DEN VEN, McCORMICK D. In: Lin P, Simoni JM, Zemon V (eds) The health belief model, sexual behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants. *AIDS Educ Prev* 2004, 17: 469–483
  28. FISHBEIN M. The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care* 2000, 12:273–278
  29. KANEKO N. Association between condom use and perceived barriers to and self-efficacy of safe sex among young women in Japan. *Nurs Health Sci* 2007, 9:284–289
  30. ROSENTHAL DA, HALL C, MOORE MS. AIDS, adolescents, and sexual risk taking: A test of the health belief model. *Aust Psychol* 1992, 27:166–171
  31. HILTABIDDLE SJ. Adolescent condom use, the health belief model, and the prevention of sexually transmitted disease. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006, 25:61–66
  32. BECKER M, ROSENSTOCK IM. Compliance with medical advice. In: Steptoe A, Matthews A (eds) *Health care and human behavior*. Academic Press, London, 1984:135–152
  33. BANDURA A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: DiClemente RJ, Peterson JL (eds) *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Plenum, New York, 1994:25–59
  34. MELKOTE SR, MUPPIDI SR, GOSWAMI D. Social and economic factors in an integrated behavioral and societal approach to communications in HIV/AIDS. *J Health Commun* 2000, 5(Suppl):17–27
  35. SHEERAN P, ABRAHAM C. The health belief model. In: Conner M, Norman P (eds) *Predicting health behavior*. Open University Press, Buckingham, 1996:23–61
  36. DORR N, KRUECKEBERG S, STRATHAM A, WOODS MD. Psychosocial correlates of voluntary HIV antibody testing in college students. *AIDS Educ Prev* 1999, 11:14–27
  37. BUUNK BP, BAKKER AB, SIERO FW, VAN DEN EIJNDEN RJ, YZER MC. Predictors of AIDS-preventive behavioral intentions among adult heterosexuals at risk for HIV-infection: Extending current models and measures. *AIDS Educ Prev* 1998, 10:149–172
  38. NEWCOMB MD, ROMERO GJ, WYATT GE, TUCKER MB, WAYMENT HA, VARGAS-CARMONA J ET AL. Acculturation, sexual risk taking, and health promotion among Latinas. *J Couns Psychol* 1998, 45:454–467
  39. SANDST, ARCHER J Jr, PULEO S. Prevention of health risk behaviors in college students: Evaluating seven variables. *J Coll Stud* 1998, 29:331–342
  40. ALLARD R. Beliefs about AIDS as determinants of preventive practices and of support for coercive measures. *Am J Public Health* 1989, 79:448–452
  41. LOLLIS C, JOHNSON EH, ANTONI MH. The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. *AIDS Educ Prev* 1997, 9:551–563
  42. MAHONEY CA, THOMBS DL, FORD OJ. Health belief and self-efficacy models: Their utility in explaining college student condom use. *AIDS Educ Prev* 1995, 7:32–45
  43. SCANDELL DJ, WLAZELEK B. A validation study of the AIDS Health Belief Scale. *Can J Hum Sex* 2002, 11:41–19
  44. AUERBACH J, WYPIJEWSKA C, BRODIE K. *AIDS and behavior: An integrated approach*. Institute of Medicine, Washington, DC, 1994:17–27
  45. JEMMOTT J III, JEMMOTT L. Interventions for adolescents in community settings. In: DiClemente R, Peterson J (eds) *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Plenum, New York, 1994:141–174

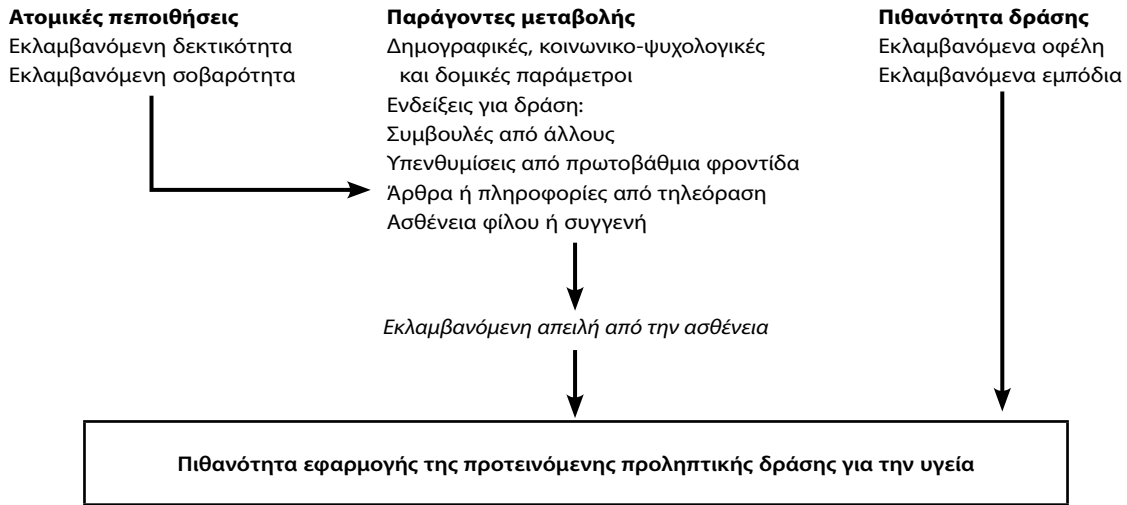
*Corresponding author:*

A. Charalambous, Cyprus University of Technology, 215 Dromos Lemesou street, 2252 Latsia, P.O. Box 12715 Nicosia, Cyprus  
 e-mail: andreas.charalambous@cut.ac.cy



