

# Παράγοντες που συμβάλλουν στη συστηματική χρήση Του προφυλακτικού, στην πρόληψη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

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

Author: Χαράλαμπος Ανδρέας, Τσίτση Θεολογία

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

## Περίληψη

Σημαντικότερο ρόλο από την πρόοδο της ιατρικής και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στον περιορισμό των προβλημάτων υγείας και τη μείωση των πρόωρων θανάτων, διαδραματίζει η ανθρώπινη συμπεριφορά, που η αλλαγή της είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων. Ο νοσογόνος τρόπος συμπεριφοράς και οι αντιλήψεις για την υγεία των ατόμων επαυξάνει 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, χρησιμοποιήθηκε το Μοντέλο Πεπειθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ), που αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την πρόβλεψη συμπεριφορών σχετικών με την υγεία και που θεωρεί ότι η υιοθέτηση συγκεκριμένης συμπεριφοράς είναι συνάρτηση της προσδοκίας και αξίας των συνεπειών που αυτή συνεπάγεται.

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 υπάρχει η απαραίτητη σύνδεση των έξι συστατικών στοιχείων του μοντέλου. Η κριτική επεκτείνεται και εξαιτίας των αντιφατικών απόψεων αναφορικά με τη σχέση του ΜΠΥ με την σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό και στο ότι στο μοντέλο δεν περιλαμβάνονται οι συναισθηματικές πτυχές της σεξουαλικής επαφής.

## Abstract

The human behavior plays more important role than the development of medical science and the improvement of the living conditions in the constriction of the health problems and the premature deaths. However, changes in the human behavior can occur as the result of many contributing factors. The ill-behavior and the health perceptions increase the likelihood of diseases. Every intervention aiming at prevention should be focused on the knowledge factors that define peoples' behavior.

In order to uncover the factors that are generated in a preventing behavior such as the use of condom, we have used the Health Belief Model (HBM), which is a valuable tool in predicting health behaviors. Based on this model, the adoption of specific behaviors is the result of the expectations and value of the positive consequences that this behavior will produce.

The HBM however comes with some limitations such as the fact that it fails to take into consideration factors such as habits, social activities, the environment, the apathy demonstrated by many people for health issues, and that there is a lack of appropriate function which will contribute to the necessary linkage between the six constituents of the model. The criticism expands to include the controversial opinions in terms of the association between the model and the unprotected sexual intercourse and that the model does not includes the emotional dimensions of the sexual intercourse.

## Εισαγωγή

Κατά τη διάρκεια του αιώνα που διανύουμε 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. Μία 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 (Κουλιεράκης, 2000).

Η ανθρώπινη συμπεριφορά διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας και στην πρόληψη των ασθενειών (Baban, 2007) και η μελέτη της αναφορικά με αυτά τα θέματα αποτελεί μια νέα πρόκληση στα θέματα υγείας (Κουλιεράκης, 2000). Είναι δηλαδή σημαντικό να κατανοήσουμε 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 την διαχείριση αυτών των προβλημάτων.

Για τη 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 αρρώστια. Αυτό προϋποθέτει την κατανόηση και τον προσδιορισμό της επιρροής των ψυχολογικών, των κοινωνικών και των πολιτισμικών παραγόντων στη συμπεριφορά των ατόμων (Κουλιεράκης, 2000), που δεν επιδρούν πάντα αυτόνομα στην υγεία, αλλά αντίθετα υφίστανται σημαντική επίδραση από το περι-

βάλλον. 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 (Δαρβίρη, 2007).

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 (Stephens, Waardle, 2004).

Οι συμπεριφορές αυτές θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε ένα 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 κυρίων αιτιών στις ανεπτυγμένες χώρες, προκαλούνται από παράγοντες που μπορούσαν να προληφθούν, όπως το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, οι περιστασιακές σεξουαλικές δραστηριότητες χωρίς προφύλαξη για τυχόν προσβολή από λοιμώδη νοσήματα, η φυσική ανικανότητα, οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες (Gray, 1993). Ο Κοορ έχει περιγράψει το σημαντικό ρόλο που παίζουν τα νοσογόνα είδη συμπεριφοράς και ο αντίστοιχος τρόπος ζωής στην εμφάνιση τόσο των ασθενειών όσο και των πρόωρων θανάτων (Κουλιεράκης, 2000).

