



**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

## **Η εκτίμηση κινδύνου της μόλυνσης από AIDS**

**Η επίδραση των φοβικών μηνυμάτων Αγωγής Υγείας και  
ο συσχετισμός τους με την αυτό-αποτελεσματικότητα ως  
δυνητικοί παράγοντες αλλαγής της συμπεριφοράς των νέων**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΜΠΑΛΑ ΜΑΡΙΑ**



Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Τσαλίκογλου Φωτεινή

Γρηγόρης Ποταμιάνος

Φώτιος Αναγνωστόπουλος

Αθήνα, 2012

Copyright © Μαρία Μπάδα, 2012.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δε δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

*«Οι άνθρωποι προσεύχονται στους θεούς και ζητούν να έχουν υγεία, ενώ δεν γνωρίζουν ότι τη δυνατότητα αυτή την έχουν οι ίδιοι. Από έλλειψη εγκράτειας, κάνοντας τα αντίθετα απ' ό,τι πρέπει, προδίνουν μόνοι τους την υγεία τους στις επιθυμίες τους».*

**Δημόκριτος 460-370 π.Χ. (Ανθ. Στοβ. ΙΗ, 31)**

Στους Γονείς μου  
Ιωάννη και Γεωργία

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου και τις ευχαριστίες μου, αρχικά στην οικογένειά μου για την πολύπλευρη συμπαράστασή τους, κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της παρούσας διατριβής.

Τον πατέρα μου Ιωάννη, την μητέρα μου Γεωργία, την αδελφή μου Δήμητρα, τον αδελφό μου Ευθύμιο, τον παππού μου Κωνσταντίνο, τον Άλι.

Η διατριβή αυτή δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί, χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και συμπαράσταση της επιβλέπουσας Καθηγήτριας, Φωτεινής Τσαλίκoglου, Καθηγήτρια Εγκληματολογικής Ψυχολογίας και Κλινικής Ψυχολογίας μέσα από την Λογοτεχνία και την Τέχνη στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, με την σταθερή και συνεχή υποστήριξή της και το ευγενικό ενδιαφέρον της. Στην διάρκεια της έρευνας, αποτέλεσε ηθική στήριξη για εμένα. Το ήθος και η επιστημονική της πορεία αποτελούν πρότυπο.

Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Πρόεδρο του τμήματος Ψυχολογίας Παντείου Πανεπιστημίου, Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας, Γρηγόρη Ποταμιάνο, που δέχτηκε να είναι μέλος της τριμελούς επιτροπής, για τις πολύτιμες συμβουλές και την συμπαράσταση του.

Ευχαριστώ τον Αναπληρωτή Πρόεδρο του τμήματος Ψυχολογίας Παντείου Πανεπιστημίου, Αναπληρωτή Καθηγητή, Φώτιο Αναγνωστόπουλο, για την συμβολή του, ως μέλος της τριμελούς επιτροπής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς, τους μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνα. Χωρίς την βοήθειά τους η διεξαγωγή της έρευνας θα ήταν αδύνατη. Επίσης, τους Διευθυντές των σχολείων του Αγρινίου, τον Κύριο Μπίτση στο 3<sup>ο</sup> Ενιαίο Λύκειο, τον Κύριο Γιαννακά στο 4<sup>ο</sup> Ενιαίο Λύκειο και τον Κύριο Πεσίνη στην Ε.Π.Α.Σ. Αγρινίου, για την συνεργασία τους καθώς και τους Καθηγητές που προσέφεραν την ώρα του μαθήματός τους.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ, στην Κυρία Χαρά Τζαβάρα για την βοήθειά της στην στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και τις πολύτιμες συμβουλές της.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Κυρία Παυλοπούλου Ιωάννα, Υπεύθυνη Τμηματάρχης στο Τμήμα Παρεμβάσεων στην Κοινότητα, του Κ.Ε.Ε.Λ. Συνέβαλλε σημαντικά, στα αρχικά βήματα της διεξαγωγής της έρευνας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Κυρία Renate Hackl, υπεύθυνη του Τμήματος Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας, στο Κυβερνητικό Κέντρο της Άνω Αυστρίας.

Μου έδωσε την ευκαιρία, ως υποψήφια διδάκτωρ να πραγματοποιήσω τετράμηνη πρακτική άσκηση, υπό την ευθύνη της. Η εμπειρία αυτή, αποτέλεσε περίοδο τόσο ατομικής όσο και επαγγελματικής εξέλιξης για μένα. Ευχαριστώ θερμά και την Κυρία Barbara Gumpinger, υπεύθυνη για τον Κοινωνικό Σχεδιασμό για τις Υπηρεσίες για άτομα με ειδικές ανάγκες και τους Αστέγους, στην Άνω Αυστρία. Η συμβολή της ήταν καθοριστική.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Δρ. Elisabeth Müllner, υπεύθυνη του Κέντρου Υποστήριξης για το Aids στην Άνω Αυστρία (AIDSHILFE OBERÖSTERREICH). Με καλωσόρισε θερμά στο Κέντρο και με έφερε σε επαφή, τόσο με ασθενείς, όσο και με εκπαιδευτές για θέματα σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων σε νέους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Κύριο Δρ. Werner Schöny, Επίτιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής και Διευθυντή στην Νευρολογική Κλινική «Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg» για την τεράστια τιμή να με δεχτεί στην Κλινική ως εκπαιδευόμενη του τμήματος Κλινικής Ψυχολογίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Κύριο Arnold Husar, υπεύθυνο στο τμήμα Κλινικής ψυχολογίας, για την πολύτιμη βοήθειά του. Η άσκηση στο τμήμα με έφερε σε επαφή με ασθενείς στο τμήμα απεξάρτησης ατόμων εθισμένων σε ουσίες, μεταξύ αυτών και φορέων του AIDS.

## Περίληψη

Η παρούσα έρευνα, βασίστηκε στο Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας (Extended Parallel Process Model, Witte, 1992) και αποτελεί μια προσπάθεια ώστε να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα: α) αν η αυτοεκτίμηση των μαθητών καθορίζει την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς τους, β) ποιά η ενημέρωση και οι γνώσεις των μαθητών για το AIDS γ) ποιά η σχέση μηνύματος και συναισθήματος-φόβου δ) αν το συναίσθημα του φόβου θα οδηγήσει σε αποδοχή ή απόρριψη ενός μηνύματος αγωγής υγείας και υπό ποιές προϋποθέσεις ε) αν η αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας σχετίζεται με την προληπτική συμπεριφορά, ζ) ποιοί παράγοντες προβλέπουν την επικίνδυνη ή την προληπτική συμπεριφορά.

Στην έρευνα συμμετείχαν 273 μαθητές Λυκείου, με μέση ηλικία τα 17,5 έτη, που διαμένουν στην περιοχή του Αγρινίου, Αιτωλοακαρνανίας και φοιτούν σε Λύκεια της περιοχής.

Αρχικά, διερευνήθηκαν οι γνώσεις των μαθητών σχετικά με το AIDS. Σχεδόν όλοι οι μαθητές πιστεύουν, ότι όλοι μπορούν να μολυνθούν από τον ιό του AIDS. Επίσης, στη δήλωση *«Το προφυλακτικό προστατεύει σχεδόν 100% από το AIDS»*, οι μισοί μαθητές απάντησαν ότι αυτό ισχύει και οι υπόλοιποι ότι αυτό δεν ισχύει. Βλέπουμε μια σύγχυση σχετικά με την αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού.

Επίσης, η πλειοψηφία των μαθητών ανέφερε ότι το προφυλακτικό μειώνει την αίσθηση του ρομαντισμού. Βλέπουμε ότι είναι βαθιά παγιωμένη η συσχέτιση του προφυλακτικού με την επικίνδυνη συμπεριφορά.

Η πλειοψηφία των μαθητών υποστήριξε ότι δεν είχε μέχρι τώρα σεξουαλική επαφή. Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι είχαν σεξουαλική εμπειρία και χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό για να προστατευτούν από το AIDS, πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι είναι ευάλωτοι σε πιθανή μόλυνση από το AIDS και ένιωθαν υψηλότερη αίσθηση φόβου σε σύγκριση με εκείνους που δεν χρησιμοποιούσαν πάντα προφυλακτικό.

Επίσης, οι μαθητές που δεν έχουν κάποια σεξουαλική εμπειρία, δεν έχουν αρκετή ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV. Ενώ οι μαθητές που έχουν αγοράσει προφυλακτικά έχουν καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του AIDS, αυτό δεν σημαίνει ότι αισθάνονται ευάλωτοι σε αυτό. Η επικινδυνότητα της συμπεριφοράς τους, οφείλεται κυρίως στην μη αίσθηση κινδύνου.

Ίσως το προφυλακτικό παρέχει την αίσθηση ασφάλειας που πρέπει να παρέχει, ίσως όμως απλά να ισχύει εδώ η μεταβλητή της αίσθησης Θετικότητας του Εαυτού. Η αίσθηση ότι εγώ, ο εαυτός μου, δεν είναι δυνατόν να κινδυνεύει, εγώ δεν μπορεί να μολυνθώ.

Μελετώντας, την συμπεριφορά σχετικά με τον έλεγχο της υγείας των μαθητών, παρατηρήθηκε η υπερίσχυση του παράγοντα εσωτερικής εστίασης ελέγχου σε σύγκριση με τον παράγοντα τύχη.

Στην παρούσα έρευνα, οι μαθητές με υψηλή αυτοεκτίμηση, έχουν σεξουαλική εμπειρία. Είδαμε, ότι οι μαθητές που χρησιμοποιούσαν γενικά την αποφυγή της σεξουαλικής επαφής σαν προληπτικό μέτρο προφύλαξης, είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αυτοεκτίμησης, σε σύγκριση με αυτούς που δεν χρησιμοποιούσαν αυτόν τον τρόπο ως μέτρο προφύλαξης.

Στην παρούσα έρευνα, επαληθεύεται η ερευνητική υπόθεση 1, η οποία αναφέρει ότι *«εκείνοι με υψηλή αυτοεκτίμηση, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Rosenberg, ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά»*.

Κατά την διάρκεια της επαναληπτικής μέτρησης και της πειραματικής παρέμβασης, τα συναισθήματα που είχαν οι συμμετέχοντες ήταν κυρίως φόβος. Το επίπεδο αίσθησης του φόβου όμως, ήταν μεγαλύτερο για τα άτομα που είδαν αφίσα υψηλής απειλής. Το εύρημα, επαλήθευσε την ερευνητική υπόθεση 2, η οποία αναφέρει ότι *«τα υποκείμενα που θα δουν το μήνυμα υψηλής απειλής, αναμένεται να οδηγηθούν σε υψηλότερη αίσθηση φόβου»*. Επιπλέον, τα άτομα που ανήκαν σε συνθήκη χαμηλής απειλής αλλά και χαμηλής ευαλωτότητας έτειναν να αισθάνονται λιγότερο φόβο. Οι μαθητές που δεν αισθάνθηκαν κάποια απειλή, βλέποντας το μήνυμα της αφίσας, οδηγήθηκαν σε αποφυγή του.

Επίσης, είδαμε ότι τα άτομα που είδαν το μήνυμα υψηλής απειλής, υψηλής ευαλωτότητας και υψηλής αποτελεσματικότητας, συμφωνούσαν περισσότερο με την αποδοχή του και την υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με την ερευνητική υπόθεση 5, η οποία αναφέρει ότι *«τα άτομα με υψηλή αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας είναι πιο πιθανό να υιοθετούν προληπτική συμπεριφορά»*. Βλέπουμε δηλαδή, ότι τα άτομα τείνουν να οδηγούνται σε έλεγχο του κινδύνου που αντιμετωπίζουν, άρα οδηγούνται στην ενίσχυση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας τους και κατά συνέπεια σε προληπτική συμπεριφορά.



Στην παρούσα έρευνα, αποδείχτηκε ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα της ασφαλούς συμπεριφοράς των μαθητών, καθώς συσχετίστηκε με την αποδοχή του μηνύματος και την υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς. Επίσης, η αυτό-αποτελεσματικότητα συσχετίστηκε με την εσωτερική εστίαση ελέγχου, κάτι που δηλώνει ότι οι μαθητές αισθάνονται υπεύθυνοι για την προστασία της υγείας τους. Ακόμα, η έκκληση φόβου οδήγησε στην αποδοχή του μηνύματος και άρα σε γνωστική επεξεργασία του κινδύνου. Τέλος, η προηγούμενη σεξουαλική εμπειρία και η χρήση προφυλακτικού, συσχετίστηκε με την αίσθηση ευαλωτότητας και οδήγησε σε αποδοχή του μηνύματος.

Οι παράγοντες που αποδείχθηκαν προβλεπτικοί για την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς των μαθητών, ήταν η υψηλή αυτοεκτίμηση τους και η έλλειψη αίσθησης κινδύνου.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|                                                                                       |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Εισαγωγή.....</b>                                                                  | <b>18</b>     |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Επισκόπηση της βιβλιογραφίας και έρευνας.....</b>                      | <b>22</b>     |
| <b>Εαυτός .....</b>                                                                   | <b>22</b>     |
| Ορισμοί της Έννοιας του Εαυτού .....                                                  | 24            |
| Συνιστώσες της έννοιας του Εαυτού .....                                               | 26            |
| Αυτοαντίληψη - Αυτό-εικόνα - Είδη εαυτού .....                                        | 27            |
| Αυτοεκτίμηση .....                                                                    | 28            |
| Η Πολυδιάστατη και Γενική Έννοια του εαυτού .....                                     | 33            |
| <br><b>Αγωγή Υγείας .....</b>                                                         | <br><b>35</b> |
| Στόχοι της Αγωγής Υγείας.....                                                         | 36            |
| Σχεδιασμός προγραμμάτων Αγωγής Υγείας .....                                           | 38            |
| Μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας.....                                                    | 40            |
| <br><b>Προαγωγή Υγείας.....</b>                                                       | <br><b>45</b> |
| Οι αρχές της προαγωγής υγείας .....                                                   | 45            |
| Δραστηριότητες της Προαγωγής Υγείας.....                                              | 46            |
| Ιστορική εξέλιξη της έννοιας της προαγωγής υγείας .....                               | 47            |
| Το κίνημα Προαγωγής Υγείας στο διεθνή χώρο.....                                       | 48            |
| Η Προαγωγή Υγείας στη χώρα μας .....                                                  | 50            |
| <br><b>Η Σεξουαλικότητα.....</b>                                                      | <br><b>52</b> |
| Ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής .....                                             | 53            |
| Ο κίνδυνος μόλυνσης από τον HIV.....                                                  | 54            |
| Η προφύλαξη από τον ιό HIV .....                                                      | 56            |
| <br><b>Η εφαρμογή της Αγωγής Υγείας στο πλαίσιο του σχολείου.....</b>                 | <br><b>58</b> |
| Η περίπτωση της Ελλάδας .....                                                         | 61            |
| Περιπτώσεις άλλων χωρών .....                                                         | 63            |
| Πηγές πληροφόρησης των νέων.....                                                      | 65            |
| Η χρήση του διαδικτύου ως μέσο ενημέρωσης.....                                        | 69            |
| <br><b>Θεωρητικά Μοντέλα για την ερμηνεία της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας .....</b> | <br><b>72</b> |
| Η κοινωνική Γνωστική Θεωρία του Bandura .....                                         | 72            |
| Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία .....                                               | 73            |
| Η θεωρία της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας.....                          | 76            |
| Η Θεωρία των Κινήτρων Προστασίας.....                                                 | 78            |
| Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης .....                                                 | 82            |
| Η Θεωρία της Έλλογης Δράσης.....                                                      | 83            |
| AIDS Risk Reduction Model (ARRM).....                                                 | 85            |
| Η προσέγγιση των Κοινωνικών Αναπαραστάσεων .....                                      | 86            |
| Δια-τομική προσέγγιση .....                                                           | 89            |
| <br><b>Αυτο-αποτελεσματικότητα.....</b>                                               | <br><b>92</b> |
| Αυτό-αποτελεσματικότητα και Υγεία.....                                                | 99            |
| Η θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας για την αλλαγή συμπεριφορών .....               | 101           |
| Οι πεποιθήσεις της αυτό-αποτελεσματικότητας .....                                     | 106           |
| Η επίδραση της πεποίθησης αυτό-αποτελεσματικότητας στην ανθρώπινη λειτουργία.....     | 107           |
| Ο αντιλαμβανόμενος συμπεριφορικός έλεγχος.....                                        | 110           |

|                                                                                                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Η εστίαση ελέγχου (Locus of Control) .....                                                          | 112        |
| Το μοντέλο σχεδιασμού PRECEDE-PROCEED .....                                                         | 116        |
| Ανάπτυξη του Μοντέλου Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας .....                                      | 118        |
| Το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας.....                                                  | 120        |
| Ενσωμάτωση Ενδο-ατομικών Προοπτικών στην Επικοινωνία Υγείας.....                                    | 127        |
| Η Αποτελεσματική Αιτιολογική Σκέψη.....                                                             | 130        |
| Η Θεωρία της Τυπικής Σκέψης.....                                                                    | 133        |
| Η Γνωσιακή-βιωματική θεωρία του Εαυτού.....                                                         | 136        |
| Η Θεωρία της Προοπτικής-Prospect Theory .....                                                       | 142        |
| Θεωρίες για την λήψη αποφάσεων: .....                                                               | 144        |
| Α) Κίνητρα για την λήψη αποφάσεων .....                                                             | 144        |
| Β) Η Διαδικασία Στοχασμού.....                                                                      | 148        |
| Γ) Λήψη Αποφάσεων.....                                                                              | 152        |
| <b>Ο Φόβος.....</b>                                                                                 | <b>156</b> |
| Ο φόβος ως προσέγγιση πειθούς.....                                                                  | 157        |
| Σημαντικοί παράγοντες της διαδικασίας επίκλησης φόβου.....                                          | 158        |
| Επικλήσεις φόβου .....                                                                              | 158        |
| Φόβος .....                                                                                         | 160        |
| Απειλή .....                                                                                        | 161        |
| Αποτελεσματικότητα.....                                                                             | 161        |
| Μεταβλητές αποτελέσματος .....                                                                      | 163        |
| Κίνδυνος και Ριψοκινδύνευση .....                                                                   | 164        |
| Επικοινωνία του κινδύνου.....                                                                       | 164        |
| Αντίληψη κινδύνου .....                                                                             | 165        |
| Τα αίτια του φόβου .....                                                                            | 166        |
| Ο ρόλος του φόβου στην αποδοχή ενός μηνύματος.....                                                  | 167        |
| Αντίληψη του κινδύνου και Μοντέλα της Υγιούς Συμπεριφοράς .....                                     | 169        |
| <b>Πρόληψη και AIDS .....</b>                                                                       | <b>170</b> |
| Η εξέταση για HIV μπορεί να ερμηνευθεί με θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα .....                      | 170        |
| Το προφυλακτικό ως μήνυμα.....                                                                      | 171        |
| Η έννοια του κινδύνου .....                                                                         | 174        |
| Ο φόβος της μόλυνσης HIV .....                                                                      | 177        |
| Το φύλο ως παράγοντας στην εκτίμηση κινδύνου .....                                                  | 180        |
| Ο ρόλος της προκατάληψης του φύλου .....                                                            | 185        |
| Η Πραγματικότητα των Γυναικών για τον ιό HIV.....                                                   | 186        |
| Η επικοινωνία της χρήσης Προφυλακτικού ανακοίνωση ως ασφαλέστερη συμπεριφορά για τις γυναίκες ..... | 187        |
| Έρευνες σχετικά με την μελέτη γυναικών και το AIDS .....                                            | 190        |
| Διαφορές στις Στρατηγικές Διαχείρισης .....                                                         | 194        |
| Παράγοντες κινδύνου και προστασίας στους νέους.....                                                 | 195        |
| Προσωπική αναφορά χρήσης του προφυλακτικού .....                                                    | 198        |
| <b>Η κοινωνική διάσταση της προφύλαξης .....</b>                                                    | <b>201</b> |
| Α) Προσωπικότητα και δημογραφικά χαρακτηριστικά .....                                               | 201        |
| Β) Γνώσεις -Στάσεις -Αντιλήψεις –Πρακτικές .....                                                    | 203        |
| Γ) Η κοινωνική πρόσληψη του AIDS .....                                                              | 204        |
| Το κοινωνικό επακόλουθο του AIDS .....                                                              | 206        |
| Η ετικετοποίηση των ομάδων κινδύνου.....                                                            | 208        |
| Οι Συνέπειες του Στίγματος HIV-AIDS.....                                                            | 209        |
| Η Διάκριση.....                                                                                     | 211        |
| Προβλεπτικοί παράγοντες για την ασφαλέστερη συμπεριφορά: Θεωρητικές Σκέψεις .....                   | 212        |

|                                                                                                                            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Προβλεπτικοί παράγοντες επικίνδυνης συμπεριφοράς – Ερευνητικά Δεδομένα .....                                               | 214        |
| Προβλεπτικοί παράγοντες προληπτικής συμπεριφοράς – Ερευνητικά Δεδομένα .....                                               | 218        |
| Η πειστικότητα των συστάσεων για την υγεία.....                                                                            | 220        |
| Πλαισίωση Μηνυμάτων Αγωγής Υγείας .....                                                                                    | 224        |
| Η επίδραση της φαντασίωσης στην πλαισίωση μηνυμάτων .....                                                                  | 226        |
| Η θεωρία εστίασης της αυτορρύθμισης .....                                                                                  | 229        |
| Γραφικοί Οργανωτές.....                                                                                                    | 230        |
| Ο ρόλος των ΜΜΕ κατά την διάρκεια Κρίσεων της Υγείας .....                                                                 | 231        |
| Ο ρόλος της τηλεοπτικής διαφήμισης κατά την διάρκεια κρίσεων της υγείας .....                                              | 233        |
| Τρεις κύριοι παράγοντες επιτυχίας για τις τηλεοπτικές καμπάνιες του AIDS.....                                              | 235        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Μεθοδολογία .....</b>                                                                                       | <b>237</b> |
| <b>Παρουσίαση των Ερωτηματολογίων.....</b>                                                                                 | <b>244</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Αποτελέσματα .....</b>                                                                                      | <b>255</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συζήτηση .....</b>                                                                                          | <b>316</b> |
| Περιορισμοί έρευνας.....                                                                                                   | 337        |
| Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες .....                                                                                    | 338        |
| Γενικά Συμπεράσματα .....                                                                                                  | 339        |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>                                                                                                   | <b>343</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Συναίνεση Γονέων για την συμμετοχή των μαθητών στην έρευνα .....</b>                                       | <b>388</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ερωτηματολόγιο 1 .....</b>                                                                                 | <b>389</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Ερωτηματολόγιο 2 .....</b>                                                                                 | <b>398</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: Συνθήκες .....</b>                                                                                         | <b>401</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε: The Rosenberg Self-Esteem Test (Rosenberg,1979).....</b>                                                   | <b>410</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ: Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales</b><br><b>(Wallston, K.A., et. al., 1978) .....</b> | <b>411</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Η: CUSES: Condom Use Self Efficacy Scale,</b><br><b>(Brafford and Beck, 1991) .....</b>                       | <b>412</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Θ: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου CUSES .....</b>                                                               | <b>415</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Απόφαση Υπουργείου Παιδείας για την άδεια διεξαγωγής έρευνας .....</b>                                     | <b>416</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ: Παραδείγματα από αφίσες αγωγής υγείας στην Αυστρία και την Ελλάδα</b><br><b>.....</b>                     | <b>428</b> |

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

### 1. Αποτελέσματα πιλοτικής έρευνας

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Συσχέτιση Κλιμάκων GSE και Cuses .....                       | 255 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Συσχέτιση κλίμακας Rosenberg και Cuses .....                 | 256 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και σεξουαλική εμπειρίας .....       | 256 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Αίσθηση ευαλωτότητας σε σχέση με το AIDS .....               | 257 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Ποσοστό χρήσης προφυλακτικού .....                           | 258 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Ενημέρωση σχετικά με το AIDS.....                            | 258 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Συσχέτιση ενημέρωσης και πραγματικής γνώσης για το AIDS..... | 259 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Συναισθήματα που προκλήθηκαν μετά την παρέμβαση .....        | 260 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Αίσθηση φόβου ανάλογα με την συνθήκη.....                    | 260 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Αίσθηση φόβου ανάλογα με την συνθήκη αναλυτικά .....        | 261 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Συσχέτιση κλίμακας Cuses πριν και μετά την παρέμβαση .....  | 262 |

### 2. Αποτελέσματα Κύριας Έρευνας α΄ Φάση

|                                                                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων .....                                                                                                           | 264 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Επάγγελμα Πατέρα .....                                                                                                                             | 265 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Επάγγελμα Μητέρας .....                                                                                                                            | 265 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Γνώσεις για το AIDS.....                                                                                                                           | 266 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Αίσθηση φόβου των συμμετεχόντων για το AIDS .....                                                                                                  | 269 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Στάσεις των συμμετεχόντων για το AIDS .....                                                                                                        | 271 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Απόψεις για την προσωπική ενημέρωση .....                                                                                                          | 273 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Πηγές ενημέρωσης των συμμετεχόντων για το AIDS .....                                                                                               | 273 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Cronbach's a Κλίμακα αυτοεκτίμησης κατά Rosenberg.....                                                                                             | 274 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Επίπεδα αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων .....                                                                                                     | 274 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Βαθμολογία Κλίμακας Γενικής Αποτελεσματικότητας (α΄ Φάση).....                                                                                    | 274 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Βαθμολογία Κλίμακας Εστίασης Ελέγχου (MHLC) .....                                                                                                 | 275 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Βαθμολογία Κλίμακας Αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού (CUSES).....                                                                    | 275 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Παραγοντική Ανάλυση Κλίμακας Αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού (CUSES).....                                                           | 276 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Συσχέτιση των κλιμάκων πριν την παρέμβαση.....                                                                                                    | 277 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και υπολοίπων κλιμάκων.....                                                                                               | 279 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Συσχέτιση αυτοεκτίμησης ανάλογα με την επικινδυνότητα συμπεριφοράς...                                                                             | 280 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και προσωπικού κινδύνου (ευαλωτότητα).....                                                                                | 281 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Συσχέτιση σεξουαλικής εμπειρίας και αίσθησης ευαλωτότητας .....                                                                                   | 282 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Συσχέτιση χρήσης και μη-χρήσης προφυλακτικού και αίσθησης ευαλωτότητας .....                                                                      | 283 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Συσχέτιση χρήσης προφυλακτικού και αίσθησης ευαλωτότητας .....                                                                                    | 284 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Συσχέτιση αίσθησης ευαλωτότητας ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης (Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με κάποιο σύντροφο, που δεν γνωρίζω αρκετό καιρό) ..... | 286 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Συσχέτιση αίσθησης ευαλωτότητας ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης (Αποφυγή Απιστίας).....                                                             | 288 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Συσχέτιση αίσθησης ευαλωτότητας ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης (Μείωση του αριθμού ερωτικών συντρόφων).....                                        | 289 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Συσχέτιση αίσθησης ευαλωτότητας ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης (Μείωση του αριθμού ερωτικών συντρόφων) .....                                       | 290 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Συσχέτιση αίσθησης ευαλωτότητας ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης (Μείωση του αριθμού ερωτικών συντρόφων) .....                                       | 292 |

### 3. Αποτελέσματα Β' Ερευνητικής Φάσης

|                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Κατανομή συμμετεχόντων σε πειραματικές συνθήκες .....                                                       | 294 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Σύνοψη παρουσίαση ανεξάρτητων μεταβλητών ανά πειραματική συνθήκη..                                          | 295 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Αξιολόγηση Αφίσας και μηνύματος .....                                                                       | 297 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Βαθμολογία Κλίμακας Γενικής Αποτελεσματικότητας α' + β' φάση .....                                          | 299 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Μεταβολή Γενικής Αποτελεσματικότητας ανάλογα με πειραματική συνθήκη α' + β' φάση .....                      | 300 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Παρουσία μεταβολής της γενικής αποτελεσματικότητας ανάλογα την πειραματική συνθήκη.....                     | 301 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 33 Βαθμολογία Κλίμακας Εστίασης Ελέγχου (MHLC) .....                                                           | 302 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 34 Βαθμολογία της διάστασης «Τύχη» ανάλογα με την πειραματική συνθήκη ....                                     | 302 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 35 Βαθμολογία της διάστασης «Τύχη» ανάλογα με την πειραματική συνθήκη ....                                     | 303 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 36 Βαθμολογία της διάστασης «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» ανάλογα με την πειραματική συνθήκη.....                | 303 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 37 Μεταβολή της διάστασης «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» ανάλογα με την πειραματική συνθήκη.....                  | 305 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 38 Βαθμολογία Κλίμακας Αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού (CUSES).....                              | 305 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 39 Μεταβολή της Κλίμακας Αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού ανάλογα με την πειραματική συνθήκη..... | 306 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 40 Μεταβολή της Κλίμακας Αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού ανάλογα με την πειραματική συνθήκη..... | 308 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 41 Συσχέτιση Κλιμάκων αξιολόγησης με βάση το φύλο .....                                                        | 309 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 42 Αξιολόγηση αφίσας και έκφραση συναισθημάτων.....                                                            | 310 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 43 Συσχέτιση αίσθησης φόβου και πειραματικής συνθήκης .....                                                    | 312 |

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

### 1. Αποτελέσματα Κύριας Έρευνας α΄ Φάση

|                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Το φύλο των συμμετεχόντων .....                                                                                                               | 264 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Ποσοστό συμμετεχόντων που είχαν σεξουαλική επαφή.....                                                                                         | 268 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Αξιολόγηση αίσθησης φόβου .....                                                                                                               | 270 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Απόψεις για τον τρόπο μετάδοσης του AIDS.....                                                                                                 | 272 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης και της γενικής αποτελεσματικότητας .....                                                                         | 278 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την αυτό-αποτελεσματικότητα χρήσης<br>προφυλακτικού.....                                                       | 279 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 Συσχέτιση χρήσης προφυλακτικού και τρόπου μόλυνσης.....                                                                                       | 285 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 Συσχέτιση τρόπου μόλυνσης ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης<br>(Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με κάποιο σύντροφο, που δεν γνωρίζω αρκετό καιρό)..... | 287 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9 Συσχέτιση τρόπου μόλυνσης ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης<br>(Γενικά αποφυγή της σεξουαλικής επαφής).....                                       | 291 |

### 2. Αποτελέσματα Β' Ερευνητικής Φάσης

|                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10 Κατανομή των συμμετεχόντων στις 9 συνθήκες .....                                                                  | 295 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11 Το ποσοστό των συμμετεχόντων σε κάθε συνθήκη.....                                                                 | 296 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12 Συναισθήματα μετά την πειραματική παρέμβαση (β' φάση).....                                                        | 299 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13 Μεταβολή στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας ανάλογα με<br>τη συνθήκη .....                                  | 301 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14 Μεταβολή της διάστασης «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» ανάλογα με την<br>πειραματική συνθήκη .....                    | 304 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15 Μεταβολή της Κλίμακας αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτι-<br>κού ανάλογα με την πειραματική συνθήκη ..... | 307 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16 Αξιολόγηση αφίσας ανάλογα με την πειραματική συνθήκη.....                                                         | 311 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17 Συσχέτιση αίσθησης φόβου και πειραματικής συνθήκης .....                                                          | 313 |

## Σύντομη Περίληψη-Απόσπασμα

Η αποτελεσματικότητα των επικλήσεων φόβου είναι συχνά αμφίβολη, ανάλογα με την ομάδα στόχο. Στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκε το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας (Witte, 1992), για να μελετηθεί ο τρόπος που τα μηνύματα φόβου επιτυγχάνουν και υπό ποιες προϋποθέσεις, στα πλαίσια της πρόληψης από το AIDS.

**Μέθοδος:** Το μέγεθος του πληθυσμού ήταν 273 μαθητές Γ' Λυκείου, με μέση ηλικία τα 17,5 έτη. Με την μέθοδο test - retest, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για να ερευνήσει τις γνώσεις των νέων, την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς τους καθώς και στοιχεία σχετικά με την αυτοεκτίμηση και την αυτό-αποτελεσματικότητά τους. Κατά την επαναληπτική μέτρηση χρησιμοποιήθηκαν και αφίσες – εικόνες με μηνύματα αγωγής υγείας, και κάθε μαθητής κλήθηκε να παρατηρήσει μία, πριν απαντήσει το ερωτηματολόγιο. Οι μαθητές της ομάδας ελέγχου δεν είδαν καμία εικόνα.

**Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία των μαθητών υποστήριξε ότι δεν είχε μέχρι τώρα σεξουαλική επαφή. Οι συμμετέχοντες που είχαν σεξουαλική εμπειρία και χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό για να προστατευτούν από το AIDS, πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι είναι ευάλωτοι σε πιθανή μόλυνση από το AIDS και ένιωθαν υψηλότερη αίσθηση φόβου σε σύγκριση με εκείνους που δεν χρησιμοποιούσαν πάντα προφυλακτικό. Κατά την διάρκεια της επαναληπτικής μέτρησης, το συναίσθημα που είχαν οι συμμετέχοντες ήταν κυρίως φόβος. Οι μαθητές που δεν αισθάνθηκαν κάποια απειλή, βλέποντας το μήνυμα της αφίσας, οδηγήθηκαν σε αποφυγή του, ενώ εκείνοι που αισθάνθηκαν απειλή, οδηγήθηκαν σε ενίσχυση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας τους και κατά συνέπεια σε προληπτική συμπεριφορά.

**Συμπέρασμα:** Στην παρούσα έρευνα, αποδείχτηκε ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα της ασφαλούς συμπεριφοράς των μαθητών, καθώς συσχετίστηκε με την αποδοχή του μηνύματος και την υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς. Ακόμα, η επίκληση φόβου οδήγησε στην αποδοχή του μηνύματος και άρα σε γνωστική επεξεργασία του κινδύνου. Τέλος, η προηγούμενη σεξουαλική εμπειρία και η χρήση προφυλακτικού, συσχετίστηκε με την αίσθηση ευαλωτότητας και οδήγησε σε αποδοχή του μηνύματος. Οι παράγοντες που αποδείχθηκαν προβλεπτικοί για την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς των μαθητών, ήταν η υψηλή αυτοεκτίμηση τους και η έλλειψη αίσθησης κινδύνου.

Γενικά, φαίνεται ότι οι γνωστικές διαδικασίες οδηγούν σε επιτυχία της επίκλησης φόβου, μέσω των διαδικασιών ελέγχου του κινδύνου, ενώ το συναίσθημα φόβος οδηγεί σε αποτυχία της επίκλησης φόβου, μέσω των διαδικασιών ελέγχου του φόβου.

## Abstract

The effectiveness of fear appeals is often uncertain, depending on the target group. In the present study the Extended Parallel Process Model was used (Witte, 1992), to study how the messages of fear succeed and under what conditions, in terms of prevention of AIDS.

**Method:** The population size was 273 students in the 3<sup>rd</sup> class of high school, with a mean age of 17.5 years. With the method test - retest, a questionnaire was used to investigate the knowledge of young people, the risks of their behavior and information concerning their self-esteem and self-efficacy. During the retest, posters – pictures with health messages were used,



and each student was asked to watch one of them before answering the questionnaire. Students in the control group did not see any poster.

**Results:** The majority of students claimed that they had no sexual intercourse until now. Participants who had sexual experience and were using condoms to protect themselves from AIDS, believed in a significantly higher proportion that they are vulnerable to possible infection from AIDS and felt a higher sense of fear than those who did not use a condom. During the repeated measurement, the participants felt mostly fear. Students who did not feel any threat, seeing the message of the poster were then avoiding it, while those who felt threatened, were led to a strengthening sense of self-efficacy and consequently on a preventive behavior.

**Conclusion:** In the present study, self-efficacy was proved to be a predictor for the safe behavior of students and was associated with message acceptance and adoption of preventive behavior. Still, the fear appeal led to the acceptance of the message and thus to the risk of cognitive processing. Finally, previous sexual experience and condom use was associated with the feeling of vulnerability and led to acceptance of the health message. The factors proved to be predictive for the risk behavior of students, was high self esteem and lack of sense of danger. Overall, it appears that the cognitive processes lead to successful fear appeals, through the procedures of risk control, and emotion fear leads to failure of fear appeals, through control procedures of fear.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα έρευνα, έχει σκοπό να μελετήσει τις διεργασίες και τους παράγοντες εκείνους που μπορεί να επηρεάσουν και να οδηγήσουν σε μια συμπεριφορά προαγωγής της υγείας και συγκεκριμένα σε σχέση με το AIDS.

Συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα θα μελετήσει την επιρροή φοβικών και προτρεπτικών μηνυμάτων που αναφέρονται στον ιό HIV/AIDS, στην πρόθεση συμπεριφοράς και το αν η χρήση του φόβου αυξάνει την πιθανότητα υιοθέτησης κατάλληλης προληπτικής συμπεριφοράς. Κρίνεται απαραίτητο να διερευνηθούν μεταβλητές όπως ο φόβος, η ένταση του φόβου, η επιδεκτικότητα/ευαλωτότητα στον ιό, η αποτελεσματικότητα της προληπτικής συμπεριφοράς και η αυτό-αποτελεσματικότητα για να μελετηθεί η επιρροή φοβικών και προτρεπτικών μηνυμάτων στην πρόθεση συμπεριφοράς.

Η πρωτοτυπία της έρευνας αφορά την μελέτη φοβικών μηνυμάτων αγωγής υγείας, ως μεταβλητές επιρροής της συμπεριφοράς. Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν αφίσες αγωγής υγείας σχετικά με την προληπτική συμπεριφορά, οι οποίες χορηγήθηκαν στους μαθητές κατά την επαναληπτική μέτρηση (re-test).

Οι εκκλήσεις φόβου, μπορεί να αποτελέσουν ισχυρό κίνητρο αλλαγής της συμπεριφοράς αν συνοδεύονται από μηνύματα υψηλής αποτελεσματικότητας (Terblanche-Smit & Terblanche, 2010). Επίσης η επιδεκτικότητα/ευαλωτότητα στον ιό HIV/AIDS μπορεί να επηρεάσει την συμπεριφορά.

Αρκετές έρευνες έχουν αποδείξει την συσχέτιση ανάμεσα τουλάχιστον σε μια διάσταση της αντιλαμβανόμενης απειλής (την ευαλωτότητα ή την σοβαρότητα του κινδύνου) και μιας διάστασης της αποτελεσματικότητας (αποτελεσματικότητα συμπεριφοράς ή αυτό-αποτελεσματικότητα) (π.χ. Beck & Lund, 1981; Kleinot & Rogers, 1982; Maddux & Rogers, 1983; Mulilis & Lippa, 1990; Rogers & Mewborn, 1976; Witte, 1991; Wurtele, & Maddux, 1987).

Ενώ κάποιες έρευνες επιδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των εκκλήσεων φόβου, (π.χ., Beck, 1984; Insko, Arkoff, & Insko, 1965; Stainback, & Rogers, 1983), άλλες δηλώνουν την αναποτελεσματικότητά τους (π.χ., Janis & Feshbach, 1953; Kohn, Goodstadt, Cook, Sheppard, & Chan, 1982; Krisher, Darley, & Darley, 1973), ενώ

κάποιες άλλες παρουσιάζουν ανάμεικτα αποτελέσματα (π.χ., Hill, & Gardner, 1980; Rogers & Mewborn, 1976).

Η πρόσφατη έρευνα των Terblanche-Smit και Terblanche (2010), βασίστηκε στην ισοδυναμία του Μοντέλου Κινήτρου Προστασίας (Arthur & Quester, 2004) και στο Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας (Extended Parallel Process Model, Witte, 1992α). Η θεωρία αναφέρει ότι αν ένα απειλητικό μήνυμα αυξάνει τον φόβο των ατόμων και η αντίδραση χειρισμού του κινδύνου είναι αποτελεσματική στην μείωση του φόβου, ενώ τα άτομα είναι ικανά να την εκτελέσουν, το κίνητρο θα είναι αποτελεσματικό στην αλλαγή της στάσης τους προς αυτό αλλά και την πρόθεση συμπεριφοράς.

Επομένως, είναι εμφανές ότι όσο υψηλότερη είναι η επίκληση φόβου, τόσο πιο αποτελεσματικά επηρεάζει την στάση και τελικά την συμπεριφορά, ενώ η επιδεκτικότητα/ευαλωτότητα στον κίνδυνο επηρεάζει την συμπεριφορά έμμεσα μέσω της μεταβλητής φόβος. Η αποτελεσματικότητα αντίδρασης και η αυτό-αποτελεσματικότητα θα επηρεάζουν, καθορίζοντας το είδος αντίδρασης των ατόμων σε εκκλήσεις φόβου.

Πολλοί ερευνητές έχουν αναφέρει ότι οι εκκλήσεις φόβου με υψηλά επίπεδα απειλής (π.χ. *«Απειλείσαι από την σοβαρή ασθένεια του AIDS»*) και υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας (π.χ. *«Είσαι ικανός/ή να εμποδίσεις το AIDS, αποτελεσματικά και εύκολα χρησιμοποιώντας προφυλακτικά»*) παράγουν την μέγιστη αποδοχή του μηνύματος (Kleinot, & Rogers, 1982; Maddux, & Rogers, 1983; Rogers, & Mewborn, 1976; Witte, 1992).

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι εκκλήσεις φόβου με υψηλά επίπεδα απειλής (π.χ. *«Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μια σοβαρή ασθένεια στην οποία είσαι ευάλωτος, επειδή καπνίζεις τσιγάρα»*) και χαμηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας (π.χ. *«Είναι απίθανο να έχεις την ικανότητα να σταματήσεις το κάπνισμα και είναι πιθανόν πολύ αργά να αποφύγεις τον καρκίνο του πνεύμονα ούτως ή άλλως»*) οδηγούν σε απόρριψη του μηνύματος και πιθανόν σε αποτελέσματα μπούμερανγκ (boomerang) (Kleinot, & Rogers, 1982; Rippetoe, & Rogers, 1987; Rogers, & Mewborn, 1976; Witte, 1992).

Η αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης συμπεριφοράς αναφέρεται στις απόψεις του ατόμου, ότι αυτή η ενέργεια μπορεί να αντιμετωπίσει την απειλή (*«Πιστεύω ότι τα προφυλακτικά προφυλάσσουν από την μόλυνση του ιού HIV»*) και η

αυτό-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εκτελέσει αυτή την συμπεριφορά (*«Πιστεύω ότι μπορώ να χρησιμοποιήσω προφυλακτικά για να αποφύγω την μόλυνση από τον ιό HIV»*) (Rogers, 1983).

Προηγούμενες θεωρητικές προσεγγίσεις εξήγησαν την διαδικασία ελέγχου του κινδύνου ή τον γνωστικό τρόπο διαχείρισης του κινδύνου ή της απειλής αλλάζοντας τις στάσεις, τις προθέσεις και τις συμπεριφορές τους για να αποτρέπουν την απειλή (Boster, & Mongeau 1984; Rogers, 1975; 1983).

Το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας (Extended Parallel Process Model, Witte, 1992), ενσωματώνει το Μοντέλο Παράλληλης Διαδικασίας του Leventhal (1970, Leventhal, Safer, & Panagis, 1983) και κάποια στοιχεία από την Θεωρία Προστασίας και Κινήτρων του Rogers (Protection Motivation Theory, 1975; 1983).

Σύμφωνα με αυτό το Μοντέλο, εφόσον οι αντιλήψεις της αποτελεσματικότητας είναι πιο ισχυρές σε σχέση με την απειλή (π.χ. *«Γνωρίζω ότι το AIDS αποτελεί μια τρομερή απειλή, αλλά εάν χρησιμοποιώ προφυλακτικά σωστά, μπορώ να προστατέψω τον εαυτό μου»*), οι διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου θα κυριαρχήσουν και το μήνυμα θα γίνει αποδεκτό. Οι διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου αποτελούν κυρίως γνωστικές διαδικασίες όπου τα άτομα α) συνειδητοποιούν ότι βρίσκονται σε κίνδυνο από μια σοβαρή απειλή β) πιστεύουν ότι μπορούν αποτελεσματικά να εμποδίσουν την απειλή γ) αποκτούν το κίνητρο να προστατευτούν και δ) σκόπιμα και συνειδητά αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο (π.χ. *«Όταν είμαι με το φίλο/η μου την επόμενη φορά θα μιλήσω μαζί του/της για την χρήση προφυλακτικών»*). Οι γνωστικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά την διαδικασία ελέγχου του κινδύνου προκαλούν το κίνητρο προστασίας, το οποίο διεγείρει αντιδράσεις αποδοχής του μηνύματος όπως αλλαγές στην στάση, την πρόθεση ή την συμπεριφορά που ελέγχουν τον κίνδυνο.

Συνοπτικά, έρευνες έχουν δείξει ότι η σχέση μεταξύ απειλής και αποτελεσματικότητας είναι πολλαπλή. Οι συνθήκες μεγάλης απειλής και υψηλής αποτελεσματικότητας κινητοποιούν διαδικασίες και αποτελέσματα ελέγχου του κινδύνου (θετικές αλλαγές στις στάσεις, προθέσεις και συμπεριφορές) ενώ οι συνθήκες μεγάλης απειλής και χαμηλής αποτελεσματικότητας κινητοποιούν διαδικασίες και αποτελέσματα ελέγχου του φόβου (αμυντική αποφυγή ή αντιδραστικότητα). Συνολικά, η αντιλαμβανόμενη απειλή καθορίζει το βαθμό της αντίδρασης στο μήνυμα (πόσο

ισχυρά γίνεται αποδεκτό ή απορρίπτεται ένα μήνυμα), ενώ η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα καθορίζει την φύση της αντίδρασης (αν προκαλούνται διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου ή του φόβου).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω μοντέλα θα προσπαθήσω να μελετήσω αυτή τη συσχέτιση μεταξύ φόβου, ευαλωτότητας και αποτελεσματικότητας στην πιθανότητα αλλαγής της συμπεριφοράς. Το νέο μοντέλο που υιοθετείται στην παρούσα έρευνα εισάγει την μεταβλητή ευαλωτότητα στην απειλή, ως σημαντικό παράγοντα επιρροής στην αλλαγή της συμπεριφοράς (Terblanche-Smit, & Terblanche, 2010; Kleinot, & Rogers, 1982; Maddux, & Rogers, 1983; Rogers, & Mewborn, 1976; Witte, 1992) και θα μελετηθεί ισοδύναμα με τους παράγοντες επικινδυνότητα απειλής και αποτελεσματικότητα. Επίσης θα μελετηθεί ο παράγοντας αυτοεκτίμηση και η πιθανή μεταβολή της μέσω των μηνυμάτων.

Το κοινό μπορεί να γνωρίζει ότι κάποια συμπεριφορά του το βλάπτει, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι είναι έτοιμο να αναθεωρήσει τις σχετικές του απόψεις και συμπεριφορές. Επίσης για διαφορετικά άτομα πρέπει να διαφοροποιούνται ανάλογα και οι εκάστοτε στόχοι. Η συμβολή της παρούσας έρευνας στοχεύει στην αποσαφήνιση καίριων ζητημάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων Αγωγής Υγείας. Σαν αποτέλεσμα θα μπορούσαν να τεθούν νέες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική δημιουργία καμπανιών Αγωγής Υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### Επισκόπηση της βιβλιογραφίας και έρευνας

Ο «Εαυτός», μια έννοια υποκειμενική, ταυτισμένη με τη φιλοσοφία, τη θρησκεία, την ψυχολογία και την κοινωνιολογία, είναι μια υποθετική κατασκευή, της οποίας οι ιδιότητες ερευνώνται συστηματικά τον τελευταίο αιώνα.

Η πολυδιάστατη φύση της έννοιας του εαυτού και η εμπλοκή της στην ανάπτυξη-διαμόρφωση των περισσότερων διαστάσεων της ανθρώπινης προσωπικότητας διατήρησε το ενδιαφέρον των ερευνητών, οι οποίοι επιχείρησαν να διατυπώσουν σχετικές με αυτήν θεωρίες, που να περιγράφουν τη φύση, τη δομή και τα χαρακτηριστικά της όσο το δυνατόν ακριβέστερα.

Πιο συγκεκριμένα, τις τελευταίες δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα, πραγματοποιήθηκαν περισσότερες από 2000 μελέτες, όπως αναφέρει ο Wylie (1974; 1979), στοιχείο το οποίο αποδεικνύει το αμείωτο ενδιαφέρον για τη συστηματική έρευνα της έννοιας του εαυτού, όπως και την προσπάθεια να δοθούν συγκεκριμένες απαντήσεις στη σύγχυση που επικρατούσε, σχετικά με τον ορισμό και τη μεθοδολογία του θέματος.

Όπως ήταν αναμενόμενο, η διατύπωση πολλών και ασαφών θεωριών δεν οδήγησε μόνο σε αντικρουόμενες μεθόδους μέτρησης της έννοιας του εαυτού, αλλά και σε διεξαγωγή αντιφατικών συμπερασμάτων, γεγονός το οποίο μείωνε τη γενική αξία της έννοιας του εαυτού, ως θεμελιώδους στοιχείου της προσωπικότητας.

Κεντρικές έννοιες όπως η αυτοεκτίμηση, η αυτοαντίληψη, η αυτοαξία, η αυτο-αποτελεσματικότητα, η αυτοεικόνα και πολλές άλλες, χρησιμοποιήθηκαν χωρίς θεωρητική και πρακτική σημασιολογική διάκριση και οδήγησαν τους ερευνητές σε εννοιολογικό αδιέξοδο.

Αναλυτικότερα, η έννοια του εαυτού για κάποιους ερευνητές παρέμεινε μονοδιάστατη (Coopersmith, 1967), ορίζοντάς την ως τη σπουδαιότερη αξιολόγηση που πραγματοποιεί το άτομο για τον εαυτό του. Σε άλλους επικράτησε η ασύνδετη πολυδιάστατη φύση των τομέων της (Soares & Soares, 1979), όπου οι διάφορες διαστάσεις της ικανότητας του ατόμου παραμένουν ανεξάρτητες και δεν επηρεάζουν η μία την άλλη. Δεν ήταν λίγοι φυσικά εκείνοι που αργότερα επιχείρησαν να συνδέσουν τη σφαιρικότητα με την πολυ-παραγοντικότητα (Shavelson, 1976; Harter, 1985; Marsh

et. al., 1985, κ.α.), σύμφωνα με την οποία, τα άτομα είναι ικανά να διακρίνουν τους διάφορους τομείς της έννοιας του εαυτού τους, αλλά και να διατηρούν μια γενική εικόνα για την αξία τους.

Τη διατύπωση διαφορετικών θεωριών, ακολούθησε η κατασκευή σχετικών ερωτηματολογίων, τα οποία ήταν άλλοτε λιγότερο και άλλοτε περισσότερο επιτυχημένα. Επίσης, συχνά παρατηρούνταν η απουσία βασικών πληροφοριών από τα ερευνητικά δεδομένα, όπως αυτές της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας. Με την πάροδο όμως του χρόνου και έπειτα από δριμύτατες κριτικές, ξεκίνησε να πραγματοποιείται η κατασκευή των ερωτηματολογίων για τη μέτρηση της έννοιας του εαυτού, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα έρευνας.

Ο εαυτός, μία από τις παλαιότερες και πιο δημοφιλείς έννοιες στο χώρο της ψυχολογικής έρευνας, παραμένει ακόμη και σήμερα πεδίο διαφωνιών και αντιθέσεων όσον αφορά στον ορισμό του.

Η έννοια του εαυτού έχει φανερά μεταβληθεί με το πέρασμα των αιώνων, ξεκινώντας από τους αρχαίους Έλληνες φιλοσόφους, οι οποίοι ώθησαν την ανθρώπινη σκέψη προς την εσωτερικότητα του εαυτού και το δικαίωμα για απόλυτα εσωτερική ιδιωτική ζωή. Στα χρόνια της Αναγέννησης, την ανάπτυξη της ιδέας της εσωτερικότητας του εαυτού προέκτεινε ο Καρτεσιανός, τον εαυτό του σκεπτόμενου ανθρώπου.

Θετικιστές και αναλυτικοί, οπαδοί της φαινομενολογίας και του υπαρξισμού, ψυχαναλυτές και συμπεριφοριστές, ασχολούνται με το θέμα της έννοιας του εαυτού, έννοια που μεταφέρει φιλοσοφικές, ψυχολογικές, θρησκευτικές, κοινωνιολογικές και ανθρωπολογικές θεωρίες.

Με τον William James (1890), η έννοια του εαυτού συγκεκριμενοποιείται. Αποτελείται από το Εγώ (I) και το Εμένα (Me), είναι δηλαδή ταυτόχρονα ενεργητικό υποκείμενο που παρατηρεί, αισθάνεται, εκτελεί, αλλά και αντικείμενο εμπειρίας και γνώσης. Ο James αναφέρεται στις τέσσερις πτυχές του εαυτού: α) τον υλικό εαυτό, β) τον κοινωνικό εαυτό, γ) τον πνευματικό εαυτό και δ) το καθαρό «εγώ». Οι ιδέες του επηρέασαν πολλούς νεώτερους ερευνητές, όπως τους Cooley (1902) και Mead (1934), κοινωνικούς ψυχολόγους, που είδαν τον εαυτό σαν αποτέλεσμα κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Γνωστή είναι η θεωρία του Cooley για τον καθρεπτιζόμενο εαυτό, καθώς και η θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης του Mead.

Οι νεώτερες θεωρητικές κατευθύνσεις τείνουν να αντιλαμβάνονται τον εαυτό ως τη διαμορφωμένη θεωρία του ατόμου για τον εαυτό του ή για μία σειρά γνωστικών αναπτυσσόμενων εμπειρικά δομών. Το σημείο στο οποίο οι περισσότερες απόψεις συγκλίνουν, είναι πως η έννοια του εαυτού επηρεάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά και γενικότερα αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη μίας ολοκληρωμένης προσωπικότητας.

### **Ορισμοί της Έννοιας του Εαυτού**

Μεγάλη σύγχυση, όσον αφορά στην ορολογία, τον ορισμό και τη μέτρηση της έννοιας του εαυτού, παρατηρείται από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Πολλοί διαμετρικά αντίθετοι ορισμοί αποκαλύπτονται που όμως, όλοι ορίστηκαν με τον ίδιο τρόπο, δηλαδή ως έννοια του εαυτού (Blascovich, & Tomaka, 1991; Byrne, 1996; Harter, 1993; Hatie, 1992; Wylie, 1979; 1989; 1974; Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976). Οι τελευταίοι κατέγραψαν 17 διαφορετικούς ορισμούς της έννοιας του εαυτού.

Σύμφωνα με τη Byrne (1996α), οι λόγοι που εμπόδισαν την αποδοχή ενός κοινού ορισμού της έννοιας του εαυτού είναι οι παρακάτω τέσσερις: α) Δεν υπήρχε κοινώς παραδεκτός ορισμός, β) χρησιμοποιούνταν ταυτόχρονα τυχαία πολλοί όροι με κοινό πρόθεμα τη λέξη εαυτός (self), γ) υπήρχε σύγχυση ως προς τις συνιστώσες της έννοιας του εαυτού, και δ) οι ερευνητές χρησιμοποιούσαν περισσότερο όρους κοινής λογικής παρά επιστημονικούς αυστηρά όρους. (Blascovich, & Tomaka, 1991).

Η ορολογία του εαυτού περιλαμβάνει τις λέξεις αυτοαντίληψη ή έννοια του εαυτού (self-concept), αυτο-εικόνα (self-image), αυτο-εκτίμηση (self-esteem), αυτο-αξία (self-worth), αυτο-αξιολογήσεις (self-evaluations), αυτο-αντιλήψεις (self-perceptions), αυτο-αναπαραστάσεις (self-representations), αυτο-σχήματα (self-schemas), αυτοαποτελεσματικότητα (self-efficacy) κ.ά., για να καταγράψουμε μόνο κάποιες από αυτές. Οι δύο πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι όροι είναι η αυτοαντίληψη και η αυτο-εκτίμηση, οι οποίοι ενίοτε χρησιμοποιήθηκαν και ως συνώνυμοι (Bracken, 1996; Byrne, 1996<sup>a</sup>; Hoge, Smit, & Crist, 1995; King, 1997).

Ένας κοινά παραδεκτός ορισμός της έννοιας του εαυτού είναι «ο *τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του*» (Burns, 1982; Byrne, 1996α; Combs & Snygg, 1959; Harter, 1999; Rogers, 1951; Rosenberg, 1986; Shavelson, & Bolus, 1982; Shavelson et. al., 1976).



Η Harter σημειώνει πως πρώτα απ' όλα ο εαυτός είναι μία γνωστική κατασκευή, που θα αναπτυχθεί με τον χρόνο, όπως οι αναπτυξιακές αλλαγές συμπεριλαμβανομένων και των αυτό-αντιλήψεων με τη δομή και την οργάνωσή τους (Harter, 1999 σ. 8). Η ίδια συνοψίζει ότι ο εαυτός είναι ταυτόχρονα γνωστική και κοινωνική κατασκευή, με δεδομένη προσοχή σε εκείνες τις γνωστικές αναπτυξιακές διαδικασίες που έχουν ως αποτέλεσμα τις αλλαγές στη δομή του συστήματος του εαυτού.

Ιδωμένη από άλλη οπτική, η έννοια του εαυτού ως κοινωνική κατασκευή, δίνει προτεραιότητα στη σημασία του αξιολογικού περιεχομένου των αυτό-αναπαραστάσεων και κατά συνέπεια στις ατομικές διαφορές που προέκυψαν από τις κοινωνικές επαφές των ατόμων, παρ' όλο που είχαν μια κανονική γνωστική ανάπτυξη. Ο Burns περιγράφει την έννοια του εαυτού ως *«το σύνολο υποκειμενικών αξιολογούμενων χαρακτηριστικών και συναισθημάτων»* (1982, σ. 5). Ο Rosenberg όμως φανερά επηρεασμένος από τον Rogers, την περιγράφει ως *«το σύνολο των σκέψεων και των συναισθημάτων του ατόμου, που αναφέρονται στον εαυτό του ως αντικείμενο»* (Rosenberg, 1986α, σ. 7).

Από το σύνολο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης μπορούμε να συμπεράνουμε ότι, στις μέρες μας, η έννοια του εαυτού δεν είναι μία μονοδιάστατη εννοιολογική κατασκευή, αλλά περιλαμβάνει γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές πτυχές (Brinthaupm & Erwin, 1992; Marsh, 1990<sup>a</sup>; Shavelsonm & Marsh, 1986; Shavelson et. al., 1976; Watkins & Dhawan, 1989; Ευκλείδη, & Κάντας, 2000; Μακρή-Μπότσαρη, 2001).

Στο χώρο της Ελληνικής έρευνας, μέχρι και το 2000, ο όρος self-concept μεταφράστηκε α) ως αυτοαντίληψη, β) ως έννοια του εαυτού και γ) ως αυτοεκτίμηση, με επικρατέστερη τη λέξη αυτοαντίληψη (Λεονταρή, 1996). Η διάκριση, όμως, της έννοιας του εαυτού από την αυτοαντίληψη υφίσταται και μας υποχρεώνει να επιλέξουμε έναν από τους δύο όρους.

Στην πληρέστερη κατανόηση της διάκρισης των όρων «αυτοαντίληψη» και «έννοια του εαυτού», μπορεί να συμβάλει η παράθεση των ορισμών των όρων «έννοια» και «αντίληψη» του Lefevbre, (1970) από τη Ψαρού και τον Ζαφειρόπουλο (2001, σ. 58). *«Αντίληψη είναι μια αποτύπωση του υπαρκτού στο νου – με μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό σαφήνειας- ενώ, αντίθετα η έννοια είναι ένας τρόπος γενίκευσης και έκφρασης της σκέψης πάνω στις καθορισμένες διασυνδέσεις και σχέσεις των φαινομένων και των ιδιοτήτων τους.»* Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι η έννοια μπορεί να

σχετίζεται με ένα φαινόμενο συνολικά ή μόνο με τις ουσιώδεις ιδιότητές του ή ακόμη και τις σχέσεις μεταξύ δύο ή περισσότερων φαινομένων.

Οπωσδήποτε, τα προβλήματα ορισμού σε επίπεδο εννοιών οδηγούν και σε μεθοδολογικές δυσκολίες στο επίπεδο της μέτρησης. Επιπλέον, οι ασάφειες του ορισμού οδηγούν σε τουλάχιστον τρία είδη ανεπάρκειας στην προσπάθεια της έρευνας του εαυτού: α) καθυστερούν την επιστημονική πρόοδο, καθιστώντας δύσκολη αν όχι ακατόρθωτη την αναπαραγωγή της, β) παρεμποδίζουν ουσιαστικά τη συλλογή κατάλληλων έγκυρων οργάνων μέτρησης της έννοιας του εαυτού και γ) επισκιάζουν το εννοιολογικό πλαίσιο της μελέτης δυσχεραίνοντας τη σύνδεση των ερευνητικών υποθέσεων και την εξήγηση των ευρημάτων, σύμφωνα με ένα συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο έννοιας του εαυτού (Byrne, 1996, σ. 6).

Συνεπώς, μπορούμε να εξειδικεύσουμε πως η αυτοαντίληψη είναι μία αποτύπωση της γνώμης που έχει το άτομο για τον εαυτό του, όχι και τόσο σαφούς, ενώ έννοια του εαυτού είναι η γενίκευση και η έκφραση της σκέψης για τον εαυτό συνολικά, τις βασικές και δευτερεύουσες ιδιότητές του, τις σχέσεις μεταξύ των παραγόντων που την επηρεάζουν σύμφωνα πάντα με την υποκειμενική αξιολόγηση του ίδιου του ατόμου.

### **Συνιστώσες της έννοιας του εαυτού**

Συχνά, επιχειρήθηκε η διάσπαση της συνολικής έννοιας του εαυτού σε επιμέρους συνιστώσες, γεγονός το οποίο προετοίμασε τη θεωρητική και ερευνητική μετάβαση από τα μονοδιάστατα μοντέλα του εαυτού, προς τα πολυδιάστατα και πολυπαραγοντικά.

Οι όροι υπαρξιακός εαυτός (existential self) και κατηγορικός εαυτός (categorical self), χρησιμοποιήθηκαν για να δηλώσουν διαφοροποίηση του εαυτού ως υποκείμενο και ως αντικείμενο (Lewis, & Brooks-Gunn, 1979), σύμφωνα με τη θεωρία του James (1980) για το Εγώ και το Εμένα.

Από την άλλη οι Markus και Nurius (1986) προτείνουν τους πιθανούς εαυτούς ως συνιστώσες της έννοιας του εαυτού. Οι κοινωνικές καταστάσεις ενεργοποιούν τους πιθανούς εαυτούς, επηρεάζουν τη φύση της τρέχουσας αυτοαντίληψης, ενέχουν ελπίδες, φόβους, στόχους, αλλά και συνδεόμενες γνωστικές δομές (Λεονταρή, 1996).

Ο Shavelson και οι συνεργάτες του (1976), αλλά και ο Marsh (1987α) προτείνουν το ιεραρχικό μοντέλο, με το οποίο υποστηρίζονται οι ιεραρχικές και εξελικτικά ταξινομημένες εικόνες του εαυτού, με βάση τη σπουδαιότητα και τον κεντρικό ρόλο που κατέχουν στη σύνθεση της προσωπικότητας.

Ο Burns (1982) ανήκει στην κατηγορία των ερευνητών, που συνδέει την έννοια του εαυτού με τη θεωρία των στάσεων, σύμφωνα με την οποία μία στάση περιέχει γνωστικό, συναισθηματικό, αξιολογικό και πρακτικό περιεχόμενο. Σύμφωνα με την παραπάνω προσέγγιση, η έννοια του εαυτού καθορίζει για το άτομο τι πραγματικά είναι, τι νομίζει ότι είναι, τι θα ήθελε να είναι, τι νομίζει ότι θα γίνει, τι νομίζει ότι θέλει να γίνει, τι νομίζει ότι οι άλλοι νομίζουν ότι είναι, τι νομίζουν οι άλλοι ότι θα γίνει κλπ. (Burns, 1982, σ.1). Είναι, πάντως, κοινώς παραδεκτό από τους περισσότερους ερευνητές πως η έννοια του εαυτού περιέχει δύο συνιστώσες: την αυτοαντίληψη (self-perception) ή αυτοεικόνα (self-image) και την αυτοεκτίμηση (self-esteem) ή σφαιρική αυτοαξία (global self-worth), όρους βασικούς στους οποίους θα αναφερθούμε στη συνέχεια.

### **Αυτοαντίληψη - Αυτό-εικόνα - Είδη εαυτού**

Πρόκειται για την απόδοση των όρων self-perception ή self-image, παρόλο που η βιβλιογραφία είναι κάπως συγκεχυμένη στο σημείο αυτό. *«Η αυτοαντίληψη αφορά στη γνωστική πλευρά της έννοιας του εαυτού και αντιπροσωπεύει μία δήλωση, μία περιγραφή ή μια πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του* (Μακρή – Μπότσαρη, 2001, σ. 19), *ανεξάρτητα από το πόσο η γνώση είναι σωστή ή λανθασμένη, βασισμένη σε αντικειμενικά στοιχεία ή σε υποκειμενική γνώμη»* (Burns, 1982, σ. 4).

Την αυτο-εικόνα παρουσιάζει ο Kinch (1963), ως ένα γνωστικό σχήμα, που είναι αποτέλεσμα του συνόλου των νύξεων που το άτομο λαμβάνει για τον εαυτό του από τους άλλους. Αυτός ο ορισμός συμφωνεί με τη συμβολική θεωρία αλληλεπίδρασης του Mead (1925-34) και τον καθρεπτιζόμενο εαυτό του Cooley (1902), σύμφωνα με τον οποίο η αυτοαντίληψη ενός ατόμου είναι απλώς η αντανάκλαση της γνώμης των σημαντικών άλλων για το άτομο.

Ο αντιληπτικός εαυτός του Rosenberg (1973), συμπίπτει με τον κοινωνικό εαυτό του Strang (1957) και σχηματίζεται από τις γνώμες που οι «σημαντικοί άλλοι»

διατηρούν και αντανακλούν στο άτομο. Πρόκειται δηλαδή για την εικόνα που το άτομο έχει αποκτήσει (από τις δικές του πεποιθήσεις ή από αυτές των «σημαντικών άλλων») δηλαδή την πραγματική του εικόνα.

Ο Higgins (1987; 1989) είναι εκείνος που διαχωρίζει τον εαυτό σε τρία είδη: τον πραγματικό εαυτό (actual self), τον ιδανικό εαυτό (ideal self) και τον «εαυτό του πρέπει» (ought self). Ο πραγματικός εαυτός σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες που το ίδιο το άτομο αποδίδει στον εαυτό του. Ο ιδανικός εαυτός είναι το μέρος του εαυτού όπου οι φιλοδοξίες, οι ελπίδες και οι επιθυμίες έχουν τη μεγαλύτερη σπουδαιότητα. Τέλος, ο καθωσπρέπει εαυτός αντιπροσωπεύει χαρακτηριστικά και ιδιότητες, που το άτομο νομίζει ότι πρέπει να έχει, ή του επιβάλλονται από το περιβάλλον. Αντιπροσωπεύει το καθήκον, τις υποχρεώσεις και τις υπευθυνότητες (Higgins, 1987 σ. 320-321).

Ο ίδιος συγγραφέας διαχωρίζει δύο οπτικές της κάθε πτυχής του εαυτού: α) την οπτική του ίδιου του ατόμου και β) την οπτική ενός σημαντικού άλλου. Προκύπτουν λοιπόν οι παρακάτω έξι πιθανοί εαυτοί :

- α) Ιδανικός εαυτός από την οπτική του ατόμου,
- β) Ιδανικός εαυτός από την οπτική των άλλων,
- γ) Πραγματικός εαυτός από την οπτική του ατόμου,
- δ) Πραγματικός εαυτός από την οπτική των άλλων,
- ε) Καθωσπρέπει εαυτός από την οπτική του ατόμου και
- στ) Καθωσπρέπει εαυτός από την οπτική του σημαντικού άλλου.

### **Αυτοεκτίμηση**

Ο James (1980; 1963), περιγράφει την αυτοεκτίμηση, ως τη σφαιρική άποψη των ατόμων για τον εαυτό τους, που επηρεάζεται από τις προσωπικές φιλοδοξίες και τις υποκειμενικές αξιολογήσεις. Ο ίδιος πρότεινε τη μαθηματική σχέση, σύμφωνα με την οποία η αυτοεκτίμηση, ισούται με το πηλίκο των επιτυχιών ενός ατόμου προς τις επιδιώξεις του ίδιου του ατόμου.

$$\text{Αυτοεκτίμηση} = \frac{\text{Επιτυχίες}}{\text{Επιδιώξεις}}$$

Συνεπώς, η αύξηση της αυτοεκτίμησης είναι δυνατόν να επιτευχθεί είτε με τη μείωση των φιλοδοξιών – επιδιώξεων, είτε με την αύξηση των επιτυχιών και επομένως, την αύξηση της προσπάθειας και της αποτελεσματικότητας της δράσης του ατόμου.

Ο Coopersmith αρκετά αργότερα (1967; 1984), όρισε την αυτοεκτίμηση ως την αξιολόγηση που το άτομο πραγματοποιεί και συνήθως διατηρεί σε σχέση με τον εαυτό του. Η αυτοεκτίμηση εκφράζει μία στάση αποδοχής ή αποδοκιμασίας, όπως και την ύπαρξη του, αν και σε ποιο βαθμό το άτομο νομίζει ότι είναι ικανό, σημαντικό, πετυχημένο και άξιο.

Γενικά, οι ερευνητές φαίνεται να συμφωνούν ότι η αυτοεκτίμηση είναι ένα οριοθετημένο αξιολογικό στοιχείο, του ευρύτερου όρου της έννοιας του εαυτού (Blascovich, & Tomaka, 1991; Wells, & Marwell, 1976). Οι τελευταίοι, εξάλλου, περιγράφουν τη σχέση έννοιας του εαυτού και αυτοεκτίμησης ως εξής: *«Αν θεωρήσουμε ότι η έννοια του εαυτού απαρτίζεται από ένα σύνολο στάσεων προς τον «εαυτό», η αυτοεκτίμηση θα μπορούσε να οριστεί ως η αξιολογική πτυχή καθεμιάς από αυτές τις στάσεις ή το σύνολο αυτών των επιμέρους αξιολογήσεων».*

Νεότερες έρευνες αναφέρουν ότι η αυτοεκτίμηση συνδέεται θετικά με τον αριθμό, τη δομή και την πολυπλοκότητα των αντιλήψεων για τον εαυτό (Greenwald, Bellezza, & Banaji, 1988; Campbell, Chew, & Scratchley, 1991). Επίσης, έχουν υποστηριχθεί ερευνητικά (Rosenberg, 1965; Bachman, 1970; Campbell et. al., 1991), ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, θεωρίες που θέλουν την αυτοεκτίμηση να επηρεάζει σημαντικά τομείς που διαμορφώνουν την ψυχική υγεία, όπως το άγχος, τη νευρικότητα, την επιθετικότητα και γενικότερα αρνητικά συναισθήματα και στάσεις προς τη ζωή.

Η σύγκριση της έννοιας του εαυτού με την αυτοεκτίμηση, αποτέλεσε στο παρελθόν θέμα έρευνας και διαφωνιών με πολύ αντικρουόμενα αποτελέσματα. Παρ' όλα τα θεωρητικά μοντέλα διαφοράς των δύο εννοιών, η έρευνα με διακριτή εγκυρότητα, δεν πέτυχε να καταλήξει σε εμπειρικά δεδομένα για μία τέτοια διαφοροποίηση (Marsh, 1986β; Shepard, 1979).

Η μέτρηση των δύο εννοιών πραγματοποιείται με παρόμοιο τρόπο, γεγονός που δεν διευκολύνει τη διάκρισή τους. Τυπικά, οι κλίμακες αυτό-αναφοράς γράφει ο Hughes (1984), περιέχουν ερωτήσεις – δηλώσεις με περιεχόμενο τόσο περιγραφικό, όσο και αξιολογικό και γι' αυτό κάνουν δύσκολη, αν όχι ακατόρθωτη, τη διάκριση των

δύο στοιχείων. Πρόσφατες έρευνες όμως, (Greenwald, Bellezza, & Banaji, 1988; Watkins, & Dhawan, 1989) κατάφεραν να εισχωρήσουν περισσότερο σε αυτήν τη διαφορετικότητα, χρησιμοποιώντας ανοικτές ερωτήσεις αυτο-αναφοράς.

Εκπαιδευτικά προγράμματα σχεδιασμένα να προλαμβάνουν την εγκυμοσύνη στην εφηβεία και να αναβάλλουν τις σεξουαλικές σχέσεις, συχνά αναζητούν να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση ως μέσο βοήθειας για τους νέους, ώστε να λαμβάνουν τις σωστές αποφάσεις σχετικά με την σεξουαλικότητά τους.

Η βιβλιογραφία, δηλώνει ότι τουλάχιστον μερικές πλευρές της αυτοεκτίμησης σχετίζονται με την πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα. Εντούτοις, δεν είναι γνωστό αν αυτή η σχέση υπάρχει για όλες τις πλευρές της αυτοεκτίμησης. Επιπλέον, δεν είναι γνωστό αν η αυτοεκτίμηση συσχετίζεται με διαφορετικά σχήματα συμπεριφορών σε ένα ευρύ πλαίσιο ηλικιών, πολιτισμών και υποπληθυσμών.

Πρόσφατα, ο Walsch (1991), ανέφερε ότι οι άνδρες και οι γυναίκες με υψηλή αυτοεκτίμηση, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα του Rosenberg, είχαν σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό ερωτικών συντρόφων από ότι τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι Rosenthal, Moore και Flynn (1991), μελέτησαν μια μεγαλύτερη ομάδα φοιτητών και βρήκαν ότι και για τους άνδρες και για τις γυναίκες οι επικίνδυνες συμπεριφορές πραγματοποιούνταν από αυτούς με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης.

Οι Cole και Slocumb (1995), στην έρευνά τους με άνδρες φοιτητές, βρήκαν επίσης ότι εκείνοι με υψηλή αυτοεκτίμηση, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Rosenberg, ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Οι Hollar και Snizek (1996), βρήκαν ότι στο δείγμα φοιτητών και οι άνδρες και οι γυναίκες με υψηλή αυτοεκτίμηση ήταν σημαντικά πιο πιθανό να υιοθετήσουν αυτό που όριζαν ως επικίνδυνες μορφές συμβατικής σεξουαλικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, αυτοί οι φοιτητές με υψηλά επίπεδα σεξουαλικής γνώσης και υψηλής αυτοεκτίμησης, ήταν πιο πιθανό να υιοθετήσουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Στην μελέτη του ρόλου της αυτοεκτίμησης και της συμμετοχής σε επικίνδυνη μη συμβατική συμπεριφορά, οι ερευνητές βρήκαν ότι οι φοιτητές με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης ήταν πιο πιθανό να υιοθετήσουν την συμπεριφορά αυτή, σε σχέση με τους φοιτητές με υψηλή αυτοεκτίμηση.

Οι θεωρίες σχετικά με την συμπεριφορά της υγείας αναφέρουν ότι η αλλαγή επιτυγχάνεται τροποποιώντας παράγοντες που θεωρούνται ως μεσολαβητές. Ο στόχος

της έρευνας των Salazar et. al., (2005), ήταν να καθορίσει αν η αυτοεκτίμηση σχετίζεται με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, την εγκυμοσύνη και ένα σύνολο παραγόντων μεσολάβησης από ποικίλα θεωρητικά μοντέλα τα οποία χρησιμοποιούνται σε προγράμματα μείωσης κινδύνου. Το δείγμα αποτελούνταν από 522 Αφρικανο-Αμερικάνες εφήβους. Η ανάλυση έδειξε μια σημαντική σχέση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και των μεσολαβητών.

Τα κορίτσια με υψηλότερη αυτοεκτίμηση, ήταν πιο πιθανό να διαθέτουν θετική στάση απέναντι στο προφυλακτικό, αισθάνονταν πιο αποτελεσματικές στην διαπραγμάτευση χρήσης του προφυλακτικού, είχαν συχνότερη επικοινωνία με τους συντρόφους και τους γονείς τους, αντιλαμβάνονταν λιγότερα εμπόδια στην χρήση προφυλακτικών και ένιωθαν λιγότερο φόβο στην διαπραγμάτευση της χρήσης τους.

Στην έρευνα των Bryan, Aiken και West (2004), εξετάστηκε ένα ψυχοκοινωνικό μοντέλο προθέσεων χρήσης προφυλακτικού μεταξύ φυλακισμένων εφήβων (13-17 ετών), οι οποίοι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο μόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, μεταξύ αυτών και του ιού HIV. Το μοντέλο περιλάμβανε την χρήση προφυλακτικού στο παρελθόν και δύο τάξεις κατασκευών: α) γενικές κατασκευές σε σχέση με την συμπεριφορά υγείας και β) προβλεπτικοί αναπτυξιακοί παράγοντες.

Οι συναισθηματικές στάσεις, οι περιγραφικές νόρμες και η αυτόαποτελεσματικότητα χρήσης του προφυλακτικού προέβλεπαν τις αρχικές προθέσεις. Επιβεβαιώθηκαν σχέσεις μεσολάβησης μεταξύ αισιοδοξίας για το μέλλον και αυτοεκτίμησης αλλά και της αυτό-αποτελεσματικότητας και των προθέσεων.

Στόχος της έρευνας των Morris, Young και Jones (2000), ήταν η μελέτη της σχέσης μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της σεξουαλικής συμπεριφοράς αλλά και της προτιθέμενης σεξουαλικής συμπεριφοράς των εφήβων που σπούδαζαν σε ένα ελίτ σχολείο της Βολιβίας. Για τον στόχο αυτής της έρευνας, η αυτοεκτίμηση ορίστηκε ως *«η αυτοαξιολόγηση κάποιου μέσα στο πλαίσιο τριών συγκεκριμένων περιοχών εμπειρίας, τους συνομηλίκους, την οικογένεια και το σχολείο»*.

Στην έρευνα οι Morris, Young και Jones (2000), υποθέτουν ότι η σχολική και οικογενειακή αυτοεκτίμηση θα είναι υψηλότερη για τους εφήβους που δεν είχαν ερωτική επαφή ποτέ, που δεν είχαν ερωτική επαφή τον τελευταίο μήνα, για αυτούς που δήλωσαν μια πιο συμβατική/συντηρητική ερωτική κατάσταση και για αυτούς που

δήλωσαν ότι δεν έχουν πρόθεση να υιοθετήσουν ερωτική επαφή πριν το γάμο. Επίσης, υποθέτουν ότι η αυτοεκτίμηση στο χώρο των συνομηλίκων θα είναι υψηλότερη για τους εφήβους που δήλωσαν το αντίθετο.

Το εργαλείο της έρευνας ήταν ένα ερωτηματολόγιο, με ερωτήματα σχεδιασμένα να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την αυτοεκτίμηση, την σεξουαλική αγωγή, τις στάσεις, την συμπεριφορά και την προτιθέμενη συμπεριφορά (προθέσεις). Η αυτοεκτίμηση μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα του Kelley (Kelley, Denny & Young, 1997).

Τα αποτελέσματα δηλώνουν υψηλότερη σεξουαλική συντηρητικότητα σε σχέση με την σεξουαλική τους κατάσταση. Η αυτοεκτίμηση στο χώρο των συνομηλίκων ήταν υψηλότερη για αυτούς που είχαν πρόθεση να έχουν ερωτική σχέση πριν το γάμο. Η σχολική αυτοεκτίμηση ήταν υψηλότερη για αυτούς που ανέφεραν συμμετοχή σε ερωτική σχέση τον τελευταίο μήνα. Στην έρευνα αποτέλεσε έκπληξη το ότι η σχολική αυτοεκτίμηση ήταν υψηλότερη ανάμεσα στα άτομα που ανέφεραν ότι είχαν ερωτική επαφή τον τελευταίο μήνα. Αυτά τα ευρήματα, ίσως οφείλονται στο γεγονός ότι τα υποκείμενα ήταν μαθητές ενός ελίτ σχολείου με υψηλούς γενικά βαθμούς. Ίσως τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά αν μελετούνταν μαθητές δημοσίου σχολείου. Τα ευρήματα δηλώνουν ότι η αφοσίωση σε μια συμπεριφορά (σεξουαλική αποχή) σχετίζεται με την υψηλή αυτοεκτίμηση στο σπίτι. Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν το ρόλο του σπιτιού σε σχέση με την ερωτική συμπεριφορά των εφήβων. Το εύρημα ότι η αυτοεκτίμηση των συνομηλίκων ήταν υψηλότερη για αυτούς που ανέφεραν μια σίγουρη πρόθεση να συμμετέχουν σε μια ερωτική σχέση πριν το γάμο, φαίνεται να δηλώνει ότι για πολλούς νέους η ερωτική εμπειρία ίσως θεωρείται ως τρόπος αποδοχής από τους συνομηλίκους.

Επίσης, τα αποτελέσματα δηλώνουν ότι οι προσπάθειες να βοηθήσουμε τους νέους να αναβάλλουν τις ερωτικές σχέσεις θα πρέπει να δώσουν έμφαση στην γονική συμμετοχή και την ικανότητα αντίστασης στις πιέσεις των συνομηλίκων.

Επομένως, είναι κατανοητός ο ρόλος του σχολείου, του σπιτιού και της ομάδας συνομηλίκων στην επιρροή της σεξουαλικής συμπεριφοράς των εφήβων.



## **Η Πολυδιάστατη και Γενική Έννοια του εαυτού**

Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και έρευνας πριν από τον 20ο αιώνα, αλλά και αργότερα, μπορούμε να παρατηρήσουμε τον διαχωρισμό των απόψεων των ερευνητών σε τρεις κατευθύνσεις: εκείνων που θεωρούν τη έννοια του εαυτού ενιαία και μονοδιάστατη (Rosenberg, 1965), εκείνων που τη θεωρούν πολυδιάστατη (James, 1890; Shavelson et. al., 1976) και εκείνων που προτιμούν το συνδυασμό των δύο παραπάνω απόψεων (Harter, 1983). Οι εμπειρικές έρευνες πριν το 1980, τυπικά δίνουν έμφαση στη γενική και ολοκληρωτική έννοια του εαυτού και δεν αντιμετωπίζουν επαρκώς τις ψυχομετρικές διαστάσεις, όπως είναι τα χαρακτηριστικά της δομής της έννοιας του εαυτού.

Παλαιότερες έρευνες απέτυχαν να προσδιορίσουν συγκεκριμένους τομείς-παράγοντες (π.χ. Coopersmith, 1967). Τυπικά, τελείως ανεπιτυχής ήταν και η προσπάθεια να κατασκευαστούν όργανα μέτρησης με παρόμοιο υπόβαθρο. Πιο πρόσφατες έρευνες όμως, βρήκαν ξεκάθαρη στήριξη για την πολυπαραγοντικότητα της έννοιας του εαυτού, στοιχεία που δεν είχαν βρεθεί νωρίτερα, εξαιτίας πιθανών διαφορών στο σχεδιασμό των οργάνων μέτρησης της έννοιας του εαυτού. Από τότε, πολλά δημοφιλή ερωτηματολόγια δεν ξαναχρησιμοποιήθηκαν, ενώ πολλά νέα κατασκευάστηκαν μέσα στην επόμενη δεκαετία 1980-1990.

Σε μία προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν αυτή την κατάσταση, ο Shavelson και οι συνεργάτες του (1976), επισκοπούν την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία, την έρευνα και τα ερωτηματολόγια και δημιουργούν ένα πολυπαραγοντικό, ιεραρχικό μοντέλο της έννοιας του εαυτού. Η δομή που προτάθηκε ήταν πρωτοποριακή, αλλά όχι τεκμηριωμένη από επιστημονικής άποψης. Η Byrne, σημειώνει ότι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα οι ερευνητές της έννοιας του εαυτού είναι αυτή η αδυναμία να πιστοποιηθεί η διακριτική αξιοπιστία ανάμεσα στις διαστάσεις της έννοιας του εαυτού (Byrne, 1984, σσ. 449-450).

Αργότερα, ερευνητές δημιούργησαν όργανα μέτρησης της έννοιας του εαυτού, για να μετρήσουν τους ξεχωριστούς τομείς, που, όμως, αποδείχτηκαν ελλιπή, αφού βασίστηκαν σε ανίσχυρα και εκπρόθεσμα θεωρητικά μοντέλα και μετά χρησιμοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση για να στηριχτούν οι δομές αυτές (π.χ. Boersma & Chapman, 1979; Fleming & Courtney, 1984; Harter, 1982; Hattie, 1992; Marsh, 1989<sup>a</sup>; 1990c; Soares & Soares, 1982).

Επισκοπήσεις αυτών των ερευνών, (Byrne, 1984; Marsh, 1990; Marsh & Shavelson, 1985), υποστηρίζουν τον πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα της έννοιας του εαυτού και συνιστούν αυτός να μην αγνοείται, προκειμένου να κατανοηθεί θεωρητικά ή ερευνητικά. Η ένσταση της Harter (1999), αναφορικά με τα ιεραρχικά πολυπαραγοντικά μοντέλα έννοιας του εαυτού, έγκειται στο ότι η γενική έννοια του εαυτού είναι πολύ πιθανό να εμφανίζεται μόνο ως δημιούργημα της σκέψης των θεωρητικών, εφόσον πρόκειται για ένα σταθμισμένο άθροισμα επιμέρους αυτοαντιλήψεων, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η υποκειμενική για το κάθε άτομο βαρύτητά τους (Marsh, & Hattie, 1996).

Η αξιολόγηση της γενικής αυτοαντίληψης κατακρίθηκε αυστηρά και από τον Bandura (1997), ο οποίος σχολιάζει ότι *«συνδυάζοντας διακριτά χαρακτηριστικά σε μία και μόνη κατηγορία προκαλείται αναστάτωση σχετικά με το τι ακριβώς μετράται και πόσο βάρος δίνεται στις συγκεκριμένες ιδιότητες της επιβαλλόμενης αυτής περιληπτικής αξιολόγησης»* (σ. 11). Επίσης, επισημαίνει ότι η έννοια του εαυτού χάνει την προβλεψιμότητά της, όταν αποτυγχάνει να εξηγήσει πώς οι άνθρωποι με την ίδια αυτοαντίληψη αναπτύσσουν διαφορετικού τύπου συμπεριφορά.

Ένας από τους υποστηρικτές της πολυπαραγοντικής δομής της έννοιας του εαυτού, υπήρξε ο Marsh (1992). Με έρευνα βασισμένη κυρίως στο ερωτηματολόγιό του SDQ (Self-Description Questionnaire, Marsh, 1990), υποστήριξε την πολυπαραγοντικότητα της έννοιας του εαυτού και πολλές από τις οπτικές του μοντέλου του Shavelson (1976).

Άλλοι ερευνητές επιχείρησαν να επεκτείνουν την έννοια της πολυπαραγοντικής δομής του εαυτού. Οι Markus και Kunda (1986) επιχειρηματολόγησαν υπέρ του όρου της «εργαζόμενης έννοιας του εαυτού» (working self-concept), θέλοντας έτσι να συμβιβάσουν τη σταθερή κυρίαρχη εικόνα που υπερισχύει κάθε φορά με τη μεταβαλλόμενη έννοια του εαυτού.

Επίσης, θεωρούν πως όλες οι αυτο-αναπαραστάσεις, που είναι μέρος της γενικής έννοιας του εαυτού, δεν είναι κάθε στιγμή προσβάσιμες. (Markus & Kunda 1986, σ. 859). Η ηλικία σχετίζεται άμεσα με τη διαμόρφωση της έννοιας του εαυτού και το βαθμό που οι τομείς της αξιολογούνται από το άτομο. Σε έρευνά της με εφήβους, η Byrne και οι συνεργάτες της (1996), κατάφεραν να βρουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία για την πολυδιάστατη φύση της ακαδημαϊκής αυτοαντίληψης.

## Η Αγωγή Υγείας

Η αποτελεσματικότητα κάθε πολιτικής υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το επίπεδο συνειδητότητας του πληθυσμού στα θέματα που αφορούν την υγεία του και από την ετοιμότητα και την αποτελεσματικότητα του καθένα ατομικά και όλων μαζί συλλογικά, για εποικοδομητική δράση στην υπόθεση της υγείας.

Η αγωγή υγείας *«είναι η διαδικασία εκείνη που βοηθά τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας τους»*.

Ο ορισμός της αγωγής υγείας επιδέχεται μια ευρύτερη και μια αυστηρότερη ερμηνεία. Σύμφωνα με την ευρύτερη ερμηνεία η αγωγή υγείας αφορά όλες εκείνες τις εμπειρίες ενός ατόμου, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας που επιδρούν και επηρεάζουν τις αξίες, τις στάσεις, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Αυτή η ευρύτερη ερμηνεία, αναγνωρίζει ότι πολλές εμπειρίες θετικές και αρνητικές επιδρούν στη σκέψη, στα αισθήματα και στην πράξη των ανθρώπων. Γι' αυτό και δεν περιορίζει το εύρος της δράσης της αγωγής υγείας μόνο σε σχεδιασμένες και οργανωμένες δραστηριότητες.

Σύμφωνα με την αυστηρότερη ερμηνεία, ο όρος «Αγωγή Υγείας» κατά κανόνα *«σημαίνει τις προγραμματισμένες προσπάθειες που αποσκοπούν στην προώθηση των βασικών στόχων της Αγωγής Υγείας στα πλαίσια της Προαγωγής υγείας»*. Η δεύτερη αυτή ερμηνεία είναι και αυτή που χρησιμοποιείται περισσότερο στον ακαδημαϊκό χώρο.

Σχετικά με τον ρόλο της αγωγής υγείας στη θεραπευτική αγωγή των αρρώστων, είναι φανερό η συμβολή της σωστής ενημέρωσης και της ενεργού συμμετοχής του ασθενή στην επιτυχία κάθε θεραπευτικού σχήματος. Η γνώση της σημασίας κάθε θεραπευτικού μέτρου, η επίγνωση των πιθανών κινδύνων και η προσαρμογή στις απαιτήσεις ενός θεραπευτικού σχήματος είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική καταπολέμηση της αρρώστιας.

Η ίδια ανάγκη ενημέρωσης και συμμετοχής ισχύει και στον τομέα της χρήσης των υπηρεσιών που προσφέρει ένα σύστημα υγείας. Χωρίς τη σωστή ενημέρωση του κοινού για τις υπάρχουσες υπηρεσίες, τη λειτουργία τους, την κατανομή του κτλ. Και χωρίς την υιοθέτηση από το κοινό, στάσεων και συμπεριφορών που να διευκολύνουν την αξιοποίηση των υπηρεσιών, είναι αναπόφευκτο να δημιουργούνται σοβαρά

προβλήματα που μπορεί να οδηγούν στη μη αξιοποίηση των υπηρεσιών, άλλοτε στην υπερβολική ζήτησή τους, άλλοτε στη λαθεμένη χρήση τους και όχι σπάνια ακόμα και στην επικίνδυνη κατανάλωσή τους.

Η αγωγή υγείας βασίζεται στην Κοινωνική Ιατρική και στην Επιδημιολογία, στο βαθμό που στοχεύει κυρίως σε ομάδες πληθυσμού και όχι σε μεμονωμένα άτομα και στο βαθμό που τα φαινόμενα που μελετά και επεμβαίνει είναι κυρίως πληθυσμιακά φαινόμενα με σημαντικές κοινωνικές διαστάσεις. Η ερευνητική επίσης μεθοδολογία της αγωγής υγείας, ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και η αξιολόγηση των προγραμμάτων της βασίζονται στις αρχές και μεθόδους της επιδημιολογίας τόσο της περιγραφικής όσο και της αναλυτικής.

Η αγωγή υγείας, αντλεί από την επιστήμη της Εκπαίδευσης – Παιδαγωγικής πολλές θεωρίες και πρακτικές. Ένας σημαντικός επιστημονικός χώρος είναι ο χώρος των Κοινωνικών Επιστημών και ιδιαίτερα η Κοινωνιολογία και η Ψυχολογία. Η επιστήμη της Ψυχολογίας είναι ένα πεδίο που παρέχει τη δυνατότητα κατανόησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς καθώς και τη δυνατότητα τροποποίησης της.

Ένας τομέας που παρουσιάζει ιδιαίτερη ανάπτυξη είναι ο τομέας της Επικοινωνίας και Πληροφόρησης. Προκειμένου η αγωγή υγείας να επιτελέσει το έργο της, δεν μπορεί παρά να στηρίζεται στη διαμόρφωση ισχυρών καναλιών επικοινωνίας με τον ενδιαφερόμενο πληθυσμό.

### **Στόχοι της Αγωγής Υγείας**

Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας συγκεκριμενοποιούνται στους εξής βασικούς στόχους:

- *Εναισθητοποίηση.* Αφορά τη συνειδητοποίηση του κοινού ή εκπαιδευόμενου σχετικά με την ύπαρξη ενός προβλήματος. Η εναισθητοποίηση μπορεί να επιτευχθεί με την παροχή πληροφοριών.
- *Παροχή γνώσεων.* Αφορά την παροχή απαραίτητων γνώσεων σε θέματα που έχει προηγηθεί μια πρώτη εναισθητοποίηση.
- *Ιεράρχηση αξιών.* Οι αξίες του καθένα συμβάλλουν στις εκάστοτε απόψεις που διαμορφώνει, στις αποφάσεις που παίρνει και στις πράξεις που προβαίνει. Ο στόχος της ιεράρχησης αξιών αποσκοπεί στην αποσαφήνιση,

στη διαμόρφωση και την τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία.

- *Αλλαγή απόψεων.* Αφορά την τροποποίηση βασικών πεποιθήσεων. Οι απόψεις αφορούν ζητήματα της καθημερινής ζωής που εξαρτώνται από τις γενικότερες αξίες που έχουν υιοθετηθεί. Οι απόψεις καθορίζονται και από τις πληροφορίες που παρέχονται και από την εκάστοτε συναισθηματική φόρτιση.
- *Λήψη αποφάσεων.* Από τη στιγμή που το κοινό ευαισθητοποιηθεί γύρω από ένα θέμα υγείας, εξοπλίζεται με τις απαραίτητες γνώσεις, ιεραρχήσει σωστά την αξία του και υιοθετήσει σωστές απόψεις το επόμενο βήμα είναι να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση ή βελτίωση του προβλήματος.
- *Αλλαγή συμπεριφοράς.* Η λήψη της κατάλληλης απόφασης δεν οδηγεί πάντα στην εκτέλεση της. Η αλλαγή συμπεριφοράς αποτελεί αναμφισβήτητα και το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος αγωγής υγείας.
- *Αλλαγή περιβάλλοντος.* Ο στόχος αυτός περιλαμβάνει από αλλαγές μέσα στο σπίτι μέχρι αλλαγές στην κοινωνία. Αν κάποιος περιβάλλεται από καπνιστές και βομβαρδίζεται με διαφημίσεις τσιγάρων, δύσκολα θα καταφέρει να μην υποκύψει στη συνήθεια του καπνίσματος.

Η επίτευξη κάθε στόχου δεν σημαίνει αυτόματα την επίτευξη του επόμενου. Το κοινό μπορεί να γνωρίζει ότι το πολύ αλκοόλ βλάπτει αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι είναι έτοιμο να αναθεωρήσει τις σχετικές του απόψεις και συμπεριφορές. Επίσης για διαφορετικά άτομα πρέπει να διαφοροποιούνται ανάλογα και οι εκάστοτε στόχοι. Ένα άτομο που προσέρχεται από μόνο του σε ένα Κέντρο Υγείας για να αντιμετωπίσει την παχυσαρκία του είναι ήδη ευαισθητοποιημένο και αποφασισμένο. Ενώ αντίθετα, σε ένα σχολείο, πολλά παχύσαρκα παιδιά δεν έχουν επίγνωση του προβλήματος και άρα θα πρέπει να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα όλοι οι πρωταρχικοί στόχοι.

## Σχεδιασμός προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Σχηματικά θα μπορούσαμε να παραστήσουμε τα εξής βήματα του σχεδιασμού προγραμμάτων αγωγής υγείας :

- *Ανάλυση της κοινότητας.* Μια ολοκληρωμένη περιγραφή του πληθυσμού της κοινότητας πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:
  - α. Ποσοτικά χαρακτηριστικά
  - β. Ηλικία και φύλο
  - γ. Πολιτιστικά και γλωσσολογικά χαρακτηριστικά
  - δ. Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά
  - ε. Σχετικές γνώσεις και πείρα
  - στ. Υπάρχουσες στάσεις –συμπεριφορές
  - ζ. Στάσεις σε εκπαιδευτικά ζητήματα
  - η. Εκπαιδευτικό- πνευματικό επίπεδο
  - θ. Γενικά χαρακτηριστικά υγείας

- *Επισημάνση αναγκών.* Η επισημάνση των αναγκών περιλαμβάνει μια πρώτη εκτίμηση των ειδικών προβλημάτων υγείας που υπάρχουν καθώς και το σχεδιασμό ειδικών ερευνών ή μεθόδων για τη συλλογή επιπρόσθετων στοιχείων και πληροφοριών. Αυτά τα στοιχεία μπορούν να δοθούν από πηγές όπως, οι τακτικές στατιστικές σειρές της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, οι κοινωνικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν κάθε πληθυσμό, οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν το χώρο του πληθυσμού, οι σχετικές απόψεις των ειδικών για κάθε ιδιαίτερο θέμα, οι σχετικές απόψεις του κοινού για το πρόβλημα που τα αφορά και οι ειδικές επιδημιολογικές έρευνες. Για να υπάρξει μια ολοκληρωμένη αντίληψη των αναγκών θα πρέπει να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα:

- α. Τι είδους ανάγκη είναι;
- β. Ποιος αποφασίζει ότι υπάρχει ανάγκη;
- γ. Που βασίζεται αυτή η απόφαση;
- δ. Αποτελεί το πρόγραμμα απάντηση σε αυτή την ανάγκη;

- *Καθορισμός των στόχων.* Εδώ πρέπει να καταγράφονται οι στόχοι που θα περιλαμβάνει το πρόγραμμα καθώς και μια σύντομη περιγραφή κάθε στόχου. Στη συνέχεια θα πρέπει να περιγραφεί συγκεκριμένα τι ακριβώς θα πρέπει :

- α. να γνωρίζει ο πληθυσμός στόχος
- β. να αισθανθεί ο πληθυσμός στόχος
- γ. να πράξει ο πληθυσμός στόχος

- *Αποτίμηση των πόρων.* Για την διεξαγωγή του προγράμματος αγωγής υγείας θα πρέπει να αποτιμηθούν οι ειδικοί πόροι που διαθέτει η κοινότητα ή ο ίδιος ο πληθυσμός –στόχος, καθώς και οι πόροι που προέρχονται από εξωτερικές πηγές. Οι πόροι χωρίζονται σε υλικούς και ανθρώπινους. Οι υλικοί πόροι προλαμβάνουν χρήματα, εξοπλισμό, κτιριακές ευκολίες κτλ. Στους ανθρώπινους πόρους περιλαμβάνονται συνήθως

- α. Εκπαιδευτές υγείας
- β. Αλλά στελέχη (γενικούς ιατρούς, επιδημιολόγους, ψυχολόγους)
- γ. Πληθυσμός στόχος
- δ. Άτομα που επηρεάζουν τον πληθυσμό (γονείς, δάσκαλοι)

- *Περιγραφή μεθοδολογίας.* Η επιλογή της μεθοδολογίας πρέπει να είναι απόρροια των απαντήσεων στα 3 ακόλουθα ερωτήματα:

- α. Ποια είναι τα ενδεικνύμενα μέσα;
- β. Ποια είναι τα πιο αποδεκτά μέσα;
- γ. Ποια είναι τα πιο οικεία μέσα;

- *Σχεδιασμός της αξιολόγησης.* Είναι ο τρόπος για να επισημανθούν τα λάθη ή οι παραλείψεις, να πραγματοποιηθούν οι αναγκαίες τροποποιήσεις και βελτιώσει και κυρίως να εκτιμηθεί κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι αρχικές επιδιώξεις. Στην αξιολόγηση του αποτελέσματος ενός προγράμματος ο απώτερος στόχος είναι η μέτρηση της μείωσης του προβλήματος και η βελτίωση της υγείας. Η επιτυχία του προγράμματος κρίνεται από το αν η μείωση αυτή ήταν του μεγέθους που αναμένονταν. Οι μετρήσεις για την αξιολόγηση πραγματοποιούνται με τους εξής τρόπους:

- α. Άμεση επιτόπια παρατήρηση και καταγραφή

- β. Ειδικά ερωτηματολόγια
- γ. Ειδικές προφορικές συνεντεύξεις
- δ. Διάφορα ειδικά τεστ
- ε. Τακτικοί δείκτες (αρχεία, στατιστικές σειρές)
- στ. Επιδημιολογικές έρευνες

### **Μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας**

Οι διάφορες μέθοδοι αγωγής υγείας μπορεί να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες. Μια πρώτη που περιλαμβάνει τις μεθόδους επικοινωνίας, όπως οι διαλέξεις, η ατομική διδασκαλία, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, τα οπτικοακουστικά μέσα, η εκπαιδευτική τηλεόραση και ορισμένες τεχνικές προγραμματισμένης εκμάθησης. Οι μέθοδοι της πρώτης αυτής κατηγορίας χρησιμεύουν κυρίως στην επίτευξη των δύο πρώτων στόχων της Αγωγής Υγείας στην ευαισθητοποίηση του κοινού και στην παροχή γνώσεων.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει διάφορες εκπαιδευτικές μεθόδους που χρησιμεύουν κυρίως στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών του κοινού όπως, η ανάπτυξη ικανοτήτων, τα ειδικά παιχνίδια, η εκμάθηση με την παρατήρηση και την αναζήτηση, η δουλειά σε ομάδες, η χρήση προτύπων και διάφορες τεχνικές ελέγχου της συμπεριφοράς.