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**

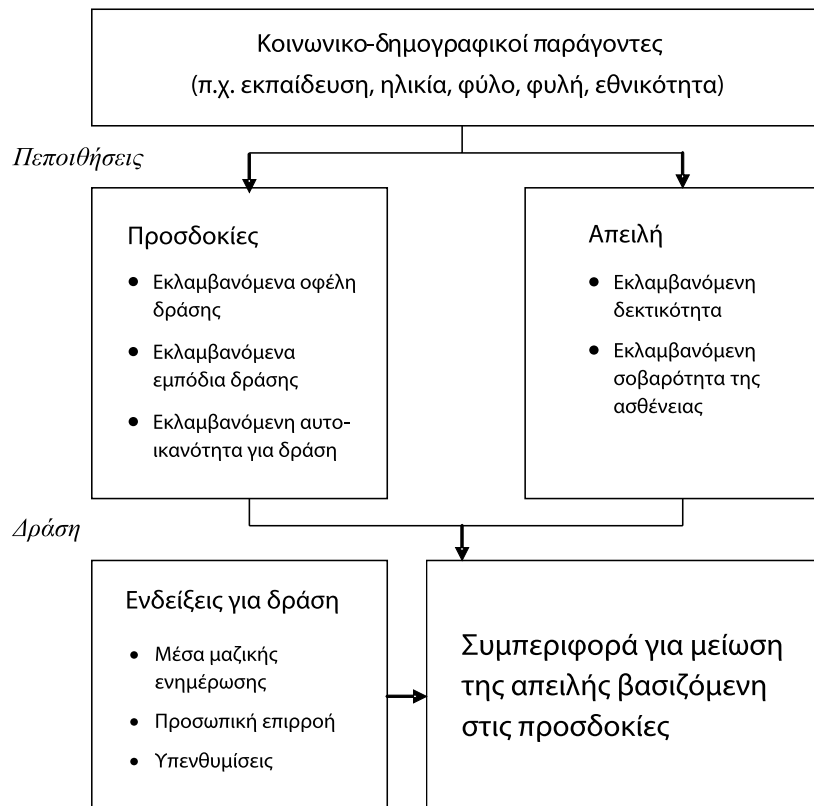
**Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (δύο προσαρμογές)**



Προσαρμογή από Bastable 1997:135

Bastable S. *Nurse as educator: Principles of teaching and learning*. Jones & Bartlett Publ, Boston, MA, 1997

*Υπόβαθρο*



Πηγή: Rosenstock I, Strecher V, Becker M. The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In: DiClemente RJ, Peterson JL (eds) *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. Plenum Press, New York, 1994:5–24

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

## Ερωτηματολόγιο για τη χρήση προφυλακτικού σε γυναίκες

**Μέρος Α:** Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της απάντησης που ισχύει για τα δικά σας στοιχεία.

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

## 1. Ηλικία:

- 45–54 .....5  
35–44 .....4  
25–34 .....3  
19–24 .....2  
13–18 .....1

- Διαζευγμένη/χωρισμένη .....3  
Χήρα .....2  
Συμβίωση .....1

## 2. Τόπος μόνιμης κατοικίας:

- Δήμος .....2 Κοινότητα .....1

## 3. Οικογενειακή κατάσταση:

- Ανύπανδρη .....5  
Παντρεμένη .....4

4. **Υψημιάτητα:** 2 Άλλη ..... 1

## 5. Εκπαίδευση:

- Δεν έχω γραμματικές γνώσεις/δεν έχω τελειώσει  
το Δημοτικό ..... 5  
Απόφοιτη Δημοτικού ..... 4  
Απόφοιτη Γυμνασίου ..... 3  
Απόφοιτη Λυκείου ..... 2  
Απόφοιτη Ανώτερης Σχολής (Πανεπιστήμιο) ..... 1

**Μέρος Β:** Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της απάντησης που εκφράζει την προσωπική σας γνώμη/εκτίμηση.

1. Η χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή μπορεί να προφυλάξει από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

- Συμφωνώ απόλυτα ..... 5  
Συμφωνώ ..... 4  
Δεν είμαι σίγουρη ..... 3  
Διαφωνώ ..... 2  
Διαφωνώ ριζικά ..... 1

2. Η χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή μπορεί να προφυλάξει από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή λοιμώδεις ασθένειες (ηπατίτιδες Β, C και AIDS).