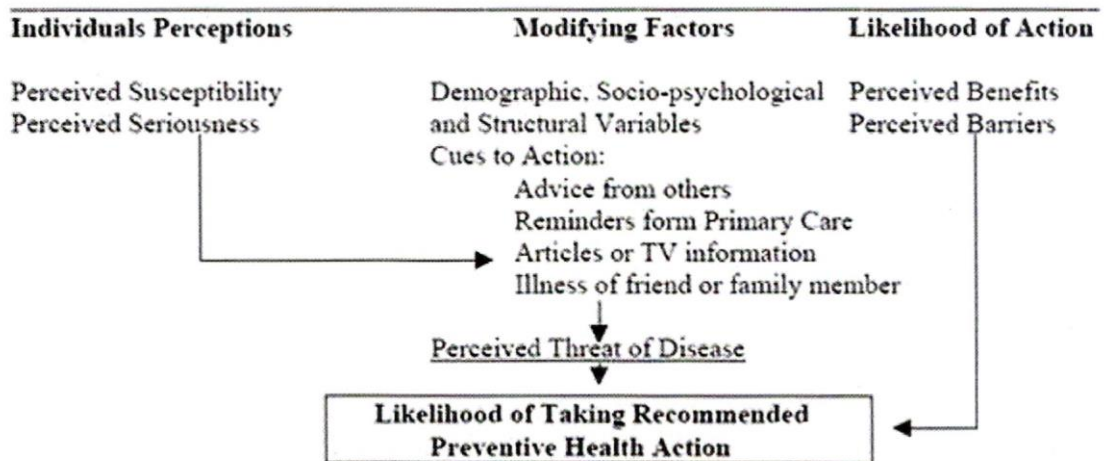
Οι συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία επηρεάζουν επίσης τις γνωστικές λειτουργίες γύρω από την υγεία και την αρρώστια. Συγκεκριμένα οι γνωστικές λειτουργίες περιλαμβάνουν τις πεποιθήσεις (beliefs), τις αντιλήψεις (perceptions) και

τα παραγωγικά αίτια (attributions) που έχουν οι άνθρωποι σχετικά με την υγεία και την αρρώστια και σε μεγάλο βαθμό καθορίζουν τη συμπεριφορά τους. Άρα, εάν θελήσουμε να περάσουμε στο επίπεδο της πρόληψης, για να είναι αποτελεσματική οποιαδήποτε παρέμβαση, θα 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 ανοιχτοί σε αλλαγή από κάποιους άλλους, ψυχολογικής κυρίως υφής, όπως είναι για παράδειγμα η προσωπικότητα. Οι γνωστικές λειτουργίες έχουν σχηματοποιηθεί σε θεωρίες, οι οποίες αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη των κοινωνικογνωστικών μοντέλων (Κουλιεράκης, 2000).

Τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα προέρχονται από τον κλάδο της ψυχολογίας της υγείας και βοηθούν στην πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε θέματα υγείας και αρρώστιας. Επιπλέον, καθορί-

ζουν 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 (Armitage, Conner, 2000).

Στο παρόν άρθρο έχει χρησιμοποιηθεί ένα από τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα, το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία. (Διάγραμμα 1). 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, σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων και μολυσματικών ασθενειών από το γυναικείο πληθυσμό. Αυτό επιτυγχάνεται χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο σαν εργαλείο πρόβλεψης της πιο πάνω συμπεριφοράς, βασισμένο στο μοντέλο αυτό, έτσι ώστε να εφαρμοστεί με επιτυχία ένα πρόγραμμα πρόληψης.



**Διάγραμμα 1: Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία**

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, που χαρακτηρίζεται σε μεγάλο βαθμό από

παρορμητικότητα και συναισθηματικότητα, παρά από μια λογική διαδικασία λήψης αποφάσεων (Ferrand, Snijders, 1997). Σύμφωνα με τον Κουλιεράκη (2000), 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 στήθους, ο έλεγχος της γονιμότητας και οι σεξουαλικές συμπεριφορές και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Calnan, 1984; Calna & Rutter, 1986; Chalmers & Luker, 1996; Glanz et al., 2002; Montgomery et al., 1989).