#### **A. Μέθοδοι επικοινωνίας**

1. Διαλέξεις. Αποτελούν μια από τις παλαιότερες και πιο προσφιλείς μεθόδους διδασκαλίας. Η ευρεία χρήση τους οφείλεται στο γεγονός ότι είναι εύκολη μέθοδος, οικονομική, προσαρμόσιμη και πρακτική. Ένα μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι προάγει την μονόδρομη επικοινωνία εκπαιδευτή –κοινού, καθιστώντας το κοινό παθητικό δέκτη και αντικείμενο της εκπαιδευτικής διαδικασίας, αντί για ενεργό υποκείμενο.

2. Ατομική διδασκαλία. Έχει χρησιμοποιηθεί σε νοσηλευόμενους ασθενείς και σε κοινοτικά προγράμματα στα πλαίσια επισκέψεων στα σπίτια. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη



σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα άτομα που αποτελούν τον πληθυσμό στόχο.

3. Μέσα μαζικής επικοινωνίας. Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, είναι τα κανάλια επικοινωνίας που απευθύνονται σε μεγάλες ομάδες του πληθυσμού. Τα πιο συνήθη είναι η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, ο ημερήσιος τύπος, τα βιβλία και οι διαφημίσεις σε δημόσιους χώρους. Τα μέσα αυτά, εκτός του ότι απευθύνονται σε μεγάλους πληθυσμούς, χαρακτηρίζονται και από τη μετάδοση σχετικά απλών πληροφοριακών μηνυμάτων που συνήθως αποτελούν μια αυτοτελή πληροφοριακή μονάδα. Η δύναμη τους ειδικά της τηλεόρασης είναι σημαντική όσον αφορά την ευαισθητοποίηση του κοινού και την παροχή γνώσεων. Δεν είναι λοιπόν τυχαίο, που τα ΜΜΕ αποτελούν σήμερα τα κύρια διαφημιστικά και γενικότερα επικοινωνιακά μέσα. Όμως τα ΜΜΕ δεν έχουν μεγάλοι επίδραση στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς. Έχει διαπιστωθεί ότι οι θετικές επιδράσεις που επιτυγχάνονται στη στάση και στη συμπεριφορά, είναι συνήθως βραχυπρόθεσμης διάρκειας και έχουν αποτελεσματικότητα στην πρώτη φάση των προγραμμάτων αγωγής υγείας .

Το ραδιόφωνο έχει επίσης ένα μαζικό κοινό, αλλά σε αντίθεση με την τηλεόραση είναι πολύ πιο επιλεκτικό μέσο που προσαρμόζεται εύκολα σε κάθε τοπικό κοινό. Οι εφημερίδες είναι ακόμα πιο εκλεκτικό μέσο επικοινωνίας που αντιστοιχεί σε διάφορα μεγέθη πληθυσμού από τοπικό μέχρι διεθνές. Τα περιοδικά απευθύνονται σε πολύ πιο ειδικό κοινό. Η διαφήμιση σε ανοικτούς χώρους, θεωρείται η παλαιότερη μέθοδος μαζικής επικοινωνίας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να φτάσει το μήνυμα σε ένα πλατύ μη διαφοροποιημένο κοινό ή σε πιο ειδικούς πληθυσμούς στόχους.

4. Οπτικοακουστικά μέσα. Τα οπτικοακουστικά μέσα περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης και επικοινωνίας. Ορισμένα από τα οπτικοακουστικά μέσα είναι: α) συγγράμματα, β) φυλλάδια, γ) προκηρύξεις, δ) χάρτες, ε) αφίσες, ζ) βουβές κινηματογραφικές ταινίες, στ) slides, η) διαφάνειες , θ) πίνακες , ι) άλλα είναι μόνο ακουστικά (κασέτες, δίσκοι), κ) και άλλα συνδυάζουν το οπτικό με το ακουστικό στοιχείο (βίντεο, οπτικοί δίσκοι).

5. Εκπαιδευτική τηλεόραση. Άλλοτε αποτελεί φορέα ολοκληρωμένων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και άλλοτε αποσκοπεί στο να προκαλέσει το αρχικό ενδιαφέρον και την ευαισθητοποίηση γύρω από ένα θέμα. Αν εξαιρέσει κανείς την

αναμφισβήτητη εξοικονόμηση χρόνου που επιτυγχάνεται χάρη στη μέθοδο αυτή, η εκπαιδευτική τηλεόραση δεν φαίνεται να υπερέχει άλλων μεθόδων.

6. Προγραμματισμένη εκμάθηση. Ο όρος προγραμματισμένη εκμάθηση αναφέρεται στην εκπαιδευτική διαδικασία που στηρίζεται σε ειδικές μηχανές εκμάθησης, σε προγραμματισμένα τεστ και δε ειδικά προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών. Το εκπαιδευτικό περιεχόμενο αποτελεί αντικείμενο ενός καλά σχεδιασμένου και προσεχτικά αρθρωμένου συστήματος διδασκαλίας που επιτρέπει στον εκπαιδευόμενο να ακολουθήσει το δικό του ρυθμό εκμάθησης.

## **B. Μέθοδοι αλλαγής στάσεων**

Οι αλλαγές στάσεων και συμπεριφορών αποτελούν τους πιο δύσκολους στόχους της Αγωγής Υγείας, διότι προϋποθέτουν την ανατροπή εμπεδωμένων απόψεων και συνηθειών και την αντικατάστασή τους με άλλες που συχνά είναι λιγότερο ευχάριστες. Η Αγωγή Υγείας οφείλει να σέβεται τις ελεύθερες επιλογές κάθε ατόμου και όχι να επιβάλλει τις απόψεις της. Θα πρέπει να τονιστεί ότι ακόμα και όταν επιτυγχάνεται η επιθυμητή αλλαγή στάσεων, η επίτευξη αυτή δεν οδηγεί αυτόματα στην αλλαγή συμπεριφοράς. Πρέπει να προστεθούν και οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη στάση και συμπεριφορά.

1. Ανάπτυξη ικανοτήτων. Η ανάπτυξη ικανοτήτων αποτελεί μια εκπαιδευτική μέθοδο που στηρίζεται στην επίδειξη διαφόρων πρακτικών μεθόδων. Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει τρία στάδια. Ένα πρώτο, κατά το οποίο παρέχονται οι απαραίτητες επεξηγήσεις για την ικανότητα της συγκεκριμένης τεχνικής και οδηγίες για τη χρήση τους. Στο δεύτερο στάδιο επιδεικνύεται και εκτελείται από τους εκπαιδευτές η τεχνική και στο τρίτο και τελευταίο στάδιο παρέχεται η δυνατότητα στον κάθε εκπαιδευόμενο να εφαρμόσει την τεχνική.

2. Ειδικά παιχνίδια. Αυτά περιλαμβάνουν διάφορα τροποποιημένα παιχνίδια ή θεατρικές τεχνικές. Τα ειδικά παιχνίδια είναι μέρος των τεχνικών ιεράρχησης αξιών και αλλαγής στάσεων. Ενισχύουν την ανάπτυξη κινήτρων υγιεινής συμπεριφοράς και δυναμώνουν τους διαπροσωπικούς συναισθηματικούς δεσμούς.

3. Παρατήρηση και αναζήτηση. Η εκμάθηση με την παρατήρηση και την αναζήτηση είναι ο πυρήνας της προβληματικής των διαδεδομένων εκπαιδευτικών μεθόδων του πειράματος και των εκπαιδευτικών εκδρομών. Με τις μεθόδους αυτές

προάγονται οι γνωστικές διαδικασίες της εφαρμογής, της σύνθεσης, της αξιολόγησης, υπερβαίνοντας τις παραδοσιακές μορφές διδασκαλίας.

4. Δουλειά σε ομάδες. Χάρη στη μέθοδο των μικρών ομάδων, επιτυγχάνονται μέσα από σειρά τακτικών συναντήσεων, που μπορεί να έχουν τον χαρακτήρα της συνεδρίασης ή της άτυπης συζήτησης ή πολύ σημαντική υπόθεση της ενεργούς συμμετοχής του κοινού και η προαγωγή της υπευθυνότητάς του. Με έμφαση στη συνεργασία και στην αλληλοκατανόηση το κοινό όχι μόνο συμμετέχει αλλά συνδιαμορφώνει το σχέδιο και το περιεχόμενο του προγράμματος έτσι ώστε να αντιστοιχεί στις πραγματικές του ανάγκες.

5. Χρήση προτύπων. Η θεωρητική θεμελίωση της μεθόδου αυτής ανάγεται στην ανθρώπινη τάση για υιοθέτηση προτύπων συμπεριφοράς. Οι σύγχρονες αντιλήψεις για τη χρήση προτύπων στηρίζονται σε ορισμένες αρχές της ψυχανάλυσης και στη μελέτη της διαδικασίας εκμάθησης μέσα από την παρατήρηση. Η δύναμη της μεθόδου απορρέει από τη διαπίστωση ότι τα πρότυπα και η γοητεία που αυτά ασκούν αποτελούν την κύρια διαδικασία επίτευξης της κοινωνικοποίησης του ατόμου.

Τα πρότυπα λειτουργούν συχνά και αρνητικά. Η βία πολλών τηλεοπτικών προγραμμάτων έχει διαπιστωμένες επικίνδυνες επιδράσεις σε πολλά παιδιά. Το ίδιο ισχύει και για ορισμένα διαφημιστικά πρότυπα ανθυγιεινών προϊόντων, όπως το τσιγάρο. Γι' αυτό και επιβάλλεται μεγαλύτερος κοινωνικός έλεγχος στην προβολή διαφημιστικών προτύπων από τα ΜΜΕ.

Η επίδραση των προτύπων έχει αξιοποιηθεί και σε πολλά προγράμματα Αγωγής Υγείας. Κυρίως έχουν χρησιμοποιηθεί σε διαιτητικά προγράμματα, σε αντικαπνιστικές εκστρατείες, στον αντιαλκοολικό αγώνα και στη φυσική άσκηση.

6. Έλεγχος της συμπεριφοράς. Η μεθοδολογία του ελέγχου της συμπεριφοράς στηρίζεται στις κλασσικές θεωρίες για τον καθορισμό της συμπεριφοράς από τα ερεθίσματα που δέχεται και κυρίως από τις συνέπειές της. Τα ερεθίσματα μπορεί να προκαλούν ή να ακυρώνουν μια συμπεριφορά και οι συνέπειες μπορεί να είναι θετικές που να επιβραβεύουν και να ενισχύουν μια συμπεριφορά ή αρνητικές που να την τιμωρούν και την αποδυναμώνουν. Η μέθοδος αυτή επιδιώκει την τροποποίηση των ερεθισμάτων και των συνεπειών έτσι ώστε να επιτυγχάνονται οι επιθυμητές αλλαγές.

Η αγωγή υγείας αποτελεί θεμέλιο λίθο της δημόσιας υγείας στις Η.Π.Α. και στοχεύει στην φροντίδα του νου, του σώματος και του πνεύματος των παιδιών και των

ενηλίκων. Αυτοί που επιχείρησαν να λειτουργήσουν αυτή την λογική στρατηγική παροχής της υγείας έπρεπε να απαντήσουν σε περισσότερες ερωτήσεις από ότι σχετικά με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης για την υγεία των παιδιών και ασχολήθηκαν με τα κοινωνικοπολιτικά θέματα που την περιβάλλουν :

- Ποιος επαγγελματίας της υγείας παρέχει αυτή την υπηρεσία
- Την φύση των υπηρεσιών που παρέχονται
- Πότε οι μαθητές είναι έτοιμοι για μια παρέμβαση
- Που ακριβώς στον χώρο του σχολείου ή στην κοινότητα παρέχονται οι υπηρεσίες
- Την ισορροπία ανάμεσα στο σχολείο και τους γονείς που παίζουν τον συνοδευτικό ρόλο τους
- Ποιος πληρώνει τις υπηρεσίες

Η σχολική υγεία παραδοσιακά περιλάμβανε τρία στοιχεία: υπηρεσίες υγείας, αγωγή υγείας και υγιή περιβάλλοντα. Τα Κέντρα Ελέγχου Ασθενειών και το Πρόγραμμα Διαχωρισμού Ενήλικης και Σχολικής Υγείας επέκτεινε αυτή την κατασκευή σε 8 περιοχές επικέντρωσης:

- Αγωγή υγείας
- Σωματική Αγωγή
- Υπηρεσίες υγείας
- Υπηρεσίες Διατροφής
- Προαγωγή υγείας για το προσωπικό
- Ψυχολογικές υπηρεσίες
- Υγιές σχολικό περιβάλλον
- Συμμετοχή των γονέων και της κοινότητας

## **Προαγωγή Υγείας**

Η προαγωγή υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (1981) είναι «η διαδικασία μέσα από την οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν». Η άποψη αυτή απορρέει από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σε αυτό. Συνακόλουθα η υγεία θα πρέπει να θεωρείται σαν συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι σαν αυτοσκοπός. Είναι δηλαδή μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες και ικανότητες.

Η προαγωγή υγείας βασίζεται σε νέα φιλοσοφία, που εστιάζει όχι μόνο στην ανθρώπινη συμπεριφορά, αλλά και στους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν το επίπεδο υγείας και την ποιότητα ζωής. Έχει αναγνωριστεί ότι η προαγωγή υγείας δεν είναι υπηρεσία υγείας, αλλά παγκόσμιο δικαίωμα και επομένως όλοι, επαγγελματίες, χρήστες των υπηρεσιών υγείας και η πολιτεία θα έπρεπε να κατευθύνουν όλες τις προσπάθειές τους στην επίτευξη της καλύτερης υγείας για όλους. Ήδη έχουν αφιερωθεί σημαντικές προσπάθειες από διεθνείς οργανισμούς και εθνικές κυβερνήσεις και μεταξύ αυτών και τη χώρα μας, στην εγκαθίδρυση πολιτικών κατάλληλων για την επίτευξη καλύτερης υγείας μέσω της προαγωγής υγείας.

### **Οι αρχές της προαγωγής υγείας**

Η προαγωγή υγείας επικεντρώνεται περισσότερο στο σύνολο του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής, παρά στα μεμονωμένα άτομα που διατρέχουν κάποιο κίνδυνο να αρρωστήσουν. Καθιστά τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή οργανωμένα υπεύθυνη δράση για την υγεία τους, που αποτελεί σημαντικό συντελεστή της καθημερινής τους ζωής. Η επιδίωξη αυτή απαιτεί πλήρη και συνεχή πρόσβαση στην πληροφόρηση για θέματα υγείας και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση όλων των σχετικών πληροφοριών στο σύνολο του πληθυσμού.

1. Η προαγωγή υγείας κατευθύνει τη δράση της προς όλους τους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία.

2. Η προαγωγή υγείας συνδυάζει διάφορες αλλά συμπληρωματικές μεθόδους ή τρόπους προσέγγισης, όπως την επικοινωνία, την εκπαίδευση, τη νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, τις οργανωτικές αλλαγές, την ανάπτυξη της ικανότητας καθώς και αυτογενείς τοπικές δραστηριότητες κατά των κινδύνων της υγείας.

3. Η προαγωγή υγείας στοχεύει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική και ουσιαστική συμμετοχή του κοινού. Ο στόχος αυτός απαιτεί την ανάπτυξη επιδεξιοτήτων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο που διευκολύνουν την αποσαφήνιση των προβλημάτων και τη λήψη των σωστών αποφάσεων.

4. Η προαγωγή υγείας είναι μια ευρύτερη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και της κοινωνίας και όχι μια ιατρική υπηρεσία.

### **Δραστηριότητες της Προαγωγής Υγείας**

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Οττάβα (1986), το έργο της Προαγωγής Υγείας περιλαμβάνει:

1. Την εξασφάλιση της πρόσβασης στην υγεία
2. Τη βελτίωση της υγείας που εξαρτάται από τη διαμόρφωση ενός υγιεινού περιβάλλοντος
3. Την ενίσχυση των κοινωνικών δομών και της κοινωνικής υποστήριξης
4. Την διαμόρφωση μιας υγιεινούς συμπεριφοράς και την ανάπτυξη κατάλληλων μηχανισμών προσαρμογής στο περιβάλλον
5. Την συλλογική προσπάθεια για την προάσπιση της υγείας
6. Την έμφαση στις κοινωνικές, οικονομικές και οικολογικές διαστάσεις της υγείας
7. Την δημιουργία κέντρων αναφοράς σε όλα τα επίπεδα τοπικό – περιφερειακό - εθνικό
8. Τον συνεχή διάλογο και ανταλλαγή απόψεων μεταξύ ατόμων ή ομάδων και ειδικών επαγγελματιών
9. Την επιλογή τομέων προτεραιότητας
10. Την εκτίμηση της προσδοκώμενης επίδρασης στην υγεία των

σχεδιαζόμενων μέτρων και προγραμμάτων

11. Την ερευνητική υποστήριξη για την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων και την αξιολόγησή τους

### **Ιστορική εξέλιξη της έννοιας της προαγωγής υγείας**

Η άσκηση της παραδοσιακής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία εξακολουθεί να αποτελεί τη ραχοκοκαλιά της φροντίδας υγείας. Όμως η βελτίωση του επιπέδου υγείας που παρουσιάζεται στη διάρκεια του αιώνα μας, κυρίως μεταπολεμικά, παράλληλα με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη που αρχικά οδήγησε σε καλύτερη περίθαλψη, μεταξύ άλλων οδήγησαν και στην αλλαγή της αντίληψης ότι υγεία είναι μόνο η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Η ανάγκη για επαναπροσανατολισμό των συστημάτων φροντίδας, ήταν φυσικό επακόλουθο αυτής της αλλαγής αντιλήψεων.

Επιπρόσθετα η αναγνώριση, ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη της θεραπείας, αφού συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά και οικονομικότερη επιλογή στην παροχή φροντίδων υγείας, αφού δεν απαιτεί πολυδάπανες παρεμβάσεις και μακροχρόνια φροντίδα, ειδικά για τα χρόνια νοσήματα, οδήγησε στην παραδοχή ότι η νοσοκομειακή φροντίδα είναι μεν απαραίτητη αλλά όχι πανάκεια. Επομένως θα έπρεπε να δοθεί προτεραιότητα σε άλλες μορφές φροντίδων υγείας που θα είναι συγχρόνως χρήσιμες και οικονομικότερες.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί αυτή τη νέα κατεύθυνση και σύμφωνα με τη διακήρυξη της 'Αλμα-Ατα είναι *«βασική παροχή φροντίδας υγείας προσιτή σε όλους - άτομα και οικογένειες στην κοινότητα - με μέσα αποδεκτά σ' αυτούς, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν»*. Αυτή η εξέλιξη έχει επίσης οδηγήσει στη διαφορετική αντιμετώπιση του πολίτη από απλό αποδέκτη των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σε ενεργό συμμετέχο. Συγχρόνως έδωσε το έναυσμα για εστίαση σε φροντίδες υγείας που βελτιώνουν το επίπεδο υγείας και ζωής και που σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η πρόληψη, η πληροφόρηση - αγωγή υγείας και η προστασία της υγείας.

Ο όρος Προαγωγή Υγείας είναι σχετικά πρόσφατος. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στον Καναδά το 1974, αν και ως έννοια μπορεί ν' ανιχνευθεί σε διάφορα κείμενα νωρίτερα. Έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορα κείμενα διεθνών και

εθνικών οργανισμών αλλά έγινε δημοφιλής στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Η Προαγωγή Υγείας συχνά αναφέρεται ότι αποτελεί νέο κίνημα. Παρ' όλα αυτά, είναι γενικά παραδεκτό ότι κατάγεται από το κίνημα της Δημόσιας Υγείας που στη σύγχρονη μορφή του διαμορφώθηκε το 19ο αιώνα.

Η άποψη ότι το κίνημα Προαγωγής Υγείας έχει τις ρίζες του στη Δημόσια Υγεία και ότι αναπτύχθηκε ως αποτέλεσμα των μεταπολεμικών εξελίξεων, έχει συζητηθεί από τη Herberg (1989) και ως σκοπό είχε να εξετάσει τη συσχέτιση νόσου και παραγόντων κινδύνου, ως μία από τις βασικές επιρροές στην ανάπτυξή του. Η ίδια συγγραφέας αναφέρεται επίσης στην έκθεση του υπουργού υγείας των Η.Π.Α. του 1964, που προειδοποιούσε για τους κινδύνους για την υγεία από το κάπνισμα και η οποία είχε ως αποτέλεσμα την απαγόρευση της διαφήμισης τσιγάρων από την τηλεόραση. Θεωρεί επίσης ότι σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας έπαιξαν τα μεταπολεμικά κινήματα που σχετίζονται με τη γυναικεία απελευθέρωση, την αυτοβοήθεια, την προστασία του καταναλωτή και τα δικαιώματα του πολίτη. Το αποτέλεσμα ήταν η ανάπτυξη του κινήματος Προαγωγής Υγείας, που συμπεριλαμβάνει τις έννοιες της Αγωγής Υγείας και της Πρόληψης της νόσου, αλλά επίσης τη θετική έννοια της υγείας που εκφράζεται από την κίνηση για ευεξία και αυτοτελή ανάπτυξη του ατόμου και βασίζεται στην αυτοφροντίδα, την ατομική υπευθυνότητα και την ελεύθερη επιλογή.

### **Το κίνημα Προαγωγής Υγείας στο διεθνή χώρο**

Ο Lalonde (1974), εισήγαγε την ιδέα ότι τέσσερα αλληλοεπιδρώντα στοιχεία συνδέονται με όλες τις αιτίες νόσου και θανάτου. Αυτά τα στοιχεία είναι:

- α) οι ανεπάρκειες των υπαρχόντων συστημάτων υγείας,
- β) ο μη υγιεινός τρόπος ζωής,
- γ) οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και
- δ) οι ανθρώπινοι βιολογικοί παράγοντες.

Αυτό το κείμενο θεωρείται το σημαντικότερο στην ανάπτυξη του κινήματος Προαγωγής Υγείας, διότι ήταν το πρώτο επίσημο έγγραφο στις μέρες μας, που αποδέχτηκε τους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες ως συνυπεύθυνους για την κατάσταση της υγείας του ανθρώπου, επιπλέον των ήδη



αποδεκτών από τη βιοϊατρική και ψυχοκοινωνική θεώρηση. Αντίθετα, η έκθεση του υπουργού υγείας των ΗΠΑ, κατέληγε στο συμπέρασμα ότι ο τρόπος ζωής αποτελούσε τον πρωταρχικό και σημαντικότερο παράγοντα στην πρόκληση της νόσου και επομένως προτεραιότητα θα έπρεπε να δοθεί στην πρόληψή της. Αυτή η αναφορά διέκρινε την προαγωγή υγείας από τη θεραπεία και την πρόληψη της νόσου και εξακολουθεί έως σήμερα να επηρεάζει την επιστημονική σκέψη στις ΗΠΑ. Η προαγωγή υγείας, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έκθεση αναφέρεται σε υγιείς ανθρώπους που επιδιώκουν να διατηρήσουν και να βελτιώσουν το επίπεδο της υγείας τους, πράγμα που έρχεται σε αντίθεση με την αντίληψη ότι κάθε υπηρεσία που στοχεύει σε καλύτερη υγεία πρέπει να αποτελεί πανανθρώπινο δικαίωμα.

Κατά τη δεκαετία του 1980, η προαγωγή υγείας έγινε το αντικείμενο εθνικών και διεθνών πολιτικών καθώς και διεθνών συνεδρίων. Κείμενα όπως το «στόχοι για υγεία για όλους το 2000» από το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Π.Ο.Υ. και ο Χάρτης της Ottawa για την προαγωγή υγείας ήταν το αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής. Σ' όλα αυτά τα κείμενα η προαγωγή της υγείας δεν εξετάζεται μόνον ως υπηρεσία υγείας, ως μία ευρύτερη κίνηση που εμπεριέχει ένα σύνολο δραστηριοτήτων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν θετικά την ανθρώπινη υγεία και ζωή.

Ο ορισμός που δόθηκε στο συνέδριο της Ottawa *«η προαγωγή υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους»*, δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους αλλά και στις φυσικές δυνατότητες του ατόμου και θεωρείται ως πηγή για την καθημερινή ζωή, όχι ο κύριος σκοπός της.

Βασική φιλοσοφία του χάρτη της Ottawa είναι να:

- το να προστίθενται χρόνια στη ζωή,
- να προστίθεται ζωή στα χρόνια,

Για να γίνει πραγματικότητα αυτή η φιλοσοφία απαιτείται όλες οι χώρες να λάβουν μέτρα που στοχεύουν σε:

- *δημόσια πολιτική*: από τους υπεύθυνους για την υιοθέτηση πολιτικών σε όλα τα επίπεδα, όχι μόνο στην κυβέρνηση αλλά και άλλες δημόσιες αρχές και τη βιομηχανία, να λαμβάνεται υπόψη η υγεία κατά το σχεδιασμό αυτών των πολιτικών,

- *υγιές περιβάλλον*: με τη συνεχή βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος - στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο εργασίας, στο δρόμο, στις διακοπές και στον ελεύθερο χρόνο, σε δημόσιους χώρους- ώστε να συμβάλει στην προαγωγή της υγείας,

- *υγιή τρόπο ζωής*: με την αύξηση της γνώσης και κατανόησης για τον τρόπο που οι συνήθειες της ζωής επηρεάζουν την υγεία οικογενειών και ατόμων, ώστε να τους δοθεί η δυνατότητα να το επιτύχουν,

- *υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας*: με την αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την εξασφάλιση της κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ προαγωγής της υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, θεραπείας, φροντίδας και αποκατάστασης.

Η πολιτική προαγωγής της υγείας του Π.Ο.Υ. συνεχίζεται αδιάκοπα και επιβεβαιώθηκε στο Διεθνές Συνέδριο της Jacarta (1997). Είναι επομένως φανερό ότι το κίνημα προαγωγής υγείας έχει αρχίσει να ριζώνει βαθιά, τουλάχιστο στις χώρες που έχουν λύσει τα προβλήματα που σχετίζονται με τις βασικές ανάγκες της ζωής και όλο και με μεγαλύτερη συχνότητα βλέπουμε την υιοθέτηση εθνικών και διεθνών πολιτικών που βασίζονται στα προαναφερόμενα.

### **Η Προαγωγή Υγείας στη χώρα μας**

Η εξέλιξη της παροχής φροντίδων υγείας στη χώρα μας δεν έχει πρωτοτυπήσει μέχρι σήμερα, σε σύγκριση με τα προαναφερθέντα. Η κύρια διαφορά είναι η μεγαλύτερη καθυστέρηση στη μεταπολεμική κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και στην υιοθέτηση των νέων αντιλήψεων για την υγεία. Στα τέλη της δεκαετίας του 1970, η ιδέα για την υιοθέτηση ενός συστήματος υγείας άρχισε να ωριμάζει και έγινε γεγονός με το νόμο 1397/83 για το ΕΣΥ. Στο νόμο αυτό η Π.Φ.Υ. αναγνωρίζεται ως η βασική φροντίδα υγείας και τίθενται οι βάσεις για την ανάπτυξή της. Τα κέντρα υγείας θεσπίστηκαν ως η βασική μονάδα παροχής φροντίδων υγείας, ενώ ο Γενικός Γιατρός και η ομάδα Π.Φ.Υ. ως οι φορείς πραγμάτωσής της, παρ' όλο που η υλοποίηση, ειδικά της επαρκούς στελέχωσης και λειτουργίας, ποτέ μέχρι σήμερα δεν επιτεύχθηκε.

Η προαγωγή υγείας και στη χώρα μας έχει αποτελέσει πεδίο σκέψης και συζήτησης από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, αν και μέχρι πρόσφατα ο όρος που χρησιμοποιείτο για να την ορίσει ήταν αυτός της Αγωγής Υγείας. Πιο πρόσφατα άρχισε

να χρησιμοποιείται ο περιφραστικός όρος Προαγωγή και Αγωγή της Υγείας, όπου γίνεται και αναφορά στην Προαγωγής Υγείας όπως αυτή ορίζεται από τον Π.Ο.Υ. στον καταστατικό χάρτη της Ottawa.

Ο νόμος 2071/9235, αναφέρεται στην Αγωγή Υγείας και από τον τρόπο που αυτή ορίζεται φαίνεται να διατηρείται η παλαιότερη αντίληψη ότι ο ρόλος της αγωγής υγείας εστιάζει στην πρόληψη της νόσου. Το 1994, συστάθηκε επιτροπή για τη μελέτη της ανάπτυξης της Προαγωγής και Αγωγής Υγείας στη Χώρα μας. Οι προτάσεις της επιτροπής κατατέθηκαν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και συμπεριλαμβάνουν μετονομασία της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας σε Προαγωγής και Αγωγής Υγείας, καθώς και τη δημιουργία Εθνικού Κέντρου Προαγωγής και Αγωγής Υγείας. Το Κέντρο αυτό προτείνεται να είναι αυτόνομο και ως σκοπό να έχει την υποστήριξη, το συντονισμό και την ανάπτυξη της Προαγωγής και Αγωγής Υγείας. Φαίνεται ότι μέρος αυτών των προτάσεων γίνεται προσπάθεια να υλοποιηθούν με τα δίκτυα Π.Φ.Υ. που θεσμοθετούνται με το νόμο 2519/1997.

Παράλληλα με τις θεσμικές παρεμβάσεις, το ενδιαφέρον επαγγελματιών και κοινού έχει αρχίσει να γίνεται εντονότερο εδώ και αρκετό καιρό και ποικίλα προγράμματα προαγωγής υγείας οργανώνονται και λειτουργούν από κρατικούς και ιδιωτικούς μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς, σύμφωνα με ανακοινώσεις σε επιστημονικές συναντήσεις αλλά και δημοσιεύσεις.

Η προαγωγή υγείας όμως για να αναπτυχθεί και να καρποφορήσει και στη χώρα μας, έχει ανάγκη από συντονισμένες ενέργειες. Κεντρικές υπηρεσίες προαγωγής υγείας χρειάζονται για να συντονίζουν περιφερειακά και εθνικά προγράμματα, αλλά και για τη δημιουργία και παροχή των απαραίτητων πόρων για την επιτυχία αυτών των προγραμμάτων. Βασικοί συντελεστές σε αυτή την προσπάθεια πρέπει να είναι ο Γενικός Γιατρός και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα Π.Φ.Υ. Μονάδες δε αναφοράς πρέπει να γίνουν τα κέντρα υγείας και τα προγράμματα που θα αναπτύσσονται και εφαρμόζονται θα πρέπει να βασίζονται στις διαπιστωμένες ανάγκες του πληθυσμού που κάθε κέντρο υγείας εξυπηρετεί.

Τέλος, να τονίσουμε ότι η συμμετοχή του πληθυσμού θα πρέπει να είναι ενεργός σε όλα τα στάδια ανάπτυξης των προγραμμάτων προαγωγής υγείας, από τη διαπίστωση των αναγκών τους, έως την αξιολόγηση των προγραμμάτων που εφαρμόστηκαν.

## Η Σεξουαλικότητα

Η σεξουαλικότητα αποτέλεσε το αντικείμενο πολλών προσεγγίσεων από την επιστήμη, τη φιλοσοφία, τη τέχνη, την αφήγηση και τη λογοτεχνία. Από τις αρχές του 1980 αιωρείται στο χώρο της έρευνας ένα ερώτημα για τη σεξουαλικότητα: είναι η επιδημία του AIDS που αποτελεί τον κύριο παράγοντα μεταβολής των σταθερότυπων για τη σεξουαλικότητα στις σύγχρονες κοινωνίες ή εντέλει η σεξουαλική επανάσταση του '60 μπήκε σε μια νέα κοινωνικο-πολιτισμική φάση πέρα από την απειλή του AIDS;

Ο Αγραφιώτης (1997), επιχείρησε μια οριοθέτηση της σεξουαλικότητας καθώς και μια πρώτη οριοσίμανση των όρων «σεξουαλικός», «πορνογραφικός», «ερωτικός», ενώ ανακινήθηκε και το ζήτημα «σεξουαλικότητες και κοινωνίες».

Συγκεκριμένα η λέξη, ο όρος «σεξουαλικός» αναφέρεται σε ενεργήματα, αντικείμενα, κείμενα, ήχους και εικόνες ικανά να προκαλέσουν καταστάσεις ηδονής και οργασμού συνδυάζοντας, χωρίς προκαταρκτικούς αποκλεισμούς, σημεία, επιθυμίες και σώματα. Ενώ η λέξη, ο όρος «ερωτικός» μπορεί να χαρακτηρίσει ενεργήματα, αντικείμενα, κείμενα ήχους και εικόνες που αναφέρονται σε φαινόμενα οργασμού και ηδονής μόνο που πριμοδοτούνται τα σημεία τα οποία συνδέονται με αυτά τα φαινόμενα.

Η σεξουαλικότητα είναι μία βιολογική λειτουργία, που εκφράζεται μέσω μιας ανάγκης και που, για να εξασκηθεί χρειάζεται εξωτερικές ως προς αυτή συνθήκες, δηλαδή μη «φυσικές» συνθήκες, αντίθετα από ό,τι συμβαίνει στην περίπτωση της αναπνοής ή της διατροφής. Πρόκειται για συνθήκες οργανωμένες διαμέσου πολλαπλών και διαφόρων κοινωνικών δομών, σε όλα τα επίπεδα, σε όλες τις εποχές, σε όλους τους πολιτισμούς.

Με την οργάνωση της σεξουαλικής ζωής, ο άνθρωπος εξουσιάζει τη φύση μέσα του. Εδώ ακριβώς βρίσκεται η σημασία και η προέλευση των απαγορεύσεων και των άλλων ταμπού.

Η σεξουαλική ανάγκη χρειάζεται «τον άλλο» για να ικανοποιηθεί, άρα είναι κοινωνική και κοινωνικοποιημένη ως προς την ουσία της και ως προς την εξάσκησή της. Εμπεριέχει υποχρεωτικά μία αντίληψη για τον κόσμο, μια αντίληψη για τον άνδρα και τη γυναίκα, μία αντίληψη για την ηθική.

Η σεξουαλικότητα και η συναισθηματική ζωή, που προϋποθέτουν τη συγκεκριμένη διάσταση του ανθρώπινου όντος, δηλαδή τη διάσταση της ανθρωπίνης

σχέσης, αντανακλάται η μία στην άλλη, έχουν έναν κοινό δυναμισμό, αλλά επιπλέον προκαλούν μια διαφοροποίηση με πολλαπλές διακλαδώσεις, στη διάρκεια της ιστορίας της ανάπτυξης των ανθρωπίνων κοινωνιών.

Η συναισθηματική ζωή αποτελεί το ψυχολογικό περιεχόμενο της σεξουαλικότητας, βασίζεται στην ανθρώπινη σχέση και τη συναισθηματική ζωή με τις διάφορες μορφές και ιδιότητες του συναισθήματος (ερωτισμός, σεξουαλικός έρωτας ή μη), αποδεσμεύεται και διαφοροποιείται όσο πιο πολύπλοκη γίνεται η εσωτερική και κοινωνική ζωή των ανθρώπων (Μύλντορφ, 1980).

### **Ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής**

Στην Ευρώπη από τη δεκαετία του 1980 και μετά παρατηρείται μια χαλάρωση των ηθικών κανόνων σχετικά με την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Αυτό υπήρξε αποτέλεσμα διαφόρων αλλαγών, όπως η εξασθένιση της θρησκευτικής επιρροής στη ζωή των ατόμων, η μείωση των γάμων και των γεννήσεων, η αύξηση του ποσοστού συμβίωσης εκτός γάμου, η αύξηση των διαζυγίων.

Παραδοσιακά στη χώρα μας όπως και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας ιδιαίτερα για τις γυναίκες, συνέπιπτε με την ηλικία γάμου. Μια από τις πιο σημαντικές αλλαγές στη σεξουαλική ζωή των γυναικών στο δεύτερο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες ήταν και η μείωση στην ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας.

Αυτό που είναι σημαντικό και αναδύθηκε στο πλαίσιο της συγκριτικής μελέτης των Ευρωπαϊκών χωρών, είναι το γεγονός ότι η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας είναι σημαντική και καθοριστική για τη μετέπειτα σεξουαλική ζωή του ατόμου. Γι' αυτό είναι ένα στοιχείο που θα πρέπει πάντα να ερευνάται σε έρευνες που σχετίζονται με τη σεξουαλική ζωή των ατόμων. Σε κάθε χρονική περίοδο υπήρχαν και θα υπάρχουν πάντοτε τα άτομα που ξεκινούν νωρίτερα και αυτά που ξεκινούν αργότερα τη σεξουαλική τους ζωή. Παρατηρούνται όμως σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ως προς τις στάσεις, τη σεξουαλική συμπεριφορά ακόμα και στον τρόπο που προσαρμόζονται στην επικινδυνότητα που σχετίζεται με αυτή τη συμπεριφορά. Στη Μεγάλη Βρετανία φαίνεται ότι τα άτομα που ξεκινούν νωρίς τη σεξουαλική τους ζωή παρουσιάζουν χαμηλή χρήση στα μέσα αντισύλληψης. Έτσι παρουσιάζουν υψηλό

βαθμό ανεπιθύμητων κυήσεων. Η ίδια τάση θα μπορούσε να ειπωθεί ότι υπάρχει στην Ελλάδα και στην Πορτογαλία (Bozon et. al., 1998). Μια άλλη υπόθεση που μπορεί να διατυπωθεί είναι ότι η έναρξη της σεξουαλικής ζωής όταν γίνεται αρκετά νωρίς σε χώρες που δεν έχουν ενσωματώσει τη σεξουαλική αγωγή στα σχολεία, ενέχει περισσότερους κινδύνους για τους νέους.

### **Ο κίνδυνος μόλυνσης από τον HIV**

Η εξάπλωση του HIV από την εμφάνισή του το 1981, υπήρξε ραγδαία. Παγκοσμίως, στα τέλη του 1999 είχαν προσβληθεί από τον ιό του AIDS 33,6 εκατ. άτομα (14,8 γυναίκες και 17,6 άνδρες και 1,2 παιδιά κάτω των 15 χρόνων), ενώ ήδη είχαν πεθάνει 16 εκατ. άτομα (6,2 γυναίκες, 6,5 άνδρες και 3,6 παιδιά κάτω των 15 χρόνων). Είναι γνωστό ότι η πλειοψηφία των ατόμων με AIDS ζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής (23,3 εκατ.) και στις χώρες της Νότιας και της Νοτιο - Ανατολικής Ασίας (6 εκατ.) (Black, 2000).

Τα άτομα που ζούσαν με τον ιό, τα οποία δηλαδή είτε ήταν φορείς του ιού είτε είχαν AIDS, στα τέλη του 1998 στη Δυτική Ευρώπη, υπολογίζονταν σε 500 χιλιάδες (Houweling et. al., 1998). Επίσης έχει υπολογιστεί ότι 30.000 άτομα μολύνονται από τον ιό κάθε χρόνο στη Δυτική Ευρώπη. Εντούτοις, από το 1996 ο ρυθμός εξάπλωσης της επιδημίας στη Δυτική Ευρώπη έχει μειωθεί σημαντικά και γενικά συνεχίζει να μειώνεται.

Η μείωση αυτή είναι πιθανό να οφείλεται σε σημαντικό βαθμό στις αντιρετροϊκές θεραπείες, οι οποίες εισήχθησαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 1996. Επίσης δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής μας το γεγονός ότι στην ετεροφυλόφιλη μετάδοση οφειλόταν, ήδη από το 1997, ένα αυξημένο ποσοστό νέων περιπτώσεων με AIDS-22% το 1997 και ότι σε πολλές χώρες ήταν ο δεύτερος ή και ο πρώτος σημαντικός τρόπος μετάδοσης μεταξύ των περιπτώσεων που διαγνώστηκαν το 1997.

Ειδικότερα στην Ελλάδα, η επιδημιολογία του AIDS και της HIV λοίμωξης κατά την τελευταία δεκαετία, σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ) του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που καταγράφει τα κρούσματα AIDS και τα HIV οροθετικά άτομα στη χώρα μας, παρουσιάζει την εξής εικόνα: μέχρι και την 31η Οκτωβρίου του 2011, έχουν καταγραφεί στο ΚΕΕΛΠΝΟ 11.340 περιστατικά HIV

λοίμωξης. Από το σύνολο των ατόμων αυτών, 3.235 έχουν εμφανίσει AIDS και 5.500 βρίσκονται υπό αντιρετροϊκή θεραπεία. Ο συνολικός αριθμός των θανάτων ανέρχεται στους 2.152. Ειδικότερα, ενώ το 2002 ο αριθμός των περιπτώσεων HIV λοίμωξης που δηλώθηκαν στο ΚΕΕΛΠΝΟ ήταν 3,6 ανά 100.000 πληθυσμού, το 2008 ο αντίστοιχος αριθμός έφθασε τις 5,8 περιπτώσεις.

Την τελευταία δεκαετία, η Ελλάδα αντιμετωπίζει μια μαζική εισροή μεταναστών από χώρες της Ανατολικής/Κεντρικής Ευρώπης, της Μέσης Ανατολής, της Ασίας και της Αφρικής. Η έρευνα των Nikolopoulos, Arvanitis, Masgala και Paraskeva (2005), στόχευε στο να υπολογίσει το ποσοστό και τα χαρακτηριστικά των μεταναστών που έχουν μολυνθεί από τον ιό και έχουν αναφερθεί στην Ελλάδα, αλλά και να περιγράψει την τάση αναλογίας των μεταναστών ανάμεσα στα μολυσμένα άτομα από τον HIV/AIDS.

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση των δεδομένων στο Ελληνικό Κέντρο για Μολυσματικές Ασθένειες (ΕΚΜΑ-HCIDC) κατά την διάρκεια των χρόνων 1989-2003.

Από το 1989 ως το 2003, αναφέρθηκαν 6.292 περιπτώσεις οροθετικών HIV/AIDS στο ΕΚΜΑ. Τα δεδομένα έδειξαν ότι 749 άτομα (439 άνδρες και 303 γυναίκες) προερχόμενοι από χώρες εκτός Ελλάδας. Οι περισσότεροι μετανάστες με HIV/AIDS προέρχονται από την Αφρική 32.44% και σχεδόν το 20% από την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Στον ελληνικό πληθυσμό, οι άνδρες που έχουν ερωτική σχέση με άνδρες αποτελούν το 50.47% των περιπτώσεων, ενώ το 16,15% είναι ετερόφυλοι. Για τους μετανάστες, το 41% αναφέρει μετάδοση του ιού μέσω ετερόφυλων σχέσεων, ενώ το 19% είναι ομοφυλόφιλοι.

Τα αποτελέσματα δείχνουν μια αύξηση της τάσης των μεταναστών με HIV/AIDS. Ομαδικές παρεμβάσεις, καλύτερη πρόσβαση σε υγεία και μια περιεκτική προσέγγιση πρέπει να χορηγηθεί στους μετανάστες.

Συμπερασματικά, είναι φανερό ότι, παρά τις προσπάθειες των υγειονομικών φορέων της χώρας, η μετάδοση του HIV συνεχίζεται με αυξητικούς ρυθμούς. Η τρέχουσα εικόνα είναι ενδεικτική, καθώς το πρώτο δεκάμηνο του 2011, σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2010, η αύξηση ξεπερνάει το 50% και σε μεγάλο βαθμό (63%) αποδίδεται στους χρήστες ενέσημων ναρκωτικών ουσιών. Στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, καταγράφεται, σε αντιδιαστολή με την εικόνα των προηγούμενων χρόνων, μία δραματική αύξηση, η οποία υπερβαίνει το 1.000%. Οι συνεχείς αυξητικές

τάσεις και η αλλαγή των χαρακτηριστικών της επιδημίας, καθιστούν αναγκαία την επαγρύπνηση των φορέων δημόσιας υγείας.

Αξιολογώντας τις διαχρονικές τάσεις της επιδημίας κατά την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα μπορούν να εξαχθούν τα εξής συμπεράσματα:

A) Η διαχρονική τάση της λοίμωξης είναι αυξητική και στους άνδρες και στις γυναίκες. Η πλειοψηφία των ανδρών ως προς τις γυναίκες είναι εμφανής και το πηλίκο άνδρες: γυναίκες είναι περίπου 5:1.

B) Η τάση είναι αυξητική σε όλες τις ηλικιακές ομάδες με ταχύτερο ρυθμό αύξησης στην ηλικιακή ομάδα των 25 ως 39 ετών.

Γ) Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης στους εφήβους στην Ελλάδα είναι η σεξουαλική οδός, ομοφυλοφιλική ή ετεροφυλική. Κυρίως από το 1996 και μετά οι τάσεις φαίνονται αυξητικές στις δύο κυριότερες κατηγορίες μετάδοσης: στους ομοφυλόφιλους /αμφιφυλόφιλους άνδρες και στους ετεροφυλόφιλους.

Δ) Η ομάδα της ετεροφυλικής μετάδοσης παρουσιάζει ταχύτερο ρυθμό αύξησης τα τελευταία χρόνια ενώ το ποσοστό των γυναικών που μολύνονται ετεροφυλοφιλικά αυξάνεται διαχρονικά.

Συμπερασματικά, παρά τον έλεγχο της επιδημίας στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεν υπάρχουν ισχυρά τεκμήρια που να μας πείθουν ότι οι πληθυσμοί των χωρών αυτών έχουν πραγματικά τροποποιήσει τη σεξουαλική τους συμπεριφορά επί το ασφαλέστερο, με την υιοθέτηση μέτρων προφύλαξης. Επομένως δεν θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι ο κίνδυνος μόλυνσης από HIV έχει πραγματικά μειωθεί.

### **Η προφύλαξη από τον ιό HIV**

Παρά την ελπίδα για την παρασκευή ενός αποτελεσματικού εμβολίου κατά του HIV, η πρόληψη μέσω της ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς παραμένει η μόνη οδός ελέγχου της εξάπλωσης του ιού. Ουσιαστικά, η αγωγή υγείας κατά της μετάδοσης του HIV επιχειρεί να τροποποιήσει τις επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές προτείνοντας το προφυλακτικό ως το κύριο μέσο πρόληψης. Πράγματι, κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι το προφυλακτικό είναι αποτελεσματικό στην αποτροπή της ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης του HIV. Βεβαίως η αγωγή υγείας έχει προτείνει επίσης



ως μεθόδους προστασίας την αποχή από το σεξ, τη μείωση του αριθμού των ερωτικών συντρόφων και τη μονογαμικότητα. Εντούτοις, η χρησιμοποίηση του προφυλακτικού έχει αποδειχθεί άμεσα ή έμμεσα ότι είναι πιο αποτελεσματική στην αποτροπή της μετάδοσης του HIV από τη μείωση του αριθμού των ερωτικών συντρόφων (Reiss, & Leik, 1989), ενώ η αποχή κρίνεται ως μη ρεαλιστικός στόχος, η δε μονογαμικότητα ως πρακτική φαίνεται να αποτελεί μάλλον παράγοντα που δημιουργεί επικίνδυνα παραπλανητικό αίσθημα ασφάλειας στους ερωτικούς συντρόφους, παρά πραγματική αποτρεπτική της μόλυνσης τακτική.

Παρά τη συνεχιζόμενη απειλή από τον HIV η συνεπής χρήση του προφυλακτικού ως μέσου προφύλαξης κατά του AIDS, παραμένει χαμηλή σε απόλυτους αριθμούς αν και την προηγούμενη δεκαπενταετία έχει παρατηρηθεί σχετική αύξηση της «δια βίου» χρήσης μεταξύ του νεανικού ετεροφυλόφιλου πληθυσμού. Για παράδειγμα, στη Γαλλία σύμφωνα με δημοσκόπηση του 1993, 35,3% των ανδρών και το 49.8% των γυναικών δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό στην πιο πρόσφατη ερωτική ριψοκίνδυνη σεξουαλική συνένυρεση, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών.

Στην Ελλάδα, δημοσκοπήσεις με αντιπροσωπευτικά δείγματα αθηναϊκού πληθυσμού έχουν δείξει ότι το 59.7% όσων είχαν περιστασιακές σχέσεις εναλλάσσοντας ερωτικούς συντρόφους, κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο, δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν πράξει με ασυνέπεια. Επιπλέον, από το 60,7% όσων είχαν σταθερή σχέση δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό με το σύντροφό τους τον τελευταίο μήνα. Σε μελέτη με φοιτητές και σπουδαστές ΑΕΙ και ΤΕΙ της Βορείου Ελλάδος, το 51% των ανδρών και το 73% των γυναικών δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν χρησιμοποιήσει με ασυνέπεια στην πιο πρόσφατη σεξουαλική τους επαφή κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών (Kordoutis, Loumakou & Sarafidou, 2000).

## **Η εφαρμογή της Αγωγής Υγείας στο πλαίσιο του σχολείου**

Η ιστορία της πολυθεματικών τομέων της αγωγής υγείας και της προαγωγή της υγείας αναφέρουν πειστικά ότι οι κοινωνικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις για την προαγωγή της δημόσιας υγείας έχουν από καιρό ενηλικιωθεί (Baum, 2008). Με βάση την ευρεία ποικιλία των εννοιολογικών και ειδικών παραδόσεων στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας (Glanz et. al., 2008) και την προαγωγή της υγείας (Green et. al., 2005) έχει αναπτυχθεί ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων για την πρόληψη του ιού HIV και συνεχίζουν να εξελίσσονται (Mayer, & Pizer, 2009). Έχει αποδειχθεί ότι αυτές οι προσεγγίσεις μειώνουν αποτελεσματικά τις συμπεριφορές που θέτουν τα άτομα σε κίνδυνο για λοίμωξη από τον ιό HIV (Coates et. al., 2008) και δημιουργούν υποστηρικτικά κοινωνικά περιβάλλοντα που περιορίζουν την ευαλωτότητα (Roa Gupta et. al., 2008).

Τα χαρακτηριστικά αποτελεσματικών προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής και πρόληψης σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών (HIV) για λιγότερο ή περισσότερο αναπτυγμένες χώρες όπως των Kirby et. al., (2006), έχουν εισαχθεί στον νέο Διεθνή Τεχνικό Οδηγό της Σεξουαλικής Εκπαίδευσης (2009) από τον Εκπαιδευτικό, Επιστημονικό και Πολιτιστικό Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών (UNESCO)<sup>1</sup>.

Αυτό το έγγραφο υπογραμμίζει την στρατηγική καταπολέμησης του ιού HIV/AIDS μέσω σχολικών προγραμμάτων γνώσης/πληροφόρησης, σχετικά με την σεξουαλικότητα και την εφηβεία για παιδιά ηλικίας 5 ετών έως τους εφήβους ηλικίας από 18 μέχρι 24 ετών. Ο οδηγός περιλαμβάνει επιστημονικά ευρήματα, διεθνείς νομικές απαιτήσεις, έννοιες και θέματα κλειδιά και μια κατανοητή δομή του προγράμματος χρήσιμη για τα εκπαιδευτικά συστήματα όλων των εθνών. Αυτό το έγγραφο της UNESCO, προσανατολίζεται προς ένα μοντέλο δημόσιας υγείας, σε αντίθεση με τις Οδηγίες για μια Κατανοητή Σεξουαλική Εκπαίδευση της SIECUS<sup>2</sup> (2004), η οποία ορίζει συγκεκριμένη βιολογική, αναπτυξιακή και αναπαραγωγική γνώση για κάθε έτος των μαθητών.

---

<sup>1</sup> UNESCO. International Technical Guidance: An Evidence- Informed Approach For Schools, Teachers and Health Educators. Two vols. Paris: United Nations Economic, Social and Cultural Organization, 2009.

<sup>2</sup> SIECUS. Guidelines For Comprehensive Sexuality Education: Kindergarten To 12th Grade, 4th edn. New York, NY: National Guidelines Task Force, Sexuality Information and Education Council of the United States, 2004.

Οι οδηγίες της UNESCO, παρουσιάζουν την σεξουαλική εκπαίδευση ιδανικά ως ένα ξεχωριστό και συνεχές μάθημα, το οποίο επιβεβαιώνει ότι «..άλλες προτεραιότητες δεν αποτρέπουν την διδασκαλία του» αλλά αναγνωρίζει ότι «ίσως είναι πιο πρακτικό να βελτιώνει και να προσθέτει σε αυτά που ήδη διδάσκουν οι δάσκαλοι και θα πρέπει να το ενσωματώσουν σε ήδη υπάρχοντα μαθήματα όπως τα κοινωνικά μαθήματα, η επιστήμη/βιολογία, η υγεία» (σελ. 27-8). Αυτό το έγγραφο επίσης υποστηρίζει την ενσωμάτωση της σεξουαλικής εκπαίδευσης με υπάρχοντα μαθήματα και έτσι στηρίζει την σύνθεση διαφορετικών θεωριών για τον σχεδιασμό τέτοιων προγραμμάτων.

Υπάρχει τώρα ένα μεγάλο σύνολο στοιχείων που έχουν συνδυαστεί σε πολλές κριτικές και μετα-αναλύσεις των αρχικών μελετών και συνοψίζονται σε μια μετα-ανάλυση που περιέχει 18 μετα-αναλύσεις (Noar, 2008). Αυτή η μέθοδος έρευνας δείχνει πειστικά ότι οι σημαντικές επιπτώσεις της πρόληψης της συμπεριφοράς σχετικά με τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV μπορεί να βρεθεί σε μια σειρά από ομάδες του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των εφήβων, ενηλίκων ετεροφυλόφιλων, ομοφυλόφιλων, σε χρήστες ναρκωτικών, ανθρώπους που ζουν με τον ιό HIV, ομάδες εθνοτικών μειονοτήτων και σε άτομα με ψυχικές ασθένειες. Σημαντικές επιπτώσεις έχουν ληφθεί χρησιμοποιώντας μια σειρά από μέτρα αποτελέσματος στην συμπεριφορά, ιδίως αυξημένη χρήση προφυλακτικού, μειωμένη σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη και μείωση του αριθμού των συντρόφων. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η πρόληψη της συμπεριφοράς μπορεί επίσης να μειώσει τα ποσοστά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων.

Ένα αναλυτικό Πρόγραμμα με βάση το φύλο και την εκπαίδευση για τον ιό HIV στα σχολεία βελτιώνει επίσης την προληπτική σεξουαλική συμπεριφορά (Kirby, Laris, Roller, 2007). Είναι σημαντικό ότι, ενώ μερικές φορές θεωρείται ότι η ειλικρινής, ολοκληρωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μπορεί να επιταχύνει την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας ή να αυξήσει τη σεξουαλική συμπεριφορά των νεαρών ατόμων, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι μπορεί στην πραγματικότητα να καθυστερήσει την έναρξη της σεξουαλικής εμπειρίας και να μειώσει τη σεξουαλική συμπεριφορά (Smoak, Scott-Sheldon, Johnson et. al., 2006).

Πολύ σημαντικά επιτεύγματα γίνονται στον τομέα της κοινωνικής συμπεριφοράς και της πρόληψης του HIV (Sidibe et. al., 2010), αλλά υπάρχει μεγάλο περιθώριο για βελτίωση των γνώσεων για τον ιό HIV, την παροχή πρόσβασης σε

βασικές υπηρεσίες πρόληψης, συμπεριλαμβανομένης της εθελοντικής συμβουλευτικής και ελέγχου και την αντιμετώπιση των μεγάλων ακάλυπτων αναγκών για προφυλακτικά (UNAIDS, 2010; De Wit, Ellard, 2010; Hankins, de Zaldondo, 2010). Οι περισσότεροι πληθυσμοί υψηλού κινδύνου, στο περιθώριο σε πολλές κοινωνίες, παραμένουν ιδιαίτερα υπο-εξυπηρετούμενοι (Adam et. al., 2009; Mathers et. al., 2009).

Όπως έχουν υποστηρίξει οι Coates et. al., (2008), η επιστήμη της πρόληψης της συμπεριφοράς μπορεί επίσης να βελτιωθεί, κάτι το οποίο περιλαμβάνει την καλύτερη ίδρυση της αποτελεσματικότητας και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των αποδεδειγμένων παρεμβάσεων (Noar, 2008). Είναι επίσης κρίσιμης σημασίας η ενίσχυση της μετάφρασης ενός αποτελεσματικού προγράμματος στην πράξη (Crosby & Noar, 2010) και η διευθέτηση των εμποδίων για την εφαρμογή του που σχετίζονται με την αξιολόγηση της φύσης των αποδεικτικών στοιχείων για διαφορετικές προσεγγίσεις για την πρόληψη, τη διαθεσιμότητα των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, καθώς και τους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των τεκμηριωμένων πολιτικών και προγραμμάτων, όπως είναι οι πολιτιστικές αξίες, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και τα ρυθμιστικά συστήματα που αφορούν τον τρόπο ζωής, τη σεξουαλική διαφορετικότητα και τη χρήση ναρκωτικών.

Αυτό που επίσης χρειάζεται περισσότερο είναι μια επέκταση των θεωριών που καθοδηγούν τη συμπεριφορά πρόληψης, μακριά από την τρέχουσα κυριαρχία της ως επί το πλείστον σε ατομικό επίπεδο θεωριών των κινήτρων και των δεξιοτήτων και προς τις θεωρίες που αφορούν πολλά επίπεδα της επιρροής της συμπεριφοράς, μεταξύ άλλων και από διαρθρωτικούς παράγοντες (Albarracin et. al., 2010).

Σύμφωνα με την έρευνα του Remafedi (1988), μια προληπτική προσπάθεια κατά του ιού HIV θα πρέπει να χρησιμοποιήσει πολλές προσεγγίσεις τόσο μέσα όσο και έξω από την σχολική αίθουσα. Η ενημέρωση για το AIDS είναι πιθανό να επηρεάσει την αλλαγή της συμπεριφοράς όταν συνοδεύεται από άλλα προγράμματα ενίσχυσης της κοινωνικής στήριξης, της αυτοεκτίμησης και της θετικής ταυτότητας. Συνολικά, η ικανότητα της κοινωνίας να αντιμετωπίσει πολύπλοκα κοινωνικά θέματα, θα καθορίσει την ικανότητά μας να ελέγξουμε το AIDS.

Η εκπαίδευση των νέων παραμένει μια δημοφιλής στρατηγική για την προαγωγή της υγείας και της πρόληψης, αλλά η απόδειξη της αποτελεσματικότητάς της είναι ακόμη περιορισμένη. Η έρευνα της Tolli (2012), παρουσιάζει μια συστηματική

ανασκόπηση από παρεμβάσεις εκπαίδευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, που είχαν δημοσιευθεί μεταξύ Ιανουαρίου 1999 και Μαΐου 2010. Ο στόχος της αναθεώρησης είναι να προσδιορίσει την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε νέους για την πρόληψη από τον ιό (HIV), την πρόληψη της εφηβικής εγκυμοσύνης και την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας των νέων. Σαν συμπέρασμα, συνολικά δεν υπάρχει καμία σαφής ένδειξη για την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης σε νέους σχετικά με την πρόληψη του HIV και τη προαγωγή της σεξουαλικής υγείας για τους νέους στις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να προσδιορίσει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος αγωγής υγείας.

### **Η περίπτωση της Ελλάδας**

Σκοπός της έρευνας-δράσης (action research) των Κωνσταντινίδη, Τσελέπη, Φραντζεσκάκη, Κασσινά, Χιρχαντερή, Τσιλαφάκη, και Αγραφιώτης (1997), ήταν η ανάπτυξη μεθόδων Αγωγής Υγείας για το AIDS που στηρίζεται σε τεχνικές συμμετοχής και ενεργοποίησης των μαθητών και αμοιβαίας ομοταγούς επιλογής (peer education) καθώς και η αποτίμησή τους. Η προσπάθεια ξεκίνησε το 1992 στα πλαίσια μιας συνεχιζόμενης παρέμβασης του Τομέα Κοινωνιολογίας της Ε.Σ.Δ.Υ. στα σχολεία και συμμετείχαν 20 μαθητές της Γ' Λυκείου των Βριλησίων και 5 καθηγητές. Βασική ιδέα της προσπάθειας ήταν ότι το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για το AIDS λειτουργεί με καλύτερο τρόπο όταν η ενδιαφερόμενη ομάδα εμπλέκεται στο σχεδιασμό και την υλοποίησή του.

Η εμπειρία έδειξε, ότι προβλήματα ή αντιθέσεις είναι δυνατόν να προκύψουν από παρόμοιες ερευνητικές προσπάθειες καθώς και ζητήματα ευρύτερης μορφής συγκρούσεων που σχετίζονται με προσωπικές, ιδεολογικές διαφορές, διαφορές μεταξύ καθηγητών και μαθητών ή ακόμη και διαφορές γενεών σε επίπεδο αντίληψης-πρόσληψης ευαίσθητων θεμάτων. Παρ' όλα αυτά φάνηκε ότι τέτοιου είδους πειραματικές παρεμβάσεις κρίνονται απαραίτητες για να συγκεντρωθεί εμπειρία και να διαμορφωθεί ένα φάσμα μεθοδολογικών, προτύπων τεχνικών ικανών να στηρίξουν προγράμματα Αγωγής Υγείας σε μαθητές για το AIDS.

Η έρευνα των Merakou, Costopoulos, Marcopoulou και Kourea-Kremastinou, (2002), αναφέρει προσπάθειες για τον καθορισμό των αποτελεσμάτων της πολιτικής αντιμετώπισης του HIV/AIDS σε νέους, 15 χρόνια μετά την πρώτη περίπτωση HIV/AIDS στην Ελλάδα, μέσω της μελέτης του πρόσφατου επιπέδου γνώσης, στάσεων, συμπεριφοράς και πρακτικών των μαθητών Λυκείου απέναντι στον ιό HIV/AIDS.

Το 1997 συγκεντρώθηκαν ερωτηματολόγια από 702 μαθητές από 13 Τεχνικά Λύκεια της Αθήνας και αναλύθηκαν. Το 72% των ερωτήσεων που αφορούσαν την γνώση απαντήθηκαν σωστά. Το 43.15% των συμμετεχόντων θεωρούσαν ότι η γνώση τους για το HIV/AIDS ήταν επαρκής. Θεωρούσαν το HIV/AIDS ως μεγάλη απειλή για την κοινωνία (89.65%) και θα ντρεπόντουσαν αν ήταν οροθετικοί (31.75%), εντούτοις, θα έδειχναν συμπόνια σε οροθετικά άτομα. Ένας στους τρεις ανησυχούσε μήπως έχει μολυνθεί από τον ιό, εξαιτίας της επικίνδυνης συμπεριφοράς του στο παρελθόν, ειδικά τα αγόρια. Η μεγάλη αλλαγή στην συμπεριφορά τους ήταν η χρήση προφυλακτικού (80%) για τα αγόρια και (56%) για τα κορίτσια. Το 64% των κοριτσιών δεν είχαν ερωτικές σχέσεις ενώ, το 41% των αγοριών είχαν ερωτικές σχέσεις με τυχαίους συντρόφους.

Μετά από 15 χρόνια δραστηριοτήτων αντιμετώπισης ανάμεσα σε νέους ανθρώπους, οι μαθητές έχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο γνώσης και έχουν υιοθετήσει σχετικά ασφαλή συμπεριφορά. Εντούτοις, τα αγόρια, νεότεροι μαθητές, μαθητές με μια υψηλή αίσθηση θρησκευτικότητας και μαθητές με εξαιρετικά καλούς αλλά χαμηλούς βαθμούς χρειάζονται πιο έντονη και συστηματική πληροφόρηση μέσω των σωστών παρεμβάσεων.

Η έρευνα των Merakou και Kourea-Kremastinou (2006), είχε ως σκοπό τη δοκιμή της αποτελεσματικότητας μιας πρωτοποριακής μεθόδου εκπαιδευτικής επιμόρφωσης για την πρόληψη του ιού HIV στο πλαίσιο του σχολείου μέσω μιας πιλοτικής παρέμβασης.

Μια εκπαιδευτική παρέμβαση επιμόρφωσης πραγματοποιήθηκε σε 10 γυμνάσια και λύκεια της Αθήνας σε μια περίοδο 1 έτους. Μια ομάδα των 702 μαθητών ρωτήθηκαν από 13 γυμνάσια με ανώνυμα ερωτηματολόγια με βάση το μοντέλο KABPs, με παρέμβαση πριν και μετά.

Σε σύγκριση με τους μαθητές της ομάδας ελέγχου, οι μαθητές της παρέμβασης εμφάνισαν μια μικρή χειραφέτηση: α) να αυξήσουν την προσωπική τους υπευθυνότητα

και β) να υιοθετήσουν μια ασφαλέστερη συμπεριφορά σχετικά με την σεξουαλική πράξη. Η γνώση δεν εμφάνισε καμία σημαντική μεταβολή μεταξύ των δύο ομάδων. Ωστόσο, οι διακρίσεις για ορισμένες ομάδες ανθρώπων, η στάση για τα προφυλακτικά και η έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων δεν φαίνεται να επηρεάστηκαν.

Η προσέγγιση της εκπαιδευτικής επιμόρφωσης μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά των νέων όσον αφορά την προσωπική τους προστασία από τον ιό HIV. Προκειμένου να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα της προσέγγισης, η εκπαιδευτική επιμόρφωση θα πρέπει να αξιολογηθεί περαιτέρω ως μέθοδος διαπαιδαγώγησης σε θέματα υγείας στην πρόληψη του HIV σε γυμνάσια και λύκεια, σε άλλα πλαίσια και παρεμβάσεις για τη νεολαία της κοινότητας, όπου στόχος είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς.

### **Περιπτώσεις άλλων χωρών**

Τα προγράμματα στο σχολείο προορίζονται για την προώθηση της υγείας των μαθητών και την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους ώστε να μπορούν να υιοθετήσουν συμπεριφορές ευνοϊκές για την υγεία τους. Με το ευρωπαϊκό σχέδιο FP6 Biohead-Citizen (2004-2007), αναλύθηκαν οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την αγωγή υγείας στη Γαλλία, το Λίβανο, το Μαρόκο και την Τυνησία, σε σχέση με το βιοϊατρικό μοντέλο και το κοινωνικό μοντέλο της υγείας.

Οι τέσσερις αυτές χώρες επελέγησαν επειδή τα σχολικά τους προγράμματα αντιπροσώπευαν διαφορετικά μοντέλα της αγωγής υγείας. Το Λίβανο και η Τυνησία υιοθετούν σε θέματα αγωγής υγείας το βιοϊατρικό μοντέλο. Στο Μαρόκο, το πρόγραμμα σπουδών επίσης κατά κύριο λόγο βασίζονταν στο βιοϊατρικό. Στη Γαλλία, το αναλυτικό πρόγραμμα εκπαίδευσης σε θέματα υγείας δήλωνε μια προσέγγιση με βάση το μοντέλο της προαγωγής της υγείας. Η μελέτη των Caussidier et. al., (2011) βασίζεται στην πολυμεταβλητή στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από 2.537 εν υπηρεσία και προ-υπηρεσία εκπαιδευτικούς. Η ανάλυση έδειξε, ότι οι αντιλήψεις των δασκάλων σχετικά με την εκπαίδευση για την υγεία δεν ήταν δομημένες και σχετίζονταν με ένα συγκεκριμένο μοντέλο. Διαπιστώθηκε επίσης ότι η κυρίαρχοι παράγοντες επιρροής για τις επιλογές που εκφράζονται όσον αφορά την εκπαίδευση σε θέματα υγείας ήταν, ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικές και

πολιτιστικές μεταβλητές, η θρησκεία, η πατρίδα, και σε μικρότερο βαθμό, το επίπεδο εκπαίδευσης. Έτσι, οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών δεν είχαν ενταχθεί στις συνολικές προσεγγίσεις, αλλά σχετίζονται με τα ατομικά χαρακτηριστικά. Κατά συνέπεια η εφαρμογή της αγωγής υγείας θα απαιτούσε λεπτομερή κατάρτιση των εκπαιδευτικών και θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται ρητά υπόψη οι αντιλήψεις και οι αξίες τους.

Οι Bonell et. al., (2011), μελέτησαν τον τρόπο με τον οποίο η πολιτική εκπαίδευση μπορεί να επηρεάσει την υγεία των νέων. Χρησιμοποιήθηκαν ποιοτικές μελέτες σε επτά Αγγλικά σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με συνέντευξη 103 μαθητών και 39 εκπαιδευτικών.

Η «γονική επιλογή» συσχετίστηκε με τις ομάδες φιλίας των μαθητών προς τη μετάβαση στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, την μειωμένη κοινωνική υποστήριξη και τα συναισθηματικά προβλήματα. Η «επιλογή» σήμαινε ότι κάποια σχολεία είχαν θεωρηθεί ως «χωματερές» για κοινωνικά μειονεκτούντες σπουδαστές, δημιουργώντας δυνητικά βίαιο περιβάλλον, όπου οι μαθητές υιοθετούσαν επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως η χρήση ουσιών για να διευκολυνθούν οι προστατευτικοί δεσμοί με τους συνομηλίκους.

Τα σχολεία επικεντρώνονταν έντονα στην ακαδημαϊκή επίτευξη, αντανakλώντας εξωτερικές πιέσεις από την επιθεώρηση του σχολείου και τις επιδόσεις στα πρωταθλήματα. Ορισμένα σχολεία επεδίωκαν να βελτιώσουν τη θέση τους στον πίνακα του πρωταθλήματος στοχεύοντας στους πόρους ως κλειδί για τους «περιθωριακούς» μαθητές περνώντας πέντε εξετάσεις. Οι λιγότερο καλοί μαθητές συνήθως είχαν απεμπλακεί, συμμετέχοντας σε διάφορες επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές, ως εναλλακτική λύση ένδειξης της κατάστασης τους. Αυτό το περιβάλλον με επίκεντρο τις εξετάσεις, προκάλεσε ανησυχία μεταξύ των μαθητών τόσο των υψηλών όσο και χαμηλών επιδόσεων, με αποτέλεσμα κάποιοι να χρησιμοποιούν κάποιες ουσίες ως αυτό-θεραπεία. Τα σχολεία επίσης δεν έδωσαν προτεραιότητα στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας και τον αθλητισμό, υπό αυτό το πλαίσιο του ανταγωνισμού.

Η έρευνα των Rowling et. al., (2006), προσδιορίζει τη στενή ερμηνεία των υπαρχόντων στοιχείων για τα σχολεία που προάγουν την υγεία και συζητά για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες και οι φορείς χάραξης πολιτικής κατά την επανεξέταση των στοιχείων.



Τα ζητήματα αυτά περιλαμβάνουν τις διάφορες προοπτικές για το τι είναι τα «ποιοτικά» στοιχεία και το πώς θα εξασφαλιστούν διεπιστημονικά στοιχεία για την ενημέρωση στην πράξη. Αναπτύχθηκε ένα εργαλείο συλλογής δεδομένων για να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων και τον σχεδιασμό ενός προγράμματος προαγωγής της υγείας σε σχολεία. Μια περιγραφή των στοιχείων του εργαλείου και δύο μελέτες περιπτώσεων, αποτελούν παραδείγματα του πώς η έρευνα δύο διαφορετικών επιστημονικών κλάδων μπορεί να ενσωματωθεί στο σχεδιασμό.

Οι ερευνητές για την αγωγή υγείας ανέκαθεν ασχολούνταν με την απόκτηση στοιχείων για να παρέχουν αποδείξεις σχετικά με τον αντίκτυπο που θα έχει μια παρέμβαση στην υγεία. Αυτό όμως είναι μια προβληματική οπτική, καθώς βασίζεται στο συμπέρασμα ότι η χορήγηση μιας παρέμβασης είναι πιθανή και επιθυμητή (Stewart-Brown, 2001). Η προαγωγή της υγείας δεν αποτελεί μια δεδομένη παρέμβαση, ένα έργο με ευθεία πορεία με αρχή και τέλος. Παρόλο που η πρακτική της προαγωγής υγείας έχει αλλάξει τις δύο τελευταίες δεκαετίες, δεν έχει υπάρξει αντίστοιχη ανάπτυξη στον σχεδιασμό της έρευνας και τις μεθόδους αξιολόγησης, για να ακολουθήσουν αυτή την αλλαγή, μια αλλαγή που αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και επομένως την πολύπλευρη στρατηγική δράση που είναι απαραίτητη.

Υπάρχουν πολλές ηλεκτρονικές πηγές συστηματικών αξιολογήσεων των στοιχείων (π.χ. Cochrane Health promotion and public health [www.vichealth.vic.gov.au/cochrane](http://www.vichealth.vic.gov.au/cochrane), Campbell [www.campbell.gse.upenn.edu](http://www.campbell.gse.upenn.edu), Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre, [www.eppi.ioe.ac.uk](http://www.eppi.ioe.ac.uk)).

### **Πηγές πληροφόρησης των νέων**

Μέχρι σήμερα, η εστίαση της έρευνας για την σεξουαλική αγωγή, έχει την τάση να σχετίζεται με την επίδραση της εκπαίδευσης στα αποτελέσματα της συμπεριφοράς. Υπάρχουν λίγα στοιχεία σχετικά με τις ανάγκες των νέων και το πόσο καλά πληρούνται. Στην έρευνα των Mcdowall et. al., (2006), αναφέρεται η κύρια πηγή πληροφόρησης σχετικά με σεξουαλικά θέματα, η επάρκεια των γνώσεων, οι νέες ανάγκες η και προτιμώμενη πηγή πρόσθετων πληροφοριών, χρησιμοποιώντας δεδομένα από μια δειγματοληπτική έρευνα ατόμων ηλικίας 16 έως 44 ετών στη Βρετανία (Natsal,

2000). Ένα σύνολο 11.161 συμμετεχόντων (4.762 άνδρες και 6.399 γυναίκες) ερωτήθηκαν. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 65,4%. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, παρά την υποτιθέμενη κοσμικότητα και την εκλέπτυνση των νέων σχετικά με σεξουαλικά θέματα, υπάρχει μια μεγάλη αυτό-αντιλαμβανόμενη άγνοια μεταξύ τους. Οι γονείς και τα σχολεία είναι η προτιμώμενη πηγή για περαιτέρω πληροφορίες.

Η ανάλυσή των δεδομένων από τις έρευνες Natsal 2000 (Wellings et. al., 2001) και Natsal 1990 (Wellings et. al., 1995) έδειξαν μια ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της λήψης της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από το σχολείο και τη μείωση των κινδύνων που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά τη χρονική στιγμή της πρώτης επαφής και τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων. Μια πρόσφατη ανασκόπηση των ερευνών κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι υπάρχουν πλέον επαρκή αποδεικτικά στοιχεία για να συμπεράνουμε ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο σχολείο μπορεί να είναι αποτελεσματική για την μείωση των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών και δεν συνδέεται με την αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα (Ellis & Grey, 2004). Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η σεξουαλική αγωγή είναι πιο πιθανό να είναι αποτελεσματική αν στοχεύει και προσαρμόζεται και ανταποκρίνεται σε ό, τι σκέφτονται οι νέοι, πιστεύουν και χρειάζονται (Ellis & Grey, 2004).

Ωστόσο, κατά περίεργο τρόπο, δεν υπάρχει αρκετή γνώση σχετικά με την εμπειρία ενημέρωσης των νέων για σεξουαλικά θέματα και υπάρχουν λίγα στοιχεία σχετικά με τις αυτο-αντίλαμβανόμενες ανάγκες των νέων άτομα σε σχέση με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, το πόσο καλά πληρούνται, και πώς θα μπορούσε η παροχή της να βελτιωθεί. Έχουμε ήδη αναφερθεί σχετικά με το τι ήταν η κύρια πηγή πληροφοριών σχετικά με σεξουαλικά θέματα, όταν οι άνθρωποι μεγαλώνουν (Wellings et. al., 2001). Στην έρευνα των Mcdowall et. al., (2006), παρατείνεται η ανάλυση και παρουσιάζονται νέα στοιχεία σχετικά με την επάρκεια της γνώσης, τις νέες ανάγκες και πώς θα μπορούσαν να καλυφθούν χρησιμοποιώντας δεδομένα από ένα μεγάλο δείγμα της έρευνας Natsal (2000).

Μια σύγκριση μεταξύ των ηλικιακών ομάδων δείχνει σημαντικές αλλαγές στην κύρια πηγή σεξουαλικής ενημέρωσης με την πάροδο του χρόνου. Το ποσοστό 39% των ανδρών των ηλικίας 16-19 ετών, ανέφεραν τα σχολικά μαθήματα ως την κύρια πηγή τους, ενώ ήταν διπλάσιο σε σχέση με αυτό μεταξύ των ατόμων (17,3%) ηλικίας 30-44 ετών. Υπήρξε μια ταυτόχρονη μείωση του ποσοστού των ανδρών που αναφέρουν τους

φίλους τους και τον πρώτο τους σεξουαλικό σύντροφο ως κύρια πηγή πληροφόρησής τους, αν και το 30% των ανδρών ηλικίας 16-19 ετών έλαβε σεξουαλική ενημέρωση κατά κύριο λόγο από τους φίλους. Παρά τη σημαντική αύξηση με την νεότερη ηλικία, οι γονείς είχαν αναφερθεί ως κύρια πηγή των πληροφοριών, μόνο από το 8% των ανδρών ηλικίας 16-19 ετών, το οποίο είναι μόνο ελαφρώς χαμηλότερο από το ποσοστό που ανέφερε τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ως κύρια πηγή τους. Σχεδόν κανένας από τους άνδρες στο δείγμα δεν αναγνώρισε την κύρια πηγή πληροφόρησης ως κλινική ή ιατρική. Μεταξύ των γυναικών, σημαντικές αυξήσεις στα ποσοστά αναφοράς των γονέων ή των μέσων μαζικής ενημέρωσης ως κύρια πηγή της ενημέρωσής τους σχετικά με θέματα σεξουαλικής φύσης, παρατηρήθηκαν στη νεότερη ηλικία.

Η πλειοψηφία των ανδρών και των γυναικών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες θεώρησε ότι θα έπρεπε να έχουν περισσότερες γνώσεις όταν αισθάνθηκαν έτοιμοι να έχουν κάποια σεξουαλική εμπειρία. Υπήρξε μια μικρή αλλά σημαντική διαφορά στην επάρκεια των γνώσεων κατά τη σύγκριση έγκυρων πηγών (σχολείο και οι γονείς) με τις άλλες πηγές (αδέρφια, συνομήλικοι, σεξουαλικός σύντροφος, μέσα ενημέρωσης).

Μεταξύ των συμμετεχόντων ηλικίας 16 έως 29 ετών, οι οποίοι αισθάνονταν να μην διαθέτουν γνώση για σεξουαλικά θέματα κατά τη στιγμή που αρχικά αισθάνθηκαν έτοιμοι να έχουν κάποια σεξουαλική εμπειρία, τα ψυχοσεξουαλικά θέματα αναφέρθηκαν πιο συχνά ως θέμα για το οποίο ήταν απαραίτητη η παροχή συμπληρωματικών πληροφοριών και ακολουθούσε το θέμα των κινδύνων για την υγεία από την σεξουαλική συμπεριφορά και των τρόπων προστασίας από αυτούς.

Τα ειδικά θέματα τα οποία ανέφεραν τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες ότι θα επιθυμούσαν να γνωρίζουν καλύτερα ήταν οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, τα σεξουαλικά αισθήματα, τα συναισθήματα και τις σχέσεις, τον έλεγχο και την αντισύλληψη.

Οι γονείς και το σχολείο ήταν οι δύο προτιμώμενες πηγές πρόσθετων πληροφοριών μεταξύ των ανδρών και γυναικών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Αν και οι γονείς ήταν η κύρια πηγή πληροφοριών για μόνο 1 στους 12 άνδρες, ηλικίας 16 έως 19 ετών, ήταν η προτιμώμενη πηγή για πρόσθετες πληροφορίες για 1 στους 3. Το ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν το σχολείο ως προτιμώμενη πηγή τους, αυξανόταν σημαντικά κατά την μικρότερη ηλικία, ενώ το αντίστροφο ισχύει σύμφωνα με τους γονείς. Η γονική σεξουαλική διαπαιδαγώγηση φαίνεται να σχετίζεται έντονα με το

φύλο. Το ποσοστό που έλαβε τις περισσότερες συμβουλές του για θέματα σεξουαλικής φύσης από έναν γονέα είναι υψηλότερος για τις γυναίκες από τους άνδρες και αυξάνεται. Παρά τη διάδοση της κάλυψης των σεξουαλικών θεμάτων από τα μέσα ενημέρωσης, μόνο μια μικρή μειοψηφία των ανδρών και των γυναικών λαμβάνουν την μεγαλύτερη πληροφόρησή τους από αυτή την πηγή.

Η έρευνα των Reeves et. al., (2006), ερεύνησε τις αντιλήψεις των νέων για τη σεξουαλική εκπαίδευση και τις υπηρεσίες σεξουαλικής υγείας που έχουν στη διάθεσή τους και υπογράμμισε την ανάγκη συνεννόησης με τους νέους σχετικά με την ανάπτυξη των υπηρεσιών σεξουαλικής υγείας και εκπαίδευσης που στοχεύει στην αντιμετώπιση των αναγκών τους.

Ωστόσο, οι έρευνες δεν έχουν βρει με συνέπεια ότι η εκπαίδευση μπορεί να προβλέπει την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Για παράδειγμα, οι Grunseit et. al., (1997), διαπίστωσαν ότι ούτε η παροχή εκπαίδευσης σχετικά με την αντισύλληψη, ούτε η βελτίωση των υπηρεσιών έχει μια συνεπή επίδραση στην ανάληψη επικίνδυνης συμπεριφοράς από τους εφήβους.

Προκειμένου να επηρεάσει το γεγονός της υιοθέτησης επικίνδυνης συμπεριφοράς, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα πλαίσια του σχολείου, μπορεί να χρειαστεί να επικεντρωθεί σε συγκεκριμένα θέματα παρά να παρέχει μια ευρεία επισκόπηση των θεμάτων σεξουαλικής υγείας. Οι Butler και Solomon (2002), διαπίστωσαν ότι τα σχολεία περιορίζονται στην παροχή γενικών πληροφοριών και συμβουλών, ενώ τα ιατρικά κέντρα παρέχουν πρακτικές οδηγίες για τα άτομα. Ωστόσο, οι Graham et. al., (2004), παρατήρησαν στη μελέτη τους ότι, οι μαθητές ανέφεραν το σχολείο ως την κύρια πηγή πληροφόρησής τους.

Μια σειρά από ανοιχτές ερωτήσεις επέτρεψαν στους ερωτώμενους να σχολιάσουν τις υπηρεσίες που είχαν συμβουλευτεί, την σεξουαλική αγωγή που είχαν λάβει και την σεξουαλική συμπεριφορά τους. Οι συμμετέχοντες υπογράμμισαν την ανάγκη για στοχευμένες πληροφορίες, με σκοπό την προειδοποίηση των νέων για τις μεθόδους που διατίθενται για την προστασία τους και για τους κινδύνους της υιοθέτησης ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς. Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι τα σχολεία είναι το κατάλληλο μέρος για να διδαχθεί η σεξουαλική αγωγή, παρόλο που οι ερωτηθέντες γενικά θεώρησαν ότι η σεξουαλική αγωγή ήταν περιορισμένη και διδάσκονταν πολύ αργά.

Τα ευρήματα της μελέτης των Reeves et. al., (2006), δείχνουν ότι οι νέοι είναι πιο πιθανό να αναζητούν συμβουλές και πληροφορίες από τους φίλους και την οικογένεια τους και όχι τους επαγγελματίες της υγείας. Κατά συνέπεια, μια υπηρεσία που δεν είναι μόνο φιλική και ενημερωτική για τους νέους, αλλά και να παρέχει πληροφορίες για την υποστήριξη των γονέων και των φίλων στον ανεπίσημο ρόλο τους ως σύμβουλοι θα ήταν απαραίτητη. Η εξάρτηση των νέων στην οικογένεια και τους συνομηλίκους τους για πληροφορίες και συμβουλές μπορεί να αντανakλά είτε τον προσωπικό χαρακτήρα των θεμάτων σεξουαλικής υγείας ή την ηλικία των ερωτηθέντων (περισσότεροι ήταν κάτω από την ηλικία συγκατάθεσης).

Για τους συμμετέχοντες που έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες σεξουαλικής υγείας, η εμπιστευτικότητα, η φιλική ατμόσφαιρα και η μη κοινοποίηση στους γονείς ήταν οι πιο σημαντικές πτυχές της παροχής υπηρεσιών. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν και άλλες εργασίες (Butler, & Solomon, 2002; Graham, Moore, Sharp, & Diamond, 2004; Clements, Ingham, Sadler, & Diamond, 1999; Free, 2005) οι οποίες τονίζουν επίσης τη σημασία της εμπιστευτικότητας.

Η έρευνα των Brown, Fritz και Barone (1989), μελέτησε τις γνώσεις μαθητών σχετικά με το AIDS, τις στάσεις και τις δεξιότητες τους πριν και μετά από ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα δύο συνεδριών. Ακολουθώντας οδηγίες, οι γνώσεις των μαθητών Γυμνασίου ενισχύθηκαν και ήταν λιγότερο επιρρεπείς σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Γενικά, η αλλαγή στη γνώση των μαθητών ήταν ανεξάρτητη της αλλαγής στις στάσεις τους σχετικά με τις επικίνδυνες συμπεριφορές ή τις στρατηγικές διαχείρισης.

### **Η χρήση του διαδικτύου ως μέσο ενημέρωσης**

Το 1988, τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών ανέπτυξαν και δημοσίευσαν οδηγίες για την χορήγηση σχολικών προγραμμάτων. Αυτά θα έπρεπε να είναι κατανοητά, κατάλληλα για την παιδική ηλικία, ευαίσθητα στα συγκεκριμένα φυλετικά και πολιτιστικά ιστορικά τους και να παρέχουν ευκαιρίες στους μαθητές να αναπτύξουν την αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας τους και την ευχέρεια στην λήψη αποφάσεων και τις δεξιότητες επικοινωνίας. Έτσι απαιτήθηκε η αγωγή για το AIDS, στα σχολεία.

Στην ετήσια αναθεώρηση το 2005, η UNAIDS ανέφερε ότι το στίγμα του AIDS και η επακόλουθη διάκριση έχουν αποδειχθεί ως τα πιο δύσκολα εμπόδια στην αποτελεσματική πρόληψη του ιού HIV.

Η έρευνα του Curtis (2006), επικεντρώθηκε στην στοχαστική σκέψη, μια κριτική άποψη στα προγράμματα αγωγής για το AIDS και εξέτασε τρόπους αλλά και τα χαρακτηριστικά μιας συζήτησης στο διαδίκτυο (on line). Η έρευνα λοιπόν δημιούργησε ένα πλαίσιο για την βελτίωση της στοχαστικής σκέψης σε μαθήματα αγωγής υγείας εξ'αποστάσεως.

Η έρευνα χρησιμοποίησε μια μέθοδο κωδικοποίησης, η οποία διαχωρίζει ένα γραπτό πρώτα σε κατηγορίες μη στοχαστικής σκέψης ή ένα πολλών ειδών στοχασμό.

- *Στοχασμός περιεχομένου*: στοχασμός για το τι πιστεύει κάποιος και εμπειρίες ή ενέργειες πάνω σε αυτό. Αυτό περιλαμβάνει όλα όσα γνωρίζουν και πιστεύουν οι φοιτητές.
- *Στοχασμός διαδικασίας*: στοχασμός στο πώς κάποιος οδηγείται στα πιστεύω του, τις εμπειρίες του ή τις ενέργειές του. Αυτό περιλαμβάνει την πηγή των απόψεων των φοιτητών.
- *Στοχασμός προϋπόθεσης*: στοχασμός για το γιατί κάποιος έχει συγκεκριμένες απόψεις, εμπειρίες ή πράξεις. Αυτό περιλαμβάνει την αμφισβήτηση της εγκυρότητας μια άποψης.

Η ποσότητα και η ποικιλία της στοχαστικής σκέψης που βρέθηκε στα «on line forum» ήταν εκπληκτική. Τυπικά, η κριτική σκέψη περιγράφεται ως μη συνηθισμένο και πολύτιμο κομμάτι της ενήλικης μάθησης. Οι συμμετέχοντες των συζητήσεων του διαδικτύου έχουν τη δυνατότητα να υπογραμμίζουν και να ξαναδιαβάζουν τα σχόλιά τους πριν τα στείλουν. Έτσι, τα σχόλια τους είναι πιο προσεκτικά κατασκευασμένα από ότι είναι συνήθως οι προφορικές λέξεις.

Η ικανότητα να έχει κάποιος άλλους να συμπληρώνουν μια δήλωση αλλά και να αναθεωρούν δηλώσεις που δεν είναι κατανοητές σωστά, βοηθά τους συμμετέχοντες να κατανοούν καλύτερα και να διοχετεύουν τα δικά τους νοήματα. Αυτός ο συνεχής ανασχηματισμός ιδεών στην προσπάθεια του να κατανοήσεις και να είσαι κατανοητός στους άλλους, είναι η καρδιά της κριτικής σκέψης στην μάθηση στο διαδίκτυο (on line).

Οι συζητήσεις στο διαδίκτυο, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για κριτική σκέψη στις πολιτικές, πρακτικές και τις μελλοντικές κατευθύνσεις της αγωγής και πρόληψης του AIDS.

Επίσης σύμφωνα με την έρευνα των Petri et. al., (2000), τα πλεονεκτήματα της Αγωγής Υγείας για το AIDS μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή μπορεί να είναι:

- Ένα καλά σχεδιασμένο πρόγραμμα επιτρέπει μια καλή παρουσίαση σημαντικών πληροφοριών σχετικά με συγκεκριμένα θέματα υγείας. Πολλοί εκπαιδευτές σχολείων δεν διαθέτουν την εκπαίδευση ή δεν αισθάνονται άνετα με την εκπαίδευση για το AIDS.
- Οι οδηγίες που παρέχονται από τον υπολογιστή επιτρέπουν σε κάθε μαθητή να εργάζεται με ατομικό ρυθμό και να επαναλαμβάνει μαθήματα αν χρειάζεται ή αν το επιθυμεί.
- Επίσης, η αυτόματη απάντηση κατηγοριοποίησης και η παροχή πληροφοριών, υπολογίζουν την ατομική πιθανότητα για έκθεση στον ιό. Κάθε απάντηση κατηγοριοποιείται ως υψηλού, μεσαίου ή χαμηλού κινδύνου. Οι χρήστες που αναγνωρίζονται ως «υψηλού κινδύνου μόλυνσης από τον ιό HIV» λαμβάνουν οδηγίες για εξέταση αίματος και αναζήτηση κάποιου συμβούλου.
- Οι μαθητές μπορούν να εκτυπώσουν μια λίστα εθνικών υπηρεσιών για εξετάσεις διάγνωσης, αγωγής της πρόληψης της ασθένειας, θεραπεία του AIDS, πρόληψη της σεξουαλικής παρενόχλησης και προβλημάτων εθισμού.

## **Θεωρητικά Μοντέλα για την ερμηνεία της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας**

### **Η κοινωνική Γνωστική Θεωρία του Bandura (Social Cognitive Theory)**

Η κοινωνική γνωστική θεωρία προσδιορίζει ένα σύνολο καθοριστικών παραγόντων, τον μηχανισμό μέσω του οποίου λειτουργούν και τους τρόπους μετάφρασης αυτής της γνώσης σε αποτελεσματικές πρακτικές υγείας. Οι κεντρικοί καθοριστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν α) *την γνώση των κινδύνων για την υγεία και τα οφέλη από διαφορετικές πρακτικές υγείας*, β) *την αντιλαμβανόμενη αυτο-αποτελεσματικότητα* ότι μπορεί κανείς να ασκήσει έλεγχο πάνω στις συνήθειές του σχετικά με την υγεία, γ) *τις προσδοκίες αποτελέσματος* σχετικά με τα αναμενόμενα οφέλη ή τις συνέπειες για διαφορετικές συνήθειες σχετικά με την υγεία, δ) *τους στόχους υγείας* που θέτουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους και τα συμπαγή σχέδια και στρατηγικές πραγματοποίησής τους, και ε) *τους αντιλαμβανόμενους διευκολυντικούς και κοινωνικούς και δομικούς ανασταλτικούς παράγοντες* στις αλλαγές που αναζητούν.

Η γνώση των κινδύνων και των πλεονεκτημάτων για την υγεία, δημιουργεί την αρχική συνθήκη για την αλλαγή. Εάν τα άτομα στερούνται της γνώσης, σχετικά με τον τρόπο που οι καθημερινές συνήθειες επηρεάζουν την υγεία, τότε διαθέτουν ελάχιστους λόγους να θέσουν τους εαυτούς τους στην δύσκολη διαδικασία αλλαγής των επιβλαβών συνηθειών που απολαμβάνουν. Όμως επιπλέον επιρροές του εαυτού είναι απαραίτητες για τα περισσότερα άτομα, ώστε να ξεπεράσουν τις αναστολές τους για την υιοθέτηση νέων συνηθειών και τη διατήρησή τους.

Η πίστη στην προσωπική αποτελεσματικότητα αποτελεί κεντρική θέση στην προσωπική αλλαγή. Αυτή η κεντρική πίστη αποτελεί το θεμέλιο της ανθρώπινης κινητοποίησης και δράσης. Εάν τα άτομα δεν πιστεύουν ότι μπορούν να παράγουν επιθυμητά αποτελέσματα με τις ενέργειές τους, τότε έχουν ελάχιστη παρόρμηση να ενεργήσουν ή να υπομένουν τις δυσκολίες. Οποιοδήποτε άλλοι παράγοντες εξυπηρετούν ως ενισχυτικοί ή παράγοντες κινητοποίησης, έχουν τις ρίζες τους στην θεμελιώδη πίστη ότι κάποιος διαθέτει την δύναμη να παράγει επιθυμητές αλλαγές με τις ενέργειές του.

Η συμπεριφορά για την υγεία επηρεάζεται επίσης από τα αποτελέσματα που αναμένουν τα άτομα να προκύψουν από τις ενέργειές τους. Οι προσδοκίες του



αποτελέσματος έχουν διάφορες μορφές. Τα σωματικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν τις απολαυστικές και δυσάρεστες επιδράσεις της συμπεριφοράς και τα ακόλουθα οφέλη ή τις απώλειες.

Η κοινωνική αποδοχή ή μη αποδοχή που προκαλεί μια συμπεριφορά σε μια διαπροσωπική σχέση αποτελεί την δεύτερη μεγαλύτερη ομάδα αποτελεσμάτων.

Η τρίτη ομάδα αποτελεσμάτων αφορά τις θετικές και αρνητικές αντιδράσεις αυτό-αξιολόγησης, σχετικά με την συμπεριφορά κάποιου και την κατάσταση της υγείας του. Τα άτομα υιοθετούν προσωπικά δεδομένα και ρυθμίζουν την συμπεριφορά τους με βάση τις προσωπικές τους αυτό-αξιολογήσεις. Κάνουν πράγματα που τους δίνουν προσωπική ικανοποίηση και προσωπική αυτό-αξία και τους συγκρατούν από συμπεριφορές που προκαλούν προσωπική δυσαρέσκεια. Οι προσωπικοί στόχοι, που βρίσκονται στις ρίζες του συστήματος αξιολόγησης, παρέχουν περαιτέρω προσωπικά κίνητρα και κατευθυντήριους παράγοντες για τις συνήθειες για την υγεία. Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι θέτουν την αρχή την προσωπικής αλλαγής. Οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι βοηθούν τα άτομα να κατατάσσουν προσπάθεια και να καθοδηγούν την δράση τους στο «εδώ και τώρα».

Η προσωπική αλλαγή θα ήταν εύκολη αν δεν υπήρχαν καθόλου ανασταλτικοί παράγοντες. Οι αντιλαμβανόμενοι διευκολυντικοί παράγοντες και τα εμπόδια αποτελούν ακόμα ένα καθοριστικό παράγοντα των συνηθειών για την υγεία. Διαμορφώνουν ένα ολοκληρωμένο μέρος της αξιολόγησης της αυτό-αποτελεσματικότητας. Η πίστη στην αυτό-αποτελεσματικότητα θα πρέπει να μετράται απέναντι στις διαβαθμίσεις των προκλήσεων για μια επιτυχημένη συμπεριφορά. Αν δεν υπάρχουν ανασταλτικοί παράγοντες, τότε η συμπεριφορά μπορεί πολύ εύκολα να αλλάξει και να εκτελεστεί και όλοι είναι αποτελεσματικοί.

### **Μοντέλο των Πεποιθήσεων για την Υγεία**

(*Health Belief Model*, Hochbaum 1958; Rosenstock, 1974)

Το Μοντέλο των Πεποιθήσεων για την Υγεία αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την πρόβλεψη συμπεριφορών σχετικών με την υγεία, το οποίο θεωρεί ότι η υιοθέτηση συγκεκριμένης συμπεριφοράς είναι συνάρτηση της προσδοκίας και της αξίας των συνεπειών που συνεπάγεται αυτή.

Οι συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία (health risk behaviours) 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. Το μοντέλο ανήκει στη γενική κατηγορία των θεωριών προσδοκίας-αξίας. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία 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 θεωρεί ότι είναι επιρρεπές σε μια συγκεκριμένη ασθένεια.*
- 2) Η υποκειμενική αίσθηση της σοβαρότητας από τις συνέπειες μιας ασθένειας στον τρόπο ζωής του ατόμου.*
- 3) Η υποκειμενική αίσθηση για τα οφέλη από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς με στόχο την υγεία.*
- 4) Οι ανασταλτικοί παράγοντες για την υιοθέτηση της συμπεριφοράς αποτροπής της απειλής π.χ. αρνητικές στάσεις προς το προφυλακτικό, συνέπειες της χρήσης για τη διαπροσωπική σχέση, αμηχανία και ντροπή κατά την αγορά.*
- 5) Εναύσματα δράσης όπως πρότερη ενημέρωση, για τα ΣΜΝ και το AIDS, γνώση οροθετικού στον ιό προσώπου και ύπαρξη προηγούμενης προσωπικής διάγνωσης για ΣΜΝ.*

Το μοντέλο θεωρεί ότι η επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στην προφύλαξη διαμεσολαβείται απολύτως από τις υποκειμενικές αντιλήψεις για την υγεία, οι οποίες κατά συνέπεια μπορούν να τροποποιηθούν προς την ορθή κατεύθυνση από την αγωγή υγείας.

Με την έλευση του HIV/AIDS, το Μοντέλο Πίστης για την Υγεία έχει χρησιμοποιηθεί για να επιτευχθεί μια καλύτερη κατανόηση της σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου (Rosenstock et. al., 1994). Οι συμμετέχοντες σε αυτές τις μελέτες, οι περισσότερες από τις οποίες διεξήχθησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες, είναι άτομα από τον γενικό πληθυσμό, ομοφυλόφιλοι άνδρες, έφηβοι και έγκυες γυναίκες. Επίσης τα πειραματικά σχέδια ποικίλλουν από διαχρονικές ως συγχρονικές και από αναδρομικές μελέτες σε μελέτες ανάλυσης προοπτικής.

Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όλων των μελετών που δημοσιεύθηκαν από το 1974-1984, οι συγγραφείς προσδιορίζουν, τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια ως την

σημαντικότερη μεταβλητή για την πρόβλεψη και την εξήγηση συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία (Janz, & Becker, 1984). Άλλες σημαντικές διαστάσεις του μοντέλου ήταν τα αντιληπτά οφέλη και η αντιλαμβανόμενη ευαλωτότητα, με την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα να αναγνωρίζεται ως η λιγότερο σημαντική μεταβλητή. Πιο πρόσφατα, όμως, οι ερευνητές προτείνουν ότι η αντίληψη ενός ατόμου για την ικανότητα του να εκτελέσει επιτυχώς μια στρατηγική για την «υγεία», όπως η συνεπής χρήση προφυλακτικού, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την απόφασή του/της και τη δυνατότητα να υιοθετήσει και να διατηρήσει μια αλλαγή συμπεριφοράς (Bandura, 1989).