- Συμφωνώ απόλυτα ..... 5  
Συμφωνώ ..... 4  
Δεν είμαι σίγουρη ..... 3  
Διαφωνώ ..... 2  
Διαφωνώ ριζικά ..... 1

3. Ανησυχώ πολύ μήπως μου προκύψει κάτι ανεπιθύμητο επειδή δεν χρησιμοποιώ πάντα το προφυλακτικό.

- Συμφωνώ απόλυτα ..... 5  
Συμφωνώ ..... 4  
Δεν είμαι σίγουρη ..... 3

- Διαφωνώ ..... 2  
Διαφωνώ ριζικά ..... 1

4. Η συστηματική χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή με καθησυχάζει ότι δεν υπάρχει κίνδυνος ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή σεξουαλικώς μεταδιδόμενου νοσήματος.

- Συμφωνώ απόλυτα ..... 5  
Συμφωνώ ..... 4  
Δεν είμαι σίγουρη ..... 3  
Διαφωνώ ..... 2  
Διαφωνώ ριζικά ..... 1

5. Αν μου συνέβαινε κάτι ανεπιθύμητο, θα καταστρεφόταν η σοβαρότητα της σχέσης μου.

- Συμφωνώ απόλυτα ..... 5  
Συμφωνώ ..... 4  
Δεν είμαι σίγουρη ..... 3  
Διαφωνώ ..... 2  
Διαφωνώ ριζικά ..... 1

6. Η χρήση του προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή μειώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση.

- Συμφωνώ απόλυτα ..... 5

Συμφωνώ .....	4	ασθένειες μπορούν να προληφθούν καλύτερα με τη δική μας προληπτική συμπεριφορά υγείας.
Δεν είμαι σίγουρη .....	3	Συμφωνώ απόλυτα .....
Διαφωνώ .....	2	Συμφωνώ .....
Διαφωνώ ριζικά .....	1	Δεν είμαι σίγουρη .....
7. Η χρήση του προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή επηρεάζει τη ρομαντική ατμόσφαιρα.		Διαφωνώ .....
Συμφωνώ απόλυτα .....	5	Διαφωνώ ριζικά .....
Συμφωνώ .....	4	12. Δεν χρειάζεται να χρησιμοποιώ συστηματικά το προφυλακτικό, αφού δεν έχω συχνές σεξουαλικές επαφές με το μόνιμο σύντροφό μου λόγω απόστασης και δεν έχω εναλλαγές συντρόφων στα μεσοδιαστήματα.
Δεν είμαι σίγουρη .....	3	Συμφωνώ απόλυτα .....
Διαφωνώ .....	2	Συμφωνώ .....
Διαφωνώ ριζικά .....	1	Δεν είμαι σίγουρη .....
8. Η χρήση του προφυλακτικού επηρεάζεται από το αίσθημα προκατάληψης κατά την αγορά.		Διαφωνώ .....
Συμφωνώ απόλυτα .....	5	Διαφωνώ ριζικά .....
Συμφωνώ .....	4	13. Πιστεύω ότι μπορώ να επηρεάσω εύκολα το σύντροφό μου να χρησιμοποιήσει προφυλακτικό.
Δεν είμαι σίγουρη .....	3	Συμφωνώ απόλυτα .....
Διαφωνώ .....	2	Συμφωνώ .....
Διαφωνώ ριζικά .....	1	Δεν είμαι σίγουρη .....
9. Φοβάμαι να ζητήσω από το σύντροφό μου να χρησιμοποιούμε προφυλακτικό μήπως διαταραχθεί η σχέση μας.		Διαφωνώ .....
Συμφωνώ απόλυτα .....	5	Διαφωνώ ριζικά .....
Συμφωνώ .....	4	14. Μπορώ να αρνηθώ σεξουαλική επαφή με το σύντροφό μου λόγω απουσίας προφυλακτικού.
Δεν είμαι σίγουρη .....	3	Συμφωνώ απόλυτα .....
Διαφωνώ .....	2	Συμφωνώ .....
Διαφωνώ ριζικά .....	1	Δεν είμαι σίγουρη .....
10. Οι πιθανότητες να μου προκύψει κάτι ανεπιθύμητο είναι μηδαμινές, αφού έχω μόνιμη σχέση και δεν αλλάζω ερωτικούς συντρόφους και είμαστε προσεκτικοί κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών επαφών.		Διαφωνώ .....
Συμφωνώ απόλυτα .....	5	Διαφωνώ ριζικά .....
Συμφωνώ .....	4	
Δεν είμαι σίγουρη .....	3	
Διαφωνώ .....	2	
Διαφωνώ ριζικά .....	1	
11. Παρά τα επιτεύγματα της Ιατρικής, νομίζω ότι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και οι σεξουαλικώς μεταδιδόμενες		

Συστατικό στοιχείο του μοντέλου	Ερωτήσεις
Τρωτότητα	3, 10, 12
Σοβαρότητα	5
Οφέλη	1, 2, 4, 11
Κόστος/εμπόδια	6, 7, 8, 9
Αυτο-αποτελεσματικότητα	11, 13, 14