Το ΜΠΥ αποτελεί θεωρία λήψης αποφάσεων που στηρίζεται στη «θεωρία πεδίου» του γερμανού ψυχολόγου Kurt Lewin (1890-1947) και στη κοινωνικογνωστική θεωρία του Albert Bandura (Παράρτημα Ι). Η θεωρία του Lewin, που έχει σαν βάση τον Αριστοτέλη, υποστηρίζει ότι το άτομο δεν είναι απομονωμένο, αλλά κοινωνικό ον, που δέχεται τις επιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος. Σύμφωνα με το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία, το άτομο παίρνει αποφάσεις σε ζητήματα υγείας μόνο όταν είναι ψυχολογικά προετοιμασμένο να δράσει αναφορικά με κάποια απειλή που νοιώθει για την υγεία του (Τούντας, 2000). Το μοντέλο ανήκει στην 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 (Κουλιεράκης, 2000).

Το ΜΠΥ (Glanz et al., 2002; Rosenstock, 1974) υποθέτει ότι η πιθανότητα εμπλοκής ενός προσώπου σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά υγείας είναι μια λειτουργία πολλών πεποιθήσεων:

1. Η υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας είναι ο βαθμός που ένα άτομο πιστεύει ότι είναι επιρρεπής σε μια συγκεκριμένη ασθένεια. Δηλαδή η αντίληψη που έχει κάποιος για την πιθανότητα να προσβληθεί από μια αρρώστια (Κουλιεράκης, 2000) και πόσο σοβαρή πιστεύει ότι θα είναι η κατάσταση του αν η νόσος εμφανιστεί (DiMatteo, 2004). Αυτό μπορεί να μετρηθεί με την ερώτηση: «Έχοντας υπόψη όλους τους παράγοντες, ποιες νομίζεις είναι οι πιθανότητες να μολυνθείς με σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (ΣΜΝ)» (Glanz et al., 2002). Σύμφωνα με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (Παράρτημα Ι) 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 την διάρκεια των σεξουαλικών επαφών» ή «Δεν χρειάζεται να χρησιμοποιώ συστηματικά το προφυλακτικό, αφού δεν έχω συχνές σεξουαλικές επαφές με τον μόνιμο σύντροφο μου λόγω απόστασης και δεν έχω εναλλαγές συντρόφων στα μεσοδιαστήματα».

2. Η υποκειμενική αίσθηση της σοβαρότητας από τις συνέπειες μιας αρρώστιας στον τρόπο ζωής του ατόμου (Κουλιεράκης, 2000; Becker, 1974). Αφορά το 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 ΙΙ) «ανησυχώ πολύ μήπως μου προκύψει κάτι ανεπιθύμητο διότι 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 παράγοντες αντιληπτής απειλής (Becker, 1974, Hochbaum, 1956). 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 πράξεων τους, δεν θα αναπτύξουν κίνητρα για να τις αλλάξουν (Glanz et al., 2002; Schwarzer, 2001). Σύμφωνα με τον Hochbaum (1956), 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 αποδείχτηκε 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 το άτομο θα δράσει. Αυτό επηρεάζεται από το ισοζύγιο μεταξύ της υποκειμενικής αίσθησης για τα οφέλη και των εμποδίων που υπάρχουν.

3. 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 την 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 πεπεισμένοι μπορούν να αντανάκλουν κοινωνικές και πολιτισμικές επιρροές (Becker, 1974; Schwarzer, 2001). Η υποκειμενική αίσθηση για τα οφέλη αξιολογείται (Παράρτημα II) με το βαθμό στον οποίο το άτομο συμφωνεί με τις δηλώσεις ότι «η χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή μπορεί να προφυλάξει από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη», «η χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή μπορεί να προφυλάξει από σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα ή λοιμώδεις ασθένειες (Ηπατίτιδες Β, C, & Aids)» και «η συστηματική χρήση προφυλακτικού σε κάθε σεξουαλική επαφή με καθυσχάζει ότι δεν υπάρχει κίνδυνος ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή σεξουαλικώς μεταδιδόμενο νόσημα».