Η μελέτη πολλών ερευνών σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση του ιού HIV, έχει ως βασικό σημείο αναφοράς τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των ατόμων σχετικά με την εκτίμηση κινδύνου αλλά και των τρωτότητα του Εαυτού. Η κοινωνική αναπαράσταση εμπεριέχει την έννοια του κινδύνου και της σωστής προφύλαξης όταν όμως μεταφράζεται σε συμπεριφορά, η σύγχυση που επικρατεί για τους τρόπους προφύλαξης δεν βοηθά στη σωστή αντιμετώπιση του AIDS.

Η αξία των θεωρητικών προσεγγίσεων στη μελέτη της σεξουαλικής συμπεριφοράς (ως μέσο της μετάδοσης του HIV) είναι ότι βοηθούν να κατανοήσουμε πώς λαμβάνονται οι αποφάσεις σχετικά με αυτή τη συμπεριφορά (Finnigan, 1995). Επιπλέον, πραγματοποιώντας έρευνα βασισμένη στη θεωρία μπορεί κανείς να *«...προσδιορίσει τις ψυχολογικές δομές που καθορίζουν τις προληπτικές συμπεριφορές των πληθυσμών – στόχων και που μπορούν να τροποποιηθούν με παρεμβάσεις για την προώθηση αυτών των προληπτικών συμπεριφορών»* (Fisher et. al., 1995). Προς αυτή την κατεύθυνση, τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα, όπως το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Rosenstock, 1974), η Θεωρία για τον Έλεγχο της Υγείας (Wallston et. al., 1978), και η αξία για την Υγεία (Lau et. al., 1986) έχουν εφαρμοστεί ευρέως για την κατανόηση των συμπεριφορών υγείας (Conner & Norman, 1966).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε (Κουλιεράκης, 2002), χρησιμοποιήθηκε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του ανδρικού πληθυσμού της μεγαλύτερης φυλακής στην Ελλάδα – της Δικαστικής Φυλακής Κορυδαλλού.

Η ανάλυση έδειξε, ότι η σεξουαλική συμπεριφορά πριν τη φυλακή, το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και η Θεωρία για τον Έλεγχο της Υγείας, ήταν οι σημαντικότερες μεταβλητές στην πρόβλεψη της πρόθεσης για τακτική χρήση

προφυλακτικού μετά την αποφυλάκιση. Συγκεκριμένα, οι κρατούμενοι που χρησιμοποιούσαν τακτικά προφυλακτικά πριν τη φυλάκιση, αισθάνονταν πιο ευάλωτοι στο AIDS, θεωρούσαν το AIDS πολύ σοβαρή αρρώστια, προσδοκούσαν περισσότερα οφέλη και λιγότερα εμπόδια από τη χρήση προφυλακτικού, πίστευαν ότι η υγεία ελέγχεται περισσότερο από τη συμπεριφορά τους και λιγότερο από την τύχη και τέλος ήταν πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν τακτικά προφυλακτικό όταν αποφυλακιστούν.

Η μελέτη έδειξε το ρόλο της προηγούμενης συμπεριφοράς στην πρόβλεψη της μελλοντικής συμπεριφοράς.

Γενικά, οι περιορισμοί του μοντέλου περιλαμβάνουν: α) οι περισσότερες έρευνες με βάση το μοντέλο Πίστης για την Υγεία μέχρι σήμερα έχουν χρησιμοποιήσει μόνο επιλεγμένους παράγοντες του μοντέλου, έτσι δεν έχουν εξετάσει την χρησιμότητα του μοντέλου στο σύνολό του, β) ως ψυχολογικό μοντέλο δεν λαμβάνει υπόψη άλλους παράγοντες, όπως το περιβάλλον ή οικονομικούς παράγοντες, που μπορούν να επηρεάσουν τις συμπεριφορές σε σχέση με την υγεία και γ) το μοντέλο δεν περιλαμβάνει την επίδραση των κοινωνικών προτύπων και επιρροές από συνομηλίκους σχετικά με τις αποφάσεις των ανθρώπων σε σχέση με τις συμπεριφορές υγείας.

### **Η θεωρία της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας (Protection motivation theory, Rogers, 1975)**

Σύμφωνα με την αρχική διατύπωση αυτής της θεωρίας, ένα μεταδιδόμενο μήνυμα που ανακινεί φόβο για κάποιο πρόβλημα υγείας και προκαλεί άγχος, νευρική ένταση, δυσφορία και τρόμο, οδηγεί σε μια διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης που αφορά: α) το επιζήμιο ή τη σοβαρότητα του επαπειλούμενου γεγονότος β) την πιθανότητα να επέλθει το γεγονός γ) την αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση της απειλής δ) τις προσδοκίες αυτο-αποτελεσματικότητας.

Όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με κάποιο φοβικό μήνυμα, ακολουθεί ορισμένες στρατηγικές λήψης αποφάσεων: τη στρατηγική της προφύλαξης (precaution) και τη στρατηγική της υπεράμυνας (hyperdefensiveness). Οι τρεις μεταβλητές (η υποκειμενική αντίληψη για την πιθανότητα να πραγματοποιηθεί η απειλή, η υποκειμενική αντίληψη για την αποτελεσματικότητα των συμπεριφορών αντιμετώπισης

της και η αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας) εμφανίζουν τότε σύνθετες αλληλεπιδράσεις.

Στην περίπτωση της στρατηγικής της προφύλαξης, εάν το επίπεδο κάποιας από τις τρεις μεταβλητές είναι χαμηλό, τότε η πρόθεση υιοθέτησης της προφυλακτικής συμπεριφοράς γίνεται ισχυρότερη όταν τα επίπεδα και των άλλων δύο μεταβλητών είναι υψηλά.

Στην περίπτωση της στρατηγικής της υπεράμυνας, εάν το επίπεδο μιας μόνο από τις τρεις μεταβλητές είναι υψηλό, τότε η πρόθεση υιοθέτησης της προληπτικής συμπεριφοράς γίνεται ισχυρότερη, όταν το επίπεδο μιας εκ των δύο άλλων μεταβλητών είναι υψηλό.

Η έρευνα των Floyd, Prentice-Dunn και Rogers (2000), αναφέρει την πρώτη μετα-ανάλυση της βιβλιογραφίας σχετικά με την Θεωρία των Κινήτρων Προστασίας (Rogers, 1975; 1983; Rogers & Prentice-Dunn, 1997), ένα μοντέλο της πρόληψης ασθενειών και προαγωγής υγείας, το οποίο έχει κινητοποιήσει την έρευνα εδώ και δύο δεκαετίες. Η αναθεώρηση της βιβλιογραφίας περιλάμβανε 65 σχετικές έρευνες που αντιπροσώπευαν πάνω από 20 θέματα υγείας. Γενικά, η αύξηση της έντασης της απειλής, της ευαλωτότητας στην απειλή, της αποτελεσματικότητας αντίδρασης και της αυτό-αποτελεσματικότητας προκάλεσε προθέσεις ή συμπεριφορές υιοθέτησης. Αντίθετα, η μείωση του οφέλους αλλά και του κόστους υιοθέτησης μιας αντίδρασης αύξησε τις προθέσεις ή συμπεριφορές υιοθέτησης.

Το ερώτημα αφορά το λόγο για τον οποίο κάποια άτομα λαμβάνουν προφυλάξεις και προληπτικά μέτρα και κάποια άλλα όχι. Ένα μεγάλο σύνολο ερευνών έχουν διεξαχθεί για να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι επιλέγουν να συμπεριφερθούν όταν αντιμετωπίσουν ποικίλες απειλές. Εκτός από την πρόληψη του καρκίνου, των καρδιακών παθήσεων και των τραυματισμών, η έρευνα των συμπεριφορών προστασίας έχει συμπεριλάβει τόσο αντίθετες περιοχές όπως η ασφάλεια φαγητού (Schafer, Schafer, Bultena & Hoiberg, 1993), οι ασφαλείς σεξουαλικές συμπεριφορές (Ahia, 1991), οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι (Vaughn, 1993) και η προστασία άλλων, όπως τα παιδιά (Campis, Prentice-Dunn & Lyman, 1989).

## **Η Θεωρία των Κινήτρων Προστασίας**

Ποικίλες θεωρίες επιχειρούν να εξηγήσουν τον τρόπο με τον οποίο ενεργοποιούνται και διατηρούνται οι συμπεριφορές προστασίας. Ο Weinstein (1993) αναθεώρησε τέσσερις από τις κύριες θεωρίες που περιγράφουν τις συμπεριφορές προστασίας της υγείας – το Μοντέλο πίστης στην υγεία, την θεωρία των κινήτρων προστασίας, την θεωρία της αιτιολογημένης δράσης και την θεωρία του υποκειμενικά αναμενόμενου οφέλους – βρίσκοντας περισσότερες ομοιότητες μεταξύ τους παρά διαφορές. Οι τέσσερις θεωρίες, μοιράζονται την ίδια ιδέα, ότι το κίνητρο προς την προστασία απορρέει από μια αντιληπτή απειλή και την επιθυμία αποφυγής ενός πιθανού αρνητικού αποτελέσματος. Οι θεωρίες έχουν ως κοινό και ένα συστατικό παράγοντα ανάλυσης κόστους – οφέλους κατά το οποίο τα άτομα αξιολογούν το κόστος λήψης μιας προληπτικής ενέργειας σε σχέση με τα αναμενόμενα οφέλη λήψης αυτής της ενέργειας.

Οι συγκεκριμένοι παράγοντες κλειδιά που ενσωματώνονται στις μεταβλητές κινδύνου και μη κινδύνου διαφέρουν για κάθε μοντέλο. Για παράδειγμα, η αποτελεσματικότητα αντίδρασης λήψης μιας προληπτικής ενέργειας θεωρείται ως σημαντική μεταβλητή στο Μοντέλο Πίστης στην Υγεία και την θεωρία των Κινήτρων Προστασίας. Εντούτοις, αυτό δεν ισχύει για τα άλλα δύο μοντέλα. Η αξιολόγηση του ατόμου για την αποτελεσματικότητα αντίδρασης δεν μπορεί να καθοριστεί άμεσα σύμφωνα με την θεωρία της αιτιολογημένης δράσης και την θεωρία του υποκειμενικά αναμενόμενου οφέλους.

Μια πρωταρχική διαφορά μεταξύ του Μοντέλου πίστης στην Υγεία και της Θεωρίας των Κινήτρων Προστασίας αφορά τον τρόπο με τον οποίο είναι οργανωμένες. Η Θεωρία των Κινήτρων Προστασίας οργανώνεται με βάση δύο διαδικασίες που επιχειρούν να συνταιριάξουν τις γνωστικές διαδικασίες που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για την αξιολόγηση των απειλών (διαδικασία εκτίμησης απειλής) και την επιλογή μεταξύ εναλλακτικών (διαδικασία εκτίμησης χειρισμού). Η Θεωρία των Κινήτρων Προστασίας είναι το μόνο από τα τέσσερα μοντέλα που αναθεωρήθηκε από τον Weinstein (1993) που περιλαμβάνει την αυτό-αποτελεσματικότητα ως ξεχωριστό συστατικό. Η έρευνα σχετικά με τις απόψεις αυτό-αποτελεσματικότητας έχει οδηγήσει σε στοιχεία, ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα επιρροής στις γνωστικές διαδικασίες και διαδικασίες κινήτρου (Bandura, 1992). Ο

Schwarzer (1992), αναφέρει ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτελεί σημαντικό συστατικό παράγοντα κάθε θεωρίας συμπεριφοράς για την υγεία.

### **Δομή της Θεωρίας των Κινήτρων Προστασίας**

Η θεωρία των κινήτρων προστασίας αναπτύχθηκε αρχικά για να εξηγήσει την επίδραση των επικλήσεων φόβου στις στάσεις και τις συμπεριφορές για την υγεία (Rogers, 1975). Μια μετα-ανάλυση (Sutton, 1982) που διεξήχθη σε έρευνες για την επικοινωνία επίκλησης φόβου που διεξήχθησαν μεταξύ του 1953 και του 1980, έδειξαν ότι οι αυξήσεις στο αντιλαμβανόμενο επίπεδο φόβου οδηγούσαν σε αυξήσεις στην αποδοχή της προτεινόμενης συμπεριφοράς προσαρμογής ή πρόθεσης. Επίσης, αυξήσεις στην αποτελεσματικότητα της αντιλαμβανόμενης αντίδρασης αύξαναν τις προθέσεις για επιλογή της αντίδρασης προσαρμογής.

Η θεωρία των κινήτρων προστασίας αναπτύχθηκε με βάση την θεωρία προσδοκίας – αξίας (Rogers, 1975) και αναθεωρήθηκε για να συμπεριλάβει και συστατικά της αυτό-αποτελεσματικότητας (Maddux & Rogers, 1983; Rogers, 1983). Οι προσθήκες στο μοντέλο περιλαμβάνουν περιβαλλοντικές πηγές πληροφόρησης και διαπροσωπικές πηγές.

Η θεωρία των κινήτρων προστασίας οργανώνεται γύρω από δύο γνωστικές διαδικασίες: την διαδικασία εκτίμησης απειλής και την διαδικασία εκτίμησης χειρισμού.

Η εκτίμηση της απειλής και οι παράγοντες χειρισμού συνδυάζονται για να διαμορφώσουν την μεταβλητή μεσολάβησης, το κίνητρο προστασίας. Η διαδικασία εκτίμησης της απειλής ενεργοποιείται πρώτη, καθώς μια απειλή πρέπει να γίνει αντιληπτή ή να αναγνωριστεί πριν υπάρξει μια αξιολόγηση των εναλλακτικών διαχείρισης της.

Η εκτίμηση της απειλής αξιολογεί την δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά. Οι παράγοντες που αποτελούν την διαδικασία εκτίμησης της απειλής αποτελούν επιβραβεύσεις από την συμπεριφορά αυτή και την αντίληψη της απειλής (σοβαρότητα και ευαλωτότητα). Οι επιβραβεύσεις θα αυξήσουν την πιθανότητα επιλογής της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς (να μην προστατευτεί ο εαυτός ή οι άλλοι), ενώ η απειλή θα μειώσει την πιθανότητα επιλογής αυτής της συμπεριφοράς. Η διαδικασία

εκτίμησης του χειρισμού αξιολογεί την ικανότητα να χειριστούμε και να αποτρέψουμε τον κίνδυνο. Οι παράγοντες που αποτελούν αυτή την διαδικασία είναι οι μεταβλητές της αποτελεσματικότητας (αποτελεσματικότητα αντίδρασης και αυτό-αποτελεσματικότητα) και το κόστος της αντίδρασης.

Η αποτελεσματικότητα της αντίδρασης, είναι η άποψη ότι η προσαρμοστική αντίδραση θα λειτουργήσει, ότι η λήψη της προστατευτικής ενέργειας θα είναι αποτελεσματική για την προστασία του εαυτού μας και των άλλων. Η αυτό-αποτελεσματικότητα είναι η αντιλαμβανόμενη ικανότητα ενός ατόμου να διεξάγει την αντίδραση προστασίας.

Το αποτέλεσμα αυτών των διαδικασιών εκτίμησης είναι η απόφαση (ή πρόθεση) να αρχίσουμε, να συνεχίσουμε ή να απαγορέψουμε την εφαρμογή των αντιδράσεων προστασίας. Έτσι, οι τυπικές εξαρτημένες μεταβλητές στην έρευνα της θεωρίας των κινήτρων προστασίας είναι μετρήσεις των προθέσεων συμπεριφοράς (Rogers & Prentice-Dunn, 1997).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η θεωρία των κινήτρων προστασίας δεν υποθέτει ότι το άτομο που λαμβάνει την απόφαση είναι λογικό. Η έρευνα έχει δείξει ότι συχνά τα άτομα απρόσεκτα αλλάζουν το νόημα των πληροφοριών και αποτυγχάνουν να σκεφτούν όλες τις πιθανές ερμηνείες. Υπάρχουν ποικίλες άλλες προκαταλήψεις στην ανθρώπινη σκέψη και πολλές θεωρίες που τις εξερευνούν (π.χ. prospect theory, cognitive - experiential self-theory).

Με βάση μόνο ένα παράγοντα της θεωρίας των κινήτρων προστασίας, την ευαισθησία, πολλοί άλλοι παράγοντες παρεμποδίζουν τους ανθρώπους να εκτιμήσουν σωστά τις πιθανότητες ενός αποτελέσματος. Παρόλο που αυτές οι σχετικά παράλογες αυτόματες διαδικασίες θα αποτρέψουν μια φιλαληθή αντιστοίχιση των αντικειμενικών πληροφοριών, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η τελική απειλή και οι αξιολογήσεις χειρισμού θα τις αντανάκλασουν και έτσι θα αντιδράσουν μέσω των μετρήσεων προθέσεων και συμπεριφοράς. Η μετα-ανάλυση έδειξε ότι αυτά τα λογικά συστατικά στοιχεία είχαν σημαντική επίδραση στις προθέσεις και την συμπεριφορά.

Το στάδιο της αλλαγής στην συμπεριφορά, φαίνεται ως ένας σημαντικότερος παράγοντας όταν αναφερόμαστε στον αντίκτυπο των μεταβλητών χειρισμού σε σχέση με τις μεταβλητές απειλής. Η απειλή ήταν το ίδιο αποτελεσματική σε κάθε στάδιο, ενώ



οι μεταβλητές χειρισμού σχετίζονταν περισσότερο με τις προθέσεις και τις συμπεριφορές στο τελικό στάδιο και όχι στο αρχικό.

Σχετικά με την ηλικία, όσο μικρότερη η ηλικία σε έρευνες τόσο μικρότερη και η σχέση μεταξύ της αυτό-αποτελεσματικότητας και του κινήτρου προστασίας. Αυτή θα μπορούσε να αποτελεί και μια ένδειξη ότι καθώς ωριμάζουμε, έχουμε την εμπειρία από πολλές επιτυχίες στην αντιμετώπιση γεγονότων γενικά. Εντούτοις, οι απόψεις μας σχετικά με την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών διαχείρισης είναι πιο σημαντικές.

Συνήθως, οι έρευνες της θεωρίας των κινήτρων προστασίας περιλαμβάνουν την κινητοποίηση των ατόμων να υιοθετήσουν μια προτεινόμενη συμπεριφορά. Έτσι, η επικέντρωση γίνεται στην άμεση μέτρηση της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας, η οποία είναι η πρόθεση να δεχτούμε την προτεινόμενη συμπεριφορά. Θα αναμένονταν ότι η συμπεριφορά θα ακολουθούσε την πρόθεση αλλά με κάποια χαμηλότερη έκταση της επίδρασης.

Μια αναθεώρηση ερευνών, έδειξε ότι οι απόψεις για την διαχείριση μιας κατάστασης (αυτό-αποτελεσματικότητα και αποτελεσματικότητα αντίδρασης) φαίνεται να σχετίζονται με την υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς. Έτσι, η αυτό-αποτελεσματικότητα και η αποτελεσματικότητα αντίδρασης, ίσως αποτελούν τις πιο σημαντικές περιοχές στις οποίες θα πρέπει να παρέμβει κανείς για να επιτύχει το μεγαλύτερο όφελος.

Μια υπο-ανάλυση των δεδομένων έδειξε, ότι κάποιες συμπεριφορές ίσως εμπεριέχουν μεγαλύτερο κόστος αντίδρασης από άλλες. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Wulfert και Wan (1993), η αποτελεσματικότητα αντίδρασης σχετίστηκε σημαντικά με την χρήση προφυλακτικών για την αποφυγή εγκυμοσύνης και όχι με την προστασία από το AIDS. Παρόλο που οι μεταβλητές της θεωρίας των κινήτρων προστασίας γενικότερα άσκησαν μέτρια επίδραση, κάποια ίσως είναι πιο σημαντική σε μια περιοχή προστασίας σε σχέση με κάποια άλλη. Η κατανόηση της σχετικής επιρροής των μεταβλητών κλειδιά σε σχέση με την συμπεριφορά προστασίας που αποτελεί το στόχο, είναι σημαντική για την διαμόρφωση παρεμβάσεων και πειστικών επικοινωνιών. Τέτοιες πληροφορίες ίσως βοηθήσουν για την αναγνώριση περιοχών παρέμβασης ή τουλάχιστον να αναγνωριστούν τα εμπόδια για μια βελτιωμένη υγεία ή ασφάλεια.

## **Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Social learning theory, Rotter et. al., 1972)**

Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης το άτομο διαμορφώνει ένα μεγάλο μέρος της συμπεριφοράς του μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς των άλλων και των επιπτώσεων της σε αυτούς.

Βάσει αυτής της θεωρίας, ένα άτομο είναι πιθανότερο να προβεί σε μια προληπτική συμπεριφορά για κάποιο θέμα υγείας όταν:

1. Προσδοκά ότι η συμπεριφορά αυτή θα οδηγήσει σε ένα βελτιωμένο επίπεδο υγείας.
2. Θεωρεί ως σημαντική την αξία της ενίσχυσης που προκύπτει από την αίσθηση της καλής υγείας, της ευεξίας, η οποία αξιολογείται πλέον ως προτεραιότητα στη ζωή του.
3. Πιστεύει ότι η καλή κατάσταση της υγείας δεν εξαρτάται από την τύχη ή από δυνάμεις εκτός του εαυτού, αλλά ότι το ίδιο το άτομο μπορεί να συμβάλλει στη διατήρησή της, να την επηρεάσει, να την ελέγξει και να προλάβει ενδεχόμενη ασθένεια, ενώ αποδέχεται την καθοδήγηση από έγκυρους άλλους.

Μια σημαντική έννοια στα πλαίσια της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης, είναι η έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας (self efficacy), δηλαδή των προσδοκιών του ατόμου όσον αφορά τις ικανότητές του να εκδηλώσει μια συμπεριφορά (Bandura, 1986).

Μια μελέτη των DeVries et. al., (1990), σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει το ρόλο της αυτό-αποτελεσματικότητας όσον αφορά το κάπνισμα, σε μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Οι προσδοκίες των μαθητών σχετικά με το πόσο ικανοί πίστευαν ότι μπορεί να είναι στην αποχή από το κάπνισμα εκτιμήθηκαν με ερωτήσεις όπως: *«Όταν οι φίλοι μου καπνίζουν, το βρίσκω δύσκολο να μην καπνίσω και εγώ», «Όταν κάποιος μου προσφέρει τσιγάρο, δεν βρίσκω κανένα λόγο να το αρνηθώ», «Για μένα είναι πολύ δύσκολο να παραμείνω μη καπνιστής», «Όταν οι άλλοι με χαρακτηρίζουν οπισθοδρομικό επειδή δεν θέλω να καπνίζω, εγώ δεν ξέρω τι να τους απαντήσω».*

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι οι προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας επηρέαζαν σημαντικά τις πεποιθήσεις των μαθητών σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος και της διακοπής του και το βαθμό επιρροής των γονέων και των συνομηλίκων όσον αφορά το κάπνισμα. Η απόκρουση των πιέσεων που ασκούν

οι συνομήλικοι σχετικά με το κάπνισμα και η επανεκτίμηση των υποτιθέμενων θετικών συνεπειών του καπνίσματος αποδείχθηκαν ως οι σημαντικότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα.

### **Θεωρία της Έλλογης Δράσης**

#### **(Theory of Reasoned action, Ajzen & Fishbein, 1980)**

Η Θεωρία της Έλλογης Δράσης προτείνει έναν εσωτερικό μηχανισμό απόφασης κατά τον οποίο ο σχηματισμός της πρόθεσης για συμπεριφορά προηγείται άμεσα της ίδιας της συμπεριφοράς και διαμεσολαβεί μεταξύ αυτής και της επίδρασης άλλων μεταβλητών. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι ψυχολογικές προϋποθέσεις της πρόθεσης για συμπεριφορά είναι οι στάσεις και οι υποκειμενικοί κοινωνικοί κανόνες.

**A.** Οι στάσεις θεωρείται ότι βασίζονται :

- σε αντιλήψεις για τις συνέπειες της εκτέλεσης ή μη μιας συμπεριφοράς
- σε αξιολογήσεις των παραπάνω αντιλήψεων

Συνεπώς οι στάσεις αποτελούν κατά κάποιο τρόπο γινόμενο ενός γνωστικού και αξιολογικού παράγοντα αντίστοιχα.

**B.** Οι υποκειμενικοί κοινωνικοί κανόνες εισάγουν την παράμετρο αναφοράς σε κοινωνικό πλαίσιο κάτι που έλειπε από προηγούμενες προσεγγίσεις και αποτελούν γινόμενο που προκύπτει από: αντιλήψεις που αφορούν το τι πιστεύουν σημαντικοί άλλοι ότι το άτομο θα έπρεπε να κάνει ως προς το συγκεκριμένο ζήτημα.

Η πρόθεση για χρήση του προφυλακτικού και η συνακόλουθη συμπεριφορά προκύπτουν από τη σχετική βαρύτητα που έχουν για το άτομο οι στάσεις (A) σε σχέση με τον υποκειμενικό κανόνα (B).

Ουσιαστικά, οι συμπεριφορικές και κανονιστικές πεποιθήσεις - που αναφέρονται ως γνωστικές δομές - επηρεάζουν την ατομική συμπεριφορά και τα κοινωνικά πρότυπα, αντίστοιχα. Επομένως, οι νοοτροπίες και οι κανόνες διαμορφώνουν την πρόθεση ενός ατόμου να εκτελεί μια συμπεριφορά. Τέλος, όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς της Θεωρίας της Έλλογης Δράσης, η πρόθεση ενός ατόμου παραμένει ο καλύτερος δείκτης ότι η επιθυμητή συμπεριφορά θα συμβεί. Συνολικά, το μοντέλο υποστηρίζει μια γραμμική διαδικασία στην οποία οι αλλαγές στη συμπεριφορά και οι

κανονιστικές πεποιθήσεις ενός ατόμου θα επηρεάσουν τελικά την πραγματική συμπεριφορά του.

Η στάση και η πεποίθηση, καθώς και οι υποκείμενες γνωστικές δομές τους, ασκούν συχνά διαφορετικούς βαθμούς επιρροής στην πρόθεση ενός ατόμου. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα από μια μελέτη στην Ταϊλάνδη έδειξαν ότι οι αντιλήψεις των ανδρών για τις πεποιθήσεις των συνομηλίκων τους ήταν ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης της χρήσης προφυλακτικού (VanLandingham, Suprasert, Grandjean & Sittitrai, 1995). Προκειμένου να αναπτυχθούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για ένα συγκεκριμένο πληθυσμό και τη συμπεριφορά του, ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να καθοριστεί ποια μεταβλητή και αντίστοιχες της γνωστικές δομές ασκούν τη μεγαλύτερη επιρροή στον πληθυσμό της μελέτης (Fishbein et. al., 1994).

Μελέτες που διεξήχθησαν στη Ζιμπάμπουε εφάρμοσαν τη θεωρία σε έρευνα για τη χρήση προφυλακτικών από άνδρες και γυναίκες (Montano, Kasprzyk & Wilson, 1993; Wilson, Zenda & Lavelle, 1992).

Η θεωρία της Έλλογης Δράσης του Ajzen (1991), επεξέτεινε τη θεωρία προσθέτοντας την έννοια της Επίγνωσης Βουλευτικού Ελέγχου επί της συμπεριφοράς. Η Επίγνωση Βουλευτικού Ελέγχου, δηλαδή η συναίσθηση, που έχει κανείς ότι μπορεί να κατευθύνει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, έχει βρεθεί ότι επιδρά στην πρόθεση για συμπεριφορά αλλά και στην ίδια τη συμπεριφορά.

Ειδικότερα, παρά το ότι η Θεωρία της Έλλογης Δράσης δέχεται την επίδραση του κοινωνικού κανόνα, της συμπεριφοράς και των στάσεων ενός σημαντικού άλλου, ουσιαστικά δηλαδή του ερωτικού συντρόφου, παραγνωρίζει, ίσως γιατί δεν ασχολείται επαρκώς με τη σύνδεση πρόθεσης και συμπεριφοράς, ότι κατά το έμπρακτο στάδιο, η αντίδραση του συντρόφου θα έχει βαρύνουσα σημασία στον καθορισμό της πράξης.

Ορισμένοι από τους περιορισμούς της θεωρίας περιλαμβάνουν την αδυναμία της θεωρίας, που οφείλεται στην ατομικιστική προσέγγιση της, να εξετάσει το ρόλο των περιβαλλοντικών προβλημάτων και τη γραμμικότητα των συστατικών της θεωρίας (Kippax & Crawford, 1993). Τα άτομα μπορούν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους αρχικά και στη συνέχεια τις πεποιθήσεις/στάσεις τους για αυτή.

### **Μοντέλο Μείωσης του Κινδύνου για το AIDS (AIDS Risk Reduction Model (ARRM), Catania et al., 1990)**

Οι συγγραφείς του Μοντέλου Μείωσης των κινδύνων του AIDS (Catania et. al., 1990) αναγνώρισαν άλλους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες που μπορεί να παρακινήσουν την μετακίνηση του ατόμου σε στάδια. Εξωτερικά κίνητρα, όπως οι εκστρατείες αγωγής υγείας, μια εικόνα ενός προσώπου που πεθαίνει από AIDS, ή άτυπες ομάδες υποστήριξης, μπορεί να οδηγήσουν τους ανθρώπους να εξετάσουν και ενδεχομένως να αλλάξουν τις σεξουαλικές τους δραστηριότητες.

Μέχρι σήμερα οι μελέτες με βάση το Μοντέλο Μείωσης των Κινδύνων του AIDS, στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν εξετάσει μια ποικιλία πληθυσμών, ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άντρες, άγαμοι λευκοί, μαύροι και Ισπανόφωνοι ετεροφυλόφιλοι, έφηβοι και γυναίκες που συμμετέχουν σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. (Αυτές είναι αδημοσίευτες μελέτες που διεξάγονται από το Κέντρο για την πρόληψη του AIDS-Center for AIDS Prevention, όπως περιγράφεται στους Catania et. al., 1990).

Τα αποτελέσματα από μια μελέτη που δημοσιεύθηκε, έδειξαν πόσο δύσκολο ήταν για τις αστικές και αγροτικές γυναίκες στο Ζαΐρ να ονομάσουν τη συμπεριφορά τους ως προβληματική: μόνο το ένα τρίτο των συμμετεχόντων στη μελέτη αισθάνθηκε προσωπικά σε κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV/AIDS (Bertrand, Brown, Kinzonzi, Mansilu & Djunghu, 1992). Άλλες έρευνες έχουν επεκτείνει την χρήση του μοντέλου για να εξετάσουν τις συμπεριφορές των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, καθώς και τις προστατευτικές συμπεριφορές των γυναικών που έχουν ήδη μολυνθεί με τον ιό HIV (Malow, Corrigan, Cunningham, West & Pena, 1993; Kline & VanLandingham, 1994).

Ένας γενικός περιορισμός του μοντέλου είναι η εστίαση του στο άτομο. Για παράδειγμα, πολλές γυναίκες σε μια μελέτη στην Καμπάλα, της Ουγκάντα, αισθάνθηκαν σε κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV, που δεν οφειλόταν σε δική τους συμπεριφορά, αλλά εξαιτίας των συμπεριφορών των σεξουαλικών συντρόφων τους - ένα θέμα που ανέφεραν οι γυναίκες ήταν έξω από τον έλεγχό τους (McGrath et. al., 1993). Ως αποτέλεσμα, οι ερευνητές πρότειναν ότι το μοντέλο θα πρέπει να λαμβάνει περισσότερο υπόψη τις κοινωνικοπολιτισμικές μεταβλητές που επηρεάζουν, και μπορεί να περιορίσουν, τις επιλογές της συμπεριφοράς ενός ατόμου και την ικανότητα του να αναλάβει δράση.

## Η προσέγγιση των Κοινωνικών Αναπαραστάσεων

Είναι αναγκαίο η προσπάθεια κατανόησης της συμπεριφοράς προφύλαξης να ξεπεράσει τις στενές συντεταγμένες των ενδο-ατομικών και δια-τομικών προσεγγίσεων και να λάβουμε υπόψη μας τόσο τον μη λογικό, ασυνείδητο και ενστικτώδη χαρακτήρα της ερωτικής συμπεριφοράς, όσο και την επιρροή του κοινωνικού πλαισίου, το οποίο διαμορφώνει την κοινή εικόνα του πρακτέου περί την ερωτική επαφή και προφύλαξη.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις μοιάζουν να είναι ο προσφυέστερος τρόπος προσέγγισης του σύνθετου απλοϊκού νοήματος της προφύλαξης, διότι θεωρητικά αφενός είναι έννοια που επιχειρεί να περιγράψει πώς δημιουργείται από την κοινωνική ομάδα και πώς αφομοιώνεται από το άτομο το νόημα ενός κοινωνικού ερεθίσματος και αφετέρου διότι ως μεθοδολογική στάση επιτρέπει στα άτομα να ξεδιπλώνουν ελεύθερα το γνωστικό - συναισθηματικό - συμπεριφορικό περιεχόμενο που αφορά το κοινωνικό ερέθισμα, όπως ακριβώς προκύπτει στον προσωπικό τους κόσμο με τη νοηματική αλληλουχία που έχει μέσα σε αυτόν.

Ο Moscovici ορίζει τις κοινωνικές αναπαραστάσεις ως οικοδομήματα που μπορούν να διοχετεύσουν τις ανταλλαγές που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των ατόμων ή ομάδων και της πραγματικότητας που αυτά τα άτομα ή οι ομάδες αντιμετωπίζουν, ως *«γνωστικά συστήματα που έχουν μια ιδιαίτερη λογική και γλώσσα.... για “θεωρίες” και “επιστήμες” sui generis, που προορίζονται για την ανακάλυψη της πραγματικότητας και την ταξινόμησή της»* (Moscovici, 1969:10).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις παρουσιάζονται με διάφορες μορφές, λίγο ως πολύ πολύπλοκες. Κατά την Jodelet (1995), είναι εικόνες που περικλείουν ένα σύνολο σημασιών, συστήματα αναφοράς που μας επιτρέπουν να συλλαμβάνουμε και να ερμηνεύουμε τα γεγονότα και τα φαινόμενα της καθημερινής ζωής, τις πληροφορίες που κυκλοφορούν, τα πρόσωπα με τα οποία συνδιαλεγόμαστε. Είναι κατηγορίες που επιτρέπουν την ταξινόμηση των γεγονότων, των ατόμων του περιβάλλοντός μας, είναι θεωρίες που μας επιτρέπουν να αποφασίζουμε γι' αυτά.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι ένας τρόπος ερμηνείας και σκέψης της κοινωνικής πραγματικότητας και προσδιορίζουν μια μορφή ειδικής γνώσης, τη γνώση της κοινής γνώμης. Με άλλα λόγια οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι η «αυθόρμητη», «απλοϊκή» γνώση, αυτό που συνήθως ονομάζεται φυσική σκέψη σε

σχέση με την επιστημονική σκέψη. Συστατικά στοιχεία αυτής της γνώσης αποτελούν οι εμπειρίες μας, οι πληροφορίες και τα μοντέλα σκέψης που δεχόμαστε και ταυτόχρονα εκπέμπουμε μέσω της παράδοσης, του πολιτισμού, των θεσμών όπως η εκπαίδευση και η κοινωνική επικοινωνία.

Μια αναπαράσταση είναι πάντοτε αναπαράσταση για κάτι από κάποιον. Δεν είναι απλή αναπαραγωγή ή ένα πιστό αντίγραφο του αντικειμένου, αλλά είναι το προϊόν μιας αλληλεπίδρασης του υποκειμένου με το αντικείμενο. Ένα αντικείμενο δεν υπάρχει από μόνο του, υπάρχει για ένα άτομο ή για μια ομάδα και σε σχέση με αυτά.

Η αναπαράσταση δημιουργείται μέσα από δύο χαρακτηριστικές διαδικασίες: την αντικειμενοποίηση και την αγκυροβόληση. Με την πρώτη το αφηρημένο γίνεται συγκεκριμένο, η εικόνα αποκτά υλική υφή. Η αντικειμενοποίηση είναι η κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας. Η διαδικασία της αγκυροβόλησης αναφέρεται στην ενσωμάτωση και εδραίωση της αναπαράστασης και του αντικειμένου της (Ναυρίδης, 1994: 173). Το αντικείμενο δηλαδή συνδέεται με ήδη γνωστές μορφές και αναθεωρείται μέσα από αυτές με σκοπό την κατανόηση και την ερμηνεία του.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις εκτός από θεωρητικά εργαλεία περιγραφής της συγχρονίας του προσωπικού νοήματος που έχουν τα κοινωνικά ερεθίσματα χάρη στο κοινωνικό τους πλαίσιο, είναι και αμφίδρομες διεργασίες με την έννοια ότι λειτουργούν ως υποδοχείς των νέων, μη οικείων για το κοινωνικό σώμα πληροφοριών, αφενός συνάπτοντάς τες με τις παλιές και γνώριμες έννοιες και αφετέρου μεταφράζοντάς τες σε συγκεκριμένες κατανοητές εικόνες και συμπεριφορές.

Οι Stephenson, Breakwell και Fife-Schaw (1993), έχουν χρησιμοποιήσει την τεχνική της ατομικής βιογραφικής αφήγησης με νεαρούς Βρετανούς συμμετέχοντες για να προσδιορίσουν περιεχόμενα ή θέματα της Κοινωνικής Αναπαράστασης του AIDS. Η προφύλαξη με τη χρήση προφυλακτικού θεωρούνταν απαραίτητη για τις περιστασιακές σεξουαλικές σχέσεις αλλά όχι και για τις σταθερές και μακροπρόθεσμες. Οι σύντροφοι θεωρούσαν ότι η συζυγική συντροφική πίστη τους προστάτευε από τον ιό HIV.

Οι Breakwell και Millward (1997), διερευνώντας τη σχέση μεταξύ προσωπικής σεξουαλικής ταυτότητας και χρήσης προφυλακτικού, βρήκαν ότι η κεντρική θέση της σεξουαλικής υπευθυνότητας στην κοινωνική αναπαράσταση της κοινωνικής τους ταυτότητας ήταν πιθανότερο να αυξάνει τη χρήση προφυλακτικού, ενώ η κεντρική θέση

της σεξουαλικής αυτοπεποίθησης να τη μειώνει. Το εύρημα παρατηρήθηκε μόνο μεταξύ των γυναικών.

Η Παυλοπούλου (1997), μελέτησε την κοινωνική αναπαράσταση του AIDS καθεαυτή, με μαθητές λυκείου (15-18 ετών) χρησιμοποιώντας μεταξύ άλλων τη μέθοδο της γνωστικής απόκρισης ή ελεύθερης συσχέτισης από την οποία προέκυψαν 129 λέξεις ή φράσεις με έντονο συμβολικό και ηθικό περιεχόμενο. Οι λέξεις «θάνατος – αργός θάνατος» εμφάνιζαν την υψηλότερη συχνότητα και σπουδαιότητα μαζί με άλλες λέξεις, όπως σεξ, ομοφυλοφιλία και προφυλακτικά.

Η ερευνητική εργασία της Ιωαννίδη-Καπόλου (1997), μέσα από τη μελέτη των κοινωνικών αναπαραστάσεων της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων, έχει στόχο να κατανοήσει το πώς αντιλαμβάνονται, πώς βιώνουν και πώς αντιμετωπίζουν οι νέοι τον κίνδυνο του AIDS. Χρησιμοποιήθηκαν νέες τεχνικές για τη μελέτη της ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς όπως την αντιλαμβάνονται οι νέοι, με έμφαση στην πειραματική έρευνα πεδίου. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η κοινωνική αναπαράσταση της σεξουαλικής συμπεριφοράς των νέων εμπεριέχει την έννοια του κινδύνου καθώς οι νέοι συσχετίζουν το AIDS με το θάνατο. Ο φόβος που προκαλεί η ιδέα του θανάτου οδηγεί τους νέους στην υιοθέτηση μέτρων προφύλαξης, τα οποία θεωρούν απαραίτητα για την ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά. Στην πράξη όμως, ορισμένοι νέοι, ενώ θεωρούν ότι έχουν αλλάξει τη συμπεριφορά τους και δεν κινδυνεύουν να μολυνθούν, λόγω της σύγχυσης που επικρατεί ως προς τους ασφαλείς τρόπους προφύλαξης, φαίνεται ότι δεν είναι απόλυτα προστατευμένοι από πιθανή μόλυνση από τον ιό HIV.



### **Δια-τομική προσέγγιση**

Η κριτική των ενδοατομικών προσεγγίσεων προς την προφύλαξη (Moatti, Hausser, & Agraftiotis, 1997) υπέδειξε έρευνες που κατέδειξαν ότι η κύρια συμπεριφορά προφύλαξης, η χρήση προφυλακτικού από τους ετεροφυλικούς ενήλικες αλλά και άλλες ασφαλείς πρακτικές, έχουν μεγάλη σχέση με μεταβλητές της στενής διαπροσωπικής σχέσης εντός της οποίας προκύπτουν. Μάλιστα είναι παράδοξο ότι έχει διατυπωθεί η υπόθεση με ισχυρά επιχειρήματα ότι, τα περισσότερα άτομα δε διαφοροποιούν τις πρακτικές προφύλαξης σε διαφορετικές σχέσεις – εκτελώντας με συνέπεια την σεξουαλική πράξη χωρίς προφυλάξεις – γιατί τείνουν να αντιλαμβάνονται κάθε νέα σχέση ως αποκλειστική και επομένως ασφαλή από τον κίνδυνο του HIV - πρόκειται για τη λεγόμενη «σειριακή μονογαμικότητα» (Catania et. al., 1995).

Η σειριακή μονογαμικότητα (Misovich, Fisher, & Fisher, 1997) είναι πιθανό να εκθέτει τα άτομα σε μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV, από αυτό τον κίνδυνο που θα μπορούσε κανονικά να εκτιμηθεί εάν λαμβάναμε υπόψη μας τα ατομικά τους χαρακτηριστικά ή άλλες μεταβλητές αναφερόμενες σε ενδοατομικούς γνωστικούς κοινωνιο-ψυχολογικούς παράγοντες και διεργασίες, όπως οι στάσεις προς το προφυλακτικό και το AIDS, η αντίληψη κινδύνου κ.α.

Τα κυριότερα ευρήματα της δια-τομικής προσέγγισης, αφορούν χαρακτηριστικά της στενής διαπροσωπικής σχέσης και των ερωτικών συντρόφων, όπως ο τύπος της σχέσης, η αποκλειστικότητα, η προηγούμενη καλή γνωριμία με το σύντροφο, η διάρκεια της σχέσης, η διαπραγμάτευση των μέτρων προφύλαξης εντός αυτής και η διαφορά ηλικίας μεταξύ των συντρόφων.

- **Ο τύπος της σχέσης.** Οι Ahlemeyer και Ludwig (1997), έχουν προσδιορίσει τέσσερις τύπους σχέσεων επί τη βάση του είδους της πραγματικής ή της δυνάμει επικοινωνίας και συναλλαγής που επικρατεί μεταξύ των ερωτικών συντρόφων: η ρομαντική σχέση χαρακτηρίζεται από συναίσθημα, η ηδονιστική από πάθος, η συζυγική από ασφάλεια και έγνοια για τον άλλον και η χρηστική από συναλλακτικούς και ατομιστικούς στόχους (Giami, & Schiltz, 1996).

- **Αποκλειστικότητα.** Η αποκλειστικότητα καθεαυτή μπορεί να προκαλέσει αίσθηση άτρωτου από τον κίνδυνο του HIV και μειωμένη χρήση προφυλακτικού (Hammer, Fisher, & Fisher, 1996). Επιπλέον δημιουργεί τέτοια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και εγγύτητας που η λήψη μέτρων προφύλαξης καθίσταται προσβλητική

και απειλητική για την ποιότητα της σχέσης. Η πρόταση χρήσης προφυλακτικού σε μια σχέση που γίνεται αντιληπτή ως αποκλειστική, μπορεί να ερμηνευθεί από έναν ερωτικό σύντροφο ως ένδειξη απιστίας ή έλλειψης εμπιστοσύνης (Apostolidis, 1993).

- **Η πρότερη καλή γνωριμία του συντρόφου.** Οι εκστρατείες υγείας, κατά την εμφάνιση της επιδημίας προωθούσαν μεταξύ των ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών και το να «γνωρίζετε καλά τον σύντροφό σας» (Fisher, & Fisher, 1993). Η πρότερη γνωριμία με το σύντροφο συχνά υποκαθιστά την πραγματική προφύλαξη από τον HIV (Keller, 1993) και μειώνει τη χρήση προφυλάξεων με συντρόφους που «γνωρίζουμε καλά».

- **Διάρκεια.** Η συσσωρευμένη προσωπική επένδυση στη σχέση που προξενείται τουλάχιστον από τη μακρά της διάρκεια, είναι δυνατόν επίσης να οδηγήσει σε αμυντική άρνηση της πιθανότητας ο σύντροφος να είναι οροθετικός στον HIV (Hammer, Fisher, & Fisher, 1996). Γενικώς οι σύντροφοι σχέσεων μακράς διάρκειας είναι πιο πιθανό να μη χρησιμοποιούν προφυλακτικά από ότι οι σύντροφοι βραχύχρονων σχέσεων (Catania et al., 1993).

- **Η διαπραγμάτευση.** Ο ορισμός της διαπραγμάτευσης δε θα έπρεπε να περιορίζεται στην απλή εκδήλωση εκ μέρους ενός από τους δύο συντρόφους, της πρόθεσης για χρήση προφυλακτικού ή στο ότι οι σύντροφοι το «συζήτησαν». Η διαπραγμάτευση κάθε αυτή δεν αυξάνει απαραίτητα την πιθανότητα χρήσης προφυλάξεων. Αυτό συμβαίνει μόνο όταν ο σύντροφος που προτείνει τη λήψη προφυλακτικών μέτρων διαθέτει τις κατάλληλες δεξιότητες, έχει αυτοπεποίθηση και εμπειρία στο να συζητήσει το ζήτημα των μέτρων προφύλαξης και έχει περισσότερη ισχύ ή υψηλότερο γόητρο έναντι του άλλου (Campbell, 1995).

Οι Kordoutis, Loumakou και Sarafidou (2000), διαπίστωσαν στο δείγμα σχέσεων νέων (18-25 ετών) Ελλήνων που διερεύνησαν, ότι οι άνδρες πρότειναν τη χρήση προφυλακτικού πιο συχνά από ότι οι γυναίκες, εύρημα που συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες σε μη ελληνικούς πληθυσμούς. Φαίνεται ότι η διαπραγμάτευση της προφύλαξης κυριαρχείται από τον παραδοσιακό ρόλο του αρρενος ως προμηθευτή του προφυλακτικού (Sacco et al., 1993).

Ο παραδοσιακός πολιτισμικός κοινωνικός κανόνας για την επικοινωνία κατά την διάρκεια της ερωτικής σχέσης απαιτεί από τα ελληνικά ερωτικά ζευγάρια και κυρίως από το μέλος με τη λιγότερη ισχύ ή γόητρο, τη γυναίκα, να απέχουν από άμεσες

λεκτικές αναφορές στο σεξουαλικό ρεπερτόριο συμπεριφορών (Mandi, & Agraftiotis, 1993).

- **Η διαφορά ηλικίας μεταξύ των συντρόφων και το φύλο.** Η χρήση προφυλακτικού είναι μια δυαδική απόφαση που απαιτεί συνεργασία και διαπραγμάτευση. Για τους άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας υπάρχει η αντίληψη ότι έχουν υψηλότερο γόητρο, μεγαλύτερη ισχύ και αυτοπεποίθηση, οι οποίοι ως εκ τούτου μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικοί διαπραγματευτές. Έχει βρεθεί ότι η σχέση του φύλου με τη χρήση και την πρόθεση χρήσης προφυλακτικού είναι μικρή. Οι άνδρες αναφέρουν συχνότερα από τις γυναίκες ότι χρησιμοποιούν προφυλακτικό (Dubois – Arber, & Spencer, 1998) ενώ οι γυναίκες εκδηλώνουν πιο συχνά από τους άνδρες την πρόθεση να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό και κατανοούν καλύτερα από τους άνδρες τους λόγους και την ανάγκη χρήσης του προφυλακτικού (Kordoutis et. al., 1995).

## Αυτο-αποτελεσματικότητα

Τα τελευταία 25 χρόνια, η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας έχει εμπλακεί σοβαρά στη μελέτη της έννοιας του εαυτού, καταλαμβάνοντας κεντρική θέση στην εκπαιδευτική και ψυχολογική έρευνα (Marsh, Walker, & Debus, 1991; Norwich, 1987; Pajares, & Miller, 1994; Skaalvik, & Rankin, 1995; Zimmernan, Bandura, Martinez, & Pons, 1992).

Ο όρος «αυτο-αποτελεσματικότητα» (*self-efficacy*) χρησιμοποιείται από κάποιους ερευνητές εναλλακτικά των όρων «έννοια του εαυτού» και «αυτοεκτίμηση», παρ' όλες τις καταγεγραμμένες διαφορές τους. Κατά τον εισηγητή του όρου Bandura (1986), «αυτο-αποτελεσματικότητα είναι οι εκτιμήσεις του ατόμου για την ικανότητά του να οργανώσει και να εκτελέσει ένα σχέδιο δράσης, προκειμένου να φτάσει σε ένα προκαθορισμένο επίπεδο επίδοσης».

Η θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας είναι σαφώς επηρεασμένη από τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, η οποία δίνει έμφαση στις σχέσεις μεταξύ των τριών στοιχείων: α) συμπεριφορικών, β) ατομικών στα πλαίσια γνωστικών και βιολογικών καταβολών και γ) εξωτερικού περιβάλλοντος.

Η θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας αναφέρεται σε κρίσεις προσωπικής ικανότητας, ενώ η αυτοεκτίμηση σε κρίσεις αυτοαξίας. Επίσης, η αυτο-αποτελεσματικότητα προβλέπει τους στόχους που τα άτομα έθεσαν για τον εαυτό τους και τις επιτεύξεις στην απόδοση, ενώ η αυτοεκτίμηση δεν επηρεάζει ούτε το ένα, ούτε το άλλο (Mone, Baker, & Jeffries, 1995).

Οι απόψεις σχετικά με την αυτό-αποτελεσματικότητα επηρεάζουν την συμπεριφορά έμμεσα μέσω του αντίκτυπού τους στις προθέσεις στόχων. Η δομή της έκφρασης «έχω πρόθεση να..» ή «σκοπεύω να..», αντανακλά στόχους (ή προθέσεις). Η αυτό-αποτελεσματικότητα, μεταξύ άλλων παραγόντων, επηρεάζει το ποιες προκλήσεις αποφασίζουν να αντιμετωπίσουν οι άνθρωποι και πόσο υψηλά θέτουν τους στόχους τους. Η υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα δεν βελτιώνει απλά τον ορισμό του στόχου αλλά επίσης οδηγεί και σε πιο επίμονη επιδίωξή του. Επομένως, τα αυτό-αποτελεσματικά άτομα έχουν ισχυρότερες προθέσεις.

Σύμφωνα με τον Gollwitzer (1999), η εκτέλεση των προθέσεων (ή σχέδια δράσης) αναφέρονται στην μετάφραση στόχων ή προθέσεων σε συγκεκριμένες ενέργειες (*Πώς πρέπει να συμπεριφερθώ;*) και σε περιστασιακές συνθήκες δράσης (*Πού*

και τότε πρέπει να ενεργήσω έτσι;»). Τα αυτό-αποτελεσματικά άτομα επικεντρώνονται στο μέλλον τους και αναπτύσσουν πιθανά σενάρια επιτυχίας για τις ενέργειές τους. Επομένως, θεωρείται ότι τα άτομα αυτά τείνουν να δεσμεύονται περισσότερο σε σχεδιασμό.

Η αυτό-αποτελεσματικότητα περιγράφει τις απόψεις των ατόμων σχετικά με τις ικανότητές τους να ασκούν έλεγχο πάνω στις προκλητικές απαιτήσεις και στην ίδια τους την λειτουργία. Η αυτό-κυριαρχία αναφέρεται σε οποιαδήποτε προσπάθεια κάνει κάποιο άτομο να αλλάξει τις αντιδράσεις του, ξεπερνώντας τις παρορμήσεις και αντικαθιστώντας τις με κάποια άλλη αντίδραση που οδηγεί προς κάποιο επιλεγμένο στόχο (Luszczynska, Diehl, Gutierrez-Doa, Kuusinen & Schwarzer, 2004). Επομένως, τα άτομα με υψηλή αυτό-κυριαρχία αναμένεται να είναι και υψηλά αυτό-αποτελεσματικά.

Ο εμπνευστής της θεωρίας συχνά κάνει λόγο για τη διακριτή αυτο-αποτελεσματικότητα (perceived self-efficacy), δηλαδή τη γνώμη κάποιου για τις ικανότητές του να οργανώσει και να εκτελέσει δεδομένους τύπους συμπεριφοράς. Ο ίδιος την αντιπαραβάλλει με την προσδοκία του αποτελέσματος, ως μία αξιολόγηση της πιθανής συνέπειας, που η προσδοκία θα επιφέρει. Η διακριτή αυτο-αποτελεσματικότητα λειτουργεί όπως μία καλά οργανωμένη ορχήστρα, τεσσάρων πηγών πληροφοριών, που είναι: α) οι προσωπικές εμπειρίες, β) η μάθηση μέσω προτύπων, γ) η πειθώ του λόγου και δ) η συναισθηματική διέγερση.

Η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην *«πίστη των ατόμων σχετικά με τις ικανότητές τους να ασκήσουν έλεγχο πάνω στο επίπεδο της λειτουργικότητάς τους και πάνω σε γεγονότα που επηρεάζουν τη ζωή τους»* Bandura (1991, σ. 257).

Η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα, διαφέρει σημαντικά από τον αντιλαμβανόμενο συμπεριφορικό έλεγχο, ο οποίος επικεντρώνεται στην ικανότητα εκτέλεσης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Εντούτοις, η προσδοκία της αποτελεσματικότητας ορίζεται ως *«η πεποίθηση ότι κάποιος μπορεί να εκτελέσει μια αναμενόμενη συμπεριφορά επιτυχώς για να παράγει συγκεκριμένα αποτελέσματα»* και σύμφωνα με αυτό τον ορισμό *«η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην «πίστη κάποιου για τις ικανότητές του να οργανώσει και να εκτελέσει τις ενέργειες εκείνες που απαιτούνται για να παράγει συγκεκριμένα επίπεδα επιτευγμάτων»* Bandura (1998, σ. 624).

Ένα κεντρικό κομμάτι της Κοινωνικής Γνωστικής Θεωρίας του Bandura (1986), η αυτό-αποτελεσματικότητα, εισήχθη για να ασχοληθεί με την συμπεριφορά στα πλαίσια της τροποποίησης της συμπεριφοράς (Bandura 1977). Η συμπεριφορά καταμερίζεται στα επιμέρους στοιχεία της και η αυτό-αποτελεσματικότητα αναλύεται με βάση την αντιλαμβανόμενη ικανότητα συνέχισης κάθε βήματος σε συνέχεια ή υπό ποικίλες συνθήκες.

Οι δύο θεωρίες της αυτό-αποτελεσματικότητας και του αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου έχουν πολλές ομοιότητες. Και οι δύο θεωρίες θεωρούνται ως η εκλαμβανόμενη ικανότητα εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς. Ο όρος «αντιλαμβανόμενος συμπεριφορικός έλεγχος» όμως, δηλώνει τον υποκειμενικό βαθμό ελέγχου στην εκτέλεση της ίδιας της συμπεριφοράς.

Ο χαρακτηρισμός των πεποιθήσεων της αυτό-αποτελεσματικότητας ως αυτοπεποίθηση στην ικανότητα κάποιου να εκτελέσει μια συμπεριφορά, είναι σύμφωνη με την χρήση και την λειτουργικότητα του όρου από τον Bandura (1977).

Σε έρευνες με την έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας, οι συμμετέχοντες ζητούνται να αξιολογήσουν την αυτοπεποίθηση στην ικανότητά τους να εκτελέσουν μια συμπεριφορά κάτω από ποικίλες συνθήκες.

Στην έρευνα των Kasen et. al., (1992), 181 μαθητές Λυκείου συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο μελέτης σχετικά με την σεξουαλική εμπειρία τους και την χρήση προφυλακτικού κατά τον προηγούμενο χρόνο, απόψεις σχετικά με την αυτό-αποτελεσματικότητα των προληπτικών συμπεριφορών σχετικά με το AIDS αλλά και τις απόψεις τους σχετικά με την ευαλωτότητα τους στο AIDS, την σοβαρότητά του, τα αποτελέσματα των προληπτικών ενεργειών κατά του AIDS πάνω στην αποτελεσματικότητα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ένα μεγάλο βαθμό αβεβαιότητας των μαθητών σε όλους τους τομείς: η άρνηση ερωτικής επαφής κάτω από ποικίλες συνθήκες, η ερώτηση παλιών συντρόφων σχετικά με επικίνδυνες συμπεριφορές στο παρελθόν και η σωστή και συνεπής χρήση προφυλακτικού. Οι μαθητές με χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα στην άρνηση της ερωτικής επαφής ήταν πέντε φορές πιο πιθανό να έχουν χρησιμοποιήσει προφυλακτικά με συνέπεια. Τα ευρήματα της έρευνας επικεντρώνονται στην διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αυτό-αποτελεσματικότητας και συμπεριφοράς μέσω της δημιουργίας ενός προγράμματος πρόληψης, το οποίο δίνει

έμφαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, παρά στην παραδοσιακή προσέγγιση μόνο της ενημέρωσης.

Η έρευνα των Mahoney et. al., (1995), εξέτασε την ικανότητα του Μοντέλου Πίστης για την Υγεία, τις διαστάσεις της αυτό-αποτελεσματικότητας, ποικίλες μεταβλητές συμπεριφοράς (π.χ. αριθμός ερωτικών συντρόφων τον τελευταίο χρόνο, συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και αριθμός διαγνωσμένων σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών) καθώς και δημογραφικές μετρήσεις για τον διαχωρισμό μεταξύ τριών ομάδων χρήσης προφυλακτικών (μη χρήστες, σποραδικοί χρήστες και συνεπείς χρήστες). Στην μέτρηση χρησιμοποιήθηκε και το ερωτηματολόγιο CUSES των Brafford και Beck (1991). Η έρευνα χρησιμοποίησε τους εξής παράγοντες: αντιλαμβανόμενη ευαισθησία (ευαλωτότητα), αντιλαμβανόμενα οφέλη και αντιλαμβανόμενα εμπόδια.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, δηλώνουν ότι οι σποραδικοί χρήστες διαχωρίστηκαν καλύτερα από τις άλλες ομάδες ως προς τον αριθμό ερωτικών συντρόφων, την συχνότητα μέθης και την αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα στο AIDS και σε άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Οι σποραδικοί χρήστες είχαν σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό ερωτικών συντρόφων, μεθούσαν συχνότερα, αντιλαμβάνονταν τον εαυτό τους ως πιο ευάλωτο στο AIDS και είχαν λιγότερη αυτοπεποίθηση ως προς την ικανότητά τους να συζητήσουν και να επιμείνουν στην χρήση προφυλακτικού με ένα σύντροφο.

Για να επιτευχθούν μακροχρόνιοι στόχοι, πολλές παρεμβάσεις μείωσης των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών έχουν χρησιμοποιήσει θεωρητικά μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς, ως πλαίσιο για να στοχεύσουν τους παράγοντες που θεωρείται πως επηρεάζουν την σεξουαλική συμπεριφορά. Μέσα σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, οι παράγοντες αυτοί μπορεί να επηρεάσουν την συμπεριφορά με δύο τρόπους: οι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την συμπεριφορά άμεσα ή οι παράγοντες μπορεί να αλληλεπιδρούν με άλλες μεταβλητές για να επηρεάσουν την συμπεριφορά. Ο πρώτος τρόπος αποτελεί την θεωρημένη μεσολάβηση, ενώ ο δεύτερος αποτελεί την θεωρημένη μετρίαση.

Η μεσολάβηση δηλώνει την ικανότητα μιας μεσολαβητικής μεταβλητής να εξηγεί την σχέση μεταξύ δύο άλλων σχετιζόμενων μεταβλητών. Επιπλέον, η μεσολάβηση υποδηλώνει ότι μια αρχική μεταβλητή (π.χ. η παρέμβαση) προκαλεί μια

αλλαγή σε μια μεταβλητή αποτέλεσμα (π.χ. χρήση προφυλακτικού) ασκώντας επιρροή μέσω πολλών μεσολαβητικών μεταβλητών (π.χ. Αυτό-αποτελεσματικότητα στην χρήση προφυλακτικού).

Αντίθετα, η μετρίαση δηλώνει ότι η κατεύθυνση ή η ισχύς της σχέσης μεταξύ της αρχικής μεταβλητής και της μεταβλητής αποτέλεσμα εξαρτάται από το επίπεδο της μεταβλητής μετρίασης (π.χ. χαμηλή κοινωνική στήριξη, Baron & Kenny, 1986).

Παράγοντες που μεσολαβούν για την υιοθέτηση ασφαλών σεξουαλικών συμπεριφορών έχουν αναγνωριστεί μέσω ερευνών (Bandura, 1989; DiClemente, 1991; DiClemente, & Wingood, 1995; Fishbein et. al., 2001; Jemmott, Jemmott, & Fong, 1998; Santelli, DiClemente, Miller, & Kirby, 1999; Weisman, Nathanson, & Ensminger, 1989). Συσχετισμοί έχουν φανεί μεταξύ πολλών θεωρητικών μεσολαβητικών μεταβλητών όπως οι προθέσεις χρήσης προφυλακτικού, η αυτό-αποτελεσματικότητα της χρήσης προφυλακτικού, η αυτό-αποτελεσματικότητα της διαπραγμάτευσης του προφυλακτικού και των πιο ασφαλών σεξουαλικών συμπεριφορών μεταξύ ενηλίκων και νέων εφήβων (Bandura, 1989; DiClemente, 1991; DiClemente, & Wingood, 1995; Fishbein et. al., 2001; Jemmott et. al., 1998; Santelli et. al., 1999; Weisman et. al., 1989).

Πολλοί από αυτούς τους παράγοντες προέρχονται από θεωρητικά μοντέλα αλλαγής της συμπεριφοράς (π.χ. Θεωρία της σχεδιαζόμενης συμπεριφοράς, Μοντέλο πίστης για την Υγεία και την Κοινωνική Γνωστική Θεωρία) και δηλώνουν ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς επιτυγχάνεται στοχεύοντας αυτούς τους παράγοντες (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980; Bandura, 1986; Rosenstock, 1974).

Από μια αναπτυξιακή προοπτική, εκτός από τους θεωρητικούς μεσολαβητές, ένας άλλος παράγοντας που ίσως επηρεάσει την ενήλικη σεξουαλική συμπεριφορά των γυναικών είναι η έννοια του εαυτού. Η αυτοεκτίμηση, ένας δείκτης αυτοαξίας, έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός δείκτης ψυχικής υγείας (Jahoda, 1958) και αποτελεί σημαντική κατασκευή που συχνά ολοκληρώνεται σε διαλλακτικές θεωρίες όπου έχει αναγνωριστεί ως προστατευτικός ή ρυθμιστικός παράγοντας (Friedman, 1989; Zimmerman, Copeland, Shope, & Dielman, 1997).

Συγκεκριμένα, οι διαλλακτικές θεωρίες, δηλώνουν ότι οι ενήλικες σε κοινωνικά περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου ίσως προστατεύονται από την υιοθέτηση επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών εξαιτίας της υψηλής αυτοεκτίμησης τους, κάτι που



αντανακλάται στην επιθυμία και την δέσμευσή τους να αντιμετωπίσουν αρνητικές καταστάσεις (Garmezy, 1991). Η αυτοεκτίμηση έχει υπάρξει ο στόχος προγραμμάτων θετικής ανάπτυξης των νέων για την πρόληψη βίας, χρήσης ουσιών και επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών (Okwumabua, Wong, Duryea, Okwumabua, & Howell, 1999; Oxley, 2001). Η αυτοεκτίμηση έχει συνδεθεί με βασικές δομές όπως η αυτό-αποτελεσματικότητα, η επικοινωνία και οι τεχνικές διαπραγμάτευσης (Braithwaite & Thomas, 2001; McCree, 1997).

Έρευνες υποδεικνύουν, ότι η αυτοεκτίμηση ίσως σχετίζεται με θεωρητικές κατασκευές που προέρχονται από μοντέλα σεξουαλικής συμπεριφοράς και προτείνει ότι η αυτοεκτίμηση παίζει κάποιο ρόλο στην επιρροή των αποτελεσμάτων από προγράμματα μείωσης του κινδύνου σεξουαλικών συμπεριφορών, τα οποία στοχεύουν αυτές τις ίδιες κατασκευές. Εντούτοις, είναι σημαντικό να αποκαλύψουμε το αν η αυτοεκτίμηση σχετίζεται εμπειρικά με αυτές τις κατασκευές.

Η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα, βρέθηκε ότι αποτελεί σημαντική μεταβλητή σχετικά με τις προθέσεις. Αντίθετα, η ικανότητα ελέγχου απέδωσε περισσότερα στην πρόβλεψη μιας συμπεριφοράς, αλλά όχι στην πρόβλεψη των προθέσεων.

Σε έρευνα των Manstead και van Eekelen (1998), για την επίδοση μαθητών, βρέθηκε ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη των προθέσεων αλλά και της διατήρησης κάποιας συμπεριφοράς, ενώ η ικανότητα ελέγχου δεν είχε κάποια συσχέτιση.

Ο Ajzen (2002), έχει μελετήσει τις δύο έννοιες, την αυτό-αποτελεσματικότητα (π.χ. ευκολία/δυσκολία, αυτοεκτίμηση) και την ικανότητα ελέγχου (π.χ. προσωπικός έλεγχος σε συμπεριφορά, εκτίμηση του αν η συμπεριφορά είναι ολοκληρωτικά εξαρτώμενη από το δρών άτομο).

Μια πρόσφατη αναθεώρηση 11 εμπειρικών ερευνών, οι οποίες εξέτασαν αυτή την διάκριση μεταξύ των εννοιών, αναφέρει ότι τα στοιχεία της ικανότητας ελέγχου και της αυτό-αποτελεσματικότητας, μπορούν να διαχωριστούν αξιόπιστα σε ένα εύρος συμπεριφορών, με αποδεδειγμένη την αυτό-αποτελεσματικότητα ως παράγοντα που υπερέχει στην πρόβλεψη προθέσεων και συμπεριφοράς (Trafimow et. al., 2002).

Περαιτέρω πληροφόρηση σχετικά με την έννοια του Σχεδιαζόμενου Συμπεριφορικού Ελέγχου βρίσκεται στην θεωρία του Ajzen (1991), η οποία αναφέρει

τον τρόπο με τον οποίο ο Σχεδιαζόμενος Συμπεριφορικός Έλεγχος ίσως δρα ως μια επιπλέον αιτία μιας συμπεριφοράς ανεξάρτητης από προθέσεις (π.χ. κίνητρο). Ο Σχεδιαζόμενος Συμπεριφορικός Έλεγχος υποτίθεται ότι άμεσα προκαλεί μια συμπεριφορά στο βαθμό στον οποίο «ο αντιλαμβανόμενος» έλεγχος αντιπροσωπεύει τον «πραγματικό» έλεγχο. Εντούτοις, ο Σχεδιαζόμενος Συμπεριφορικός Έλεγχος δεν θεωρείται ως μια επιπλέον επιρροή μιας συμπεριφοράς επειδή μετρά μοναδικές αξίες κινητοποίησης (εσωτερικές αντιλήψεις) αλλά επειδή μπορεί να συλλάβει εξωτερικές επιρροές του «πραγματικού κόσμου» που παρεμποδίζουν ή διευκολύνουν μια συμπεριφορά.

Επίσης στην έρευνα των Rhodes et. al., (2003), παρουσιάστηκε η διάκριση μεταξύ του διαφορετικού δείγματος σχετικά με την κυριαρχία του Σχεδιαζόμενου Συμπεριφορικού Ελέγχου πάνω στην πραγματική ικανότητα. Οι υγιείς νέοι ενήλικες αντιλαμβάνονται ολοκληρωτικά την ικανότητα της επιτυχίας μιας άσκησης (π.χ. διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες) και ερμηνεύουν τα στοιχεία της αυτό-αποτελεσματικότητας (αυτοεκτίμηση, ευκολία/δυσκολία) περισσότερο με το όρο του κινήτρου. Αντίθετα, οι ασθενείς με καρκίνο, ίσως ερμηνεύουν την αυτοπεποίθηση και την ευκολία/δυσκολία και ως κίνητρα και ως ικανότητα της ίδιας της άσκησης. Έτσι παρατηρούμε τις δυνητικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο ενεργοποιούνται διαφορετικά τα στοιχεία της αυτό-αποτελεσματικότητας.

Οι ερευνητές που χρησιμοποιούν την έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας, ίσως ευνοούνται από την συμπερίληψη μιας φράσης σε κάθε ερώτημα που να προϋποθέτει το κίνητρο όπως: «Εάν είχα πραγματικά κίνητρο.....» ή «Εάν πραγματικά ήθελα....». Αυτό είναι απαραίτητο για κάθε ερευνητή που χρησιμοποιεί την αυτό-αποτελεσματικότητα ως αιτία των προθέσεων (π.χ. κίνητρο) ώστε να μειώσει την απρόσεκτη ταυτολογική θεωρολογική θεωροτολογία.

### **Αυτό-αποτελεσματικότητα και Υγεία**

Σύμφωνα με τη θεωρία της *Αυτο-αποτελεσματικότητας* (Self – Efficacy Theory, Bandura, 1977), η υιοθέτηση μιας προληπτικής συμπεριφοράς υγείας, στην περίπτωση αυτή της χρήσης του προφυλακτικού, εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

- 1) τη συνειδητοποίηση ότι το άτομο βρίσκεται σε κίνδυνο,
- 2) την προσδοκία ότι η αλλαγή στη συμπεριφορά του θα μειώσει αυτόν τον κίνδυνο και
- 3) την προσδοκία ότι το άτομο είναι αρκετά ικανό να υιοθετήσει τη συμπεριφορά πρόληψης ή να απέχει από την επικίνδυνη για την υγεία συμπεριφορά.

Πολύ γλαφυρά και με πολλά παραδείγματα περιγράφονται και οι αντιθέσεις ανάμεσα στην αυτο-αποτελεσματικότητα και τους άλλους όρους για τον εαυτό, οι οποίοι αναφέρονται μεν στις πεποιθήσεις του ατόμου για τις ικανότητες και τις δεξιότητες του, αλλά δεν δίνουν έμφαση στις εκτιμήσεις ικανότητας. Με τα παραπάνω συμφωνούν κι άλλοι ερευνητές, όπως οι Zimmerman, (1992) και η Byrne (1996a). Εξάλλου, η Harter τοποθετεί και μέσα στον χρόνο τις παραπάνω έννοιες, επισημαίνοντας πως η αυτοαντίληψη αναφέρεται στο παρελθόν, ενώ η αυτο-αποτελεσματικότητα στο μέλλον (Harter, 1996a, σ. 30).

Ο Bandura (1977), έδειξε επιτυχώς ότι τα άτομα με διαφορετικά επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας αντιλαμβάνονται τον κόσμο με διαφορετικό τρόπο. Τα άτομα με υψηλή αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας έχουν γενικά την άποψη ότι έχουν απόλυτο έλεγχο της ζωής τους. Ότι οι προσωπικές τους ενέργειες και αποφάσεις διαμορφώνουν τη ζωή τους. Αντίθετα, τα άτομα με χαμηλή αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας, θεωρούν ότι η ζωή τους δεν εξαρτάται από τους ίδιους. Ο Bandura έχει επισημάνει την διαφορά της έννοιας της αυτό-αποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης χρησιμοποιώντας το παράδειγμα του ατόμου το οποίο ίσως αισθάνεται χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα για να χορέψει σε μια εκδήλωση, αλλά εάν ο χορός στην εκδήλωση δεν είναι πολύ σημαντικός για αυτό το άτομο, αυτό το γεγονός είναι αρκετά απίθανο να συμβάλλει σε χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Η αυτό-αποτελεσματικότητα έχει μια κανονιστική λειτουργία σε διαφορετικούς τομείς της υγείας, όπως υπακοή στις ιατρικές συστάσεις (π.χ. υιοθέτηση σωματικής άσκησης), θετικές και αρνητικές επιδράσεις, διαχείριση του πόνου και διαχείριση άγχους.

Τα άτομα με ισχυρότερη αυτό-αποτελεσματικότητα, είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν συμπεριφορές προαγωγής της υγείας τους, να τις διατηρήσουν και να συνέλθουν μετά από δυσκολίες.

Οι αισιόδοξες απόψεις ενός ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να διαχειρίζεται καταστάσεις, δημιουργούν θετικά συναισθήματα, όπως η ανησυχία. Τα άτομα με αυτό-αποτελεσματικότητα, ίσως βιώσουν ένα χαμηλό επίπεδο αρνητικών συναισθημάτων σε μια απειλητική κατάσταση και σαν αποτέλεσμα, ίσως νιώθουν ικανά να χειριστούν την κατάσταση (Bandura, 1997). Τα άτομα τα οποία επιβαρύνονται με αισθήματα ανασφάλειας υποφέρουν από αγωνία και αρνητικά συναισθήματα, όπως η κατάθλιψη. Επιπλέον, τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να παράγουν γνωστική σύγχυση, οδηγώντας σε λανθασμένες λύσεις των προβλημάτων.

Η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα, αναπαριστά την πεποίθηση ότι κάποιος μπορεί να χρησιμοποιήσει τις δεξιότητες που απαιτούνται για να αντισταθεί στον πειρασμό, να διαχειριστεί το άγχος και να κινητοποιήσει τις δυνάμεις που απαιτούνται σε κάποιες καταστάσεις (Bandura, 1997). Τα άτομα με υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα επενδύουν σε μια προσπάθεια και επιμένουν περισσότερο χρόνο σε σχέση με τα άτομα με χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα. Τα άτομα με ισχυρή αυτό-αποτελεσματικότητα αναγνωρίζουν ότι είναι ικανά να αντιμετωπίσουν τα εμπόδια και επικεντρώνονται στις ευκαιρίες. Η αυτό-αποτελεσματικότητα οδηγεί σε αποτελεσματική διαχείριση προβλημάτων.

Η αυτό-αποτελεσματικότητα διαφέρει από την έννοια του Ελέγχου καθώς, η έννοια του Ελέγχου γενικά μετρά στάσεις και απόψεις για τον προσωπικό Έλεγχο, ενώ η αυτό-αποτελεσματικότητα χρησιμοποιείται ως όρος που σχετίζεται με περιστασιακές καταστάσεις και ενέργειες. Η Θεωρία της Αυτό-αποτελεσματικότητας έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τις προθέσεις και τις συμπεριφορές και πλέον θεωρείται ως μέτρηση της αντίληψης ελέγχου (Albarracin et. al., 2004.).

Ο Bandura (1986; 1997), υπογράμμισε την επιρροή των στόχων και κατά συνέπεια της αυτο-αποτελεσματικότητας του ατόμου, από τη σύγκριση των ικανοτήτων και της επίδοσης του με τις ικανότητες και την επίδοση των άλλων. Σε αυτό το σημείο η θεωρία του Wills' (1981), για την προς τα κάτω σύγκριση (downward comparison), έρχεται να καλύψει κάποια κενά των προηγούμενων θεωριών. Υποστηρίζει λοιπόν, πως η σύγκριση με άλλους ανθρώπους, παρόμοιου επιπέδου, που όμως λειτουργούν λιγότερο καλά σε παραπλήσιες περιστάσεις, μπορεί να οδηγήσει σε συμπεράσματα υπεροχής. Η έρευνα απέδειξε πως η προς τα κάτω σύγκριση συμβάλλει στο ευ ζην του

ανθρώπου (Gibbons & Gerrard, 1991; Affleck, Tennen, Pfeiffer, & Fifield, 1987; Vrugt, 1994).

### **Η θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας για την αλλαγή συμπεριφορών**

Σύμφωνα με την κοινωνική γνωστική θεωρία (Bandura, 1977α), οι αλλαγές στην αμυντική συμπεριφορά που προκαλείται από διάφορες μεθόδους θεραπείας, προέρχεται από ένα κοινό γνωστικό μηχανισμό. Θεωρείται ότι οι ψυχολογικές διεργασίες αποτελούν τους τρόπους δημιουργίας και ενδυνάμωσης των προσδοκιών για την προσωπική αποτελεσματικότητα.

Η προσωπική αντίληψη της αυτό-αποτελεσματικότητας επηρεάζει την επιλογή των δραστηριοτήτων και των συμπεριφορικών πλαισίων των ατόμων, το πόση προσπάθεια και για πόσο χρόνο θα επιμείνουν αντιμέτωποι με εμπόδια και δυσάρεστες εμπειρίες. Όσο πιο ισχυρή είναι η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα, τόσο πιο ενεργές θα είναι οι προσπάθειες του να ανταπεξέλθουμε. Αυτοί που επιμένουν σε υποκειμενικά απειλητικές δραστηριότητες τελικά θα μειώσουν τις απαγορεύσεις τους μέσω της επανορθωτικής εμπειρίας, ενώ εκείνοι που αποφεύγουν αυτό που φοβούνται, ή σταματούν τις προσπάθειες πρώιμα, θα διατηρήσουν τις αδύναμες προσδοκίες του εαυτού τους και την αμυντική συμπεριφορά.

Σύμφωνα με αυτή την κοινωνική ανάλυση μάθησης, οι προσδοκίες της προσωπικής αποτελεσματικότητας προέρχονται από τέσσερις κύριες πηγές πληροφοριών. Οι επιτυχίες απόδοσης παρέχουν την πιο ισχυρή πληροφορία για την αποτελεσματικότητα, καθώς βασίζεται στις προσωπικές εμπειρίες. Οι άλλες πηγές πληροφοριών για την αποτελεσματικότητα είναι οι αντιπροσωπευτικές εμπειρίες παρατήρησης των άλλων όταν επιτυγχάνουν μέσω των προσπαθειών τους, η λεκτική πειθώ ότι κάποιος διαθέτει τις ικανότητες να ανταπεξέλθει επιτυχώς και η φυσιολογική διέγερση από την οποία τα άτομα κρίνουν το επίπεδο της ανησυχίας και την ευαλωτότητα τους στο άγχος.

Από την οπτική γωνία της κοινωνικής θεωρίας της μάθησης, η μείωση της φυσιολογικής διέγερσης βελτιώνει την απόδοση, μέσω της ενίσχυσης των προσδοκιών αποτελεσματικότητας. Αυτός ο γνωστικός μηχανισμός που μεσολαβεί για την αλλαγή, θέτει μεγαλύτερη έμφαση στην πληροφοριακή παρά στην αυτόματη λειτουργία

ενεργοποίησης της φυσιολογικής διέγερσης. Ένα άτομο μπορεί να εμφανίζει ένα ισόβαθμο αριθμό προσδοκιών αποτελεσματικότητας και επιτυχών επιδόσεων αλλά μπορεί να μην ανταποκρίνεται αντίστοιχα στις ίδιες δραστηριότητες.

Η επίδραση οποιασδήποτε πηγής πληροφόρησης αποτελεσματικότητας, θα εξαρτάται εν μέρει από την συνολική διαμόρφωση των προσδοκιών αποτελεσματικότητας στις οποίες συμβαίνει. Εξαιτίας του ότι οι άνθρωποι διαθέτουν διαφορετικά είδη και σύνολα εμπειριών σχετικά με την αποτελεσματικότητα, δεν μπορούμε να υποθέσουμε ότι η παροχή μιας νέας πηγής πληροφόρησης για την αποτελεσματικότητα θα επηρεάσει όλους ομοιόμορφα.

Η μείωση του φόβου σε απειλές θα προκαλέσει προσδοκίες αποτελεσματικότητας, αλλά περισσότερο σε άτομα που είχαν περιστασιακά επιτυχείς αποδόσεις από ότι σε άτομα που συνεχώς αποτυγχάνουν στις προσπάθειές τους. Επομένως κάποιος θα πρέπει να μετρήσει τον τρόπο συμπεριφοράς των ατόμων, ώστε να διαθέτει την απαραίτητη προϋπόθεση για μια μικροανάλυση των καθοριστικών παραγόντων της αποτελεσματικότητας της συμπεριφοράς.

Το Μοντέλο της Θεωρίας Διαβίβασης<sup>3</sup> για την αλλαγή της συμπεριφοράς (The Transtheoretical Model, Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), προτείνει πέντε στάδια αλλαγής. Το πρώτο είναι η φάση προ-περισυλλογής (στάδιο λήψης αποφάσεων), στην οποία τα άτομα σκέφτονται την αλλαγή μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς για την υγεία, αλλά δεν έχουν ακόμη αποφασίσει να κάνουν αλλαγές.

Στο στάδιο της προετοιμασίας, θα προετοιμαστούν για να αλλάξουν την συμπεριφορά τους. Στο στάδιο της δράσης, τα άτομα έχουν κάνει συγκεκριμένες εμφανείς αλλαγές στον τρόπο της ζωής τους. Όταν η ενέργεια γίνεται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, επιτυγχάνεται το στάδιο συντήρησης. Ένα έκτο στάδιο που αναφέρεται μερικές φορές, είναι το στάδιο της καταγγελίας, στην οποία τα άτομα δεν έχουν πλέον την εμπειρία πειρασμού να επανέλθουν στις παλιές τους συνήθειες. Σύμφωνα με το Μοντέλο της Θεωρίας Διαβίβασης, η αυτο-αποτελεσματικότητα και η αντίληψη για τα θετικά («υπέρ») και τα αρνητικά αποτελέσματα θεωρούνται ως οι κύριες κοινωνικογνωστικές μεταβλητές που αλλάζουν σε όλα τα στάδια. Η αυτο-

---

<sup>3</sup> Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2005). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors and health. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents. Adolescence and education* (Vol. V, 141). Greenwich, CT: Information Age Publishing.

αποτελεσματικότητα, είναι συνήθως χαμηλή στα αρχικά της στάδια και αυξάνεται όταν τα άτομα κινούνται στα επόμενα στάδια.

Η Προσέγγιση Διαδικασίας Δράσης για την Υγεία<sup>4</sup> (Health Action Process Approach, Schwarzer, 2001) ισχύει για όλες τις συμπεριφορές υγείας, με ιδιαίτερη προσοχή στους μηχανισμούς μετα-πρόθεσης. Οι θεωρητικοί της προσέγγισης υποστηρίζουν μια διάκριση μεταξύ (α) των διαδικασιών πριν από το κίνητρο πρόθεσης αλλαγής που οδηγούν σε μια συμπεριφορά πρόθεσης και (β) των διαδικασιών βούλησης μετά την πρόθεση που οδηγούν σε πραγματικές συμπεριφορές υγείας. Μέσα στα πλαίσια των δύο φάσεων, μπορεί να προκύψουν διάφοροι τύποι των κοινωνικών-γνωστικών προγνωστικών παραγόντων.

Στην αρχική φάση κίνητρου, ένα άτομο αναπτύσσει την πρόθεσή του να ενεργήσει. Σε αυτή τη φάση, η αντίληψη του κινδύνου (*«Έχω ένα υψηλό κίνδυνο να υποφέρω από διαβήτη, λόγω του βάρους του σώματός μου»*) θεωρείται απλώς ως ακραίος παράγοντας που προηγείται στο πλαίσιο της φάσης κίνητρου.

Η αντίληψη του κινδύνου από μόνη της δεν αρκεί για να δελεάσει ένα πρόσωπο, ώστε να σχηματίσει μια πρόθεση. Αντιθέτως, θέτει τις βάσεις για μια διαδικασία στοχασμού και περαιτέρω επεξεργασίας για τις συνέπειες και τις ικανότητες του. Ομοίως, οι προσδοκίες αποτελέσματος (*«Εάν τρώω υγιεινά τρόφιμα, θα μειώσω το βάρος μου»*), κατά κύριο λόγο θεωρούνται σημαντικές στη φάση κίνητρου, όταν ένα άτομο εξισορροπεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των συνεπειών μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Επιπλέον, κάποιος πρέπει να πιστέψει στην ικανότητά του να εκτελέσει μια επιθυμητή συμπεριφορά (*«Είμαι σε θέση να ξεκινήσω μια πιο υγιεινή διατροφή, παρά τους πειρασμούς»*), αλλιώς κάποιος θα αποτύχει να ξεκινήσει την συμπεριφορά. Τα προσδόκιμα αποτελέσματα λειτουργούν σε συμφωνία με την αντίληψη αυτο-αποτελεσματικότητας, τα οποία συμβάλλουν ουσιαστικά στον σχηματισμό της πρόθεσης.

Στην επόμενη φάση της διατήρησης, αφού ένα άτομο έχει αναπτύξει μια τάση προς την υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς για την υγεία, η «καλή πρόθεση» πρέπει να μετατραπεί σε λεπτομερείς οδηγίες για το πώς να εκτελέσει την επιθυμητή συμπεριφορά. Έτσι, μια γενική πρόθεση μπορεί να καθορίζεται από ένα

---

<sup>4</sup> Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2005). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors and health. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents. Adolescence and education* (Vol. V, 142). Greenwich, CT: Information Age Publishing.

σύνολο υποδεέστερων προθέσεων και σχεδίων δράσης που περιέχουν αλγόριθμους της αλληλουχίας δράσης.

Η φάση της διατήρησης (ονομάζεται επίσης το στάδιο της βούλησης) επηρεάζεται άμεσα από την αυτο-αποτελεσματικότητα. Ο αριθμός και η ποιότητα των σχεδίων δράσης εξαρτάται από την αντιλαμβανόμενη ικανότητα και την εμπειρία του. Η αυτο-αποτελεσματικότητα επηρεάζει την γνωστική κατασκευή των συγκεκριμένων σχεδίων δράσης, όπως η οπτικοποίηση σεναρίων που μπορεί να καθοδηγεί την επίτευξη του στόχου. Η φάση της διατήρησης περιλαμβάνει τις διαδικασίες ανάληψης πρωτοβουλιών, διατήρησης αλλαγής της συμπεριφοράς και διαχείρισης της υποτροπής (Luszczynska & Schwarzer, 2003; Marlatt, Baer & Quigley, 1995).

Η χρήση προφυλακτικού ως μεταβλητή μπορεί να προβλέψει τις προστατευτικές συμπεριφορές (Dilorio et. al., 2001). Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών επηρεάζουν συνήθως τις πεποιθήσεις αυτο-αποτελεσματικότητας. Σε σύγκριση με ανθρώπους σε ομάδες ελέγχου, τα υψηλότερα επίπεδα της αυτο-αποτελεσματικότητας όσον αφορά τις ασφαλείς σεξουαλικές συμπεριφορές παρατηρούνται σε ομάδες παρέμβασης σε 10 μήνες παρακολούθησης (Siegel, Aten, & Enaharo, 2001). Επιπλέον, παρατηρούνται μεγαλύτερες επιδράσεις της παρέμβασης, μεταξύ των νέων οι οποίοι δεν ήταν σεξουαλικά ενεργοί πριν οποιαδήποτε παρέμβαση.

Μια σύντομη παρέμβαση (2 ώρες) σχετικά με την γνώση και την αυτο-αποτελεσματικότητα σε ικανότητες διαπραγμάτευσης για την χρήση προφυλακτικού επηρεάζει τη γνώση, το σχεδιασμό, τις πεποιθήσεις σχετικά με την ικανότητα κάποιου να διαπραγματευτεί τη χρήση προφυλακτικού, καθώς και την πρόθεση να χρησιμοποιεί προφυλακτικά (Dunn, Ross, Caines, & Howorth, 1998). Επιπλέον, αν η παρέμβαση διεξάγεται από τους εκπαιδευτικούς (σε σύγκριση με τους επαγγελματίες της υγείας), τα αποτελέσματα είναι ακόμη πιο ισχυρά: σε μία μελέτη, το 87% των συμμετεχόντων ήταν βέβαιοι ότι θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικά σωστά (σε σύγκριση με 67% και 57% σε παρεμβάσεις από επαγγελματίες υγείας).

Σύμφωνα με τους Holschneider και Alexander (2003), οι νέοι που χρησιμοποιούν με συνέπεια προφυλακτικά και αναφέρουν ότι έχουν λιγότερους ερωτικούς συντρόφους έχουν υψηλές πεποιθήσεις αισιοδοξίας για την ικανότητά τους να διαπραγματευτούν τη χρήση προφυλακτικού. Αυτά τα αποτελέσματα, θα μπορούσαν



να ερμηνευθούν με δύο τρόπους: (α) η αυτο-αποτελεσματικότητα ενισχύεται ως αποτέλεσμα των εμπειριών του παρελθόντος (όταν ένα άτομο έχει διαπραγματευτεί με επιτυχία χρήση προφυλακτικού), ή (β) η υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα οδήγησε σε επιτυχή απόδοση (π.χ., τη διαπραγμάτευση της χρήσης προφυλακτικού).

Οι Coyle et. al., (1999)<sup>5</sup>, διαπίστωσαν ότι οι αλλαγές στην αυτο-αποτελεσματικότητα χρήσης προφυλακτικού παρατηρήθηκαν 7 μήνες μετά την παρέμβαση. Οι σεξουαλικά ενεργοί μαθητές Λυκείου, ανέφεραν πιο συχνή χρήση των προφυλακτικών σε σύγκριση με τους συμμαθητές στην ομάδα ελέγχου. Επίσης έτειναν να αναφέρουν μικρότερο αριθμό συντρόφων με τους οποίους είχαν σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη.

Οι δεξιότητες χρήσης προφυλακτικού θεωρούνται ένας άμεσος και σημαντικός προγνωστικός παράγοντας ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών (Kalichman et al., 2002). Ωστόσο, οι δεξιότητες εφαρμογής ενός προφυλακτικού δεν σχετίζονται με την επικινδυνότητα της σεξουαλικής συμπεριφοράς εφήβων κοριτσιών ή των συμπτωμάτων σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών (ΣΜΑ), (Crosby et. al., 2001). Άλλες μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι οι δεξιότητες χρήσης προφυλακτικού και η γνώση δεν αποτελούν καλό παράγοντα πρόβλεψης των ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών μεταξύ των εφήβων.

Οι Kalichman et. al., (2002)<sup>6</sup>, διαπίστωσαν ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα είχε άμεση, αδιαμεσολάβητη επίδραση στην συχνότητα της σεξουαλικής επαφής χωρίς προφύλαξεις, ενώ οι δεξιότητες εφαρμογής του προφυλακτικού δεν είχαν. Η σχέση μεταξύ της αυτο-αποτελεσματικότητας και της χρήσης προφυλακτικού ήταν ισχυρότερη από ό, τι ήταν οι σχέσεις μεταξύ της χρήσης προφυλακτικών και είτε το φύλο, την ηλικία ή ριψοκίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές μέσα σε ένα διάστημα 3 μηνών. Είναι πιθανό ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας των ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών. Οι, Christ, Raszka, και Dillon (1998), ανέφεραν ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα να εφαρμόσει κανείς σωστά τα προφυλακτικά δεν σχετίζονταν με την πρόθεση της χρήσης προφυλακτικών.

---

<sup>5</sup> Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2005). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors and health. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents. Adolescence and education* (Vol. V, 144). Greenwich, CT: Information Age Publishing.

<sup>6</sup> Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2005). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors and health. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents. Adolescence and education* (Vol. V, 145). Greenwich, CT: Information Age Publishing.

Τα κορίτσια με υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα και χαμηλές προσδοκίες αρνητικών αποτελεσμάτων σχετικά με τη χρήση προφυλακτικού, είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν προφυλακτικά τακτικά.

### **Οι πεποιθήσεις της αυτό-αποτελεσματικότητας**

Η πεποίθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας, παρέχει το θεμέλιο της ανθρώπινης κινητοποίησης, της ευημερίας και των προσωπικών επιτευγμάτων. Αυτό συμβαίνει διότι αν οι άνθρωποι δεν θεωρούν ότι οι πράξεις τους μπορούν να παράγουν τα αποτελέσματα που επιθυμούν, έχουν μικρό κίνητρο δράσης ή επιμονής εν όψει δυσκολιών. Αρκετά εμπειρικά δεδομένα πλέον υποστηρίζουν την άποψη του Bandura, ότι η πεποίθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας αγγίζει πρακτικά κάθε πλευρά της ζωής των ανθρώπων – αν σκέφτονται παραγωγικά, μειονεκτικά για τον εαυτό τους, απαισιόδοξα ή αισιόδοξα, πόσο καλά κινητοποιούν τους εαυτούς τους και υπομένουν τις δυσκολίες, την ευαλωτότητα τους στο στρες και την κατάθλιψη και τις επιλογές που κάνουν. Η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτελεί ένα σημαντικό καθοριστικό παράγοντα ρύθμισης του εαυτού.

Φυσικά, η ανθρώπινη λειτουργία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Η επιτυχία ή η αποτυχία που βιώνουν οι άνθρωποι καθώς υιοθετούν πολλές εργασίες που συμπεριλαμβάνουν στην ζωή τους, φυσικά επηρεάζουν τις πολλές αποφάσεις που πρέπει να λάβουν. Επίσης, η γνώση και οι δεξιότητες που κατέχουν σίγουρα θα παίξουν σημαντικό ρόλο στο τι θα αποφασίσουν να κάνουν και τι όχι.

Ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρονται οι άνθρωποι συχνά μπορεί να προβλεφθεί καλύτερα από τις απόψεις που διατηρούν για τις ικανότητές τους και όχι από το τι είναι πραγματικά ικανοί να επιτύχουν. Η άποψη και η πραγματικότητα σπάνια ταιριάζουν τέλεια και τα άτομα τυπικά καθοδηγούνται από τις απόψεις τους όταν αντιμετωπίζουν τον κόσμο. Σαν συνέπεια, τα επιτεύγματα των ανθρώπων γενικά προβλέπονται καλύτερα από τις πεποιθήσεις τους για την αυτό-αποτελεσματικότητά τους, παρά από τις προηγούμενες επιτυχίες, την γνώση ή τις δεξιότητες.

Η πεποίθηση των ανθρώπων για την αυτό-αποτελεσματικότητά τους δεν θα πρέπει να συγχέεται με την κρίση τους για τις συνέπειες που θα προκαλέσει η συμπεριφορά τους. Τυπικά, η πεποίθηση για την αυτό-αποτελεσματικότητα βοηθά στον

καθορισμό των αποτελεσμάτων που περιμένει κάποιος. Τα άτομα με αυτοπεποίθηση αναμένουν επιτυχημένα αποτελέσματα και το αντίθετο.

Επειδή τα αποτελέσματα που αναμένουμε αποτελούν το αποτέλεσμα της κρίσης μας για το τι μπορούμε να επιτύχουμε, οι προσδοκίες μας είναι απίθανο να συμβάλλουν σε προβλέψεις της συμπεριφοράς. Μια υψηλή αίσθηση αποτελεσματικότητας ίσως δεν οδηγήσει σε μια συμπεριφορά συμβατή με αυτή την άποψη, αλλά αν το άτομο θεωρεί ότι το αποτέλεσμα υιοθέτησης αυτής της συμπεριφοράς θα έχει ανεπιθύμητες συνέπειες.

Εξαιτίας του ότι τα άτομα λειτουργούν συλλογικά αλλά και ατομικά, η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτελεί ατομική και συλλογική κατασκευή.

### **Η επίδραση της πεποίθησης αυτό-αποτελεσματικότητας στην ανθρώπινη λειτουργία**

Η πεποίθηση που διαθέτουμε για την αυτό-αποτελεσματικότητά μας μπορεί να αναβαθμίσει τα ανθρώπινα κατορθώματα και την ευημερία με πολλούς τρόπους. Αν οι άνθρωποι δεν πιστεύουν ότι οι πράξεις τους θα έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, τότε έχουν μικρό κίνητρο να τις υιοθετήσουν.

Οι πεποιθήσεις μας για την αυτό-αποτελεσματικότητα μας βοηθούν να καθορίσουμε πόση προσπάθεια θα καταβάλλουμε σε μια δραστηριότητα, πόσο χρόνο θα επιμείνουμε όταν αντιμετωπίζουμε εμπόδια και πόσο ελαστικοί θα είμαστε εν όψει αντίθετων καταστάσεων. Όσο υψηλότερη η αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας, τόσο μεγαλύτερη η προσπάθεια, η επιμονή και η ελαστικότητα.

Οι πεποιθήσεις μας για την αυτό-αποτελεσματικότητα, επηρεάζουν και τον τρόπο σκέψης ενός ατόμου αλλά και τις συναισθηματικές του αντιδράσεις. Η υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα βοηθά στην δημιουργία συναισθημάτων ηρεμίας κατά την προσέγγιση δύσκολων έργων και δραστηριοτήτων. Αντίθετα, οι άνθρωποι με χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα, ίσως πιστεύουν ότι τα πράγματα είναι πιο δύσκολα από ότι είναι, μια άποψη που προκαλεί ανησυχία, στρες, κατάθλιψη και μια περιορισμένη θεώρηση για τον καλύτερο τρόπο επίλυσης ενός προβλήματος.

Σαν συνέπεια, οι πεποιθήσεις για την αυτό-αποτελεσματικότητα μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο επίτευξης που μπορεί να επιτύχει τελικά κάποιος. Αυτή η

λειτουργία των προσωπικών πεποιθήσεων, μπορεί να δημιουργήσει τον τύπο της «αυτό-εκπληρούμενης προφητείας» σύμφωνα με την οποία κάποιος επιτυγχάνει αυτά τα οποία πιστεύει ότι μπορεί να επιτύχει. Έτσι, η επιμονή που σχετίζεται με την υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα είναι πιθανό να οδηγήσει σε αυξημένη απόδοση, η οποία στη συνέχεια αυξάνει την αίσθηση αποτελεσματικότητας κάποιου, ενώ το να παραδοθεί κάποιος με χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα βοηθά στην επιβεβαίωση της ίδιας της αποτυχίας, η οποία χαμηλώνει περαιτέρω την αυτοπεποίθηση.

Ο Bandura (1986), υποστηρίζει ότι όταν ερευνούμε την σχέση μεταξύ αποτελεσματικότητας και συμπεριφοράς, πρέπει να είμαστε σίγουροι για την πεποίθηση αυτό-αποτελεσματικότητας σε σχέση με την διερευνούμενη συμπεριφορά και αντίστροφα.

### **Πώς δημιουργούνται οι πεποιθήσεις για την αυτό-αποτελεσματικότητα**

Τα άτομα διαμορφώνουν τις πεποιθήσεις για την αυτό-αποτελεσματικότητά τους ερμηνεύοντας πληροφορίες κυρίως από τέσσερις πηγές. Η πηγή η οποία επηρεάζει περισσότερο είναι το *ερμηνευμένο αποτέλεσμα προηγούμενης επιτυχούς εμπειρίας*. Τα άτομα υιοθετούν δραστηριότητες, ερμηνεύουν τα αποτελέσματα των ενεργειών τους, χρησιμοποιούν τις ερμηνείες για να αναπτύξουν πεποιθήσεις για την ικανότητά του να υιοθετούν παρόμοιες δραστηριότητες και δρουν σύμφωνα με τις πεποιθήσεις που δημιούργησαν. Συνήθως, τα αποτελέσματα που ερμηνεύονται ως επιτυχημένα ενισχύουν την αυτό-αποτελεσματικότητα ενώ αυτά που ερμηνεύονται ως αποτυχίες την μειώνουν.

Επιπλέον, οι άνθρωποι διαμορφώνουν τις πεποιθήσεις για την αυτό-αποτελεσματικότητά τους μέσω αντιπροσωπευτικών εμπειριών παρατήρησης άλλων να εκτελούν δραστηριότητες. Αυτή η πηγή πληροφόρησης είναι πιο αδύναμη, αλλά αν οι άνθρωποι δεν είναι σίγουροι για τις ικανότητές τους ή όταν έχουν περιορισμένη προηγούμενη εμπειρία, τότε γίνονται πιο ευαίσθητοι σε αυτή.

Τα άτομα επίσης δημιουργούν πεποιθήσεις αυτό-αποτελεσματικότητας ως αποτέλεσμα της κοινωνικής πειθούς που λαμβάνουν από άλλους. Συνήθως είναι πιο εύκολο να αποδυναμώσει κανείς τις πεποιθήσεις αυτό-αποτελεσματικότητας κάποιου,

μέσω αρνητικών εκτιμήσεων, παρά να ενισχύσει τέτοιες πεποιθήσεις μέσω θετικής ενίσχυσης.

Σωματικές και συναισθηματικές καταστάσεις, όπως η ανησυχία, το στρες και καταστάσεις διάθεσης, παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις αυτό-αποτελεσματικότητας. Ισχυρές συναισθηματικές αντιδράσεις σε μια δραστηριότητα, παρέχουν στοιχεία για την αναμενόμενη επιτυχία ή αποτυχία του αποτελέσματος. Όταν βιώνουν αρνητικές σκέψεις και φόβους σχετικά με τις ικανότητές τους, οι αντιδράσεις μπορεί να μειώσουν τις αντιλήψεις αυτό-αποτελεσματικότητας και να προκαλέσουν επιπλέον στρες, το οποίο επιβεβαιώνει την ανεπαρκή απόδοση που φοβούνται.