4. Η υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια/κόστος από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς. Δηλαδή η αξιολόγηση των πιθανών αρνητικών συνεπειών που σχετίζονται με την συμπεριφορά πρόληψης (Κου- λιεράκης, 2000). Τα εμπόδια αυτά είναι το αποτέλεσμα μιας αξιολόγησης, ενός «ζυγίσματος» που πραγματοποιεί το άτομο μεταξύ των δυνητικών ωφελειών και 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 II) μετριέται με τις ακόλουθες δηλώσεις: «η χρήση του προφυλακτικού, επηρεάζετε από το αίσθημα της προκατάληψης κατά την αγορά», «φοβάμαι να ζητήσω από τον σύντροφο μου να χρησιμοποιούμε προφυλακτικό μήπως διαταραχθεί η σχέση μας», «η χρήση του προφυλακτικού σε κάθε

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

Το ισοζύγιο μεταξύ της αίσθησης για τα οφέλη και το κόστος μπορεί να προτείνει μια πιθανότητα του ατόμου για δράση και την προτίμηση 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 (Becker, 1974; Schwarzer, 2001).

Παρόλο που το απειλούμενο άτομο ενεργοποιείται, συχνά επισυμβαίνουν αλλαγές όταν κάποιες εξωτερικές ή εσωτερικές ενδείξεις προκαλούν τη δράση (Becker, 1974). Καθώς οι ενδείξεις για δράση μπορεί να είναι φευγαλέα γεγονότα είναι δύσκολο να καταγραφούν (Janz et al., 2002). 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 (Rosenstock, 1974). Παρόλο που έχει παρατηρηθεί ότι οι ενδείξεις για δράση είναι υψίστης σημασίας, σπάνια αυτές έχουν μελετηθεί εμπειρικά (Becker, 1974; Schwarzer, 2001).

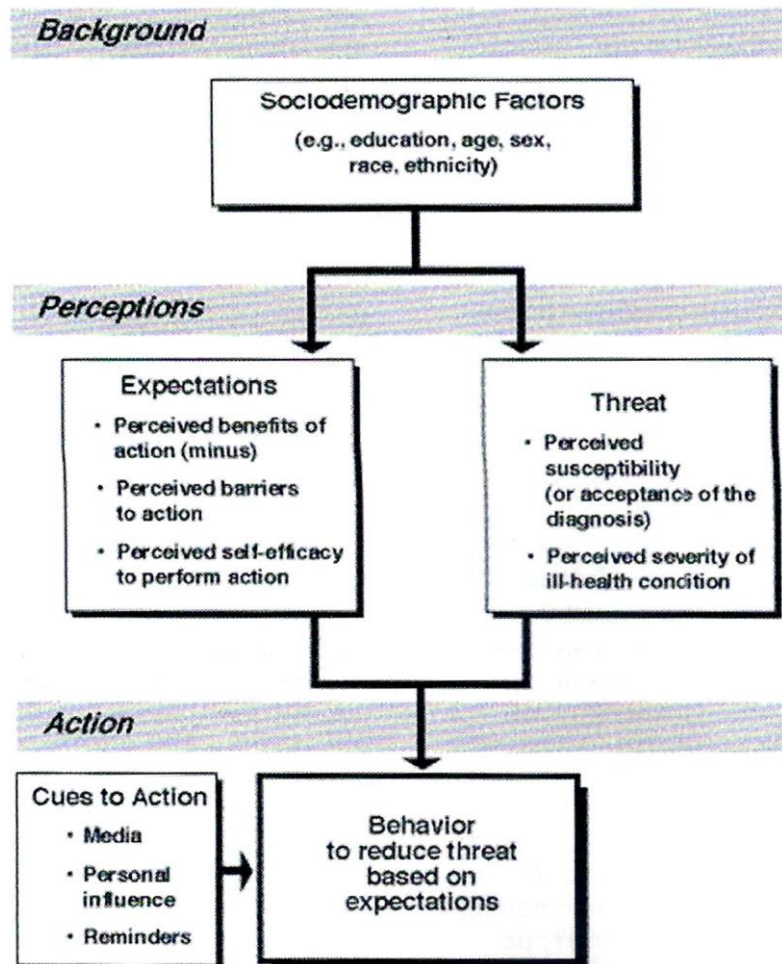
Επιπρόσθετα, τρεις ακόμα ομάδες μεταβλητών ασκούν έμμεση επίδραση στην υιοθέτηση συμπεριφορών πρόληψης, επηρεάζοντας ένα ή περισσότερα συστατικά του μοντέλου: οι δημογραφικές, οι κοινω- νικοψυχολογικές και οι δομικές συνθήκες (Κουλιεράκης, 2000).

Σε μια προσπάθεια βελτίωσης της προβλεπτικής ικανότητας, οι ερευνητές επέκτειναν το ΜΠΥ ώστε να περιλαμβάνει και την έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας (Janz & Becker, 1984). Η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι η πεποίθηση ενός προσώπου στο κατά πόσο είναι ικανό να υιοθετήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Bandura, 1997). Επιπρόσθετα, η έρευνα έχει αποδείξει ότι ο χειρισμός της αυτο-αποτελεσματικότητας είναι μια επιτυχής στρατηγική για τη μείωση συμπεριφορών επικίνδυνων για την υγεία (Lin, et al., 2005). Κάποιοι εγκλωβίζονται σε αμφιβολίες και

δεν παρακινούν τους εαυτούς τους. Αυτοί βλέπουν ελάχιστο όφελος ακόμα και στην επίτευξη ενός σοβαρού στόχου, εφόσον πιστεύουν ότι δεν έχουν ότι χρειάζεται για να πετύχουν. Παρόλα αυτά, η πρόθεση της αλλαγής μιας συνήθειας που επηρεάζει την υγεία, εξαρτάται σε κάποιο βαθμό στην ικανότητα του ατόμου να ελέγχει αυτή τη συνήθεια (Schwarzer, 2001).

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 (Meyerowitz & Chaiken, 1987).

Η αντίληψη της αυτο-αποτελεσματικότητας δραστηριοποιεί σε συνεργασία με την πρόβλεψη κινδύνου, 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 (Schwarzer, 2001). 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 (Cohen & Fromme, 2002; Kang et al., 2004; Van den Ven & McCormick, 2004). (Διάγραμμα 2)



Διάγραμμα 2: Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία και συμπεριφορά υγείας.

## Ανάλυση του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία είναι βασισμένο στο ΜΠΥ, με σκοπό να προβλέψει τη χρήση του προφυλακτικού από τις γυναίκες (Παράρτημα II). Σύμφωνα με τον Fishbein (2000), όσον αφορά τα ΣΜΝ και τα λοιμώδη νοσήματα, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι παρόλο που η χρήση του ανδρικού προφυλακτικού είναι 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, συγκεκριμένα να χρησιμοποιήσει προφυλακτικό. Και αυτό διότι αισθάνεται πως «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 την διάρκεια των σεξουαλικών επαφών τους». Αυτά τα πιστεύω που εκφράζονται από τη συγκεκριμένη γυναίκα υποδηλώνουν χαμηλή αίσθηση τρωτότητας. Όσον αφορά την σοβαρότητα της κατάστασης εάν «της παρουσιαστεί κάτι ανεπιθύμητο, για παράδειγμα ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα ή λοιμώδης 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 σύντροφο της λόγω απουσίας του προφυλακτικού», δηλαδή ακόμη μια φορά φαίνεται ότι δεν αντιλαμβάνεται ότι κινδυνεύει και ότι χρησιμοποιώντας το προφυλακτικό θα μπει να μειώσει τους κινδύνους που κερδίζουν. Σύμφωνα με το ΜΠΥ, με την πιο πάνω δήλωση φαίνεται ότι εκτός από χαμηλή αίσθηση τρωτότητας, υπάρχει και χαμηλή αίσθηση σοβαρότητας. Επιπλέον,