Όπως παρατηρεί ο Bandura (1997), οι άνθρωποι ζουν σε ψυχικά περιβάλλοντα τα οποία κατά κύριο λόγο δημιουργούν μόνοι τους. Τα άτομα ερμηνεύουν τα αποτελέσματα γεγονότων και αυτές οι ερμηνείες παρέχουν τις πληροφορίες στις οποίες βασίζονται οι αποφάσεις. Το είδος των πληροφοριών που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να λαμβάνουν αποτελεσματικές αποφάσεις και οι κανόνες που υιοθετούν για την αξιολόγησή τους, διαμορφώνουν την βάση για τέτοιες ερμηνείες. Έτσι, η επιλογή, η ερμηνεία, η ανασυλλογή πληροφοριών, επηρεάζουν τις αποφάσεις αυτό-αποτελεσματικότητας.

### **Η αυτό-αποτελεσματικότητα και το ανθρώπινο επίτευγμα**

Από τότε που ο Bandura εισήγαγε την έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας το 1977, οι ερευνητές είχαν μεγάλη επιτυχία αποδεικνύοντας ότι οι πεποιθήσεις για την αυτό-αποτελεσματικότητα ενός ατόμου επηρεάζει τα επιτεύγματά του σε διάφορους τομείς (Stajkovic & Luthans, 1998).

Γενικά, οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι οι πεποιθήσεις για την αυτό-αποτελεσματικότητα και οι αλλαγές της συμπεριφοράς συσχετίζονται σημαντικά και ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της συμπεριφοράς. Η σημασία αυτού του συμπεράσματος υποκίνησε τους Graham και Weiner (1996), να υποστηρίξουν ότι ιδιαίτερα στην ψυχολογία και την εκπαίδευση, η αυτό-αποτελεσματικότητα έχει αποδειχθεί ως ο πιο συνεπής παράγοντας πρόβλεψης των αποτελεσμάτων μιας συμπεριφοράς από ότι οποιαδήποτε άλλη κατασκευή

κινήτρων. Δεν είναι λοιπόν, απλά θέμα του πόσο ικανός είναι κάποιος αλλά πόσο ικανός θεωρεί ότι είναι.

### **Ο αντιλαμβανόμενος συμπεριφορικός έλεγχος**

#### **(Perceived Behavioral Control)**

Η θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς προήλθε από την θεωρία της Λογικής Δράσης (Ajzen & Fishbein, 1975), η οποία υπέθετε ότι η ανθρώπινη κοινωνική συμπεριφορά είναι κυρίως ελεγχόμενη από ηθελημένο έλεγχο και επομένως μπορεί να προβλεφθεί μόνο και μόνο από τις προθέσεις. Η κατασκευή του αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου προστέθηκε σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης καταστάσεων στις οποίες τα άτομα ίσως δεν έχουν τον απόλυτο ηθελημένο έλεγχο σε μια συμπεριφορά.

Βέβαια, ακόμα και οι καθημερινές συμπεριφορές μπορεί να υπόκεινται σε απρόβλεπτα εμπόδια και έτσι ο ηθελημένος έλεγχος σε κάποια συμπεριφορά θεωρείται καλύτερα ως ένα θέμα μεγέθους και όχι είδους.

Η έννοια λοιπόν του αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου, εισήχθη στην θεωρία της Έλλογης Δράσης για να περιβάλλει τα μη ηθελημένα στοιχεία που αποτελούν μέρος κάθε συμπεριφοράς. Έτσι, ένα υψηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενου ελέγχου, θα πρέπει να ενισχύει την πρόθεση του ατόμου να εκτελέσει την συμπεριφορά και να αυξήσει την προσπάθεια και την επιμονή. Επομένως, ο αντιλαμβανόμενος συμπεριφορικός έλεγχος μπορεί να επηρεάσει την συμπεριφορά έμμεσα, μέσω της επιρροής του στις προθέσεις.

Ο αντιλαμβανόμενος συμπεριφορικός έλεγχος, παρέχει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τον πραγματικό έλεγχο ενός ατόμου σε μια κατάσταση και επομένως μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένας επιπλέον παράγοντας πρόβλεψης της συμπεριφοράς.

Ο αντιλαμβανόμενος συμπεριφορικός έλεγχος οφείλει την ύπαρξή του στην θεωρία του Bandura (1977; 1989; 1997) για την αυτό-αποτελεσματικότητα.

Η έρευνα των Tolma et. al., (2006), διεξήχθη για να εξετάσει το ιδεολογικό πλαίσιο της θεωρίας της Σχεδιαζόμενης Συμπεριφοράς στην κατανόηση της προληπτικής εξέτασης Κυπρίων γυναικών για καρκίνο του μαστού και να εξετάσει την

σχέση της αυτό-αποτελεσματικότητας και του αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου.

Η έρευνα διεξήχθη με βάση την μεθοδολογία που πρότειναν οι διαμορφωτές της θεωρίας (Fishbein & Ajzen, 1975). Τρία είδη πληροφοριών συγκεντρώθηκαν: α) τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα μιας μαστογραφίας β) σημαντικοί παράγοντες που ίσως επηρεάσουν την απόφαση μιας γυναίκας να κάνει μια μαστογραφία γ) περιβαλλοντικοί παράγοντες που ίσως επηρεάσουν την απόφαση μιας γυναίκας να κάνει μια μαστογραφία.

Ο αντιλαμβανόμενος συμπεριφερικός έλεγχος, μετρήθηκε ως η ευκολία/δυσκολία μιας μαστογραφίας, επικεντρώνοντας κυρίως στους εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. συνολικό περιβάλλον του νοσοκομείου και διαδικασίες μαστογραφίας), ενώ η αυτό-αποτελεσματικότητα μετρήθηκε ως η αντιλαμβανόμενη πεποίθηση στην ικανότητα κάποιας να κάνει μαστογραφία και να επικοινωνήσει με τον γιατρό, επικεντρώνοντας κυρίως στους εσωτερικούς παράγοντες. Η αυτό-αποτελεσματικότητα θεωρείται όχι με τις ίδιες τις δεξιότητες, αλλά με τις αξιολογήσεις του τι μπορεί να κάνει κανείς με αυτές τις δεξιότητες. Υπάρχει μικρότερη επικέντρωση στην επίτευξη ενός στόχου ή τον ίδιο τον έλεγχο μιας συμπεριφοράς (Bandura, 1991).

Αντίθετα, ο αντιλαμβανόμενος συμπεριφερικός έλεγχος θεωρείται με την ευκολία ή τη δυσκολία που θα βασιστεί η συμπεριφορά στις παρούσες δεξιότητες. Αυτή δηλώνει μια μεγαλύτερη επικέντρωση στον πραγματικό έλεγχο μιας συμπεριφοράς (Ajzen, 1988).

Οι δύο έννοιες (αυτό-αποτελεσματικότητα και αντιλαμβανόμενος συμπεριφερικός έλεγχος) αποτελούν κατασκευές που αντανakλούν πεποιθήσεις για την παρουσία εσωτερικών παραγόντων. Για παράδειγμα, ένας εσωτερικός παράγοντας του εσωτερικού αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου, αναφέρεται στην εμπιστοσύνη μιας γυναίκας προς το προσωπικό του νοσοκομείου ή την δυσaráσκειά της κατά την επίσκεψη στο νοσοκομείο. Ένας εσωτερικός παράγοντας της εσωτερικής αυτό-αποτελεσματικότητας, αναφέρεται στην αυτοπεποίθηση μιας γυναίκας να κάνει μια μαστογραφία ή στη γνώση των ερωτημάτων που θα κάνει στον γιατρό σχετικά με αυτή.

Ο Ajzen (2002), εισήγαγε μια νέα έννοια σχετικά με την σχέση της αυτό-αποτελεσματικότητας και του αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου. Υποστήριξε

ότι «η κεντρική έννοια του αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου αποτελείται από δύο παράγοντες: την αυτό-αποτελεσματικότητα (σχετικά με την ευκολία/δυσκολία εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς) και την ικανότητα ελέγχου (το βαθμό στον οποίο η απόδοση εξαρτάται αποκλειστικά από το άτομο)».

## **Θεωρία Εστίασης Ελέγχου**

### **Locus of Control**

Η εφαρμογή της θεωρίας «*Locus of Control Theory*» (Rotter, 1966) σχετίζεται με τις ρυθμίσεις για την υγεία. Υποστηρίζει, ότι τα άτομα που αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο για την δική τους υγεία και αισθάνονται την υγεία ως υψηλή αξία, είναι πιο πιθανό να επιδιώξουν την προαγωγή της υγείας σε σχέση με τα άτομα που αισθάνονται ότι η υγεία τους εξαρτάται από εξωτερικούς παράγοντες.

Η θεωρία του «Κέντρου Ελέγχου» αποτελεί μια έννοια η οποία προκάλεσε αρκετή έρευνα στην Ψυχολογία, σε πολλούς τομείς. Χρησιμοποιείται σε τομείς όπως η εκπαιδευτική, η κλινική ψυχολογία ή η ψυχολογία υγείας. Βέβαια θα πρέπει να γίνουν προσεκτικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στην θεωρία του «Κέντρου Ελέγχου» και της θεωρίας της Αυτό-αποτελεσματικότητας.

Όταν τα άτομα είναι ικανά να καθορίσουν ή να επηρεάσουν το τι τους συμβαίνει ή το τι θα τους συμβεί, αυτά τα άτομα θεωρείται ότι «έχουν τον έλεγχο». Ο έλεγχος αποτελεί μια κεντρική κατασκευή στην ψυχολογία και το να βρίσκεται κάποιος υπό έλεγχο, αποτελεί μια παγκοσμίως επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης για τα περισσότερα άτομα. Στον τομέα της υγείας, ο έλεγχος έχει συνδεθεί τυπικά με τα θετικά αποτελέσματα για την υγεία (Walker, 2001).

Ο έλεγχος μπορεί να είναι πραγματικός ή φανταστικός (Taylor & Brown, 1988). Στην δεύτερη περίπτωση, είναι η αντίληψη του ελέγχου που έχει σημασία, ιδιαίτερα επειδή το σύνολο του πραγματικού ελέγχου που μπορεί να έχουμε για την υγεία μας είναι περιορισμένος. Το σύνολο της έρευνας σχετικά με τον έλεγχο και την υγεία, έχει συσχετίσει τις απόψεις για τον έλεγχο παρά τον ίδιο τον έλεγχο. Οι απόψεις ελέγχου στα πλαίσια της υγείας αναφέρονται στις σκέψεις (ή γνώσεις) κάποιου ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να επηρεάσει την συμπεριφορά του, την υγεία του ή την φροντίδα της υγείας του (Wallston, 2001α ; 2001β).



Σε ορισμένες έρευνες, το κέντρο ελέγχου περιγράφεται ως το χαρακτηριστικό, το οποίο καθορίζεται από το πώς μερικοί άνθρωποι νιώθουν ότι έχουν ισχυρό έλεγχο στη διαμόρφωση της ζωής τους (*εσωτερικό κέντρο ελέγχου*), ενώ άλλοι νιώθουν ότι πρέπει να στηριχθούν σε εξωτερικές δυνάμεις (*εξωτερικό κέντρο ελέγχου*).

Το κέντρο ελέγχου, φαίνεται να επηρεάζει τη μάθηση, τα κίνητρα και τη συμπεριφορά. Τα άτομα με εσωτερικό κέντρο ελέγχου, θεωρούν ότι η επιτυχία ή η αποτυχία οφείλεται στις προσπάθειες ή τις ικανότητές τους. Τα άτομα με εξωτερικό κέντρο ελέγχου, είναι πιθανόν να θεωρούν ότι άλλοι παράγοντες όπως η τύχη ή η δυσκολία του στόχου ή οι ενέργειες άλλων ανθρώπων είναι η αιτία για την επιτυχία ή αποτυχία. Αν και παρουσιάζεται μία μεγάλη διασπορά των ανθρώπων με βάση το γνώρισμα του κέντρου ελέγχου στις δύο βασικές κατηγορίες (εσωτερικό – εξωτερικό κέντρο ελέγχου) πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι νιώθουν ότι εξαρτώνται από εξωτερικές δυνάμεις.

Στο ίδιο πλαίσιο, σε άλλες έρευνες, διαπιστώνεται ότι το κέντρο ελέγχου είναι σημαντικός προάγγελος της ακαδημαϊκής επίδοσης των φοιτητών. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε και σε περιβάλλον εξ'αποστάσεων εκπαίδευσης, διαπιστώθηκε ότι οι σπουδαστές με εσωτερικό κέντρο ελέγχου ήταν πιο επιτυχημένοι από αυτούς με εξωτερικό κέντρο ελέγχου (Miltiadou & Savenye, 2003).

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που διευκολύνουν ή δυσκολεύουν μια συμπεριφορά. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες, όπως οι δεξιότητες και η θέληση, είναι εσωτερικοί για το άτομο ενώ άλλοι παράγοντες, όπως οι απαιτήσεις ενός έργου και οι ενέργειες ενός άλλου ατόμου, θεωρούνται ως εξωτερικοί (Ajzen, 1985).

Ο διαχωρισμός ανάμεσα στις εσωτερικές και εξωτερικές αιτίες μιας συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά συμπεράσματα. Για παράδειγμα, η ευθύνη για την αποτυχία ή την επιτυχία αποδίδεται στο ενεργών άτομο όταν εκλαμβάνεται ότι προέκυψε από εσωτερικούς παράγοντες (ικανότητα, προσπάθεια) αλλά όχι όταν εκλαμβάνεται ότι προέκυψε λόγω εξωτερικών παραγόντων (δυσκολία έργου, τύχη).

Δυστυχώς, ο παράγοντας εσωτερικός – εξωτερικός έλεγχος, συχνά συγχέεται με τον έλεγχο ή την έλλειψη ελέγχου πάνω στην εκτέλεση μιας συμπεριφοράς. Αυτή η σύγχυση ίσως οφείλεται στην έννοια του εκλαμβανόμενου τύπου ελέγχου (Rotter, 1966). Οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς τον τρόπο που εκλαμβάνουν την τιμωρία, την

ανταμοιβή, ή άλλα γεγονότα στη ζωή τους είτε οφειλόμενα στις πράξεις τους, είτε οφειλόμενα σε παράγοντες πάνω από τον προσωπικό τους έλεγχο. Εντούτοις, μια πιο αναλυτική παρατήρηση αποκαλύπτει ότι ο εκλαμβανόμενος έλεγχος πάνω σε ένα αποτέλεσμα ή ένα γεγονός εξαρτάται από το εσωτερικό ή εξωτερικό κέντρο των παραγόντων που ευθύνονται για αυτό.

Συχνά παρατηρείται μια λανθασμένη εξίσωση της αυτό-αποτελεσματικότητας με τον εσωτερικό έλεγχο, ενώ οι απόψεις για την ελεγχσιμότητα μιας συμπεριφοράς θεωρείται ότι συνδέονται με εξωτερικούς παράγοντες. Ο παράγοντας της αυτό-αποτελεσματικότητας συνδέεται με την ευκολία ή την δυσκολία εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς, βασιζόμενη στην αυτοπεποίθηση των ατόμων ότι μπορούν να την εκτελέσουν, εάν το επιθυμούν. Αντίθετα, η ικανότητα ελέγχου, σχετίζεται με την πίστη των ατόμων ότι έχουν τον έλεγχο πάνω στην συμπεριφορά, ότι η εκτέλεση ή μη της συμπεριφοράς εξαρτάται από αυτούς. Δυστυχώς δεν έχει υπάρξει κάποια ανεξάρτητη απόδειξη, ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα αντανakλά εσωτερικά εμπόδια ή διευκολυντές, ούτε ότι η ικανότητα ελέγχου αντανakλά την λειτουργία εξωτερικών παραγόντων. Η ευκολία ή η δυσκολία εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς, είναι αντιληπτικά ανεξάρτητη από το εσωτερικό ή εξωτερικό κέντρο.

Εκτιμώντας ότι ο τόπος του ελέγχου είναι μόνο μια ατελή ένδειξη της αντίληψης του ελέγχου, άλλες γνωστικές κατασκευές, όπως η αντιλαμβανόμενη ικανότητα, η γνώση, και η αυτό-αποτελεσματικότητα είναι πιο άμεσα ενδεικτικές της πεποίθησης ότι κάποιος είναι υπό έλεγχο, ιδιαίτερα όσον αφορά την συμπεριφορά του.

Τόσο η γνώση (Pearlin & Schooler, 1978) όσο και η αντιλαμβανόμενη ικανότητα (White, 1959) αναφέρονται στον έλεγχο καταστάσεων και αποτελεσμάτων αλλά και συμπεριφορών. Η αυτό-αποτελεσματικότητα, όπως αρχικά συλλήφθηκε από τον Bandura (1977), αναφερόταν σε μια έννοια προσαρμόσιμη στα εκάστοτε δεδομένα. Τα άτομα είναι αυτό-αποτελεσματικά στο βαθμό που θεωρούν ότι μπορούν να κάνουν οτιδήποτε είναι απαραίτητο για να αποκτήσουν αξίες ενισχύσεις σε οποιαδήποτε κατάσταση βρεθούν. Μια άλλη γνωστική κατασκευή όμοια της αυτο-αποτελεσματικότητας είναι ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς, που αποτελεί βασικό παράγοντα πρόβλεψης της συμπεριφοράς και της πρόθεσης συμπεριφοράς στην Θεωρία της Σχεδιαζόμενης Συμπεριφοράς του Ajzen (Ajzen, 1991).

Μόνο με τον χειρισμό του βαθμού του ελέγχου που διαθέτει κάποιος ή θεωρεί ότι διαθέτει και την μέτρηση των αλλαγών στην συμπεριφορά ή την κατάσταση της υγείας κάποιου, θα μπορούσαν οι ερευνητές να ελπίζουν να αντιληφθούν τη σχέση μεταξύ ελέγχου και υγείας.

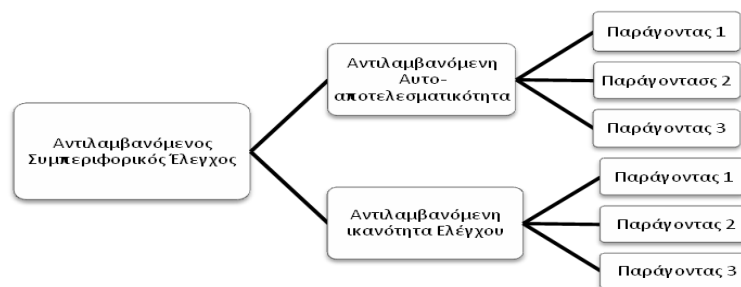
Όταν τα άτομα πιστεύουν ότι διαθέτουν τις απαιτούμενες πηγές και ευκαιρίες (π.χ. δεξιότητες, χρόνο, χρήματα, συνεργασία με άλλους) και ότι τα εμπόδια που μπορεί να προκύψουν είναι λίγα και διαχειρίσιμα, θα πρέπει να έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να εκτελέσουν μια συμπεριφορά και επομένως να παρουσιάσουν ένα υψηλό βαθμό αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου. Αντίθετα, όταν θεωρούν ότι δεν διαθέτουν τις προϋποθέσεις και ότι είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν σοβαρά εμπόδια, θα πρέπει να αξιολογήσουν την εκτέλεση της συμπεριφοράς ως δύσκολη και να παρουσιάσουν ένα χαμηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου. Αυτό βέβαια ισχύει είτε οι προϋποθέσεις και τα εμπόδια είναι τοποθετημένα στο εσωτερικό ή εξωτερικό κέντρο ελέγχου.

Είναι πιθανό ότι σε έρευνες όπου οι ερωτώμενοι αντιμετωπίζουν ερωτήματα σχετικά με την ικανότητά τους να εκτελέσουν μια συμπεριφορά (αυτο-αποτελεσματικότητα) αναφέρονται κυρίως σε εσωτερικούς παράγοντες και ότι οι πεποιθήσεις για τους εξωτερικούς παράγοντες είναι πιο άμεσα προσβάσιμοι όταν οι ερωτώμενοι μελετούν το αν η εκτέλεση της συμπεριφοράς εξαρτάται εξολοκλήρου από αυτούς (ικανότητα ελέγχου).

Σύμφωνα με το *Ιεραρχικό Μοντέλο του Αντιλαμβανόμενου Συμπεριφορικού Ελέγχου* (βλ. *Σχήμα*) ίσως μπορούμε καλύτερα να εξηγήσουμε τις σχέσεις ανάμεσα στην αυτό-αποτελεσματικότητα, την αντιλαμβανόμενη ελεγχσιμότητα και τον αντιλαμβανόμενο συμπεριφορικό έλεγχο. Σε αυτό το μοντέλο, η αυτό-αποτελεσματικότητα και η αντιλαμβανόμενη ελεγχσιμότητα αποτελούν δύο ξεχωριστούς παράγοντες. Παρόλα αυτά, μαζί συνθέτουν την έννοια του αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου.

Η αντίληψη του κινδύνου δεν θα πρέπει να συγχέεται με την επιθυμία του ελέγχου, μια κατασκευή ελέγχου του κινήτρου. Τα περισσότερα άτομα θα επιθυμούσαν να ελέγχουν την κατάσταση της υγείας τους, αλλά αυτό διαφέρει από το αν αισθάνονται ότι διαθέτουν αυτό τον έλεγχο (Wallston, 1989). Χωρίς την ταυτόχρονη αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας ή την ικανότητα για την υγεία, πολλοί άνθρωποι προτιμούν

να αφήσουν τον έλεγχο της υγειονομικής περίθαλψης στους ιατρούς και άλλους ειδικούς παροχής υγειονομικής φροντίδας.



Σχήμα. Ιεραρχικό Μοντέλο του Αντιλαμβανόμενου Συμπεριφορικού Ελέγχου

### Το Μοντέλο σχεδιασμού PRECEDE-PROCEED

Τα μοντέλα σχεδιασμού μιας καμπάνιας Αγωγής Υγείας, τα οποία βασίζονται κατά πολύ σε επιδημιολογικές αναλύσεις, υπηρέτησαν την δημόσια υγεία σε προηγούμενες περιόδους, όταν η αιτιολογία μπορούσε να ανιχνευθεί σε απλούς οργανισμούς και η πρόληψη μπορούσε να επιτευχθεί μέσω μιας περιβατολογικής παρέμβασης για τον έλεγχο ενός αιτιολογικού παράγοντα ή με μια απλή συμπεριφορά, η οποία θα μπορούσε να προσφέρει ανοσία ή άλλου είδους προστασία. Μετά την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών και τραυματισμών ως κύριων αιτίων θανάτου και ανικανότητας και με την εκτεταμένη επιρροή των κοινωνικών επιστημών στον τρόπο σκέψης σχετικά με την δημόσια υγεία, προέκυψε και η εκτίμηση της ευρύτητας των μεταβλητών, οι οποίες θα έπρεπε να μελετηθούν εκτός από την ενημέρωση, την κατανόηση και των στάσεων των ατόμων, των οποίων η επικινδυνότητα της συμπεριφοράς τους ήταν υπό αμφισβήτηση.

Ο Andersen (1968) συγκεκριμένα, πρότεινε ένα συμπεριφορικό μοντέλο το οποίο τόνιζε την σημασία των διευκολυντικών και ανασταλτικών παραγόντων στην χρήση προληπτικών και άλλων υπηρεσιών υγείας από οικογένειες. Ο Green (1974), επεξεργάστηκε αυτό το μοντέλο με την σκιαγράφηση μιας τρίτης ομάδας καθοριστικών

παραγόντων, δίνοντας έμφαση στους ενισχυτικούς παράγοντες οι οποίοι οφείλονται για τα μοντέλα συμπεριφοράς τα οποία επικρατούν σε θέματα χρόνιων ασθενειών στην δημόσια υγεία. Αυτό το μοντέλο, το οποίο είναι γνωστό ως PRECEDE, καθοδήγησε την αγωγή υγείας σε αυτό που αποκαλούμε προαγωγή υγείας και είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιημένο μοντέλο στον σχεδιασμό προγραμμάτων, με περίπου 900 εφαρμογές ως το 2003.

Το μοντέλο PRECEDE, βασίζεται στην προϋπόθεση ότι, όπως μια ιατρική διάγνωση προηγείται της θεραπευτικής αγωγής, μια εκπαιδευτική διάγνωση του προβλήματος είναι ουσιαστική πριν την ανάπτυξη και χορήγηση ενός σχεδίου παρέμβασης. Οι παράγοντες προδιάθεσης περιλαμβάνουν τη γνώση, τις στάσεις, τις απόψεις, τις προσωπικές προτιμήσεις, τις δεξιότητες και την αυτό-αποτελεσματικότητα προς την αλλαγή της επιθυμητής συμπεριφοράς. Οι ενισχυτικοί παράγοντες, περιλαμβάνουν την κοινωνική υποστήριξη, την οικονομική επιβράβευση και την αλλαγή των κοινωνικών κανόνων. Οι επιτρεπτικοί παράγοντες, αποτελούν δεξιότητες και σωματικούς παράγοντες όπως η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα πηγών και υπηρεσιών που διευκολύνουν την επίτευξη της κινητοποίησης για την αλλαγή της συμπεριφοράς.

Το 1991, το μοντέλο PROCEED προστέθηκε στο αρχικό πλαίσιο. Καθώς οι συμπεριφορές σε σχέση με την υγεία όπως το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ αυξήθηκαν ή έγιναν πιο ανθεκτικές στην αλλαγή, άρχισε να αναγνωρίζεται και η επιρροή τους από παράγοντες όπως τα Μ.Μ.Ε., η πολιτική και οι επιχειρήσεις, οι οποίοι βρίσκονται έξω από τον άμεσο έλεγχο των ατόμων.

Δίνοντας έμφαση σε καθοριστικούς κοινωνικο-περιβαντολογικούς παράγοντες, οι οποίοι ενισχύουν την υγιή συμπεριφορά, ο σχεδιασμός της προαγωγής υγείας τόνισε την ανάγκη αλλαγών στην πολιτική και την οργάνωση που είναι αναγκαίες για να υποστηρίξουν τους ανθρώπους στις προσπάθειές τους να αποκτήσουν μεγαλύτερο έλεγχο της υγείας τους. Αυτές οι αναθεωρήσεις οδήγησαν στην δημιουργία μοντέλων στο σχεδιασμό προαγωγής υγείας με την προσθήκη του PROCEED, ώστε προέκυψε το νέο μοντέλο PRECEDE-PROCEED. Το μοντέλο PRECEDE-PROCEED προσθέτει μια διαδικασία βήμα-βήμα για τον ορισμό προτεραιοτήτων δράσης, αξιολογώντας την σχετική σημασία και την ικανότητα αλλαγής πιθανών στόχων για παρέμβαση, μεταξύ των ποικίλων αιτών για το αποτέλεσμα της υγείας.

| <b>The Precede-Proceed Planning Model</b>                             |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>PRECEDE Phases</b>                                                 | <b>PROCEED Phases</b>               |
| <b>Phase 1</b> - Social Diagnosis                                     | <b>Phase 5</b> – Implementation     |
| <b>Phase 2</b> - Epidemioogical, Behavioral & Environmental Diagnosis | <b>Phase 6</b> - Process Evaluation |
| <b>Phase 3</b> - Edutional & Ecological Diagnosis                     | <b>Phase 7</b> - Impact Evaluation  |
| <b>Phase 4</b> - Administrative & Policy Diagnosis                    | <b>Phase 8</b> - Outcome Evaluation |

### **Μοντέλα Αποφάσεων για την Υγεία**

Οι τρεις μεγαλύτερες θεωρητικές προσεγγίσεις κυριαρχούν στην έρευνα που διεξάγεται σήμερα σχετικά με την ενδοπροσωπική επικοινωνία της υγείας. Το πρώτο είναι το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Health Belief Model), ένα μοντέλο που δημιουργήθηκε για την δεκαετία του 1950 για να εξηγήσει το γιατί τα άτομα υιοθετούν ή όχι προληπτικές συμπεριφορές υγείας. Η δεύτερη είναι η Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης, ένα μοντέλο που επικεντρώνεται στην αντιλαμβανόμενη ικανότητα των ατόμων να εκτελούν πράξεις προαγωγής της υγείας και πρόληψης ασθενειών. Το τρίτο είναι το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, το οποίο δεν αποτελεί τόσο ένα ενιαίο μοντέλο, καθώς ενσωματώνει πολλές θεωρητικές προοπτικές για να εξηγήσει τις ενδοπροσωπικές διαδικασίες που εκτελούν τα άτομα όταν αντιμετωπίζουν μια απειλή για την υγεία τους.

### **Ανάπτυξη του Μοντέλου Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας**

Μόνο λίγα θεωρητικά βήματα έχουν πραγματοποιηθεί αφότου ο Rogers (1975; 1983) δημοσίευσε την Θεωρία των Κινήτρων Προστασίας. Η θεωρία που αναφέρεται ως Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, χρησιμοποιεί το μοντέλο παράλληλης διαδικασίας του Leventhal (1970), ως το συνολικό πλαίσιο για να διαφοροποιήσει τις δύο διαδικασίες, τον έλεγχο κινδύνου και τον έλεγχο του φόβου. Οι Beck και Frankel (1981), ανέφεραν ότι το μοντέλο παράλληλης διαδικασίας είναι το πιο ευρύ από τις θεωρίες επίκλησης φόβου και παρόλο που εικονικά δεν έχει μελετηθεί, προσφέρει ένα καλό πλαίσιο για να παράγουμε περαιτέρω θεωρία. Οι σύγχρονες θεωρίες αποτυγχάνουν να εξηγήσουν γιατί οι επικλήσεις φόβου απορρίπτονται.

Το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας συνέχισε από το σημείο που σταμάτησε η Θεωρία των Κινήτρων Προστασίας. Συγκεκριμένα, το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας υιοθετεί την αυθεντική εξήγηση της Θεωρίας των Κινήτρων Προστασίας για τις διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου, οι οποίες οδηγούν στην αποδοχή ενός μηνύματος (μια πλευρά του μοντέλου παράλληλης διαδικασίας) και ορίζει και επεκτείνει τις διαδικασίες ελέγχου του φόβου, οι οποίες οδηγούν στην απόρριψη του μηνύματος (η άλλη πλευρά του μοντέλου παράλληλης διαδικασίας).

Ας αναλογιστούμε τι συμβαίνει όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει μια επίκληση φόβου που απεικονίζει τα συστατικά της απειλής (π.χ. σοβαρότητα και ευαλωτότητα) και τα συστατικά της αποτελεσματικότητας (π.χ. αποτελεσματικότητα αντίδρασης και αυτό-αποτελεσματικότητα). Πρώτα, τα άτομα αξιολογούν την αντιλαμβανόμενη απειλή του κινδύνου. Αν η αξιολόγηση της απειλής οδηγεί σε μέτρια ως υψηλή αντίληψη απειλής, τότε προκαλείται ο φόβος (Easterling & Leventhal, 1989; Lang, 1984) και οι άνθρωποι κινητοποιούνται για να αρχίσουν την δεύτερη αξιολόγηση, η οποία είναι μια εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της προτεινόμενης αντίδρασης. Όταν η απειλή εκλαμβάνεται ως χαμηλή (ασήμαντη ή άσχετη) δεν υπάρχει το κίνητρο της περαιτέρω επεξεργασίας του μηνύματος. Η αποτελεσματικότητα δεν αξιολογείται και δεν υπάρχει κάποια αντίδραση στην επίκληση φόβου.

Όταν η αντιλαμβανόμενη απειλή και η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι υψηλές, τότε ξεκινούν οι διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου. Όταν τα άτομα φοβούνται μια σημαντική απειλή και αντιλαμβάνονται ότι μια αντίδραση θα μπορούσε να αποτρέψει αποτελεσματικά μια απειλή, τότε κινητοποιούνται να ελέγξουν τον κίνδυνο (κίνητρο προστασίας) και αρχίζουν να σκέφτονται στρατηγικές αντιμετώπισης της απειλής. Όταν κυριαρχούν οι διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου, τα άτομα αντιδρούν στον κίνδυνο, όχι στο φόβο.

Αντίθετα, όταν η αντιλαμβανόμενη απειλή είναι υψηλή, αλλά η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι χαμηλή, αρχίζουν οι διαδικασίες ελέγχου του φόβου. Ο φόβος αρχικά προκαλείται από την προσωπικότητα και η σημαντική απειλή γίνεται έντονη, όταν τα άτομα θεωρούν ότι είναι ανίκανα να αποτρέψουν την απειλή. Έτσι, κινητοποιούνται για να χειριστούν τον φόβο τους (αμυντικός χειρισμός) υιοθετώντας αντιδράσεις, όπως η άρνηση. Όταν κυριαρχούν οι διαδικασίες ελέγχου του φόβου, τα άτομα αντιδρούν στον φόβο τους, όχι στον κίνδυνο.

Η σκέψη γύρω από ένα φοβικό μήνυμα, ίσως αρχικά συμβάλλει στην αίσθηση φόβου και η αίσθηση φόβου ίσως οδηγήσει ένα άτομο στην υπεραξιολόγηση της απειλής. Ο φόβος προκαλεί δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις και μπορεί έμμεσα να επηρεάσει προσαρμοστικές αντιδράσεις. Γενικά, η αντιλαμβανόμενη απειλή καθορίζει την ένταση της αντίδρασης στο μήνυμα, ενώ η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα καθορίζει την φύση της αντίδρασης στην απειλή (π.χ. ποια διαδικασία ενεργοποιείται – έλεγχος κινδύνου ή έλεγχος φόβου) (Lazarus, 1991α; 1991β; 1991γ; Lazarus&Folkman, 1984). Κάθε άτομο αξιολογεί τα συστατικά ενός μηνύματος σε σχέση με τις προηγούμενες εμπειρίες του, την κουλτούρα και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Έτσι, η ίδια επίκληση φόβου μπορεί να προκαλέσει διαφορετικές αντιλήψεις σε διαφορετικά άτομα, επηρεάζοντας έτσι και τα ακόλουθα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, αν κάποιο άτομο αντιλαμβάνεται υψηλή απειλή και χαμηλή αποτελεσματικότητα από ένα μήνυμα και κάποιο άλλο άτομο αντιλαμβάνεται υψηλή απειλή και υψηλή αποτελεσματικότητα από το ίδιο μήνυμα, τότε το πρώτο άτομο θα αναμένεται να υιοθετήσει διαδικασίες ελέγχου του φόβου του και το δεύτερο θα αναμένεται να υιοθετήσει διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου.

### **Το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας**

Το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, αποτελεί μια θεωρία «επίκλησης φόβου». Οι επικλήσεις φόβου είναι μηνύματα που εκφοβίζουν ένα κοινό ώστε να υιοθετήσει την προτεινόμενη αντίδραση. Η πρώτη ομάδα των επικλήσεων φόβου επικεντρώνεται στην απειλή της υγείας δίνοντας έμφαση στην σοβαρότητα της απειλής και την πιθανότητα να συμβεί αυτή η απειλή. Ο φόβος προκαλείται όταν μια απειλή εκλαμβάνεται ως σχετική και σημαντική.

Η δεύτερη ομάδα των επικλήσεων φόβου επικεντρώνεται στην αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης αντίδρασης α) σχετικά με την αποτροπή ή την αποφυγή της απειλής (αποτελεσματικότητα αντίδρασης) και β) στην προσπάθειά του να αυξήσει την αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα ενισχύοντας την ικανότητα κάποιου να εκτελέσει την προτεινόμενη αντίδραση υπογραμμίζοντας συγκεκριμένα και εύκολα βήματα για την αποτροπή της απειλής (αυτό-αποτελεσματικότητα).



Το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας αναγνωρίζει τα δύο είδη διαδικασιών ενδοατομικής επικοινωνίας και καθορίζει το είδος της ομιλίας με τον εαυτό μας, ως αντίδραση σε απειλές της υγείας μας ή σε φοβικά μηνύματα.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο η αξιολόγηση μιας απειλής για την υγεία, κινητοποιεί δύο διαδικασίες συζήτησης με τον εαυτό μας, οι οποίες καταλήγουν είτε σε διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου (*γνωστικές διαδικασίες*) ή σε διαδικασίες ελέγχου του φόβου (*συναισθηματικές διαδικασίες*). Πρώτα, τα άτομα αξιολογούν την απειλή του κινδύνου, καθορίζοντας το αν η απειλή είναι σοβαρή και αν θεωρούν ότι είναι ευάλωτα σε αυτή την απειλή. Όσο πιο σοβαρή η απειλή, τόσο πιο κινητοποιημένα είναι τα άτομα να ξεκινήσουν μια δεύτερη διαδικασία, η οποία αφορά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της προτεινόμενης αντίδρασης. Όταν η απειλή θεωρείται ασήμαντη ή άσχετη (αντιλαμβάνεται ως χαμηλή), δεν υπάρχει κίνητρο να επεξεργαστούμε περαιτέρω την απειλή. Η αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης αντίδρασης αξιολογείται επιφανειακά ή και καθόλου και δεν προκαλείται καμία αντίδραση στην απειλή. Αν οι άνθρωποι δεν αισθάνονται κίνδυνο ή δεν αισθάνονται την απειλή ως σημαντική, απλά την αγνοούν.

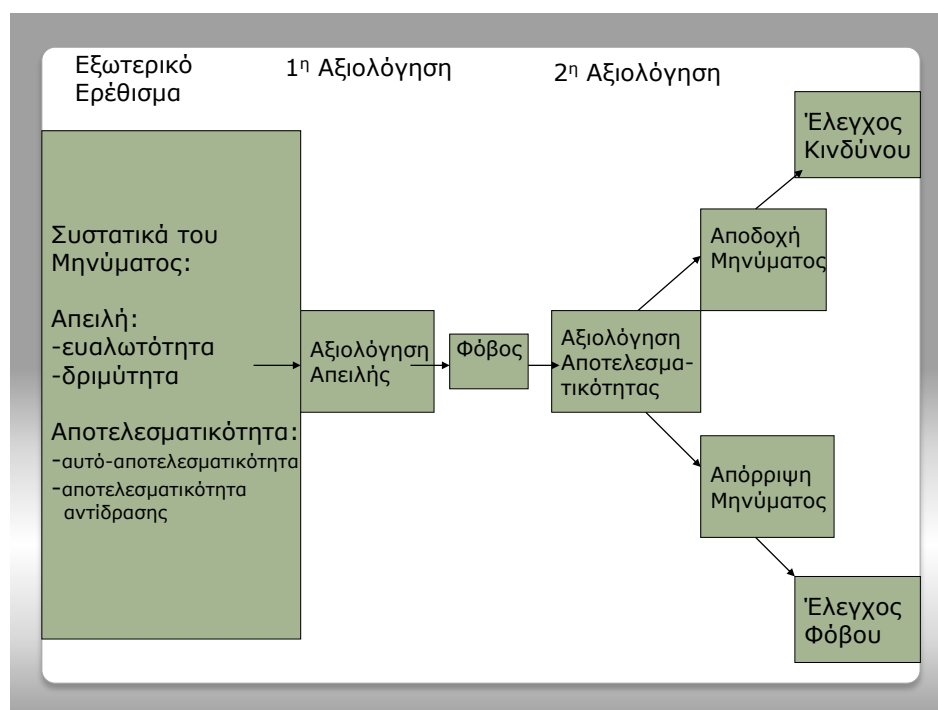
Οι διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου, θα κυριαρχήσουν και οι άνθρωποι θα ενεργήσουν με τρόπους οι οποίοι αποτρέπουν την απειλή εφόσον οι αντιλήψεις της αποτελεσματικότητας είναι πιο σημαντικές από τις αντιλήψεις της απειλής. Με άλλα λόγια, όταν κυριαρχούν οι διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου τα άτομα κινητοποιούνται ώστε να ελέγξουν τον κίνδυνο σκεπτόμενοι τρόπους για να προστατέψουν τον εαυτό τους. Οι γνώσεις ή οι σκέψεις που λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια διαδικασιών ελέγχου του κινδύνου προκαλούν το κίνητρο της προστασίας, το οποίο διεγείρει προσαρμοστικές ενέργειες όπως η στάση, η πρόθεση ή οι αλλαγές της συμπεριφοράς που ελέγχουν τον κίνδυνο.

Εντούτοις, σε κάποιο κρίσιμο σημείο όταν τα άτομα συνειδητοποιούν ότι δεν μπορούν να αποτρέψουν μια σοβαρή απειλή από το να συμβεί, - είτε επειδή θεωρούν ότι η αντίδραση είναι αναποτελεσματική, είτε επειδή θεωρούν ότι είναι ανίκανα να την εκτελέσουν -, οι διαδικασίες ελέγχου του φόβου θα ξεκινήσουν να κυριαρχούν πάνω στις διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου.

Οι διαδικασίες ελέγχου του φόβου, είναι κυρίως συναισθηματικές διαδικασίες όπου τα άτομα αντιδρούν και χειρίζονται τον φόβο τους, όχι τον κίνδυνο. Το αμυντικό

κίνητρο προκαλείται από την αυξημένη διέγερση φόβου, η οποία συμβαίνει όταν η αντιλαμβανόμενη απειλή είναι υψηλή και η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι χαμηλή και παράγει αντιδράσεις που ελέγχουν τον φόβο κάποιου, όπως την αμυντική αποφυγή ή την αμυντική αντίδραση.

Έρευνες έχουν δείξει, ότι οι επικλήσεις φόβου με υψηλά επίπεδα απειλής και χαμηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας οδηγούν σε απόρριψη του μηνύματος και κάποιες φορές σε αποτελέσματα μπούμερανγκ (οι άνθρωποι κάνουν το αντίθετο από αυτό που υποστηρίζεται).



**Σχεδιάγραμμα: Το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας<sup>7</sup>**

Εν συντομία, σύμφωνα με το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, όταν οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν μια απειλή σχετικά με την υγεία τους, πείθουν τον εαυτό τους να ελέγξουν τον κίνδυνο (την πραγματική απειλή) ή να ελέγξουν τον φόβο σχετικά με τον κίνδυνο. Αξιολογούν τον κίνδυνο του να βιώσουν πραγματικά την απειλή, σε σχέση με τις ενέργειες που μπορούν να κάνουν για να μειώσουν ή να αποτρέψουν αυτή την απειλή. Οι διαδικασίες ενδοπροσωπικής επικοινωνίας για το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας συμβαίνουν τόσο σε γνωστικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Το συναίσθημα αποτελεί μια σημαντική μεταβλητή

<sup>7</sup> <http://nnlm.gov/archive/pnr/eval/witte.html>

στην έρευνα της ενδοπροσωπικής επικοινωνίας της υγείας, η οποία αξίζει μεγαλύτερη προσοχή.

- ***Πρόταση 1: Όταν η αντιλαμβανόμενη απειλή είναι χαμηλή, ανεξάρτητα από το επίπεδο της αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας, δεν θα υπάρξει περαιτέρω επεξεργασία του μηνύματος.***

Έτσι, δεν υπάρχει καμία αντίδραση στην επίκληση φόβου επειδή το μήνυμα δεν υπόκειται σε περαιτέρω επεξεργασία. Η Witte (1991), βρήκε την λιγότερη δυνατή στάση, πρόθεση και αλλαγή συμπεριφοράς στην συνθήκη χαμηλής απειλής, ανεξάρτητα από το επίπεδο αποτελεσματικότητας.

- ***Πρόταση 2: Καθώς αυξάνεται η αντιλαμβανόμενη απειλή, ενώ η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι υψηλή, το ίδιο θα αυξάνεται και η αποδοχή του μηνύματος.***

Οι άνθρωποι α) συνειδητοποιούν ότι βρίσκονται σε κίνδυνο από μια σοβαρή απειλή και αποκτούν το κίνητρο να προστατέψουν τον εαυτό τους β) θεωρούν ότι μπορούν να αποτρέψουν τον κίνδυνο (υψηλή αποτελεσματικότητα και γ) σκόπιμα και γνωστικά αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο. Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι οι επικλήσεις φόβου με υψηλά επίπεδα απειλής και υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας παράγουν την αποδοχή ενός μηνύματος (Kleinot & Rogers, 1988; Maddux & Rogers, 1983; Rogers & Mewborn, 1976; Witte, 1992). Οι γνωστικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τις διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου, ενεργοποιούν ενέργειες προσαρμογής όπως η στάση, η πρόθεση ή οι αλλαγές συμπεριφοράς, οι οποίες ελέγχουν τον κίνδυνο.

- ***Πρόταση 3: Οι γνωστικές διαδικασίες σχετικά με την απειλή και την αποτελεσματικότητα προκαλούν την δημιουργία στάσης, πρόθεσης ή αλλαγές της συμπεριφοράς.***
- ***Πρόταση 4: Καθώς αυξάνεται η αντιλαμβανόμενη απειλή ενώ η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι χαμηλή, οι άνθρωποι θα κάνουν το αντίθετο από αυτό που προτείνεται (μπούμερανγκ).***

Οι άνθρωποι για να ελέγξουν τον αφόρητο φόβο που προέρχεται από μια κατάσταση υψηλής ή χαμηλής αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας, είτε ενσυνείδητα ή ασυνείδητα αρνούνται την απειλή ή αντιδρούν ενάντια στο μήνυμα και εκτελούν ακόμα περισσότερο την απαγορευμένη συμπεριφορά, για να μειώσουν το φόβο ή την ανησυχία. Η πρόταση 4 υποστηρίζεται από έρευνες που δηλώνουν ότι η

υψηλή απειλή, όταν συνδυάζεται με χαμηλή αποτελεσματικότητα οδηγεί σε απόρριψη του μηνύματος ή αντιδράσεις μούμερανγκ (Kleinot & Rogers, 1982; Rippetoe & Rogers, 1987; Rogers & Mewborn, 1976; Witte, 1992).

Γενικά, οι αντιδράσεις ελέγχου του φόβου (αμυντική αποφυγή) θα αναμένονταν να έρχονται σε αντίθεση με τις διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου (στάση, πρόθεση, αλλαγή συμπεριφοράς). Αν οι άνθρωποι σκέφτονται τρόπους για να αλλάξουν την συμπεριφορά τους, δεν αποφεύγουν αμυντικά την απειλή. Αντιστρόφως, αν τα άτομα αποφεύγουν αμυντικά την απειλή, δεν σκέφτονται τρόπους για να προστατέψουν τον εαυτό τους.

- ***Πρόταση 5: Οι δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις θα σχετίζονται αντιστρόφως ανάλογα με τις προσαρμοστικές αντιδράσεις.***

Επιπλέον, όταν η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι σε μέτριο επίπεδο, το κρίσιμο σημείο ίσως δεν συμβεί άμεσα, αλλά σε κάποιο μέτριο επίπεδο της απειλής. Για παράδειγμα, όταν η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι σε μέτριο επίπεδο, οι άνθρωποι ίσως αρχικά θεωρούν ότι μπορούν να αποτρέψουν την απειλή. Αλλά καθώς η απειλή αυξάνεται σε ένταση και σχετικότητα, τα άτομα ίσως αρχίσουν να εγκαταλείπουν οποιεσδήποτε ελπίδες να αποτρέψουν την απειλή. Έτσι:

- ***Πρόταση 6: Καθώς η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα αυξάνεται ενώ η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι μέτρια, η αποδοχή του μηνύματος αρχικά θα αυξηθεί και μετά θα μειωθεί, οδηγώντας σε μια λειτουργία αντεστραμμένου σχήματος U.***
- ***Πρόταση 7: Ο φόβος προκαλεί δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις***

Αυτή η πρόταση είναι εμπειρικά εύλογη, καθώς οι Rogers και Mewborn (1976), βρήκαν ότι ο φόβος επηρεάζει την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα μιας απειλής, η οποία στη συνέχεια επηρεάζει τις γνωστικές διαδικασίες, αλλά η διέγερση του φόβου δεν προέβλεπε τις προθέσεις άμεσα. Επομένως:

- ***Πρόταση 8: Όταν η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι υψηλή, ο φόβος επηρεάζει έμμεσα τα αποτελέσματα προσαρμογής, καθώς μεσολαβεί η αντιλαμβανόμενη απειλή.***
- ***Πρόταση 9: Όταν η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι υψηλή, υπάρχει μια αμοιβαία σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενης απειλής και φόβου.***

Έρευνες που μετρούσαν την πραγματική σωματική διέγερση δεν βρήκαν άμεσα σχέση μεταξύ της διέγερσης φόβου και των αποτελεσμάτων προσαρμογής (Mewborn & Rogers, 1979; Rogers & Deckner, 1975).

Εντούτοις, ο φόβος που προκλήθηκε μέσω τεχνικών ψευδούς ανατροφοδότησης άλλαξε τις στάσεις (Giesen & Hendrick, 1974; Hendrick, Giesen, & Borden, 1975). Έτσι, ο φόβος αξιολογήθηκε γνωστικά και αυτό οδήγησε σε αποδοχή του μηνύματος.

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι κάποιος θα μπορούσε να αισθανθεί φόβο σε καταστάσεις ελέγχου του κινδύνου και θα μπορούσε να έχει σκέψεις σε καταστάσεις ελέγχου του φόβου – παρόλο που ο φόβος δεν είναι απαραίτητος για τις διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου, έτσι και οι γνωστικές διαδικασίες δεν είναι απαραίτητες για τις διαδικασίες φόβου. Έτσι:

- ***Πρόταση 10: Οι γνωστικές διαδικασίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα δεν σχετίζονται με τις δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις.***

Και επειδή η αντιλαμβανόμενη απειλή προκαλεί φόβο,

- ***Πρόταση 11: Οι γνωστικές διαδικασίες σχετικά με την απειλή σχετίζονται έμμεσα με τις δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις.***

Η έρευνα έχει δείξει ότι οι άνθρωποι οι οποίοι είναι αρκετά ανήσυχοι, δεν διαθέτουν δεξιότητες αντιμετώπισης, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση ή αισθάνονται αρκετά ευάλωτοι σε κάποια απειλή είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις (διαδικασίες ελέγχου του φόβου) όταν αντιμετωπίζουν μια σοβαρή απειλή, σε σχέση με εκείνους που δεν είναι ανήσυχοι, έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση ή δεν αισθάνονται ευάλωτοι στην απειλή (π.χ., Poster & Mongeau, 1984; Dabbs & Leventhal, 1966; Hale & Mongeau, 1991; Janis & Feshbach, 1954; Kornzweig, 1967; Leventhal & Trembly, 1968; Leventhal & Watts, 1966; Rosen, Terry, & Leventhal, 1982).

Έτσι, σύμφωνα με το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση ίσως αξιολογούν ένα προτεινόμενο μήνυμα ως ανέφικτο ή αναποτελεσματικό, ενώ τα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση ίσως αξιολογούν το ίδιο προτεινόμενο μήνυμα ως αποτελεσματικό και εύκολο να πραγματοποιηθεί. Καθώς οι αντιλαμβανόμενες απειλές αυξάνονται, τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση ίσως είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν διαδικασίες ελέγχου του φόβου, επειδή έχει ικανοποιηθεί η συνθήκη υψηλής/χαμηλής αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας,

ενώ τα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση ίσως είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου, επειδή αντιλαμβάνονται και την αποτελεσματικότητα και την απειλή ως υψηλή.

Γενικά, το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας ενοποιεί προηγούμενες θεωρητικές απόψεις, υποστηρίζοντας ότι ο φόβος οδηγεί στην απόρριψη ενός μηνύματος (όπως υποστήριζε ο Janis, 1967) και οι γνωστικές διαδικασίες (αντιλαμβανόμενη απειλή και αποτελεσματικότητα) οδηγούν σε αποδοχή του μηνύματος (όπως πρότειναν οι Leventhal, 1970; Rogers, 1975; 1983). Τα βασικά σημεία του Μοντέλου Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας είναι ότι α) ο φόβος σχετίζεται σημαντικά με τις αντιδράσεις απόρριψης ενός μηνύματος και δεν έχει κανένα συσχετισμό με τις αντιδράσεις αποδοχής ενός μηνύματος, β) οι γνωστικές διαδικασίες για την προτεινόμενη αντίδραση σχετίζονται σημαντικά με την αποδοχή ενός μηνύματος και δεν σχετίζονται με την απόρριψή του.

Επομένως θα μπορούσαμε να δηλώσουμε ότι α) ο έλεγχος του φόβου αποτελεί μια συναισθηματική διαδικασία και β) ο έλεγχος του κινδύνου αποτελεί μια γνωστική διαδικασία.

Το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας διαθέτει δυνητικές πιθανότητες για τους εκπαιδευτές της υγείας στην προαγωγή της αποτελεσματικότητας καθώς και της απειλής, ώστε να κινητοποιήσουν τα άτομα να υιοθετήσουν συμπεριφορές προαγωγής της υγείας (Witte, 1991). Αυτό το μοντέλο έχει χορηγηθεί εκτενώς, με μια ποικιλία ερευνητικών μεθόδων, για μια ποικιλία θεμάτων και με μια ποικιλία συμμετεχόντων.

Το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας έχει εξεταστεί μέσω μιας ευρείας ποικιλίας ερευνητικών μεθόδων και πειραμάτων (Gore & Bracken, 2005; McMahan, Witte, & Meyer, 1998; Roberto, Meyer, Johnson, & Atkin, 2000; Witte, 1992; Witte, 1994α ; Witte, Berkowitz, Cameron, & McKeon, 1998; Witte & Morrison, 1995α; Witte & Morrison, 1995β; Witte, Sampson, Liu, & Morrison, 1995), έρευνες (Murray-Johnson et. al., 2001; Witte et. al., 1993; Witte, 1994β; Witte, Cameron, McKeon, & Berkowitz, 1996), focus groups (Witte, 1997; Witte, Cameron, & Nzyuko, 1995; Witte et. al., 1996; Murray-Johnson et. al., 2004) και συνεντεύξεις (Smith, Ferrara, & Witte, 2007). Η πρόληψη της εφηβικής εγκυμοσύνης (Witte, 1997), η πρόληψη του ιού HIV/AIDS (Murray-Johnson et. al., 2001; Witte, 1992; Witte, 1994α;

Witte, 1994β; Witte, Cameron et. al., 1995; Witte & Morrison, 1995α; Witte & Morrison, 1995β; Witte, Girma & Girgre, 2002-2003), αποτελούν κάποια από τα θέματα των μελετών με βάση το Μοντέλο εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας. Οι έρευνες με βάση το μοντέλο αυτό, έχουν επικεντρωθεί σε πολλούς διαφορετικούς πληθυσμούς όπως μαθητές Γυμνασίου (Murray-Johnson et. al., 2001; Witte, Sampson, et. al., 1995), μαθητές Λυκείου (Witte, 1997; Witte & Morrison, 1995b), φοιτητές (Gore et. al., 2005; McMahan et. al., 1998; Witte, 1992; Witte, 1994α; Witte, 1994β; Witte & Morrison, 1995α; Witte, Berkowitz, Cameron, et. al., 1998), νέους της Αιθιοπίας (Witte et. al., 2002-2003), ιερόδουλες της Κένυα (Witte, Cameron, et. al., 1995), νοικοκυριά της Ναμίμπια (Smith et. al., 2007), Αφρικανο-Αμερικανούς καπνιστές (Witte et. al., 1996).

Με αυτές τις διαφορετικού τύπου μεθόδους, θέματα και πληθυσμούς, οι επικλήσεις απειλής φαίνεται να αλληλεπιδρούν με την αποτελεσματικότητα κατά ένα τρόπο, όπου τα μηνύματα υψηλής απειλής και υψηλής αποτελεσματικότητας προάγουν τις διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου, οδηγώντας σε αποδοχή του μηνύματος. Αντίθετα, τα μηνύματα υψηλής απειλής και χαμηλής αποτελεσματικότητας προάγουν τις διαδικασίες ελέγχου του φόβου, οδηγώντας σε απόρριψη του μηνύματος και ποικίλες ψυχολογικές άμυνες (Witte & Allen, 2000).

### **Ενσωμάτωση Ενδοατομικών Προοπτικών στην Επικοινωνία Υγείας**

Καθώς αξιολογούμε την βιβλιογραφία σχετικά με τα μοντέλα αποφάσεων για την υγεία, προκύπτουν πολλά κοινά σημεία. Ποια είναι αυτά τα κοινά σημεία κάθε διαφορετικής θεωρητικής προοπτικής;

**Πρώτον**, όλες οι προσεγγίσεις επικεντρώνονται σε υποδείξεις δράσης. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (*Health Belief Model*) υπογραμμίζει εξωτερικά (μηνύματα) και εσωτερικά (σωματικές ενδείξεις) στοιχεία. Η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (*Social Cognitive Theory*) υιοθετεί τρόπους ενίσχυσης της αυτο-αποτελεσματικότητας (π.χ. αντιπροσωπευτική μάθηση, πειστικά μηνύματα, σωματικές αλλαγές). Η επίκληση φόβου είναι το κύριο στοιχείο στο Μοντέλο Εκτεταμένης

Παράλληλης Διαδικασίας. Φαίνεται ότι η ενδοατομική επικοινωνία της υγείας συμβαίνει ως αντίδραση είτε σε ένα εσωτερικό, είτε σε ένα εξωτερικό στοιχείο.

**Δεύτερον**, οι περισσότερες προσεγγίσεις δίνουν έμφαση σε μια απειλή της υγείας. Θεωρητικά, τα μοντέλα αποφάσεων για την υγεία αναφέρουν ότι τα άτομα πρέπει να αισθάνονται ευάλωτα σε κάποια σοβαρή απειλή, για να υιοθετήσουν υγιής συμπεριφορές. Χωρίς την αντίληψη μιας απειλής, οι άνθρωποι δεν έχουν το κίνητρο να προστατέψουν τον εαυτό τους απέναντι σε μια ασθένεια. Η βιβλιογραφία για την αντίληψη κινδύνου υπογραμμίζει τις διαδικασίες ενδοατομικής επικοινωνίας που οδηγούν στην αντίληψη της ευάλωτότητας και της έντασης μιας απειλής.

**Τρίτον**, δύο από τα μοντέλα αποφάσεων για την υγεία αναφέρονται σε θέματα αποτελεσματικότητας σχετικά με την προτεινόμενη αντίδραση. Η βιβλιογραφία της επικοινωνίας του κινδύνου επικεντρώνεται κυρίως στην απειλή της υγείας και τον τρόπο που αντιδρούν οι άνθρωποι στην απειλή και δεν αναφέρεται σε θέματα αποτελεσματικότητας. Στην Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (*Social Cognitive Theory*) δίνεται έμφαση στην αυτό-αποτελεσματικότητα και τις προσδοκίες αποτελέσματος. Στο Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας δίνεται έμφαση στην αυτό-αποτελεσματικότητα και την αποτελεσματικότητα της αντίδρασης. Φαίνεται ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα στην Κοινωνική Γνωστική Θεωρία και στο Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας είναι ταυτόσημες. Επομένως, η έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας φαίνεται ότι αποτελεί έννοια κλειδί και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται σε κάθε μοντέλο ενδοατομικής επικοινωνίας της υγείας.

Ένα άλλο είδος αποτελεσματικότητας, φαίνεται ότι αναγνωρίζεται σε κάθε Μοντέλο αποφάσεων για την Υγεία. Συγκεκριμένα, οι έννοιες όπως οι προσδοκίες αποτελέσματος στην Κοινωνική Γνωστική Θεωρία και η αποτελεσματικότητα της αντίδρασης στο Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, φαίνεται να είναι παρόμοιες. Όλες αναφέρονται σε απόψεις σχετικά με το τι θα συμβεί αν εκτελεστεί η προτεινόμενη αντίδραση. Συγκεκριμένα, οι προσδοκίες του αποτελέσματος συσχετίζονται με τις αντιλήψεις για το αν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά θα οδηγήσει σε συγκεκριμένο αποτέλεσμα, ενώ η αποτελεσματικότητα της αντίδρασης σχετίζεται με αντιλήψεις για το αν η προτεινόμενη αντίδραση είναι αποτελεσματική στην αποτροπή της απειλής.



**Τέταρτον**, τα εμπόδια φαίνεται να αποτελούν μια σημαντική έννοια που απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή, αν και το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (*Health Belief Model*) είναι το μόνο που αναφέρει την έννοια. Τα εμπόδια δεν αναφέρονται στην Κοινωνική Γνωστική Θεωρία. Στο Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, η αυτό-αποτελεσματικότητα ορίζεται περιλαμβάνοντας την έννοια των εμποδίων. Συγκεκριμένα, οτιδήποτε επηρεάζει την αντιλαμβανόμενη ικανότητα κάποιου να εκτελέσει μια συγκεκριμένη πράξη, είτε αρνητική είτε θετική, φαίνεται ότι επηρεάζει την αυτό-αποτελεσματικότητα. Τα εμπόδια αποτελούν εκείνες τις μεταβλητές που αποτρέπουν κάποιο άτομο από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς ανεξάρτητα από τον αν θεωρεί ότι μπορεί να την εκτελέσει ή όχι. Έτσι, η αυτό-αποτελεσματικότητα και τα εμπόδια θα πρέπει να αναφέρονται χωριστά σε κάποιο μοντέλο ενδοατομικής επικοινωνίας για την υγεία.

Συνολικά, ένα μοντέλο ενδοατομικής επικοινωνίας για την υγεία θα πρέπει να περιλαμβάνει το συστατικό της απειλής, δύο συστατικά αποτελεσματικότητας (αποτελεσματικότητα προτεινόμενης αντίδρασης) και ένα συστατικό εμποδίου.

Όπως προτείνεται από το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, κάποια στοιχεία μπορεί να είναι εσωτερικά (π.χ. αδιαθεσία, νευρικήτητα) ή εξωτερικά (διαφημίσεις, επισκέψεις στο Νοσοκομείο). Όταν αυτά τα στοιχεία παρουσιάζονται στους ανθρώπους και τους θέτουν υπό επαγρύπνηση για μια απειλή της υγείας τους, τότε συνομιλούν με τον εαυτό τους σχετικά με την ευαλωτότητα τους και την σημασία της απειλής, για ουσιαστικές αντιδράσεις στην απειλή που θα μπορούσαν να την αποτρέψουν, αν είναι ικανοί να εκτελέσουν την προτεινόμενη αντίδραση και για τα εμπόδια που πιθανόν θα αντιμετωπίσουν για να εκτελέσουν τις προτεινόμενες ενέργειες.

Όταν τα άτομα αισθάνονται ευάλωτα σε μια σημαντική απειλή, τότε θα αξιολογήσουν την αυτό-αποτελεσματικότητά τους, την αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης αντίδρασης και τα εμπόδια των προτεινόμενων αντιδράσεων. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι αυτή η «*συνομιλία με τον εαυτό*» η οποία λαμβάνει χώρα σχετικά με την απειλή, την αποτελεσματικότητα και τα εμπόδια, ίσως δεν αποτελεί ένα είδος πολύπλοκης γνωστικής διαδικασίας. Αντίθετα, πρόσφατες έρευνες δηλώνουν ότι πολλές διαδικασίες ενδοατομικής επικοινωνίας για την υγεία λαμβάνουν χώρα με «ελάχιστη» ή καθόλου πολύπλοκη γνωστική σκέψη (Witte, 1994).

Εάν η αντιλαμβανόμενη απειλή είναι υψηλή, αλλά τα εμπόδια για την πρόληψή της φαίνονται ανυπέρβλητα, τότε τα υποκείμενα θα αρνηθούν την απειλή της υγείας και ίσως να θέσουν τον εαυτό τους σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία τους. Επομένως είναι εξαιρετικής σημασίας για να συνοδεύσουμε αντιλήψεις της απειλής σχετικά με κάποιο θέμα υγείας, να έχουμε υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενης αυτό-αποτελεσματικότητας και αποτελεσματικότητας της προτεινόμενης αντίδρασης και χαμηλά επίπεδα των αντιλαμβανόμενων εμποδίων.

Η αναθεώρηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τον κίνδυνο και των σημαντικότερων μοντέλων επικοινωνίας της υγείας προτείνουν ότι τα διάφορα στοιχεία επηρεάζουν τις διαδικασίες ενδοατομικής επικοινωνίας (π.χ. αξιολόγηση της απειλής, αυτό-αποτελεσματικότητα, αποτελεσματικότητα προτεινόμενης αντίδρασης και εμπόδια). Εάν οι διαδικασίες ενδοατομικής επικοινωνίας οδηγούν σε υψηλά επίπεδα της απειλής, της αυτό-αποτελεσματικότητας και της αποτελεσματικότητας της προτεινόμενης αντίδρασης αλλά χαμηλά επίπεδα των εμποδίων, τότε τα υποκείμενα θα υιοθετήσουν την προαγωγή της υγείας τους και τις δραστηριότητες πρόληψης ασθενειών.

### **Αποτελεσματική Αιτιολογική Σκέψη Τυπική και Άτυπη Αιτιολογική Σκέψη (Effective Reasoning/Informal and Formal Reasoning)**

Η επίσημη λογική σκέψη ασχολείται μόνο με την μορφή των επιχειρημάτων. Ορισμένες μορφές επιχειρημάτων έχουν αναγνωριστεί και είναι έγκυρες. Με άλλα λόγια, αν οι αρχικές δηλώσεις (ή υποθέσεις) σε αυτά τα επιχειρήματα είναι αλήθεια, τότε τα συμπεράσματα πρέπει απαραίτητως να είναι αλήθεια επίσης. Ως εκ τούτου, η φόρμα: Όλα τα μάρμαρα είναι κόκκινα. Όλα τα κόκκινα πράγματα είναι φωτεινά. Ως εκ τούτου, όλα τα μάρμαρα είναι φωτεινά, είναι μια έγκυρη μορφή.

Η αλήθεια των δύο πρώτων δηλώσεων δεν έχουν ενδιαφέρον. Αλλά, αν υποθέσουμε ότι είναι αλήθεια, η τελευταία δήλωση πρέπει απαραίτητως να είναι αλήθεια. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το συμπέρασμα ενός επίσημου έγκυρου επιχειρήματος προκύπτει αναγκαστικά από τις υποθέσεις. Παρατηρήστε ότι ο επαγωγικός συλλογισμός δεν παράγει νέες πληροφορίες. Απλά αναδιατάσσει αυτό που

είναι ήδη γνωστό σε μια νέα δήλωση των ίδιων πληροφοριών. Σημειώστε επίσης ότι η επαγωγική ή επίσημη λογική σκέψη, δεν απαιτεί καμία αναφορά στην εξωτερική πραγματικότητα. Μπορεί να διαχωριστεί πλήρως από την εξωτερική πραγματικότητα.

Στα μοντέλα λογικών αποφάσεων κάθε επιλογή έχει ένα κόστος και ένα όφελος. Τα κόστη και οφέλη μπορούν να υπολογιστούν με βάση το γνωσιακό λάθος. Η μεγαλύτερη ανάλυση μειώνει αυτό το λάθος (Hemenway, 1988). Ο στόχος της ανάλυσης των αποφάσεων είναι να αποκαλυφθούν οι υποκείμενες προτιμήσεις του υποκειμένου. Το κοινό γενικά, συχνά θεωρεί ότι η ανάλυση κόστους-οφέλους είναι κάτι που πρέπει και συχνά κάποιες φορές κάνουν όταν λαμβάνουν αποφάσεις.

Σύμφωνα με το μοντέλο της Langer (1994)<sup>8</sup>, τα άτομα δεν υιοθετούν πολύπλοκους υπολογισμούς, δεν υπολογίζουν το κόστος και το όφελος όταν λαμβάνουν αποφάσεις. Αντίθετα, όταν αντιμετωπίζουν επιλογές που δεν προσφέρουν μια ξεκάθαρη απόφαση, οι άνθρωποι συλλέγουν πληροφορίες για να διαφοροποιήσουν τις επιλογές. Όταν φτάσουν σε μια γνωστική παραπομπή, μηχανικά κάνουν την επιλογή τους.

Η εναλλακτική στον τρόπο που θεωρούν οι άνθρωποι ότι λαμβάνουν αποφάσεις ή νομίζουν ότι θα πρέπει να λαμβάνουν αποφάσεις και πώς αυτή η άποψη σημαίνει ότι λαμβάνουν αποφάσεις, είναι η «*διαδικασία προσεκτικής λήψης αποφάσεων*». Η προσέγγιση της προσεκτικής λήψης αποφάσεων, αναζητά να παρέχει ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο θα μπορούμε να παραμένουμε ανοικτοί στις διαδικασίες, μέσω των οποίων προκύπτει το νόημα μεταξύ και μέσα στους ανθρώπους. Το άνοιγμα στην οπτική των άλλων μας επιτρέπει να διαμορφώνουμε νόημα. Η αξιολόγηση του αποτελέσματος, επιζητά να διατηρεί σταθερές τις επιλογές, το αποτέλεσμα και την οπτική μέσω των οποίων θεωρούμε αυτά τα αποτελέσματα ως απόφαση.

Αυτό το μοντέλο, δίνει έμφαση στην εμπειρία του ελέγχου που συνοδεύει μια απόφαση που δεν θα διατηρεί ούτε τις επιλογές ούτε τα αποτελέσματα σταθερά. Όταν κάποιος αποφασίσει ότι τα καθοριστικά στοιχεία της λήψης αποφάσεων δεν είναι ούτε οι συγκεκριμένες επιλογές που κάνει κάποιος, ούτε τα συγκεκριμένα αποτελέσματα που κάποιος θεωρεί προτιμητέα, αλλά αντίθετα η ελευθερία του καθενός να επανακαθορίσει τις επιλογές και να επαναξιολογήσει τα αποτελέσματα, καθώς συλλέγει περαιτέρω πληροφορίες, τότε η διαδικασία λήψης αποφάσεων μεταμορφώνεται είτε από μια

---

<sup>8</sup> Wason P. C., Johnson-Laird P. N. (1972). *Psychology of Reasoning. Structure and Content*. USA: Harvard University Press.

μηχανική αναπόφευκτη διαδικασία ή μια ακαθόριστη διαδικασία χωρίς νόημα (επιλογή με βάση τυχαία διαδικασία επειδή οι επιλογές είναι ψυχολογικά οι ίδιες) σε μια ευκαιρία άσκησης προσωπικού ελέγχου.

Το πιο σημαντικό εύρημα, είναι ότι είναι δύσκολο να κατανοήσουμε τις αρνητικές δηλώσεις, όταν δεν συμβαίνουν σε ένα κατάλληλο πλαίσιο. Αυτή η δυσκολία φαίνεται ξεκάθαρα όταν μια αρνητική προϋπόθεση πρέπει να αντιπαρατεθεί ώστε να δημιουργηθεί ένα έγκυρο αποτέλεσμα.

Σε αναλογία με την αντίληψη, γενικά βλέπουμε αυτό που περιμένουμε να δούμε, δεν βλέπουμε αυτό που δεν περιμένουμε. Εδώ μπορούμε να δούμε την πρόγνωση του Piaget, ο οποίος πρώτος αναγνώρισε ότι για την απόδειξη μιας ψυχολογικής θεωρίας της γνώσης, κάποιες φορές ο θεωρητικός δεν μπορεί παρά να απευθυνθεί στην μαθηματική απλότητα. Αυτό που είναι αξιοσημείωτο δεν είναι ότι τα έξυπνα άτομα μπορούν να εκτιμήσουν και να χρησιμοποιήσουν τα αρνητικά, ή ότι στην καθημερινή τους ζωή μπορούν να κατανοήσουν πιο περίπλοκες λογικές συσχετίσεις, αλλά ότι σε πειραματικές καταστάσεις επιστρέφουν στη λειτουργία με βάση τη μαθηματική σχέση ένα σε σχέση με ένα. Όταν τους ζητείται να επιδείξουν την γνώση της δύναμής τους, είναι σαν ξαφνικά να ξέχασαν ότι γνώριζαν. Αυτό το χαρακτηριστικό αποτελεί έναν από τους λόγους που ο άνθρωπος συχνά θεωρείται ως παράλογος. Εντούτοις, θα ήταν λάθος να συμπεράνουμε ότι τέτοιες ολισθήσεις από την λογική μπορούν να αποδοθούν στους περιορισμούς της πειραματικής κατάστασης και στο γεγονός ότι τα υποκείμενα βρίσκονται «υπό εξέταση». Σε αυτό το σημείο το θέμα αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

Λίγοι θα διαφωνούσαν με τον Freud, ότι η συμπεριφορά μας ελέγχεται από κίνητρα τα οποία δεν γνωρίζουμε. Αυτά δεν έχουν μια ξεκάθαρη λογική υποδομή και επιπλέον ίσως είναι παράλογα με την έννοια ότι αντικρούουν το ένα το άλλο. Οι Wason και Johnson-Laird (1972)<sup>9</sup>, υποστηρίζουν ότι «η λογική ικανότητα του ατόμου ίσως ενισχυθεί ή περιοριστεί από τις μεταβλητές δράσης. Στην καλύτερη συνθήκη, μπορούμε όλοι να σκεφτόμαστε σαν ορθολογιστές και στην χειρότερη οι ορθολογιστές μπορεί να σκέφτονται σαν εμάς».

Ο πρώτος λόγος επιλογής, είναι η επιλογή ανάμεσα σε πιθανά αποτελέσματα, όχι η πιθανότητα. Τα άτομα αρχικά συνήθιζαν να επιλέγουν με βάση το ελάχιστο

---

<sup>9</sup> Wason P. C., Johnson-Laird P. N. (1972). *Psychology of Reasoning. Structure and Content*. USA: Harvard University Press. (σελ. 245).

αποτέλεσμα. Κι αυτό γιατί ο λόγος επικέντρωσης στο ελάχιστο αποτέλεσμα, είναι η αποφυγή του χειρότερου αποτελέσματος. Αντίθετα, η αξιολόγηση του μέγιστου αποτελέσματος αρχικά θα υπονοούσε ότι τα άτομα είναι ριψοκίνδυνα στους στόχους τους (Brandstätter, Gigerenzer, Hertwig, 2006).

Η έρευνα έχει δείξει ότι τα άτομα προσπαθούν να αποφύγουν την απογοήτευση (από το χειρότερο δυνατό αποτέλεσμα σε σύγκριση με άλλα πιθανά) και την μετάνοια (από την επιλογή ενός κατώτερου αποτελέσματος σε σύγκριση με άλλα εναλλακτικά).

Αυτή η κινητοποίηση για αποφυγή μη απόκτησης κέρδους, εκφράζεται στην θεωρία μεταμέλειας (Loomes, 1982), στην θεωρία απογοήτευσης (Bell, 1985) και στην θεωρία των κινήτρων για αποφυγή της αποτυχίας (Heckhausen, 1991).

### **Η θεωρία της Τυπικής Σκέψης Formal Reasoning Theory**

Η ιστορική προοπτική σχετικά με την θεωρία του Piaget (1972), εστιάζεται στο στάδιο της τυπικής σκέψης. Η τυπική σκέψη αποτέλεσε το επίκεντρο πολλών επιστημονικών ερευνών για την εκπαίδευση (π.χ., Levine & Linn, 1977). Η τυπική σκέψη επιλέχθηκε για να αντικατοπτρίζει τα ενδιαφέροντα της επιστημονικής εκπαίδευσης. Ο χαρακτηρισμός των εφήβων από τον Piaget, ως τυπικούς στοχαστές έχει επικριθεί για μεθοδολογικούς, θεωρητικούς και πρακτικούς λόγους.

Οι κεντρικές πτυχές της θεωρίας του Piaget (1972)<sup>10</sup> είναι:

1. Καθώς αναπτύσσονται τα άτομα, προχωρούν σε μια αναλλοίωτη αλληλουχία μέσα από τέσσερα ποιοτικά διαφορετικά στάδια της σκέψης.
2. Τα μέτρα αυτά διέπονται από ένα αναπτυξιακό μηχανισμό που αποτελείται από την αφομοίωση και αποθήκευση των πληροφοριών για να σχηματίσουν μια ισορροπία σε κάθε στάδιο.
3. Κάθε στάδιο της σκέψης χαρακτηρίζεται από μια μοναδική δομή.

Η αιτιολογική σκέψη ταυτίζεται με την ικανότητα του ατόμου αυτο-συνειδητά να αλλάζει πεποιθήσεις, στάσεις, τις παραδόσεις και τους θεσμούς και ως εκ τούτου με την ικανότητα για ελευθερία και αυτοδιάθεση. Οι ψυχολόγοι και οι γνωστικοί επιστήμονες έχουν προσπαθήσει να μελετήσουν και να εξηγήσουν το πώς

---

<sup>10</sup> Lawson, E. A. (1985). A Review of Research on Formal Reasoning and Science Teaching. *Journal of Research in Science Teaching*, 22(7), 569-617.

συλλογίζονται οι άνθρωποι, π.χ. ποιές γνωστικές και νευρολογικές διεργασίες υιοθετούνται και πώς οι πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν τα συμπεράσματα που συνάγουν οι άνθρωποι (Linn, 1982).

Η ψυχολογία του συλλογισμού είναι η μελέτη του πώς οι άνθρωποι αιτιολογούν, συχνά σε μεγάλο βαθμό ορίζεται ως η διαδικασία της εξαγωγής συμπερασμάτων για το πώς οι άνθρωποι επιλύουν προβλήματα και λαμβάνουν αποφάσεις.

Ο ρόλος της πραγματικής γνώσης στη σκέψη, έχει αποδειχθεί από διάφορους ερευνητές (π.χ., Wason & Johnson-Laird, 1972; Tversky&Kahneman, 1976; Donaldson, 1978; Tschirgi, 1980). Η τεκμηριωμένη γνώση του αντικειμένου της εργασίας επηρεάζει την τυπική σκέψη, διότι τα υποκείμενα χρησιμοποιούν τις γνώσεις τους για την κατάσταση, ώστε να αποφασίσουν σε ποια πληροφορία να δώσουν έμφαση και ποια να αγνοήσουν. Ο Piaget (1971), αναγνωρίζει το ρόλο της γνώσης στην σκέψη, αναφερόμενος στις επιπτώσεις της γνώσης ως «αντιστάσεις». Ο Piaget (1971) έχει αναφέρει ότι οι αντιστάσεις είναι απρόβλεπτες. Σημειώνει, *«Όταν κάποιος τις αντιμετωπίζει [αντιστάσεις] μπορεί να τις εξηγήσει, αλλά πάντα μετά την εκδήλωσή τους. Δεν είναι δυνατόν να έχουμε μια γενική θεωρία των εν λόγω αντιστάσεων»* (1971, σ. 11).

Ο Piaget θεωρεί ότι η γνώση επιδρά για να εξηγήσει τις ασυνέπειες στην τυπική σκέψη. Ο Piaget (1972), πρότεινε ότι η γνώση μπορεί να βελτιώσει την απόδοση αν αναπτυχθεί αρκετά. Οι άνθρωποι που είναι «ειδικοί» σε ένα συγκεκριμένο τομέα μπορούν να επιχειρηματολογήσουν με μεγαλύτερη επιτυχία σε τυπικά καθήκοντα σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν κάποια ειδική εκπαίδευση. Ο Piaget δεν έχει διερευνήσει αυτή την υπόθεση.

Αντίθετα, στην καθημερινή ή άτυπη σκέψη, οι άνθρωποι συντάσσουν συμπεράσματα μέσα από αβέβαιες υποθέσεις και με διάφορους βαθμούς εμπιστοσύνης. Δηλαδή, οι άνθρωποι στην καθημερινή ζωή αιτιολογούν βάσει των αβέβαιων υποθέσεων και εκφράζουν την αβεβαιότητα στα συμπεράσματά τους.

Οι πολυάριθμες αναφορές των μεγάλων ποσοστών αποτυχίας των εφήβων και των ενηλίκων να αποδείξουν την τυπική αιτιολογική σκέψη, οδήγησε τον Piaget (1972) να εξετάσει τις πιθανές αιτίες για αυτή την εμφανή μη γενικευσιμότητα της τυπικής σκέψης. Ο Piaget (1972) προσφέρει τις ακόλουθες τρεις πιθανές εξηγήσεις για αυτά τα αποτελέσματα:

1. όλα τα φυσιολογικά άτομα είναι ικανά να αναπτύξουν τυπική αιτιολογική

σκέψη με την προϋπόθεση ότι το κοινωνικό περιβάλλον και αποκτηθείσα πείρα παρέχουν την απαραίτητη γνωστική λειτουργία.

2. τα φυσιολογικά άτομα ποικίλλουν στην ικανότητα τους για τυπική σκέψη, ως εκ τούτου, ορισμένα άτομα, ακόμα και σε ευνοϊκό περιβάλλον, θα αποτύχουν να αποκτήσουν τυπική σκέψη και

3. όλα τα φυσιολογικά άτομα φθάνουν στο στάδιο της τυπικής σκέψης μεταξύ 14 έως 20 ετών, ωστόσο, θα φθάσουν σε αυτό το στάδιο σε διαφορετικές περιοχές σύμφωνα με τις ικανότητες τους και την επαγγελματική τους ειδίκευση.

Μια αναθεώρηση της θεωρίας του Piaget, επιτρέπει την εξαγωγή των εξής συμπερασμάτων:

1. Η τυπική σκέψη αντιπροσωπεύει μια γενική κατάσταση της πνευματικής λειτουργίας, που με τη σειρά της αποτελείται από αναγνωρίσιμα πρότυπα αιτιολογικής σκέψης (η απομόνωση και ο έλεγχος των μεταβλητών, η συσχέτιση της λογικής, η αναλογική αιτιολογική σκέψη) (Bentley, 1977; Shayer & Adey, 1981; Pallrand, 1977).

2. Ένα σημαντικό μέρος των εφήβων και των ενηλίκων δεν αποκτούν πρότυπα τυπικής σκέψης (δηλαδή, η τοποθέτηση προβλημάτων σε «οικεία» πλαίσια σε καμία περίπτωση δεν εξασφαλίζει την επιτυχή επίδοση) (Bart, 1971; Lawson, Nordland & DeVito, 1975; Sinott, 1975; Lawson & Blake, 1976; Kuhn & Brannock, 1977).

3. Οι ελλείψεις στην τυπική λογική σκέψη, είναι μια πιθανή αιτία των ελλείψεων στις επιδόσεις στις επιστήμες όπως, μαθηματικά, ιστορία, κοινωνικές επιστήμες, αγγλικά και σε καθημερινές καταστάσεις όπως συγκριτικά ψώνια σε ένα σούπερ μάρκετ και τη λήψη αποφάσεων σχετικά με κοινωνικά θέματα και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Bart, 1971; Capon & Kuhn, 1979; Lawson, Nordland & DeVito 1975; Lawson & Wollman, 1977; Hardy-Brown, 1979; Keating & Clark, 1980; Lawson, 1982α; Renner, Stafford, Coffia, Kellogg & Weber, 1973)

4. Η επιτυχής επίδοση σε τυπικές εργασίες, υποδεικνύει την απόκτηση των προτύπων της τυπικής σκέψης αλλά η αρχικά ανεπιτυχής συμπεριφορά δεν συνεπάγεται το αντίστροφο (Danner & Day, 1977; Kuhn, Xo & Adams, 1979; Stone & Day, 1978).

5. Οι αυξημένες επιδόσεις σε τυπικές εργασίες σε όλη την εφηβεία μπορεί να μην οφείλεται στην απόκτηση ποιοτικά διαφορετικών λειτουργικών δομών, αλλά μπορεί να οφείλεται σε μια αύξηση του βαθμού στον οποίο εγγενή μοντέλα σκέψης

γίνονται συνειδητοί οδηγοί για τη συμπεριφορά και το βαθμό στον οποίο θα είναι συντονισμένα μεταξύ τους.

6. Η ανάπτυξη του τυπικού συλλογισμού φαίνεται να παρεμποδίζεται από πνευματικά περιορισμένα κοινωνικά περιβάλλοντα, την χαμηλή διανοητική ικανότητα και ίσως από ένα παρορμητικό γνωστικό στυλ (Douglas & Wong, 1977; Linn, Pulos & Gans, 1981; Neimark, 1975; Case, 1974)

7. Επιτυχημένες εκπαιδευτικές μελέτες με παιδιά του δημοτικού σχολείου δείχνουν ότι η νευρολογική ωρίμανση που σχετίζεται με την εφηβεία δεν μπορεί να αποτελεί προϋπόθεση για την τυπική σκέψη (Siegler, 1976; Kuhn & Angelev, 1976; Wollman & Chen, 1982)

8. Η αυξημένη εμπειρία φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη της τυπικής σκέψης (Brainerd, 1971; Νους & Raven, 1973).

9. Η ανάπτυξη προκαλείται από καταστάσεις πνευματικής τόνωσης, αλλά περιορίζεται από τους μηχανισμούς αυτορρύθμισης του ατόμου. (Anderson, 1965; Siegler, Liebert & Liebert, 1973; Howe & Mierzwa, 1977; Case & Fry, 1973).

### **Η Γνωσιακή-βιωματική θεωρία του Εαυτού (Cognitive-experiential self-theory, CEST)**

Ο Epstein, (1985), ονόμασε την θεωρία του, Γνωσιακή-βιωματική θεωρία του Εαυτού, (Cognitive-experiential self-theory, CEST) για να την διακρίνει από άλλες γνωστικές θεωρίες του Εαυτού και να επιστήσει την προσοχή σε ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά της, το οποίο είναι η έμφαση στην εμπειρική γνώση. Ένα δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό της θεωρίας, είναι ότι είναι πολύ εκλεκτική, ενσωματώνοντας ιδέες και απόψεις από άλλες θεωρίες, συμπεριλαμβανομένων της φαινομενολογικής θεωρίας του Εαυτού, την θεωρία της εποικοδομητικής εναλλακτικότητας του Kelly (1955), την θεωρία της μάθησης, την ψυχανάλυση, την υπαρξιακή θεωρία και την αναπτυξιακή θεωρία του Piaget.

Ένας περιορισμός σε πολλές παγκόσμιες θεωρίες της προσωπικότητας, είναι ότι αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια θεραπείας διαταραγμένων ανθρώπων και είναι πιο κατάλληλες για την κατανόηση της παθολογίας, σε σχέση με την φυσιολογική



καθημερινή συμπεριφορά. Ένας άλλος λόγος είναι ότι κάθε θεωρία δίνει έμφαση σε μια συγκεκριμένη πηγή των κινήτρων και αποτυγχάνει να αναγνωρίσει τις εξίσου σημαντικές πηγές των κινήτρων που υπογραμμίζουν οι άλλες θεωρίες.

Έτσι, η ψυχανάλυση τονίζει την αρχή της ηδονής και ειδικότερα, την λειτουργία της μέσα από τις ασυνείδητες διαδικασίες. Η θεωρία της Μάθησης τονίζει την ίδια αρχή, με τη μορφή της ενίσχυσης, αλλά έχει να κάνει περισσότερο με τις έκδηλες επιπτώσεις της στην συμπεριφορά. Οι φαινομενολογικές θεωρίες του Εαυτού, η θεωρία του Kelly (1955) και οι υπαρξιακές θεωρίες τονίζουν τη σημασία για το άτομο να διατηρεί την ακεραιότητα του εννοιολογικού του συστήματος. Μερικές φαινομενολογικές θεωρίες, όπως η θεωρία του Rogers (1951), τονίζουν την ανάγκη για αυτο-βελτίωση, αλλά δεν αναγνωρίζουν την αρχή της ηδονής. Ο Bowlby (1988) τονίζει την ανάγκη για συνάφεια.

Η Γνωσιακή-βιωματική θεωρία του Εαυτού, (Cognitive-experiential self-theory, CEST) επιτυγχάνει την ισχύ της μέσα από δύο βασικές παραδοχές: Πρώτον, εκτός από την αποδοχή του φροϋδικού ασυνειδήτου, εισάγει ένα υποσυνείδητο σύστημα - το βιωματικό σύστημα - που συνδέεται στενά με τη συναισθηματικές εμπειρίες και το οποίο οργανώνει αυτόματα την εμπειρία και κατευθύνει τη συμπεριφορά.

Σύμφωνα με την Γνωσιακή-βιωματική θεωρία του Εαυτού (CEST), οι άνθρωποι λειτουργούν με δύο θεμελιώδη συστήματα επεξεργασίας των πληροφοριών, ένα ορθολογικό σύστημα και ένα βιωματικό σύστημα. Τα δύο συστήματα λειτουργούν παράλληλα και είναι διαδραστικά. Όταν ένα άτομο ανταποκρίνεται σε ένα συναισθηματικά σημαντικό γεγονός, η ακολουθία των αντιδράσεων είναι η εξής: Το βιωματικό σύστημα αυτόματα και ακαριαία ψάχνει τις τράπεζες μνήμης του για σχετικά γεγονότα. Οι ανακαλούμενες μνήμες και τα συναισθήματα επηρεάζουν την πορεία της περαιτέρω επεξεργασίας και τις τάσεις συμπεριφοράς.

Εάν τα ανακαλούμενα συναισθήματα είναι θετικά, το άτομο σκέφτεται αυτόματα και έχει την τάση να ενεργεί με τρόπους που αναμένεται να αναπαραγάγουν τα συναισθήματα. Εάν τα ανακαλούμενα συναισθήματα είναι αρνητικά, το άτομο σκέφτεται αυτόματα και έχει την τάση να ενεργεί με τρόπους που αναμένεται να αποφύγουν αυτά τα συναισθήματα. Δεδομένου ότι αυτή η αλληλουχία των γεγονότων εμφανίζεται στιγμιαία και αυτόματα, οι άνθρωποι συνήθως αγνοούν τη λειτουργία της.

Προσπαθώντας να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά μας, συνήθως καταφέρνουμε να βρούμε μια αποδεκτή εξήγηση.

Δεύτερον, ενσωματώνει τις αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με τις βασικές πηγές των κινήτρων των άλλων σχολών της ψυχολογίας με την παραδοχή της ύπαρξης τεσσάρων βασικών πηγών των ανθρώπινων κινήτρων.

Ειδικότερα, υποθέτει ότι υπάρχουν τέσσερα ευρεία κίνητρα, δηλαδή η αρχή της ηδονής, η ανάγκη να διατηρηθεί η σταθερότητα και η συνοχή ενός προσωπικού εννοιολογικού συστήματος, η ανάγκη για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και η ανάγκη να διατηρηθούν οι ευνοϊκές σχέσεις με τους σημαντικούς άλλους.

Το ερώτημα μπορεί να τεθεί ως προς το πώς οι τέσσερις βασικές ανάγκες οδηγούν στην ανάπτυξη των τεσσάρων αντίστοιχων βασικών πεποιθήσεων. Οι ανάγκες ή κίνητρα, στο βιωματικό σύστημα, σε αντίθεση με εκείνες των ορθολογικών συστημάτων, περιλαμβάνουν πάντα μια συναισθηματική συνιστώσα. Μπορούν επομένως να καθορίσουν τι είναι σημαντικό για ένα άτομο στο βιωματικό επίπεδο και τι ένα άτομο κινητοποιείται αυθόρμητα να επιδιώξει ή να αποφύγει. Θετική επίδραση συμβαίνει κάθε φορά που μια ανάγκη ικανοποιείται και το αρνητικό συναισθημα βιώνεται κάθε φορά που η εκπλήρωση της ανάγκης ματαιώνεται. Δεδομένου ότι οι άνθρωποι επιθυμούν να αισθανθούν θετική επιρροή και να αποφύγουν την αρνητική, παρακολουθούν αυτόματα ότι συνδέεται με την εκπλήρωση ή την απογοήτευση μιας βασικής ανάγκης. Ως εκ τούτου, αναπτύσσουν έμμεσες πεποιθήσεις που σχετίζονται με κάθε μία από τις βασικές ανάγκες (Epstein, 1973; 1976; 1979α; 1980α; 1981α; 1983α; Epstein & Erskine, 1983).

Οι τέσσερις αυτές λειτουργίες δεν είναι εντελώς ανεξάρτητες, αλλά επικαλύπτονται και αλληλεπιδρούν η μία με την άλλη. Αν και μερικές είναι εξελικτικά πιο βασικές από άλλες, κάθε λειτουργία μπορεί να γίνει κυρίαρχη. Ποια είναι η κυρίαρχη λειτουργία, ποικίλλει μεταξύ ατόμων με την πάροδο του χρόνου. Η ανάγκη να μεγιστοποιηθεί η ευχαρίστηση και να ελαχιστοποιηθεί ο πόνος, κατά μία έννοια, μπορεί να θεωρηθεί ως η πιο θεμελιώδη από τις τέσσερις λειτουργίες. Επιπλέον, τα ευχάριστα και τα δυσάρεστα συναισθήματα εμπλέκονται πάντα στα άλλα τρία κίνητρα.

Η συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί ως μια συμβιβαστική λύση ανάμεσα στις τέσσερις βασικές λειτουργίες. Κάθε μια ασκεί την επιρροή της σε αναλογία με την σημασία της για το άτομο κάτω από συγκεκριμένες περιστάσεις. Μια τέτοια διαδικασία

είναι προσαρμοστική, υπό την έννοια ότι παρέχει μια σειρά ελέγχων και ισορροπιών, μειώνοντας την πιθανότητα ότι κάποιο κίνητρο θα δημιουργήσει ένα ανεπιθύμητο αποτέλεσμα.

Υποτίθεται ότι για να λειτουργούν οι άνθρωποι σε ένα πολύπλοκο κοινωνικό κόσμο, είναι απαραίτητο να οργανώνουν τις εμπειρίες τους μέσα σε μια θεωρία πραγματικότητας που περιλαμβάνει υποδιαιρέσεις της θεωρίας του εαυτού και της κοσμοθεωρίας. Μια ατομική θεωρία της πραγματικότητας δεν είναι μια συνειδητή θεωρία που ένα άτομο μπορεί να αναφέρει, αν του ζητηθεί. Πρόκειται για μια υποσυνείδητη ή έμμεση θεωρία που το άτομο κατασκευάζει ασυναίσθητα κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Η θεωρία ενός ατόμου για την πραγματικότητα είναι η ουσία της προσωπικότητας ενός ατόμου. Εάν ένα πρόσωπο σκέφτηκε διαφορετικά στο προ-συνειδητό επίπεδο σχετικά με το τι είναι αυτός ή αυτή και ο κόσμος και το πώς αυτός ή αυτή θα πρέπει να συμπεριφέρονται μέσα σε αυτόν, το άτομο θα αντιλαμβάνονταν με διαφορετικό τρόπο, θα θυμούνταν διαφορετικά, θα αισθάνονταν διαφορετικά και θα συμπεριφέρονταν διαφορετικά. Με άλλα λόγια, το άτομο θα ήταν ένα διαφορετικό πρόσωπο.

Για να αντιμετωπίσουν τον κόσμο και να διατηρήσουν την ταυτότητά τους, οι άνθρωποι πρέπει να διατηρήσουν τις θεωρίες τους για την πραγματικότητα. Δεν είναι να απορεί κανείς λοιπόν, ότι οι άνθρωποι θα κάνουν σχεδόν οτιδήποτε για να διατηρήσουν την ακεραιότητα των εννοιολογικών συστημάτων τους, γιατί η αποδιοργάνωση του εννοιολογικού συστήματος είναι ισοδύναμη με το θάνατο της προσωπικότητας τους, αν και αυτό ευτυχώς, μπορεί να αντιστραφεί. Για το λόγο αυτό η ψυχική αποδιοργάνωση εκπροσωπείται συνήθως στα όνειρα και τις ψευδαισθήσεις από τα σύμβολα του θανάτου και η ανάκαμψη από αυτές τις διαταραχές από τα σύμβολα της αναγέννησης.

Σύμφωνα με την Γνωσιακή-βιωματική θεωρία του Εαυτού, δεν υπάρχει ένα, αλλά τρία εννοιολογικά συστήματα, τα οποία αντιστοιχούν στα τρία επίπεδα της επίγνωσης, το συνειδητό, το προ-συνειδητό και το ασυνείδητο.

Μια προσωπική θεωρία της πραγματικότητας διέπεται από το βιωματικό εννοιολογικό σύστημα και υπάρχει κυρίως στο προ-συνειδητό επίπεδο της επίγνωσης. Το προ-συνειδητό επίπεδο επίγνωσης διαφέρει από το συνειδητό και το ασυνείδητο

επίπεδο, δεδομένου ότι είναι λιγότερο προσβάσιμο από ό, τι τα προηγούμενα. Το προ-συνειδητό επίπεδο περιλαμβάνει σκέψεις και εικόνες, τις οποίες συνήθως οι άνθρωποι αγνοούν, αλλά που μπορούν να έχουν πρόσβαση με εκπαίδευση της προσοχής τους.

Υπήρξε σημαντική συζήτηση για το αν υπάρχει ένας Εαυτός ή πολλαπλοί Εαυτοί. Η απάντηση από την προοπτική της Γνωσιακής-βιωματικής θεωρίας του Εαυτού είναι ότι και οι δύο απόψεις είναι σωστές. Υπάρχει ένας συνολικός εαυτός ή οργανωτική δομή, που προσπαθεί να ενσωματώσει διάφορους επιμέρους εαυτούς ή ταυτότητες και σχήματα. Σύμφωνα με την Γνωσιακή-βιωματική θεωρία του Εαυτού, η θεωρία του ατόμου για την πραγματικότητα αποτελείται από μια ιεραρχική διάταξη των περιγραφικών σχημάτων και των σχημάτων κινήτρου.

### **Η πρόβλεψη της συμπεριφοράς από τις Στάσεις**

Σύμφωνα με την Γνωσιακή-βιωματική θεωρία του Εαυτού, η συμπεριφορά είναι συνήθως αποτέλεσμα των γνωστικών λειτουργιών του προ-συνειδητού, τις οποίες το άτομο δεν γνωρίζει. Ως εκ τούτου, κάτω από πολλές περιστάσεις, μικρή επιτυχία μπορεί να αναμένεται για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς με βάση τις συνειδητές στάσεις.

Για να καταλάβουμε τα συναισθήματα, τόσο από εξελικτική και πολιτισμική προοπτική, είναι απαραίτητο να γίνει διάκριση μεταξύ πρωτογενών και δευτερογενών συναισθημάτων. Τα πρωτογενή συναισθήματα περιλαμβάνουν το φόβο, τον θυμό, τη θλίψη, τη χαρά, την αγάπη και ενδεχομένως μερικά άλλα, όπως η έκπληξη και η αηδία. Τα δευτερογενή συναισθήματα περιλαμβάνουν συναισθήματα, όπως η ζήλια, η συμπάθεια, η περιφρόνηση, το δέος και ο οίκτος.

Τα μη πρωτογενή συναισθήματα, όπως ο φθόνος, ερμηνεύονται πολιτιστικά ως ισοδύναμα των πρωτογενών συναισθημάτων. Εκφράζονται διαφορετικά, βασίζονται στην εσφαλμένη πεποίθηση από τους πολιτισμούς, ότι έχουν μια βιολογική βάση παρόμοια με τα πρωτογενή συναισθήματα. Κατά συνέπεια, θεωρούνται ως εγγενείς τάσεις συμπεριφοράς που είναι ανθεκτικές στην επιρροή και όταν είναι επαρκώς ισχυρές, είναι πάνω από τον έλεγχο του ατόμου. Οι πολιτισμοί δεν συνειδητοποιούν ότι αυτά τα αυτόματα και προφανώς έμφυτα μοντέλα είναι προϊόντα δικής τους κατασκευής.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, τα συναισθήματα είναι ιδιαίτερης σημασίας για την Γνωσιακή-βιωματική θεωρία του Εαυτού, επειδή θεωρείται ότι είναι ο

βασιλικός δρόμος προς τα σχήματα στο προ-συνειδητό ενός ατόμου για την θεωρία της πραγματικότητας. Υπάρχουν δύο τρόποι με τους οποίους τα συναισθήματα μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να συναχθούν σχήματα. Ένα από αυτά αναγνωρίζει το γεγονός ότι πίσω από σχεδόν κάθε συναίσθημα, βρίσκεται μια κρυφή γνώση.

Για τον φόβο, είναι η αντίληψη της απειλής και η ερμηνεία ότι η διαφυγή θα ήταν επιθυμητή. Για τη θλίψη, είναι η αντίληψη της απώλειας για την οποία τίποτα δεν μπορεί να γίνει. Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις σχέσεις, μπορεί να υποτεθεί ότι οι άνθρωποι που έχουν υψηλή συχνότητα ενός συγκεκριμένου συναισθήματος θα έχουν υψηλή συχνότητα των σχετικών γνωστικών λειτουργιών του προ-συνειδητού. Ένας δεύτερος τρόπος με τον οποίο τα συναισθήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αναφερθούν στο προ-συνειδητό, είναι αναγνωρίζοντας ότι όποτε μια κατάσταση προκαλεί ένα συναίσθημα, έχει εμπλακεί μια πεποίθηση που είναι σημαντική για το άτομο. Έτσι, μπορεί κανείς να εξετάσει τις καταστάσεις που προκαλούν συναισθήματα στα άτομα ως έναν τρόπο για την αποκάλυψη των πεποιθήσεων του προ-συνειδητού των ανθρώπων.

### **Η επίδραση του βιωματικού συστήματος στο ορθολογικό σύστημα**

Δεδομένου ότι το βιωματικό σύστημα είναι το ταχύτερο σύστημα, είναι σε θέση να προκαταλάβει την περαιτέρω επεξεργασία στο ορθολογικό σύστημα. Επειδή λειτουργεί αυτόματα, η επιρροή του γίνεται εκτός επίγνωσης. Οι προκαταλήψεις που επηρεάζουν το συνειδητό, την ορθολογική σκέψη στην καθημερινή ζωή είναι, ως επί το πλείστον, προσαρμοστικές. Σε ορισμένες περιπτώσεις ωστόσο, οι προκαταλήψεις που καθορίζονται από τα βιώματα είναι ιδιαίτερα δυσπροσαρμοστικές. Μια ακραία περίπτωση είναι η δια βίου επιδίωξη «λανθασμένων στόχων». Οι στόχοι αυτοί είναι λανθασμένοι, υπό την έννοια ότι το επίτευγμά τους ακολουθείται από απογοήτευση και θλίψη και όχι από την αναμενόμενη ευτυχία, αυτοεκτίμηση, την ασφάλεια που ήταν ο λόγος για την επιδίωξή τους.

### **Η Επίδραση του Ορθολογικού Συστήματος στο Βιωματικό Σύστημα**

Δεδομένου ότι το ορθολογικό σύστημα είναι πιο αργό, είναι σε θέση να διορθώνει το βιωματικό σύστημα. Είναι κοινό για τους ανθρώπους να συλλογίζονται

σχετικά με τις αυθόρμητες, παρορμητικές σκέψεις τους, να αναγνωρίζουν ότι είναι ακατάλληλες και στη συνέχεια να τις υποκαθιστούν με πιο εποικοδομητικές. Το λογικό σύστημα μπορεί να επηρεάσει επίσης το βιωματικό σύστημα παρέχοντας την κατανόηση του τελευταίου, που επιτρέπει στο άτομο να εκπαιδεύσει το βιωματικό σύστημα, έτσι ώστε οι αρχικές αντιδράσεις του να είναι πιο κατάλληλες. Δηλαδή, με την κατανόηση των αρχών λειτουργίας του βιωματικού συστήματος καθώς και των σχημάτων του, είναι δυνατόν να προσδιοριστεί πώς μπορεί να βελτιωθεί.

### **Η Θεωρία της Προοπτικής-Prospect Theory**

Η θεωρία αναπτύχθηκε από τον Kahneman, καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Princeton, Τμήμα Ψυχολογίας και τον Tversky (1979), ως μια ψυχολογικά πιο ακριβής περιγραφή των προτιμήσεων σε σύγκριση με την θεωρία αναμενόμενης χρησιμότητας. Περιγράφει πώς οι άνθρωποι επιλέγουν μεταξύ των εναλλακτικών πιθανοτήτων και αξιολογούν τυχόν ζημίες και κέρδη. Η θεωρία περιγράφει τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων σε δύο στάδια, την επεξεργασία και την αξιολόγηση. Συγκεκριμένα, οι άνθρωποι αποφασίζουν ποια αποτελέσματα θεωρούν ως βασικά ίδια, ορίζουν ένα σημείο αναφοράς και στη συνέχεια εξετάζουν το αποτέλεσμα με τη μικρότερη ζημία και το μεγαλύτερο κέρδος.

Η θεωρία προοπτικής διαφέρει από άλλες θεωρίες με πολλούς θεμελιώδεις τρόπους. Κατ'αρχάς, διακρίνει δύο φάσεις στην διαδικασία λήψης αποφάσεων: η φάση της επεξεργασίας, η οποία είναι μια προκαταρκτική ανάλυση των προοπτικών που προσφέρονται και την φάση της αξιολόγησης, η οποία είναι όταν η προοπτική με την υψηλότερη αξία θα επιλεγεί μεταξύ των υπολοίπων.

Οι επιλογές μεταξύ επικίνδυνων προοπτικών, παρουσιάζουν αρκετά διάχυτα αποτελέσματα που δεν συνάδουν με τις βασικές αρχές της θεωρίας χρησιμότητας. Ειδικότερα, οι άνθρωποι συγκρίνουν τα αποτελέσματα που είναι απλώς πιθανά, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται με βεβαιότητα. Η τάση αυτή, που ονομάζεται «η επίδραση βεβαιότητας», συμβάλλει στην αποφυγή του κινδύνου όσον αφορά τις επιλογές που αφορούν σίγουρο κέρδος και την διακινδύνευση σε επιλογές που αφορούν σίγουρες απώλειες. Επιπλέον, οι άνθρωποι απορρίπτουν γενικά στοιχεία που είναι κοινά σε όλες τις προοπτικές υπό εξέταση.

Η φάση της επεξεργασίας αποτελείται από μια προκαταρκτική ανάλυση των προοπτικών που προσφέρονται, η οποία συχνά προσφέρει μια απλούστερη αναπαράσταση αυτών των προοπτικών. Στη δεύτερη φάση, οι προοπτικές αξιολογούνται και επιλέγεται η προοπτική με την υψηλότερη τιμή. Η λειτουργία της φάσης επεξεργασίας είναι να οργανώσει και να αναδιατυπώσει τις επιλογές, έτσι ώστε να απλοποιεί τις επόμενες φάσεις αξιολόγησης και επιλογής.

Έρευνες σχετικά με την θεωρία αποφάσεων της συμπεριφοράς και την θεωρία της προοπτικής (Kahneman & Tversky, 1979; Laughhunn, Payne & Crum, 1980) έχουν δείξει ότι τα άτομα χρησιμοποιούν σημεία αναφοράς ή στόχου, στην αξιολόγηση επικίνδυνων επιλογών. Επιπλέον, τα άτομα δεν είναι απρόθυμα να αναλάβουν κινδύνους με τον ίδιο τρόπο αλλά υιοθετούν ένα μείγμα συμπεριφορών, προσφυγής στον κίνδυνο και αποφυγής του κινδύνου. Πράγματι, τα στοιχεία (Kahneman & Tversky, 1979; Laughhunn et. al., 1980; Mao, 1970; Siegel, 1957) δείχνουν ότι όταν οι αποδόσεις ήταν κάτω από το στόχο, τα περισσότερα άτομα αναζητούσαν επικίνδυνες επιλογές συμπεριφοράς και ότι, όταν οι αποδόσεις ήταν ανώτερες του στόχου, οι περισσότεροι ήταν απρόθυμοι να αναλάβουν επικίνδυνες συμπεριφορές (Kahneman & Tversky, 1979; Fiegenbaum, & Thomas, 1988).

Σύμφωνα με τον Bernstein (1996), μερικά από τα προβλήματα της ερμηνείας της ανθρώπινης συμπεριφοράς εν όψει κινδύνου έχουν σχέση με το πρόβλημα των ανθρώπων να λαμβάνουν αποφάσεις με βάση τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των πιθανοτήτων, οι οποίες μπορεί να είναι αρκετά διαφορετικές από τον στόχο ή τις πραγματικές πιθανότητες. Γεγονότα με μικρή πιθανότητα που δεν έχουν συμβεί ποτέ πριν, ίσως να αξιολογηθούν ότι έχουν μηδενική πιθανότητα στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αλλά αυτό οδηγεί σε τραγωδίες και οι άνθρωποι αναγνωρίζουν ότι έχουν παίξει ρώσικη ρουλέτα χωρίς καν να γνωρίζουν ότι το κάνουν.

Η θεωρία της προοπτικής επιχειρεί να περιγράψει τις αποφάσεις υπό συνθήκες αβεβαιότητας και έχει εφαρμοστεί στον τομέα της κοινωνικής ψυχολογίας. Η θεωρία της προοπτικής αντιμετωπίζει τις προτιμήσεις ως λειτουργία της «στάθμισης της απόφασης» και θεωρεί δεδομένο, ότι η στάθμιση αυτή δεν αντιστοιχεί πάντα σε πιθανότητες. Συγκεκριμένα, η θεωρία προοπτικής υποθέτει ότι με την στάθμιση των αποφάσεων τείνουμε να υπερεκτιμούμε μικρές πιθανότητες και να υποτιμούμε μέτριες και υψηλές πιθανότητες. Η θεωρία προοπτικής αντικαθιστά επίσης την έννοια της

«χρησιμότητας» με την «αξία». Η αξία καθορίζεται από τα κέρδη και τις ζημίες (αποκλίσεις από ένα σημείο αναφοράς). Με βάση αυτές τις παραδοχές κάποιες αποκλίσεις από τις κανονιστικές θεωρίες μπορούν να εξηγηθούν, όπως η αποφυγή της απώλειας, η επίδραση του προβληματισμού ή η επίδραση του πλαισίου.

### **Η επίδραση της πλαισίωσης**

Ένα πλαίσιο αποφάσεων αποτελεί την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου που λαμβάνει αποφάσεις για τις πράξεις, τα αποτελέσματα και τις απρόβλεπτες συνθήκες που συνδέονται με μια συγκεκριμένη επιλογή. Το πλαίσιο που υιοθετεί το άτομο που λαμβάνει αποφάσεις ελέγχεται εν μέρει από τη διατύπωση του προβλήματος και από τους κανόνες, τις συνήθειες και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του. Συχνά είναι δυνατό να πλαισιώσει ένα δεδομένο πρόβλημα λήψης απόφασης με περισσότερους από έναν τρόπους.

### **Θεωρίες σχετικά με την λήψη αποφάσεων**

#### **A) Κίνητρα για την λήψη αποφάσεων**

**1) Η Θεωρία Γνωστικής Ασυμφωνίας:** Αυτή είναι η δυσάρεστη αίσθηση της έντασης που προέρχεται από την ύπαρξη δύο αντικρουόμενων σκέψεων στο μυαλό μας την ίδια στιγμή. Ο Festinger (1950), ανέπτυξε για πρώτη φορά αυτή τη θεωρία. Σε ένα πείραμά τους, οι Festinger και Carlsmith (1959), ζήτησαν από τους φοιτητές τους να πουν ψέματα για κάποιο θέμα. Για αυτό σε κάποιους δόθηκε αμοιβή 1\$ και σε κάποιους 10\$. Εκείνοι οι οποίοι έλαβαν το 1\$ για το έργο, αισθάνθηκαν άβολα να πουν ψέματα.

Η Γνωστική Ασυμφωνία αυξάνεται ανάλογα με:

- την σημασία του θέματος για εμάς
- το πόσο ισχυρή είναι η σύγκρουση μεταξύ των αντικρουόμενων σκέψεων
- την αδυναμία μας να σκεφτούμε λογικά και να εξηγήσουμε τη σύγκρουση

Η γνωστική ασυμφωνία είναι συχνά ισχυρή όταν πιστεύουμε κάτι για τους εαυτούς μας και στη συνέχεια κάνουμε κάτι κατά της εν λόγω πεποίθησης. Η γνωστική ασυμφωνία είναι ένα πολύ ισχυρό κίνητρο που θα μας οδηγήσει συχνά να αλλάξουμε



τη μία ή την άλλη από τις αντικρουόμενες απόψεις ή πράξεις μας. Η δυσφορία που αισθανόμαστε είναι συχνά σαν μια ένταση μεταξύ των δύο αντίθετων σκέψεων. Για να απελευθερωθεί η ένταση μπορούμε να πάρουμε μία από τις τρεις αποφάσεις:

- Να αλλάξουμε τη συμπεριφορά μας
- Να δικαιολογήσουμε τη συμπεριφορά μας, αλλάζοντας την αντικρουόμενη σκέψη
- Να δικαιολογήσουμε τη συμπεριφορά μας, με την προσθήκη νέων σκέψεων

Η ασυμφωνία είναι πιο ισχυρή όταν πρόκειται για την αυτο-εικόνα μας. Εάν μια ενέργεια έχει ολοκληρωθεί και δεν μπορεί να αναιρεθεί, τότε η μετά-το-γεγονός ασυμφωνία μας αναγκάζει να αλλάξουμε τις πεποιθήσεις μας. Αν οι πεποιθήσεις αλλάζουν, τότε η ασυμφωνία εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, αναγκάζοντάς μας να αναλάβουμε δράσεις που δεν θα είχαμε λάβει πριν.

Η γνωστική ασυμφωνία εμφανίζεται σε όλες σχεδόν τις αξιολογήσεις και τις αποφάσεις και είναι ο κεντρικός μηχανισμός με τον οποίο βιώνουμε νέες αλλαγές στον κόσμο. Η ασυμφωνία αυξάνεται ανάλογα με τη σημασία και τον αντίκτυπο της απόφασης, μαζί με τη δυσκολία να την αντιστρέψουμε.

Η γνωστική ασυμφωνία είναι κεντρικής σημασίας για πολλές μορφές της πειθούς για την αλλαγή τις πεποιθήσεων, αξιών, στάσεων και συμπεριφορών. Η ένταση μπορεί να εγχυθεί ξαφνικά ή να αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. Οι άνθρωποι μπορούν να μετακινηθούν σε πολλά μικρά άλματα ή ένα μεγάλο.

**2) Η Θεωρία της Αυτοαντίληψης:** Οι άνθρωποι αποφασίζουν οι ίδιοι για τις στάσεις και τα συναισθήματά τους, παρακολουθώντας τον τρόπο συμπεριφοράς τους σε διάφορες καταστάσεις. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν ενδογενή στοιχεία είναι τόσο αδύναμα ή προκαλούν σύγχυση και θέτουν αποτελεσματικά το πρόσωπο στην ίδια θέση όπως ένας εξωτερικός παρατηρητής.

Η θεωρία της Αυτοαντίληψης (Bem, 1972), παρέχει μια εναλλακτική εξήγηση για τις επιδράσεις γνωστικής ασυμφωνίας. Για παράδειγμα στο πείραμα των Festinger και Carlsmith (1959), όπου οι άνθρωποι πληρώνονται 1\$ ή 10\$ για να πουν ψέματα, η θεωρία γνωστικής ασυμφωνίας θεωρεί ότι οι άνθρωποι ένιωθαν άσχημα να πουν ψέματα για το 1\$, επειδή δεν μπορούσαν να δικαιολογήσουν την πράξη. Η θεωρία της

Αυτο-αντίληψης λαμβάνει την οπτική γωνία ενός «παρατηρητή», καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι εκείνοι που πληρώνονται 1\$ πρέπει να το διασκέδασαν πολύ (επειδή το 1\$ δεν δικαιολογεί την πράξη τους), ενώ όσοι πληρωθήκαν 10\$ το είχαν κάνει ακριβώς για τα χρήματα.

Επιπλέον, η θεωρία της αυτοαντίληψης, προτείνει ότι ένα άτομο προκαλεί συμπεριφορές, χωρίς πρόσβαση στην εσωτερική του γνωστική λειτουργία και την συναισθηματική του κατάσταση. Το άτομο αιτιολογεί τις προφανείς συμπεριφορές του ορθολογικά με τον ίδιο τρόπο που προσπαθεί να εξηγήσει τις συμπεριφορές των άλλων.

Σημειώστε ότι αυτό δείχνει πώς η αλλαγή των στάσεων των ανθρώπων συμβαίνει μόνο όταν δύο παράγοντες είναι παρόντες:

- Είναι διεγερμένοι, νιώθοντας την δυσφορία της ασυμφωνίας
- Αποδίδουν την αιτία για αυτό στις συμπεριφορές και τις στάσεις τους

Οι Zanna και Cooper (1974), έδωσαν σε άτομα ένα χάπι placebo και τους ζήτησαν να εκτελέσουν μια δραστηριότητα αντίθετη ως προς τις στάσεις τους. Τα άτομα στην ομάδα ελέγχου που γνώριζαν ότι το χάπι ήταν ένα εικονικό φάρμακο όπως αναμενόταν, υποστήριζαν όλο και περισσότερο την στάση. Άλλοι, οι οποίοι θεωρούσαν ότι το χάπι θα τους προκαλέσει ένταση, δεν άλλαξαν τη στάση τους, καθώς θα μπορούσαν να αποδώσουν την ασυμφωνία τους στην επίδραση του χαπιού.

**3) Θεωρία Γνωστικής Συνοχής:** Σύμφωνα με την θεωρία της γνωστικής συνοχής (Heider, 1958), όταν εσωτερικά συστήματά μας (πεποιθήσεις, στάσεις, αξίες, κλπ) υποστηρίζουν όλα το ένα το άλλο και όταν αυτά υποστηρίζονται επίσης από εξωτερικά στοιχεία, τότε έχουμε μια ήρεμη κατάσταση. Η δυσφορία της γνωστικής ασυμφωνίας συμβαίνει όταν τα πράγματα δεν ευθυγραμμίζονται, κάτι που μας οδηγεί στο να προσπαθήσουμε να επιτύχουμε το μέγιστο εφικτό επίπεδο συνοχής στον κόσμο μας.

Έχουμε επίσης μια πολύ ισχυρή ανάγκη να πιστεύουμε ότι διατηρούμε συνοχή με τις κοινωνικές νόρμες. Όταν υπάρχει σύγκρουση μεταξύ των συμπεριφορών που είναι συμβατές με τα εσωτερικά συστήματα και τις συμπεριφορές που συνάδουν με τους κοινωνικούς κανόνες, η πιθανή απειλή του κοινωνικού αποκλεισμού συχνά μας οδηγεί προς τις δευτερές, αν και μπορεί να προκληθεί σημαντική γνωστική ασυμφωνία.

Οι τρόποι με τους οποίους επιτυγχάνεται η συνοχή μεταξύ των αντικρουόμενων στοιχείων περιλαμβάνουν:

- *Άρνηση ή αδιαφορία:* «Δεν είδα να συμβαίνει»
- *Εξορθολογισμό και δικαιολογίες:* «Επρόκειτο να πέσει έτσι κι αλλιώς»
- *Διαχωρισμό των στοιχείων:* «Δεν χρησιμοποιώ το αυτοκίνητό μου αρκετά για να κάνω τη διαφορά»
- *Υπέρβαση:* «Κανείς δεν είναι τέλειος»
- *Αλλαγή θέματος:* «Θα είμαι πιο προσεκτικός την επόμενη φορά»
- *Πειθώ:* «Είμαι πραγματικά καλός, δεν είμαι;»

**4) Η προκατάληψη της υποστήριξης των επιλογών:** Όταν θυμόμαστε κάποια προηγούμενη απόφασή μας, διαστρεβλώνουμε τις μνήμες μας για να κάνουμε τις επιλογές που κάναμε να φαίνονται οι καλύτερες που θα μπορούσαμε να λάβουμε. Έτσι, όταν έχουμε επιλέξει από μια σειρά εναλλακτικών επιλογών, θα αποδώσουμε περισσότερα θετικά και λιγότερο αρνητικά χαρακτηριστικά, για την επιλογή που έχουμε επιλέξει (και το αντίστροφο για τις επιλογές που απορρίψαμε). Ως εκ τούτου, αισθανόμαστε καλά για τους εαυτούς μας και τις επιλογές μας και μετανιώνουμε λιγότερο για τις κακές αποφάσεις.

Οι ηλικιωμένοι τείνουν περισσότερο προς αυτή την προκατάληψη. Οι Mather, Shafir και Johnson (2000), έδωσαν σε υποκείμενα μια επιλογή ανάμεσα σε δύο

υποψηφίους για μια εργασία, καθένας από τα οποίους είχε τέσσερις θετικές και τέσσερις αρνητικές ιδιότητες. Όταν αργότερα τους ζητήθηκε να θυμηθούν τα χαρακτηριστικά τους αυτά, τα υποκείμενα ανακάλεσαν τα πιο θετικά χαρακτηριστικά της επιλογής τους και πιο αρνητικά χαρακτηριστικά του υποψηφίου που είχαν απορρίψει.

**5) Η Προκατάληψη της Επιβεβαίωσης:** Όταν έχουμε λάβει μια απόφαση ή έχουμε δημιουργήσει μια υπόθεση, θα αναζητήσουμε ενεργώς τα πράγματα που θα επιβεβαιώσουν την απόφαση ή την υπόθεσή μας. Θα αποφύγουμε επίσης τα πράγματα που δεν την επιβεβαιώνουν (Klayman & Ha, 1987). Η εναλλακτική λύση είναι να αντιμετωπίσουμε την ασυμφωνία του λάθους μας. Χρησιμοποιούμε αυτή την προσέγγιση, τόσο για την αναζήτηση της μνήμη μας και για να αναζητήσουμε τα πράγματα στον εξωτερικό κόσμο. Αυτό έχει ονομαστεί ως η «*θετική στρατηγική δοκιμής*».

Οι Snyder και Cantor (1979), έδωσαν σε συμμετέχοντες μια περιγραφή ενός ατόμου που ονομάζεται Τζέιν που περιλάμβανε ποικίλα στοιχεία όπως μερικές φορές την παρουσίαζαν εσωστρεφή και άλλοτε ως εξωστρεφή. Λίγες μέρες αργότερα, στους μισούς ζητήθηκε να την αξιολογήσουν για μια εξωστρεφή δουλειά (κτηματομεσίτη) και στους υπόλοιπους ζητήθηκε να την αξιολογήσουν για τη δουλειά ενός βιβλιοθηκονόμου. Κάθε ομάδα ήταν καλύτερη στο να ανακαλεί τα χαρακτηριστικά που υποστήριζαν την εργασία για την οποία θα την αξιολογούσαν. Αυτό σήμαινε ότι χρησιμοποιούσαν μια στρατηγική θετικού ελέγχου, όταν προσπαθούσαν να θυμηθούν στοιχεία για την Τζέιν. Αφού πεισθεί ένα άτομο για κάτι, θα πρέπει να το βοηθήσουμε να αισθάνεται καλά, επιτρέποντάς του να βρει παραδείγματα που επιβεβαιώνουν την καλή επιλογή του.

## **B) Η Διαδικασία Στοχασμού**

**1) Η Επίδραση Αμφισημίας:** Όταν οι άνθρωποι κάνουν επιλογές, μερικές φορές έχουν μια καλή κατανόηση της πιθανότητας να συμβεί κάτι, ενώ άλλες φορές η κατάσταση είναι ασαφής, όπου η πιθανότητα ενός γεγονότος είναι άγνωστη (Ellsberg, 1961). Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι άνθρωποι είναι πιο πιθανό να επιλέξουν την πρώτη κατάσταση, προτιμώντας μια γνωστή πιθανότητα πάνω σε σχέση με μία άγνωστη.

Λαμβάνοντας μια απόφαση για κάτι που δεν μπορεί να συμβεί είναι ρίσκο. Όταν η πιθανότητα είναι άγνωστη, μπορεί να αυξήσει το αίσθημα δυσφορίας, ακόμη και πέρα από αυτό που θα προκαλούσε μια γνωστή μικρή πιθανότητα. Για να πειστούν τα άτομα να κάνουν μια επιλογή, πρέπει να βεβαιωθούμε ότι έχουν μια άποψη για το πόσο πιθανό είναι να την πετύχουν. Σύμφωνα με τους Frisch και Baron, (1988), για να αποτρέψουμε τα άτομα να κάνουν άλλες επιλογές, πρέπει να τους δείξουμε ότι λίγα είναι γνωστά για τις πιθανότητες επιτυχίας με αυτές.

**2. Το Μοντέλο Επεξεργασίας Πιθανοτήτων:** Σύμφωνα με τους Petty και Cacioppo (1986), υπάρχουν δύο τρόποι για να λάβουμε αποφάσεις και ως εκ τούτου να πεισθούμε για κάτι:

- Όταν διαθέτουμε το κίνητρο και είμαστε σε θέση να δώσουμε προσοχή, κάνουμε μια λογική, συνειδητή σκέψη, η «κεντρική οδός» στην διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη αλλαγή στη στάση μας, καθώς έχουμε υιοθετούμε και επεξεργαζόμαστε τα επιχειρήματα του ομιλητή.
- Σε άλλες περιπτώσεις, χρησιμοποιούμε την «περιφερειακή οδό-διαδικασία». Εδώ δεν δίνουμε προσοχή σε πειστικά επιχειρήματα, αλλά αντ' αυτού επηρεαζόμαστε από τα επιφανειακά χαρακτηριστικά, όπως το αν μας αρέσει ο ομιλητής. Σε αυτή την περίπτωση, αν κάνουμε την αλλαγή, είναι μόνο προσωρινή.

Ένας από τους καλύτερους τρόπους για την ενθάρρυνση των ατόμων να ακολουθήσουν την κεντρική διαδρομή, είναι να δημιουργήσουμε το μήνυμα έτσι ώστε να είναι σχετικό προσωπικά με αυτούς και να τους αφορά. Ο φόβος μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματικός στο να προκαλέσει την προσοχή τους, αλλά μόνο αν είναι μέτριας έντασης και προσφέρεται επίσης μια λύση. Ο ισχυρός φόβος απλά θα οδηγήσει σε αντιδράσεις αποφυγής.

Η κεντρική διαδρομή οδηγεί στην εξέταση και των δύο επιχειρημάτων υπέρ και κατά και κάποια επιλογή εξετάζεται προσεκτικά. Οι άνθρωποι είναι πιο πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν την κεντρική οδό, όταν το ζήτημα έχει προσωπική σχέση με αυτούς. Μερικοί άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για γνώση. Αυτοί οι άνθρωποι με μεγαλύτερη ανάγκη για γνώση είναι πιο πιθανό να επιλέξουν την κεντρική οδό. Όταν

αισθάνονται καλά, τα άτομα θα θελήσουν να διατηρήσουν αυτή την κατάσταση και θα αποφύγουν να εστιάσουν σε πράγματα που θα τους επηρεάσουν αρνητικά και πάλι, έτσι θα λάβουν μια πιο βιαστική, περιφερειακή διαδρομή. Οι άνθρωποι σε αρνητική ή ουδέτερη διάθεση είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν την κεντρική οδό.

Μπορούμε να παρατηρούμε σταδιακά και να σκεφτόμαστε τα στοιχεία ή να αφήσουμε τα γεγονότα να λειτουργούν απλώς ως ερεθίσματα σε αυτόματες απαντήσεις. Για την επίδραση μακροχρόνιων αλλαγών στις στάσεις, θα πρέπει να ακολουθήσουμε την κεντρική διαδρομή. Εάν έχουμε την προσοχή των ατόμων, πρέπει να είμαστε λογικοί και να παρουσιάσουμε ένα πειστικό επιχείρημα. Αν, όμως, δεν εστιάζουν πραγματικά την προσοχή τους, τότε κάποιο αστείο θα τους αποσπάσει την προσοχή.

**3. Η Προκατάληψη των Πληροφοριών:** Όταν προσπαθούμε να πάρουμε μια απόφαση, αναζητούμε γενικά στοιχεία στα οποία θα βασίσουμε την επιλογή μας ορθολογικά. Αυτό που είναι λάθος, είναι όταν θεωρούμε ότι όλες οι πληροφορίες είναι χρήσιμες, και ότι «όσο περισσότερες τόσο καλύτερα». Μερικές φορές, οι επιπλέον πληροφορίες δεν προσθέτουν σημαντική αξία. Μερικές φορές απλά οδηγούν σε σύγχυση.

Οι Baron, Beattie, και Hershey (1988), έδωσαν σε υποκείμενα ένα διαγνωστικό πρόβλημα που συνδέονταν με φανταστικά συμπτώματα, εξετάσεις και ασθένειες. Πολλά άτομα δήλωσαν ότι θα χρειάζονταν επιπλέον εξετάσεις, ακόμη και όταν είχαν επαρκή στοιχεία. Όταν θέλουμε οι άνθρωποι να δώσουν προσοχή στις πληροφορίες μας, ακόμα και όταν έχουν και άλλες πληροφορίες μπορούμε κάλλιστα να τις παρουσιάσουμε, για παράδειγμα, ως «νέα ευρήματα». Μπορούμε επίσης να δημιουργήσουμε σκόπιμα υπερφόρτωση πληροφοριών, ενθαρρύνοντας τους ανθρώπους να αναζητούν όλο και περισσότερα δεδομένα.

**4. Η Θεωρία Επεξεργασίας των Πληροφοριών:** Για να πεισθεί κάποιο άτομο, θα πρέπει αρχικά προσέξει κάποιο μήνυμα και στη συνέχεια να συμφωνήσει με αυτό. Για να συμφωνήσει με αυτό, θα πρέπει να συγκρίνει την προηγούμενη άποψή του με τη νέα και να απορρίψει την προηγούμενη.

Θα πρέπει να επιβεβαιώσουμε ότι το άτομο ακούει το μήνυμά μας, να συγκεντρώσουμε τυχόν αντίθετες απόψεις που έχει και να το καθοδηγήσουμε μέσα από τη σύγκριση με το μήνυμά μας.

**5. Η Αξιοπιστία της Πηγής:** Οι άνθρωποι είναι πιο πιθανό να πειστούν αν το πρόσωπο που προσπαθεί να τους πείσει θεωρείται ως αξιόπιστο, ειδικευμένο και έμπιστο. Αξίζει να σημειωθεί ότι η τεχνογνωσία δεν είναι ο μόνος παράγοντας, για παράδειγμα τα άτομα με ελκυστική εμφάνιση γενικά είναι πιο επιτυχημένα στην αλλαγή πεποιθήσεων, όπως και οι άνθρωποι που είναι γενικά συμπαθής (Hovland, Janis, & Kelley, 1953).

**6. Η Θεωρία της Ασυνείδητης Σκέψης:** Μπορούμε να λύσουμε απλά προβλήματα με το συνειδητό μυαλό μας αρκετά εύκολα, αλλά έχουμε «οριοθετήσει τον ορθολογισμό» και θεωρούμε τα σύνθετα προβλήματα πολύ πιο δύσκολα. Εάν συλλογιστούμε αρκετά συνειδητά για μια σύνθετη επιλογή, κατά συνέπεια, μπορεί να κάνει κάνουμε λανθασμένη επιλογή.

Ένας καλύτερος τρόπος είναι να αφήσουμε το ασυνείδητο μυαλό μας να επιλέξει, δίνοντας μας επαρκείς πληροφορίες και στη συνέχεια να αποφασίσουμε σε μεταγενέστερο χρόνο (Dijksterhuis, 2004). Η ασυνείδητη σκέψη μπορεί να οριστεί ως η σκέψη ή η λογική που λαμβάνει χώρα όταν η συνειδητή προσοχή στρέφεται αλλού. Η συνειδητή σκέψη είναι γραμμική και συγκλίνουσα, ενώ η ασυνείδητη σκέψη είναι παράλληλη και αποκλίνουσα, καθιστώντας τη πολύ πιο ισχυρή στον έλεγχο ευρέων δυνατοτήτων. Το πρόβλημα είναι, ότι το συνειδητό μυαλό μας δεν εμπιστεύεται πάντα το ασυνείδητο μυαλό μας και ιδίως την ικανότητά του να σκέφτεται λογικά. Η συνειδητή σκέψη δεν είναι τόσο λογική και υπόκειται στην προκατάληψη, σταθμίζοντας αποτελεσματικά τις αποφάσεις σύμφωνα με κριτήρια, όπως η κοινωνική αρεστότητα.

Οι Dijksterhuis και van Olden (2006), έδειξαν στα υποκείμενα της έρευνάς τους τέσσερις εικόνες και στη συνέχεια τα χώρισαν σε τρεις ομάδες. Μια ομάδα κλήθηκε αμέσως να επιλέξει την εικόνα που τους άρεσε περισσότερο. Μια δεύτερη ομάδα κλήθηκε να μελετήσει τις εικόνες και να απαριθμήσει τι τους άρεσε και δεν τους άρεσε σχετικά με τις εικόνες. Στην τρίτη ομάδα δόθηκαν παζλ για την επίλυση αναγραμματισμού για πέντε λεπτά και στη συνέχεια κλήθηκαν να επιλέξουν μια εικόνα.

Και στις τρεις ομάδες παρουσιάστηκε η εικόνα της επιλογής τους και στη συνέχεια ένα μήνα αργότερα ρωτήθηκαν πόσο τους άρεσε τώρα και πόσο θα την πουλούσαν. Παραδόξως, η τρίτη ομάδα, που έκανε παζλ και στη συνέχεια επέλεξε, είχε δώσει μεγαλύτερη σημασία στην εικόνα και ήθελε περισσότερα χρήματα για να την πουλήσει. Για να λάβουν οι άνθρωποι την καλύτερη απόφαση σε μια περίπλοκη κατάσταση, πρέπει να τους δοθούν αρχικά οι πληροφορίες και μετά να αποσπάσουμε την προσοχή τους. Αν θέλουμε να τους πείσουμε για κάτι συγκεκριμένο, πρέπει να τους δώσουμε μια λογική λύση και να μην τους δώσουμε χρόνο να σκεφτούν ασυνείδητα.

### **Γ) Λήψη Αποφάσεων**

**1) Θεωρία Φιλτραρίσματος:** Κάνουμε κάποιες επιλογές μέσα από μια σειρά φίλτρων επιλογής. Όσο πιο σημαντικό είναι κάτι, τόσο μεγαλύτερη η προσπάθεια και το φιλτράρισμα. Μία από τις σημαντικότερες επιλογές είναι των φίλων και των συνεργατών μας. Οι σχέσεις ακολουθούν διάφορα στάδια όπου χρησιμοποιούνται διαφορετικά κριτήρια σε διαδοχικά στάδια. Ξεκινούν με κοινωνικές μεταβλητές, όπως η κοινωνική τάξη και η θρησκεία. Στη συνέχεια κινούνται σε εσωτερικές αξίες. Τέλος, κινούνται προς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Σημειώστε ότι επιδιώκουμε ομοιότητα στις κοινωνικές μεταβλητές και τις αξίες, αλλά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορεί να είναι συμπληρωματικά.

**2. Συναισθηματική Εμπλοκή:** Όταν ένα άτομο εμπλέκεται συναισθηματικά σε ένα θέμα, θα επεξεργαστεί τις πληροφορίες και ως εκ τούτου, θα αντιδράσει με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με κάποιο θέμα το οποίο δεν είναι σημαντικό και δεν δίνει πραγματική προσοχή σε αυτό. Τα άτομα που εμπλέκονται σε κάποιο θέμα θέλουν να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις. Τα μη εμπλεκόμενα άτομα δεν θέλουν να καταναλώσουν ιδιαίτερη προσπάθεια σε αποφάσεις και πιθανότατα θα επιτρέψουν σε άλλους να τους πουν τι να σκεφτούν.

Τα άτομα που εμπλέκονται σε κάποιο θέμα θέλουν σαφείς και επαρκείς πληροφορίες από τις οποίες θα εξάγουν συμπεράσματα. Οι άνθρωποι μπορούν να ενθαρρυνθούν προκειμένου να καταστούν μη εμπλεκόμενοι, όταν βομβαρδίζονται με πολλές και περίπλοκες πληροφορίες.



**3. Θεωρία Απλής Έκθεσης:** Όσο μεγαλύτερη έκθεση έχουμε σε ένα ερέθισμα, τόσο περισσότερο τείνει να μας είναι αρεστό. Η οικειότητα αναπαράγει την αρέσκεια περισσότερο από την περιφρόνηση. Το ερέθισμα αυτό μπορεί να είναι άνθρωποι, εμπορικά προϊόντα, μέρη, κ.λπ. Μπορεί να μας είναι αρεστά ακόμη και δυσάρεστα πράγματα, όπως όταν οι φυλακές λείπουν σε κάποιους κρατούμενους.

Όταν κάνουμε επιλογές, το οικείο επιλέγεται συχνά σε σχέση με το άγνωστο. Η έκθεση μπορεί να είναι υπερβολική. Μετά από έναν ορισμένο αριθμό εκθέσεων θα αγνοήσουμε το μήνυμα. Αν συνεχίσουν οι εκθέσεις στο ερέθισμα, θα ενοχληθούμε και θα υιοθετήσουμε αρνητικές αντιδράσεις στο μήνυμα. Η επίδραση της έκθεσης συνδέεται με τον κόσμο των υποσυνείδητων μηνυμάτων και η υποσυνείδητη έκθεση αυξάνει την αρέσκεια.

Ο Zajonc (1968), έδειξε κινεζικούς χαρακτήρες σε ανθρώπους από μία έως 25 φορές, ζητώντας τους να μαντέψουν τη σημασία. Όσο περισσότερο έβλεπαν έναν χαρακτήρα τόσο πιο θετικό νόημα έδωσαν. Ο Miller (1976), έδειξε αφίσες σε πολίτες σχετικά με τη διακοπή της ξένης βοήθειας μέχρι και 200 φορές. Τα άτομα είχαν πειστεί περισσότερο από μέτρια έκθεση. Μετά από 200 εκθέσεις στις αφίσες αντέδρασαν αρνητικά στο μήνυμα. Οι Kunst-Williams και Zajonc (1980), έδειξαν οκτάγωνα για 1 χιλιοστό του δευτερολέπτου σε συμμετέχοντες στο πείραμά τους. Αν και αργότερα τα άτομα δεν ήταν σε θέση να προσδιορίσουν τα οκτάγωνα, η προτίμησή τους για τα σχήματα αυξήθηκε.

**4. Αντιληπτική Επίδραση Αντίθεσης:** Όταν παίρνουμε αποφάσεις, έχουμε την τάση να το κάνουμε αντιπαραθέτοντας μεταξύ του στοιχείου για το οποίο αποφασίζουμε και άλλα στοιχεία αναφοράς. Όταν δύο πράγματα φαίνονται κοντά το ένα στο άλλο, έχουμε την τάση να τα αξιολογήσουμε συγκρίνοντάς τα μεταξύ τους παρά σε σύγκριση με κάποιο σταθερό πρότυπο. Οι Sherif, Taub και Hovland (1958), διαπίστωσαν ότι όταν τα υποκείμενα αρχικά σήκωσαν ένα μεγάλο βάρος, υποεκτίμησαν το βάρος από ελαφρύτερα βάρη που στη συνέχεια τους ζητήθηκε να σηκώσουν.

Όταν συναντάμε δύο άτομα, είναι πιθανό να συγκρίνουμε κάθε ένα εναντίον του άλλου σχετικά με διάφορες διαστάσεις για να αποφασίσουμε ποιο προτιμάμε. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει φυσική ομορφιά, κοινά ενδιαφέροντα και διαφόρους παράγοντες της προσωπικότητας.

**5. Θεωρία Αυτοδιάθεσης:** Οι άνθρωποι με μεγαλύτερο εσωτερικό κέντρο ελέγχου αισθάνονται ότι προσδιορίζουν τον εαυτό τους με βάση τη συμπεριφορά τους, όπως απορρέει από τις δικές τους επιλογές, τις αξίες τους, και τα συμφέροντά τους, ενώ εκείνοι με εξωτερικό κέντρο ελέγχου αισθάνονται ότι η συμπεριφορά τους ελέγχεται από κάποιο εξωτερικό γεγονός, πρόσωπο, ή δύναμη. Η διάκριση μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων είναι ένα βασικό μέρος της Θεωρίας Αυτοδιάθεσης, η οποία αναπτύχθηκε κατά την ανάπτυξη του Μπιχεβιορισμού, όπου η διαχείριση της συμπεριφοράς βασίζεται στην ανταμοιβή και την τιμωρία (Deci, & Ryan, 1985).

Υπάρχουν τρεις ανάγκες τις οποίες η θεωρία αναγνωρίζει ως απαιτούμενη ικανοποίηση: α) οι ικανότητες β) η σχετικότητα γ) η αυτονομία.

Αισθάνομαι τον έλεγχο της ζωής μου. Αισθάνομαι υπεύθυνος για τις ενέργειές μου. Έχω μεγάλο εσωτερικό κέντρο ελέγχου και παρακινώ τον εαυτό μου. Οι φίλοι μου πάντα παραπονιούνται ότι είναι «υποχρεωμένοι» να κάνουν πράγματα και ότι η ζωή δεν είναι δίκαιη. Έχουν ένα μεγάλο εξωτερικό κέντρο ελέγχου και επηρεάζονται περισσότερο από την ανταμοιβή και την τιμωρία.

**6. Θεωρία Αυτοελέγχου:** Οι βραχυπρόθεσμες επιθυμίες προφανώς έχουν ένα μακροπρόθεσμο κόστος. Το ερώτημα μπορεί να σχετιστεί ακόμη και σε ό, τι πιστεύουμε και σκεφτόμαστε. Οι θρησκείες παρέχουν πολλές οδηγίες για τη σωστή σκέψη και οι υποστηρικτές τους προσπαθούν σκληρά για να σκέφτονται τα σωστά πράγματα, όσο δύσκολο κι αν μπορεί να είναι αυτό.

Η θεωρία αυτοελέγχου, αναφέρει ότι έχουμε δαπανήσει προσπάθεια για τον έλεγχο του τι σκεφτόμαστε, τι λέμε και κάνουμε, προσπαθώντας να είμαστε το πρόσωπο που θέλουμε να είμαστε, τόσο σε συγκεκριμένες καταστάσεις αλλά και σε μακροπρόθεσμη βάση. Μεγάλο μέρος του αυτοελέγχου αφορά το θέμα του να σταματήσουμε τους εαυτούς μας από το να κάνουμε πράγματα που ξέρουμε ότι δεν πρέπει να κάνουμε. Ο αυτοέλεγχος είναι συνήθως απαραίτητος όταν υπάρχει μια σύγκρουση των κινήτρων, για παράδειγμα, να τρέξουμε μακριά από μια φωτιά, σε αντίθεση με το να βοηθήσουμε να σωθούν τα θύματα της πυρκαγιάς.

Τέσσερις παράγοντες της θεωρίας του αυτοελέγχου που περιγράφονται από τους Baumeister et. al., (2007), είναι:

- Πρότυπα: Από επιθυμητή συμπεριφορά
- Κίνητρο: Να πληρούμε τα πρότυπα
- Παρακολούθηση: Από καταστάσεις και σκέψεις που προηγούνται σπάσιμο πρότυπων
- Δύναμη της θέλησης: Εσωτερική δύναμη για τον έλεγχο επιθυμιών.

Η αυτορρύθμιση περιλαμβάνει έλεγχο των παρορμήσεων, την διαχείριση των βραχυπρόθεσμων επιθυμιών. Οι άνθρωποι με χαμηλό έλεγχο των παρορμήσεων είναι επιρρεπείς στο να ενεργούν με βάση τις άμεσες επιθυμίες. Αυτό μπορεί να οδηγήσει βίαια άτομα στο δρόμο προς τις φυλακές, καθώς οι εγκληματικές ενέργειες συχνά γίνονται στην παρόρμηση της στιγμής. Για τους μη βίαιους ανθρώπους μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια φίλων μέσω απρόσεκτων ξεσπασμάτων ή σε οικονομικά προβλήματα που προκαλούνται από πάρα πολλές παρορμητικές αγορές.

**7. Το Θεωρητικό Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής:** Θα πρέπει να περάσουμε από διάφορα στάδια, όταν αντιμετωπίζουμε την ανάγκη να αλλάξουμε ή να αναλάβουμε δράση.

- Πριν τη λήψη απόφασης: Μη γνωρίζοντας το πρόβλημα, δεν σκεπτόμαστε ή δεν θέλουμε να αλλάξουμε.
- Περισυλλογή: Έχοντας επίγνωση του προβλήματος σκεπτόμαστε να αναλάβουμε δράση.
- Προετοιμασία: Είμαστε συναισθηματικά έτοιμοι. Θέλουμε να δράσουμε.
- Δράση: Λαμβάνουμε τα αναγκαία μέτρα.
- Διατήρηση: Διατηρώντας την αναγκαία δράση.
- Τερματισμός: Τερματισμός στο κατάλληλο σημείο.

Το μοντέλο αυτό ισχύει ιδιαίτερα για θέματα όπως ο εθισμός και η υγεία, όπου το άτομο δεν είναι πιθανό να είναι εύκολα διατεθειμένο να αλλάξει. Ένας εξαρτημένος ξεκινά εθισμένος, αλλά στη συνέχεια σταδιακά αντιλαμβάνεται την σκληρή πλευρά του εθισμού. Σκέφτεται για μεγάλο χρονικό διάστημα να κάνει κάτι και τελικά αποφασίζει ότι πρέπει να δράσει. Είναι δύσκολο να συνεχίσει και πολλοί άλλοι που υποβάλλονται σε θεραπεία συχνά την εγκαταλείπουν και επιστρέφουν πίσω στον εθισμό. Με την υποστήριξη, ωστόσο, ο εθισμένος φτάνει στο τέλος της θεραπείας και μεταβιβάζεται σε μια νέα ζωή.

## Ο φόβος

Ο Πλάτωνας στον Πρωταγόρα αναρωτιέται αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στο φόβο και το δέος: *«ονομάζετε κάτι φόβο; Και άραγε εκείνο που ονομάζω και εγώ; ... Είτε φόβο είτε δέος το όνομάζετε σείς, έγώ λέγω, πώς τούτο είναι κάποια προσδοκία κακού»*. Ο Αριστοτέλης στη ρητορική του, ψάχνει να βρει τις αιτίες του φόβου και του θάρρους. Ο Επίκτητος, έλεγε: *«Να μη φοβάστε, ούτε τις αρρώστιες, ούτε τον πόνο, ούτε το θάνατο, να φοβάστε το φόβο»*.

Οι σύγχρονοι επιστήμονες καταλήγουν στον ίδιο αφορισμό (Stekel, 1930) *«Από όλες τις οδύνες που συναντά ο άνθρωπος στη ζωή του, λέει ο M. De Fleury, η αγωνία είναι η πιο ανυπόφορη»*.

Ο Ribot αναφέρει ότι *«ο φόβος είναι η αντίδραση του ενστίκτου της αυτοσυντήρησης, με την αμυντική του όψη, στους εξωτερικούς ή εσωτερικούς παράγοντες που τείνουν στην καταστροφή του ατόμου»*.

Ο G. Dumas είναι από τους συγγραφείς που μιλάνε αποκλειστικά για το φόβο. Όπως κάθε συγκίνηση, ο φόβος προκύπτει από ένα shock συγκινησιακό, που είναι μια προσπάθεια απότομης συναισθηματικής προσαρμογής. Ο φόβος είναι το αποτέλεσμα ενός shock μέτριας έντασης.

Για τον Freud, κατά τον φόβο, η προσοχή βρίσκεται συγκεντρωμένη στο αντικείμενο του κινδύνου, ενώ το άγχος αναφέρεται στην κατάσταση και γίνεται αφαίρεση του αντικειμένου. Ο τρόμος, δείχνει την επίδραση ενός κινδύνου στον οποίο δεν είμαστε παρασκευασμένοι από μια κατάσταση προκαταβολικού άγχους. Ότι τον χαρακτηρίζει, κυρίως είναι η έκπληξη.

Στην γενική ψυχολογία του φόβου ο Stekel (1930) δέχεται ότι ο φόβος είναι κατά ένα μέρος κληρονομικός, μια κληρονομιά αιώνων, που άφησε τα ίχνη της πάνω στην εγκεφαλική οργάνωση. Πρέπει να λάβουμε υπ'όψιν μας, αναφέρει *«ότι το προϊστορικό παρελθόν του ανθρώπου, που εκδηλώνεται σαν ένστικτο, δηλαδή σαν ασυνείδητη μνήμη και το ιστορικό παρελθόν του, δηλαδή την παιδική του ηλικία»*<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Σκούρας Φ., Χατζηδήμος Α., Καλούτσης Α., Παπαδημητρίου Γ. (1991). *Η ψυχοπαθολογία της πείνας, του φόβου και του άγχους. Νευρώσεις και ψυχονευρώσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας. σελ: 21-32.

«Όσο πιο αδύναμος και έμφοβος νιώθεις, τόσο πιο εύκολα ενδίδεις στο άλογο στοιχείο. Υποχείριο σε φόβους, όχι μόνο αυθόρμητους αλλά και νοητικά επεξεργασμένους. Και το ερώτημα του Ρίλκε «Κάτι πρέπει να κάνουμε για το φόβο, αλλά τι;» παραμένει ανοιχτό. Βεβαίως η «αυτορρύθμιση» είναι σωτήρια. Πώς μπορεί όμως να επιτευχθεί; Μια αίσθηση ελέγχου της κατάστασης θα ήταν μια πολύτιμη αρωγή. Έλεγχος της κατάστασης σημαίνει και διαύγεια ως προς τους μηχανισμούς παραγωγής και αναπαραγωγής του φόβου, αλλά και των δυσλειτουργιών που αυτός γεννά»<sup>12</sup>.

### Ο φόβος ως προσέγγιση πειθούς<sup>13</sup>

Η επίκληση φόβου είναι «ένα πειστικό μήνυμα σχεδιασμένο για να φοβίσει τον κόσμο, περιγράφοντας τα απαίσια πράγματα που θα συμβούν σε αυτόν αν δεν κάνει αυτό που συστήνει το μήνυμα» (Witte, 1992). Έρευνες έχουν δείξει, ότι ο φόβος μπορεί να αποτελέσει μια αρκετά πειστική τακτική σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή αντιπαραγωγική τακτική σε άλλες (Ahluwalia, 2000). Ευρήματα ψυχολογικών ερευνών δείχνουν την σημασία του φόβου στην στάση και/ή την αλλαγή της συμπεριφοράς (Levanthal, 1970; Girandola, 2000).

Η έρευνα σχετικά με τις επικλήσεις φόβου ως τεχνικές πειθούς, χρονολογείται από την δεκαετία του '50 (Janis & Feshbach, 1953; 1954). Οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες εξέταζαν την επιρροή πειθούς των διαφόρων μορφών επικοινωνίας που βασίζονταν στην απειλή, συχνά αποτυγχάνοντας να διαχωρίσουν τις απειλές, το επικοινωνιακό ερέθισμα και την πραγματική αντίδραση στην απειλή (LaTour & Rotfeld, 1997).

Υπάρχουν ισχυρά ερευνητικά δεδομένα, ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα ενός ατόμου έχει ουσιαστική επίδραση στις αντιλήψεις και τις στάσεις του απέναντι σε μια επίκληση φόβου και ότι η χρήση ενός μηνύματος ισχυρής επίκλησης φόβου ίσως δεν εκληφθεί ως ανήθικη αν οι καταναλωτές αισθάνονται αυτό-αποτελεσματικοί σχετικά με το προτεινόμενο μήνυμα της διαφήμισης (Snipes, LaTour & Bliss, 1999). Σύμφωνα με

<sup>12</sup> Τσαλίκoglou, Φ. (2003). *Η ψυχή στη χώρα των πραγμάτων. Δοκίμια*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, (Η ψυχοπαθολογία του φόβου, σελ. 252).

<sup>13</sup> Williams, Jerome D., Donnel A. Briley, Sonya A. Grier, and Geraldine R. Henderson (2003), ``Fear Appeals Between and Within Cultures,`` in Scott M. Smith (ed.), *Proceedings of the Ninth Cross-Cultural Research Conference*, Jamaica, December (on CD)).

τους Witte και Allen (2000), «ο φόβος φαίνεται ότι αποτελεί ένα σημαντικό κίνητρο εφόσον τα άτομα πιστεύουν ότι είναι ικανά να προστατέψουν τον εαυτό τους».

Ο Girandola (2000), προτείνει ότι πολλές μεταβλητές είναι ιδιαίτερα σημαντικές και οι οποίες πρέπει να ληφθούν υπόψη ταυτόχρονα, εάν κάποιος θέλει να δημιουργήσει μια αποτελεσματική καμπάνια με βάση την επίκληση φόβου. Αυτές οι μεταβλητές περιλαμβάνουν την περιγραφή της απειλής, προληπτικές συμπεριφορές ως αντιδράσεις, την αυτό-αποτελεσματικότητα ή την πίστη του ατόμου στην ικανότητά του να εκτελέσει την προτεινόμενη αντίδραση στην απειλή, τις διαδικασίες ελέγχου του φόβου και του κινδύνου και την επιρροή τους στην συμπεριφορά και τέλος την συμπεριφορά του παρελθόντος (Girandola, 2000).

Ποικίλες θεωρητικές προσεγγίσεις έχουν χρησιμοποιηθεί για την εξήγηση της επίδρασης του φόβου στην πειθώ π.χ. Το Μοντέλο Κίνησης (The Drive Model-Janis, 1967), Το Μοντέλο Παράλληλης Αντίδρασης (the Parallel Response Model-Levanthal, 1970) και η Θεωρία Προστασίας των Κινήτρων (Protection Motivation Theory-Rogers, 1975; 1983; Tanner, Hunt & Eppright, 1991).

Οι σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις επικεντρώνονται υπερβολικά σε διαδικασίες που σχετίζονται με την αποδοχή κάποιου μηνύματος και παραμελούν τις διαδικασίες που σχετίζονται με την απόρριψη του μηνύματος. Για να κατανοήσουμε τις αντιδράσεις των ατόμων στις επικλήσεις φόβου, θα πρέπει να κατανοήσουμε το πότε και το γιατί αποτυγχάνουν οι επικλήσεις φόβου καθώς και το πότε και γιατί αυτές επιτυγχάνουν.

### **Σημαντικοί παράγοντες της διαδικασίας επίκλησης φόβου**

#### **Επικλήσεις φόβου**

Οι επικλήσεις φόβου μπορούν να οριστούν σύμφωνα με το περιεχόμενό τους ή την αντίδραση που προκαλούν στο κοινό (O'Keefe, 1990). Για παράδειγμα, οι επικλήσεις φόβου συνήθως περιλαμβάνουν «φρικτό περιεχόμενο» υπό την μορφή ζωνηρής γλώσσας (π.χ. παχιές πυώδεις εκκρίσεις, εκχύνονταν από την πληγή της τραχειοτομής», Leventhal, 1965), προσωποποιημένης γλώσσας (π.χ. «οι καπνιστές σαν κι εσένα....») ή φρικτές εικόνες (π.χ. εικόνες θυμάτων τροχαίου ατυχήματος).

Εναλλακτικά, οι επικλήσεις φόβου, ορίζονται με βάση το μέγεθος του φόβου που προκαλείται στο κοινό.

Η βιβλιογραφία της επίκλησης φόβου, δηλώνει ότι ο φόβος μπορεί να περιγραφεί από επίθετα που δηλώνουν διάθεση, συμπεριλαμβανομένων το αίσθημα φόβου, άγχους και ναυτίας, καθώς επίσης και μέσω χαρακτηρισμών που προκαλούν ανησυχία (LaTour, Tanner, 2003; LaTour, Rotfeld, 1997; Henthorne, LaTour, Nataraajan, 1993; Rogers, 1983).

Εντούτοις, ο φόβος κινητοποιεί πράξεις που έχουν ως στόχο την μείωση αυτών των δυσάρεστων συναισθημάτων (LaTour, Zahra, 1989; Tanner, Hunt, Eppright, 1991). Επίσης ο φόβος, σχετίζεται με την ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, η οποία συχνά σήμερα υιοθετείται από τις προσπάθειες του κοινωνικού μάρκετινγκ (Tudor, 2003).

Τα άτομα πρέπει να ενθαρρυνθούν, να ενισχυθούν και να υποστηριχθούν, ώστε να αλλάξουν την ριψοκίνδυνη συμπεριφορά τους σε μια πιο υγιή συμπεριφορά, ώστε να αποφύγουν την επέκταση του ιού HIV/AIDS (Fishbein, 2000). Συγκεκριμένα, τρεις μεταβλητές, η στάση, οι κανόνες (νόρμες) και η αυτό-αποτελεσματικότητα, αποτελούν τους καθοριστικούς παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν τις απόψεις σχετικά με το αποτέλεσμα της συμπεριφοράς, τις κοινωνικές και κανονιστικές προδιαγραφές ενός πληθυσμού και τα συγκεκριμένα εμπόδια αυτών των ενεργειών. Οι εξωτερικές επιδράσεις θα πρέπει πάντα να περιλαμβάνονται όταν αξιολογούνται οι εξής πεποιθήσεις: το πολιτισμικό υπόβαθρο, η αντιλαμβανόμενη ευαλωτότητα στην μόλυνση και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ίσως έχουν μια επιρροή μεσολάβησης στις στάσεις, τις νόρμες και τις πεποιθήσεις αυτο-αποτελεσματικότητας (Fishbein, 2000). Οι πολιτισμικά ευαίσθητες παρεμβάσεις έχει βρεθεί ότι προκαλούν πιο αποτελεσματικά τις αλλαγές στην συμπεριφορά σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως οι έφηβοι. Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις που βασίζονται σε σημαντική θεωρητική γνώση για την αλλαγή συμπεριφοράς (π.χ. η θεωρία Κοινωνικής Μάθησης, το μοντέλο Πίστης για την Υγεία και η θεωρία Αυτό-αποτελεσματικότητας) και οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις και τις στάσεις, είναι πιο πιθανό να επιτύχουν (Arthur, Quester, 2004).

Ο O'Keefe (1990), κάνει ένα σημαντικό διαχωρισμό μεταξύ των δύο ορισμών των επικλήσεων φόβου (περιεχόμενο μηνύματος – αντιδράσεις κοινού) όταν σημειώνει ότι τα μηνύματα με φρικτό περιεχόμενο ίσως δεν προκαλέσουν φόβο και ότι ο φόβος

ίσως προκαλείται χωρίς τρομακτικά περιεχόμενα. Εντούτοις, η πλειοψηφία των ερευνών σχετικά με την επίκληση φόβου έχουν συνδυάσει και τους δύο ορισμούς στον χειρισμό των επικλήσεων φόβου. Όταν οι ερευνητές αναφέρονται σε μια συνθήκη ισχυρής επίκλησης φόβου, συνήθως εννοούν ότι το μήνυμα απεικονίζει μια μεγάλη απειλή και ο παραλήπτης αντιλήφθηκε μια μεγάλη απειλή. Τυπικά, οι επικλήσεις φόβου προσφέρουν συστάσεις ότι είναι το ίδιο αποτελεσματικές στην αποτροπή της απειλής. Έτσι, οι τρεις κεντρικές κατασκευές στις επικλήσεις φόβου είναι ο φόβος, η απειλή και η αποτελεσματικότητα.

## Φόβος

Ο φόβος είναι ένα αρνητικό συναίσθημα, το οποίο συνοδεύεται από ένα υψηλό επίπεδο διέγερσης και προκαλείται από μια απειλή η οποία εκλαμβάνεται ως σημαντική και προσωπικά σχετική (Easterling & Leventhal, 1989; Lang, 1984; Ortony & Turner, 1990). Ο φόβος μπορεί να εκφραστεί σωματικά (ως διέγερση), μέσω της γλωσσικής συμπεριφοράς (λεκτικές αυτό-αναφορές), ή μέσω εμφανών πράξεων (εκφράσεις του προσώπου) (Lang, 1984). Στην βιβλιογραφία της επίκλησης φόβου, ο φόβος έχει χρησιμοποιηθεί ως ανησυχία (π.χ. αυτό-αξιολογούμενα συναισθήματα άγχους), σωματική διέγερση (Mewborn&Rogers, 1979; Rogers & Deckner, 1975), αντιδράσεις της διάθεσης (π.χ. φοβισμένος, ανήσυχος, αηδιασμένος) και βαθμούς ανησυχίας (Janis, 1967; Leventhal, 1970; Rogers, 1975; 1983; Sutton, 1982).

Ο Rogers (1983), έχει δείξει ότι ο αυτό-αναφερόμενος φόβος, όπως μετράται από την διάθεση (η πιο κοινή μέτρηση φόβου στις έρευνες επίκλησης φόβου), συλλαμβάνει επαρκώς τον ορισμό του φόβου, εξαιτίας της αντιστοιχίας μεταξύ σωματικής διέγερσης και αυτό-αξιολόγησης των επιθέτων διάθεσης. Συγκεκριμένα, οι Mewborn και Rogers (1979), βρήκαν ότι μια ταινία υψηλού φόβου προκάλεσε υψηλότερες αυτό-αξιολογήσεις φόβου, επιτάχυνε τον ρυθμό της καρδιάς και αύξησε την αγωγιμότητα του δέρματος περισσότερο από ότι μια ταινία χαμηλού φόβου. Μάλιστα, ο Rogers (1983), αναφέρει ότι *«η λεκτική μέτρηση ίσως είναι πιο ευαίσθητη σε σχέση με τις σωματικές μετρήσεις»*, επειδή ο αυτό-αξιολογούμενος φόβος αντανακλά με μεγαλύτερη επάρκεια μια συνολική συναισθηματική κατάσταση, ενώ η σωματική διέγερση μεταβάλλεται ουσιαστικά κατά τη διάρκεια μιας επίκλησης φόβου.



## **Απειλή**

Η απειλή αποτελεί μια εξωτερική μεταβλητή, η οποία υπάρχει είτε το άτομο την γνωρίζει είτε όχι. Εάν ένα άτομο γνωρίζει ότι υπάρχει μια απειλή, τότε αντιλαμβάνεται την απειλή. Οι χαρακτηρισμοί του μηνύματος για την απειλή επικεντρώνονται στην σοβαρότητα της απειλής (π.χ. «το AIDS οδηγεί σε θάνατο») και στην ευαλωτότητα του πληθυσμού στόχου στην απειλή (π.χ. «Κινδυνεύεις από το AIDS διότι μοιράζεσαι τις σύριγγες ενώ χρησιμοποιείς ναρκωτικά», Rogers, 1975; 1983). Αντίστοιχα, η αντιλαμβανόμενη αυστηρότητα αποτελείται από τις απόψεις του ατόμου σχετικά με την σοβαρότητα της απειλής, ενώ η αντιλαμβανόμενη ευαλωτότητα αποτελείται από τις απόψεις του ατόμου σχετικά με τις πιθανότητές του να αντιμετωπίσει την απειλή.

## **Αποτελεσματικότητα**

Οι απεικονίσεις ενός μηνύματος για την αποτελεσματικότητα επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης συμπεριφοράς (*αποτελεσματικότητα αντίδρασης*) και στην ικανότητα του πληθυσμού στόχου να εκτελέσει την προτεινόμενη συμπεριφορά (αυτό-αποτελεσματικότητα), (Rogers, 1975; 1983). Αντίστοιχα, η αντίδραση της αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας αναφέρεται στην άποψη του ατόμου για το αν μια συμπεριφορά αποτρέπει αποτελεσματικά την απειλή (π.χ. «Πιστεύω ότι τα προφυλακτικά αποτρέπουν την μόλυνση από τον ιό HIV») και η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην άποψη του ατόμου για την ικανότητά του να εκτελέσει την προτεινόμενη αντίδραση (π.χ. «Πιστεύω ότι μπορώ να χρησιμοποιήσω προφυλακτικά με ευκολία για να αποτρέψω την μόλυνση από τον ιό HIV», Rogers, 1975; 1983).

Η πεποίθηση ότι ο φόβος ελέγχει τη συμπεριφορά αποφυγής απορρίπτεται, παρά τις αυξανόμενες ενδείξεις για το αντίθετο. Σε ένα πρόσφατο άρθρο, ο Kirsch (1985) τάχθηκε υπέρ αυτής της άποψης στα σχόλιά του, σχετικά με το ρόλο της αντιλαμβανόμενης αυτο-αποτελεσματικότητας στις φοβικές δυσλειτουργίες.

Σύμφωνα με τον Kirsch (1985), οι άνθρωποι δρουν αποφεύγοντας κάτι, λόγω του αναμενόμενου φόβου. Ένα μεγάλο σύνολο αποδεικτικών στοιχείων, αμφισβητεί

την αντίληψη ότι ο αναμενόμενος φόβος ρυθμίζει την ενέργεια αποφυγής (Bandura, 1986; Bolles, 1975; Herrnstein, 1969; Schwartz, 1978). Μια τέτοια συμπεριφορά συχνά εκτελείται χωρίς την αναμενόμενη διέγερση φόβου και η αποφυγή μπορεί να διαρκέσει πολύ καιρό μετά αφού ο φόβος των απειλών έχει εξαλειφθεί (Black, 1965; Rescorla & Solomon, 1967).

Η θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας (Bandura, 1977; 1986) προϋποθέτει ότι κυρίως η αντιλαμβανόμενη αναποτελεσματικότητα αντιμετώπισης πιθανών γεγονότων είναι αυτή που δημιουργεί, αφενός, τις προσδοκίες φόβου και αφετέρου την συμπεριφορά αποφυγής. Τα άτομα που οι ίδιοι κρίνουν τον εαυτό τους ως αποτελεσματικό στην διαχείριση πιθανών απειλών, δεν αισθάνονται ούτε φόβο ούτε αποφεύγουν τις απειλές. Αντίθετα, αν οι άνθρωποι κρίνουν τον εαυτό τους ως αναποτελεσματικό στην άσκηση ελέγχου των δυνητικών απειλών, βλέπουν τις απειλές με αγωνία, πλάθουν δυνατόν καταστροφές και δεν θέλουν να έχουν καμία επαφή με αυτές και έτσι τις αποφεύγουν.

Οι προσδοκίες φόβου και η συμπεριφορά αποφυγής αποτελούν σε μεγάλο βαθμό παράγοντες επίδρασης της αντιλαμβανόμενης αναποτελεσματικότητας διαχείρισης καταστάσεων. Επειδή η ανθρώπινη συμπεριφορά σε μεγάλο βαθμό ρυθμίζεται από κρίσεις σχετικά με την προσωπική αποτελεσματικότητα, οι άνθρωποι μπορούν να ασκούν τις δραστηριότητές τους στα χαμηλότερα επίπεδα της αυτο-αποτελεσματικότητας παρά την υψηλή διέγερση φόβου και μπορεί να λάβουν προληπτική δράση, χωρίς να χρειάζεται να περιμένουν τις προσδοκίες του φόβου να τους εξωθήσουν στη δράση.

Οι αποφάσεις της λειτουργικής αυτο-αποτελεσματικότητας επομένως, δεν σχετίζονται με τις δεξιότητες που διαθέτει κάποιος, αλλά με τις πεποιθήσεις για το πόσο καλά μπορεί κανείς να χρησιμοποιεί αυτές τις υποδεξιότητες στην αντιμετώπιση της συνεχούς μεταβαλλόμενης πραγματικότητας, η οποία περιέχει διφορούμενα, απρόβλεπτα και αγχωτικά στοιχεία. Αν ο Kirsch (1985) ήθελε να συλλάβουμε μια κρίση αυτο-αποτελεσματικότητας ως αναλλοίωτη αντανάκλαση μιας σταθερής δεξιότητας, τότε αυτό πρέπει να θεωρηθεί ως η σύλληψή του για να υπερασπιστεί, αντί να επιβαρύνει την θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας με μια τέτοια άποψη.

## Μεταβλητές αποτελέσματος

Το τυπικό αποτέλεσμα μιας έρευνας σχετικά με την επίκληση φόβου είναι η αποδοχή του μηνύματος, που ορίζεται ως στάση, πρόθεση ή αλλαγή συμπεριφοράς. Άλλα αποτελέσματα λιγότερο συχνά αξιολογούμενα αλλά εξίσου σημαντικά είναι η αμυντική αποφυγή και αντίδραση. Η αμυντική αποφυγή είναι μια ωθούμενη αντίσταση στο μήνυμα, όπως η άρνηση ή η ελαχιστοποίηση της απειλής. Τα άτομα αμυντικά αποφεύγουν το μήνυμα μη δίνοντας προσοχή στην επικοινωνία (π.χ. αποφεύγοντας το μήνυμα) ή καταστέλλοντας οποιεσδήποτε σκέψεις για την απειλή μακροπρόθεσμα (Hovland, Janis, & Kelly, 1953; Janis & Feshbach, 1953; Janis & Mann, 1977).

Η αντίδραση συμβαίνει όταν η αντιλαμβανόμενη ελευθερία μειώνεται και κάποιο άτομο θεωρεί ότι «ο μεταδίδων το μήνυμα προσπαθεί να τον αλλάξει» (Brehm, 1966, σελ. 94) (π.χ. *«Θα τους δείξω ότι δεν μπορούν να με χειριστούν, θα καπνίσω ακόμα περισσότερο!»*).

Οι διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις εξηγούν τις διαδικασίες ελέγχου του φόβου (Leventhal, 1970) ή τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα χειρίζονται γνωστικά ένα δεδομένο φόβο ή μια απειλή, αλλάζοντας τις στάσεις τους, τις προθέσεις ή τις συμπεριφορές τους για να αποφύγουν την απειλή (παράγοντες που οδηγούν στην αποδοχή του μηνύματος). Πρόσφατες προσεγγίσεις όμως, αγνοούν τις διαδικασίες ελέγχου του φόβου (Leventhal, 1970) ή τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα χειρίζονται τον φόβο τους αποφεύγοντας αμυντικά την απειλή (παράγοντες που οδηγούν στην απόρριψη του μηνύματος).

Ενώ στοιχεία της Θεωρίας Προστασίας των Κινήτρων του Rogers (1975), εξηγούν τις διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου που οδηγούν στην αποδοχή ενός μηνύματος, ούτε ο Leventhal ούτε και ο Rogers ορίζουν ή εξηγούν ολοκληρωμένα τις διαδικασίες ελέγχου του φόβου ή τους παράγοντες που οδηγούν στην απόρριψη του μηνύματος.

Η έρευνα σχετικά με την ενδοατομική επικοινωνία αφθονεί στην επικοινωνία της υγείας, αν και δεν ονομάζεται έτσι. Η πλειοψηφία των εργασιών πάνω στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων γύρω από τα θέματα υγείας και τις συμπεριφορές σχετικά με την υγεία, αφορούν θέματα της ενδοπροσωπικής επικοινωνίας. Για παράδειγμα, πολλοί ερευνητές της επικοινωνίας της υγείας θέτουν ερωτήματα όπως, πώς τα άτομα πείθουν τον εαυτό τους να υιοθετήσει μια υγιή συμπεριφορά; Πώς τα

άτομα υπολογίζουν τους κινδύνους σχετικά με την υγεία; Σε τι είδους συζήτηση με τον εαυτό του υποβάλλεται ένα άτομο πριν αποφασίσει να χρησιμοποιήσει ένα προφυλακτικό, να φορέσει το κράνος ή να αρχίσει ένα πρόγραμμα άσκησης; Όλες αυτές οι διαδικασίες απόφασης συμβαίνουν στο μυαλό ενός ατόμου και για αυτό θα πρέπει να ορίζονται ενδοατομική επικοινωνία.

### **Κίνδυνος και Ρισκοκινδύνευση**

Η διαφορά μεταξύ κινδύνου (hazard) και ρισκοκινδύνευσης (risk) συχνά είναι άγνωστη. Ο κίνδυνος αποτελεί μια ενέργεια ή κάποιο φαινόμενο που μας θέτει σε πιθανή ζημιά (National Research Council, 1989) και το μέγεθος του κινδύνου μπορεί να περιγράφεται ως το σύνολο της ζημιάς που μπορεί να προκληθεί. Κάθε κίνδυνος, προκαλούμενος από τη φύση ή τον άνθρωπο, έχει την δυνατότητα να προκαλέσει συγκεκριμένο επίπεδο του μεγέθους ζημιάς.

Η ρισκοκινδύνευση διαφέρει από τον κίνδυνο, διότι η ρισκοκινδύνευση αναφέρεται στην πιθανότητα να συνειδητοποιήσουμε μια δυνητική ζημιά ή ανεπιθύμητη συνέπεια (National Research Council, 1989). Έτσι, αν και ο κίνδυνος παραμένει ο ίδιος, η πιθανότητα κάποιας ζημιάς και η ρισκοκινδύνευση σε ατομικό επίπεδο ποικίλει.

### **Η αξιολόγηση του κινδύνου**

Ο πρώτος σημαντικός παράγοντας που διαμορφώνει τις αντιλήψεις κινδύνου και την λήψη αποφάσεων σχετικά με τον ενδοπροσωπικό κίνδυνο, είναι η αξιολόγηση του κινδύνου. Η αξιολόγηση κινδύνου είναι ο υπολογισμός των δυσμενών επιπτώσεων που προέρχονται από την έκθεση σε κινδύνους. Με άλλα λόγια, είναι απλά η πιθανότητα ένα συγκεκριμένος κίνδυνος να επηρεάσει κάποιο άτομο.

### **Επικοινωνία του κινδύνου**

Ο τρόπος που επικοινωνείται ο κίνδυνος στα άτομα παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της αντίληψης κινδύνου του ατόμου. Η επικοινωνία του κινδύνου έχει οριστεί τυπικά ως μια μονόδρομη ροή πληροφοριών, με ένα μήνυμα να ταξιδεύει από ειδικούς επιστήμονες στο κοινό. Εδώ οι ειδικοί του κράτους θα έλεγαν

στο κοινό ποιους κινδύνους αντιμετωπίζουν, πώς να τους αντιληφθούν και να τους διαχειριστούν. Η ενδοπροσωπική λήψη αποφάσεων εξαλείφθηκε.

Ένα σχετικά νέο μοντέλο αναδύθηκε το οποίο ορίζει την διαδικασία της επικοινωνίας κινδύνου ως «μια διαδραστική διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών και απόψεων μεταξύ ατόμων, ομάδων και ιδρυμάτων» (National Research Council, 1989, σελ. 21). Αυτή η νέα σύλληψη συμβάλλει στην διαφοροποίηση των μηνυμάτων κινδύνου από την επικοινωνία κινδύνου, καθώς τα μηνύματα κινδύνου αποτελούν ένα απαραίτητο υποσύνολο της επικοινωνίας κινδύνου και φέρνει την αντίληψη κινδύνου και την λήψη αποφάσεων πίσω στο ατομικό επίπεδο.

Οι επιστήμονες αναφέρουν κατηγορηματικά ότι το κοινό δεν βασίζει τις αποφάσεις διαχείρισης κινδύνου σε γεγονότα (τεχνικές αξιολογήσεις κινδύνου) που τους επικοινωνούνται. Για παράδειγμα, τα άτομα ίσως αρνούνται να φάνε συγκεκριμένες τροφές εξαιτίας των χημικών συστατικών τους αλλά συνεχίζουν να καπνίζουν δύο πακέτα τσιγάρα τη μέρα. Ταυτόχρονα, το ευρύ κοινό δηλώνει ότι οι ειδικοί επικοινωνούν πληροφορίες α) με μορφή ορολογίας, τεχνικές και μη κατανοητές β) και έχουν μικρή σχέση με την λήψη αποφάσεων σε ατομικό επίπεδο. Σαν αποτέλεσμα, τα άτομα συχνά αφήνουν την διαδικασία επικοινωνίας κινδύνου πιο συγχυσμένα από ποτέ, διερωτώμενα πώς ακριβώς τους αφορά ο κίνδυνος, πόσο κίνδυνο αντιμετωπίζουν και τι θα πρέπει να κάνουν για αυτό.

### **Αντίληψη κινδύνου**

Οι αντιλήψεις του κινδύνου, που ορίζονται ως οι κρίσεις που κάνει ένα άτομο για τον κίνδυνο που σχετίζεται με μια συγκεκριμένη απειλή, παίζουν ένα καθοριστικό ρόλο (ενδοπροσωπική λήψη αποφάσεων).

Οι έρευνες δείχνουν, ότι ενώ τα άτομα είναι ικανά να κατανοήσουν τις ποσοτικά βασιζόμενες αξιολογήσεις του κινδύνου (Chess, Hance, & Sandman, 1988), οι κρίσεις των ατόμων για την αντίληψη κινδύνου βασίζονται κυρίως σε ποιοτικές διαστάσεις του κινδύνου. Συγκεκριμένες μορφές κινδύνου γίνονται πολύ πιο άμεσα αποδεκτές από το κοινό σε σύγκριση με άλλες. Οι κίνδυνοι οι οποίοι είναι εθελούσιοι, δίκαιοι, φυσικοί και οικείοι είναι πιο αποδεκτοί από αυτούς που επιβάλλονται, είναι άδικοι, τεχνητοί και εξωτικοί. Το κοινό θα δεχτεί τους κινδύνους ως 1000 φορές πιο σοβαρούς όταν

σχετίζονται με εθελούσιες ενέργειες όπως το σκι σε σύγκριση με μη εθελούσιους κινδύνους όπως τα συντηρητικά των τροφών (Slovic, 1987).

Το γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι βασίζουν τις αντιλήψεις τους για τον κίνδυνο κυρίως σε υπερβολικούς παράγοντες περιπλέκεται με το γεγονός ότι μια από τις κύριες πηγές πληροφόρησης για τους κινδύνους είναι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Fischhoff, 1985). Αυτό είναι προβληματικό διότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης βασίζονται σε εικόνες για να μεταφέρουν μια ιστορία και τείνουν να επικεντρώνονται σε τρομακτικούς κινδύνους που χαρακτηρίζονται από υπερβολή και οδηγούν τα άτομα να αντιληφθούν μεγαλύτερο κίνδυνο (Wilkins & Patterson, 1987). Θέματα τα οποία λαμβάνουν μεγάλη κάλυψη από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης τείνουν να σχετίζονται από το κοινό ως πολύ επικίνδυνα, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με θέματα που δεν καλύπτονται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Επομένως, τα άτομα ίσως έχουν μια χαμηλή αντίληψη του κινδύνου σχετικά με το κάπνισμα (ο κίνδυνος είναι παλιός, οικείος, ελεγχόμενος και δεν καλύπτεται συχνά από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης) αλλά μια υψηλή αντίληψη κινδύνου σχετικά με το AIDS (ο κίνδυνος είναι μη γνώριμος, εξωτικός και καλύπτεται αρκετά από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης).

### **Τα αίτια του φόβου**

Η εξέταση των αιτίων του φόβου μας αποκαλύπτει κάποια ενδιαφέροντα ευρήματα. Σύμφωνα με τις υποθέσεις των ερευνών της Witte (1994)<sup>14</sup>, όσο μεγαλύτερη είναι η απειλή, τόσο μεγαλύτερος φόβος εκφράζεται. Αυτό το εύρημα εξηγεί τον λόγο που ο μεγαλύτερος φόβος μπορεί να συσχετίζεται με την μεγαλύτερη αποδοχή του μηνύματος – όχι επειδή ο φόβος προκαλεί αποδοχή του μηνύματος αλλά επειδή ο φόβος και η αποδοχή του μηνύματος *«προκαλούνται από τον ίδιο σημαντικό παράγοντα, την αντιλαμβανόμενη απειλή»* (O' Keefe, 1990, σελ.167-168).

Δεύτερον, από τα ευρήματα των ερευνών της Witte (1994), φαίνεται ότι μόνο η απειλή σχετίζεται με την αίσθηση φόβου και όχι η αποτελεσματικότητα. Η Witte (1992α), υποστήριζε ότι η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα καθορίζει μόνο την φύση της αντίδρασης (έλεγχος του φόβου ή του κινδύνου), ενώ η αντιλαμβανόμενη

---

<sup>14</sup> Witte, K. (1994). Fear control and danger control: A test of the Extended Parallel Process Model (EPPM). *Communication Monographs*, 61, 113-134.

απειλή καθορίζει την ένταση της αντίδρασης (πόσο έλεγχος του φόβου ή του κινδύνου προκαλείται). Επειδή η αντιλαμβανόμενη απειλή και η πρόκληση φόβου φαίνεται να συνδέονται στενά, είναι πιθανό η αντιλαμβανόμενη απειλή και το συναίσθημα του φόβου να συνεργάζονται για να επηρεάσουν την ένταση μιας αντίδρασης σε μια επίκληση φόβου.

Τρίτον, τα ευρήματα έδειξαν, ότι η αντιλαμβανόμενη απειλή μετριάξει την σχέση μεταξύ μηνύματος, απειλής και φόβου. Επιπλέον, ότι το μήνυμα επηρεάζει άμεσα την αίσθηση φόβου χωρίς γνωστική επεξεργασία.

### **Ο ρόλος του φόβου στην αποδοχή ενός μηνύματος**

Γενικότερα ο φόβος δεν σχετίζεται με την αποδοχή ενός μηνύματος. Σε έρευνες της Witte (1994), για τον έλεγχο του Μοντέλου Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, ο φόβος δεν επηρέασε κάποιο από τα αποτελέσματα αποδοχής μηνύματος. Εντούτοις, όταν τα άτομα της έρευνας χωρίστηκαν στην ομάδα με υψηλή αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα και στην ομάδα χαμηλής αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας, φάνηκε η έμμεση επίδραση του φόβου στην αποδοχή του μηνύματος. Όπως προβλέπεται από το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, όταν τα άτομα θεωρούν ότι είναι ικανά να αποτρέψουν με επιτυχία μια απειλή, ο φόβος αξιολογείται γνωστικά και δημιουργεί υπολογισμούς για την απειλή, αυτές στην συνέχεια επηρεάζουν την συμπεριφορά. Επιπλέον, η έμμεση σχέση μεταξύ φόβου και προθέσεων, προέκυψαν για τα άτομα με υψηλή αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα. Ο φόβος συνολικά δεν συσχετίστηκε με τις στάσεις, ανεξάρτητα από το επίπεδο αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας.

Τα αποτελέσματα σχετικά με την συμπεριφορά, υποστήριξαν την άποψη ότι η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα καθορίζει την φύση της αντίδρασης ενός ατόμου σε επικλήσεις φόβου. Τα μηνύματα επίκλησης φόβου απαιτούν αυξημένη αποτελεσματικότητα από το άτομο για να διατηρήσουν τις αντιδράσεις ελέγχου της απειλής. Οι επικλήσεις φόβου δεν είναι κατάλληλες για άτομα που έχουν ανάγκη από αλλαγές, όπως οι καπνιστές, εκτός αν αυτές συνοδεύονται από έντονες στρατηγικές διαμόρφωσης και ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας.

Με άλλα λόγια, όταν προκαλείται ο φόβος, το επίπεδο της αποτελεσματικότητας καθορίζει αν θα λάβουν χώρα οι γνωστικές διαδικασίες ή αν θα παρακαμφθούν καθώς τα άτομα αντιμετωπίζουν το φόβο τους. Έτσι, η αντιλαμβανόμενη απειλή και ο φόβος θα πρέπει να διεγερθούν για να αυξηθεί η ένταση των αντιδράσεων στην επίκληση φόβου αλλά η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα θα πρέπει να ενισχυθεί για να διαβεβαιώσουμε ότι οι άνθρωποι θα δεχτούν τις προτάσεις της επίκλησης φόβου και θα ελεγχθεί ο κίνδυνος ή η απειλή.

Η θεωρία των Κινήτρων Προστασίας του Rogers (1983), χρησιμοποιήθηκε ως βάση για τη δημιουργία μιας παρέμβασης ενημέρωσης για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, ώστε να ενισχυθεί η θετική στάση απέναντι σε ασφαλέστερες σεξουαλικές πρακτικές. Η θεωρία των Κινήτρων Προστασίας αναγνώρισε τέσσερις παράγοντες που επηρεάζουν τις προθέσεις υιοθέτησης προσαρμοστικής συμπεριφοράς για την αποφυγή τις ασθενειών και της σωματικής βλάβης, οι οποίοι είναι (α) η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα, (β) η αντιλαμβανόμενη ευαλωτότητα (γ) η αποτελεσματικότητα αντίδρασης και (δ) η αυτο-αποτελεσματικότητα.

Η επίδραση των μηνυμάτων της σοβαρότητας και της αποτελεσματικότητας αντίδρασης σχετικά με τις στάσεις ασφαλούς σεξουαλικής πρακτικής και τις προθέσεις των φοιτητών εξετάστηκε στην μελέτη του Kyes, (1995).

Όσοι από τους φοιτητές εκτέθηκαν σε φωτογραφίες που απεικόνιζαν ανθρώπινα γεννητικά όργανα ανθρώπων με ασθένεια, (συνθήκη υψηλής σοβαρότητας) και τα μηνύματα που παρουσίαζαν τα προφυλακτικά ως αποτελεσματικά για τη μείωση του κινδύνου σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών (συνθήκη υψηλής αποτελεσματικότητας αντίδρασης) αναμένονταν να έχουν υψηλότερη βαθμολογία στην αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα για σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού. Η ομάδα αυτή αναμένονταν επίσης να αναφέρει την πιο θετική στάση απέναντι στα προφυλακτικά και την πρόληψη και την ισχυρότερη πρόθεση να χρησιμοποιεί προφυλακτικά στο μέλλον.

Η συνθήκη υψηλής σοβαρότητας προκάλεσε την ισχυρότερη αντίληψη της σοβαρότητας των ΣΜΝ, αλλά τα μηνύματα για τα προφυλακτικά, δεν προκάλεσαν καμία διαφορά στην αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα αντίδρασης. Επίσης δεν υπήρχαν διαφορές στις μετρήσεις των στάσεων, αλλά και εκείνοι που εκτέθηκαν σε



μηνύματα σοβαρότητας και αποτελεσματικότητας ανέφεραν μεγαλύτερη πρόθεση να υιοθετήσουν ασφαλή σεξουαλική πρακτική.

### **Αντίληψη του κινδύνου και Μοντέλα της Υγιούς Συμπεριφοράς**

Οι σημαντικότεροι παράγοντες στις διαδικασίες αντίληψης του ενδοπροσωπικού κινδύνου, περιλαμβάνουν α) την ποσοτική αξιολόγηση του κινδύνου β) την ποιοτική του διάσταση και γ) τα μέσα, μέσω των οποίων επικοινωνείται σε ένα άτομο. Στα διάφορα μοντέλα αποφάσεων για την υγεία, ο κίνδυνος συχνά αναφέρεται ως η αντιλαμβανόμενη ευαλωτότητα και το μέγεθος του κινδύνου θεωρείται ως η ένταση του κινδύνου ή της απειλής.

## Πρόληψη και AIDS

### **Η εξέταση για HIV, μπορεί να ερμηνευθεί με θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα**

Η αντιλαμβανόμενη λειτουργία άσκησης μιας συμπεριφοράς για την υγεία - ως πρόληψη ή διάγνωση - φαίνεται να καθορίζει το αν ένα μήνυμα με τα οφέλη ή τις απώλειες του θα είναι πιο πειστικό στην προαγωγή της υγείας.

Οι συμπεριφορές πρόληψης και πρόωρης διάγνωσης διαφέρουν όσον αφορά τον κίνδυνο ή την αβεβαιότητα που σχετίζεται με αυτές. Οι συμπεριφορές πρόληψης συνήθως ερμηνεύονται ως ασφαλείς, ακίνδυνες επιλογές. Η απόφαση κάποιου να αρχίσει μια συμπεριφορά ανίχνευσης συχνά περιλαμβάνει την αβεβαιότητα και τον κίνδυνο, επειδή κανείς δεν γνωρίζει το αποτέλεσμα αρχικά (υγεία/ασθένεια). Εξαιτίας του ότι το AIDS συνδέεται στενά με την συμπεριφορά, κάποια άτομα θεωρούν δικαιολογημένα, βασιζόμενα στην προηγούμενη συμπεριφορά τους, ότι δεν βρίσκονται σε κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV (υπάρχει μικρή πιθανότητα να διαγνωσθούν θετικοί). Έτσι η συμπεριφορά έχει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Επομένως, αυτά τα άτομα θα πείθονταν περισσότερο με τη χρήση μηνυμάτων που προβάλλουν τα οφέλη από την εξέταση.

Πραγματοποιήθηκε μια πειραματική έρευνα από τους Apanovitch, McCarthy και Salovey, (2003) στην οποία εξετάστηκε το αν τα άτομα που διέφεραν στις απόψεις τους για την εξέταση για HIV, θα διέφεραν και στο είδος μηνυμάτων που θα ήταν πιο αποτελεσματικά στην κινητοποίηση τους να κάνουν μια εξέταση για HIV.

Επίσης, σε άλλη έρευνα των Linville, Fischer και Fischhoff (1993), παρατηρήθηκε ότι όταν τα προφυλακτικά περιγράφηκαν ως 95% αποτελεσματικά στην πρόληψη επέκτασης του ιού HIV (πλαίσιο – όφελος), οι φοιτητές ανέφεραν ότι είναι πιο πιθανό να τα χρησιμοποιήσουν σε σχέση με την περιγραφή ότι έχουν 5% ποσοστό αποτυχίας. Παρόλο που οι δύο δηλώσεις είναι πραγματικά ισοδύναμες.

Στην έρευνα των Apanovitch, McCarthy και Salovey (2003), αναμένονταν ότι οι γυναίκες που θεωρούσαν την εξέταση για HIV ως επικίνδυνη συμπεριφορά με αβέβαια αποτελέσματα, θα πείθονταν περισσότερο από ένα μήνυμα με πλαίσιο απώλειας, ενώ οι γυναίκες που θεωρούσαν την εξέταση για HIV ως ασφαλή συμπεριφορά με

συγκεκριμένα αποτελέσματα, θα πείθονταν περισσότερο από μηνύματα με πλαίσιο οφέλους. Οι υποθέσεις των ερευνητών επιβεβαιώθηκαν.

Οι διαφορές στις αντιλήψεις της επικινδυνότητας μιας εξέτασης για HIV φυσικά εξαρτώνται και από τις διαφορές στην υιοθέτηση επικίνδυνης συμπεριφοράς. Τα άτομα που υιοθετούν αρκετά επικίνδυνες συμπεριφορές, παρουσιάζουν μεγαλύτερη αβεβαιότητα σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και το αποτέλεσμα της εξέτασης, ενώ τα άτομα που δεν υιοθετούν επικίνδυνες συμπεριφορές αντιλαμβάνονται την εξέταση ως μια ευκαιρία να επιβεβαιώσουν την παρούσα κατάσταση της υγείας τους.

### **Το προφυλακτικό ως μήνυμα**

Τα μηνύματα των εκστρατειών πρόληψης κατά του AIDS έχουν επιτύχει τη σύνδεση του φόβου για τη μόλυνση από τον ιό με το προφυλακτικό, ακριβώς δηλαδή με το αντικείμενο που προτείνεται για την προστασία από αυτόν. Το προφυλακτικό συμβολοποιείται πια ως άρρηκτα συνδεδεμένο με το AIDS. Τα θέματα φόβος – άγχος και προφύλαξη εκφράζουν μια γενικότερη έννοια, πιθανόν ενός μεταφυσικού φόβου της επαφής. Με αυτό τον τρόπο ο φόβος για την επαφή αντικειμενοποιείται στην προφύλαξη και αποτρέπει την χρήση του προφυλακτικού.

Σε αντίθεση με τα μηνύματα από καμπάνιες για ασφαλή σεξουαλική πρακτική, τα οποία απεικονίζουν το προφυλακτικό «ως σύμβολο φροντίδας και υπευθυνότητας» πολλοί άνθρωποι δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό και η μη ασφαλή σεξουαλική πρακτική συνεχίζεται σε ανησυχητικά επίπεδα.

Σε μια έρευνα οι Chapman et. al., (1990), με 488 ενεργά ετεροφυλόφιλα άτομα ηλικίας 18-35 ετών στο Σίδνεϋ της Αυστραλίας, βρήκαν ότι ένας στους πέντε ενήλικες ανέφερε ότι δεν είχε χρησιμοποιήσει ποτέ προφυλακτικό. Εντούτοις, σχεδόν μισοί από τους ετεροφυλόφιλους ανέφεραν ότι πάντα χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό με νέους συντρόφους.

Οι Moore και Rosenthal (1991), ανέφεραν ότι περίπου τα 2/3 των 1000 μαθητών λυκείου της περιοχής Βικτόρια της Αυστραλίας, είχαν υιοθετήσει σεξουαλικές συμπεριφορές όπου ο αρσενικός σύντροφος δεν χρησιμοποιούσε προφυλακτικό. Επίσης, μόνο το 1/5 των μαθητών χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό με «μόνιμο» σύντροφο.

Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι τα προφυλακτικά χρησιμοποιούνται στην μισή συνολική σεξουαλική δραστηριότητα των ανθρώπων. Όλα αυτά δηλώνουν ότι τουλάχιστον στον ετεροφυλόφιλο πληθυσμό έχουν επέλθει πολύ μικρές αλλαγές στην συμπεριφορά τους για ασφαλή σεξουαλική πρακτική, ως αποτέλεσμα της εκτεταμένης καμπάνιας αγωγής για τον ιό HIV.

Η βιβλιογραφία σχετικά με την χρήση του προφυλακτικού, έχει διαχωρίσει κάποιους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των ατόμων στην χρήση/μη χρήση ενός προφυλακτικού: πρώτον, οι αντιλήψεις για τον κίνδυνο (Borland & Lewis 1989; Brooks-Gunn & Furstenberg 1990; MacDonald & Smith 1990), δεύτερον, οι αντιλήψεις για τα ναρκωτικά (Chapman et. al., 1990), τρίτον, παράγοντες συναφείς με την ερωτική συνεύρεση (Bolerio et. al., 1992; Connell et. al., 1990; Dowsett, 1991) και τέταρτον, πολιτικές σχετικά με το φύλο και το σεξ (Brooks-Gunn & Furstenberg, 1990).

Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να διαχωριστούν ως «ατομικά εξαρτώμενοι» από προσωπικές απόψεις και την γνώση, «αλληλεπιδρόμενα εξαρτώμενοι» από την φύση της σχέσης μεταξύ των ερωτικών συντρόφων και «δομικά εξαρτώμενοι» από το γενικότερο κοινωνικο-οικονομικό πλαίσιο και τις επιρροές του πάνω στην πορεία των ανθρώπων γύρω από την σεξουαλικότητα.

Οι καμπάνιες των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης που έχουν σχεδιαστεί για να δημοσιοποιήσουν το προφυλακτικό δεν ήταν αποτελεσματικές (Pintos-Lopez, 1990; Tulloch, 1990). Τα προφυλακτικά αποτελούν ένα προβληματικό θέμα και η ερωτική επαφή με προφυλακτικό συνεχίζει να θεωρείται ως κατώτερη.

Τα προφυλακτικά θεωρούνται από τα άτομα ότι δημιουργούν αμηχανία σε δημόσιο και ιδιωτικό επίπεδο. Τόσο στην αγορά, την χρήση όσο και την συζήτηση για αυτά. Τα προφυλακτικά θεωρείται ότι είναι παρεμβατικά στην ροή και την διάθεση των ερωτικών συντρόφων. Δρουν παρεμβατικά σε τρία επίπεδα – το σωματικό, το συναισθηματικό και το φαντασιακό επίπεδο.

Μια απόφαση για χρήση των ναρκωτικών βασίζεται όχι μόνο σε μια ισχυρή πρόθεση για χρήση ναρκωτικών και αναγνώριση της ανάγκης για χρήση ναρκωτικών, αλλά επίσης βασίζεται πάνω στην διαδικασία της εσωτερίκευσης και προσωποποίησης της πρόθεσης για την χρήση του. Μια απόφαση υποδεικνύει αποφασιστικότητα και πρόθεση και θέτει το πλαίσιο για την ανάπτυξη στρατηγικών που θα θέσουν το άτομο ικανό να διατηρήσει την απόφασή του.

Ο Dowsett (1990β), δηλώνει ότι η ασφαλή σεξουαλική πρακτική αφορά την λήψη αποφάσεων και την τήρησή τους, όταν η πρόκληση των αισθημάτων και της θέρμης της στιγμής έχουν λυθεί. Ερωτώμενοι έχουν αναφέρει ότι η δυσκολία στην χρήση των προφυλακτικών οφείλεται στην συναισθηματική τους κατάσταση.

Η ψυχολογική έρευνα για το HIV/AIDS, έχει επικεντρωθεί στις απόψεις των ατόμων και την γνώση τους για τις ασφαλείς πρακτικές του σεξ (Fraser & Minichiello, 1991) και έχει χορηγήσει το ψυχολογικά βασιζόμενο Μοντέλο Πίστης για την Υγεία (Health Belief Model), ώστε να μελετήσει τους παράγοντες που οδηγούν σε ασφαλέστερη ερωτική πρακτική. Αυτό το μοντέλο επιχειρεί να αναγνωρίσει την επιρροή της γνώσης μέσα από απόψεις και πιστεύω γύρω από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, πάνω στην υιοθέτηση πιο ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών (Davies et. al., 1993) και να προβλέψει τα χαρακτηριστικά των ατόμων εκείνων που υιοθετούν μη ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά.

Πρόσφατες έρευνες έχουν εισάγει στο μοντέλο την έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας ή του εσωτερικού ελέγχου, οι οποίες προέρχονται από τις θεωρίες της κοινωνικής μάθησης (Rosenthal & Moore, 1991). Τέτοιου είδους έρευνες έχουν δεχτεί κριτική για το ότι δεν λαμβάνουν υπ' όψιν την ίδια την φύση της σεξουαλικής πρακτικής - την αλληλεπίδραση ανάμεσα στους ερωτικούς συντρόφους σε ένα πλαίσιο (Davies, et. al., 1993). Σαν συμπέρασμα θα λέγαμε ότι η αγωγή υγείας για την σεξουαλική συμπεριφορά θα πρέπει να προάγει την ασφαλή σεξουαλική επαφή ως απολαυστική, ώστε να είναι αποτελεσματική και να αλλάξει τις στάσεις των ατόμων απέναντι στο προφυλακτικό (Kirpax, 1990; Watney, 1990). Παρόλα αυτά αρκετές καμπάνιες για την ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά που προωθήθηκαν από τα τμήματα υγείας, παρουσιάζουν φυλλάδια όπου η ερωτική επαφή με προφυλακτικό δεν συσχετίζεται με το καλό ή ευχάριστο σεξ. Αντίθετα, στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από κοινότητες ομοφυλοφίλων απεικονίζουν τον τρόπο με τον οποίο η εικόνα του προφυλακτικού μπορεί να προωθηθεί πιο θετικά και να συνδυάσει την ασφάλεια και την αίσθηση. Το ερώτημα είναι γιατί οι κρατικές καμπάνιες δεν επικεντρώνονται στο προφυλακτικό ως ευχαρίστηση.

### **«Η έννοια του κινδύνου»**

Τα ίδια τα χαρακτηριστικά του κινδύνου καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τα περιθώρια εκτίμησής του. Το αν το περιεχόμενο του κινδύνου αφορά τις παρούσες ή τις μελλοντικές γενιές, το ίδιο το άτομο ή τον περίγυρό του, το αν η ανάληψη του ρίσκου είναι υποχρεωτική ή εθελούσια, αν πλήττει συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ή το κοινωνικό σύνολο, αν ο επαπειλούμενος κίνδυνος είναι ιάσιμος ή καταστροφικός, είναι μερικοί μόνο από τους παράγοντες που αλληλεπιδρούν στην εκτίμηση κινδύνου. Και μερικοί μόνο από τους παράγοντες που καλείται να αναδείξει μια αποτελεσματική αγωγή υγείας.

Η λήψη ρίσκου μπορεί να εκφραστεί με μαθηματικούς όρους πιθανοτήτων. Υπό αυτούς τους όρους, η ιδέα του κινδύνου δεν έχει τιμή. Η έννοια του κινδύνου έχει συσχετιστεί με την απώλεια. Σύμφωνα με τους March και Shapira (1987), υπάρχει «μια αντίθεση» ανάμεσα στο ρίσκο ως μέτρηση της διανομής των πιθανών αποτελεσμάτων μιας επιλογής και το ρίσκο ως κίνδυνο ή συνήθεια.

Σύμφωνα με την πρώτη εκδοχή, μια ριψοκίνδυνη επιλογή είναι μια επιλογή με ευρύ φάσμα αποτελεσμάτων. Από την πλευρά της δεύτερης άποψης, μια ριψοκίνδυνη επιλογή περιέχει την απειλή ενός φτωχού αποτελέσματος.

Κοινωνικοί επιστήμονες, όπως ο Beck (1992) και ο Giddens (1991), υποστηρίζουν ότι η έννοια του ρίσκου ως απειλή, έχει αποτελέσει θεμέλιο του τρόπου οργάνωσης του κόσμου και υπό αυτή την έννοια χρησιμοποιείται συνήθως.

Επίσης, σύμφωνα με τον Turner (1994), υπάρχει μια διάκριση ανάμεσα στο ρίσκο ως συνθήκη και το ρίσκο ως επιλογή. Η λήψη αποφάσεων για κάθε άτομο, το οποίο αντιδρά σε απειλητικές συνθήκες είναι πολύ πιθανό να σχετίζει την λήψη ρίσκου αλλά και την εμπειρία του κινδύνου. Έτσι, ο κίνδυνος ίσως δεν αποτελεί το μόνο ή το πιο σημαντικό ρίσκο στη λήψη αποφάσεων και οι επιλογές ίσως πρέπει να ληφθούν ανάμεσα σε αντικρουόμενα είδη αλλά και βαθμούς κινδύνου.

Οι αντιδράσεις σε ένα αναγνωρισμένο κίνδυνο δεν θα πρέπει να λαμβάνονται ως προϊόν των διαθέσιμων πληροφοριών και της πεποίθησης των ατόμων για την ποιότητα και τις διαφορετικές αντιλήψεις για το εκλαμβανόμενο ρίσκο που τίθεται από τον ίδιο τον κίνδυνο αλλά και από ένα τρίτο στοιχείο. Σε πολλές καταστάσεις λήψης αποφάσεων είναι παρούσες και οι διαφορετικές αντιλήψεις άλλων, οι διαφορετικές

ρισοκίνδυνες συμπεριφορές που δημιουργούνται από την επίδραση που έχει ο κίνδυνος σε μια κατάσταση.