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 ανεπτυγμένη αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας, διότι πιστεύει ότι έχει την ικανότητα να «επηρεάσει εύκολα τον σύντροφο της να χρησιμοποιήσει προφυλακτικό». Σύμφωνα όμως με τη θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας η υιοθέτηση μιας προληπτικής συμπεριφοράς υγείας, στην περίπτωση αυτή της χρήση του προφυλακτικού, εξαρτάται από τρεις παράγοντες: τη συνειδητοποίηση ότι το άτομο βρίσκεται σε κίνδυνο, την προσδοκία ότι η αλλαγή στη συμπεριφορά του θα μειώσει αυτό 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 (Κουλιεράκης, 2000). Ωστόσο, ο Kaneko (2007), αναφέρει ότι τα άτομα που αισθάνονται άνετοι στη σωστή χρήση του προφυλακτικού καθ' όλη τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής έχουν περισσότερες πιθανότητες στην υιοθέτηση συστηματικής χρήσης του, στην περίπτωση που ο ένας εκ των δύο συντρόφων 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 καθ' όλη τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής για την πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων όπως Ηπατίτιδας Β και AIDS, παράλληλα με την συμπερίληψη στα εκπαιδευτικά προγράμματα

για σεξουαλική αγωγή της ενδυνάμωσης και ενίσχυσης δεξιοτήτων άρνησης σεξουαλικής επαφής στην απουσία προφυλακτικού (Rosenthal et al., 1992; Hiltabiddle, 2006).

### Κριτική ανάλυση του ΜΠΥ

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 ψυχοκοινωνιο- λογικό μοντέλο. Σαν τέτοιο περιορίζεται, λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη ποικιλία των ατομικών συμπεριφορών, σε θέματα υγείας όπως αυτά μπορούν να ερμηνευθούν από τις στάσεις και τις πεποιθήσεις τους (Rosenstock, 1974). 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», «σοβαρότητας», «τα οφέλη» και «το κόστος» (Κουλιεράκης, 2000). 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 εμπεριέχουν 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 δίαιτα 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 ψηλή ατμοσφαιρική ρύπανση) (Janz & Becker, 1984). Τέλος μπορεί να υπάρχουν και εξωτερικοί παράγοντες που να εμποδίζουν την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς με στόχο την υγεία (Κουλιεράκης, 2000).

Περαιτέρω, το μοντέλο ελέγχεται ως προς τη θεώρηση ότι η «υγεία» αξιολογείται πολύ ψηλά 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 (Janz & Becker, 1984; Becker & Rosenstock, 1984).

Μια μεταβλητή που λείπει από το μοντέλο και που φαίνεται να έχει επίδραση στην συμπεριφορά είναι η «αυτο-αποτελεσματικότητα», έννοια που περιέγραψε ο Bandura (1994). 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 (Melkote et al., 2000).

Οι Sheeran και Abraham (1996) εύστοχα επισημαίνουν, ότι το μοντέλο από την κατασκευή του δίνει την αίσθηση ότι αποτελείται από μια σειρά από έξι ξεχωριστές και ανεξάρτητες μεταβλητές, που απλώς παρατίθενται η μια δίπλα στην άλλη. Αναφέρουν 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». Επίσης προσθέτουν ότι, ενώ διατυπώνεται ότι τα οφέλη συνεκτιμώνται με τα εμπόδια, δεν έχει αναπτυχθεί κανένας τύπος για μια συνολική αξιολόγηση της συμπεριφοράς (Sheeran & Abraham, 1996).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διατυπώνει κάποιες αντιφάσεις όσον αφορά την πρόβλεψη σεξουαλικών συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Συγκεκριμένα, μερικές μελέτες καταγράφουν μια σχέση μεταξύ του ΜΠΥ και της σεξουαλικής επαφής χωρίς προστασία (Dorr et al., 1999; Buunk et al., 1998; Newcomb et al., 1998;



Sands et al., 1998), ενώ άλλες όχι (Allard, 1989; Lollis et al., 1997; Mahoney et al., 1995). Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα διαφέρουν στο ποια μεταβλητή του ΜΠΥ συνδέεται περισσότερο με τη σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου. Για παράδειγμα, οι Sands T. και άλλοι (1998) 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 (2002) ανέφεραν ότι ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων και η συζήτηση που αφορά την ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά μεταξύ των ερωτικών συντρόφων είχαν προβλεφθεί από την «τρωτότητα» και όχι άλλες μεταβλητές του ΜΠΥ. Στην έρευνα 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 είναι ότι οι συναισθηματικές πτυχές της σεξουαλικής συμπεριφοράς δε 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 παίρνουν 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 στα πλαίσια μιας παθιασμένης σεξουαλικής αναμέτρησης όταν ανταγωνίζονται κεντρικοί στόχοι (σεξουαλική ικανοποίηση) αντισταθμίζουν τις καλά πληροφορημένες εντάσεις (δηλ. για να χρησιμοποιήσουν το προφυλακτικό) (Scandell & Wlazelek, 2002; Auerbach et al., 1994).