Για παράδειγμα, τα θέματα υγείας ανήκουν σε ένα σύνολο ρισκοκίνδυνων επιλογών και συνθηκών που εμπεριέχουν αυτό που οι Fischhoff et. al., (1981) ονόμασαν «προβλήματα αποδεκτού κινδύνου» και ο Layfield (1987), αντίστοιχα ονόμασε «προβλήματα με ανεκτό κίνδυνο».

Η ανάπτυξη υπηρεσιών για τον ιό HIV/AIDS παρέχει ένα παράδειγμα για ένα θέμα υγείας το οποίο έχει και εμπεριέχει την λήψη αποφάσεων «αποδεκτού/ανεκτού κινδύνου» σε όλα τα επίπεδα. Ο ιός HIV ως ένα σεξουαλικά, μεταδιδόμενο νόσημα που προκαλεί μια θανατηφόρα ασθένεια για την οποία δεν υπάρχει ακόμα θεραπεία, θέτει το πρόβλημα για το πώς να καταφέρουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για αυτούς που έχουν μολυνθεί αλλά και να αποτρέψουμε όσους περισσότερους είναι δυνατό από την μόλυνση από τον ιό. Εντούτοις, οι αποφάσεις που είναι απαραίτητες για ένα τέτοιο αποτέλεσμα, δεν είναι ξεκάθαρες και έχουν περιπλακεί με τις κοινωνικές στάσεις προς τις ομάδες των ατόμων, που πιο συχνά μολύνονται από τον ιό, οι ομοφυλόφιλοι και οι χρήστες ναρκωτικών.

Όπως η έννοια του ρίσκου είναι καθαρά θέμα των πιθανοτήτων και δεν είναι ικανή να περιγράψει την διαδικασία λήψης αποφάσεων του πραγματικού κόσμου, έτσι και ο ορισμός του ρίσκου στην λήψη αποφάσεων είναι πολύ περιορισμένος καθώς σχετίζεται απλά με τους κινδύνους της ανθρώπινης ασφάλειας. Ακόμα και για αποφάσεις για την υγεία, οι αβεβαιότητες στην λήψη αποφάσεων αφορούν σπάνια μόνο τις απειλές για την ζωή ή την υγεία. Άλλες μορφές ρίσκων που λαμβάνονται υπ' όψιν από όσους λαμβάνουν αποφάσεις, ίσως είναι πιο εξέχουσας σημασίας για αυτούς και να εξαρτώνται από τις συγκεκριμένες συνθήκες και την αξιολόγηση των ποικίλων πιθανών αποτελεσμάτων.

Πριν μια δεκαετία, το AIDS αποτελούσε μια σπάνια συνθήκη με μια άγνωστη αιτία, αναφερόμενο μόνο στα εξειδικευμένα ιατρικά περιοδικά. Σήμερα, ο ιός HIV έχει αναγνωριστεί και χιλιάδες άνθρωποι παγκοσμίως έχουν μολυνθεί (World Health Organization, 1992). Σύμφωνα με την κλασσική θεωρία της λήψης αποφάσεων, η πληροφορία θεωρείται ως στοιχείο κλειδί στην διαδικασία της λήψης αποφάσεων, ως τρόπος τη μείωση της αβεβαιότητας και έτσι και του βαθμού του κινδύνου που εμπεριέχεται στην απόφαση (March, 1987). Είναι πιθανό ότι άλλοι παράγοντες ίσως να

αποσπούν την προσοχή και να τροποποιούν την χρησιμότητα της διαθέσιμης πληροφορίας (Feldman & March, 1981).

Αποτελέσματα ερευνών έχουν αποκαλύψει αρκετές περιπτώσεις μη διαγνωσμένης μόλυνσης του ιού HIV και έχουν προκαλέσει μεγάλη ανησυχία. Πολλοί από αυτούς ήταν ομοφυλόφιλοι, οι οποίοι θεωρούνταν ότι δεν αποτελούσαν απειλή για την ευρύτερη κοινωνία. Παρόλα αυτά, η ανακάλυψη (Peutherer et. al., 1985) μιας ομάδας ατόμων που είχαν μολυνθεί μέσω της κοινής χρήσης βελόνων για την χρήση ναρκωτικών, προκάλεσε ένα ακόμα πιο υψηλό επίπεδο ανησυχίας.

Αυτό παρέχει ένα καλό παράδειγμα για το πώς η πληροφορία κάποιες φορές αυξάνει τα ρίσκα που σχετίζονται με την λήψη αποφάσεων.

Κάποιες διαφορές στην αντίληψη ίσως σχετίζονται με ατομικές διαφορές, με κάποια άτομα να χαρακτηρίζονται ως «ρισκοκίνδυνα» και κάποια άλλα ως «μη ρισκοκίνδυνα».

Ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει την αντίδραση στον ιό HIV είναι και οι διαφορετικές αντιλήψεις για την ευαλωτότητα του εαυτού. Οι Douglas και Calvez (1990), περιέγραψαν αισθήματα μη τρωτότητας του εαυτού από ομοφυλόφιλους που σε συνέντευξη υποστήριξαν ότι δεν ανησυχούν για την απειλή του AIDS, επειδή πάντα είχαν την αίσθηση ότι θα ζήσουν ως τα γηρατειά.

Όσον αφορά το άτομο, φορέα του ιού HIV, το ρίσκο, ο κίνδυνος απώλειας των φίλων, της εργασίας, της οικονομικής ασφάλειας και της ιδιωτικής ζωής ίσως έχει μεγαλύτερη σημασία, καθώς είναι πιθανό να συμβεί στο άμεσο παρόν και όχι σε μια πιθανή μελλοντική απειλή όπως για άλλους.

Σαν συμπέρασμα, θα λέγαμε ότι τρία στοιχεία είναι σημαντικά στην θεώρηση της επίδρασης του κινδύνου στην λήψη αποφάσεων. Πρώτον, η διαθέσιμη πληροφορία και η πεποίθηση των ατόμων για την αξιοπιστία της, δεύτερον, οι διαφορετικές αντιλήψεις για το ρίσκο που τίθεται από τον ίδιο τον κίνδυνο και τρίτον, οι διαφορετικές αντιλήψεις άλλων ρίσκων που δημιουργούνται από την επίδραση του κινδύνου σε κάποια κατάσταση.

Οι αντιλήψεις για τον κίνδυνο από τον ίδιο τον ιό HIV διαφέρουν, εξαρτώμενες από τις διαφορετικές καταστάσεις που βρίσκονται τα άτομα, τις διαφορετικές αντιλήψεις για την προσωπική τρωτότητα του εαυτού και τις τάσεις για αναζήτηση ή αποφυγή του κινδύνου.



Η πληροφορία, δεν αποτελεί την μόνη ή την πιο σημαντική επίδραση στην λήψη αποφάσεων. Αντίθετα, θα λέγαμε ότι όταν η πληροφορία θεωρείται ανεπαρκής ή μη αξιόπιστη, τότε η επιρροή άλλων παραγόντων είναι ακόμα πιο σημαντική.

Είναι σημαντικό για άτομα που λαμβάνουν αποφάσεις για την ζωή τους να διαθέτουν ένα βαθμό εμπιστοσύνης για την πληροφορία που χρησιμοποιούν κατά την διάρκεια την διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Επίσης, τα άτομα που λαμβάνουν αποφάσεις, πρέπει να είναι ενήμερα για το ότι οι αντιλήψεις για τους διαφορετικούς κινδύνους, πιο άμεσους για αυτούς που συμμετέχουν στην διαδικασία, ίσως επηρεάσουν και την λήψη αποφάσεων και την διαδικασία της εκτέλεσής τους.

Σύμφωνα με τους Αθανασίου και Αγραφιώτη (1999), οι ταυτότητες (σεξουαλικές και άλλες) αποτελούν και προϊόντα και μορφοποιούνται στο πλαίσιο κοινωνικο-πολιτιστικών προτύπων και σ' αυτό το πνεύμα οι ταυτότητες μεταβάλλονται, συγκροτούνται και επαναπροσδιορίζονται διαρκώς. Δηλαδή οι ταυτότητες δεν προκύπτουν από a-priori ή de facto διαφορές αλλά από σύνθετους κοινωνικοπολιτικούς μηχανισμούς και χαρακτηρίζονται από τα ακόλουθα: α) πολλαπλότητα, ρευστότητα και διαπερατότητα των ορίων τους, β) τακτική απάρνηση ή υιοθέτηση ταυτοτήτων, ως έκφανση εμπρόθετης δράσης των δρώντων προσώπων σε σχέση με τις εκάστοτε μορφές και συσχετισμούς κοινωνικής ισχύος γ) «τεχνολογία του εαυτού».

### **Ο φόβος της μόλυνσης από τον ιό HIV**

Οι φόβοι της μόλυνσης από τον ιό HIV είναι ένας μεγάλος παράγοντας που συμβάλλει στον στιγματισμό σχετικά με τον ιό HIV. Οι φόβοι του AIDS στο μεγαλύτερο μέρος τους βασίζονται στην κακή πληροφόρηση και τις λανθασμένες αντιλήψεις. Πολλές αρνητικές συμπεριφορές απέναντι στο AIDS εμφανίστηκαν στις αρχές της εμφάνισης της επιδημίας όταν λίγα ήταν γνωστά για το AIDS. Τέτοιες συμπεριφορές όμως δεν έχουν αλλάξει παρ' όλες τις πληροφορίες και την κατανόηση του AIDS.

Κάποιες έρευνες βρήκαν συσχετισμούς ανάμεσα στις παρερμηνείες για την μετάδοση του ιού HIV με ενέργειες χαμηλού κινδύνου και αρνητικά αισθήματα απέναντι σε άτομα με AIDS.

Οι άνθρωποι ίσως φοβούνται την μόλυνση με HIV μέσω των κοινών επαφών παρ' όλο το γεγονός ότι δεν έχει παρατηρηθεί καμία περίπτωση μετάδοσης του HIV μέσα από τέτοια μοντέλα. Οι παρερμηνείες της μετάδοσης του HIV δυνητικά οδηγούν σε εχθρικές αντιδράσεις και αποφυγή των ατόμων με HIV. Επίσης η ανησυχία για το ότι ακόμα και οι πιο ελάχιστες πιθανότητες μόλυνσης με HIV πηγάζουν από το ποσοστό θνησιμότητάς του. Ακόμα η συχνότητα και η προεξοχή των εικόνων από τα Μ.Μ.Ε. που απεικονίζουν μια συγκεκριμένη πορεία μετάδοσης, είναι μια τεράστια πηγή παρερμηνειών του κινδύνου. Για παράδειγμα, η κάλυψη από τα Μ.Μ.Ε. της υπόθεσης της μετάδοσης του ιού HIV που συνέβησε σε μια οδοντιατρική εφαρμογή οδήγησε σε υστερία για την μόλυνση HIV από οδοντίατρους.

Ο φόβος για την μόλυνση από AIDS ολοκληρωτικά οδηγεί στην απομόνωση των ανθρώπων με μόλυνση HIV. Σε έρευνα που διεξήχθη το 1993, βρέθηκε ότι το 12% των ατόμων της έρευνας σκόπιμα θα απέφευγαν ένα φίλο αν μάθαιναν ότι είναι θετικός στον ιό HIV, 16% θα εμπόδιζαν τα μολυσμένα παιδιά με HIV να πηγαίνουν σχολείο, 20% θα απέφευγαν ένα μολυσμένο συνάδελφο και 50% θα απέφευγαν ένα γειτονικό μπακάλη αν γνώριζαν ότι αυτός ήταν θετικός στον ιό HIV.

Οι παρερμηνείες του κοινού για την μετάδοση του HIV ίσως μεταφραστούν σε άλλες αρχές της υγείας που αντανακλούν προκατειλημμένες συμπεριφορές. Οι φόβοι για την μετάδοση του ιού HIV έχουν επιβεβαιωθεί, εμποδίζοντας στους ανθρώπους με μόλυνση HIV την είσοδο στις ΗΠΑ, παρόλα τα νέα από ειδικούς της υγείας ότι τέτοιες αρχές υπηρετούν μόνο πρακτικές διακρίσεων. Οι φόβοι για την μόλυνση με HIV μπορούν να δημιουργήσουν την βάση για πρακτικές διακρίσεων στον χώρο εργασίας. Στην χειρότερη περίπτωση οι φόβοι για το AIDS οδήγησαν σε προτάσεις για καταδίωξη των ατόμων με AIDS.

Παρόλο που πουθενά στις ΗΠΑ δεν υπήρξε καμία σοβαρή αρχή για την απομόνωση των ατόμων με HIV, πολλές πόλεις θέσπισαν νομοθεσία για τον περιορισμό των ελευθεριών των ατόμων με HIV που είναι γνωστό ότι ακολουθούν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

Η έρευνα των Smith και Watkins (2005), συνδυάζει ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα για τη διερεύνηση αλλαγών στην αντίληψη του κινδύνου μόλυνσης από τον ιό HIV/AIDS στις αγροτικές περιοχές του Μαλάουι. Χρησιμοποιώντας δεδομένα προηγούμενων ερευνών, διαπιστώνουμε ότι οι κάτοικοι του Μαλάουι ανησυχούσαν

λιγότερο για τον ιό HIV/AIDS το 2001 από ό,τι το 1998. Σύμφωνα με τις ποιοτικές συνεντεύξεις και παρατηρήσεις σε επιστημονικά περιοδικά, το HIV/AIDS και οι στρατηγικές για την πρόληψή του, είναι ένα συχνό θέμα συζήτησης μεταξύ παντρεμένων κατοίκων στο Μαλάουι. Οι γυναίκες αναφέρουν πιο ανησυχητικό για αυτές τους συζύγους τους, ως πιθανή πηγή μόλυνσης, συζητώντας μαζί τους τη σημασία της αποφυγής λοίμωξης και, όλο και περισσότερο, χρησιμοποιούν το διαζύγιο για να μειώσουν τον κίνδυνο. Οι άντρες αναφέρουν ως πιο ανησυχητικό παράγοντα τις εξωσυζυγικές τους σχέσεις και την υιοθέτηση στρατηγικών πρόληψης, όπως μείωση των ερωτικών συντρόφων και πιο προσεκτική επιλογή συντρόφου. Η έρευνα δείχνει ότι η μείωση της αντίληψης κινδύνου συνδέεται σημαντικά με την μείωση στις συμπεριφορές που ανησυχούν περισσότερο τους κατοίκους του Μαλάουι και στις αντιλήψεις για τον κίνδυνο σε κοινωνικά δίκτυα των ατόμων. Αυτά τα ευρήματα ερμηνεύονται ως απόδειξη ότι οι κάτοικοι του Μαλάουι αλλάζουν τη συμπεριφορά τους με τρόπους που μπορεί να μειώσουν την εξάπλωση του ιού HIV/AIDS.

Στα περισσότερα μοντέλα της συμπεριφοράς της υγείας, η αντίληψη του κινδύνου αποτελεί προϋπόθεση για την αλλαγή συμπεριφοράς, μια υπόθεση που υποστηρίζεται από εμπειρικές μελέτες (π.χ., Ajzen & Fishbein, 1980; Weinstein & Nicolich, 1993). Ωστόσο, λόγω της περίπλοκης αμοιβαίας σχέσης μεταξύ του αντιληπτού κινδύνου και της αλλαγής συμπεριφοράς, η αιτιότητα είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με χρήση συγχρονικών δεδομένων. Αντίθετα, η μέτρηση της αντίληψης κινδύνου τόσο πριν όσο και μετά την αλλαγή, μας επιτρέπει να ερμηνεύσουμε τις συσχετίσεις ως αποδεικτικά στοιχεία ότι τα άτομα που έχουν υποστεί αλλαγή, θεωρούν ότι αυτή αλλοιώνει τον κίνδυνο.

Στην έρευνα των Smith και Watkins (2005), για τη μέτρηση της αντίληψης του κινδύνου, χρησιμοποιήθηκαν οι απαντήσεις σε μια ερώτηση *«Πόσο σας ανησυχεί ότι μπορεί να μολυνθείτε από AIDS;»* αντί για το πιο τυπικό ερώτημα στους ερωτηθέντες να αξιολογήσουν την πιθανότητα να μολυνθούν. Έγινε αυτή η υποκατάσταση, επειδή η ανησυχία είναι πιο συναισθηματικά φορτισμένη και συνεπώς είναι πιο πιθανό να παρακινήσει την αλλαγή. Επιπλέον, επειδή η ανησυχία είναι πιο διαδεδομένη από την μόλυνση, μπορεί να αναμένεται να προκαλέσει την αλλαγή ανάμεσα σε ένα μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού.

### **Το φύλο ως παράγοντας στην εκτίμηση κινδύνου**

Αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της Αγωγής Υγείας, ότι επικεντρώνεται στο άτομο. Ακόμα και όταν η προτεινόμενη προσέγγιση είναι βασισμένη στην κοινότητα ή την συμμετοχή (Naidoo & Wills, 1994), η έμφαση βρίσκεται στο άτομο που λαμβάνει οποιαδήποτε ενέργεια είναι δυνατή για να αποφύγει την ασθένεια ή να βελτιώσει την υγεία του.

Αυτή η ατομικότητα υποστηρίχτηκε και από τον νόμο στην Αμερική (The Department of Health, Health of the Nation, 1992:4) ο οποίος ανέφερε ότι σκοπός της αγωγής υγείας είναι να επιβεβαιώσει ότι τα άτομα είναι ικανά να κάνουν επιλογές με βάση την πληροφόρηση που διαθέτουν, όταν επιλέγουν τον τρόπο ζωής που θα υιοθετήσουν.

Στην αρχή της ανάπτυξης της αγωγής υγείας, θεωρούνταν ότι η ενημέρωση και μόνο θα μπορούσε να οδηγήσει στην αλλαγή της συμπεριφοράς, αλλά προφανώς αυτό δεν ισχύει. Εάν αυτό ίσχυε, τότε κανείς δεν θα κάπνιζε, δεν θα κατανάλωνε πρόχειρο φαγητό (junk food) και οινοπνευματώδη ποτά και δεν θα ασκούσε επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά.

Δυστυχώς, ούτε η ενημέρωση ούτε οι δεξιότητες είναι αρκετές για να καθιστούν τα άτομα ικανά να κάνουν σωστές επιλογές για την υγεία, απέναντι σε συστηματικές και δομικές ανισότητες. Κοινωνικές μεταβλητές όπως, το φύλο, η σεξουαλικότητα, η κοινωνικο-οικονομική θέση και η φυλή έχουν αντίκτυπο στην υγεία των ατόμων και ομάδων. Οι γυναίκες σε γενικότερο επίπεδο τείνουν να έχουν πολύ λιγότερο έλεγχο στη ζωή τους σε σχέση με τους άνδρες. Η υγεία και η ασθένεια δεν αποτελούν ξεχωριστές βιολογικές μεταβλητές που περιορίζονται στο σώμα του ατόμου, αλλά τίθενται στο διάστημα μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας.

Σε Διεθνές επίπεδο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – WHO ανέπτυξε ένα μοντέλο προαγωγής υγείας το οποίο λάμβανε υπόψη τους δομικούς, πολιτικούς και πολιτιστικούς καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία. Το μοντέλο αυτό ενώ αναγνωρίζει ότι ο ρόλος των ειδικών της υγείας είναι πολύ σημαντικός, η προαγωγή υγείας τοποθετείται στην κοινωνικο-πολιτική σφαίρα παρά στην κλινική (Scriven & Orme, 1996; Abel-Smith, 1994; Naidoo & Wills, 1994; Homans & Aggleton, 1988).

Ο κοινωνικο-οικονομικός θεσμός του φύλου, λειτουργεί σε όλα τα επίπεδα: το υλικό, το θεσμικό, το πολιτικό, το ψυχολογικό, το ιδεολογικό και το πολιτιστικό και ως τέτοιο έχει μια γενική επιρροή στην υγεία τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών. Παγκοσμίως, η θέση της γυναίκας την καθιστά σε κίνδυνο να μολυνθεί από AIDS και μειώνει την ποιότητα της ζωής της. Η επίσημη αντίδραση στην επιδημία αυτή βασίστηκε κατά πολύ σε παραδοσιακές στρατηγικές αγωγής υγείας, οι οποίες καταφεύγουν σε καμπάνιες πληροφόρησης από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τις τακτικές φόβου και την στόχευση συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων που υποτίθεται ότι βρίσκονται σε κίνδυνο.

Η ενημέρωση για την υγεία δεν καταναλώνεται παθητικά, αλλά αποτελεί μια ενεργή διαδικασία στο πλαίσιο των υπάρχοντων απόψεων για την υγεία. Οποιαδήποτε πληροφορία η οποία φαίνεται να αποκλίνει αρκετά από τις ήδη υπάρχοντες απόψεις, είναι πιθανό να απορριφθεί ή να τροποποιηθεί από το άτομο (Warwick et. al., 1988). Επιπλέον, οι γενικές στάσεις για τη ζωή, κοινωνικές, πολιτικές, θρησκευτικές και ηθικές, τις οποίες διαθέτει το κάθε άτομο θα διαφοροποιήσουν τον τρόπο που κατανοεί τον ιό HIV.

Η αίσθηση ρομαντισμού που ακολουθεί την σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, θα έπρεπε να είχε προβλεφθεί. Ήταν σίγουρα αναπόφευκτο ότι ως αντίδραση στις συστάσεις για ασφαλή σεξουαλική επαφή, βασισμένες στην ηθικολογία που κατασκεύασε το AIDS ως την συνέπεια ή την τιμωρία της παραβατικότητας - την ομοφυλοφιλία, την ασυδοσία, την σεξουαλική επαφή εκτός γάμου και την πορνεία – και η οποία έθεσε ως προτεραιότητα την προώθηση της χρήσης προφυλακτικού και όχι την προώθηση των εναλλακτικών λύσεων, τα προφυλακτικά θα συσχετιζόνταν με τις επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές. Το προφυλακτικό αποτέλεσε σημάδι όχι ασφάλειας αλλά επικινδυνότητας.

Η αγωγή υγείας συχνά έχει αποτύχει να καλύψει τις ανάγκες των γυναικών και έχει προάγει με πολλούς τρόπους, συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο τις γυναίκες και τους άνδρες. Σύμφωνα με την προαγωγή υγείας, για να κάνουμε την ασφαλή επιλογή, την εύκολη επιλογή, τι θα πρέπει να συμβεί;

Τουλάχιστον θα πρέπει να καλυφθούν οι ακόλουθες συνθήκες<sup>15</sup>:

---

<sup>15</sup> Wilton T. (1997). *Engendering AIDS: deconstructing sex, text and epidemic*. London : Sage Publications. (Φύλο και αγωγή υγείας) 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο σελ, 41-52

- Οι άνδρες και οι γυναίκες, ανεξαρτήτως της σεξουαλικής τους προτίμησης θα πρέπει να έχουν επαρκή ενημέρωση για τις τεχνικές της ασφαλούς σεξουαλικής επαφής.
- Οι άνδρες και οι γυναίκες, θα πρέπει να είναι ικανοί να υποθέτουν ότι η ασφαλής σεξουαλική πρακτική θα αποτελεί την νόρμα σε όλες τις σεξουαλικές τους επαφές.
- Τα προφυλακτικά θα πρέπει να είναι ελεύθερα και εύκολα διαθέσιμα σε όποιον τα χρειαστεί.
- Οι άνδρες και οι γυναίκες θα πρέπει να λάβουν την υπευθυνότητα για αποφάσεις σχετικά με την σεξουαλική ασφάλεια, την προφύλαξη και τον έλεγχο γεννήσεων.
- Η σεξουαλική αγωγή που στοχεύει σε νέους ανθρώπους στα σχολεία και εκτός, θα πρέπει να είναι σαφής και πληροφοριακή και να μην χρησιμοποιείται ως τρόπος αναπαραγωγής ενός ηθικολογικού δόγματος (Aggleton et. al., 1990).

Η προαγωγή υγείας στα πλαίσια της ασφαλούς σεξουαλικής επαφής, αποτελεί ένα τεράστιο έργο. Το φύλο αποτελεί έναν από τους δύο σημαντικότερους κοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην επέκταση της επιδημίας, ενώ ο δεύτερος παράγοντας είναι η ανισότητα του υλικού. Για να κάνουμε την ασφαλή επιλογή, την εύκολη επιλογή, απαιτείται η απόλυτη εξάλειψη του θεσμού της ανδρικής υπεροχής.

Με βάση στοιχεία από έρευνες που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά (Αγραφιώτης, 1997; 2000; Sandford et. al., 1998) είναι εμφανές ότι οι γυναίκες στην Ελλάδα δε διαπραγματεύονται σε ισότιμη βάση ότι έχει σχέση με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Η τάση αυτή των γυναικών συμφωνεί με το γενικότερο στερεότυπο για το ρόλο των γυναικών στη σεξουαλική ζωή.

Οι κοινωνικοί περιορισμοί και οι πιέσεις του φύλου, οι οποίες αποτελούν τις σχέσεις ανδρών και γυναικών, έχουν αποτελέσει κεντρικά θέματα των φεμινιστικών ερευνών για την σεξουαλικότητα (de Beauvoir 1953; Lawler 1991; Pateman & Gross, 1986) και την διαπραγμάτευση για πιο ασφαλείς πρακτικές. Η ετεροφυλοφιλία δεν αφορά απλά την απόλαυση (Kippax et. al., 1990). Οι Holland et. al., (1991) διερεύνησαν τις εμπειρίες νεαρών γυναικών όσον αφορά την χρήση προφυλακτικού και βρήκαν ότι «η γλώσσα της ετεροφυλοφιλίας δίνει προνόμια στην αρσενική σε σχέση με

την θηλυκή σεξουαλική εμπειρία και επιθυμία». Η ερωτική επαφή αφορά βαθιά κρυμμένες ανισότητες δύναμης και βαθιά ριζωμένα πολιτιστικά νοήματα σχετικά με την ταυτότητα και τους ρόλους που δημιουργούν προσωπικές και κοινωνικές προσδοκίες μέσω των οποίων οι άνδρες και γυναίκες διαπραγματεύονται τις ερωτικές συναντήσεις τους.

Το κρυμμένο μήνυμα πίσω από την προώθηση της γυναικείας επιμονής για ασφαλή σεξουαλική πρακτική στις καμπάνιες, είναι ότι οι άνδρες παραδοσιακά πίεζαν και πιέζουν τις γυναίκες σχετικά με την ερωτική επαφή (π.χ. σεξ χωρίς προφυλακτικό). Αυτό διατηρεί μια έλλειψη επικέντρωσης στην μη φεμινιστική φιλολογία, που υποστηρίζει ότι οι διαδικασίες του ανδρισμού και της ετεροφυλοφιλίας επηρεάζουν την ερωτική συμπεριφορά και την ανδρική υπευθυνότητα για την χρήση προφυλακτικού. Επομένως, η αρσενική σεξουαλικότητα ίσως επηρεάζει την χρήση προφυλακτικού.

Επίσης η τήρηση μιας απόφασης απαιτεί πολλή στήριξη και υπενθύμιση από τον άλλο σύντροφο (Chapman et. al., 1990). Μια καθοριστική απόφαση για χρήση προφυλακτικού για πολλά άτομα συχνά λαμβάνεται μέσω σκέψης για το τι τους είχε σταματήσει προηγουμένως από την χρήση προφυλακτικού και μέσω της μόλυνσής τους με ΣΜΝ από ένα έμπιστο σύντροφο.

Παρόλο που συχνά οι γυναίκες αποφασίζουν να χρησιμοποιούν προφυλακτικό, η αποφασιστικότητά τους για την χρήση του εξαρτάται από τους ακόλουθους παράγοντες: το συναισθηματικό πλαίσιο του σεξ, την αντίληψή τους για την ευθύνη τους σχετικά με την διατήρηση της σχέσης, τα παραδοσιακά «δικαιώματα» του άνδρα να πιέσει την γυναίκα για μη ασφαλές σεξ και την διαδικασία αρνητικότητας των ανδρών προς τα προφυλακτικά.

Οι Keller et. al. (1996), βρήκαν ότι οι επικλήσεις φόβου μπορεί να είναι αποτελεσματικές στην αλλαγή συμπεριφορών και ότι υπάρχει ένα επίπεδο εμφάνισης φόβου. Σε ακραίες περιπτώσεις, οι επικλήσεις φόβου φαίνεται ότι είναι μη αποτελεσματικές. Όταν ένα πρόβλημα δεν λαμβάνεται ως σοβαρό, προκαλεί μόνο ένα μικρό επίπεδο φόβου ή καθόλου. Κάποιες φορές οι καμπάνιες που χρησιμοποιούν ακραίο φόβο ή σοκ μπορεί να έχουν κάποια επίδραση αντίθετη από αυτή που σκόπευαν (Strecher et. al., 1997).

Οι Raghubir et. al., (1998), βρήκαν ένα παρόμοιο φαινόμενο σε σχέση με τους κινδύνους του AIDS: βρήκαν ότι ενώ οι μαθητές ήταν ενήμεροι για τον κίνδυνο

μόλυνσης με τον ιό του AIDS, αισθάνονταν ότι ο κίνδυνος δεν τους αφορούσε ως άτομα ή ως ομάδα. Σύμφωνα με τους όρους του Raghbir (1998), αυτή είναι η προκατάληψη της «Θετικότητας του εαυτού». Εντούτοις, οι μαθητές δεν ένιωθαν εξαναγκασμένοι να υιοθετήσουν «ασφαλείς» συμπεριφορές και χρησιμοποίησαν ποικίλες τεχνικές όπως φιλτράρισμα των πληροφοριών, για να προστατέψουν αυτή την μη τρωτότητα. Για να είναι αποτελεσματική μια επίκληση φόβου, πρέπει να προκαλεί ένα κατάλληλο επίπεδο ανησυχίας για να προωθηθεί η προσοχή στην προτεινόμενη λύση. Επίσης πρέπει να είναι πιστευτή και να προσλαμβάνεται ώστε να είναι εφαρμόσιμη στο κοινό στόχος, αλλά όχι τόσο απειλητική ώστε να προκαλεί μη επιθυμητές αμυντικές συμπεριφορές.

Σύμφωνα με την έρευνα της Ιωαννίδη-Καπόλου (1997), επικρατεί πάντα η αντίληψη ότι οι ομάδες των ομοφυλόφιλων και τοξικομανών κινδυνεύουν περισσότερο να μολυνθούν από τον ιό του AIDS. Η ίδια έρευνα έδειξε ότι η σιγουριά της μόνιμης σχέσης και η πίστη στο σύντροφο οδηγεί σε μη αλλαγή συμπεριφοράς και μη λήψη μέτρων προφύλαξης.

Στην έρευνα του Dias (2005), τα άτομα αποδίδουν τη βασική αιτία της μόλυνσης από τον ιό AIDS στην μετάγγιση αίματος, ενώ πιστεύουν ότι η αποχή από το περιστασιακό σεξ είναι επαρκής για να προστατεύσει ενάντια στην μόλυνση από τον ιό. Η έρευνα των Signorelli et. al., (2006), παρουσίασε το θέμα των σημαντικών πολιτιστικών διαφορών ανάμεσα στις διάφορες περιοχές και ότι ίσως υπάρχει μια διαφορετική ανάγκη στις καμπάνιες αγωγής υγείας.

Η έρευνα των Bush και Boller (1991), έδειξε ότι οι διαφημιστικές καμπάνιες μπορούν να προκαλέσουν φόβο σε ένα κοινό αποτυγχάνοντας να παρέχουν πληροφορίες σε σχέση με τους τρόπους αντιμετώπισης της απειλής. Επίσης, ότι οι καμπάνιες που ενημερώνουν για τους κινδύνους του HIV, οδηγούν σε αποχή από τις ερωτικές σχέσεις και όχι σε ασφαλή ερωτική επαφή με χρήση προφυλακτικού.

Στην έρευνα του Abernethy (1998), σχετικά με τις πηγές πληροφόρησης για το AIDS βλέπουμε ότι η τηλεόραση δεν παρέχει την ίδια ικανότητα να στοχεύει σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου κάτι που κάνουν το ραδιόφωνο και τα περιοδικά.

Έχει διαπιστωθεί ότι η γνώση δεν συνδέεται με την πρόληψη ή την προστασία. Στόχο αποτελεί η εξαγωγή συμπερασμάτων που θα ωφελήσουν την δημιουργία προγραμμάτων αγωγής υγείας αποτελεσματικών για την ατομική προστασία από τον ιό



του AIDS. Για να πετύχει ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας θα πρέπει να επιδρά στην προσωπική εκτίμηση του κάθε ατόμου για τον κίνδυνο μόλυνσης από AIDS. Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι ο φόβος για την ασθένεια και η κυριαρχούσα αντίληψη για την ανάγκη υιοθέτησης κάποιων αλλαγών στη σεξουαλική συμπεριφορά δεν αποτελούν επαρκή στοιχεία για να συμβάλλουν στη σωστή προφύλαξη, εφόσον δεν σχετίζονται και με την υιοθέτηση των απαραίτητων μέσων προστασίας. Έτσι μπορούμε να ισχυριστούμε ότι όπως έχει καταγραφεί μέσα από την κοινωνική επικοινωνία, η γνώση και η στάση των νέων για το AIDS και τους τρόπους προφύλαξης σε σχέση πάντα με τη σεξουαλική συμπεριφορά, δεν έχει κατευθύνει τις πράξεις τους στην υιοθέτηση εκείνων των μέτρων προφύλαξης που θα διαμόρφωναν μια ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά.

Επομένως, είναι κατανοητή η ανάγκη αποσύνδεσης του φόβου από την συνέπεια χρήσης προφυλακτικού. Θα πρέπει να αντιστραφεί η λανθασμένη αντίληψη και να προωθηθεί η αντίληψη ότι το προφυλακτικό απελευθερώνει από ανεπιθύμητες συνέπειες της ερωτικής επαφής, διευκολύνοντας την απόλαυση.

Οι καμπάνιες για την προώθηση της ασφαλούς σεξουαλικής επαφής πρέπει να απομακρύνουν το ενδιαφέρον από την προώθηση της γυναικείας υπευθυνότητας και να δημιουργήσουν μια ισορροπημένη στρατηγική που να αναγνωρίζει την επιρροή της ανδρικής σεξουαλικότητας και την αμοιβαία ευθύνη για την χρήση προφυλακτικού ανάμεσα σε ετεροφυλόφιλους συντρόφους. Θα πρέπει να προωθηθεί μια νέα αμοιβαία υπεύθυνη ετεροφυλοφιλικότητα. Θα πρέπει η προσοχή να επικεντρωθεί στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η ηλικία, οι οικονομικές και πολιτιστικές διαφορές και η ερωτική ελκυστικότητα, επηρεάζουν την επικοινωνία και την αλληλεπίδραση στην διαπραγμάτευση για ασφαλή ερωτική πρακτική.

### **Ο ρόλος της προκατάληψης του φύλου**

Η διάγνωση του AIDS βασίζεται σε τεχνικά κριτήρια. Τα άτομα που έθεσαν αυτά τα κριτήρια είχαν υπ' όψιν τους άνδρες: ήταν περισσότεροι και πιο πολλά ήταν γνωστά για την ασθένειά τους. Οι κοινωνικές παροχές στήριξης για άτομα με AIDS δεν ήταν διαθέσιμες για τις γυναίκες αρχικά.

Σήμερα, τα διαγνωστικά κριτήρια είναι πιο αντιπροσωπευτικά και υπάρχει σχετική ενημέρωση για τις ανάγκες των γυναικών. Είναι περίπου 25 χρόνια από την

αρχή της επιδημίας. Έχουμε μάθει πολλά για αυτή, δοκιμάσαμε πολλές προσεγγίσεις αλλά οι γυναίκες έχουν αποκλειστεί από αυτές τις έρευνες. Υποθέτουμε ότι οι επιδράσεις είναι ίδιες με αυτές των ανδρών και για τις γυναίκες. Δεν έχει μελετηθεί, οπότε πραγματικά δεν είναι έγκυρες.

Αποκλείοντας τις γυναίκες από τις έρευνες, περιορίζονται οι επιλογές τους για φροντίδα. Οι άνδρες που επιλέγουν να είναι ενεργητικοί μπορούν να δοκιμάζουν να συμμετέχουν σε έρευνες placebo και να επωφελούνται από θεραπείες υπό δοκιμή που θα εγκριθούν σε πολλά χρόνια. Σιγά σιγά τα πράγματα αλλάζουν, καθώς οι γυναίκες απαιτείται, όχι απλά επιτρέπεται, να συμμετέχουν σε έρευνες.

### **Η Πραγματικότητα των Γυναικών για τον ιό HIV**

Σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες θεωρείται ότι είναι πιο ευάλωτες σε μια λοίμωξη από τον ιό HIV. Πρώτον, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη βιολογική ευαισθησία σε λοιμώξεις κατά τη διάρκεια της ετεροφυλοφιλικής επαφής. Η ανισότητα στην εξουσία και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γυναικών, τις θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV. Όταν οι γυναίκες είναι κοινωνικά, οικονομικά ή/και συναισθηματικά εξαρτώμενες από τους άνδρες, η ικανότητά τους να διαπραγματεύονται μια ασφαλή σεξουαλική επαφή με τους συντρόφους τους είναι μειωμένη (Amaro, 1995; Tang, Wong, & Lee, 2001). Για να καταλάβουμε την συμπεριφορά των γυναικών, πρέπει κανείς να αναγνωρίσει τη χρήση προφυλακτικού ως δυαδική πράξη μεταξύ συντρόφων και να λάβουμε υπόψη τις δυναμικές του φύλου.

Οι γυναίκες στην εφηβεία και ιδίως αυτές των μειονοτικών εθνοτήτων, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ετεροφυλοφιλική μετάδοση του ιού HIV σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους (Valleroy, MacKellar, Karon, Janssen, & Hayman, 1998). Η κατάχρηση ουσιών, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, η παιδική σεξουαλική κακοποίηση, τα υψηλότερα ποσοστά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ) και η βιολογική ευαισθησία, όλα είναι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο απόκτησης του ιού HIV μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών εφήβων κοριτσιών (Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, 2008; Malow, Rosenberg, Donenberg, & Devieux, 2006).

## **Η επικοινωνία της χρήσης Προφυλακτικού ανακοίνωση ως ασφαλέστερη συμπεριφορά για τις γυναίκες**

Μερικοί ερευνητές έχουν σημειώσει σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατομικών συμπεριφορών υγείας (π.χ., το κάπνισμα, η χρήση αντηλιακού, η άσκηση) και της ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η ασφαλής σεξουαλική συμπεριφορά και η χρήση προφυλακτικού προσεγγίζονται καλύτερα ως μια δυαδική συμπεριφορά. Οι, Catania, Binson, Dolcini, Moskowitz και van der Straten (2001), τονίζουν τη σημασία της επικοινωνίας ως διαπροσωπικό στοιχείο της προστασίας από τον ιό HIV. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι με υψηλότερα επίπεδα επικοινωνίας με τον σύντροφό τους για τους κινδύνους από τον ιό HIV, είναι πιο πιθανό να προστατεύουν τον εαυτό τους (Catania, Coates, Kegeles & 1994).

Η επιτυχής διαπροσωπική επικοινωνία κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής συνεύρεσης είναι καίριας σημασίας για πιο ασφαλείς συμπεριφορές, ειδικά για τις γυναίκες, δεδομένου ότι χρειάζεται η συμφωνία από τους συντρόφους τους για να επιτύχουν τη χρήση προφυλακτικού (Amaro, 1995). Οι γυναίκες πρέπει να αισθάνονται άνετα, με αυτοπεποίθηση και αποτελεσματικότητα όταν αναφέρουν το θέμα της ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς, τη διαπραγμάτευση της χρήσης προφυλακτικού, τη συζήτηση ασφαλών εναλλακτικών λύσεων και την άρνηση της μη ασφαλούς σεξουαλικής επαφής όταν είναι απαραίτητο. Με άλλα λόγια, η προαγωγή της ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς των γυναικών θα πρέπει να στοχεύει την επικοινωνία χρήσης του προφυλακτικού ως κλειδί για την ασφαλέστερη σεξουαλική συμπεριφορά (Lam, Mak, Lindsay, & Russell, 2004; Troth & Peterson, 2000). Η πρόθεση χρήσης του προφυλακτικού εξαρτάται από την αποτελεσματική επικοινωνία και την μετάφραση της σε συμπεριφορά. Εφόσον οι ετεροφυλόφιλες γυναίκες χρειάζονται τη συμφωνία του συντρόφου τους για τη χρήση προφυλακτικών, η επικοινωνία είναι αναπόσπαστη στην συμπεριφορά των γυναικών για την χρήση προφυλακτικού.

Το έργο των ερευνητών στην επικοινωνία της υγείας συμβάλλει σημαντικά στην γνώση για την πρόληψη του HIV και της εκπαίδευσης. Μεγάλο μέρος παρέμβασης που βασίζεται στην έρευνα για την πρόληψη από τον ιό HIV/AIDS και την προώθηση των προσπαθειών για ασφαλέστερη σεξουαλική πρακτική έχουν βάση κοινωνικο-ψυχολογικές θεωρίες, όπως η κοινωνική γνωστική θεωρία (Bandura, 1977) και η

Θεωρία της αιτιολογημένης δράσης (Fishbein & Ajzen, 1975). Αυτές οι θεωρίες δίνουν έμφαση στον κρίσιμο ρόλο που διαδραματίζουν οι γνωστικές κατασκευές, όπως οι στάσεις οι πληροφορίες, οι πεποιθήσεις, η πρόθεση για αλλαγή, οι προσδοκίες για τα αποτελέσματα, καθώς και η αντιλαμβανόμενη αυτο-αποτελεσματικότητα. Συνοψίζοντας την έρευνα για το HIV/AIDS κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ο Rogers (2000), καταλήγει στο συμπέρασμα ότι *«η επιδημία του AIDS από τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει βοηθήσει να αποδειχθεί ότι η επικοινωνία είναι κεντρικής σημασίας για την πρόληψη της συμπεριφοράς»*.

Για να επιτευχθούν μακροχρόνιοι στόχοι, πολλές παρεμβάσεις μείωσης των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών έχουν χρησιμοποιήσει θεωρητικά μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς, ως πλαίσιο για να στοχεύσουν τους παράγοντες που θεωρείται πως επηρεάζουν την σεξουαλική συμπεριφορά. Μέσα σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, οι παράγοντες αυτοί μπορεί να επηρεάσουν την συμπεριφορά με δύο τρόπους: οι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την συμπεριφορά άμεσα ή οι παράγοντες μπορεί να αλληλεπιδρούν με άλλες μεταβλητές για να επηρεάσουν την συμπεριφορά. Ο πρώτος τρόπος αποτελεί την θεωρημένη μεσολάβηση, ενώ ο δεύτερος αποτελεί την θεωρημένη μετρίαση.

Η μεσολάβηση, δηλώνει την ικανότητα μιας μεσολαβητικής μεταβλητής να εξηγεί την σχέση μεταξύ δύο άλλων σχετιζόμενων μεταβλητών. Επιπλέον, η μεσολάβηση υποδηλώνει ότι μια αρχική μεταβλητή (π.χ. η παρέμβαση) προκαλεί μια αλλαγή σε μια μεταβλητή αποτέλεσμα (π.χ. χρήση προφυλακτικού) ασκώντας επιρροή μέσω πολλών μεσολαβητικών μεταβλητών (π.χ. Αυτό-αποτελεσματικότητα στην χρήση προφυλακτικού).

Αντίθετα, η μετρίαση, δηλώνει ότι η κατεύθυνση ή η ισχύς της σχέσης μεταξύ της αρχικής μεταβλητής και της μεταβλητής αποτέλεσμα εξαρτάται από το επίπεδο της μεταβλητής μετρίασης (π.χ. χαμηλή κοινωνική στήριξη, Baron & Kenny, 1986).

Παράγοντες που μεσολαβούν για την υιοθέτηση ασφαλών σεξουαλικών συμπεριφορών έχουν αναγνωριστεί μέσω ερευνών (Bandura, 1989; DiClemente, 1991; DiClemente & Wingood, 1995; Fishbein, et. al., 2001; Jemmott, Jemmott, & Fong, 1998; Santelli, DiClemente, Miller, & Kirby, 1999; Weisman, Nathanson, & Ensminger, 1989). Συσχετισμοί έχουν φανεί μεταξύ πολλών θεωρητικών μεσολαβητικών μεταβλητών όπως οι προθέσεις χρήσης προφυλακτικού, η αυτό-

αποτελεσματικότητα της χρήσης προφυλακτικού, η αυτό-αποτελεσματικότητα της διαπραγμάτευσης του προφυλακτικού και των πιο ασφαλών σεξουαλικών συμπεριφορών μεταξύ ενηλίκων και νέων εφήβων (Bandura, 1989; DiClemente, 1991; DiClemente & Wingood, 1995; Fishbein et. al., 2001; Jemmott et. al., 1998; Santelli et. al., 1999; Weisman et. al., 1989).

Πολλοί από αυτούς τους παράγοντες προέρχονται από θεωρητικά μοντέλα αλλαγής της συμπεριφοράς (π.χ. Θεωρία της σχεδιαζόμενης συμπεριφοράς, Μοντέλο πίστης για την Υγεία και την Κοινωνική Γνωστική Θεωρία) και δηλώνουν ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς επιτυγχάνεται στοχεύοντας αυτούς τους παράγοντες (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980; Bandura, 1986; Rosenstock, 1974).

Συγκεκριμένα, οι διαλλακτικές θεωρίες δηλώνουν ότι οι ενήλικες σε κοινωνικά περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου ίσως προστατεύονται από την υιοθέτηση επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών, εξαιτίας της υψηλής αυτοεκτίμησης τους, κάτι που αντανακλάται στην επιθυμία και την δέσμευσή τους να αντιμετωπίσουν αρνητικές καταστάσεις (Garmezy, 1991). Η αυτοεκτίμηση έχει υπάρξει ο στόχος προγραμμάτων θετικής ανάπτυξης των νέων για την πρόληψη βίας, χρήσης ουσιών και επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών (Okwumabua, Wong, Duryea, Okwumabua, & Howell, 1999; Oxley, 2001). Η αυτοεκτίμηση έχει συνδεθεί με βασικές δομές όπως η αυτό-αποτελεσματικότητα, η επικοινωνία και οι τεχνικές διαπραγμάτευσης (Braithwaite & Thomas, 2001; McCree, 1997).

Έρευνες υποδεικνύουν ότι η αυτοεκτίμηση ίσως σχετίζεται με θεωρητικές κατασκευές που προέρχονται από μοντέλα σεξουαλικής συμπεριφοράς και προτείνουν ότι η αυτοεκτίμηση παίζει κάποιο ρόλο στην επιρροή των αποτελεσμάτων από προγράμματα μείωσης του κινδύνου σεξουαλικών συμπεριφορών, τα οποία στοχεύουν αυτές τις ίδιες κατασκευές. Εντούτοις, είναι σημαντικό να αποκαλύψουμε, το αν η αυτοεκτίμηση σχετίζεται εμπειρικά με αυτές τις κατασκευές.

## **Έρευνες σχετικά με την μελέτη γυναικών και το AIDS**

### **Αρκάνσας – Ηνωμένες Πολιτείες**

Στην έρευνά τους οι Rickert et. al. (1989), μελέτησαν τις απόψεις και την συμπεριφορά των εφήβων κοριτσιών απέναντι στην αγορά και τη χρήση των προφυλακτικών, ως μεθόδου προφύλαξης.

Μελετήθηκαν κορίτσια ηλικίας από 12 ως 19 ετών. Τα άτομα προέρχονταν από χαμηλό ή μεσαίο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και το 85% ήταν σεξουαλικά ενεργά. Η έρευνα μελέτησε θέματα όπως, την βασική γνώση σχετικά με το AIDS, την άνεση να συζητήσουν το θέμα της πρόληψης με ένα σύντροφο και τον κίνδυνο να μολυνθούν από τον ιό HIV. Το 62% του δείγματος ανέφερε ότι αισθάνονταν φόβο σχετικά με το AIDS και αυτό έχει επηρεάσει την συμπεριφορά πρόληψης, αλλά μόλις το 17% αυτών ανέφερε ότι έχει αγοράσει ή έχει χρησιμοποιήσει προφυλακτικό για να αποτρέψει την μετάδοση του AIDS. Τα ευρήματα της έρευνας αναφέρουν ότι παρόλο που τα έφηβα κορίτσια είναι ενημερωμένα σχετικά με το AIDS, η συμπεριφορά τους δεν έχει αλλάξει.

### **Μισισσιπή – Ηνωμένες Πολιτείες**

Η έρευνα των Robertson et. al., (2011), μελέτησε έφηβα κορίτσια, τρόφιμοι σε ένα κρατικό αναμορφωτήριο στα οποία ανατέθηκε ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας 18 συνεδριών ή ισοδύναμου χρόνου του προγράμματος πρόληψης του ιού HIV. Τα κορίτσια τοποθετήθηκαν σε δύο ομάδες που είχαν ανατεθεί με τυχαίο τρόπο (Συνθήκη μείωσης επικινδύνων συμπεριφορών και Συνθήκη Αγωγής Υγείας). Μετά το τέλος της παρέμβασης, τα κορίτσια στο πρόγραμμα μείωσης του κινδύνου του ιού HIV κατέδειξαν απόκτηση δεξιοτήτων συμπεριφοράς της μείωσης κινδύνου και βελτίωση των δεξιοτήτων εφαρμογής προφυλακτικού. Σε συνέχεια της αξιολόγησης περίπου 9 μήνες μετά την απελευθέρωση από το σωφρονιστικό ίδρυμα, τα κορίτσια ανέφεραν λιγότερες σεξουαλικές επαφές χωρίς προστασία και λιγότερο υπό την επήρεια αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών.

Παρά το γεγονός ότι τα κορίτσια της παρέμβασης επέδειξαν βελτίωση στην εφαρμογή προφυλακτικού και τις κοινωνικές δεξιότητες, η παρέμβαση μείωσης του κινδύνου δεν ήταν πιο αποτελεσματική από την αγωγή υγείας όσον αφορά την αλλαγή

των αντιλαμβανόμενων εμποδίων σχετικά με τη χρήση προφυλακτικού ή τη μείωση των συμπεριφορών κινδύνου μετά την απελευθέρωση των κοριτσιών. Τα κορίτσια και στις δύο συνθήκες μείωσαν σημαντικά την συχνότητα της σεξουαλικής επαφής χωρίς προφυλάξεις καθώς και την σεξουαλική επαφή υπό την επήρεια αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών. Ωστόσο, ούτε η παρέμβαση οδήγησε σε μια μετατόπιση σε ασφαλέστερες σεξουαλικές πρακτικές ή στην 100% προστατευόμενη σεξουαλική επαφή.

Συνολικά τα κορίτσια στο εντατικό πρόγραμμα μείωσης του κινδύνου του ιού HIV, που τόνιζε την απόκτηση δεξιοτήτων σαφώς έμαθαν και θα μπορούσαν να αποδείξουν τις δεξιότητές τους μετά την παρέμβαση, ενώ οι συμμετέχοντες της ομάδας αγωγής υγείας (ομάδα ελέγχου) ήταν σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητοι. Και οι δύο ομάδες επέδειξαν σημαντική βελτίωση στις γνώσεις τους για την υγεία και λιγότερη αυτοαναφερόμενη επικίνδυνη συμπεριφορά κατά την περίοδο 9 μηνών μετά.

### **Κίνα**

Λίγα είναι γνωστά για τη συμπεριφορά της χρήσης προφυλακτικού των γυναικών στην Κίνα. Μια διαδραστική παρέμβαση με στόχο την επικοινωνία χρήσης προφυλακτικού έγινε με 101 γυναίκες φοιτήτριες από την Κίνα σε ένα πανεπιστήμιο της Σαγκάη. Οι παρεμβάσεις ενίσχυσαν τις γνώσεις επικοινωνίας της χρήσης προφυλακτικού, συμπεριλαμβανομένης της γνώσης, της στάσης, της αυτο-αποτελεσματικότητας και της πρόθεσης.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι παρεμβάσεις για την υγεία έχουν αυξήσει με επιτυχία τη χρήση προφυλακτικού στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως οι σπουδαστές κολλεγίων (Chernoff & Davison, 2005), οι ιερόδουλοι (Johnson, von Haefen, Fishbein, Kasprzyk, & Montano, 2001) και οι άνδρες που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες (McFarlane, Ross, & Elford, 2004). Λίγα είναι γνωστά, ωστόσο, ως προς τις ανάγκες και τις προσδοκίες των γυναικών στην Κίνα όσον αφορά τη σεξουαλική υγεία. Ο στόχος της μελέτης ήταν να καθοριστεί αν μια διαπροσωπική παρέμβαση για την υγεία θα προωθούσε αποτελεσματικά την συμπεριφορά πρόληψης από τον ιό HIV/AIDS, ιδιαίτερα την επικοινωνία για την χρήση προφυλακτικού μεταξύ των γυναικών της Κίνας. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια σημαντική αύξηση σε όλα τα γνωστικά πεδία που αξιολογήθηκαν. Μετά την παρέμβαση, βελτιώθηκε η γνώση των

γυναικών σχετικά με την ασφαλή σεξουαλική πρακτική και την χρήση προφυλακτικού, οι συμμετέχοντες ανέφεραν μια πιο θετική στάση απέναντι στην επικοινωνία για την χρήση προφυλακτικών, ανέφεραν ότι αισθάνονται μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση όταν συζητούν για την χρήση προφυλακτικού και ανέφεραν ισχυρότερη πρόθεση να επιδιώκουν τέτοια συμπεριφορά όταν είναι απαραίτητο. Επομένως, η παρέμβαση ήταν επιτυχής καθώς προήγαγε τις γνώσεις προστασίας της υγείας.

### **Καραϊβική**

Όλο και περισσότερο οι επαγγελματίες που σχετίζονται με την εξάπλωση της ασθένειας του AIDS αναγνωρίζουν την κοινωνική έννοια της κοινότητας, ως μια σημαντική πηγή και καθοριστικό παράγοντα της υγείας και της ευημερίας. Συγκεκριμένα, η κοινωνική κατάσταση η οποία αντανάκλα τις κοινωνικές διαδικασίες, τις νόρμες και την εμπιστοσύνη ανάμεσα στα μέλη της κοινότητας (WHO, 1998). Η κοινωνική κατάσταση περιλαμβάνει στοιχεία, όπως τα κοινωνικά δίκτυα, την κοινωνική συμμετοχή και την εμπιστοσύνη ανάμεσα στους κατοίκους (Putnam, 1993). Αυτά τα στοιχεία είναι σημαντικά εισάγοντας ως παρεμβάλλον παράγοντα την φτώχεια για την υγεία και την ευημερία.

Προηγούμενη έρευνα με γυναίκες, έχει δείξει ότι η υγεία, η γνώση για την ασθένεια και οι στάσεις εξαρτώνται από τα γεωγραφικά κοινωνικά περιβάλλοντα, όπως και από την πρόσβαση και την χρήση των κοινωνικών διαδικασιών που συμβαίνουν στην κοινότητα. Για παράδειγμα, ο Warren (1999), ανέφερε ότι τα κορίτσια σε αγροτικές περιοχές ήταν λιγότερο πιθανό να είχαν ακούσει για το AIDS, λιγότερο πιθανό να έχουν πληροφορηθεί για την ασθένεια και λιγότερο πιθανό να θεωρούν ότι είναι σε κίνδυνο. Αυτοί οι παράγοντες διαμορφώνουν τον τρόπο που οι γυναίκες βλέπουν και έχουν εμπειρία για την υγεία και την έκταση προστασίας τους από τον ιό HIV, ως αρνητικό αποτέλεσμα της φτώχειας και της αγροτικής ζωής.

Το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας προέρχεται από την Morrow (1999), η οποία υποστηρίζει ότι για την ανάπτυξη ενός χρήσιμου μοντέλου για την κοινωνική κατάσταση, κάποιος πρέπει να γνωρίζει ότι για τα παιδιά «η επιλογή και η ελευθερία περιορίζονται από καθημερινά πλαίσια και ποικίλους κοινωνικούς, περιβαλλοντο-λογικούς και οικονομικούς παράγοντες». Η έρευνα έδειξε ότι στοιχεία όπως, η



κοινωνική κατάσταση σε σχέση με την κοινωνική ζωή και την ευημερία των νέων, μπορεί ταυτόχρονα να έχει θετικά και αρνητικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, μια κοινωνική κατάσταση γνωστή ως «Κοινωνικός Δεσμός», συμβαίνει μέσω στενών φίλων και του ανήκειν σε μια ομάδα και προάγει τον κοινωνικό δεσμό ανάμεσα στα παιδιά. Ο κοινωνικός δεσμός μπορεί να είναι θετικός, αν προάγει την αίσθηση του ανήκειν και την ασφάλεια των παιδιών μέσα στα πλαίσια της ευρύτερης κοινωνίας. Εντούτοις, ο κοινωνικός δεσμός μπορεί να είναι αρνητικός αν οδηγεί στην δημιουργία συμμοριών και βίας.

Χρησιμοποιήθηκαν focus group και δομημένη γραφή σε συνδυασμό, για την διερεύνηση της αξιολόγησης της κοινότητας από τα κορίτσια, την φύση του κοινωνικού κόσμου τους και τις αντιλήψεις τους για την υγεία και την προαγωγή της στην κοινωνία. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις με ανοιχτό τέλος για τους ρόλους και τις δραστηριότητες στο πλαίσιο της κοινότητας (φιλία, ασφάλεια). Για να διερευνηθούν οι αντιλήψεις και οι εμπειρίες υγείας, οι ερωτήσεις αφορούσαν τον ορισμό της υγείας και τα είδη των δράσεων για την υγεία, την φύση του AIDS, την αιτία του και τον τρόπο που μεταδίδεται ο ιός HIV.

Όλα τα κορίτσια, ακόμα και η ομάδα των νεότερων, γνώριζαν για το AIDS και την ικανότητα του να προκαλέσει ασθένεια και θάνατο. Ακόμα, γνώριζαν για την μετάδοσή του μέσω της σεξουαλικής επαφής. Πολλά κορίτσια ανέφεραν ότι γνώριζαν τουλάχιστον ένα άτομο με AIDS. Άλλοι είπαν ότι το γνώριζαν από το σχολείο και από το περιβάλλον τους. Δεν γνώριζαν όλοι για την διάκριση μεταξύ AIDS και HIV. Εντούτοις, πολλοί γνώριζαν ότι η χρήση προφυλακτικού είναι μέθοδος προστασίας από την μόλυνση. Πολλοί ανέφεραν την αποχή από την σεξουαλική επαφή ως μέθοδο προστασίας.

### **Ατλάντα - Ηνωμένες Πολιτείες**

Ο στόχος της έρευνας των Salazar et. al., (2005), ήταν να καθοριστεί αν η αυτοεκτίμηση Αφρικανών Αμερικανών σεξουαλικά ενεργών γυναικών, σχετίζονταν με ένα σύνολο μεσολαβητικών παραγόντων ασφαλών σεξουαλικών συμπεριφορών (π.χ. στάσεις για τα προφυλακτικά, αντιλαμβανόμενα εμπόδια για την χρήση

προφυλακτικών, αυτό-αποτελεσματικότητα στην διαπραγμάτευση χρήσης προφυλακτικών).

Τα αποτελέσματα της έρευνας παρέχουν εμπειρικά δεδομένα που υποδεικνύουν ότι η αυτοεκτίμηση ίσως παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο πλαίσιο των προγραμμάτων μείωσης των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών. Για παράδειγμα, ίσως η αυτοεκτίμηση επηρεάζει την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά έμμεσα μέσω της επιρροής της στους θεωρητικούς μεσολαβητές. Επίσης, η αυτοεκτίμηση μπορεί να λειτουργεί ως μεσολαβητική μεταβλητή και να επηρεάζει την συμπεριφορά άμεσα (π.χ. οι θεωρητικοί μεσολαβητές προηγούνται της αυτοπεποίθησης, η οποία επηρεάζει την συμπεριφορά).

Από μια αναπτυξιακή προοπτική, εκτός από τους θεωρητικούς μεσολαβητές, ένας άλλος παράγοντας που ίσως επηρεάσει την ενήλικη σεξουαλική συμπεριφορά των γυναικών, είναι η έννοια του εαυτού. Η αυτοεκτίμηση, ένας δείκτης αυτοαξίας, έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός δείκτης ψυχικής υγείας (Jahoda, 1958) και αποτελεί σημαντική κατασκευή που συχνά ολοκληρώνεται σε διαλλακτικές θεωρίες όπου έχει αναγνωριστεί ως προστατευτικός ή ρυθμιστικός παράγοντας (Friedman, 1989; Zimmerman, Copeland, Shope, & Dielman, 1997).

### **Διαφορές στις Στρατηγικές Διαχείρισης**

Οι γυναίκες συνήθως προτιμούν την συνεργασία παρά την ατομικότητα και την ενσυναίσθηση παρά την επιθετικότητα. Σε μια πρόκληση θα βασιστούν πιθανότατα, σε συμπεριφορές οι οποίες είχαν θετικά αποτελέσματα στο παρελθόν. Εντούτοις, αντιδράσεις σε μια κρίση όπως η μόλυνση από το ιό HIV, ίσως είναι διαφορετική στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Ειδικότερα, αν η αυτοπεποίθηση είναι χαμηλή, οι γυναίκες ίσως απλά δεχτούν αυτό που τους προσφέρεται, παρά συμμετέχουν ενεργά στην φροντίδα της υγείας τους.

Η Dr. Josie Levine, μια ψυχολόγος στο Σαν Φρανσίσκο, εκτίμησε τις επιδράσεις συγκεκριμένων αξιών και στυλ προσωπικότητας πάνω στην υγεία 50 γυναικών με HIV. Βρήκε ότι οι γυναίκες που πίστευαν ότι ήταν υπεύθυνες ώστε η υγεία τους να είναι καλή, που αναζητούσαν να κατανοήσουν και να επηρεάσουν την φροντίδα τους διατηρώντας τον έλεγχο σύμφωνα με τα δικά τους πιστεύω και τρόπο σκέψης, είχαν

καλύτερη πορεία σε σχέση με εκείνες που παρέδωσαν το ρόλο τους για τη λήψη αποφάσεων σε άλλους. Οι γυναίκες που ήταν ικανές να διατηρήσουν και τον έλεγχο είχαν ακόμα καλύτερη πορεία.

Οι δύο συμπεριφορές που σχετίζονται με το καλύτερο αποτέλεσμα ήταν το να «βασίζονται στον εαυτό τους» (εσωτερικό locus of control) και η εμπιστοσύνη στο γιατρό τους (η πίστη σε έναν δυνατό Άλλο).

### **Παράγοντες κινδύνου και προστασίας στους νέους**

Έρευνες δηλώνουν ότι η παρουσία ενός μόνο παράγοντα σε ένα άτομο, δεν μπορεί από μόνος του να προκαλέσει κάποια επικίνδυνη συμπεριφορά. Αντίθετα, είναι ένα σύνολο παραγόντων που, οι οποίοι συνδυάζονται και συμβάλλουν στην δημιουργία μιας συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ενηλικίωσης.

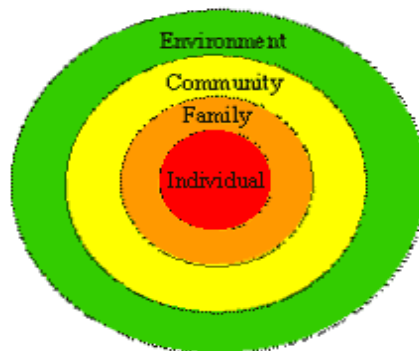
Οι στρατηγικές πρόληψης και παρέμβασης θα πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψιν τις δυναμικές αλλά και την αλληλο/σύνδεση τόσο των παραγόντων «κινδύνου» όσο και των παραγόντων «προστασίας».

Οι παράγοντες κινδύνου ορίζονται ως επιστημονικά καθοριζόμενοι παράγοντες, για τους οποίους υπάρχει ισχυρή αντικειμενική απόδειξη της σχέσης τους με κάποιο πρόβλημα. Αντίθετα, οι «προστατευτικοί» παράγοντες είναι αυτοί που δυνητικά μειώνουν την πιθανότητα για υιοθέτηση κάποιας επικίνδυνης συμπεριφοράς. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο κινδύνου που υφίσταται κάποιο άτομο ή μπορεί να κινητοποιήσει την σχέση μεταξύ του κινδύνου και του αποτελέσματος της συμπεριφοράς.

Ένας τρόπος να κατανοήσουμε την δυναμική μεταξύ παραγόντων κινδύνου και προστασίας, είναι να τους δούμε μέσα σε ένα οικολογικό πλαίσιο. Το οικολογικό μοντέλο αναγνωρίζει ότι κάθε άτομο λειτουργεί μέσα σε ένα πολύπλοκο πλαίσιο ατομικών, οικογενειακών, κοινοτικών και περιβαλλοντικών περιεχομένων που επηρεάζουν την δυνατότητά τους να αποφύγουν τον κίνδυνο.

Το **οικολογικό μοντέλο** βασίζεται σε μια προοπτική δημόσιας υγείας για την μείωση κινδύνων και την πρόληψη ασθενειών. Αντί να επικεντρώνεται στο άτομο που βρίσκεται σε κίνδυνο ή που υιοθετεί μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, η προσέγγιση της δημόσιας αγωγής υγείας, μελετά την σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του.

#### The Ecological Framework



Για παράδειγμα, οι παράγοντες σε **ατομικό επίπεδο**, αναγνωρίζονται ως εκείνες οι συμπεριφορές ή τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τον κίνδυνο ενός ατόμου ή την αντίσταση στο να υιοθετήσει κάποια επικίνδυνη συμπεριφορά.

Είναι σημαντικό να είναι κανείς προσεκτικός στην αξιολόγηση αυτών των παραγόντων για την αποφυγή στιγματισμού των νέων, επειδή κατέχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ή ανήκουν σε κάποιο συγκεκριμένο προφίλ. Είναι επίσης απαραίτητο να μελετήσουμε τους ατομικούς παράγοντες μέσα σε ένα αναπτυξιακό πλαίσιο, για να κατανοήσουμε ποιά είναι η κατάλληλη συμπεριφορά σε συγκεκριμένες ηλικίες και να αποφύγουμε παρερμηνεία των στοιχείων.

Η ανάλυση των ευρημάτων πολλών ερευνών που διεξήχθησαν από το Τμήμα Δικαιοσύνης των Η.Π.Α., βρήκαν μια σύνδεση μεταξύ της βίαιης συμπεριφοράς και της υπερδραστηριότητας, των προβλημάτων συγκέντρωσης, της ανησυχίας και της λήψης κινδύνου. Άλλες έρευνες δηλώνουν ότι υπάρχει ισχυρή συνύπαρξη των ψυχικών ασθενειών, όπως η κατάθλιψη, ανάμεσα σε παιδιά ή νέους με προβλήματα αντικοινωνικής και επικίνδυνης συμπεριφοράς. Η εγκατάλειψη του σχολείου πριν την ηλικία των 15 ετών, έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με την επικίνδυνη συμπεριφορά.

Τα ατομικά χαρακτηριστικά που έχουν αναγνωριστεί ως προστατευτικοί παράγοντες, περιλαμβάνουν την αίσθηση του σκοπού, την πίστη σε ένα θετικό μέλλον και την ικανότητα να ενεργεί κάποιος ανεξάρτητα και να αισθάνεται τον έλεγχο του περιβάλλοντός του. Η κριτική σκέψη, η ικανότητα προσαρμογής και ευλυγισίας είναι παράγοντες που προστατεύουν τους νέους από βίαιες και επικίνδυνες συμπεριφορές.

Οι **οικογενειακοί παράγοντες** τυπικά σχετίζονται με τη δομή της οικογένειας, την συμπαράσταση, την κουλτούρα και την λειτουργία της και επηρεάζουν ολοκληρωτικά την συμπεριφορά των μελών της. Η κακοποίηση ενός παιδιού και η παραμέληση είναι οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου. Η έκθεση σε υψηλά επίπεδα

οικογενειακής διαμάχης επίσης, φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα επικίνδυνης συμπεριφοράς, όπως και η αντικοινωνική συμπεριφορά των συνομηλίκων.

Συχνές και σε βάθος συζητήσεις και η επικοινωνία μεταξύ γονέων και παιδιών μπορεί να οδηγήσει στην κατανόηση πολλών απόψεων και εμπειριών των ενηλίκων από τους νέους.

Οι **κοινοτικοί παράγοντες**, αποτελούνται από το περιβάλλον, τις διαθέσιμες οικονομικές ευκαιρίες, τις κοινωνικές παροχές και άλλα θέματα που επηρεάζουν την επιτυχή λειτουργικότητα των κατοίκων. Ο προστατευτικός παράγοντας εδώ είναι μια ισχυρή κοινοτική κατασκευή. Οι κοινότητες μπορούν να δημιουργήσουν ευκαιρίες ώστε οι νέοι να συμμετέχουν σε δραστηριότητες όπου θα μπορούν να έχουν επιλογές, να έχουν τη δύναμη της λήψης αποφάσεων και κοινή υπευθυνότητα. Τέτοιες εμπειρίες βοηθούν τους νέους να αναπτύσσουν νέες δεξιότητες και να ενισχύουν την αυτοπεποίθηση τους.

Οι **περιβαλλοντικοί παράγοντες**, αναφέρονται σε θέματα όπως οι κοινωνικές αξίες και ο αντίκτυπος των Μ.Μ.Ε., οι πολιτικές και νομικές αποφάσεις. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην δημιουργία συνθηκών που μπορούν να συμβάλλουν σε ένα πολιτισμό βίας και επικίνδυνων συμπεριφορών. Κάποιοι από τους παράγοντες σε αυτό το επίπεδο, περιλαμβάνουν την φτώχεια, την έκθεση στα Μ.Μ.Ε. και την γενική μη αναγνώριση της αξίας των νέων, την απομόνωση τους.

Οι προστατευτικοί παράγοντες που μπορεί να βοηθήσουν στην μείωση των συμπεριφορών κινδύνου, είναι οι πολιτικές σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο που υποστηρίζουν προγράμματα προσανατολισμένα προς τη νεολαία και τα παιδιά. Αυτά τα προγράμματα μπορούν να βοηθήσουν τους ενήλικες να κατανοήσουν και να συνεργαστούν με τους νέους.

Τα κοινωνικά οικολογικά μοντέλα τα οποία περιγράφουν τα χαρακτηριστικά αλληλεπίδρασης των ατόμων και του περιβάλλοντος που υπογραμμίζουν τα αποτελέσματα στην υγεία, έχουν ανέκαθεν προταθεί να συνοδεύουν την πρακτική της δημόσιας υγείας. Εντούτοις, η έκταση κατά την οποία έχουν χορηγηθεί τέτοιες προτάσεις στις παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας, δεν είναι ξεκάθαρη. Οι Golden και Earp (2012), ανέπτυξαν ένα σύστημα κωδικοποίησης για να αναγνωρίσουν τα οικολογικά επίπεδα που στοχεύουν τα προγράμματα προαγωγής της υγείας και

χορήγησαν αυτό το σύστημα σε 157 άρθρα παρέμβασης κατά τη χρονική περίοδο 20 ετών του επιστημονικού περιοδικού *Health Education & Behavior*.

Συνολικά, τα επιστημονικά άρθρα ήταν πιο πιθανό να περιγράφουν παρεμβάσεις που επικεντρώνονταν σε ατομικά και διαπροσωπικά χαρακτηριστικά, παρά σε θεσμικούς, κοινοτικούς ή πολιτικούς παράγοντες. Οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονταν σε συγκεκριμένα θέματα (διατροφή και φυσική δραστηριότητα) ή λάμβαναν χώρα σε συγκεκριμένα πλαίσια (σχολεία), υιοθετούσαν πιο επιτυχημένα μια κοινωνική οικολογική προσέγγιση. Η θεωρία της αγωγής υγείας, η έρευνα και η εκπαίδευση θα πρέπει να αναπτυχθεί για να εξυπηρετεί καλύτερα τις επιτυχημένες προσπάθειες τροποποίησης του κοινωνικού και πολιτικού περιβάλλοντος για την βελτίωση της υγείας.

### **Προσωπική αναφορά χρήσης του προφυλακτικού**

Η έρευνα και οι παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία που σχεδιάζονται για να μειώσουν τον κίνδυνο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, συχνά βασίζονται στην προσωπική αναφορά της χρήσης προφυλακτικού. Εντούτοις, η εγκυρότητα της προσωπικής αναφοράς χρήσης προφυλακτικού ιδιαίτερα στους εφήβους, σπάνια έχει μελετηθεί στην βιβλιογραφία. Στην έρευνα των Shew et. al., (1997), έφηβοι (13-21 ετών) έλαβαν μέρος σε μια μελέτη ενός έτους σχετικά με τις αντιλήψεις για την υγεία, τις σεξουαλικές συμπεριφορές και την απόκτηση σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε αυτή την ομάδα εφήβων, η προσωπική αναφορά της χρήσης προφυλακτικού σχετίστηκε με την απουσία ενός έντονου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος. Αυτό το εύρημα, δηλώνει ότι η προσωπική αναφορά της χρήσης προφυλακτικού αποτελεί μια έγκυρη ένδειξη του κινδύνου για σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

Στόχος της έρευνας των Langer, Zimmerman και Cabral (1994), ήταν η διερεύνηση του αν οι ατομικές αναφορές της αντιλαμβανόμενης ικανότητας σωστής χρήσης ενός προφυλακτικού σχετίζεται με την πραγματική ικανότητα για αυτό. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα των

συμμετεχόντων σχετικά με την σωστή χρήση ενός προφυλακτικού είχε μικρή συσχέτιση με τις πραγματικές τους ικανότητες.

Παρόλο που το 89% του δείγματος ήταν άτομα τα οποία είπαν πως ήταν κάπως ή πολύ σίγουρα ότι μπορούσαν να τοποθετήσουν και να αφαιρέσουν ένα προφυλακτικό σωστά, ο μέσος όρος στο Ερωτηματολόγιο Ικανοτήτων σχετικά με το προφυλακτικό ήταν μόνο 60%. Παρόλο που οι άνδρες ήταν σημαντικά πιο πιθανό σε σχέση με τις γυναίκες να πιστεύουν ότι διέθεταν επαρκείς ικανότητες, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ γυναικών και ανδρών ως προς τις ικανότητες τους σχετικά με τα προφυλακτικά.

Παρόλο που η προώθηση προφυλακτικών έχει συμπεριλάβει θέματα σχετικά με την ποιότητα του προϊόντος και την συνεπή χρήση, έχει δοθεί πολύ μικρή σημασία στην σωστή χρήση. Επομένως, όταν οι παρεμβάσεις με στόχο την μείωση του κινδύνου από τον ιό HIV, επικεντρώνονται στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων διαπραγμάτευσης σχετικά με συνεπή χρήση προφυλακτικών, προσοχή θα πρέπει να δοθεί και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων σωστής χρήσης τους.

Η έρευνα των Scandell et. al., (2003), διερεύνησε την αυτό-αναφορά της σεξουαλικής συμπεριφοράς με την χρήση ενός πλαισίου αυτό-παρουσίασης. Σύμφωνα με την Θεωρία της Αυτό-παρουσίασης (Self-presentation Theory) οι άνθρωποι χρησιμοποιούν αποδώσεις για να διατηρήσουν θετικές κοινωνικά ταυτότητες και να προστατέψουν την αυτοεκτίμησή τους (Baumeister, 1982). Συγκεκριμένα, οι άνθρωποι τείνουν να κάνουν εξωτερικές αποδώσεις για μια αρνητικά αξιολογούμενη συμπεριφορά ή μια αποτυχία (Vander Pligt & Eiser, 1983) και εσωτερικές αποδώσεις για θετικά αποτελέσματα ή μια επιτυχία (Reiss, Rosenfeld, Melburg, & Tedeschi, 1981).

Σχετικά με την αξιολόγηση, η θεωρία της αυτό-παρουσίασης, προτείνει ότι τα άτομα ίσως δεν παρέχουν ακριβείς αυτό-αναφορές επειδή ανησυχούν για το πώς θα τις δουν οι άλλοι. Εντούτοις, η θεωρία της αυτό-παρουσίασης προσφέρει επίσης ένα μηχανισμό για την διαχείριση μιας πιθανής προκατάληψης που δημιουργείται από την ανάγκη να υιοθετούμε μια θετική αυτό-παρουσίαση. Τα άτομα είναι πιο πιθανό να υιοθετούν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, εφόσον μπορούν να αποδώσουν την συμπεριφορά σε εξωτερικά αίτια.

Έτσι οι Scandell et. al., (2003), δημιούργησαν μια νέα μορφή ερωτηματολογίου για να αξιολογήσουν την αυτό-αναφορά μιας σεξουαλικά επικίνδυνης συμπεριφοράς.

Αυτή η νέα μορφή ρωτούσε τους συμμετέχοντες αν εκείνοι ή οι σύντροφοί τους ξεκίνησαν πρώτοι ποικίλες σεξουαλικές συμπεριφορές. Αναμένονταν ότι επιτρέποντας στους συμμετέχοντες να αποδώσουν τις συμπεριφορές τους σε άλλους, θα οδηγούσε στο κλείσιμο της επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Παρόλο τα υψηλά επίπεδα γνώσης των παραγόντων κινδύνου σχετικά με τον ιό HIV και τις προληπτικές συμπεριφορές, οι φοιτητές συνεχίζουν να υιοθετούν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (Butcher, Manning & O'Neal, 1991; DiClemente, Forrest & Mickler, 1990; Loos&Bowd, 1989; McCormack, 1997; McGuire, Shega & Nicholls, 1992; Reinisch, Hill, Sanders & Ziemba-Davis, 1995; Thompson, Kent, Thomas & Vrungos, 1999). Τα ποσοστά για μη συνεπή χρήση προφυλακτικού σε δείγματα φοιτητών κυμαίνονται από 75% ως 92% (Caron, Davis, Halteman & Stickle, 1993; Desiderato & Crawford, 1995; DiClemente et. al., 1990; Kusseling, Shapiro, Greenberg & Wenger, 1996; MacDonald et. al., 1990).

Προηγούμενες έρευνες, έχουν δείξει ότι η σεξουαλική επαφή υψηλού κινδύνου είναι πιο πιθανό να μην αναφέρεται και η ασφαλής σεξουαλική επαφή είναι πιο πιθανό να αναφέρεται υπερβολικά σε συνεντεύξεις κατ'είαν από ότι σε πιο ανώνυμες μεθόδους (Boekeloo et. al., 1994; Siegel et. al., 1994; Trice, 1987). Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δεν υποστηρίζουν αυτά τα ευρήματα.

Η επίδραση της συνθήκης χορήγησης, οι συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο ή η προσωπική ανώνυμη χορήγηση δεν είχαν καμία επίδραση ή κύριες διαδραστικές επιπτώσεις στην αυτοαναφορά για τις σεξουαλικές συμπεριφορές. Οι ερευνητές διατύπωσαν την υπόθεση ότι το αίτημα για αυτοαναφορά θα ήταν ισχυρότερο στην συνθήκη χορήγησης πρόσωπο με πρόσωπο σε σχέση με την συνθήκη ανώνυμης χορήγησης. Ωστόσο, αυτό δεν βρέθηκε. Η προσέγγιση που προτείνεται είναι σύμφωνη με το μοντέλο αξιολόγησης της αυτοπαρουσίασης (Scandell, 1999). Από την άποψη αυτή, τα άτομα δεν είναι παθητικοί συμμετέχοντες στη διαδικασία αξιολόγησης. Αντίθετα, διαμορφώνουν ενεργά τις απαντήσεις τους με βάση την ερμηνεία τους για το πλαίσιο της αξιολόγησης και τις συνέπειες που συνδέονται με συγκεκριμένες αυτοαναφορές.



## **Η κοινωνική διάσταση της προφύλαξης**

Εστιάζοντας στη σχέση της χρήσης και των συσχετιζόμενων μεταβλητών, πολλές έρευνες αποσκοπούσαν στην κατανόηση και πρόβλεψη της διεργασίας της ατομικής απόφασης που οδηγεί στη χρήση, έτσι ώστε να είναι δυνατή η καθοδήγησή της προς την επιθυμητή από την αγωγή υγείας κατεύθυνση. Βασική ερευνητική θεωρητική προϋπόθεση ήταν ότι η τροποποίηση της ριψοκίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς του πληθυσμού είναι εφικτή μέσω της παροχής κατάλληλων πληροφοριών που συμβάλλουν στην κατανόηση του κινδύνου μόλυνσης και της αλλαγής των στάσεων του απέναντι στην πρόληψη (Oakley, Fullerton & Holland, 1995). Η προϋπόθεση αυτή γενικότερα είναι ιδιαίτερα προσφυής σε κοινωνικές, ψυχολογικές αλλά και κοινωνιολογικές θεωρίες ασχολούμενες με το ρεπερτόριο συμπεριφορών υγείας. Κατά τις θεωρίες αυτές, η απόφαση για προστασία της υγείας από τους κινδύνους που την απειλούν εδράζεται καταρχήν μεν στην πληροφόρηση, αλλά επηρεάζεται άμεσα και έμμεσα από κοινωνικούς, ψυχολογικούς παράγοντες αναφερόμενους: α) σε δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η κοινωνική τάξη, και η μόρφωση β) στην προσωπικότητα του ατόμου και γ) σε ενδο-ατομικές διεργασίες, όπως οι στάσεις, οι αντιλήψεις, οι γνώσεις, η εκτίμηση κινδύνου, η συμμόρφωση σε κοινωνικούς κανόνες που έχουν σαφή ατομικό ή ενδοατομικό χαρακτήρα.

### **Α) Προσωπικότητα και δημογραφικά χαρακτηριστικά**

Έχει εξεταστεί η σχέση χαρακτηριστικών όπως ο αυθορμητισμός, η ερωτοφιλία, η διάθεση για περιπέτεια και η κλίση για ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, χωρίς να βρεθεί συσχέτιση με την χρήση προφυλακτικού. Η ηλικία και το φύλο έχουν αρνητική συσχέτιση με τη χρήση προφυλακτικού, πράγμα που σημαίνει ότι οι νεαρότεροι σε ηλικία αναφέρουν χρήση προφυλακτικού συχνότερα από τους μεγαλύτερους και οι άνδρες πιο συχνά από τις γυναίκες. Το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η μόρφωση φαίνεται να έχουν ασθενή θετική σχέση με τη χρήση του προφυλακτικού. Ασθενική αρνητική σχέση επίσης έχει γενικά διαπιστωθεί μεταξύ του θρησκευέσθαι και της χρήσης (Sheeran, Abraham, & Orbell, 1999).

### **Προσωπικότητα και επικίνδυνη συμπεριφορά**

Ο σκοπός της μελέτης των Gullone et. al., (2000), ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της επικίνδυνης συμπεριφοράς των νέων εφήβων και της προσωπικότητας. Η έννοια της ανάληψης κινδύνου νοείται ευρέως μέσω της χρήσης του Ερωτηματολογίου Κινδύνου των Εφήβων (ARQ), το οποίο δίνει πληροφορίες σχετικά με κρίσεις για τον κίνδυνο και συμπεριφορές σε τέσσερις τομείς (δηλ. συγκίνηση που αναζητούν σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, απερίσκεπτοι κίνδυνοι, επαναστατικοί κίνδυνοι και αντικοινωνικοί κίνδυνοι). Η προσωπικότητα μελετήθηκε με τη χρήση του μοντέλου των Πέντε-παραγόντων της Προσωπικότητας, ένα ολοκληρωμένο μοντέλο της προσωπικότητας. Τα δύο ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε εφήβους ηλικίας 11 έως 18 ετών.

Σύμφωνα και με παλαιότερες έρευνες, οι νεότεροι έφηβοι και τα κορίτσια ανέφεραν γενικά να υιοθετούν λιγότερο επικίνδυνες συμπεριφορές σε σχέση με τους μεγαλύτερους εφήβους και τα αγόρια. Επίσης, οι νεότεροι έφηβοι και τα κορίτσια γενικά βαθμολόγησαν τις συμπεριφορές τους ως πιο επικίνδυνες σε σχέση με τους μεγαλύτερους άνδρες ομολόγους τους. Αυτό το εύρημα ήταν σύμφωνο με τις σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις που βρέθηκαν μεταξύ των κρίσεων κινδύνου και των επικίνδυνων συμπεριφορών όλων των τύπων. Επίσης, σύμφωνα με τελευταίες έρευνες, λίγες διαφορές ηλικίας βρέθηκαν για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Σχετικά με τις διαφορές μεταξύ φύλων, εμφανείς ήταν οι διαφορές με τις έφηβες να σκοράρουν υψηλότερα στις νευρώσεις και την ευσυνειδησία σε σχέση με τους άνδρες εφήβους. Μαζί, οι κρίσεις κινδύνου, οι παράγοντες προσωπικότητας, η ηλικία και το φύλο διαπιστώθηκε ότι είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για τις επικίνδυνες συμπεριφορές. Ωστόσο, ο παράγοντας της προσωπικότητας βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το είδος του κινδύνου. Αυτό ίσχυε επίσης για την ηλικία και το φύλο, το οποίο διέφερε σε σημασία ανάλογα με το είδος του κινδύνου. Συνολικά, αυτοί οι παράγοντες ήταν πιο επιτυχείς στην πρόβλεψη της ανάληψης επικίνδυνης συμπεριφοράς και λιγότερο επιτυχείς στην πρόβλεψη της αναζήτησης συγκίνησης.

Τρία σημαντικά συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν από αυτά τα αποτελέσματα. Πρώτον, οι κρίσεις των εφήβων για τον κίνδυνο έχει αποδειχθεί ότι είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Αυτό

διαπιστώθηκε να ισχύει για την επικίνδυνη συμπεριφορά γενικά, καθώς και για διάφορα είδη κινδύνων, με την εξαίρεση της αναζήτησης συγκίνησης. Δεύτερον, οι κρίσεις για τον κίνδυνο βρέθηκε να είναι γενικά καλύτεροι παράγοντες πρόβλεψης της επικίνδυνης συμπεριφοράς σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ιδίως σε σχέση με τους απερίσκεπτους και επαναστατικούς κινδύνους. Όπως προτείνουν οι Benthin et. al., (1993), η συμπεριφορά των εφήβων μπορεί, στην πραγματικότητα, να καθοδηγεί τις αντιλήψεις και όχι το αντίστροφο. Σύμφωνα με αυτούς τους συγγραφείς, η θεωρία της γνωστικής παραφωνίας είναι μια πιθανή εξήγηση για την υψηλή σχέση μεταξύ των κρίσεων και της συμπεριφοράς.

Παρ' όλα αυτά, ούτε οι κρίσεις ούτε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας βρέθηκε ότι είναι ιδιαίτερα καλοί παράγοντες πρόβλεψης της συμπεριφοράς αναζήτησης συγκινήσεων. Σε αντίθεση, άλλα είδη επικίνδυνων συμπεριφορών συσχετίστηκαν ιδιαίτερα με τις κρίσεις των εφήβων σε σχέση με αυτές. Η έρευνα έδειξε ότι το μοντέλο των πέντε παραγόντων της προσωπικότητας, σε συνδυασμό με τις κρίσεις κινδύνου, είναι χρήσιμο για την πραγματοποίηση προβλέψεων σχετικά με τις επικίνδυνες συμπεριφορές των εφήβων.

## **B) Γνώσεις -Στάσεις -Αντιλήψεις -Πρακτικές**

Ερευνήθηκε η σχέση μεταξύ γνώσεων - στάσεων - αντιλήψεων - πρακτικών με την συμπεριφορά προστασίας από τον HIV. Οι γνώσεις αφορούν στοιχεία γύρω από τον ιό HIV, όπως π.χ. τι είναι, πώς μεταδίδεται, τι συνέπειες έχει η μόλυνση, ποιοι είναι οι τρόποι προφύλαξης. Οι στάσεις και οι αντιλήψεις αφορούν στάσεις και αντιλήψεις για την ίδια την ασθένεια - π.χ. ποιους αφορά και γιατί - στάσεις και αντιλήψεις για το προφυλακτικό, συνέπειες για την ερωτική επαφή, συνέπειες για τη διαπροσωπική σχέση. Με τις πρακτικές καταγράφονται οι σεξουαλικές συνήθειες των ατόμων που μπορεί να σχετίζονται με τη μετάδοση, όπως ο αριθμός των συντρόφων, η εμπλοκή σε μονογαμικές ή περιστασιακές σχέσεις ή αναφέρονται σε πραγματολογικά στοιχεία όπως η συχνότητα της σεξουαλικής επαφής, η χρήση μέτρων έναρξης της σεξουαλικής ζωής, η χρήση μέτρων αντισύλληψης, ο χρόνος έναρξης της σεξουαλικής ζωής και η σεξουαλική εμπειρία.

Οι νέοι ως επί το πλείστον αν και έχουν επίγνωση του κινδύνου και των τρόπων προφύλαξης και παρότι έχουν τις ορθές κατά την αγωγή υγείας στάσεις και αντιλήψεις, δε φαίνεται να χρησιμοποιούν συχνά προφυλάξεις ή αν τις χρησιμοποιούν, τις χρησιμοποιούν με ασυνέπεια.

### **Γ) Η κοινωνική πρόσληψη του AIDS**

Μελετώντας τη σεξουαλική συμπεριφορά σε σχέση με τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV, οι κοινωνικοί επιστήμονες προσπαθούν να εμβαθύνουν στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα που ξεκινούν μια σεξουαλική σχέση, αντιλαμβάνονται την απειλή πιθανής μόλυνσης. Τα ερωτήματα που προέρχονται κυρίως από το χώρο της Κοινωνικής Ψυχολογίας εστιάζονται στον τρόπο που κατασκευάζονται οι αντιλήψεις (perceptions) για τον πιθανό κίνδυνο που διατρέχουν τα άτομα στη νέα σχέση. Η πρόσληψη του κινδύνου (risk perception) σχετίζεται άμεσα με τα μέτρα προφύλαξης που θα υιοθετήσει ένα ζευγάρι στη σεξουαλική του σχέση. Εάν δεν αισθάνεται την απειλή της ασθένειας, με βάση τη λανθασμένη αντίληψη του κινδύνου, δε λαμβάνει μέτρα προφύλαξης. Αυτό έχει παρατηρηθεί σε αρκετές έρευνες, όπου ενώ οι νέοι όταν αναφέρονται στους συνομήλικούς τους θεωρούν ότι κινδυνεύουν αρκετά από τον ιό HIV, αναφερόμενοι στη δική τους σεξουαλική σχέση αισθάνονται προφυλαγμένοι προβάλλοντας επιχειρήματα που στηρίζονται σε λανθασμένη εκτίμηση του κινδύνου (Ingham et. al., 1997).

Πηγές πληροφόρησης. Η πηγή πληροφόρησης είναι πάντοτε σημαντική στον έλεγχο του κινδύνου μόλυνσης, καθώς μια αξιόπιστη πηγή μπορεί πάντοτε να συμβάλλει στη σωστή πρόληψη και προστασία του κοινού. Από έρευνες φαίνεται ότι κυριότερη πηγή πληροφόρησης είναι η τηλεόραση και το κοινό από αυτή την πηγή λαμβάνει τις περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το AIDS.

Αναπαραστάσεις για το AIDS. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις προέρχονται από μια ψυχο-κοινωνική διαδικασία και ενώνουν δύο κόσμους: τον ψυχικό κόσμο του ατόμου καθώς σχετίζονται με τα συναισθήματα και το φαντασιακό στοιχείο και την εξωτερική πραγματικότητα καθώς δημιουργούνται σε κοινωνικό επίπεδο και αντικατοπτρίζουν το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο δημιουργήθηκαν. Παράλληλα αυτή η «κοινωνική σκέψη» πέρα από την ερμηνεία και ταξινόμηση των νέων

γνωστικών στοιχείων καθοδηγεί και τη συμπεριφορά των ατόμων. Έτσι μπορούμε να πούμε ότι κάθε κοινωνικο-ψυχολογική παραγωγή και πρακτική αποτυπώνεται στο επίπεδο των κοινωνικών αναπαραστάσεων (Ιωαννίδη, 1996).

Σε έρευνες ελεύθερων συσχετίσεων οι ερωτώμενοι συνδέουν το AIDS με το θάνατο, τον φόβο, την αρρώστια/ασθένεια. Κάποια άτομα στο άκουσμα της λέξης AIDS αναφέρονται στον τρόπο προστασίας, το προφυλακτικό, προσδίδοντας μια θετική διάσταση στην ασθένεια.

Με βάση στοιχεία από έρευνες που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά (Αγραφιώτης et. al., 1997; 2000; Sandford et. al., 1998) είναι εμφανές ότι οι γυναίκες στην Ελλάδα δε διαπραγματεύονται σε ισότιμη βάση ότι έχει σχέση με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Ο άνδρας από τη θέση ισχύος που βρίσκεται στο πλαίσιο της σεξουαλικής σχέσης νοιώθει ότι δεν κινδυνεύει αφού η προστασία του εναπόκειται στη δική του και μόνο πρωτοβουλία. Οι γυναίκες θεωρούν ότι γενικά διατρέχουν λιγότερο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό AIDS. Κι αυτό γιατί θεωρούν ότι δεν έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Η τάση αυτή των γυναικών συμφωνεί με το γενικότερο στερεότυπο για το ρόλο των γυναικών στη σεξουαλική ζωή. Επίσης τα άτομα ηλικίας 18-25 ετών θεωρούν ότι διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο με τους υπόλοιπους ανθρώπους, ενώ οι μεγαλύτεροι (25-49) θεωρούν ότι διατρέχουν λιγότερο κίνδυνο.

Στάσεις απέναντι στα άτομα με AIDS. Η στάση των ατόμων απέναντι σε όσους έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV αποτελεί πάντα ένα σημαντικό ζήτημα για διερεύνηση. Με την πάροδο του χρόνου οι αντιδράσεις του κοινού απέναντι στα άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό έχουν αλλάξει. Εάν ακολουθήσουμε το μοντέλο του Aggleton (1995), διακρίνουμε τρία στάδια στα πρώτα 18 χρόνια στην εξέλιξη της επιδημίας.

Συγκεκριμένα:

1. Το στάδιο όπου εμφανίζεται η ασθένεια ως απειλή και προκαλεί τον πανικό. Αυτή την περίοδο οι κοινωνικοί επιστήμονες εστίασαν στην μελέτη της κοινωνικής πρόσληψης του φαινομένου.

2. Η περίοδος από τα τέλη της δεκαετίας του '80 έως και αρχές της δεκαετίας του '90 όπου το AIDS αναγνωρίζεται ως το κύριο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας και οι κοινωνικοί επιστήμονες στρέφονται κυρίως στη μελέτη της σεξουαλικής συμπεριφοράς και της κοινωνικής δυναμικής της.

3. Η περίοδος από τα μέσα του 1990 και μετά όπου το ενδιαφέρον όλων των φορέων εστιάζεται στη φροντίδα των ασθενών και οι έρευνες γίνονται διεπιστημονικές λαμβάνοντας οικονομικές, ψυχολογικές και πολιτικές διαστάσεις.

Σύμφωνα με τα στάδια της εξέλιξης της νόσου από την εποχή του πανικού περάσαμε σε μια πιο ανεκτική περίοδο, όπου οι φωνές για απομόνωση των ατόμων που έχουν μολυνθεί έχουν ελαχιστοποιηθεί. Η γενική τάση που επικρατούσε στις αρχές της δεκαετίας του 1990, ήταν ότι αναφερόμενοι στο πώς πρέπει κανείς να συμπεριφέρεται στα άτομα που έχουν μολυνθεί, οι Ευρωπαίοι ήταν αρκετά ανεκτικοί. Όταν όμως μια ερώτηση γινόταν πιο προσωπική και ρωτούσε για παράδειγμα, εάν θα επισκεπτόταν κάποιος γιατρό αυτός που έχει μολυνθεί, τότε εμφανίζονταν αρκετά διστακτικοί. Το συμπέρασμα ήταν ότι αν και τα άτομα που εκείνη την εποχή είχαν λάβει μέρος στην έρευνα εμφανίζονταν αρκετά ανεκτικά, οι γενικότερες στάσεις τους αναδείκνυαν την τάση για διακρίσεις σε βάρος των ατόμων με AIDS. Τα άτομα αυτά δεν έπαυαν να αποτελούν μια απειλή για τους ίδιους και την οικογένειά τους (Ioannidi & Haeder, 1998). Σήμερα στην Ελλάδα εξακολουθεί να υπάρχει αρκετή επιφύλαξη.

### **Το κοινωνικό επακόλουθο του AIDS**

Όλες οι επιδημίες έχουν πολλά κοινωνικά αντίκτυπα. Ένα αόρατο μικρόβιο που προκαλεί ασθένειες και θάνατο είναι κατανοητό ότι προκαλεί παράλογους φόβους και πανικό. Η ιστορία δείχνει ότι οι επιδημίες ολοκληρωτικά προκαλούσαν την καταδίωξη των ανθρώπων που σχετίζονταν με την ασθένεια. Για παράδειγμα, η επιδημία της χολέρας την δεκαετία 1930, θεωρούνταν μια ηθική τιμωρία για την βρώμικη και αμαρτωλή συμπεριφορά. Μόλις στις αρχές του 1900 ο φόβος και η προκατάληψη ενάντια σε ανθρώπους με καρκίνο, αρχίζουν να δίνουν τη θέση τους στη φροντίδα και την συμπόνια, αν και πολλές πρακτικές διακρίσεων σε ασθενείς με καρκίνο υπάρχουν ακόμα.

Οι κοινωνικές κυρώσεις που υπέφεραν πολλοί άνθρωποι που έπασχαν από κάποια ασθένεια, ταιριάζουν σωστά υπό τον όρο κοινωνικός στιγματισμός. Το στίγμα αναφέρεται σε ένα ορατό σημάδι ή εξοστρακισμό. Τα στίγματα είναι κοινωνικά αποδιδόμενα, για να δυσφημίσουν αυτούς που υποφέρουν από ένα είδος μη κοινωνικής αποδοχής.

Η κοινωνική κατασκευή του HIV-AIDS στις ΗΠΑ, έχει συντελέσει ώστε να είναι ανάμεσα στις πιο στιγματιστικές ιατρικές συνθήκες στην μοντέρνα ιστορία. Το AIDS θεωρείται κάτι περισσότερο από μια μεταδοτική και φονική ασθένεια. Ο στιγματισμός αποτελεί μια επιδημία ο ίδιος, μια επιδημία φόβου, προκατάληψης και διάκρισης.

Έχουν αναγνωριστεί έξι διαστάσεις του κοινωνικού στίγματος σε σχέση με το AIDS : α) *η απόκρυψη*, την έκταση στην οποία μια συνθήκη είναι κρυμμένη ή εμφανής σε άλλους β) *η διασπαστικότητα*, ο βαθμός στον οποίο αναμειγνύεται με κοινωνικές σχέσεις γ) *η αισθητική*, το πώς οι άλλοι αντιδρούν στην συνθήκη με απέχθεια ή αηδία δ) *η προέλευση*, η υπευθυνότητα που αποδίδεται για την πρόκληση ή την διατήρηση της συνθήκης στιγματισμού ε) *η πορεία*, ο βαθμός στον οποίο η συνθήκη μπορεί να αλλάξει ή σταδιακά να γίνει εκφυλιστική ζ) *ο κίνδυνος*, αν η συνθήκη θα μολύνει σωματικά, κοινωνικά ή ηθικά άλλους. Χρησιμοποιώντας αυτές τις διαστάσεις ο Herek επεξήγησε τον στιγματισμό του AIDS όπως φαίνεται παρακάτω. *«Τα τελευταία στάδια της μόλυνσης από HIV σπάνια κρύβονται από άλλους, η μόλυνση HIV αναμειγνύεται με κοινωνικές σχέσεις, η ασθένεια προκαλεί σημαντικές δυσμορφίες και δυσλειτουργίες και είναι επομένως αποκρουστική η προέλευσή της, συνήθως οφείλεται σε συμπεριφορές και αποφάσεις, η πορεία της μόλυνσης HIV δεν αλλάζει και ο ιός HIV είναι μια κατάσταση υψηλού κινδύνου γιατί εκθέτει τους άλλους σε κίνδυνο»*. Επομένως, η μόλυνση HIV παραπέμπει στην αρνητική κατάληξη όλων αυτών των έξι διαστάσεων του στιγματισμού.

Οι ηθικιστικές κρίσεις που θεωρούν τους ανθρώπους υπεύθυνους για την μόλυνση HIV, υπηρετούν τον σκοπό της διάκρισης ανάμεσα στο *«άνθρωποι σαν αυτούς»* και στο *«άνθρωποι σαν εμάς»*.

Μια ποικιλία ψυχολογικών αρχών λειτουργούν ώστε να ενισχύσουν την αντίληψη ανάμεσα στην ενδοομάδα (εμείς ή οι μη μολυσμένοι) και την εξωομάδα (αυτοί ή οι μολυσμένοι) και να κάνουν τα εμπόδια ανάμεσα σε «εμείς» και «αυτοί» άκαμπτα και φαινομενικά μη διαπερατά.

Σύμφωνα με την θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας του Tajfel (1981) και Turner (1984), τα σημαντικά μέλη μιας ομάδας αποτελούν ένα βασικό μέρος της ταυτότητας των ανθρώπων ή της αυτοαντίληψής τους. Επίσης υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι υποκινούνται να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν την αυτοεκτίμησή τους

κι ότι ποικίλες συνδρομές μέλους σε ομάδες, έχουν θετικές επιδράσεις στην αυτοεκτίμηση. Επιπλέον η θετική αυτοεκτίμηση επιτυγχάνεται και διατηρείται μέσα από τις συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων όσον αφορά χαρακτηριστικά που ευνοούν την ομάδα.

Θα λέγαμε ότι το στίγμα του AIDS αναμειγνύεται με κοινωνικές ταυτότητες και το κίνητρο της διατήρησης των θετικών κοινωνικών ταυτοτήτων. Μια ποικιλία παραγόντων συνωμότησαν για την δημιουργία της αντίληψης αυτών που έπεσαν θύματα του ιού HIV, στα πρώτα στάδια της επιδημίας ως διαφορετικά. Έτσι αντιλαμβανόμαστε την ενδοομάδα «εμείς» ως διαφορετική και καλύτερη από την στιγματισμένη εξωομάδα «αυτοί». Ακόμα και το εκπαιδευτικό υλικό για το AIDS έχει προάγει ένα προφανές θέμα του «εμείς» ενάντια στο «αυτοί». Οι μη μολυσμένοι άνθρωποι συχνά παρουσιάζονταν ως αθώοι, ότι απειλούνται όχι από τις δικές τους επικίνδυνες συμπεριφορές αλλά από ένοχους, αξιόμεμπτους άλλους.

Η προκατάληψη απέναντι στους ανθρώπους με μόλυνση HIV βασικά πηγάζει από τρεις διακριτές αλλά όχι κοινά αποκλειστικές πηγές. Πρώτον, από ρεαλιστικούς φόβους για την επαφή με το AIDS. Δεύτερον από την περιθωριοποίηση των ατόμων με HIV και τρίτον η πορεία του HIV υποκινεί φόβους για τον θάνατο και τάσεις για αποφυγή αυτών που θα πεθάνουν.

### **Η ετικετοποίηση των ομάδων κινδύνου**

Τα κοινωνικά στίγματα σε σχέση με το HIV βασίζονται σε συμπεριφορές που υπήρχαν πολύ πριν το AIDS. Η προκατάληψη και οι φόβοι κατευθύνονται σε συμπεριφορές όπως η ομοφυλοφιλικότητα και η χρήση ναρκωτικών. Η διάκριση ενάντια στα άτομα με μόλυνση HIV έχει ξεφύγει από την προκατάληψη απέναντι στους ομοφυλόφιλους και τους χρήστες ναρκωτικών. Στην αρχή το AIDS αναφέρονταν ως GRID (Gay-Related-Immune-Deficiency).

Δυστυχώς οι συμπεριφορές που αφορούν την επαρκή μετάδοση του ιού HIV καταδικάζονται επίσης κοινωνικά, ανατρέφοντας αντιλήψεις προσωπικής ευθύνης για την μόλυνση από τον ιό. Τον μεγαλύτερο βαθμό ευθύνης για την επιδημία αποδίδουν στα άτομα που θεωρείται ότι εν γνώσει τους πήραν ρίσκο και μολύνθηκαν. Έτσι υπάρχουν δύο τάξεις ανθρώπων με μόλυνση HIV: αθώα θύματα που δεν γνώριζαν τον



κίνδυνο και δεν κατηγορούνται (μολυσμένα μωρά, ομοφυλικοί) και αυτοί που θεωρούνται ένοχοι για την μόλυνση από τον HIV (ομοφυλόφιλοι, χρήστες ναρκωτικών). Η παραπληροφόρηση ενισχύει την προκατάληψη, αλλά αυτό δεν διορθώνεται τόσο εύκολα.

### **Οι Συνέπειες του Στίγματος HIV-AIDS**

*Ψυχολογικές συνέπειες.* Τα κοινωνικά στίγματα μπορούν να γίνουν μια πηγή χρόνιου άγχους για ανθρώπους που ζουν με AIDS. Για ανθρώπους που βιώνουν επαναλαμβανόμενες πράξεις διάκρισης που μπορεί να γίνουν παγεροί, εχθρικοί και απαλλοτριωμένοι. Τα στίγματα που σχετίζονται με το AIDS συμβάλλουν στην ανησυχία, την κατάθλιψη και την διαπροσωπική δυσπιστία που βιώνεται από τόσους πολλούς ανθρώπους που ζουν με HIV. Οι απειλές για κοινωνική απομόνωση και διάκριση ίσως οδηγήσουν τους ανθρώπους αυτούς στην απόκρυψη της κατάστασής τους και αποκόβοντας έτσι τις πιθανές πηγές κοινωνικής υποστήριξης.

Τα στίγματα που οι άνθρωποι διεθνοποιούν είναι ένας ακόμη παράγοντας που συμβάλλει σε συναισθηματικό άγχος σε σχέση με το AIDS. Οι άνθρωποι με μόλυνση από τον ιό HIV συνήθως βλέπουν την κατάστασή τους ως τιμωρία και θεωρούν ότι το AIDS έχει μολύνει όλες τις πλευρές της ζωής τους. Στις αρχές της εμφάνισης της επιδημίας βρέθηκε ότι ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι αποδίδουν την αιτία για την μόλυνση HIV στον εαυτό τους, σχετίζεται θετικά με ψυχολογικό άγχος και δυσφορία.

*Συνέπειες στις σχέσεις.* Η απώλεια της κοινωνικής υποστήριξης, η απομόνωση και ο φόβος της εγκατάλειψης, είναι κοινά σε ασθένειες που απειλούν τη ζωή. Αν και η αναζήτηση της κοινωνικής υποστήριξης είναι μια σημαντική στρατηγική χειρισμού και αν και οι κοινωνικές σχέσεις επηρεάζουν την συναισθηματική προσαρμογή, πολλοί άνθρωποι με AIDS απομονώνουν κοινωνικά τους εαυτούς τους. Παρόμοια με άλλες στιγματισμένες ομάδες, οι άνθρωποι με HIV ίσως αποσυρθούν από τις κοινωνικές καταστάσεις, αυξάνοντας την συναισθηματική ταυτότητά τους. Οι άνθρωποι με HIV συχνά σταματούν να εργάζονται και μειώνουν την συμμετοχή τους σε άλλες κοινωνικές δραστηριότητες αποκόβοντας του εαυτούς τους από τους άλλους.

Τα στίγματα επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την λαμβανόμενη υποστήριξη. Η αντίληψη ότι κάποιος δεν έχει ευκαιρίες για υποστήριξη αυξάνει την τρωτότητα στο συναισθηματικό άγχος. Ακόμα και γι' αυτούς που κάποτε είχαν ένα υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο, οι άνθρωποι με AIDS συχνά βρίσκουν τους εαυτούς τους αποκομμένους από τους φίλους. Είναι επομένως κοινό για ανθρώπους με AIDS να αναπτύσσουν δεσμούς ανάμεσά τους, ως μια ομάδα με κοινές εμπειρίες και προκλήσεις ζωής.

*Συνέπειες στην οικογένεια.* Το AIDS επηρεάζει πολλές γενιές. Η πλειοψηφία των παιδιών που μολύνονται με HIV σήμερα, μολύνονται από την μετάδοση του ιού μέσω της γέννησής τους. Επομένως οι γυναίκες συχνά είναι οι μόνες που φροντίζουν τα μολυσμένα παιδιά τους με HIV και τον σύζυγό τους. Οι μολυσμένες γυναίκες με HIV συχνά αντιμετωπίζουν το βάρος ενός διπλού ρόλου και πρέπει να αντιμετωπίζουν πολλές πηγές άγχους, συμπεριλαμβάνοντας αποφάσεις σε σχέση με την αντίληψη, τον αποκλεισμό από την κατάσταση του HIV και τα σχέδια για το μέλλον. Οι γυναίκες επίσης πρέπει να εκτελούν καθημερινά γονικά καθήκοντα ενώ χειρίζονται άλλες ευθύνες στη ζωή τους.

Οι γυναίκες με AIDS συχνά πρέπει να φροντίσουν τα μολυσμένα με HIV παιδιά τους. Επειδή ο ιός HIV εξελίσσεται κατά ένα πιο γρήγορο ρυθμό στα παιδιά, συνήθως απαιτούν εκτεταμένη φροντίδα στη ζωή τους. Η μολυσμένη μητέρα με HIV είναι επομένως εξαρτημένη σε άλλους για την δική της φροντίδα αλλά και για των παιδιών της. Η απομόνωση που υπομένουν οι οικογένειες με AIDS συμβάλλει σε επιπλέον αύξηση του άγχους και του κινδύνου που αντιμετωπίζουν.

Τα παιδιά με HIV υπομένουν πολλά από τα ίδια στίγματα και την διάκριση με τους γονείς τους, όμως τα παιδιά συνήθως λαμβάνουν ακόμα λιγότερη προσοχή και υποστήριξη. Είτε είναι μολυσμένα ή όχι τα παιδιά με μολυσμένες μητέρες ζουν πολλές δυσκολίες σε μια ποικιλία ψυχολογικών κυριοτήτων, συμπεριλαμβανομένου προβλήματα παιδικής συμπεριφοράς και κατάθλιψη.

*Συνέπειες στην υγεία.* Τα στίγματα παρουσιάζουν ποικίλα αντίθετα αποτελέσματα σε σχέση με την υγεία. Το άγχος του κοινωνικού στίγματος ίσως έχει άμεσες επιδράσεις στην υγεία. Η μόλυνση με HIV ίσως έχει ως αποτέλεσμα την

απώλεια της ιατρικής ασφάλισης. Ο στιγματισμός προέρχεται και μέσα από τα ιατρικά επαγγέλματα και επηρεάζει άμεσα την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Οι άνθρωποι με HIV συχνά συγκρίνουν τους εαυτούς τους με λεπρούς στο σύστημα υγείας, αντιμετωπίζοντας απρόσωπες στάσεις από το νοσοκομειακό προσωπικό και απομόνωση μέσα στις διευκολύνσεις της φροντίδας της υγείας.

### **Η Διάκριση**

Η διάκριση απέναντι σε άτομα με HIV προέρχεται από τους ίδιους φόβους και προκαταλήψεις που οδήγησαν σε άλλες μορφές στίγματος. Η βία, η έξωση από το σπίτι, η απώλεια της ασφάλισης, η άρνηση της ιατρικής φροντίδας, η απώλεια των υποστηρικτικών υπηρεσιών και η απώλεια της εργασίας είναι επίσης πραγματικές συνέπειες για αυτούς που βρίσκονται πολύ κοντά στο AIDS. Οι πιο καταστροφικές μορφές διάκρισης περιλαμβάνουν την εργασία, την φροντίδα της υγείας και τις υπηρεσίες της πνευματικής υγείας.

*Επαγγελματική διάκριση:* Η διάκριση στον χώρο εργασίας απέναντι σε άτομα που ζουν με AIDS μπορεί να περιλαμβάνει μειωμένες ευθύνες, απομόνωση από τους συναδέλφους και το κοινό ή εξόντωση. Επειδή οι χώροι εργασίας είναι μια τεράστια πηγή κοινωνικής επαφής, η διάκριση στο χώρο αυτό απειλεί την αίσθηση κάποιου ότι ανήκει εκεί.

Οι άνθρωποι που έχουν HIV και εργάζονται στις απασχολήσεις παροχής υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην διάκριση. Οι εργοδότες δεν διαφέρουν από τους άλλους ανθρώπους και συχνά διατηρούν παράλογες ιδέες ότι οι οροθετικοί εργαζόμενοι με HIV θα απειλήσουν την υγεία των πελατών. Οι δάσκαλοι, οι κομμωτές, οι μάγειροι, οι σερβιτόροι, οι λογιστές και άλλοι που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV και παρέχουν υπηρεσίες είναι ανάμεσα στους πιο πιθανούς να υπομείνουν επαγγελματική διάκριση. Ακόμα και οι εργοδότες που γνωρίζουν ότι ο ιός HIV δεν μεταδίδεται μέσω της εργασίας, ίσως ρεαλιστικά φοβούνται ότι το κοινό δεν θα καταλάβει και ότι η επιχείρησή τους θα επηρεαστεί αν γινόταν γνωστό ότι έχουν έναν οροθετικό στον ιό HIV εργαζόμενο. Οι οροθετικοί στον ιό HIV θεραπευτές και άλλοι ιατρικοί επαγγελματίες πρέπει να περιοριστούν σε διαδικασίες που δεν είναι

επικίνδυνες και για κάποιους όπως οι οδοντίατροι αυτό ισοδυναμεί με το τέλος της πρακτικής τους.

Εντούτοις, ο στιγματισμός ισχύει και με τον αντίθετο τρόπο, με τους προμηθευτές ιατρικής φροντίδας να εκφράζουν δυσφορία για το ότι εργάζονται με ασθενείς που είναι οροθετικοί.

*Πρόσβαση στην φροντίδα:* Μια πραγματικότητα του AIDS είναι το ότι κάποιοι άνθρωποι έχουν πρόσβαση σε θεραπείες και άλλοι όχι. Στην περίπτωση της διαφορετικότητας στην πρόσβαση στην φροντίδα, η διάκριση αποτελεί κυριολεκτικά ένα θέμα ζωής και θανάτου.

### **Προβλεπτικοί παράγοντες για την ασφαλέστερη συμπεριφορά: Θεωρητικές Σκέψεις**

Πολλές κοινωνικές, ψυχολογικές θεωρίες, όπως το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία, η Θεωρία της Αιτιολογημένης Δράσης και η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, έχουν χρησιμοποιηθεί για να κατανοήσουμε τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με τον ιό HIV και τις συμπεριφορές κινδύνου, όπως η χρήση προφυλακτικού (Amaro, 1995). Με την εστίαση του στην αντίληψη του κινδύνου, το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, έχει εφαρμοστεί για την κατανόηση των προθέσεων προληπτικής συμπεριφοράς για τον ιό HIV από φοιτητές (Zak-Place & Stern, 2004). Μια σημαντική συμβολή της Κοινωνικής Γνωστικής Θεωρίας, είναι ο προσδιορισμός της αυτο-αποτελεσματικότητας, η βασική κατασκευή της θεωρίας που έχει εφαρμοστεί στην προαγωγή της ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς (Wulfert & Wan, 1995) και ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών (Hale & Trumbetta, 1996). Η Θεωρία της Αιτιολογημένης Δράσης και η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς αναγνωρίζουν τους προβλεπτικούς παράγοντες της πρόθεσης της συμπεριφοράς, οι οποίοι περιλαμβάνουν και κανονιστικά ζητήματα και θεωρήσεις των στάσεων που σχετίζονται με τη συμπεριφορά-στόχο (Ajzen & Fishbein, 1980, Ajzen 1991).

Η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς έχει χρησιμοποιηθεί για να ερευνηθεί τη χρήση προφυλακτικού (Jamner, Wolitski, Corby, & Fishbein, 1998) καθώς και την προληπτική συμπεριφορά για το AIDS (De Wit, Stroebe, De Vroome, Sandfort, Van & Griensven, 2000). Μια πιο πλήρης αναθεώρηση των κοινωνικών-ψυχολογικών θεωριών που ισχύουν για τη χρήση προφυλακτικών και για ασφαλέστερη

σεξουαλική συμπεριφορά, αναφέρονται στο έργο του Sheeran και των συνεργατών του (Sheeran, Abraham, & Orbell, 1999; Sheeran & Orbell, 1998; Sheeran & Taylor, 1999).

Παρά τις διαφορές μεταξύ των παραπάνω θεωριών, υπάρχει ένα σημαντικό κοινό συμπέρασμα, δηλαδή ότι η πρόβλεψη της συμπεριφοράς και η αλλαγή της εξαρτάται από τον προσδιορισμό και την επιρροή των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με μια ορισμένη συμπεριφορά μεταξύ ενός συγκεκριμένου πληθυσμού. Με δεδομένη την ποικιλία των θεωριών που έχουν προταθεί για τις μελέτες σχετικά με την ασφαλέστερη σεξουαλική συμπεριφορά, μερικοί ερευνητές έχουν ξεκινήσει προσπάθειες για μια θεωρητική ολοκλήρωση, συμπεριλαμβανομένου του Fishbein και συνεργατών του (Fishbein & Yzer, 2003; Fishbein, von Haefen, & Appleyard, 2001). Πρότειναν το Ολοκληρωμένο Μοντέλο της συμπεριφοράς Υγείας. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, κάθε δεδομένη συμπεριφορά, όπως η χρήση προφυλακτικού, είναι πιο πιθανό να συμβεί εάν κάποιος έχει μια ισχυρή πρόθεση να εκτελέσει αυτή τη συμπεριφορά, αν κάποιος έχει τις απαραίτητες δεξιότητες και ικανότητες (δηλαδή, να γνωρίζει πώς να αποκτήσει και να χρησιμοποιήσει ένα προφυλακτικό) και αν δεν υπάρχουν περιβαλλοντικοί περιορισμοί που να εμποδίζουν την συμπεριφοράς.

Αυτό το μοντέλο υποθέτει ότι η πρόθεση να ενεργήσει κάποιο άτομο είναι υψηλότερη, αν το άτομο έχει μια θετική στάση σχετικά με τη συμπεριφορά, πιστεύει ότι οι σημαντικοί άλλοι θα εγκρίνουν την απόφαση να ενεργήσει και έχει αυτοπεποίθηση στο να εκτελέσει μια συμπεριφορά (Fishbein & Yzer, 2003). Σε σύγκριση με τα προηγούμενα μοντέλα και θεωρίες, το Ολοκληρωμένο Μοντέλο Συμπεριφοράς Υγείας (Integrative Model of Health Behavior) παρουσιάζει ένα συνολικό πλαίσιο των προβλεπτικών παραγόντων της συμπεριφοράς, όπως η στάση και η αυτο-αποτελεσματικότητα.

Η απόκτηση γνώσεων έχει αποδειχθεί ότι είναι μια αναγκαία, αλλά όχι επαρκής, προϋπόθεση για την αλλαγή συμπεριφοράς σχετικά με την χρήση προφυλακτικού (Ananth & Koopman, 2003). Η προσωποποίηση του κινδύνου είναι σημαντική για την αλλαγή της συμπεριφοράς για την υγεία. Οι φοιτητές πανεπιστημίου συχνά πιστεύουν ότι έχουν μικρό κίνδυνο να προσβληθούν από τον ιό HIV/AIDS, αν και δεν χρησιμοποιούν προφυλάξεις. Αυτό το φαινόμενο του «όχι εγώ» έχει παρατηρηθεί

μεταξύ των αμερικανικών εφήβων και φοιτητών (DiClemente, Forrest, & Mickler, 1990), καθώς και των Κινέζων φοιτητών (Wong & Tang, 2001).

Η υιοθέτηση των προληπτικών συμπεριφορών για την υγεία εξαρτάται επίσης από τη θετική στάση απέναντι στη συμπεριφορά-στόχο. Μια αποτελεσματική παρέμβαση, πρέπει να παρέχει πληροφορίες που να διευκολύνουν μια θετική αλλαγή νοοτροπίας. Στην πραγματικότητα, το θέμα του HIV ως πολιτιστικό και πολιτικό ταμπού στιγματίζει τόσο, που οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι άνθρωποι έχουν συχνά αρνητική στάση για οτιδήποτε σχετίζεται με τον ιό HIV, συμπεριλαμβανομένου και του να είναι γνώστες για την πρόληψη του HIV (Jones, 1999).

Πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η αξία που αποδίδεται στην υγεία και αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα τόσο των προθέσεων όσο και των συμπεριφορών ενός ατόμου (Eiser & Gentle, 1988; Weiss et. al., 1996)<sup>16</sup>.

Μακροπρόθεσμες στρατηγικές εκπαίδευσης που μπορούν να βοηθήσουν στην ενίσχυση της ικανότητας λήψης αποφάσεων είναι απαραίτητες, ώστε οι ενήλικες να απέχουν από την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά και να διατηρούν υγιή τρόπο ζωής. Οι παρεμβάσεις που ενισχύουν και διορθώνουν την σύνδεση των ενηλίκων με την υποστήριξη συστημάτων όπως, η οικογένεια, το σχολείο και η κοινότητα, ίσως έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας.

### **Προβλεπτικοί παράγοντες επικίνδυνης συμπεριφοράς – Ερευνητικά Δεδομένα**

Η έρευνα των Boyer, Tschann και Shafer (1999), μελέτησε τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την απόκτηση σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών στους εφήβους, χρησιμοποιώντας το Μοντέλο Μείωσης του Κινδύνου του AIDS (*AIDS Risk Reduction Model*). Οι συμμετέχοντες ήταν μαθητές με μέσο όρο ηλικίας 14.7 ετών, το 54% ήταν κορίτσια, με διαφορά εθνικότητας/φυλής.

Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδηλώνουν, ότι οι δημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται με την σεξουαλική εμπειρία, όμως όχι με συγκεκριμένες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Η γνώση σχετικά με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες

---

<sup>16</sup> Στο: Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Κεφάλαιο 6: Συντάσεις για θέματα υγείας και αλλαγή συμπεριφοράς. DiMatteo, R.M., Leslie, M.R. (2006). Επιστημονική Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ. και Ποταμιάνος Γρ. σελ 335.

και το AIDS δεν σχετίζεται με τις επικίνδυνες συμπεριφορές. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι α) η επιρροή των συνομηλίκων, β) οι αντιλήψεις σχετικά με τις νόρμες των συνομηλίκων, γ) οι αντιλήψεις του κινδύνου, δ) οι αντιλήψεις για την αυτό-αποτελεσματικότητα και ε) η κοινωνική στήριξη, σχετίζονται με τον κίνδυνο σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών μεταξύ των νέων.

Η έρευνα των Lelinneth et. al., (2006), μελέτησε την επικράτηση επικίνδυνων σεξουαλικών δραστηριοτήτων ανάμεσα σε ενήλικες της Βολιβίας, μέσα στα πλαίσια άλλων συμπεριφορών για την υγεία, όπως οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

Η έρευνα αποτελούνταν από ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής ερευνώντας έξι συμπεριφορές κλειδιά: 1) το κάπνισμα, 2) ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές 3) χαμηλά επίπεδα σωματικής άσκησης 4) χρήση οινοπνευματωδών ποτών και άλλων ναρκωτικών ουσιών 5) οι σεξουαλικές συμπεριφορές που συντελούν σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες όπως το AIDS και 6) συμπεριφορές που συντελούν σε ανεπιθύμητους τραυματισμούς και βία. Το δείγμα αποτελούνταν από μαθητές, 13-18 ετών, από έξι σχολεία.

Οι παράγοντες που σχετίζονταν με την πρόωρη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας ανάμεσα στις γυναίκες, περιλάμβαναν α) την ηλικία, β) την ιδιοκτησία όπλου, γ) την απουσία από το σχολείο, δ) την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης για δύο εβδομάδες ή περισσότερο τον τελευταίο χρόνο, ε) αυτοκτονικές σκέψεις και ζ) την χρήση τσιγάρων, αλκοόλ ή μαριχουάνας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, όσο πιο συχνή ήταν η έκθεση σε κάποιο παράγοντα κινδύνου, τόσο πιο συχνή ήταν η πιθανότητα οι γυναίκες να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα. Ανάμεσα στους άνδρες, οι παράγοντες κινδύνου για σεξουαλική δραστηριότητα περιλάμβαναν: α) την ηλικία, β) την χαμηλή σχολική επίδοση, γ) την ιδιοκτησία όπλου, δ) συναισθήματα κατάθλιψης, ε) αυτοκτονικές σκέψεις, ζ) το κάπνισμα και χρήση αλκοόλ και μαριχουάνα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι επικίνδυνες σεξουαλικές δραστηριότητες των ανδρών ήταν συχνότερες από ότι στις γυναίκες για όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Ο κίνδυνος ήταν επίσης μεγαλύτερος για όλες τις μετρήσεις βίας και χρήσης ουσιών.

Τα ευρήματα της έρευνας των Lelinneth et. al., (2006), δηλώνουν ότι οι ενήλικες Βολιβιανοί που είχαν σεξουαλική δραστηριότητα, ήταν πιθανό να έχουν υιοθετήσει επικίνδυνες συμπεριφορές. Επιπλέον, οι ενήλικες που έκαναν συχνή χρήση

αλκοόλ, τσιγάρων και μαριχουάνα, ήταν πιο πιθανό να έχουν ερωτική επαφή, σε σχέση με αυτούς που ανέφεραν περιορισμένη χρήση. Άλλοι παράγοντες κινδύνου όπως, η βία, η χαμηλή σχολική επίδοση, η κατάθλιψη και οι τάσεις αυτοκτονίας, φάνηκαν να έχουν μια σχέση αντίδρασης. Δηλαδή, όσο πιο επίμονη ήταν η ύπαρξη αυτών των κινδύνων, τόσο μεγαλύτερη ήταν η πιθανότητα για επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, η χρήση αλκοόλ ήταν ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για την υιοθέτηση επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Οι ερευνητές υποθέτουν ότι αυτή η υψηλή επικίνδυνη συμπεριφορά, σε σχέση με την ερωτική επαφή, όταν σχετίζεται με το αλκοόλ και άλλες ουσίες, ίσως απορρέει από μια προσπάθεια μίμησης των συνομηλίκων και της αποδοχής από την ομάδα ή ίσως απορρέει από μια ατομική τάση επικίνδυνης συμπεριφοράς γενικά. Για αυτούς τους λόγους, η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, συνυπάρχει με την χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών. Επιπλέον, οι Guo et. al., (2005), συμπέραναν ότι όσο πιο πολύ ποικίλουν οι ουσίες που χρησιμοποιούν οι ενήλικες, τόσο πιο υψηλές οι πιθανότητες να έχουν πρόωρα την πρώτη σεξουαλική τους εμπειρία.

Πολλές μελέτες συσχέτισαν την συνύπαρξη της χαμηλής σχολικής επίδοσης και της σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι Gigante et. al., (2005), παρατήρησαν ότι ο κίνδυνος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης διπλασιάζεται ανάμεσα στους Βραζιλιάνους ενήλικες που είχαν αποτύχει στο σχολείο. Αυτός ο συσχετισμός έχει παρατηρηθεί και ανάμεσα στους νέους της Λατινικής Αμερικής. Στις Η.Π.Α. πολλοί συγγραφείς έχουν παρατηρήσει μια συγκέντρωση παραγόντων κινδύνου ανάμεσα σε ενήλικες που είναι σε κίνδυνο.

Η βία, η σωματική πάλη (διαμάχη) και η χρήση όπλου συσχετίστηκε με την σεξουαλική δραστηριότητα ανάμεσα σε νέους. Μαζί με την ταυτόχρονη χρήση του αλκοόλ, τσιγάρου και μαριχουάνα, η βία παρατηρήθηκε ότι αύξησε την πιθανότητα περισσότερων συντρόφων.

Έρευνα σε ενήλικες της Βολιβίας, βρήκε παρόμοια αποτελέσματα, σύμφωνα με τα οποία η σεξουαλική επαφή, το αλκοόλ, η βία και η χαμηλή επίδοση στο σχολείο αναγνωρίστηκαν ως παράγοντες κινδύνου για την τάση αυτοκτονίας. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με τα ευρήματα έρευνας για την μείωση κινδύνου στους ενήλικες στις Η.Π.Α.



Η μελέτη των Hafsa Raheel, Muhammad Afzal Mahmood και Abdulaziz BinSaeed (2012), διερεύνησε τις σεξουαλικές πρακτικές των νέων ανδρών στο Ριάντ, πόλη της Σαουδικής Αραβίας, για να προσδιοριστούν οι σεξουαλικές πρακτικές που θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία τους.

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη μεταξύ των νέων, φοιτητών χρησιμοποιώντας ένα προ-δοκιμασμένο, δομημένο, αυτοδιοικούμενο ερωτηματολόγιο. Υπολογίστηκαν η περιγραφική ανάλυση και το προσαρμοσμένο ποσοστό πιθανοτήτων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, μεταξύ των 225 συμμετεχόντων στη μελέτη, το 31% είχε εμπλακεί σε προγαμιαία σεξουαλική δραστηριότητα τουλάχιστον μία φορά και το 61% παρακολουθούσε πορνογραφικές ταινίες/υλικά. Μόνο το 51% γνώριζε ότι η χρήση προφυλακτικού θα μπορούσε να εμποδίσει σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, το 20% δεν γνώριζε ότι ο ιός HIV μπορεί να μεταδοθεί, τόσο μέσω των ομοφυλόφιλων και ετεροφυλόφιλων επαφών. Οι προγαμιαίες σεξουαλικές δραστηριότητες συσχετίστηκαν με τη χρήση παράνομων ναρκωτικών, την προβολή πορνογραφικών ταινιών και τα ταξίδια μόνος/η στο εξωτερικό.

Η μελέτη των Hafsa Raheel, Muhammad Afzal Mahmood και Abdulaziz BinSaeed (2012), είναι η πρώτη που αναφέρει την ύπαρξη προγαμιαίων σεξουαλικών πρακτικών μεταξύ των μορφωμένων νέων ανδρών στην Σαουδική Αραβία. Υπάρχει ανάγκη να προσδιοριστούν λεπτομερώς οι κίνδυνοι και τα κενά της γνώσης και να βασιστεί η σεξουαλική ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας μεταξύ των νέων σε αυτές τις γνώσεις, ώστε να αποφευχθεί η εξάπλωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και του HIV.

Όταν οι άνθρωποι αισθάνονται καλά, τότε το κίνητρό τους να αλλάξουν ενδέχεται να μην είναι τόσο μεγάλο, τουλάχιστον όσο θα ήταν αν προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν κάποιο νόσημα και τα ενοχλητικά συμπτώματά του. Ένα άτομο δεν υιοθετεί μια συμπεριφορά που μπορεί να βελτιώσει την υγεία του, αν συναντήσει σημαντικά εμπόδια, τα οποία καθιστούν δύσκολη την υιοθέτησή της ή αν τα αναγκαία βήματα που πρέπει να κάνει προκειμένου να εφαρμόσει αυτή τη συμπεριφορά παρεμποδίζουν ή συγκρούονται με αγαπημένες ή απαραίτητες δραστηριότητες ή συνήθειές του (Wilson & Sherrell, 1993) <sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Στο: Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Κεφάλαιο 6: Συστάσεις για θέματα υγείας και αλλαγή συμπεριφοράς. DiMatteo, R.M., Leslie, M.R. (2006). Επιστημονική Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ. και Ποταμιάνος Γρ. σελ 325.

### **Προβλεπτικοί παράγοντες προληπτικής συμπεριφοράς – Ερευνητικά Δεδομένα**

Γνωρίζουμε πολύ λίγα σχετικά με τους παράγοντες οι οποίοι κινητοποιούν την συνεπή χρήση του προφυλακτικού, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων. Η έρευνα των DiClemente et. al., (1992), σχεδιάστηκε για να αναγνωρίσει αυτούς τους παράγοντες. Συμμετείχαν στην έρευνα μαθητές Λυκείου, οι οποίοι απάντησαν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο σχετικά με την γνώση γύρω από το AIDS, τις στάσεις και τις συμπεριφορές τους.

Οι ερωτώμενοι οι οποίοι πίστευαν ότι τα προφυλακτικά είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη του ιού HIV, ήταν 2.2 φορές πιο πιθανό να αναφέρουν την συνεπή χρήση προφυλακτικού κατά την διάρκεια της ερωτικής επαφής. Επίσης ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων σχετιζόταν με την συνεπή χρήση προφυλακτικού. Οι παράγοντες που δεν σχετιζόταν με την συνεπή χρήση προφυλακτικού περιλαμβάνουν την ηλικία, την εθνικότητα, την γνώση, την αποτελεσματικότητα αποφυγής της μόλυνσης από τον ιό HIV, την χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.

Περιορισμένος αριθμός ερευνών έχουν μελετήσει την διαγνωστική χρησιμότητα του μοντέλου της πίστης για την υγεία σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Centers for Disease Control and Prevention, 2000; Rogers, Mewborn, 1976).

Η μελέτη των Zak-Place και Stern (2004), επιχείρησε να δοκιμάσει πλήρως το Μοντέλο της Πίστης για την Υγεία και ως εκ τούτου να προσδιορίσει ποιοι παράγοντες του μοντέλου είναι πιο προβλεπτικοί για τις ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές στους νέους φοιτητές.

Η μελέτη αυτή περιελάμβανε τόσο τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όσο και τον ιό HIV, ως κύριες απειλές για την υγεία. Η πρόθεση για ασφαλείς σεξουαλικές συμπεριφορές χρησιμοποιήθηκε χειριστικά όχι μόνο ως πρόθεση χρήσης προφυλακτικού, αλλά και από τις προθέσεις των ατόμων να αποκτήσουν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και να εξεταστούν για τον ιό HIV. Ένας δευτερεύων σκοπός της μελέτης των Zak-Place και Stern (2004), ήταν να επεκτείνει το πεδίο εφαρμογής της μελέτης από καθαρά γνωστικές μεταβλητές, όπως εκείνες του Μοντέλου Πίστης για την Υγεία, να συμπεριληφθούν και άλλοι μη γνωστικοί παράγοντες οι οποίοι είναι γνωστό ότι είναι προβλεπτικοί για διάφορες συμπεριφορές υγείας.

Επειδή προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει σταθερά ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα αποτελεί ένα σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της χρήσης προφυλακτικού (Wulfert & Wan, 1993; Joffe & Radius, 1993) η αυτο-αποτελεσματικότητα αναμένονταν να είναι ο πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για τη χρήση προφυλακτικών.

Η μελέτη ολοκληρώθηκε το 1999, με συμμετέχοντες συνολικά 93 άνδρες και 109 γυναίκες προπτυχιακούς φοιτητές. Η συμμετοχή αυτή περιοριζόταν μόνο σε σεξουαλικά ενεργούς, ετεροφυλόφιλους μαθητές κολεγίου. Ο περιορισμός μόνο σε εφήβους ηλικίας 18 και άνω, βασίστηκε στο σκεπτικό ότι αυτός ο πληθυσμός μπορεί να έχει διαφορετικές σεξουαλικές στάσεις και συμπεριφορές σε σχέση με μεγαλύτερους μαθητές (Brown et. al., 1991; Hernandez et. al., 1990). Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας από 18 έως 22 ετών, με μέση ηλικία τα 19,11.

Σύμφωνα με τις προβλέψεις της έρευνας, η αυτο-αποτελεσματικότητα βρέθηκε να αποτελεί την πιο σημαντική μεταβλητή ιδιαίτερα μεταξύ των προβλεπτικών παραγόντων της χρήσης προφυλακτικού, στα πλαίσια τόσο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων όσο και της απειλής του ιού HIV. Από τις μεταβλητές της διαδικασίας αξιολόγησης κινδύνου, τόσο η αντιλαμβανόμενη ευαλωτότητα όσο και η σοβαρότητα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και του HIV, δεν αποτελούσαν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την πρόθεση χρήσης προφυλακτικού. Η αντιλαμβανόμενη ευαλωτότητα και η σοβαρότητα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ήταν επίσης στατιστικά μη σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της εξέτασης για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Ομοίως, η αντιλαμβανόμενη ευαλωτότητα στον ιό HIV δεν σχετίστηκε σημαντικά με την πρόθεση εξέτασης για μόλυνση από τον ιό HIV. Ωστόσο, η σοβαρότητα του ιού HIV σχετίστηκε σημαντικά και με μοναδικό τρόπο με την πρόθεση εξέτασης για μόλυνση από τον ιό HIV.

Σύμφωνα με άλλα ευρήματα, (Wulfert, & Wan, 1993; 1995; American College Health Association, 2002) η αυτο-αποτελεσματικότητα ήταν ο μόνος σημαντικός προβλεπτικός δείκτης της χρήσης προφυλακτικού. Η διαδικασία αξιολόγησης του κόστους αντίδρασης και της αποτελεσματικότητας της αντίδρασης χειρισμού και η διαδικασία αξιολόγησης της απειλής σε σχέση με την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα

και ευαλωτότητα, δεν αποτέλεσαν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης της χρήσης προφυλακτικού.

Δεδομένου του μεγάλου αριθμού των ερευνών με μικτή ή καθόλου επίδραση του Μοντέλου Πίστης για την Υγεία, καθώς και η συνεπής υποστήριξη για την αυτο-αποτελεσματικότητα, φάνηκε ότι το Μοντέλο Πίστης για την Υγεία δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μοντέλο πρόβλεψης ειδικά για την χρήση προφυλακτικού μεταξύ των φοιτητών. Παρά το γεγονός ότι, ήταν κάπως απροσδόκητο, η αυτο-αποτελεσματικότητα προσδιορίστηκε ως ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας πρόβλεψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και της πρόθεσης εξέτασης για τον ιό HIV. Αυτό φάνηκε να επιβεβαιώνει την άποψη των φοιτητών για τις δικές τους ικανότητες να υιοθετήσουν προληπτικές συμπεριφορές και είναι κρίσιμος παράγοντας της πραγματικής τους πρόθεσης τους να ενεργήσουν.

Γενικά, οι φοιτητές φαίνεται να αντιλαμβάνονται τον ιό HIV ως ένα απίθανο κίνδυνο για την προσωπική υγεία τους (United States Public Health Service, 2000; Centers for Disease Control, 2000; Hansen & Hahn, 1990; Pinkerton et. al., 2000).

Πράγματι στην μελέτη των Zak-Place και Stern, (2004), η αντιλαμβανόμενη ευαλωτότητα στον ιό HIV δεν αναγνωρίστηκε ως ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης της χρήσης προφυλακτικού ή των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και της πρόθεσης εξέτασης μόλυνσης από τον ιό HIV.

### **Η πειστικότητα των συστάσεων για την υγεία**

Η πειστικότητα των συστάσεων για την υγεία, μεταξύ άλλων, αποτελεί συνάρτηση του κόστους που θα απαιτεί η συνιστώμενη συμπεριφορά, - όπως χρήματα, χρόνο, κόπο και δυσφορία - και την αποτελεσματικότητα της αντίδρασης, που ορίζεται ως η πιθανότητα ότι η τήρηση της σύστασης θα οδηγήσει στην επίτευξη του επιθυμητού στόχου. Η έρευνα των Cismaru et. al., (2009), διερευνά το πώς το χαμηλό κόστος και η αποτελεσματικότητα της αντίδρασης συνδυάζονται όταν επηρεάζουν την πειθώ. Διάφορες θεωρίες της συμπεριφοράς της υγείας θεωρούν ότι το κόστος και η αποτελεσματικότητα της αντίδρασης, έχουν ανεξάρτητες επιδράσεις στην πειθώ δηλαδή, μια σταθμισμένη πρόσθετη επίδραση. Αυτή η έρευνα υποστήριξε εμπειρικά

την ιδέα ότι το κόστος και η αποτελεσματικότητα συνδυάζονται με πολλαπλασιαστικό τρόπο για να επηρεάσουν την πειθώ και προτείνει μια διαρθρωτική αλλαγή προς τα παραδοσιακά πρότυπα της σχέσης μεταξύ του κόστους, της αντίδρασης - αποτελεσματικότητας και την πειθώ.

Πολλά θεωρητικά πλαίσια δείχνουν ότι τόσο το κόστος και η αντίδραση - αποτελεσματικότητα είναι σημαντικές δυνάμεις που επηρεάζουν την πειθώ. Αυτές περιλαμβάνουν ευρεία πλαίσια, όπως η Θεωρία της Έλλογης Δράσης (Theory of Reasoned Action, Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) και την Υποκειμενική θεωρία Προσδοκώμενης Χρησιμότητας (Subjective Expected Utility Theory, Edwards, 1954; Ronis, 1992), καθώς και για την υγεία ειδικά θεωρητικά πλαίσια, όπως η Θεωρία των Κινήτρων Προστασίας (Protection Motivation Theory, Maddux & Rogers, 1983; Prentice-Dunn & Rogers, 1986; Rogers, 1975; 1983), το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Health Belief Model, Becker, 1974; Janz & Becker, 1984; Kirscht, 1988), και το Διαθεωρητικό Μοντέλο (Transtheoretical Model, Prochaska & Diclemente, 1982; Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992; Prochaska, Norcross, & Diclemente, 1994α; Prochaska et. al, 1994β).

Ωστόσο, η βιβλιογραφία θέτει επίσης πολλαπλές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών που βρέθηκαν να επηρεάζουν την πειθώ (Block & Keller, 1998; Rogers, 1975; 1985). Πράγματι, στην αρχική ανάπτυξη της Θεωρίας των Κινήτρων Προστασίας, ο Rogers (1975), πρότεινε ότι η αντίληψη της σοβαρότητας, η αντίληψη της ευαλωτότητας, η απάντηση-αποτελεσματικότητα και η αυτο-αποτελεσματικότητα θα πρέπει να συνδυαστούν για να επηρεάσουν την πειθώ. Επιπλέον, οι Prochaska et. al., (1994β), ενώ διερευνούσαν τις σχέσεις μεταξύ των σταδίων της αλλαγής και της ισορροπίας λήψης αποφάσεων, παρέχουν ισχυρές αποδείξεις ότι τα προσδοκώμενα οφέλη (ή κέρδη) και οι αναμενόμενες απώλειες (ή κόστος) συνεργάζονται για να επηρεάζουν την μετέπειτα δράση. Η πρακτική συνέπεια της πολλαπλής σχέσης είναι ότι, για ένα δεδομένο επίπεδο του κόστους, τα υψηλότερα επίπεδα αντίδρασης - αποτελεσματικότητας δεν μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη πειθώ.

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες υποδείξεις για την υγεία έχουν ως συστατικά τόσο το κόστος και την αντίδραση-αποτελεσματικότητα, τα θεωρητικά πλαίσια που εξετάζουν τις επιπτώσεις αυτών των παραγόντων: (α) είτε δεν έχουν διευκρινίσει τη σχέση μεταξύ τους και (β) στο βαθμό που το κάνουν, φαίνεται να

διαβιβάζουν την άποψη ότι το κόστος και η αποτελεσματικότητα είναι ανεξάρτητες και λειτουργούν ως αντίβαρο στην πειθώ. Σε αυτή την έρευνα, οι Prochaska et. al. (1994β), έδειξαν ότι το κόστος και η αντίδραση-αποτελεσματικότητας δεν επηρεάζουν ανεξάρτητα την πιθανότητα να υιοθετηθεί μια συνιστώμενη συμπεριφορά, αλλά και ότι πιθανόν θα ακολουθηθεί μια πολλαπλή σχέση, όπως αρχικά έθεσε ευθέως ο Rogers (1975).

Μεταξύ των μηνυμάτων που αφορούν θέματα υγείας, πιο αποτελεσματικά είναι όσα προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ατόμου (Simons-Morton et. al., 1997). Εντούτοις, ακόμα και όταν στο σχεδιασμό του μηνύματος έχουν ληφθεί υπόψη όλοι οι δυνητικά σημαντικοί παράγοντες, υπάρχει μια μεγάλη απόσταση που χωρίζει την αναγνώριση της απειλής και την εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η προσπάθεια αλλαγής της συμπεριφοράς δυσχεραίνεται πολύ περισσότερο όταν το άτομο βομβαρδίζεται από μεγάλο αριθμό μηνυμάτων σχετικά με θέματα υγείας<sup>18</sup>.

Όπως είναι φυσικό, ένα άνθρωπος που έρχεται αντιμέτωπος με τόσες πολλές προειδοποιήσεις και συμβουλές, ενδέχεται να μπει στον πειρασμό να εγκαταλείψει κάθε προσπάθεια προστασίας της υγείας του και να μη σκοτίζεται ούτε να ανησυχεί για κανένα κίνδυνο (Fisher & Rost, 1986).

Τα μηνύματα υγείας, φθάνουν δυσκολότερα στα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα και στα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (DiMatteo & DiNicola, 1982; Friedman & Martin, 1999)<sup>19</sup>.

Από το σύνολο των ερευνών έχουν διεξαχθεί αρκετά σημαντικά χαρακτηριστικά στοιχεία, τα οποία καθορίζουν το βαθμό «πειστικότητας» ενός μηνύματος. Εν συντομία, ένα πειστικό μήνυμα πρέπει να διαθέτει τέσσερα χαρακτηριστικά: Πρώτον, θα πρέπει να προσελκύει την προσοχή, δεύτερον, θα πρέπει να είναι κατανοητό, τρίτον, θα πρέπει να αφορά ένα θέμα άξιο επεξεργασίας και αποδοχής και όχι απόρριψης και τέταρτον, το περιεχόμενό του θα πρέπει να μπορεί να αποθηκευθεί και να ανακληθεί εύκολα από τη μνήμη. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν, ότι είναι καλύτερο να

---

<sup>18</sup> Στο: Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Κεφάλαιο 6: Συστάσεις για θέματα υγείας και αλλαγή συμπεριφοράς. DiMatteo, R.M., Leslie, M.R. (2006). Επιστημονική Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ. και Ποταμιάνος Γρ. σελ 326-340.

<sup>19</sup> Στο: Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Κεφάλαιο 6: Συστάσεις για θέματα υγείας και αλλαγή συμπεριφοράς. DiMatteo, R.M., Leslie, M.R. (2006). Επιστημονική Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ. και Ποταμιάνος Γρ. σελ 327.

παρουσιάζονται τα επιχειρήματα και των δύο πλευρών. Τότε μόνο ο αποδέκτης είναι σε θέση να αποφασίσει αυτόνομα ποια από τις δύο θα πιστέψει. Αν πεισθεί μόνο από τα επιχειρήματα υπέρ της μιας άποψης και στη συνέχεια του παρουσιαστούν επιχειρήματα ή υποστεί συνέπειες που συνηγορούν υπέρ της αντίθετης, τότε είναι πιθανό οι αρχικές πεποιθήσεις του να κλονιστούν και να εξασθενήσουν<sup>20</sup>.

Τα απειλητικά ή εκφοβιστικά μηνύματα δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά, για το λόγο ότι αυξάνουν το άγχος του ατόμου σε τέτοιο βαθμό που μπορεί ακόμα και να τα απωθήσει ή να αρνηθεί την ύπαρξη οποιουδήποτε προβλήματος.

Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις ένα απειλητικό μήνυμα είναι δυνατόν να προκαλέσει θετική αλλαγή των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία. Για να συμβεί κάτι τέτοιο, το μήνυμα θα πρέπει να ενισχύσει την αίσθηση του ατόμου ότι μπορεί να κάνει κάτι για να αλλάξει την κατάσταση της υγείας του και ότι δεν είναι εντελώς ανίσχυρο και ανήμπορο. Οι απειλητικές ή οι εκφοβιστικές προειδοποιήσεις είναι δυνατόν να επιφέρουν θετικές αλλαγές, όταν πείθουν τους ανθρώπους ότι η υγεία τους διατρέχει κίνδυνο, αλλά οι ίδιοι μπορούν να τον ελαττώσουν, ακολουθώντας τα προτεινόμενα βήματα και λαμβάνοντας τα συνιστώμενα μέτρα. Επιπλέον, οι άνθρωποι πρέπει να πιστεύουν ότι μπορούν να εφαρμόσουν τα προτεινόμενα μέτρα (Beck & Frankel, 1981).

Στην μελέτη των Struckman-Johnson και Struckman Johnson, (1996), εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα των τακτικών εκφοβισμού που χρησιμοποιούνται στις ανακοινώσεις προς το ευρύ κοινό για το θέμα του AIDS. Σύμφωνα με τα ευρήματα, όταν αυτές οι ανακοινώσεις ολοκληρώνονταν με μια οδηγία σχετικά με τη χρήση προφυλακτικού, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος μόλυνσης από τον ιό HIV, οι άνδρες-δέκτες του μηνύματος αποδέχονταν συχνότερα τα προφυλακτικά που τους προσφέρονταν σε σύγκριση με τους άνδρες που είχαν ακούσει μόνο ένα εκφοβιστικό μήνυμα<sup>21</sup>.

Τα μηνύματα που στοχεύουν να πείσουν τους νέους να προφυλάσσονται απέναντι στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή στο ενδεχόμενο μιας

---

<sup>20</sup> Στο: Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Κεφάλαιο 6: Συστάσεις για θέματα υγείας και αλλαγή συμπεριφοράς. DiMatteo, R.M., Leslie, M.R. (2006). Επιστημονική Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ. και Ποταμιάνος Γρ. σελ 337.

<sup>21</sup> Στο: Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Κεφάλαιο 6: Συστάσεις για θέματα υγείας και αλλαγή συμπεριφοράς. DiMatteo, R.M., Leslie, M.R. (2006). Επιστημονική Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ. και Ποταμιάνος Γρ. σελ 338-339.

ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης δημιουργούν συχνά την εντύπωση ότι δεν ασκούν άμεση επίδραση στις απόψεις τους για το σεξ. Ωστόσο, όταν αργότερα ως ενήλικες κληθούν στην πράξη να λάβουν αποφάσεις σχετικά με την σεξουαλική συμπεριφορά τους, τότε οι απόψεις τους είναι πιθανό να έχουν επηρεαστεί από τα μηνύματα στα οποία εκτέθηκαν κατά το παρελθόν<sup>22</sup>.

Από τα ευρήματα μελετών με αντικείμενο την πειθώ, αναδείχθηκε η ύπαρξη ενός σημαντικού φαινομένου, το οποίο οι ψυχολόγοι ονομάζουν φαινόμενο της βραδυφλεγούς πειθούς, δηλαδή της πειθούς που επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα μετά από καιρό σε προγενέστερο χρόνο. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται όταν η αρχική πεποίθηση του αποδέκτη ενός μηνύματος αλλάζει, χωρίς αυτός να μπορεί να θυμηθεί σε τι οφείλεται η αλλαγή και αφού έχει παρέλθει μεγάλο χρονικό διάστημα από την έκθεση στο πειστικό μήνυμα (Cook & Flay, 1978; McGuire, 1969)<sup>23</sup>.

### **Πλαισίωση Μηνυμάτων Αγωγής Υγείας**

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με την πλαισίωση έχουν συγκρίνει την πειστική δύναμη των μηνυμάτων δίνοντας έμφαση στα οφέλη από την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς, με μηνύματα τονίζοντας το κόστος της μη εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς (πλαισίωση όμοιων συνεπειών).

Η διάκριση μεταξύ θετικών και αρνητικών μηνυμάτων, όσον αφορά είτε την παρουσία ή απουσία των ευχάριστων ή δυσάρεστων αποτελεσμάτων φαίνεται να είναι ένα χρήσιμο εννοιολογικό εργαλείο για τη μελέτη του ρόλου των προϋπαρχόντων αντιλήψεων για θέματα υγείας. Ο Broemer (2002), αναφέρει ότι η πλαισίωση θα μπορούσε να έχει σημασία ακόμη και όταν αναφέρονται μόνο τα αρνητικά αποτελέσματα.

Η έρευνα του Broemer (2002), μελέτησε την υπόθεση, ότι ο βαθμός της αμφιθυμίας προς κάποιες συμπεριφορές για την υγεία μετριάξει τις επιπτώσεις των διαφορετικά πλαισιωμένων μηνυμάτων. Σύμφωνα με τη θεωρία της Προοπτικής

---

<sup>22</sup> Στο: Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Κεφάλαιο 6: Συστάσεις για θέματα υγείας και αλλαγή συμπεριφοράς. DiMatteo, R.M., Leslie, M.R. (2006). Επιστημονική Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ. και Ποταμιάνος Γρ. σελ 340.

<sup>23</sup> Στο: Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Κεφάλαιο 6: Συστάσεις για θέματα υγείας και αλλαγή συμπεριφοράς. DiMatteo, R.M., Leslie, M.R. (2006). Επιστημονική Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ. και Ποταμιάνος Γρ. σελ 339.



(Tversky & Kahneman, 1981), υποστηρίζεται ότι τα θετικά πλαίσια μπορούν είτε να περιλαμβάνουν την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων ή την αποφυγή ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων και τα αρνητικά πλαίσια μπορούν να δίνουν έμφαση, είτε με την παρουσία των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων ή την απουσία των επιθυμητών αποτελεσμάτων.

Τα αποτελέσματα των τριών μελετών του Broemer (2002), υποστηρίζουν την υπόθεση, ότι τα εξαιρετικά αμφίθυμα άτομα είναι πιο πιθανό να πεισθούν από αρνητικά πλαίσιοι μνηύματα, ενώ τα άτομα χαμηλής αμφιθυμίας πείθονται περισσότερο από θετικά πλαίσιοι μνηύματα. Η μεγαλύτερη πειστικότητα των αρνητικά πλαίσιοι μνηυμάτων σε υψηλότερα επίπεδα της αμφιθυμίας μπορεί να εξηγηθεί από μια προκατάληψη αρνητικότητας που εμπλέκεται στην αμφιθυμία. Αρκετές προληπτικές συμπεριφορές, όπως η κατανάλωση μιας χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά διατροφής ή η χρήση προφυλακτικών, αντιμετωπίστηκαν.

Η ανάλυση της διακύμανσης, έδειξε μια κύρια επίδραση του φύλου. Οι άνδρες συμμετέχοντες ανέφεραν λιγότερο θετική στάση από ότι οι γυναίκες. *Τα αποτελέσματα στηρίζουν την υπόθεση ότι η αμφιθυμία επηρεάζει την δεκτικότητα πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία.*

Συγκεκριμένα, τα εξαιρετικά αμφίθυμα άτομα ήταν πιο πεπεισμένα από ό, τι τα άτομα λιγότερο αμφίθυμα, από ένα μήνυμα που υπογράμμισε την παρουσία του κινδύνου για την υγεία. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα μηνύματα αξιολογήθηκαν κατά παρόμοιο τρόπο.

Η έρευνα του Broemer (2002), υποδεικνύει μια άλλη προοπτική. Η αμφιθυμία υποδηλώνει μια προκατάληψη αρνητικότητας που κατευθύνει την προσοχή ενός ατόμου σε αρνητικά αποτελέσματα. Υπάρχουν πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις που παρέχουν κατευθυντήριες γραμμές για τη διαμόρφωση των μηνυμάτων, αλλά αυτές οι θεωρίες φαίνεται να είναι κάπως δύσκολο να ενταχθούν. Η θεωρία της Προοπτικής (Tversky & Kahneman, 1981) αναφέρει, ότι τα αποτελέσματα αξιολογούνται σε σχέση με ένα ουδέτερο σημείο αναφοράς και ότι οι μεταβολές του σημείου αναφοράς καθορίζουν αν μια συγκεκριμένη έκβαση θεωρείται ως κέρδος ή ζημία.

## **Η επίδραση της φαντασίωσης στην πλαισίωση μηνυμάτων**

Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι τα αρνητικά πλαισιωμένα μηνύματα είναι πιο πειστικά από ό, τι τα θετικά πλαισιωμένα (π.χ. Broemer, 2002; Meyerowitz & Chaiken, 1987) ή το αντίστροφο (π.χ. Detweiler, Bedell, Salovey, Pronin & Rothman, 1999; Rothman, Salovey, Antone, Keough & Martin, 1993), και επίσης, έχουν υπάρξει και αποτυχίες στο να βρεθεί ένα πλεονέκτημα για το κάθε πλαίσιο (π.χ. Steffen, Sternberg, Teegarden & Shepherd, 1994).

Τρεις μελέτες του Broemer (2004), εξετάζουν την υπόθεση ότι η υποκειμενική ευκολία φαντασίωσης του συμπτώματος μετριάξει τις επιπτώσεις των διαφορετικά πλαισιωμένων μηνυμάτων σχετικά με την υιοθέτηση υγιούς συμπεριφοράς. Με βάση την προσομοίωση, υποστηρίζεται ότι η ζωντάνια των πληροφοριών αντικατοπτρίζεται στην υποκειμενική ευκολία με την οποία οι άνθρωποι μπορούν να φανταστούν ότι έχουν τα συμπτώματα μιας ασθένειας.

Αυτή η νοητική κατάσταση μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο σύμφωνη με το θέμα ενός μηνύματος, τονίζοντας ορισμένα σχετικά με την υγεία, αποτελέσματα περισσότερο από άλλα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα αρνητικά πλαισιωμένα μηνύματα είναι πιο πειστικά όταν η φαντασίωση ενός συμπτώματος είναι σχετικά εύκολη και ότι τα θετικά πλαισιωμένα μηνύματα είναι πιο αποτελεσματικά όταν η φαντασίωση ενός συμπτώματος είναι σχετικά δύσκολη.

Όσον αφορά τις μελέτες σχετικά με την πειθώ που έχουν υιοθετήσει την θεωρία του πλαισίου, η έρευνα έχει δείξει ότι τα διαφορετικά πλαίσια αποσπούν διαφορετικές αξιολογικές αντιδράσεις για το περιεχόμενο ή το θέμα του μηνύματος. Η πλαισίωση καθιστά ορισμένους τύπους γεγονότων ή αποτελεσμάτων περισσότερο εμφανής από άλλα. Σε γενικές γραμμές, μια αρνητική πλαισίωση μπορεί να τονίσει, είτε την παρουσία ανεπιθύμητων (π.χ. κίνδυνοι), ή την απουσία επιθυμητών (π.χ. καλής υγείας), αποτελεσμάτων. Αντίθετα, μια θετική πλαισίωση μπορεί να τονίσει, είτε την παρουσία των επιθυμητών ή την απουσία ανεπιθύμητων, αποτελεσμάτων (Rothman & Salovey, 1997).

Λογικά, λοιπόν, το ύφος ενός αρνητικά πλαισιωμένου μηνύματος θα πρέπει να κρίνεται πιο αρνητικά από ό, τι το ύφος ενός θετικά πλαισιωμένου μηνύματος (Rothman, Martino, Bedell, Detweiler & Salovey, 1999). Ωστόσο, δεδομένου ότι οι άνθρωποι είναι πιο πρόθυμοι να διακινδυνεύσουν, όταν εν δυνάμει απώλειες αντι

κερδών γίνονται εμφανείς (Tversky & Kahneman, 1981), τα μηνύματα για την υγεία μπορεί να είναι πιο πειστικά όταν τα επιχειρήματα πλαισιώνονται αρνητικά (π.χ. Meyerowitz & Chaiken, 1987), τουλάχιστον όταν οι άνθρωποι εμπλέκονται προσωπικά με το θέμα της υγείας που αναφέρεται (Block & Keller, 1995; Maheswaran & Meyers-Levy, 1990).

Διάφορες μελέτες, ωστόσο, προσκόμισαν αποδεικτικά στοιχεία για ένα πλεονέκτημα των θετικών πλαισίων, όταν η κύρια λειτουργία της συμπεριφοράς που υποστηρίζεται είναι να αποτρέψει την εκδήλωση μιας ασθένειας (π.χ. πρόληψη, Rothman et. al., 1993; 1999). Μια θετική πλαισίωση υποτίθεται ότι είναι πιο πειστική στο πλαίσιο αυτό, επειδή ένα καθησυχαστικό ή αισιόδοξο θέμα του μηνύματος είναι πιο συνεπές με μια συμπεριφορά που χρησιμεύει για τη διατήρηση ή βελτίωση της υγείας κάποιου. Από την άλλη πλευρά, τα μηνύματα που τονίζουν τους δυνητικούς κινδύνους (αρνητική διατύπωση) θα πρέπει να είναι πιο πειστικά, αν η συμπεριφορά που υποστηρίζεται εξυπηρετεί την ανίχνευση της παρουσίας μιας ασθένειας.

Υποστήριξη για την υπόθεση ότι η σχετική αποτελεσματικότητα των θετικά ή αρνητικά πλαισιωμένων μηνυμάτων εξαρτάται από τον τύπο της προωθούμενης συμπεριφοράς επιτεύχθηκε σε διάφορες μελέτες από τον Rothman et. al., (1993; 1999), αν και η αλληλεπίδραση μεταξύ του τύπου πλαισίωσης και το είδος της συμπεριφοράς φαίνεται να προκύπτει με μεγαλύτερη σαφήνεια όταν οι άνθρωποι είτε σχετίζονται με το θέμα ή διαθέτουν το κίνητρο να επεξεργαστούν τις πληροφορίες σκόπιμα (Detweiler, et. al., 1999; Rothman et. al., 1993; 1999).

Με βάση αυτή την ταξινόμηση της συμπεριφορών σε θέματα υγείας, η μελέτη του Broemer (2004), επικεντρώνεται σε διαφορετικές συμπεριφορές, για να εξετάσει την γενικότητα της υπόθεσης ότι η ευκολία της φαντασίωσης μετριάξει τις αντιδράσεις στα μηνύματα πλαισιωμένα με διαφορετικό τρόπο.

Όσον αφορά την ευκολία της φαντασίας, η έννοια αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τις σωματικές αλλαγές ή καταστάσεις είναι υποκειμενικά εύκολο να τις πραγματοποιήσουμε ή να τις αισθανθούμε. Η υποκειμενική ευκολία έτσι, ορίζεται με βάση την διαδικασία που προκαλεί, παρόμοια με την προσομοίωση (Kahneman & Tversky, 1982), η οποία αναφέρεται στην ευκολία με την οποία τα γεγονότα ή τα σενάρια μπορούν να φαντασιωθούν ή να ερμηνευθούν νοητικά. Όσον αφορά την υποκειμενική κρίση ευαλωτότητας, οι Sherman, Cialdini, Schwartzman και Reynolds

(1985), έδειξαν ότι τα άτομα κρίνουν την πιθανότητα του να αποκτήσουν μια φανταστική ασθένεια για τον εαυτό τους να είναι υψηλότερη όταν τα συμπτώματα ήταν σχετικά εύκολο να τα φανταστεί κανείς, αλλά ως λιγότερο πιθανή όταν τα συμπτώματα ήταν δύσκολο να τα φανταστεί κανείς.

Οι μελέτες που αναφέρονται εδώ έχουν ως στόχο να εμφανίσουν ισχυρότερη πειθώ, όταν το θέμα του μηνύματος είναι σύμφωνο με την ικανότητα του ατόμου να βιώσει συμβολικά τα συμπτώματα μιας ασθένειας. Οι Smith και Shaffer (2000), σύγκριναν τις επιπτώσεις των εκδοχών έντονων μηνυμάτων, που παρουσιάζουν πληροφορίες που είτε ήταν σύμφωνες ή ασύμφωνες με το θέμα του μηνύματος. Εντούτοις, οι έντονες εικόνες σε συμφωνία με τα επιχειρήματα του μηνύματος αύξησαν την πειθώ, αν και η επίδραση του έντονου μηνύματος φαίνεται να *«περιορίζεται σε συνθήκες υπό τις οποίες το κίνητρο για την επεξεργασία του μηνύματος είναι σχετικά χαμηλό»* (Smith & Schaffer, 2000, σ. 776).

Οι συμμετέχοντες πείθονταν περισσότερο από το θετικά πλαισιωμένο μήνυμα από ό, τι από το αρνητικά πλαισιωμένο μήνυμα. Αυτό το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με την πρόταση των Rothman και Salovey (1997), ότι τα θετικά πλαισιωμένα μηνύματα είναι πιο αποτελεσματικά για την προαγωγή προληπτικών ενεργειών, ειδικά όταν οι παραλήπτες εμπλέκονται στο θέμα (Rothman et. al., 1993).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο αντίκτυπος της πλαισίωσης ενός μηνύματος στις στάσεις μετριάστηκε από την ευκολία φαντασίωσης και υποστηρίζουν ξεκάθαρα την υπόθεση αντιστοιχίας για διαφορετικά είδη συμπεριφοράς σχετικά με την υγεία. Συγκεκριμένα, αρνητικά πλαισιωμένα μηνύματα οδήγησαν σε πιο θετική στάση, όταν οι παραλήπτες του μηνύματος θα μπορούσαν εύκολα να φανταστούν τα σχετικά συμπτώματα. Έτσι η ευκολία στην φαντασίωση διευκολύνει την πειθώ, όταν τα μηνύματα τονίζουν τους δυνητικούς κινδύνους για την υγεία.

### **Η θεωρία εστίασης της αυτορρύθμισης**

Ο Higgins (1999), πρότεινε ότι τα μηνύματα είναι πιο πειστικά αν η κανονιστική μορφή τους ενεργοποιείται από ένα μήνυμα που ταιριάζει με την προτιμώμενη στρατηγική αυτορρύθμισης.

Η θεωρία εστίασης της αυτορρύθμισης προτείνει, ότι τα αποτελέσματα υπό διαφορετικά πλαίσια δεν αξιολογούνται αναγκαστικά με τον ίδιο τρόπο: Τα κέρδη συνήθως αντιμετωπίζονται πιο θετικά από τις μη-απώλειες και οι απώλειες πιο αρνητικά από ό,τι τα μη-κέρδη (Idson, Liberman, & Higgins, 2000). Η θεωρία εστίασης της αυτορρύθμισης θέτει δύο ξεχωριστές και ανεξάρτητες κατευθύνσεις αυτορρύθμισης: την πρόληψη και την προώθηση (Higgins, 1997). Η εστίαση της πρόληψης δίνει έμφαση στην ασφάλεια, την ευθύνη, και τις ανάγκες της ασφάλειας. Οι στόχοι θεωρούνται ως κάτι που οφείλεται να επιτευχθεί και υπάρχει ένα στρατηγικό ενδιαφέρον προς τις μη ζημίες (η απουσία αρνητικών αποτελεσμάτων) και την αποφυγή απωλειών (η παρουσία των αρνητικών). Η εστίαση προώθησης τονίζει τις ελπίδες, τα επιτεύγματα, και τις ανάγκες για εξέλιξη. Οι στόχοι θεωρούνται ως τα ιδανικά και υπάρχει ένα στρατηγικό ενδιαφέρον προς τα κέρδη (η παρουσία των θετικών αποτελεσμάτων) και την αποφυγή μη-κερδών (η απουσία θετικών). Η ρυθμιστική εστίαση είναι μια κατάσταση και μπορεί να διαφέρει τόσο μεταξύ των ατόμων (χρόνια κανονιστική εστίαση) και μεταξύ των καταστάσεων (στιγμιαία κανονιστική εστίαση).

Τέλος, το μοντέλο της αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς της υγείας (Leventhal, 1970) αναφέρει ότι τα μηνύματα θα μπορούσαν να είναι είτε καθησυχαστικά ή απειλητικά. Τα αποτελέσματα σχετικής αποτελεσματικότητας είναι πιο απειλητικά από την απουσία θετικών αποτελεσμάτων.

Φαίνεται, επίσης, ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι οι περισσότερες μελέτες σχετικά με την πειθώ βασίζονται στην κλασική διαδικασία για να χειριστούν τη δύναμη των πειστικών επιχειρημάτων. Η πλαισίωση ενός μηνύματος έχει το πλεονέκτημα ότι οι ίδιες πληροφορίες χρησιμοποιούνται σε κάθε συνθήκη μηνύματος, ενώ οι χειρισμοί της ποιότητας ενός επιχειρήματος πρέπει να ασχοληθούν με το γεγονός ότι τα μηνύματα διαφέρουν σε περιεχόμενο, σθένος, ή και τα δύο (Eagly & Chaiken, 1993).

## Γραφικοί Οργανωτές

Ο σκοπός της μελέτης των Kools και συνεργατών (2006), ήταν διπλός. Πρώτον, θέλησαν να διερευνήσουν την αξία συνεισφοράς ενός συγκεκριμένου χαρακτηριστικού σχεδίου, κατασκευασμένου στον τομέα της γνωστικής ψυχολογίας, δηλαδή του «γραφικού οργανωτή», στην κατανόηση ενός φυλλαδίου αγωγής υγείας. Συνήθως, σε έρευνες μέχρι σήμερα, οι γραφικοί οργανωτές εφαρμόστηκαν σε σχετικά σύντομα και περίπλοκα επιστημονικά κείμενα (Bernard, 1990; Hofman & van Oostendorp, 1999; Kiewra, Dubois, Christian & McShane, 1988; Waller & Whalley, 1987).

Η μελέτη των Kools και συνεργατών (2006), αποσκοπεί στην επέκταση των ευρημάτων αυτών σε ένα εκτενές και γενικά απλό ενημερωτικό κείμενο, επειδή ο σχεδιασμός της εκπαιδευτικής έρευνας έχει δείξει ότι η υποκειμενική κατανόηση των αναγνωστών σε γενικές γραμμές είναι χαμηλή (Commander & Stanwyck, 1997; Glenberg et. al., 1982). Ένας άλλος στόχος ήταν να εκτιμηθεί κατά πόσον θα μπορούσε να ωφεληθεί η Αγωγής Υγείας από μια τέτοια μέτρηση.

Οι συμμετέχοντες της έρευνας, διάβασαν το κείμενο ενός φυλλαδίου για το άσθμα με και χωρίς αυτούς τους οργανωτές και μετρήθηκε η υποκειμενική και αντικειμενική κατανόηση του κειμένου.

Ένα γραφικός οργανωτής (Barron, 1969) είναι μια γραφική παράσταση που μεταφέρει σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των εννοιών στο κείμενο (GURI-Rozenblit, 1989; Robinson & Kiewra, 1995). Είναι μια γραφική μορφή του οργανωτή που αναπτύχθηκε από τον Ausubel (1968). Οι γραφικοί οργανωτές μπορεί να δοθούν πριν από το κείμενο στόχος, με σκοπό την γνωστική ενεργοποίηση και την αποσαφήνιση των σχέσεων μεταξύ των εννοιών του κειμένου, ενισχύοντας έτσι τη βαθιά κατανόηση (δηλαδή, την κατασκευή ενός μοντέλου κατάστασης) του περιεχομένου του κειμένου.

Αναμένονταν ότι σε ένα τόσο μακρύ κείμενο, οι γραφικοί οργανωτές, θα ενίσχυαν την αντικειμενική κατανόηση του κειμένου από τον αναγνώστη. Αυτό ήταν πράγματι που βρέθηκε. Τα ευρήματα της έρευνας (Kools et. al., 2006), υποδεικνύουν ότι η συστηματική τοποθέτηση των γραφικών οργανωτών ενισχύει ώστε οι αναγνώστες να μάθουν μια μεγάλη εικόνα και όχι μόνο πραγματικά περιστατικά, όπως έχει επίσης έχει προταθεί σε άλλες έρευνες (Robinson, Katayama, Dubois, & Devaney, 1998). Έτσι, οι γραφικοί οργανωτές βελτιώνουν επίσης την κατανόηση των εκτεταμένων και

απλών κείμενων και όχι μόνο των βραχυπρόθεσμων και περίπλοκων κείμενων, όπως είχε διαπιστωθεί (Robinson & Kiewra, 1995).

Βρέθηκε ότι οι γραφικοί οργανωτές είχαν επιπτώσεις σε τέσσερα επίπεδα της αντικειμενικής κατανόησης, όπως προκύπτει από ανοικτές ερωτήσεις κατανόησης. Εντούτοις, η υποκειμενική αντίληψη που μετρήθηκε με ερωτήσεις τύπου Likert, στις ομάδες με και χωρίς γραφικούς οργανωτές δεν διέφεραν μεταξύ τους. Σαν συμπέρασμα, η αγωγή υγείας θα μπορούσε να ωφεληθεί από σχετικά απλές τεχνικές για να ενισχύει την κατανόηση κειμένων. Επιπλέον, κατά την δημιουργία εκπαιδευτικού υλικού για την υγεία, η κατανόηση θα πρέπει να μετρείται αντικειμενικά.

Η προσβασιμότητα των γραπτών πληροφοριών γίνεται όλο και πιο συχνό θέμα στη σημερινή κοινωνία. Αν και οι επικεφαλίδες είναι γενικά γνωστό ότι σηματοδοτούν το περιεχόμενο ενός κειμένου, παραμένει ασαφές το πόσο συχνά οι τίτλοι πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη βέλτιστη χρήση του εγγράφου. Η χαρτογράφηση των πληροφοριών είναι μια μέθοδος γραφής που χωρίζει συστηματικά το κείμενο σε κομμάτια συνοδεύοντας τα από τίτλους. Η μελέτη των Kools et. al., (2008), παρουσιάζει μια μελέτη στην οποία ένα έγγραφο αγωγής υγείας ποίκιλε συστηματικά, σύμφωνα με τη μέθοδο χαρτογράφησης πληροφοριών, για να εξετάζει τις επιπτώσεις της συχνότητας τίτλων αλλά και την σειρά των πληροφοριών σχετικά με την ταχύτητα αναζήτησης και την αξιολόγηση της διάταξης κειμένου από τους συμμετέχοντες.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παρουσία των επικεφαλίδων σε ένα κείμενο πράγματι συνέβαλε στην ευκολότερη πρόσβαση αναζήτησης. Αν και δεν υπάρχουν διαφορές στην ταχύτητα αναζήτησης, μερικές υποκειμενικές απόψεις ήταν υπέρ της έκδοσης με τους περισσότερους τίτλους. Η διαφορετική σειρά των πληροφοριών του κειμένου χαρτογράφησης των πληροφοριών δεν είχε καμία επίδραση.

### **Ο ρόλος των ΜΜΕ κατά την διάρκεια Κρίσεων της Υγείας**

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης έχουν ένα σημαντικό ρόλο κατά την διάρκεια μιας κρίσης. Εντούτοις, η μεγάλη δυνατότητα των Μ.Μ.Ε. πάντα αποτελούσε πηγή ελπίδας αλλά και ματαίωσης. Ιστορικά, η επιρροή των Μ.Μ.Ε. στην κοινωνική κρίση μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις περιόδους. Κατά την διάρκεια της πρώτης περιόδου (την δεκαετία του 1930 και 1940) θεωρούνταν ότι είχαν άμεση επιρροή στις μάζες. Οι

δημιουργοί της δημόσιας πολιτικής και οι ειδικοί της υγείας εξαρτώντας από τα Μ.Μ.Ε. /την δημοσιότητα, όταν αναζητούσαν προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών. Κατά την διάρκεια αυτής της εποχής τα Μ.Μ.Ε., καθοδηγούσαν την ενημέρωση του κοινού για την πολιομυελίτιδα.

Αντίθετα, η δεύτερη περίοδος (1950 και 1960) ονομάστηκε «η περίοδος της μικρής επιρροής». Οι επικοινωνιολόγοι κατηγόρησαν τα Μ.Μ.Ε. ως άχρηστα και ανέκδοτα να επηρεάσουν το κοινό. Προφανώς, η απογοήτευση προήλθε από ευρήματα σχετικά με τα Μέσα και την αποτελεσματικότητά τους στην αλλαγή συμπεριφοράς ή στην επιρροή των ατόμων για την υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής. Τέλος, η Τρίτη περίοδος έχει ονομαστεί «η εποχή των πιθανών επιδράσεων». Οι επικοινωνιολόγοι και πάλι αισθάνονται ότι τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να επηρεάσουν τα άτομα, αλλά έμμεσα και με συνεχή δράση. Μέσω της επανάληψης κατά συρροή, τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να παρέχουν αποτελεσματικούς τρόπους μετάδοσης των πρόσφατων επιστημονικών πληροφοριών σε μεγάλες ομάδες ατόμων. Στην ουσία, οι περισσότεροι επικοινωνιολόγοι τώρα αναγνωρίζουν ότι τα Μ.Μ.Ε. αποτελούν σημαντικό παράγοντα επιρροής στην κοινωνία μας, αλλά το αποτέλεσμα στην συμπεριφορά είναι σταδιακό και γενικά δύσκολο να εκτιμηθεί (Bush, Boller, 1991).

Κανένα άλλο εργαλείο δεν έχει την δυνατότητα των Μ.Μ.Ε. να μεταφέρει σημαντικές πληροφορίες στις μάζες μέσω των ιστοριών στις ειδήσεις. Για παράδειγμα, ο Pratt (1956), βρήκε ότι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο έμαθαν τόσα από τα νέα για την καρδιακή προσβολή του Προέδρου Αϊζενχάουερ όσα έμαθαν και από τους ιατρούς τους ή από άλλες πηγές. Πρόσφατα οι Edgar, Freimuth και Hammond (1988), βρήκαν ότι οι φοιτητές βασίζονται αρκετά πάνω στα Μ.Μ.Ε. για την πληροφόρησή τους για το AIDS. Είναι ενδιαφέρον ότι κανείς από τους φοιτητές δεν αναγνώρισε τους ειδικούς ιατρούς για το AIDS ή τα εργαστήρια του AIDS ως πηγές πληροφόρησης. Τα ευρήματα δείχνουν ότι τα Μ.Μ.Ε. είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά στην αύξηση του επιπέδου πληροφόρησης για το θέμα, αλλά ότι εκτός της πληροφόρησης ο ρόλος τους μπορεί να αμφισβητηθεί.

Οι McCombs και Shaw (1972), προτείνουν ότι τα Μ.Μ.Ε. ίσως λειτουργούν καλύτερα δίνοντας έμφαση στην σημασία των κοινωνικών θεμάτων υπενθυμίζοντάς τους την ανάγκη να συζητούν για αυτά τα θέματα. Ο Rogers (1973), παρείχε στοιχεία δηλώνοντας ότι οι καμπάνιες των Μ.Μ.Ε. για τον οικογενειακό σχεδιασμό έχουν



μεγαλύτερη επίδραση από την επίδραση στην συμπεριφορά των θεατών. Τα ευρήματά του, δείχνουν ότι η δύναμη των M.M.E. βασίζεται στην αύξηση της ευαισθησίας του κοινού για θέματα υγείας καταδίδοντας συγκεκριμένες πληροφορίες μέσω αξιόπιστων καναλιών.

Πρόσφατα, οι καμπάνιες ενάντια στο κάπνισμα, τα ναρκωτικά και το AIDS έχουν αναπτυχθεί πολύ. Παρόλη την ανάγκη στις κοινωνικές κρίσεις και τις κρίσεις την υγείας, δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στον ρόλο που παίζει η διαφήμιση κατά την διάρκεια αυτών των κρίσεων, όπως η κρίση του AIDS.

### **Ο ρόλος της τηλεοπτικής διαφήμισης κατά την διάρκεια κρίσεων της υγείας**

Ο ρόλος της τηλεοπτικής διαφήμισης είναι πολύ σημαντικός για την δημόσια υγεία. Οι ανακοινώσεις αυτές συχνά χρησιμοποιούνται για να διασπείρουν τις σχετικές πληροφορίες με τρόπο ώστε να ενθαρρύνουν τα άτομα να αντιδράσουν σε κάποιο θέμα σχετικά με την υγεία (Lynn, 1974). Αυτά τα πειστικά μηνύματα θεωρείται ότι είναι χρήσιμα για να παράγουν πληροφόρηση και να ενισχύουν την ευαισθησία του κοινού σε προβλήματα υγείας. Επιπλέον, οι Ανακοινώσεις της Δημόσιας Υπηρεσίας Υγείας θεωρούνται αποτελεσματικές στην αλλαγή ή την ενίσχυση των στάσεων απέναντι σε συμπεριφορές γύρω από το πρόβλημα υγείας.

Οι Ανακοινώσεις της Δημόσιας Υπηρεσίας Υγείας παρέχουν κάποια διακριτά πλεονεκτήματα σε σχέση με άλλες μορφές των M.M.E. (ειδήσεις ή κάποια προγράμματα στο internet). Πρώτον, τα μηνύματα που διοχετεύονται μέσω των Ανακοινώσεων της Δημόσιας Υπηρεσίας είναι συνήθως μικρότερα σε έκταση και πιο απλά σε νόημα από ότι τα μηνύματα που διοχετεύονται από άλλες μορφές των M.M.E. Μέσω της κατασκευής τους μπορούν να παρέχουν σημαντικά μέρη πληροφοριών σχετικά με την υγεία με τρόπο γρήγορο και εύκολα κατανοητό. Δεύτερον, αυτά τα μηνύματα είναι αρκετά διεισδυτικά. Ένα αποτελεσματικό μήνυμα των Ανακοινώσεων της Δημόσιας Υπηρεσίας είναι πιο πιθανό να διεισδύσει στα αντιληπτικά φράγματα των ατόμων από ότι ένα άρθρο σε ένα περιοδικό ή ένα ολόκληρο ραδιοφωνικό πρόγραμμα αφιερωμένο σε θέματα υγείας.

Ανεξάρτητα των πλεονεκτημάτων που αναφέρθηκαν, τα μηνύματα αυτά έχουν προβλήματα που περιορίζουν την δυνατή αποτελεσματικότητά τους. Το πρώτο

πρόβλημά τους είναι η έλλειψη ελέγχου πάνω στην θέση των Μ.Μ.Ε. Δυστυχώς, τα μηνύματα αυτά θεωρούνται από τους εκφωνητές ως γεμίσματα στον τηλεοπτικό χρόνο που δεν έχει πουληθεί. Έτσι, η σωστή στόχευση του κοινού είναι συχνά δύσκολη, αν όχι αδύνατη. Σύμβουλοι του Υπουργείου Υγείας και Ανθρώπινου Δυναμικού των Η.Π.Α (1983), σημειώνουν ότι πολλά μηνύματα είναι βαρετά και με καθόλου φαντασία, που παράγονται χωρίς ξεκάθαρους στόχους και δημιουργούνται χωρίς την βοήθεια έρευνας του κοινού. Έρευνες των O'Keefe, (1971), Schmeling & Wotring, (1976), Undry et. al., (1972), δείχνουν ότι τα μηνύματα αυτά έχουν έλλειψη του παράγοντα προσωπική-συσχέτιση που βρίσκουμε σε πολλές διαφημίσεις.

Ίσως ο πιο σκληρός επικριτής των μηνυμάτων στις Ανακοινώσεις της Δημόσιας Υπηρεσίας είναι ο Wallack (1989). Τονίζει ότι τα μηνύματα της απερισκεψίας, της προσοχής, και του περιορισμού στον τρόπο ζωής ενσωματώνονται στα πλαίσια ενός προγραμματισμού που ενθαρρύνει την καταλληλότητα του μη φραγμού (π.χ. πολλά από τα πρότυπα σεξ στις διαφημίσεις). Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι τα προβλήματα σχετικά με την υγεία όπως η χρήση ναρκωτικών, η ψυχική υγεία και το AIDS, πηγάζουν και αποτελούν μέρος ενός μεγαλύτερου κοινωνικού συστήματος του οποίου το συνδετικό νήμα είναι μια καταναλωτική ηθική. Τα μηνύματα που επιχειρούν να προκαλέσουν αλλαγές στην συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία ενθαρρύνοντας τα άτομα να πουν «Όχι», αρνούνται την ύπαρξη ενός μεγάλου καταναλωτικού συστήματος γεμάτο από καταναλωτές που λένε «Ναι». Έχει διαπιστωθεί ότι οι άνθρωποι που παρακολουθούν περισσότερο χρόνο τηλεόραση, διαμορφώνουν λιγότερο κριτικές απόψεις σχετικά με την υγεία σε σύγκριση με αυτούς που παρακολουθούν τηλεόραση λιγότερο χρόνο (Signorielli, 1998)<sup>24</sup>.

Ο κατάλληλος ρόλος της τηλεοπτικής διαφήμισης σε κρίσεις υγείας δεν είναι ξεκάθαρος.

---

<sup>24</sup> Στο: Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Κεφάλαιο 6: Συστάσεις για θέματα υγείας και αλλαγή συμπεριφοράς. DiMatteo, R.M., Leslie, M.R. (2006). Επιστημονική Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ. και Ποταμιάνος Γρ. σελ 328.

### **Τρεις κύριοι παράγοντες επιτυχίας για τις τηλεοπτικές καμπάνιες του AIDS**

Τρεις σημαντικοί παράγοντες χρειάζονται για μια αποτελεσματική τηλεοπτική καμπάνια για την δημόσια υγεία που στοχεύει στην πρόληψη εξάπλωσης του AIDS. Πρώτον, οι αποτελεσματικές διαφημίσεις και ανακοινώσεις θα πρέπει να σχεδιάζονται, ώστε να κινητοποιούν αλλαγές στην ατομική συμπεριφορά για την μείωση της μετάδοσης του AIDS. Υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία για το ποιες επικοινωνιακές στρατηγικές είναι πιο αποτελεσματικές στις διαφημίσεις προφυλακτικού και των δημόσιων ανακοινώσεων για το AIDS. Αυτή η έρευνα μπορεί να παρέχει χρήσιμη βοήθεια στους ειδικούς της δημόσιας υγείας που σχεδιάζουν διαφημίσεις για το AIDS και δημόσιες ανακοινώσεις.

Δεύτερον, οι διαφημίσεις και οι δημόσιες ανακοινώσεις πρέπει να κατανέμονται επιτυχώς στο κατάλληλο κοινό στόχο. Για την τηλεόραση αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να τις αποδεχτούν οι μάνατζερ, οι οποίοι συχνά αντιμετωπίζουν αντιφατικό υλικό (σεξ, χρήση ναρκωτικών, AIDS). Ένα πρόσφατο αποτέλεσμα κατανομής των προβλημάτων είναι διαφημίσεις που σχεδιάστηκαν από την Αμερικανικό Ίδρυμα Έρευνας για το AIDS για μια εθνική καμπάνια με θέμα *«Η προσευχή δεν θα θεραπεύσει το AIDS. Η έρευνα θα το κάνει»* και *«Η ερωτική αποχή δεν θα θεραπεύσει το AIDS. Η έρευνα θα το κάνει»* η οποία απορρίφθηκε γιατί οι τηλεοπτικοί μάνατζερ δεν δέχονταν αυτές τις υποταγές (Fund Raising Management, 1997). Τα πιο αποτελεσματικά μηνύματα (συχνά αυτά που προτείνουν ενέργειες όπως η χρήση προφυλακτικού κατά την διάρκεια όλων των ερωτικών σχέσεων και η χρήση καθαρών βελόνων) ίσως είναι τα μηνύματα που είναι πιο πιθανό να μην είναι αποδεκτά από την οργάνωση του τηλεοπτικού σταθμού.

Τρίτον, θα πρέπει να υπάρχει μια παρατεταμένη προσπάθεια για επικοινωνία πληροφοριών της δημόσιας υγείας για το AIDS. Πολλοί έφηβοι δεν ήταν ερωτικά ενεργοί όταν αρχικά αναγνωρίστηκε το AIDS και άρχισαν οι προσπάθειες της δημόσιας υγείας. Για παράδειγμα, ένας εξάχρονος δεν θα θεωρούσε ότι το AIDS σχετίζεται με την ζωή του και ίσως δεν είχε δώσει πολλή σημασία σε διαφημίσεις για προφυλακτικά και δημόσιες ανακοινώσεις για το AIDS. Δέκα χρόνια αργότερα, αυτή η πληροφορία ίσως είναι μεγάλης σημασίας σε έναν δεκαεξάχρονο. Εντούτοις, αν η πληροφορία πρόληψης για το AIDS δεν διανέμονται κανονικά, οι επιδράσεις της δημόσιας υγείας ίσως αποτύχουν. Ένα παράδειγμα για αυτό είναι οι 56,730 νέες περιπτώσεις του AIDS που καταγράφηκαν το 1996 (de Lisser, 1997).

Αν και όλες οι δημόσιες ανακοινώσεις επικεντρώνονται σε σημαντικές αιτίες, η έλλειψη εκτεταμένης προβολής μπορεί να αποτελεί ένα τεράστιο παράγοντα στην μείωση της αποτελεσματικότητας συγκεκριμένων καμπανιών δημόσιας υγείας, όπως η μάχη ενάντια στην εξάπλωση του AIDS. Για παράδειγμα, συχνά μια καμπάνια επικεντρώνεται στην πρόληψη της οδήγησης μετά από κατανάλωση αλκοόλ παραγκωνίζεται από άλλη που επικεντρώνεται στην μείωση της κατανάλωσης ναρκωτικών, η οποία αντικαθίσταται από μια καμπάνια που επικεντρώνεται στην ενημέρωση για τον βιασμό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Μεθοδολογία

#### Υποκείμενα

Τα υποκείμενα της έρευνας είναι άτομα ηλικίας 16-18 ετών. Η έμφαση δίνεται στους εφήβους και στους νέους όταν μιλάμε για την σεξουαλική υγεία και το AIDS, διότι στις ηλικίες 16-18 αρχίζει συνήθως η σεξουαλική ζωή. Επίσης, θα λέγαμε ότι σε αυτή την ηλικία, έχει διαμορφωθεί αρκετά η προσωπικότητα και τα στοιχεία αυτά του Εαυτού, που μπορεί να καθορίσουν την αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας. Το μέγεθος του πληθυσμού ήταν 320 μαθητές Λυκείου, με μέση ηλικία τα 17,5 έτη, που διαμένουν στην περιοχή του Αγρινίου, Αιτωλοακαρνανίας και φοιτούν σε Λύκεια της περιοχής. Το δείγμα της κύριας έρευνας αποτελούνταν από 273 μαθητές, ενώ το δείγμα της πιλοτικής έρευνας αποτελούνταν από 47 μαθητές.

#### Μέθοδος

Αρχικά τα υποκείμενα καλούνται να απαντήσουν ένα ερωτηματολόγιο χωρίς καμία πειραματική παρέμβαση, απλά με ομαδική χορήγηση για να διερευνηθεί η γενικότερη επικινδυνότητα της συμπεριφορά τους.

Τα υποκείμενα μετά από ένα χρονικό διάστημα έξι εβδομάδων καλούνται να συμμετάσχουν ξανά στην έρευνα (Μέθοδος Επαναληπτικής Μέτρησης). Συγκεκριμένα, η διεξαγωγή της α' φάσης πραγματοποιήθηκε από τον Νοέμβριο ως το Δεκέμβριο του 2011 και η διεξαγωγή της β' φάσης πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο ως το Φεβρουάριο του 2012.

Τα υποκείμενα τώρα θα χωριστούν τυχαία σε εννέα συνθήκες. Η μέθοδος δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας εφαρμόζεται προκειμένου να εκτιμηθούν τα σταθερά χαρακτηριστικά ενός ατόμου. Στην παρούσα έρευνα, η μέθοδος αυτή θα συμβάλλει στην μελέτη της επίδρασης των ανεξάρτητων μεταβλητών (φοβικά μηνύματα) στην συμπεριφορά. Επομένως αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση η αρχική μέτρηση για την διερεύνηση της συμπεριφοράς και η επαναληπτική μέτρηση για την διερεύνηση της πιθανής αλλαγής της.

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων ήταν ανώνυμη και εμπιστευτική. Πριν την συμμετοχή στην έρευνα, και μετά από συνενόηση με τον Διευθυντή του σχολείου, διανεμήθηκε στους μαθητές η Συναίνεση Γονέων (βλ. Παράρτημα Α), η οποία έπρεπε να υπογραφεί από τον γονέα/κηδεμόνα των μαθητών.

Απαραίτητη προϋπόθεση, ήταν το ερωτηματολόγιο κάθε μαθητή που συμμετείχε στην α' φάση, να συνδυαστεί με το ερωτηματολόγιο του ίδιου μαθητή στην β' φάση. Για αυτό ζητήθηκε από τους μαθητές να συμπληρώσουν ένα προσωπικό κωδικό τον οποίο επιθυμούσαν και τον οποίο κλήθηκαν να συμπληρώσουν και στην β' φάση. Με αυτό τον τρόπο, κατέστη δυνατή η ταύτιση των στοιχείων του κάθε μαθητή.

Στα δημογραφικά στοιχεία που ζητούνται από τους μαθητές στην έναρξη του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνεται το γένος, η ηλικία, το όνομα του σχολείου και το επάγγελμα γονέων.

### **Υλικό**

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε, είναι ένα ερωτηματολόγιο που έχει κατασκευαστεί για αυτό το σκοπό και ερευνά την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς των νέων καθώς και στοιχεία σχετικά με την αυτοεκτίμηση και την αυτο-αποτελεσματικότητά τους (βλ. παρακάτω). Για την κατασκευή του ερωτηματολογίου έχουν χρησιμοποιηθεί τα: 1) **The Rosenberg Self-Esteem Test** (Rosenberg, 1965) 2) **The General Self-Efficacy Scale** (Schwarzer & Jerusalem, 1995), 3) **CUSES: Condom Use Self Efficacy Scale** (Brafford & Beck, 1991) και 4) το **Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale Form A** (Wallston et. al., 1978).

Τα ερωτηματολόγια έχουν μεταφραστεί με τη μέθοδο της αντίστροφης μετάφρασης αρχικά από την υπογράφουσα. Στη συνέχεια, έγινε μετάφραση με τη βοήθεια τριών ατόμων που έχουν την Αγγλική ως μητρική γλώσσα. Επίσης, ακολουθήθηκε η κριτική μέθοδος από δύο ανεξάρτητους ψυχολόγους, με επάρκεια στην Αγγλική γλώσσα. Η κριτική μέθοδος αφορά την μετάφραση του πρωτότυπου ερωτηματολογίου στα ελληνικά και η αντίστροφη μετάφραση από τα ελληνικά στα αγγλικά.

Το ερωτηματολόγιο του Rosenberg (1979), έχει χρησιμοποιηθεί αρκετά, με πολύ καλά ψυχομετρικά αποτελέσματα (Κούμη, 1994, Κούμη και Τσιάντης, 2001). Επίσης το ερωτηματολόγιο των Glynou, Schwarzer & Jerusalem, (1994), έχει

χρησιμοποιηθεί μεταφρασμένο στα ελληνικά σε πολλές έρευνες (Argyropoulou, 2004; 2007; Mantelou et. al., 2010; Sidiropoulou-Dimakakou et. al., 2012). Η Κλίμακα Πολυδιάστατης Εστίασης Ελέγχου της Υγείας (MHLC) (Wallston et. al., 1978) έχει μεταφραστεί και έχει χρησιμοποιηθεί στα ελληνικά σε πρόσφατες έρευνες (Pascali et. al., 2012).

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν ερωτήματα διερεύνησης των γνώσεων και ενημέρωσης των μαθητών σχετικά με AIDS, με βάση αναφορές του Διεθνούς Οργανισμού Εργασίας σχετικά με το AIDS (ILO, 2002-2006, IPEC, SCREAM, 2007).

Κατά την διάρκεια της πιλοτικής έρευνας ζητήθηκε από τους μαθητές να κάνουν παρατηρήσεις σχετικά με την ευκολία κατανόησης των εννοιών. Μετά την διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας κρίθηκε απαραίτητο να αφαιρεθούν οι παρακάτω γενικές ερωτήσεις: 1) Μόνο με τη βαθμολογία 1, 2 ,3 ή 4: Γιατί φοβάσαι το AIDS; 2) Μόνο με τη βαθμολογία 5, 6 ή 7: Γιατί δεν φοβάσαι καθόλου το AIDS; 3) Έχουν οι Άνδρες και οι Γυναίκες την ίδια επικινδυνότητα μόλυνσης; 4) Μπορεί κάποιο άτομο το οποίο έχει μολυνθεί από τον ιό HIV, αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμα με AIDS, να μολύνει άλλα άτομα; 5) Είχες μέχρι τώρα σεξουαλική επαφή; *Εάν απάντησες «Ναι»:* *Πόσο χρόνων ήσουν την πρώτη φορά;* 6) Έχεις κάνει μέχρι στιγμής μια εξέταση για HIV;

#### **Αντισταθμιστικές συνθήκες** (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε)

Κατά την επαναληπτική μέτρηση, τα υποκείμενα καλούνται να απαντήσουν ξανά το ερωτηματολόγιο αφού χωριστούν τυχαία σε εννέα ομάδες. Δημιουργήθηκαν με την βοήθεια Γραφίστα, αφίσες – εικόνες με μηνύματα αγωγής υγείας. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν δύο εικόνες υψηλής/χαμηλής απειλής σχετικά με το AIDS, δύο μηνύματα σχετικά με την υψηλή/χαμηλή ευαλωτότητα των ερωτώμενων στην ασθένεια καθώς και δύο μηνύματα υψηλής/χαμηλής αποτελεσματικότητας. Τέλος υπήρχε και μια ομάδα χωρίς καμία παρέμβαση (ομάδα ελέγχου).

- Υψηλή απειλή: Εικόνα αγοριού και κοριτσιού στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας.
- Χαμηλή απειλή: Εικόνα κατοίκων της Αφρικής και ομοφυλόφιλων
- Υψηλή ευαλωτότητα: *Το AIDS τους αφορά όλους ακόμα και εσένα.*
- Χαμηλή ευαλωτότητα: *Το AIDS αφορά τους κατοίκους της Αφρικής και*

μόνο τους ομοφυλόφιλους.

- Υψηλή αποτελεσματικότητα: Είσαι ικανός/ή να εμποδίσεις το AIDS αποτελεσματικά, χρησιμοποιώντας προφυλακτικά. Η χρήση προφυλακτικών αποτελεί μια σίγουρη μέθοδο προφύλαξης από την ασθένεια του AIDS, αν χρησιμοποιηθούν σωστά και δεν στερούν την απόλαυση. (Αναφορά στην ευκολία της χρήσης)
- Χαμηλή αποτελεσματικότητα: Το AIDS αποτελεί μια τρομερή απειλή. Τα προφυλακτικά συχνά αποτυγχάνουν να σε προφυλάξουν από την ασθένεια του AIDS και στερούν την απόλαυση.

Τα υποκείμενα αφού είδαν το μήνυμα που τους έχει δοθεί, καλούνται να απαντήσουν σχετικά με την διάθεση και τις στάσεις που τους προκάλεσε αυτό. Έπειτα καλούνται να απαντήσουν ξανά το ερωτηματολόγιο που απάντησαν και στην πρώτη μέτρηση.

Οι μεταβλητές ευαλωτότητα, σοβαρότητα κινδύνου και αποτελεσματικότητα θα αποτελέσουν τις ανεξάρτητες μεταβλητές που ίσως επηρεάσουν την αλλαγή της συμπεριφοράς.

Με την βοήθεια των αντισταθμιστικών συνθηκών θέλουμε να δούμε κατά πόσο τα υποκείμενα τυχόν θα επηρεαστούν όσον αφορά την πρόθεση συμπεριφοράς τους. Εξαιτίας του ότι οι άνθρωποι διαθέτουν διαφορετικά είδη και σύνολα εμπειριών σχετικά με την αποτελεσματικότητα, δεν μπορούμε να υποθέσουμε ότι η παροχή μιας νέας πηγής πληροφόρησης για την αποτελεσματικότητα θα επηρεάσει όλους ομοιόμορφα.

Η μείωση του φόβου σε απειλές θα προκαλέσει προσδοκίες αποτελεσματικότητας, αλλά περισσότερο σε άτομα που είχαν περιστασιακά επιτυχείς αποδόσεις από ότι σε άτομα που συνεχώς αποτυγχάνουν στις προσπάθειές τους. Επομένως κανείς θα πρέπει να μετρήσει τον τρόπο συμπεριφοράς των ατόμων ώστε να διαθέτει την απαραίτητη προϋπόθεση για μια μικροανάλυση των καθοριστικών παραγόντων της αποτελεσματικότητας της συμπεριφοράς.



**Οι υποθέσεις :** Λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι, (σύμφωνα με τους kleinot & Rogers 1982; Maddux & Rogers 1983; Rogers & Mewborn 1976; Witte, 1992) ένα απειλητικό μήνυμα προκαλεί αίσθηση απειλής, η οποία ακολούθως προκαλεί φόβο υποθέτουμε τα παρακάτω:

**Υπόθεση 1)** Η Αυτοεκτίμηση αναμένεται να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα καθορισμού της επικινδυνότητας της συμπεριφοράς των νέων. Έρευνες έχουν δείξει (Cole & Slocumb 1995; Walsch 1991; Rosenthal, Moore & Flynn 1991; Hollar & Snizek, 1996), ότι εκείνοι με υψηλή αυτοεκτίμηση, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Rosenberg, ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά.

**Υπόθεση 2)** Τα άτομα τα οποία θα δουν κάποιο μήνυμα υψηλής απειλής, αναμένεται να οδηγηθούν σε μεγαλύτερη αίσθηση φόβου.

**Υπόθεση 3)** Τα υποκείμενα που θα δουν **το μήνυμα υψηλής απειλής, υψηλής ευαλωτότητας και χαμηλής αποτελεσματικότητας, αναμένεται να οδηγηθούν σε υψηλότερη αίσθηση φόβου.** Η αίσθηση απειλής θα είναι θετικά σχετιζόμενη με τον φόβο. Ο φόβος αυξάνεται όταν η αποτελεσματικότητα είναι χαμηλή. Όσο ισχυρότερη η απειλή, τόσο ισχυρότερος ο φόβος που θα αισθάνονται τα υποκείμενα.

**Υπόθεση 4)** Τα υποκείμενα τα οποία θα δουν **το μήνυμα υψηλής απειλής, υψηλής ευαλωτότητας και χαμηλής αποτελεσματικότητας αναμένεται να απορρίψουν το μήνυμα και να μην επέλθει κάποια αλλαγή στην πρόθεση της συμπεριφοράς τους.** Ο φόβος σχετίζεται θετικά με την απόρριψη ενός μηνύματος αλλά έμμεσα με την αποδοχή του. Όταν η αποτελεσματικότητα είναι υψηλή, τότε η απειλή καθορίζει την σχέση μεταξύ του φόβου και της αλλαγής συμπεριφοράς.