Ένα άλλο ζήτημα που καθιστά δύσκολη την ερμηνεία των συμπερασμάτων της έρευνας του ΜΠΥ που εφαρμόζεται στη

σεξουαλική συμπεριφορά αφορά την ποικιλία των τρόπων όπου η κάθε μεταβλητή του μοντέλου πεποιθήσεων για την υγεία αξιολογείται. Παρ' όλο που μερικές έρευνες εισηγούνται ότι το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία συμβάλλει στην κατανόηση της σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, η πιθανή συνεισφορά αυτού του μοντέλου περιορίζεται από την έλλειψη αξιόπιστων και έγκυρων μέτρων αξιολόγησης μεταξύ των μελετών (Scandell & Wlazelek, 2002).

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 στην διαμόρφωση προληπτικής συμπεριφοράς υγείας. Σύμφωνα με τους Jemmot και Jemmot (1994), «το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονιών, άτομα που διαμένουν σε μητριαρχικές οικογένειες, άτομα που διαμένουν σε οικογένεια με μεγάλο αριθμό παιδιών δεν συμπεριλαμβάνονται στην 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 σχέσεων τους κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα. Οι σεξουαλικές πρακτικές χωρίς προφύλαξη δεν είναι αποτέλεσμα έλλειψης γνώσεων, κινήτρων ή ικανότητας, αλλά είναι αποτέλεσμα του προσωπικού και κοινωνικό-πολιτιστικού πλαισίου (Auerbach et al., 1994).

### Συμπεράσματα

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 τίποτε πιο πρακτικό από μια καλή θεωρία»,

ανακαλύπτοντας και ολοκληρώνοντας βασισμένες σε θεωρίες στρατηγικές που έχουν σκοπό την ανάπτυξη κινήτρων και περιβαλλοντικών συνθηκών που προκαλούν πρόθεση και αλλαγή συμπεριφοράς, είναι μια σπουδαία συνεισφορά στην ανάπτυξη μιας θεωρίας και μιας τεκμηριωμένης πρακτικής στον τομέα της ψυχολογίας της υγείας.

Με την βοήθεια του ΜΠΥ και παρόλες τις αδυναμίες που αυτό παρουσιάζει, μπορεί ο ερευνητής να εντοπίσει τις σημαντικότερες αιτίες για τις οποίες άτομα μιας κοινωνικής ομάδας και κυρίως γυναίκες,

ενίστανται ή αδιαφορούν στη χρήση προφυλακτικού κατά την σεξουαλική επαφή. Ωστόσο τίποτα δεν περιορίζει τον συνδυασμό περισσότερων από μια θεωρία και μοντέλα που πολλές φορές μπορεί να είναι και ο πιο 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.

## Βιβλιογραφία

- Δαρβίρη Χ. Προαγωγή Υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης: Αθήνα, 2007
- Κουλιεράκης Γ. Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας. Τόμος Β. Συμπεριφορές υγείας. Πρότυπα και μεταβολές. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2000:15-96.
- 13.Τούντας Γ. Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα: Εκδόσεις (ΙΕΔυσσέας/Νέα Υγεία, 2000.
- Armitage CJ, Conner M. Social cognition models and health behavior: a structured review. *Psychol Health* 2000, 15: 173-189.
- Auerbach J, Wypijewska C, Brodie K. AIDS and behavior: An integrated approach. Washington, DC: Institute of Medicine, 1994: 17-27.
- Allard R. Beliefs about AIDS as determinants of preventive practices and of support for coercive measures. *Am J Public Health*. 1989 79(4): 448-452
- 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(1): 45- 67.
- Becker M. The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Slack, 1974: 324-473.
- Bandura A.. Self-efficacy and health behaviour. In: Baum A, Newman S, . Wienman J, West R., McManus, C.editors, Cambridge handbook of psychology, health and medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1997: 160-162.
- Becker M, Rosenstock IM. Compliance with medical advice. In: Steptoe, A, Matthews, A, editors. *Health care and human behavior*. London: Academic Press, 1984: 135-152
- Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: DiClemente RJ, Peterson JL. editors. *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. New York: Plenum, 1994: 25-59.
- 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.
- 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.
- Calnan M, Rutter DR. Do health beliefs predict health behavior? An analysis of breast self-examination. *Soc Sci Med* 1986, 22: 673-678.

Chalmers KI, Luker KA. Breast self-care practices in women with primary relatives with breast cancer. *J Adv Nurs* 1996, 23:1212-1220.

Cohen ES., Fromme K. Differential determinants of young adult substance use and high-risk sexual behavior. *J Appl Soc Psychol* 2002, 32(6): 1124-1150.

DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004, 42: 200-9

Dorr N., Krueckeberg S, Stratham A, Woods MD. (1999) Psychosocial correlates of voluntary HIV antibody testing in college students. *AIDS Educ Prev* 1999, 11:14-27.

Ferrand A, Snijders TA. Social networks and Normative Tension. In: Van Compenhoudt L, Cohen M, Guizzardi G, Hausser M, editors. *Sexual Interactions and HIV Risks. New Conceptual Perspectives in European Research*. London: Taylor and Francis, 1997: 6-21.

Fishbein, M. The role of theory in HIV prevention. *AIDS care* 2000, 12(3): 273-278

Gray A. *World Health and Disease*. Buckingham: Open University Press, 1993.

Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Fransisco: Wiley & Sons, 2002: 99-120.

Hochbaum GM. Why people seek diagnostic x-rays. *Publ Health Rep* 1956, 71: 377-380

Hiltabiddle SJ. Adolescent Condom Use, the Health Belief Model, and the Prevention of Sexually Transmitted Disease. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2006, 25(1): 61 - 66

Janz KF, Levy SM, Burns TL., Torner, J. C., Willing MC, Warren JJ. (2002). 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.

Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Educ Q* 1984, 11(1): 1-47.

Jemmott III, J, Jemmott L. (1994). Interventions for adolescents in community settings. In: DiClemente R, Peterson J editors. *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. New York : Plenum, 1994: 141-174.

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(3), 567-574.

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.

Lin P, Simoni JM, Zemon V. The health belief model, sexual behaviors, and hiv risk among taiwanese immigrants. *AIDS Educ Prev* 2005, 17(5): 469-483.

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.

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(4): 303-23.

Meyerowitz, B.E., & Chaiken, S. (1987) The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intention, and behavior. *J. Pers. Soc. Psychol*, 1987, 52: 500-510

Melkote SR, Muppidi SR, Goswami D. Social and Economic Factors in an Integrated Behavioral and Societal Approach to Communications in HIV/AIDS *J Health Comm*, 2000, 5(Supplement): 17-27(11).

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.

Newcomb MD, Romero G J, Wyatt GE, Tucker MB, Wayment HA, Vargas-Carmona J, Solis B, Mitchell-Kernan C. (1998). Acculturation, sexual risk taking, and health promotion among Latinas. *J Counsel Psychol* 1998, 45: 454-467.

- Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1974, 2:328-335
- Rosenthal DA Hall C, Moore MS. AIDS, adolescents, and sexual risk taking: A test of the health belief model. *Aust Psychol* 1992, 27(3): 166 - 171
- Stephoe, A., Wardle, J. Health-related behavior: prevalence and links with disease. In: A. Kaptein, J. Weinmen, editors. *Health Psychology*. BPS: Blackwell, 2004: 123-145
- Schwarzer, R. Social-Cognitive Factors in Changing Health-Related Behaviors. *Am Psych Soc* 2001, 10(2): 47-51.
- Schwarzer R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. In Schwarzer R, editor. *Self-efficacy: Thought control of action*. London: Hemisphere, 1992: 217-243
- Sheeran P, Abraham C. The health belief model. In: Conner M, Norman P, editors. *Predicting health behavior*. Buckingham: Open University Press, 1996: 23-61.
- Sands T, Archer JJr, Puleo S. Prevention of health risk behaviors in college students: Evaluating seven variables. *J Coll Stud* 1998, 29:331-342.
- Scandell DJ, Wlazelek B. A validation study of the Aids Health Belief Scale. *Can J Hum Sex* 2002, 11 (1): 41-19