**Υπόθεση 5)** Αναμένεται τα άτομα που θα δουν **το μήνυμα υψηλής απειλής, υψηλής ευαλωτότητας και υψηλής αποτελεσματικότητας να αποδεχτούν το μήνυμα και να οδηγηθούν σε αλλαγή της πρόθεσης συμπεριφοράς τους.** Η αποτελεσματικότητα της προληπτικής ενέργειας και η προσωπική αποτελεσματικότητα σχετίζονται θετικά με την αποδοχή κάποιου προληπτικού μηνύματος.

**Υπόθεση 6)** Τα άτομα με υψηλή αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας είναι πιο πιθανό να υιοθετούν προληπτική συμπεριφορά (αυτό-αποτελεσματικότητα).

**Υπόθεση 7)** Τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα ελέγχου δεν αναμένεται να εμφανίσουν κάποια αλλαγή στην συμπεριφορά τους.

**Υπόθεση 8)** Σύμφωνα με τους Witte και Allen (2000), «ο φόβος φαίνεται ότι αποτελεί ένα σημαντικό κίνητρο εφόσον τα άτομα πιστεύουν ότι είναι ικανά να προστατέψουν τον εαυτό τους». Αναμένεται ότι οι μαθητές που είναι ενημερωμένοι και έχουν προληπτική συμπεριφορά, να έχουν μεγαλύτερη αίσθηση ευαλωτότητας αλλά και φόβου.

**Υπόθεση 9)** Καθώς αυξάνεται η αντιλαμβανόμενη απειλή, ενώ η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι χαμηλή, τα άτομα θα κάνουν το αντίθετο από αυτό που προτείνεται (μπούμερανγκ).

### **Αναλυτική Κατάσταση Σχολείων**

Η έρευνα διεξήχθη στα Λύκεια: **151021** / 3<sup>ο</sup> ΛΥΚΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ: Λ. Μαβίλη, Αγρίνιο, **151009** / 4<sup>ο</sup> ΛΥΚΕΙΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ: Εθν. Οδός Αγρινίου – Αμφιλοχίας, **150110** / Ε.Π.Α.Σ. ΑΓΡΙΝΙΟΥ: Εθν. Οδός Αγρινίου – Αμφιλοχίας, με τη μορφή Μέτρηση και Επαναληπτική Μέτρηση (follow up).

### **Ώρες Απασχόλησης των μαθητών:**

Η διάρκεια απασχόλησης των μαθητών δεν υπερέρβει την μια (1) διδακτική ώρα, καθώς η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί πάνω από 45 λεπτά. Κάθε μαθητής ο οποίος συμμετείχε τόσο στην Αρχική Μέτρηση όσο και την Επαναληπτική Μέτρηση, χρειάστηκε συνολικά δύο (2) ώρες εντός του ωρολογίου προγράμματος.

## Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD), οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's  $\chi^2$  test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA) ή το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι  $0,05/k$  ( $k$ = αριθμός των συγκρίσεων). Για τη σύγκριση των παραγόντων μεταξύ των μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το paired t-test. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στις μετρήσεις μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων. Η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- $\alpha$ . Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman ( $r$ ). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

## Παρουσίαση των Ερωτηματολογίων

### 1. Κλίμακα Αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού CUSES: Condom Use Self Efficacy Scale (Bandura, 1989, Brafford & Beck 1991)

Η πεποίθηση του Bandura (Bandura, 1989), ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα θα μπορούσε να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο στην μείωση του ιού HIV, οδήγησε στην διαμόρφωση του εργαλείου CUSES (Condom Use Self Efficacy Scale, Bandura, 1989). Το ερωτηματολόγιο CUSES είναι ένα εργαλείο με 28 ερωτήσεις σχεδιασμένο να μετρήσει την πεποίθηση των νέων για την σωστή χρήση προφυλακτικών καθώς και την διαπραγμάτευση της χρήσης τους (Brafford and Beck, 1991).

Έρευνα σχετικά με την χρήση του εργαλείου CUSES μπορεί να βρεθεί σε πέντε έρευνες (Brafford and Beck, 1991; Brien et. al., 1994; Langer et. al., 1994; Mahoney et. al., 1995; Forsyth et. al., 1997).

**Υποκλίμακες:** Μια παραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε από τους Brien et. al., (1994) διαχώρισε τέσσερις παράγοντες:

**1) Μηχανισμοί** (η ικανότητα να τοποθετήσω ένα προφυλακτικό στον εαυτό μου ή σε κάποιο άλλο - ερωτήσεις: 1,27,14,22)

**2) Η μη έγκριση του συντρόφου** (η χρήση του προφυλακτικού με την αποδοχή του/της συντρόφου – ερωτήσεις:9,10,16,17,18)

**3) Κατηγορηματικότητα** (Ικανότητα να πείσω ένα/μία σύντροφο να χρησιμοποιήσει ένα προφυλακτικό – ερωτήσεις: 4,5,6,)

**4) Ουσίες** (Ικανότητα να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό ενώ βρίσκομαι υπό την επήρεια ουσιών – ερωτήσεις: 24,25,28).

Το ερωτηματολόγιο CUSES αποτελείται από 28 ερωτήματα με απαντήσεις στην μορφή κλίμακας Likert από το 0 έως το 4 όπου το 0=διαφωνώ απόλυτα, το 1=διαφωνώ, 2=αναποφάσιστος/η, 3=συμφωνώ, 4=συμφωνώ απόλυτα. Αφού γίνει αντιστροφή των αρνητικών ερωτήσεων, υπολογίζεται το άθροισμα.

Τα ερωτήματα τα οποία πρέπει να αντιστραφούν είναι τα: 8,9,10,15,16,17,18. Το πιθανό εύρος της βαθμολογίας είναι από 0-112 βαθμούς, με την υψηλότερη βαθμολογία να δηλώνει μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα της χρήσης προφυλακτικού (Brafford & Beck, 1991).

Στην έρευνα των Barkley και Burns, (2000), οι οποίοι χρησιμοποίησαν την κλίμακα CUSES σε μια διαπολιτισμική ομάδα φοιτητών, βρέθηκαν τρεις παράγοντες μέσα από την παραγοντική ανάλυση. Πρώτον, ο παράγοντας της «οικειοποίησης» μπορεί να ερμηνευθεί ως το συστατικό της αυτό-αποτελεσματικότητας που αναφέρεται στην επίτευξη μιας ενέργειας. Η συμμετοχή των φοιτητών ή μη συμμετοχή τους στην αγορά και την χρήση προφυλακτικών ίσως αναπαριστά το επίπεδο της αυτό-αποτελεσματικότητάς τους όσον αφορά αυτές τις συμπεριφορές.

Δεύτερον, ο παράγοντας «Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες» είναι ενδεικτικός της φυσιολογικής ανατροφοδότησης (φόβος), ως συστατικού της αυτό-αποτελεσματικότητας. Ο τρίτος παράγοντας, «η μη έγκριση του συντρόφου» μπορεί να θεωρηθεί ως ένας συνδυασμός των συστατικών τόσο της φυσιολογικής ανατροφοδότησης όσο και της λεκτικής πειθούς.

Στόχος της έρευνας των Baele et. al., (2001), ήταν να διερευνήσει τις πλευρές της αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού των εφήβων, οι οποίες επηρεάζουν την προτιθέμενη και πραγματική χρήση του προφυλακτικού. Οι 424 έφηβοι που συμμετείχαν, με μέσο όρο ηλικίας 17.0 χρόνων, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο που αφορούσε την αυτό-αποτελεσματικότητα της χρήσης προφυλακτικού και την προτιθέμενη αλλά και πραγματική χρήση του.

Τα αποτελέσματα έδειξαν την κατασκευή έξι κλίμακων της αυτό-αποτελεσματικότητας: τεχνικές δεξιότητες, αυτοπεποίθηση, συναισθηματικό έλεγχο, αγορά, διεκδίκηση και ο σεξουαλικός έλεγχος. Στους σεξουαλικά άπειρους εφήβους, η αυτο-αποτελεσματικότητα εξήγησε το 48%, οι έξι κλίμακες αυτο-αποτελεσματικότητας το 30% και οι δύο μαζί το 51% της διασποράς στην πρόθεση, μετά από στατιστικό έλεγχο για το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. Στο σεξουαλικά έμπειρο δείγμα, αυτό ήταν 40%, 50% και 57% για την πρόθεση, και 23%, 29% και 33% για τη συνέπεια της χρήσης προφυλακτικού.

Σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης στο τελικό μοντέλο ήταν το φύλο, η ηλικία, η αυτο-αποτελεσματικότητα και οι δεξιότητες αγοράς για το άπειρο

δείγμα, και η αυτο-αποτελεσματικότητα, ο συναισθηματικός έλεγχος, η αυτοπεποίθηση και ο σεξουαλικός έλεγχος στο έμπειρο δείγμα, ενώ το φύλο, η ηλικία, η αυτο-αποτελεσματικότητα, ο συναισθηματικός έλεγχος, η αυτοπεποίθηση και η αγορά προέβλεπαν την συνέπεια της χρήσης προφυλακτικού στο έμπειρο δείγμα.

**Αξιοπιστία:** Οι κατασκευαστές της κλίμακας (Brafford and Beck, 1991), αναφέρουν ότι το CUSES αποτελεί μια αξιόπιστη μέτρηση με Cronbach  $\alpha$  0.91. Η αξιοπιστία της επαναληπτικής μέτρησης (δύο εβδομάδες) είναι Cronbach  $\alpha$  0.81. Οι Langer et. al., (1994) και οι Forsyth et. al., (1997), ανέφεραν ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα στην χρήση προφυλακτικών και η πραγματική χρήση τους αποτελούν δύο διαφορετικές έννοιες. Αυτοί οι ισχυρισμοί βασίζονται σε έρευνες με φοιτητές, οι οποίοι συχνά αναφέρουν ότι είναι ικανοί να χρησιμοποιήσουν το προφυλακτικό σωστά αλλά όταν πραγματικά χρειάζεται να το κάνουν, φαίνονται ανίκανοι να πραγματοποιήσουν επιτυχώς αυτό το έργο.

Στην έρευνα των Forsyth et. al., (1997), αξιολογήθηκε η σχέση μεταξύ των απόψεων αυτο-αποτελεσματικότητας για την χρήση προφυλακτικών και την επίδοση της συμπεριφοράς. Σαραντατρείς άνδρες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (CUSES) και συμμετείχαν σε δύο αξιολογήσεις συμπεριφοράς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα άτομα με υψηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα δεν ήταν και λιγότερο ευάλωτα στον ιό του AIDS.

Η εσωτερική συνοχή για τις υποκλίμακες είναι:

- 1) Μηχανισμοί: Cronbach  $\alpha$  = 0.78
- 2) Η μη έγκριση του συντρόφου: Cronbach  $\alpha$  = 0.81
- 3) Κατηγορηματικότητα: Cronbach  $\alpha$  = 0.80
- 4) Ουσίες: Cronbach  $\alpha$  = 0.82

## 2. Η Κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg The Rosenberg Self-Esteem Test (1979)

Ο Rosenberg<sup>25</sup> (1979; 1986α), ήταν ο πρώτος ο οποίος αμφισβήτησε τα μονοδιάστατα-αθροιστικά μοντέλα της έννοιας του εαυτού. Ο ίδιος έδωσε έμφαση στη σφαιρική φύση της αυτοεκτίμησης. Ισχυρίστηκε όμως ότι η αυτοεκτίμηση δεν προκύπτει από το απλό άθροισμα των τιμών των ερωτήσεων ενός ερωτηματολογίου όπως αυτό του Coopersmith (1967), αλλά ότι τα διάφορα διακεκριμένα στοιχεία του εαυτού σταθμίζονται, ιεραρχούνται και συνδυάζονται σύμφωνα με μια άκρως σύνθετη εξίσωση, της οποίας το άτομο πιθανόν δεν έχει επίγνωση. Η θέση αυτή του Rosenberg αντανακλάται στο ερωτηματολόγιο του, του οποίου οι ερωτήσεις αποτυπώνουν άμεσα την αυτοεκτίμηση.

Ο Rosenberg<sup>26</sup> (1986β), αποδίδει την αυξημένη αστάθεια της έννοιας του εαυτού κατά την εφηβεία σε παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνικοποίηση του ατόμου. Κατ'αυτόν, ένα ζήτημα που απασχολεί ιδιαίτερα τον έφηβο είναι οι γνώμες των άλλων για τον εαυτό του, η δυσκολία του όμως να μαντέψει τις γνώμες αυτές έχει ως αποτέλεσμα την αμφιβολία για τον εαυτό. Επιπλέον, διαφορετικοί «σημαντικοί άλλοι» είναι πιθανόν να έχουν διαφορετικές γνώμες για τον εαυτό ενός ατόμου, προσφέροντάς του έτσι αντιφατική επανατροφοδότηση.

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αποκαλύπτει ότι η έννοια του εαυτού έχει αρνητική σχέση με το άγχος (Bijstra, Bosma & Jackson, 1994; Byrne, 2000; Phillips, 1978; Prout & Prout, 1996; Rosenberg, 1989). Σε ορισμένες μάλιστα μελέτες (Byrne, 2000) η συνάφεια της αυτοεκτίμησης με το άγχος βρέθηκε να κινείται σε πολύ υψηλά επίπεδα ( $r = -0,69$ ). Ο Rosenberg<sup>27</sup>, (1989) εξέτασε την αιτιολογική πτυχή της συνάφειας αυτής και βρήκε ενδείξεις για μια αιτιώδη σχέση της αυτοεκτίμησης με πολλά από τα συμπτώματα του άγχους.

---

<sup>25</sup> Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση: Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ 29.

<sup>26</sup> Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση: Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ 52.

<sup>27</sup> Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση: Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ 136.

Το ερωτηματολόγιο του Rosenberg «Self-Esteem Scale»<sup>28</sup>, (Rosenberg, 1979) έχει κατασκευαστεί για χρήση με άτομα ηλικίας άνω των 12 ετών.

**Δομή:** Το ερωτηματολόγιο του Rosenberg αποτυπώνει άμεσα την αυτοεκτίμηση χρησιμοποιώντας ένα σύνολο δέκα ερωτήσεων, οι οποίες στις περισσότερες έρευνες απαντώνται σε κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων, από «συμφωνώ απόλυτα» μέχρι «διαφωνώ απόλυτα». Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι σύντομες προτάσεις της μορφής «Πιστεύω ότι ως άτομο αξίζω όσο και οι άλλοι».

**Δείγματα στάθμισης:** Ο αρχικός έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου έγινε το 1965, με δείγμα 5.024 εφήβων από 10 σχολεία της πολιτείας της Νέας Υόρκης. Αν και δεν αναφέρονται μεταγενέστερα δείγματα στάθμισης, η αρχική μορφή του ερωτηματολογίου και οι μετέπειτα αναθεωρήσεις του, έχουν χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνών των οποίων τα δείγματα καλύπτουν ευρύ φάσμα εθνικοτήτων, ηλικιών και κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.

**Δείκτες αξιοπιστίας:** Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου για χρονικό διάστημα 2 εβδομάδων έχει βρεθεί να κυμαίνεται από  $r=0,85$  έως  $r=0,88$ .

Ο συντελεστής alpha εσωτερικής συνοχής/συνέπειας του ίδιου ερωτηματολογίου στο αρχικό δείγμα στάθμισης των 5.024 εφήβων βρέθηκε ίσος με  $\alpha=0,77$ . Η Wylie (1989) και οι Blascovich και Tomaka (1991) αναφέρουν άλλους επτά συντελεστές alpha, των οποίων οι τιμές κυμαίνονται από  $\alpha=0,72$  έως  $\alpha=0,87$ . Στην Ελλάδα, το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Rosenberg (1979), έχει χρησιμοποιηθεί αρκετά, με πολύ καλά ψυχομετρικά αποτελέσματα (Κούμη, 1994; Κούμη και Τσιάντης, 2001).

**Δείκτες εγκυρότητας:** Παρόλο που το ερωτηματολόγιο του Rosenberg σχεδιάστηκε και χρησιμοποιείται με την υπόθεση του μονοδιάστατου, ορισμένες παραγοντοαναλυτικές μελέτες αποκάλυψαν σε αυτό την ύπαρξη δύο παραγόντων, οι

---

<sup>28</sup> Διαθέσιμο στην διαδικτυακή πηγή: <http://www.mhsip.org/reportcard/rosenberg.PDF>



οποίοι θα μπορούσαν να αποδοθούν με τους όρους «αρνητική αυτοεκτίμηση» και «θετική αυτοεκτίμηση» (Byrne, 1996<sup>a</sup>; Wylie, 1989). Στη βάση όμως της σύνθεσης και των δύο αυτών παραγόντων οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι το ερωτηματολόγιο του Rosenberg είναι μονοδιάστατο.

Έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες για την διερεύνηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας της Κλίμακας Αυτοεκτίμησης του Rosenberg. Ο Goldsmith (1986), αναφέρει ότι η παραγοντική δομή της Κλίμακας εξαρτάται από την ηλικία και άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος. Οι έρευνες που χρησιμοποίησαν μαθητές ή φοιτητές ως δείγμα, υποστήριξαν την καθολική διάσταση της Κλίμακας (Silbert & Tippet 1965; Crandal, 1973; McCarthy & Hoge, 1982), ή βρήκαν παράγοντες οι οποίοι ήταν αλληλοεξαρτώμενοι και είχαν παρόμοιους συσχετισμούς (Rosenberg, 1979; Hagborg, 1993).

Αντίθετα, σε έρευνες όπου το δείγμα αποτελούσαν ενήλικες, η ανάλυση αναγνώρισε δύο σημαντικές και συχνά ανεξάρτητες διαστάσεις της προσωπικότητας (Kaplan & Pokorny, 1969; Shahani et. al., 1990). Οι αναγνωρισμένες διαστάσεις συχνά ορίζονταν ως οι αρνητικά και θετικά διατυπωμένες ερωτήσεις και ονομάζονταν «Παρέκκλιση Εαυτού» και «Ενίσχυση Εαυτού» (Shahani et. al., 1990).

Δεν χρησιμοποίησαν όλες οι έρευνες την μέθοδο απαντήσεων κλίμακας Guttman για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης. Πολλοί ερευνητές έχουν προτιμήσει να υπολογίσουν το συνολικό σκορ της κλίμακας αθροίζοντας τις απαντήσεις όλων των ερωτήσεων (Kaplan & Pokorny, 1969; McCarthy & Hoge, 1982; Shahani et. al., 1990; Hagborg, 1993).

Επιπλέον, οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει διαφορετικό αριθμό δυνατών απαντήσεων για κάθε ερώτηση. Για παράδειγμα, οι McCarthy και Hoge (1982), όπως και ο Rosenberg, χρησιμοποίησαν μια κλίμακα 4 απαντήσεων, ενώ οι Shahani et. al., (1990) εισήγαγαν μια κλίμακα 6 απαντήσεων.

Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου του Rosenberg<sup>29</sup> σε σχέση με τη θεωρητική υπόθεση, έχει τεκμηριωθεί διαμέσου των συναφειών του με ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της κατάθλιψης, του άγχους, του γονικού ενδιαφέροντος, των ηγετικών ικανοτήτων, του κέντρου ελέγχου, της αυτοπεποίθησης και της δημοτικότητας.

---

<sup>29</sup> Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση: Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ 167-168.

**Βαθμολόγηση:** Συμφωνώ απόλυτα=3, Συμφωνώ=2, Διαφωνώ=1, Διαφωνώ Απόλυτα=0. Οι ερωτήσεις με αστερίσκο (ερωτήσεις 2,5,6,8,9) βαθμολογούνται αντίστροφα, δηλαδή Συμφωνώ απόλυτα=0, Συμφωνώ=1, Διαφωνώ=2, Διαφωνώ Απόλυτα=3. Όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία τόσο υψηλότερη η αυτοπεποίθηση. Η βαθμολογία κάτω του 15 δηλώνει χαμηλή αυτοεκτίμηση.

### **3. Η Κλίμακα Γενικής Αυτό-αποτελεσματικότητας The General Self-Efficacy Scale<sup>30</sup> (GSE) (Glynnou, Schwarzer & Jerusalem, 1994)**

Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε για να αξιολογήσει την γενική έννοια της αντιλαμβανόμενης αυτό-αποτελεσματικότητας με στόχο την πρόβλεψη διαχείρισης καθημερινών προβλημάτων καθώς και της προσαρμογής μετά από την εμπειρία στρεσογόνων γεγονότων. Η Γενική Κλίμακα Αυτό-Αποτελεσματικότητας αποτελεί την αναθεωρημένη έκδοση μιας παλαιότερης μορφής του ερωτηματολογίου των Jerusalem και Schwarzer (1986, Schwarzer, 1993).

Η κλίμακα σχεδιάστηκε για τον γενικότερο ενήλικο πληθυσμό αλλά και τους εφήβους. Άτομα ηλικίας κάτω των 12 ετών δεν θα πρέπει να εξετάζονται.

Η κλίμακα χορηγείται ατομικά, ως μέρος ενός γενικότερου περιεκτικού ερωτηματολογίου. Κατά προτίμηση, τα 10 ερωτήματα αναμειγνύονται με τυχαίο τρόπο με το σύνολο άλλων ερωτημάτων τα οποία έχουν την ίδια μορφή απαντήσεων. Απαιτούνται τέσσερα λεπτά κατά προτίμηση για την απάντησή τους. Οι απαντήσεις έχουν την μορφή κλίμακας 4-σημείων. Το άθροισμα των απαντήσεων όλων των 10 ερωτημάτων αποδίδει το τελικό αποτέλεσμα μιας βαθμίδας από 10 ως 40.

Για τους σκοπούς της έρευνας των Schwarzer et. al., (2005), οι ερευνητές μέτρησαν την κατανομή της βαθμολογίας και χώρισαν το δείγμα σε 2-3 ομάδες παρόμοιων μεγεθών. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες τιμές για να δούμε την υψηλή ή χαμηλή αποτελεσματικότητα.

Η δομή της Κλίμακας της αντιλαμβανόμενης αυτό-αποτελεσματικότητας αντανακλά την αισιόδοξη αυτοπεποίθηση του ατόμου (Schwarzer, 1992). Αυτή είναι η πεποίθηση ότι κάποιος μπορεί να εκτελέσει δύσκολες ασκήσεις ή να χειριστεί

---

<sup>30</sup> Jerusalem & Schwarzer, 1986, 1992, Schwarzer, 1993, Glynnou, Schwarzer & Jerusalem, 1994.

αντιξοότητες σε ποικίλους τομείς της ανθρώπινης λειτουργίας. Η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα διευκολύνει την διαμόρφωση στόχων, την επένδυση προσπάθειας, την επιμονή μπροστά σε εμπόδια και την ανάκαμψη από τις ατυχίες. Μπορεί να θεωρηθεί ως ένας παράγοντας πηγής θετικής αντίστασης. Κάθε ένα από τα δέκα ερωτήματα της κλίμακας, αναφέρεται στην επιτυχή διαχείριση και υπονοεί μια εσωτερική-σταθερή απόδοση της επιτυχίας. Η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα είναι μια λειτουργική κατασκευή: σχετίζεται με την επακόλουθη συμπεριφορά και επομένως, σχετίζεται με την κλινική πρακτική και την αλλαγή συμπεριφοράς.

**Αξιοπιστία:** Δείγματα ερευνών από 23 χώρες, παρουσίασαν συντελεστή Cronbach  $\alpha$  που κυμαίνονταν από 0.76 ως 0.90, με την πλειοψηφία στο 0.80. Για τον Ελληνικό πληθυσμό, ο συντελεστής Cronbach  $\alpha$  ήταν 0.78 (Scholz, Gutiérrez Doña, Sud, & Schwarzer, 2002). Η κλίμακα είναι μονοδιάστατη.

Σχετικά με την αξιοπιστία της κλίμακας, στατιστικά σημαντικές διαφορές έχουν φανεί για διαφορετικές ομάδες ατόμων όσον αφορά την αυτό-αποτελεσματικότητα που αναγνωρίζουν οι άνθρωποι στον εαυτό τους (Schwarzer, 1993; Παυλάτου, 1999; Argyropoulou, 2004; 2007; Αργυροπούλου, 2006; Mantelou et. al., 2010; Sidiropoulou-Dimakakou et. al., 2012). Σε προηγούμενη έρευνα της Αργυροπούλου (2004), ο συντελεστής Cronbach  $\alpha$ , ο δείκτης εσωτερικής συνοχής για το σύνολο της κλίμακας ήταν 0.77.

**Εγκυρότητα:** Η εγκυρότητα της κλίμακας αναφέρεται σε ποικίλες έρευνες όπου θετικοί συντελεστές βρέθηκαν με τα θετικά συναισθήματα, την διάθεση αισιοδοξίας και την εργασιακή ικανοποίηση. Αρνητικοί συντελεστές βρέθηκαν με την κατάθλιψη, το άγχος, την εξουθένωση (Schwarzer, et. al., 1999).

Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς με επιτυχία για δύο δεκαετίες. Είναι κατάλληλη για ένα μεγάλο εύρος εφαρμογών. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πρόβλεψη της προσαρμογής μετά από αλλαγές στην ζωή κάποιου, αλλά είναι επίσης κατάλληλη και ως δείκτης της ποιότητας ζωής σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή.

Στις περισσότερες εφαρμογές της, είναι απαραίτητο να προστεθούν κάποια ερωτήματα τα οποία θα καλύψουν το συγκεκριμένο περιεχόμενο της έρευνας ή

παρέμβασης (όπως την αυτό-αποτελεσματικότητα παύσης του καπνίσματος, ή την αυτό-αποτελεσματικότητα σωματικής άσκησης).

#### **4. Κλίμακες Πολυδιάστατης Εστίασης Ελέγχου της Υγείας Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales (Wallston, et. al., 1978)**

Η Κλίμακα Εστίασης Ελέγχου της Υγείας έχει αναγνωριστεί ως μια σημαντική κατασκευή στην κατανόηση και πρόβλεψη της συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία. Σύμφωνα με την θεωρία της κοινωνικής θεωρίας μάθησης του Rotter (1966), τα άτομα ίσως έχουν εσωτερική ή εξωτερική εστίαση ελέγχου.

Ο Wallston (1978) και οι συνεργάτες του χορήγησαν την βασική ιδέα του Rotter στον τομέα της υγείας. Ο όρος «εστίαση» αναφέρεται στην περιοχή όπου βρίσκεται ο έλεγχος είτε «εσωτερική» για το άτομο το οποίο θεωρεί ότι συγκεκριμένα γεγονότα οφείλονται στις πράξεις και τη συμπεριφορά τους, δηλαδή οι δικές τους πράξεις είναι άμεσα υπεύθυνες για τα γεγονότα στη ζωή τους, ή «εξωτερική» για το άτομο το οποίο πιστεύει ότι συγκεκριμένα γεγονότα στη ζωή του οφείλονται σε παράγοντες όπως οι ιατροί, η τύχη, η μοίρα. Ανέπτυξαν μια μονοδιάστατη κλίμακα εστίασης ελέγχου της υγείας και άρχισαν να τη χρησιμοποιούν σε έρευνες την δεκαετία του 1970.

Τα αποτελέσματα από τις πρώτες τους έρευνες έπεισαν τον Wallston ότι η εσωτερικότητα και εξωτερικότητα αποτελούν ξεχωριστές διαστάσεις. Ακολουθώντας τον διαχωρισμό που έκανε ο Levenson (1973), στην κατασκευή του Rotter σε τρεις διαστάσεις – Εσωτερική, Ισχυροί Άλλοι και Ευκαιρία - ανέπτυξαν τις κλίμακες Πολυδιάστατης Εστίασης Ελέγχου της Υγείας (*The Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales*).

Οι κλίμακες Πολυδιάστατης Εστίασης Ελέγχου της Υγείας (*The Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales*) αποτελούν ένα σύνολο μετρήσεων, οι οποίες αναπτύχθηκαν στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα από τον Ken Wallston και τους συνεργάτες του. Αυτές οι κλίμακες έχουν σχεδιαστεί για να αξιολογήσουν τις πεποιθήσεις ενός ατόμου σχετικά με το αν η υγεία του καθορίζεται από τις ενέργειες των ατόμων (σε αντίθεση με την μοίρα, την τύχη) και αν ο τόπος εστίασης του ελέγχου

είναι «εσωτερικός» (π.χ. εξαρτάται από τις πράξεις ενός ατόμου) ή «εξωτερικός» (π.χ. εξαρτάται από τις πράξεις άλλων ατόμων).

Η αρχική μορφή των κλιμάκων Πολυδιάστατης Εστίασης Ελέγχου της Υγείας (*The Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales*) αποτελούνταν από δύο λίγο ή πολύ ισοδύναμες μορφές (Α και Β), κάθε μια από τις οποίες περιείχαν τρεις υποκλίμακες των έξι ερωτήσεων: εσωτερικότητα, ισχυροί άλλοι (εξωτερικότητα) και τύχη. Τα τελευταία 30 χρόνια οι μορφές Α και Β έχουν χρησιμοποιηθεί σε πάνω από 1000 έρευνες και έχουν υπάρξει μέρος της βιβλιογραφίας εκατοντάδες φορές.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha των υποκλιμάκων κυμαίνεται μεταξύ 0.70 (0.65-0.75) και η αξιοπιστία χορήγησης – επαναχορήγησης κυμαίνονταν από 0.70-30 (Pascali et. al., 2012).

Οι κλίμακες δεν είχαν ποτέ ως σκοπό να χρησιμοποιηθούν μόνες τους για να προβλέψουν την συμπεριφορά της υγείας ή την κατάσταση της υγείας. Αντίθετα, είχαν πρόθεση να μετριάσουν ή να μετριαστούν από άλλες θεωρητικά σχετικές μεταβλητές όπως η αξία της υγείας, άλλες προσδοκίες ή η σοβαρότητα μιας ασθένειας.

Η μορφή C της κλίμακας σχεδιάστηκε για να αποτελέσει μια γενική ιατρική-συγκεκριμένη αξιολόγηση της πεποίθησης ελέγχου της υγείας. Κάθε ερώτημα της μορφής περιέχει την λέξη «κατάσταση» η οποία μπορεί να αντικατασταθεί από το όνομα της υπάρχουσας κατάστασης (π.χ. διαβήτη). Όπως και οι μορφές Α και Β, έτσι και η C αποτελείται από 18 ερωτήματα, όμως αυτή αντί για την κλίμακα των ισχυρών άλλων, περιέχει 2 κλίμακες των 3 ερωτημάτων: ιατροί και άλλοι άνθρωποι. Η μορφή C έχει περιγραφεί από τους Wallston, Stein και Smith (1994).

Η Εστίαση Ελέγχου της Υγείας θεωρείται ως μια αποτελεσματική μεταβλητή στην ανάπτυξη της συμπεριφοράς της υγείας και τον καθορισμό των προβλημάτων υγείας. Η εσωτερική εστίαση ελέγχου συνοδεύεται θετικά με την γνώση και την στάση, την ψυχολογική κατάσταση και τις ευνοϊκότερες συνθήκες υγείας. Αντίθετα, η εξωτερική εστίαση ελέγχου συνοδεύεται με αρνητικές συμπεριφορές για την υγεία και την αδύναμη ψυχολογική κατάσταση (Malcarne et. al., 2005).

Έτσι, έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες έρευνες ανά τον κόσμο οι οποίες οδήγησαν σε πολύτιμα αποτελέσματα στον χώρο της ψυχολογίας της υγείας. Τα ευρήματα μπορούν να εντοπιστούν σε περισσότερα από 380 άρθρα.

Τα τελευταία 25 χρόνια, η υποκλίμακα Α έχει χρησιμοποιηθεί σε πάνω από χίλιες μελέτες και έχει αναφερθεί στην βιβλιογραφία εκατοντάδες φορές.

Η αξιοπιστία της κλίμακας έχει εξεταστεί σε έρευνες με τη διαδικασία μέτρησης και επαναληπτικής μέτρησης (Moshki et. al., 2007). Η αξιοπιστία των υποκλιμάκων κυμαίνονταν από 0.58 ( $p < 0.002$ ), ως 0.74 ( $p < 0.0001$ ). Αυτά τα επίπεδα αναφέρονται από τον Wallston (2005), ως ικανοποιητικοί συντελεστές σταθερότητας μέτρησης και επαναληπτικής μέτρησης.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιούνται τα ερωτήματα 1,2,4,6,8,9,11,12,13, 15,16,17 , δηλαδή οι υποκλίμακες Εσωτερική εστίαση ελέγχου και Τύχη.

### **Οδηγίες Βαθμολόγησης για τις Κλίμακες Πολυδιάστατης Εστίασης Ελέγχου της Υγείας**

| <b>Υποκλίμακα</b>    | <b>Μορφή</b> | <b>Πιθανό Εύρος</b> | <b>Ερωτήματα</b>    |
|----------------------|--------------|---------------------|---------------------|
| <b>Εσωτερική</b>     | A, B, C      | 6 – 36              | 1, 6, 8, 12, 13, 17 |
| <b>Τύχη</b>          | A, B, C      | 6 – 36              | 2, 4, 9, 11, 15, 16 |
| <b>Ισχυροί Άλλοι</b> | A, B         | 6 – 36              | 3, 5, 7, 10, 14, 18 |
| <b>Ιατροί</b>        | C            | 3 – 18              | 3, 5, 14            |
| <b>Άλλα Άτομα</b>    | C            | 3 – 18              | 7, 10, 18           |

Η βαθμολογία σε κάθε κλίμακα υπολογίζεται με βάση το άθροισμα των τιμών που κυκλώνεται ως απάντηση σε κάθε ερώτημα κάθε υποκλίμακας (π.χ. όπου το 1= διαφωνώ απόλυτα και 6=συμφωνώ απόλυτα). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντανακλούν μια ισχυρότερη επικύρωση της κάθε υποκλίμακας. Η εσωτερική υποκλίμακα αναφέρεται στην έκταση στην οποία, η προσωπική συμπεριφορά ευθύνεται για την υγεία ή την ασθένεια κάποιου. Η υποκλίμακα τύχη παρουσιάζει την πεποίθηση κάποιου ατόμου ότι η υγεία του εξαρτάται από την τύχη ή μοίρα. Τα ερωτήματα δεν χρειάζεται να αντιστραφούν κατά το άθροισμα. Όλες οι υποκλίμακες είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Δεν υπάρχει κάποιο συνολικό άθροισμα Κλίμακας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Αποτελέσματα πιλοτικής έρευνας

Το δείγμα της πιλοτικής έρευνας αποτελείται από 47 άτομα με μέση ηλικία τα 17,0 έτη ( $\pm 0,3$ ). Το 51,1% των συμμετεχόντων ήταν αγόρια και το υπόλοιπο 48,9% ήταν κορίτσια. Το δείγμα αποτελείται από μαθητές Γ' τάξης Λυκείου.

1) Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των κλιμάκων γενικής αυτό-αποτελεσματικότητας (GSE-*The General Self-Efficacy Scale*, Schwarzer, & Jerusalem, 1995) και αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης προφυλακτικού (Cuses - *Condom Use Self Efficacy Scale*, Bandura, 1989, Brafford & Beck, 1991).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Συσχέτιση Κλιμάκων GSE και Cuses

|                                                          | Γενική αυτό-αποτελεσματικότητα (GSE) |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Αυτό-αποτελεσματικότητα της χρήσης προφυλακτικού (Cuses) | 0,04                                 |
|                                                          | 0,786                                |

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων γενικής αυτό-αποτελεσματικότητας (GSE) και αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης προφυλακτικού (Cuses). Αυτό το εύρημα συμφωνεί με τα ευρήματα των Forsyth et. al., (1997). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα άτομα με υψηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα δεν ήταν και λιγότερο ευάλωτα στον ιό του AIDS.

2) Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson της κλίμακας αυτοεκτίμησης (Rosenberg) με την κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης προφυλακτικού (Cuses) και την ηλικία κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή των συμμετεχόντων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2** Συσχέτιση κλίμακας Rosenberg και Cuses

| Αυτοεκτίμηση (Rosenberg)           |   |       |
|------------------------------------|---|-------|
| Αυτό-αποτελεσματικότητα της χρήσης | r | 0,24  |
| προφυλακτικού (Cuses)              | P | 0,102 |
| Εάν απάντησες ναι, πόσο χρονών     | r | -0,17 |
| ήσουν την πρώτη φορά (έτη);        | P | 0,468 |

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της κλίμακας αυτοεκτίμησης (Rosenberg) με την κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης προφυλακτικού (Cuses) και την ηλικία κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτοεκτίμησης (Rosenberg) ανάλογα με τη σεξουαλική εμπειρία και τη χρήση προφυλακτικού των συμμετεχόντων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3** Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και σεξουαλική εμπειρίας

|                                                 |                    | Αυτοεκτίμηση (Rosenberg) |     | p<br>Student's<br>T-test |
|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|-----|--------------------------|
|                                                 |                    | Μέση τιμή                | SD  |                          |
| Είχες μέχρι τώρα σεξουαλική επαφή;              | Ναι, μερικές φορές | 20,1                     | 5,6 | 0,648*                   |
|                                                 | Ναι, συχνά         | 19,2                     | 5,4 |                          |
|                                                 | Όχι                | 20,6                     | 4,0 |                          |
| Είχες μέχρι τώρα σεξουαλική επαφή;              | Όχι                | 20,6                     | 4,0 | 0,412                    |
|                                                 | Ναι                | 19,5                     | 5,3 |                          |
| Εάν απάντησες ναι, Χρησιμοποίησες προφυλακτικό; | Ναι                | 20,6                     | 5,1 | 0,278                    |
|                                                 | Όχι, μάλλον        | 17,9                     | 5,6 |                          |
|                                                 | Ναι, συχνά         | 18,5                     | 5,2 |                          |
| Έχεις αγοράσει ως τώρα προφυλακτικά;            | Ναι, μερικές φορές | 20,1                     | 4,9 | 0,756*                   |
|                                                 | Όχι                | 20,4                     | 4,5 |                          |
|                                                 | Όχι                | 20,4                     | 4,5 |                          |
| Έχεις αγοράσει ως τώρα προφυλακτικά;            | Όχι                | 20,4                     | 4,5 | 0,629                    |
|                                                 | Ναι                | 19,7                     | 4,9 |                          |
| Σεξουαλική επαφή μόνο με προφυλακτικό           | Ναι                | 20,3                     | 4,4 | 0,561                    |
|                                                 | Όχι                | 19,0                     | 6,9 |                          |

\*ANOVA

Δεν διέφερε σημαντικά η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτοεκτίμησης (Rosenberg) ανάλογα με τη σεξουαλική εμπειρία και τη χρήση προφυλακτικού των συμμετεχόντων.

Έρευνες έχουν δείξει (Cole & Slocumb 1995; Walsch 1991; Rosenthal, Moore & Flynn 1991; Hollar & Snizek, 1996), ότι εκείνοι με υψηλή αυτοεκτίμηση, όπως



μετρήθηκε από την κλίμακα Rosenberg, ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά.

3) Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στο πόσο ευάλωτοι νιώθουν οι συμμετέχοντες στο Aids.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Αίσθηση ευαλωτότητας σε σχέση με το AIDS**

|                                                                                        | N       | %    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| <b>Ποιος μπορεί να μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS?</b>                                   |         |      |
| Ιδιαίτερα ευάλωτα άτομα                                                                | 39      | 83,0 |
| Όλοι                                                                                   | 3       | 6,4  |
| Μόνο Ομοφυλόφιλοι                                                                      | 5       | 10,6 |
| <b>Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;, μέση τιμή±SD</b>                               | 4,4±1,9 |      |
| <b>Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ προσωπικά να μολυνθείς;, μέση τιμή±SD</b> | 3,8±1,9 |      |
| <b>Τα συναισθήματά σου για το μέλλον και το AIDS είναι...:</b>                         |         |      |
| Λύπη                                                                                   | 6       | 12,8 |
| Φόβος                                                                                  | 20      | 42,6 |
| Αισιοδοξία                                                                             | 13      | 27,7 |
| Αδιαφορία                                                                              | 5       | 10,6 |
| Επιθετικότητα                                                                          | 4       | 8,5  |
| Ελπίδα                                                                                 | 16      | 34,0 |
| Απογοήτευση                                                                            | 9       | 19,1 |

Το 83,0% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι μόνο ιδιαίτερα ευάλωτα άτομα μπορούν να μολυνθούν από τον ιό HIV/AIDS. Επίσης, οι συμμετέχοντες έχουν μέτριο φόβο για το AIDS και δεν θεωρούν ούτε πιθανό ούτε απίθανο να μολυνθούν από αυτό. Το 42,6% των συμμετεχόντων αισθάνονται φόβο για το μέλλον και το AIDS και το 34,0% των συμμετεχόντων αισθάνονται ελπίδα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που χρησιμοποιούν το προφυλακτικό ενώ έχουν σεξουαλική επαφή.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Ποσοστό χρήσης προφυλακτικού**

| Είχες μέχρι<br>τώρα<br>σεξουαλική<br>επαφή; | Σεξουαλική επαφή μόνο με προφυλακτικό |      |     |      | P<br>Fisher's<br>exact test |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|------|-----|------|-----------------------------|
|                                             | Ναι                                   |      | Όχι |      |                             |
|                                             | N                                     | %    | N   | %    |                             |
| Όχι                                         | 26                                    | 96,3 | 1   | 3,7  | 0,148                       |
| Ναι                                         | 16                                    | 80,0 | 4   | 20,0 |                             |

Το 80% των συμμετεχόντων που είχαν σεξουαλική επαφή χρησιμοποιούν πάντα προφυλακτικό.

**4)** Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που θεωρούν ότι είναι ενημερωμένοι. Το 44,7% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι είναι αρκετά ενημερωμένο σχετικά με το AIDS.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Ενημέρωση σχετικά με το AIDS**

| Θεωρείς, ότι είσαι αρκετά ενημερωμένος<br>σχετικά με το AIDS; | N  | %    |
|---------------------------------------------------------------|----|------|
| Ναι, είμαι ενημερωμένος                                       | 21 | 44,7 |
| Όχι, είμαι αβέβαιος                                           | 26 | 55,3 |

Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται οι γνώσεις των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν θεωρούν ότι είναι ενημερωμένοι για το AIDS.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Συσχέτιση ενημέρωσης και πραγματικής γνώσης για το AIDS**

| Μέσω ποιών σωματικών υγρών μπορεί να μεταδοθεί ο ιός HIV;                                                              |                                              |    | Θεωρείς, ότι είσαι αρκετά ενημερωμένος σχετικά με το AIDS; |    |                      |               | P Pearson's x <sup>2</sup> test |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------|----|----------------------|---------------|---------------------------------|
|                                                                                                                        |                                              |    | Ναι, είμαι ενημερωμένος                                    |    | Όχι , είμαι αβέβαιος |               |                                 |
|                                                                                                                        |                                              |    | N                                                          | %  | N                    | %             |                                 |
| Αίμα                                                                                                                   | Όχι                                          | 5  | 23,8                                                       | 9  | 34,6                 | 0,421         |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 16 | 76,2                                                       | 17 | 65,4                 |               |                                 |
| Σάλιο                                                                                                                  | Όχι                                          | 19 | 90,5                                                       | 23 | 88,5                 | 1,000*        |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 2  | 9,5                                                        | 3  | 11,5                 |               |                                 |
| Σπέρμα                                                                                                                 | Όχι                                          | 1  | 4,8                                                        | 6  | 23,1                 | 0,112*        |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 20 | 95,2                                                       | 20 | 76,9                 |               |                                 |
| Μητρικό γάλα                                                                                                           | Όχι                                          | 9  | 42,9                                                       | 20 | 76,9                 | <b>0,017</b>  |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 12 | 57,1                                                       | 6  | 23,1                 |               |                                 |
| Ούρα                                                                                                                   | Όχι                                          | 20 | 95,2                                                       | 25 | 96,2                 | 1,000*        |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 1  | 4,8                                                        | 1  | 3,8                  |               |                                 |
| Δάκρυ                                                                                                                  | Όχι                                          | 21 | 100,0                                                      | 26 | 100,0                | -***          |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 0  | 0,0                                                        | 0  | 0,0                  |               |                                 |
| Κολπικό υγρό                                                                                                           | Όχι                                          | 8  | 38,1                                                       | 11 | 42,3                 | 0,770         |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 13 | 61,9                                                       | 15 | 57,7                 |               |                                 |
| Ιδρώτας                                                                                                                | Όχι                                          | 21 | 100,0                                                      | 26 | 100,0                | -***          |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 0  | 0,0                                                        | 0  | 0,0                  |               |                                 |
| Έχουν οι Άνδρες και οι Γυναίκες την ίδια επικινδυνότητα μόλυνσης;                                                      | Όχι                                          | 5  | 23,8                                                       | 5  | 19,2                 | 0,069*        |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 16 | 76,2                                                       | 15 | 57,7                 |               |                                 |
|                                                                                                                        | Δεν γνωρίζω                                  | 0  | 0,0                                                        | 6  | 23,1                 |               |                                 |
| Μπορεί κάποιο άτομο το οποίο έχει μολυνθεί από τον ιό HIV, αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμα με AIDS, να μολύνει άλλα άτομα; | Ναι                                          | 14 | 66,7                                                       | 16 | 61,5                 | 0,566*        |                                 |
|                                                                                                                        | Όχι                                          | 2  | 9,5                                                        | 1  | 3,8                  |               |                                 |
|                                                                                                                        | Δεν γνωρίζω                                  | 5  | 23,8                                                       | 9  | 34,6                 |               |                                 |
| Μπορεί ένα μωρό να γεννηθεί με AIDS                                                                                    | Ναι                                          | 14 | 66,7                                                       | 14 | 53,8                 | 0,169*        |                                 |
|                                                                                                                        | Όχι                                          | 3  | 14,3                                                       | 1  | 3,8                  |               |                                 |
|                                                                                                                        | Δεν γνωρίζω                                  | 4  | 19,0                                                       | 11 | 42,3                 |               |                                 |
| Το προφυλακτικό προστατεύει σχεδόν 100% από το AIDS.                                                                   | Ισχύει                                       | 12 | 57,1                                                       | 9  | 34,6                 | 0,333*        |                                 |
|                                                                                                                        | Δεν ισχύει                                   | 6  | 28,6                                                       | 11 | 42,3                 |               |                                 |
|                                                                                                                        | Δεν γνωρίζω                                  | 3  | 14,3                                                       | 6  | 23,1                 |               |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 1  | 4,8                                                        | 1  | 3,8                  |               | 1,000*                          |
|                                                                                                                        | Όχι                                          | 7  | 33,3                                                       | 8  | 30,8                 |               |                                 |
| Υπάρχει κάποιο εμβόλιο κατά του AIDS;                                                                                  | Δεν γνωρίζω                                  | 13 | 61,9                                                       | 17 | 65,4                 |               |                                 |
|                                                                                                                        | <b>Θα μπορούσες να μολυνθείς από AIDS...</b> |    |                                                            |    |                      |               |                                 |
| Μέσω του αέρα                                                                                                          | Όχι                                          | 20 | 95,2                                                       | 26 | 100,0                | 0,447*        |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 1  | 4,8                                                        | 0  | 0,0                  |               |                                 |
| Με χειραψία                                                                                                            | Όχι                                          | 21 | 100,0                                                      | 24 | 92,3                 | 0,495*        |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 0  | 0,0                                                        | 2  | 7,7                  |               |                                 |
| Με ένα φιλί                                                                                                            | Όχι                                          | 18 | 85,7                                                       | 19 | 73,1                 | 0,475*        |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 3  | 14,3                                                       | 7  | 26,9                 |               |                                 |
| Με το να μοιραστείς το ποτήρι σου                                                                                      | Όχι                                          | 21 | 100,0                                                      | 19 | 73,1                 | <b>0,012*</b> |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 0  | 0,0                                                        | 7  | 26,9                 |               |                                 |
| Με το να του/της επιτρέψεις να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα σου                                                         | Όχι                                          | 9  | 42,9                                                       | 12 | 46,2                 | 0,821         |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 12 | 57,1                                                       | 14 | 53,8                 |               |                                 |
| Με το να διασκεδάσεις μαζί του/της                                                                                     | Όχι                                          | 21 | 100,0                                                      | 24 | 92,3                 | 0,495*        |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 0  | 0,0                                                        | 2  | 7,7                  |               |                                 |
| Με το να πας στην πισίνα ή την σάουνα μαζί του/της;                                                                    | Όχι                                          | 16 | 76,2                                                       | 15 | 57,7                 | 0,183         |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 5  | 23,8                                                       | 11 | 42,3                 |               |                                 |
| Με το να ζεις μαζί του/της                                                                                             | Όχι                                          | 14 | 66,7                                                       | 13 | 50,0                 | 0,251         |                                 |
|                                                                                                                        | Ναι                                          | 7  | 33,3                                                       | 13 | 50,0                 |               |                                 |

Οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι για το AIDS πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι ο ιός μπορεί να μεταδοθεί μέσω του μητρικού γάλακτος σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που θεωρούσαν ότι δεν είναι αρκετά ενημερωμένοι για το AIDS. Επίσης, οι συμμετέχοντες που θεωρούσαν ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι για το AIDS πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι μπορεί να μολυνθεί κάποιος με το να μοιραστεί το ποτήρι του σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που θεωρούσαν ότι δεν είναι αρκετά ενημερωμένοι για το AIDS. Επομένως, βλέπουμε ότι τα άτομα που θεωρούν ότι είναι ενημερωμένα για τον ιό HIV, όντως διαθέτουν ενημέρωση σχετικά με το θέμα.

**5.α** Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα συναισθήματα των συμμετεχόντων για την αφίσα που είδαν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Συναισθήματα που προκλήθηκαν μετά την παρέμβαση**

|                                | Διαφωνώ<br>απόλυτα | Διαφωνώ      | Συμφωνώ      | Συμφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ/<br>Συμφωνώ<br>απόλυτα<br>(%) |
|--------------------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------------|---------------------------------------|
| <b>Τώρα που είδα την αφίσα</b> | <b>N (%)</b>       | <b>N (%)</b> | <b>N (%)</b> | <b>N (%)</b>       |                                       |
| Αισθάνομαι ένταση              | 11 (26,8)          | 15 (36,6)    | 13 (31,7)    | 2 (4,9)            | 36,6                                  |
| Αισθάνομαι νευρικότητα         | 18 (43,9)          | 9 (22)       | 11 (26,8)    | 3 (7,3)            | 34,1                                  |
| Αισθάνομαι φόβο                | 9 (22)             | 12 (29,3)    | 15 (36,6)    | 5 (12,2)           | 48,8                                  |
| Αισθάνομαι ένα σφίξιμο         | 16 (39)            | 16 (39)      | 4 (9,8)      | 5 (12,2)           | 22,0                                  |
| Αισθάνομαι δραστήριος/α        | 17 (41,5)          | 20 (48,8)    | 2 (4,9)      | 2 (4,9)            | 9,8                                   |
| Αισθάνομαι ενεργητικότητα      | 17 (41,5)          | 14 (34,1)    | 7 (17,1)     | 3 (7,3)            | 24,4                                  |
| Αισθάνομαι δυνατός/ή           | 15 (36,6)          | 12 (29,3)    | 9 (22)       | 5 (12,2)           | 34,2                                  |
| Αισθάνομαι αποτροπιασμό        | 7 (17,1)           | 15 (36,6)    | 12 (29,3)    | 7 (17,1)           | 46,4                                  |

Το κυριότερο συναίσθημα που ένιωσαν οι συμμετέχοντες ήταν ο φόβος και ακολουθεί ο αποτροπιασμός με ποσοστά 48,8% και 46,4% αντίστοιχα.

**5.β** Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ένιωσαν φόβο μόλις είδαν την αφίσα ανάλογα με το αν ήταν αφίσα χαμηλής ή υψηλής απειλής.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Αίσθηση φόβου ανάλογα με την συνθήκη**

| Απειλή                   |        |      |       |      | P<br>Pearson's<br>x <sup>2</sup> test |
|--------------------------|--------|------|-------|------|---------------------------------------|
|                          | Χαμηλή |      | Υψηλή |      |                                       |
| Αισθάνομαι φόβο          | N      | %    | N     | %    |                                       |
| Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα | 2      | 75,0 | 9     | 36,0 | 0,015                                 |
| Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα | 4      | 25,0 | 16    | 64,0 |                                       |

Οι συμμετέχοντες που είδαν αφίσες υψηλής απειλής ένιωσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό φόβο σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είδαν αφίσα χαμηλής απειλής. Το εύρημα έρχεται σε συμφωνία με τις υποθέσεις των ερευνών της Witte (1994), ότι όσο μεγαλύτερη είναι η απειλή, τόσο μεγαλύτερος φόβος εκφράζεται.

**5.δ** Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ένιωσαν φόβο ανάλογα με το ποια αφίσα είδαν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Αίσθηση φόβου ανάλογα με την συνθήκη αναλυτικά**

|           |   | Αισθάνομαι φόβο             |       |                             |      |
|-----------|---|-----------------------------|-------|-----------------------------|------|
|           |   | Διαφωνώ/<br>Διαφωνώ απόλυτα |       | Συμφωνώ/<br>Συμφωνώ απόλυτα |      |
|           |   | N                           | %     | N                           | %    |
| Συνθήκη   | 1 | 2                           | 40,0  | 3                           | 60,0 |
|           | 2 | 5                           | 62,5  | 3                           | 37,5 |
|           | 3 | 1                           | 12,5  | 7                           | 87,5 |
|           | 4 | 1                           | 25,0  | 3                           | 75,0 |
|           | 5 | 3                           | 75,0  | 1                           | 25,0 |
|           | 6 | 2                           | 66,7  | 1                           | 33,3 |
|           | 7 | 4                           | 100,0 | 0                           | 0,0  |
|           | 8 | 3                           | 60,0  | 2                           | 40,0 |
| Συνθήκη   | 2 | 5                           | 62,5  | 3                           | 37,5 |
| Υπόλοιπες |   | 16                          | 48,5  | 17                          | 51,5 |

Το 37,5% των συμμετεχόντων που είδαν την αφίσα 2 (*Υψηλή Απειλή-Υψηλή Ευαλωτότητα-Χαμηλή Αποτελεσματικότητα*) ένιωσαν φόβο. Το ποσοστό αυτό δεν διέφερε σημαντικά από τα υπόλοιπα ποσοστά φόβου των συμμετεχόντων που είδαν κάποια από τις υπόλοιπες αφίσες ( $p=0,447$ ).

**5.ε** Στον ακόλουθο πίνακα δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης προφυλακτικού (Cuses) πριν και μετά την αφίσα ανάλογα με το αν είδαν την 1<sup>η</sup> αφίσα ή κάποια άλλη.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Συσχέτιση κλίμακας Cuses πριν και μετά την παρέμβαση**

| Συνθήκη   | Αυτοαποτελεσματικότητα της χρήσης προφυλακτικού (Cuses) |              |              | P**          | P†    |
|-----------|---------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------|
|           | Πριν                                                    | Μετά         | Μεταβολή     |              |       |
|           | Μέση τιμή±SD                                            | Μέση τιμή±SD | Μέση τιμή±SD |              |       |
| 1         | 69,8±14,4                                               | 70,2±16,4    | 0,4±3,6      | <b>0,015</b> | 0,534 |
| 2-8       | 69,8±13,9                                               | 66,6±15      | -3,2±12,4    | 0,134        |       |
| <b>P*</b> | 0,999                                                   | 0,622        |              |              |       |

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων

\*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.

† Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Υπήρξε σημαντική αύξηση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων που ανήκαν στην συνθήκη 1 (*Υψηλή Απειλή-Υψηλή Ευαλωτότητα-Υψηλή Αποτελεσματικότητα*) στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης προφυλακτικού (Cuses). Αντίθετα, δεν μεταβλήθηκε σημαντικά η βαθμολογία των συμμετεχόντων που είδαν κάποια από τις υπόλοιπες αφίσες στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης προφυλακτικού (Cuses). Τόσο πριν όσο και μετά δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης προφυλακτικού ανάλογα με το ποια αφίσα είδαν. Τέλος, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης προφυλακτικού, δεν διέφερε ανάλογα με το ποια αφίσα είδαν. Αυτό εν μέρει συμφωνεί με τα ευρήματα των ερευνών της Witte (1994), όπου φαίνεται ότι μόνο η απειλή σχετίζεται με την αίσθηση φόβου και όχι η αποτελεσματικότητα.

Σε έρευνες της Witte (1994), για τον έλεγχο του Μοντέλου Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, ο φόβος δεν επηρέασε κάποιο από τα αποτελέσματα αποδοχής μηνύματος. Όπως προβλέπεται από το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, όταν τα άτομα θεωρούν ότι είναι ικανά να αποτρέψουν με επιτυχία μια απειλή, ο φόβος που αξιολογείται γνωστικά και δημιουργεί υπολογισμούς για την απειλή, αυτές στην συνέχεια επηρεάζουν την συμπεριφορά.

Ο φόβος συνολικά δεν συσχετίστηκε με τις στάσεις, ανεξάρτητα από το επίπεδο αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι μετά την στατιστική ανάλυση της πιλοτικής έρευνας, κρίθηκε απαραίτητο, είτε λόγω μη στατιστικά σημαντικού αποτελέσματος, είτε λόγω της άρνησης των μαθητών να απαντήσουν, είτε εννοιολογικής συνάφειας να αφαιρεθούν οι παρακάτω γενικές ερωτήσεις: 1) Μόνο με τη βαθμολογία 1, 2 ,3 ή 4:

Γιατί φοβάσαι το AIDS; 2) Μόνο με τη βαθμολογία 5, 6 ή 7: Γιατί δεν φοβάσαι καθόλου το AIDS; 3) Έχουν οι Άνδρες και οι Γυναίκες την ίδια επικινδυνότητα μόλυνσης; 4) Μπορεί κάποιο άτομο το οποίο έχει μολυνθεί από τον ιό HIV, αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμα με AIDS, να μολύνει άλλα άτομα; 5) Είχες μέχρι τώρα σεξουαλική επαφή; *Εάν απάντησες «Ναι»:* Πόσο χρονών ήσουν την πρώτη φορά; 6) Έχεις κάνει μέχρι στιγμής μια εξέταση για HIV;

Επίσης, μετά την β' φάση της πιλοτικής έρευνας, κρίθηκε απαραίτητο να αφαιρεθούν τα εξής ερωτήματα: 1) Τώρα που είδα την αφίσα, α) Αισθάνομαι δραστήριος/α, β) Αισθάνομαι ενεργητικότητα, γ) Αισθάνομαι δυνατός/ή, 2) Μου άρεσε η διάθεση της αφίσας, 3) Η αφίσα δήλωνε αυτά που νιώθω κάποιες φορές.

## Αποτελέσματα Κύριας Έρευνας α΄ Φάση

### 1. Δημογραφικά Στοιχεία

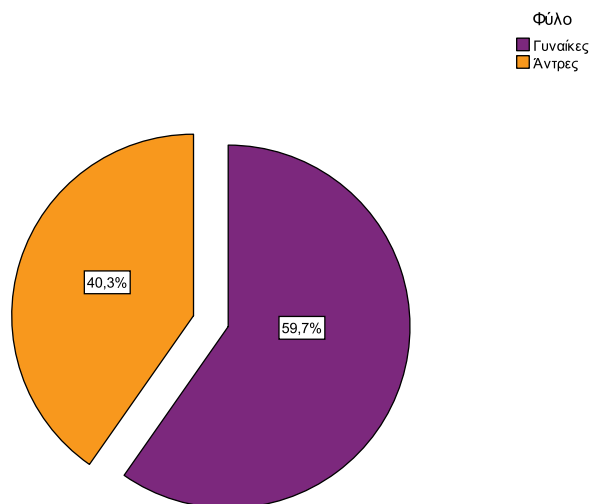
Το δείγμα αποτελείται από 273 εφήβους με μέση ηλικία τα 17,5 έτη ( $\pm 1,1$ ). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1** Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

|                                            |                           | N              | %    |
|--------------------------------------------|---------------------------|----------------|------|
| <b>Ηλικία, μέση τιμή<math>\pm</math>SD</b> |                           | 17,5 $\pm$ 1,1 |      |
| <b>Φύλο</b>                                | Αντρες                    | 110            | 40,3 |
|                                            | Γυναίκες                  | 163            | 59,7 |
|                                            | 3ο Γενικό Λύκειο Αγρινίου | 145            | 53,1 |
| <b>Όνομα Σχολείου</b>                      | 4ο Γενικό Λύκειο Αγρινίου | 87             | 31,9 |
|                                            | ΕΠΑΣ Αγρινίου             | 41             | 15,0 |

Το 59,7% των συμμετεχόντων ήταν κορίτσια και το 40,3% ήταν αγόρια. Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το φύλο των συμμετεχόντων.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1** Το φύλο των συμμετεχόντων





Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το επάγγελμα του γονέα-πατέρα των εφήβων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Επάγγελμα Πατέρα**

| <b>Επάγγελμα Πατέρα</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------|----------|----------|
| Αγρότης                 | 31       | 11,4     |
| Ελεύθερος Επαγγελματίας | 24       | 8,8      |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος     | 16       | 5,9      |
| Έμπορος                 | 15       | 5,5      |
| Δημόσιος Υπάλληλος      | 14       | 5,1      |
| Αστυνομικός             | 14       | 5,1      |
| Οικοδόμος               | 12       | 4,4      |
| Συνταξιούχος            | 12       | 4,4      |

Τα επαγγέλματα γονέα-πατέρα, με το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν: 1) αγρότης 31%, 2) Ελεύθερος Επαγγελματίας 24%, 3) Ιδιωτικός Υπάλληλος 16%, 4) Έμπορος 15% 5) Αστυνομικός και Δημόσιος Υπάλληλος με 14% αντίστοιχα και 6) Οικοδόμος και Συνταξιούχος με 12% αντίστοιχα.

Τα επαγγέλματα γονέα-μητέρας με το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν: 1) Οικιακά 48%, 2) Δημόσιος Υπάλληλος 7% 3) Ιδιωτικός Υπάλληλος 6%.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το επάγγελμα των μητέρων των εφήβων. Σκοπός αυτού του ερωτήματος ήταν η διερεύνηση του οικογενειακού περιβάλλοντος των νέων.

Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι το δείγμα προέρχεται από οικογένεια όπου ο πατέρας είναι αγρότης (11%) και η μητέρα ασχολείται με τα οικιακά (48,4%).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Επάγγελμα Μητέρας**

| <b>Επάγγελμα Μητέρας</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--------------------------|----------|----------|
| Οικιακά                  | 132      | 48,4     |
| Δημόσιος Υπάλληλος       | 19       | 7,0      |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος      | 17       | 6,2      |

## Α' Ερευνητική Φάση

### Α.1. Γνώσεις των νέων για το AIDS

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Γνώσεις για το AIDS

|                                                                                                                               |                                                          | N        | %    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|------|
| <b>Ποιος μπορεί να μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS?</b>                                                                          | Μόνο άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικά                      | 5        | 1,8  |
|                                                                                                                               | Όλοι                                                     | 248      | 90,8 |
|                                                                                                                               | Μόνο ομοφυλόφιλοι                                        | 9        | 3,3  |
|                                                                                                                               | Δεν γνωρίζω                                              | 11       | 4,0  |
| <b>Μέσω ποιών σωματικών υγρών μπορεί να μεταδοθεί ο ιός HIV</b>                                                               | Αίμα                                                     | 245      | 89,7 |
|                                                                                                                               | Σάλιο                                                    | 54       | 19,8 |
|                                                                                                                               | Σπέρμα                                                   | 253      | 92,7 |
|                                                                                                                               | Μητρικό γάλα                                             | 119      | 43,6 |
|                                                                                                                               | Ούρα                                                     | 31       | 11,4 |
|                                                                                                                               | Δάκρυ                                                    | 7        | 2,6  |
|                                                                                                                               | Κολπικό υγρό                                             | 219      | 80,2 |
|                                                                                                                               | Ιδρώτας                                                  | 8        | 2,9  |
|                                                                                                                               | Ναι                                                      | 31       | 66,0 |
|                                                                                                                               | Όχι, οι Άνδρες έχουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα μόλυνσης; | 2        | 4,3  |
| <b>Έχουν οι Άνδρες και οι Γυναίκες την ίδια επικινδυνότητα μόλυνσης;</b>                                                      | Όχι, οι Γυναίκες έχουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα         | 8        | 17,0 |
|                                                                                                                               | Δεν γνωρίζω                                              | 6        | 12,8 |
|                                                                                                                               | Ναι                                                      | 30       | 63,8 |
|                                                                                                                               | Όχι                                                      | 3        | 6,4  |
| <b>Μπορεί κάποιο άτομο το οποίο έχει μολυνθεί από τον ιό HIV, αλλά δεν έχει νοσήσει ακόμα με AIDS, να μολύνει άλλα άτομα;</b> | Δεν γνωρίζω                                              | 14       | 29,8 |
|                                                                                                                               | Ναι                                                      | 204      | 74,7 |
|                                                                                                                               | Όχι                                                      | 14       | 5,1  |
| <b>Μπορεί ένα μωρό να γεννηθεί με AIDS</b>                                                                                    | Δεν γνωρίζω                                              | 55       | 20,1 |
|                                                                                                                               | Ισχύει                                                   | 116      | 42,5 |
|                                                                                                                               | Δεν ισχύει                                               | 125      | 45,8 |
| <b>Το προφυλακτικό προστατεύει σχεδόν 100% από το AIDS</b>                                                                    | Δεν γνωρίζω                                              | 32       | 11,7 |
|                                                                                                                               | Είχες μέχρι τώρα σεξουαλική επαφή;                       | 62       | 22,8 |
|                                                                                                                               | Ναι, μερικές φορές                                       | 71       | 26,1 |
|                                                                                                                               | Ναι, συχνά                                               | 139      | 51,1 |
| <b>Εάν απάντησες ναι, πόσο χρονών ήσουν την πρώτη φορά (έτη);, μέση τιμή±SD</b>                                               | Όχι                                                      | 16,3±0,7 |      |
|                                                                                                                               | Ναι                                                      | 93       | 70,5 |
|                                                                                                                               | Όχι, μάλλον                                              | 39       | 29,5 |
| <b>Εάν απάντησες ναι, χρησιμοποίησες προφυλακτικό;</b>                                                                        | Ναι                                                      | 3,8±1,9  |      |
|                                                                                                                               | Όχι                                                      | 26       | 9,5  |
|                                                                                                                               | Ναι                                                      | 163      | 59,7 |
| <b>Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ προσωπικά να μολυνθείς;,, μέση τιμή±SD</b>                                       | Δεν γνωρίζω                                              | 84       | 30,8 |
|                                                                                                                               | Ναι                                                      |          |      |
|                                                                                                                               | Όχι                                                      |          |      |

Θα γίνει παρουσίαση αρχικά των γενικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αφορούν τις γνώσεις και στάσεις των νέων σχετικά με την σεξουαλικότητα και το AIDS.

Το 90,8% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι όλοι μπορούν να μολυνθούν από τον ιό του AIDS. Βλέπουμε ότι οι νέοι έχουν μεγαλύτερη πληροφόρηση σχετικά με το θέμα της μόλυνσης, σε αντίθεση με παλαιότερες έρευνες όπου οι νέοι θεωρούσαν ότι οι ομοφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς αποτελούν τις ομάδες κινδύνου μόλυνσης από το AIDS (Ιωαννίδη, 1996).

Τα κυριότερα υγρά μέσα από τα οποία μπορεί να μεταδοθεί ο ιός του AIDS είναι το σπέρμα με ποσοστό 92,7% και ακολουθεί το αίμα με ποσοστό 89,7%. Το 66,0% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι άντρες και γυναίκες έχουν την ίδια επικινδυνότητα μόλυνσης. Επίσης, οι συμμετέχοντες στη δήλωση «*Το προφυλακτικό προστατεύει σχεδόν 100% από το AIDS*», απάντησαν με ποσοστό 42,5% ότι αυτό ισχύει και 45,8% ότι αυτό δεν ισχύει. Βλέπουμε μια σύγχυση σχετικά με την αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν είχαν μέχρι τώρα ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή με το ποσοστό να φτάνει το 51,1%. Από τη μελέτη των Βαϊδάκη, Πανοσκάλτση, Μπαρμπούνη, Μεράκου, Ζέρβα, Κουρέα-Κρεμαστινού, Παρασκευαΐδη, Μουστάκη, Κρεατσά, (2012), προκύπτει ότι το 59,7% των εφήβων είχε ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές. Οι μαθητές που είχαν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, ήταν κατά μέσο όρο στην ηλικία των 16,3 ετών. Βλέπουμε ότι οι νέοι ξεκινούν την σεξουαλική τους δραστηριότητα μεταξύ 16-17 ετών. Το εύρημα αυτό δεν έχει αλλάξει για τα δεδομένα της Ελλάδας. Στις χώρες της Ευρώπης ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής ζωής κυμαίνεται στα 14-15 έτη (Nöstlinger, & Wimmer-Puchinger, Βιέννη, 1994; Fink, & Wimmer-Puchinger, Βιέννη, 1997).

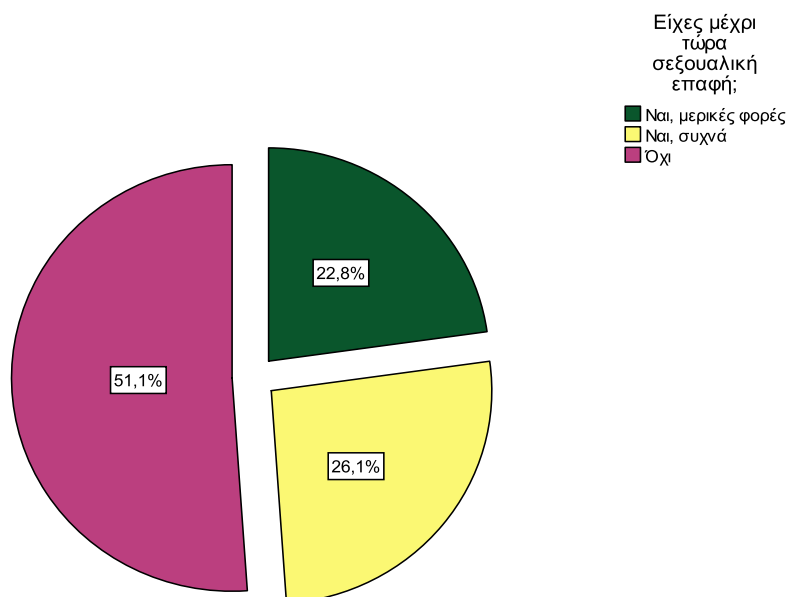
Οι μαθητές που είχαν σεξουαλική εμπειρία, κλήθηκαν να απαντήσουν το ερώτημα «*Την πρώτη φορά χρησιμοποίησες προφυλακτικό;*». Το 70,5% των συμμετεχόντων που είχαν σεξουαλική επαφή είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό.

Τέλος, το 9,5% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι υπάρχει εμβόλιο κατά του AIDS.

Σχετικά με την προσωπική εκτίμηση των συμμετεχόντων στο ερώτημα «*Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ προσωπικά να μολυνθείς*», η μέση τιμή ήταν  $3,8 \pm 1,9$ .

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν σεξουαλική επαφή (Διάγραμμα 3).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 Ποσοστό συμμετεχόντων που είχαν σεξουαλική επαφή**



## A.2. Αίσθηση φόβου για το AIDS

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στο φόβο που νιώθουν οι συμμετέχοντες για το AIDS.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Αίσθηση φόβου των συμμετεχόντων για το AIDS**

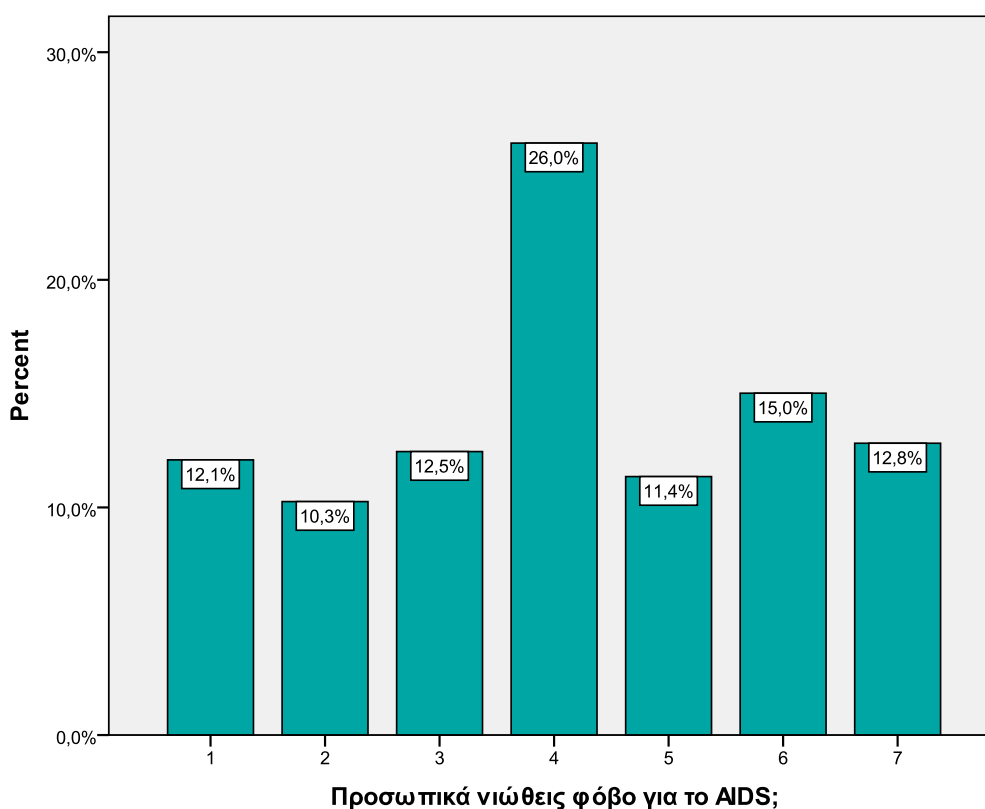
|                                                                           |                                                                                    | N          | %           |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| <b>Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;, μέση τιμή±SD</b>                  |                                                                                    | 4,1±1,9    |             |
| <b>Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS</b>                                 | 1                                                                                  | 33         | 12,1        |
|                                                                           | 2                                                                                  | 28         | 10,3        |
|                                                                           | 3                                                                                  | 34         | 12,5        |
|                                                                           | 4                                                                                  | 71         | 26,0        |
|                                                                           | 5                                                                                  | 31         | 11,4        |
|                                                                           | 6                                                                                  | 41         | 15,0        |
|                                                                           | 7                                                                                  | 35         | 12,8        |
| <b>Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;</b>                                | Λίγο έως καθόλου (5-7)                                                             | 107        | 39,2        |
|                                                                           | <b>Μέτρια έως πολύ (1-4)</b>                                                       | <b>166</b> | <b>60,8</b> |
| <b>Πιλοτική Έρευνα</b>                                                    |                                                                                    | <i>N</i>   | <i>%</i>    |
| <b>Μόνο με τη βαθμολογία 1, 2 ,3 ή 4: Γιατί φοβάσαι το AIDS;</b>          | Γιατί έχει επιπτώσεις στην υγεία                                                   | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Για να μην πεθάνω                                                                  | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Γιατί δεν γνωρίζεις πόσοι άνθρωποι μπορεί να έχουν aids                            | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Γιατί δεν υπάρχει φάρμακο                                                          | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Γιατί είναι ανίατη ασθένεια                                                        | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Γιατί είναι θανατηφόρα ασθένεια                                                    | 8          | 2,9         |
|                                                                           | Γιατί είναι σοβαρή ασθένεια                                                        | 4          | 1,5         |
|                                                                           | Γιατί εξαπλώνεται ραγδαία σήμερα                                                   | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Γιατί το aids καταστρέφει το ανοσοποιητικό σύστημα και υπάρχει πιθανότητα θανάτου. | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Δεν έχω σωστή ενημέρωση                                                            | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Δεν θέλω να πεθάνω                                                                 | 3          | 1,1         |
|                                                                           | Πολλοί τρόποι μετάδοσης/σίγουρος θάνατος/άγνοια στην αρχή της ασθένειας            | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Γιατί δεν έρχομαι σε επαφή με τέτοια άτομα                                         | 2          | 0,7         |
|                                                                           | Γιατί υπάρχει τρόπος θεραπείας                                                     | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Δεν γνωρίζω για αυτό/άγνοια                                                        | 8          | 2,9         |
| <b>Μόνο με τη βαθμολογία 5, 6 ή 7: Γιατί δεν φοβάσαι καθόλου το AIDS;</b> | Δεν έχω σεξουαλική επαφή                                                           | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Κρίνω από το ήθος και τη συμπεριφορά μου τις πράξεις μου                           | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Μπορούν να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για να αντιμετωπίσουμε το aids              | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Νιώθω υπεύθυνος                                                                    | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Ξέρω να προφυλάσσομαι                                                              | 6          | 2,2         |
|                                                                           | Ότι είναι να γίνει θα γίνει. Άλλωστε η ιατρική έχει εξελιχθεί πολύ                 | 1          | 0,4         |
|                                                                           | Πιστεύω ότι δεν θα κολλήσω ποτέ                                                    | 1          | 0,4         |
|                                                                           |                                                                                    |            |             |
|                                                                           |                                                                                    |            |             |
|                                                                           |                                                                                    |            |             |

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αισθάνεται ότι φοβάται μέτρια έως πολύ το AIDS με το ποσοστό να φτάνει το 60,8%.

Στα πλαίσια της πιλοτικής έρευνας, οι συμμετέχοντες (N= 47 άτομα) με μέση ηλικία τα 17,0 έτη ( $\pm 0,3$ ), που απάντησαν ότι αισθάνονται φόβο για το AIDS, ερωτήθηκαν γιατί φοβούνται το AIDS και η πλειοψηφία απάντησε «Γιατί είναι θανατηφόρα ασθένεια» με ποσοστό 2,9%. Οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι δεν αισθάνονται φόβο για το AIDS, ερωτήθηκαν γιατί δεν αισθάνονται φόβο για το AIDS και απάντησαν «Δεν γνωρίζω για αυτό/άγνοια» με ποσοστό 2,9% και «Ξέρω να προφυλάσσομαι» με ποσοστό 2,2%. Το ερώτημα κρίθηκε μη στατιστικά σημαντικό και αφαιρέθηκε από τον κύριο ερευνητικό σχεδιασμό.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται ο φόβος των συμμετεχόντων για το AIDS, σύμφωνα με την κλίμακα αξιολόγησης του φόβου από το 1 ως το 7, όπου το 1= φοβάμαι πολύ το AIDS και 7= δεν έχω απολύτως κανένα φόβο.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 Αξιολόγηση αίσθησης φόβου**



### Α.3. Στάσεις των νέων για το AIDS

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι στάσεις των συμμετεχόντων για το AIDS.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Στάσεις των συμμετεχόντων για το AIDS**

| <b>Ποια προληπτικά μέτρα ασφαλείας λαμβάνεις εσύ προσωπικά κατά του AIDS;</b> | <b>N</b>           | <b>%</b>   |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|
| Σεξουαλική επαφή μόνο με προφυλακτικό                                         | 246                | 90,8       |
| Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με κάποιο σύντροφο, που δεν γνωρίζω αρκετό καιρό   | 162                | 59,8       |
| Αποφυγή απιστίας                                                              | 15                 | 31,9       |
| Μείωση του αριθμού ερωτικών συντρόφων                                         | 21                 | 44,7       |
| Γενικά αποφυγή της σεξουαλικής επαφής                                         | 12                 | 4,4        |
| <b>Έχεις κάνει μέχρι στιγμής μια εξέταση για HIV;</b>                         | Ναι                | <b>0</b>   |
|                                                                               | Όχι                | <b>0,0</b> |
|                                                                               | Ναι, συχνά         | 47         |
| <b>Έχεις αγοράσει ως τώρα προφυλακτικά;</b>                                   | Ναι, μερικές φορές | 36         |
|                                                                               | Όχι                | 13,2       |
|                                                                               |                    | 58         |
| <b>Τα συναισθήματά σου για το μέλλον και το AIDS είναι..:</b>                 |                    |            |
| Λύπη                                                                          | 63                 | 23,1       |
| Φόβος                                                                         | 119                | 43,6       |
| Αισιοδοξία                                                                    | 95                 | 34,8       |
| Αδιαφορία                                                                     | 21                 | 7,7        |
| Επιθετικότητα                                                                 | 11                 | 4,0        |
| Ελπίδα                                                                        | 104                | 38,1       |
| Απογοήτευση                                                                   | 47                 | 17,2       |
| <b>Θα μπορούσες να μολυνθείς από AIDS...</b>                                  |                    |            |
| Μέσω του αέρα                                                                 | 3                  | 1,1        |
| Με χειραψία                                                                   | 6                  | 2,2        |
| Με ένα φιλί                                                                   | 49                 | 17,9       |
| Με το να μοιραστείς το ποτήρι σου                                             | 46                 | 16,8       |
| Με το να του/της επιτρέψεις να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα σου                | 122                | 44,7       |
| Με το να διασκεδάσεις μαζί του/της                                            | 4                  | 1,5        |
| Με το να πιάς στην πισίνα ή την σάουνα μαζί του/της;                          | 82                 | 30,0       |
| Με το να ζεις μαζί του/της                                                    | 83                 | 30,4       |

Το 90,8% των συμμετεχόντων για την αποφυγή του AIDS έχει σεξουαλικές επαφές μόνο με προφυλακτικό. Επίσης, το 59,8% των συμμετεχόντων αποφεύγει τη σεξουαλική επαφή με κάποιο σύντροφο που δεν τον ξέρει αρκετό καιρό. Το 65,6% των συμμετεχόντων δεν έχει αγοράσει ως τώρα προφυλακτικά. Κατά την δεύτερη φάση επαναληπτικής μέτρησης, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με τις απόψεις τους γύρω από το προφυλακτικό ως

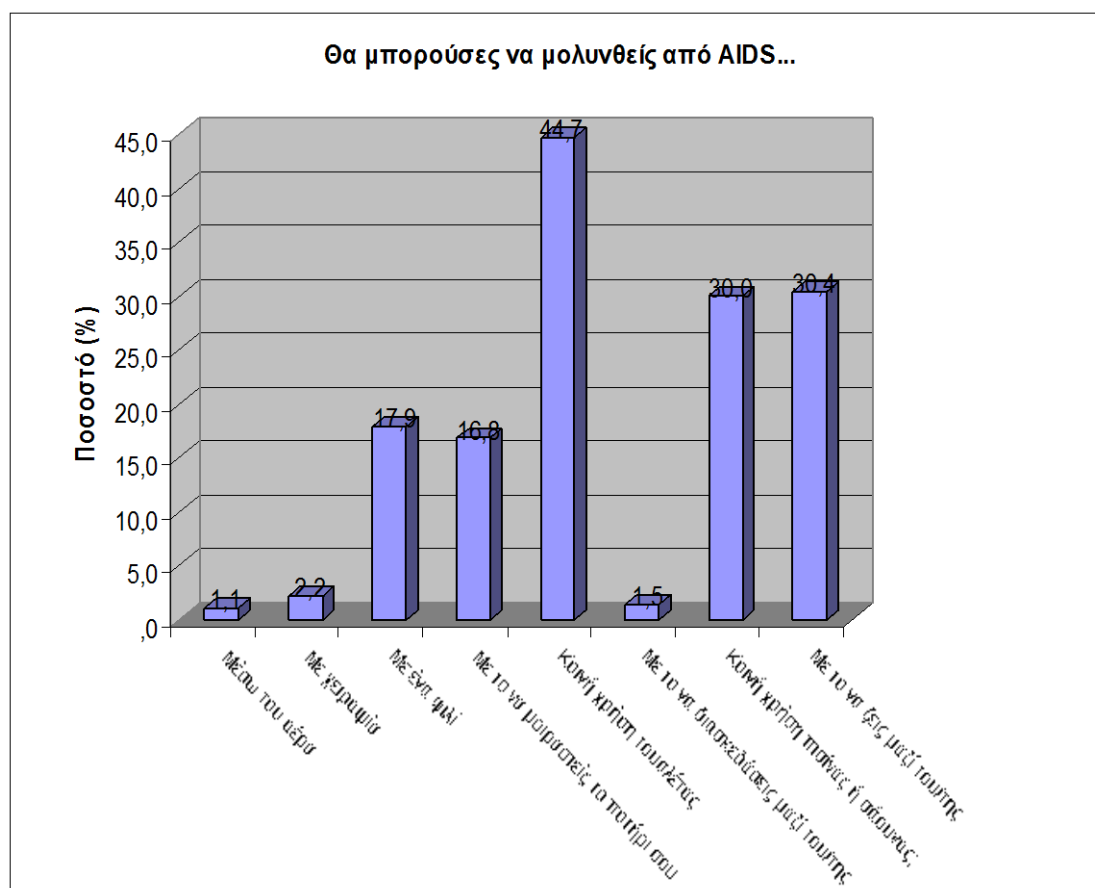
έννοια<sup>31</sup> (Τα προφυλακτικά είναι 1) Κάτι θετικό, 2) Επιθυμητά 3) Αποτελεσματικά και 4) Ενισχύουν το ρομαντισμό).

Το κυριότερο συναίσθημα των συμμετεχόντων για το μέλλον και το AIDS είναι ο φόβος με ποσοστό 43,6%. Σημαντικό ποσοστό (38,1%) των συμμετεχόντων αναφέρει επίσης την Ελπίδα ως συναίσθημα για το μέλλον και το AIDS.

Στο ερώτημα σχετικά με τον τρόπο μόλυνσης από AIDS, το 44,7% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι μπορεί να μολυνθεί από το AIDS αν αφήσει κάποιον που ασθενεί να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα τους. Το 30% και 30,4% πιστεύει ότι μπορεί να μολυνθεί από AIDS «Με το να πάς στην πισίνα ή την σάουνα μαζί του/της» και «Με το να ζεις μαζί του/της» αντίστοιχα.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων για τον τρόπο μόλυνσης από το AIDS.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 Απόψεις για τον τρόπο μετάδοσης του AIDS**



<sup>31</sup> βλ. Πίνακα 28



#### Α.4. Ενημέρωση για το AIDS

Σημαντικό μέρος των γενικών ερωτήσεων αποτέλεσαν οι ερωτήσεις σχετικά με την ενημέρωση αλλά και τις πηγές ενημέρωσης των νέων για το AIDS.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που θεωρούσαν ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι για το AIDS. Το 56,0% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι είναι αρκετά ενημερωμένοι για το AIDS. Το 44% των συμμετεχόντων παραδέχεται ότι νιώθει αβέβαιο σχετικά με την ενημέρωσή του.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Απόψεις για την προσωπική ενημέρωση**

| Θεωρείς, ότι είσαι αρκετά ενημερωμένος σχετικά με το AIDS; | N   | %    |
|------------------------------------------------------------|-----|------|
| Ναι, είμαι ενημερωμένος                                    | 153 | 56,0 |
| Όχι, είμαι αβέβαιος                                        | 120 | 44,0 |

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι πηγές ενημέρωσης των συμμετεχόντων για το AIDS. Οι κυριότερες πηγές ενημέρωσης των συμμετεχόντων ήταν το ίντερνετ και η τηλεόραση με ποσοστό 67,0% και 60,4% αντίστοιχα.

Όταν ερωτήθηκαν ποιες πηγές ενημέρωσης θα επιθυμούσαν οι ίδιοι να ενισχύσουν την δραστηριότητά τους, το 64,1% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι το σχολείο και η τηλεόραση θα πρέπει να ενισχύσουν την ενημερωτική τους δραστηριότητα με ποσοστά 64,1% και 61,9% αντίστοιχα. Επίσης σημαντικό είναι και το αίτημα των συμμετεχόντων να ενισχυθεί η ενημέρωσή τους από τους γονείς με ποσοστό 47,6%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Πηγές ενημέρωσης των συμμετεχόντων για το AIDS**

|                         | Από πού προέρχεται μέχρι τώρα η ενημέρωσή σου για το AIDS; |      | Ποια από αυτές τις πηγές θα πρέπει να ενισχύσει την ενημερωτική της δραστηριότητα; |      |
|-------------------------|------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------|------|
|                         | N                                                          | %    | N                                                                                  | %    |
| Τηλεόραση               | 165                                                        | 60,4 | 169                                                                                | 61,9 |
| Ραδιόφωνο               | 26                                                         | 9,5  | 68                                                                                 | 24,9 |
| Καθημερινές εφημερίδες  | 34                                                         | 12,5 | 87                                                                                 | 31,9 |
| Γονείς και συγγενείς    | 109                                                        | 39,9 | 130                                                                                | 47,6 |
| Φίλοι                   | 109                                                        | 39,9 | 53                                                                                 | 19,4 |
| Διαλέξεις και Σεμινάρια | 47                                                         | 17,2 | 89                                                                                 | 32,6 |
| Περιοδικά/φυλλάδια      | 105                                                        | 38,5 | 75                                                                                 | 27,5 |
| Βιβλία                  | 119                                                        | 43,6 | 76                                                                                 | 27,8 |
| Σχολείο                 | 152                                                        | 55,7 | 175                                                                                | 64,1 |
| Ιατροί                  | 91                                                         | 33,3 | 127                                                                                | 46,5 |
| Internet                | 183                                                        | 67,0 | 96                                                                                 | 35,2 |

### **A.5. Στατιστική Αξιοπιστία των κλιμάκων**

#### **α) Κλίμακα Αυτοεκτίμησης (Rosenberg, 1979)**

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτοεκτίμησης πριν την παρέμβαση.

Ο συντελεστής του Cronbach  $\alpha$ , ήταν μεγαλύτερος από το αποδεκτό όριο (0,7), άρα υπάρχει αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ( $\alpha = 0,86$ ). Επίσης, η μέση τιμή στην κλίμακα αυτοεκτίμησης για τους συμμετέχοντες ήταν σχετικά καλή (μέση τιμή  $\pm$  SD=28).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Cronbach's  $\alpha$  Κλίμακα αυτοεκτίμησης κατά Rosenberg**

|                             | Cronbach's $\alpha$ | Μέση τιμή $\pm$ SD |
|-----------------------------|---------------------|--------------------|
| Αυτοεκτίμηση<br>(Rosenberg) | 0,86                | 28 $\pm$ 5,1       |

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων πριν την παρέμβαση. Η βαθμολογία κάτω του 15 δηλώνει χαμηλή αυτοεκτίμηση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Επίπεδα αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων**

| Αυτοεκτίμηση<br>(Rosenberg) | N   | %    |
|-----------------------------|-----|------|
| Χαμηλή                      | 6   | 2,2  |
| Υψηλή                       | 267 | 97,8 |

#### **β) Γενική αποτελεσματικότητα (GSE - R. Schwarzer & M. Jerusalem, 1995)**

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας πριν την παρέμβαση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Βαθμολογία Κλίμακας Γενικής Αποτελεσματικότητας (α' Φάση)**

|                          | Cronbach's $\alpha$ | Μέση τιμή $\pm$ SD |
|--------------------------|---------------------|--------------------|
| Αποτελεσματικότητα (GSE) | 0,81                | 29,2 $\pm$ 4,8     |

Ο συντελεστής του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από το αποδεκτό όριο (0,7), άρα υπάρχει αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ( $\alpha = 0,81$ ).

Η μέση τιμή στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας των συμμετεχόντων είναι πολύ καλή (μέση τιμή  $\pm$  SD= 29,2).

#### γ) Multidimensional Health Locus of control (MHLC - Wallston, et. al., 1978)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Τύχη» και «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» της κλίμακας MHLC πριν την παρέμβαση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Βαθμολογία Κλίμακας Εστίασης Ελέγχου (MHLC)**

|                                  | Cronbach's $\alpha$ | Μέση τιμή $\pm$ SD |
|----------------------------------|---------------------|--------------------|
| Τύχη (MHLC)                      | 0,71                | 17,7 $\pm$ 5       |
| Εσωτερική εστίαση ελέγχου (MHLC) | 0,70                | 24,6 $\pm$ 4,3     |

Ο συντελεστής του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από το αποδεκτό όριο (0,7), άρα υπάρχει αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Επίσης, δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στις διαστάσεις «Τύχη» και «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» της κλίμακας MHLC πριν την παρέμβαση.

#### δ) Αυτό-αποτελεσματικότητα της χρήσης προφυλακτικού (CUSES - Brafford & Beck, 1991)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας πριν και μετά την παρέμβαση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Βαθμολογία Κλίμακας Αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού (CUSES)**

|                                 | Cronbach's $\alpha$ | Μέση τιμή $\pm$ SD |
|---------------------------------|---------------------|--------------------|
| Αυτο-αποτελεσματικότητα (CUSES) | 0,89                | 76 $\pm$ 15,4      |

Ο συντελεστής του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από το αποδεκτό όριο (0,7), άρα υπάρχει αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου  $\alpha = 0,89$ .

Έγινε παραγοντική ανάλυση και όλες οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου CUSES ομαδοποιήθηκαν με factor loading  $> 0.4$  σε 5 παράγοντες. Το ποσοστό της μεταβλητότητας που εξηγείται από τους παράγοντες είναι 54,3%.

Ακολούθως φαίνονται οι ομαδοποιήσεις και τα factor loadings των παραγόντων:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Παραγοντική Ανάλυση Κλίμακας Αυτό-αποτελεσματικότητας  
χρήσης προφυλακτικού (CUSES)**

| CUSES ερωτήματα | Παράγοντες |      |      |      |      |
|-----------------|------------|------|------|------|------|
|                 | 1          | 2    | 3    | 4    | 5    |
| 1               |            |      | 0,60 |      |      |
| 2               |            |      | 0,69 |      |      |
| 3               | 0,45       |      |      |      |      |
| 4               | 0,77       |      |      |      |      |
| 5               | 0,83       |      |      |      |      |
| 6               | 0,83       |      |      |      |      |
| 7               |            |      |      | 0,66 |      |
| 8               |            | 0,43 |      |      |      |
| 9               |            | 0,68 |      |      |      |
| 10              |            | 0,67 |      |      |      |
| 11              | 0,55       |      |      |      |      |
| 12              | 0,63       |      |      |      |      |
| 13              | 0,61       |      |      |      |      |
| 14              |            |      | 0,64 |      |      |
| 15              |            | 0,69 |      |      |      |
| 16              |            | 0,78 |      |      |      |
| 17              |            | 0,76 |      |      |      |
| 18              |            | 0,75 |      |      |      |
| 19              | 0,55       |      |      |      |      |
| 20              |            |      | 0,58 |      |      |
| 21              |            |      |      | 0,65 |      |
| 22              |            |      | 0,64 |      |      |
| 23              |            |      |      | 0,74 |      |
| 24              |            |      |      |      | 0,80 |
| 25              |            |      |      |      | 0,79 |
| 26              |            |      |      | 0,76 |      |
| 27              |            |      | 0,51 |      |      |
| 28              |            |      |      |      | 0,48 |

Σε μια προσπάθεια χαρακτηρισμού των παραγόντων, αναφέρονται:

Παράγοντας 1: **Κατηγορηματικότητα** (*Ικανότητα να πείσω ένα/μία σύντροφο να χρησιμοποιήσει ένα προφυλακτικό* - ερωτήσεις 3,4,5,6,11,12,13,19)

Παράγοντας 2: **Μη έγκριση συντρόφου** (ερ. 8,9,10,15,16,17,18)

Παράγοντας 3: **Μηχανισμοί** (*η ικανότητα να τοποθετήσω ένα προφυλακτικό στον εαυτό μου ή σε κάποιο άλλο* - ερωτήσεις 1,2,14,20,22,27)

Παράγοντας 4: **Αυτοπεποίθηση-Έλεγχος** (*η ικανότητα να διατηρήσω την ατμόσφαιρα παρόλη την χρήση προφυλακτικού* - ερωτήσεις 7,21,23,26)

Παράγοντας 5: **Ουσίες** (ερ. 24,25,26)

Βλέπουμε ότι σε σύγκριση με την παραγοντική ανάλυση των συγγραφέων του ερωτηματολογίου (Brafford and Beck, 1991) οι παράγοντες 1 (Κατηγορηματικότητα), 2 (Μη έγκριση συντρόφου), 3 (Μηχανισμοί) και 5 (Ουσίες) είναι σχεδόν ίδιοι. Εδώ προέκυψε και ένας

ακόμα παράγοντας, η Αυτοπεποίθηση – Έλεγχος. Ένας παράγοντας που φάνηκε στην παραγοντική ανάλυση, στην έρευνα των Baele et. al., (2001).

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην παρούσα έρευνα, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αξιολογήθηκε με βάση το total score. Επίσης, ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, ήταν Cronbach's  $\alpha = 0,89$ , κάτι που μας επιτρέπει να χρησιμοποιήσουμε το total score για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των νέων, με την συγκεκριμένη κλίμακα μέτρησης.

#### A.6 Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων κατά την α' ερευνητική φάση.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των βαθμολογιών των συμμετεχόντων στις διάφορες κλίμακες πριν την παρέμβαση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Συσχέτιση των κλιμάκων πριν την παρέμβαση**

|                                     |   | Αποτελεσματικότητα<br>(GSE) | Τύχη<br>(MHLC) | Εσωτερική<br>εστίαση ελέγχου<br>(MHLC) | Αυτο-<br>αποτελεσματικότητα<br>(CUSES) |
|-------------------------------------|---|-----------------------------|----------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| Αυτοεκτίμηση (Rosenberg)            | R | 0,23                        | -0,11          | 0,07                                   | 0,24                                   |
|                                     | P | <b>&lt;0,001</b>            | 0,068          | 0,295                                  | <b>&lt;0,001</b>                       |
| Αποτελεσματικότητα (GSE)            | R |                             | 0,00           | 0,10                                   | 0,26                                   |
|                                     | P |                             | 0,942          | 0,133                                  | <b>&lt;0,001</b>                       |
| Τύχη (MHLC)                         | R |                             |                | 0,00                                   | -0,16                                  |
|                                     | P |                             |                | 0,961                                  | <b>0,008</b>                           |
| Εσωτερική εστίαση ελέγχου<br>(MHLC) | R |                             |                |                                        | 0,24                                   |
|                                     | P |                             |                |                                        | <b>&lt;0,001</b>                       |

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της κλίμακας αυτοεκτίμησης (Rosenberg) με την γενική αποτελεσματικότητα (GSE) των συμμετεχόντων ( $r = .23$ ,  $p = < .001$ ). Άρα όσο αυξάνεται η αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων, τόσο αυξάνεται και η αποτελεσματικότητά τους.

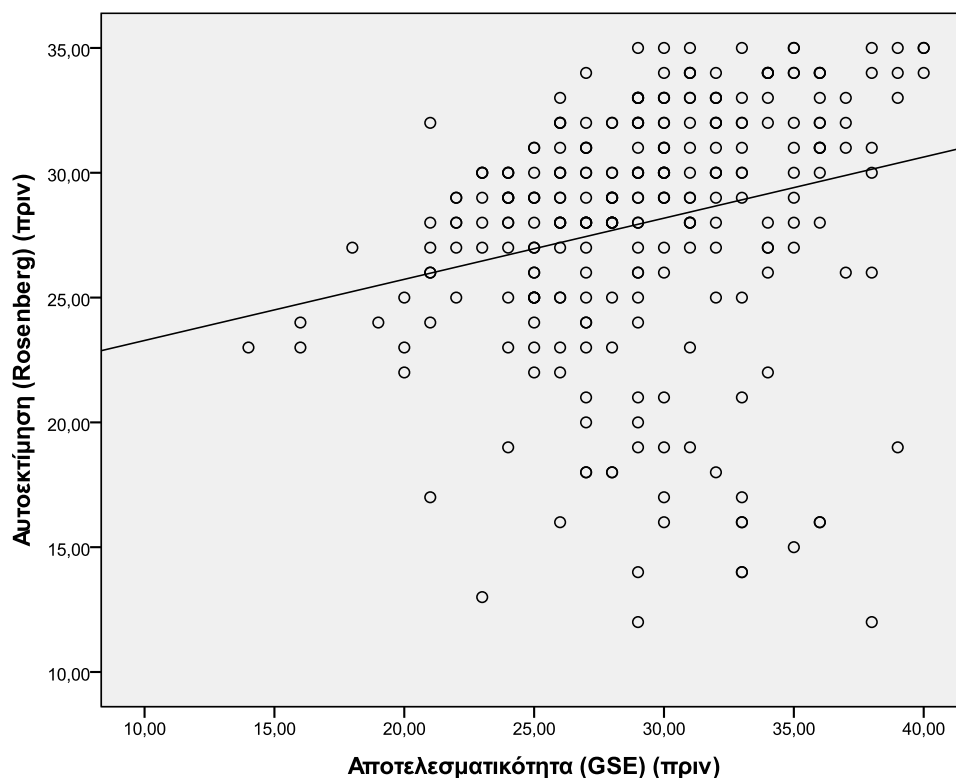
Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού (CUSES) με την αυτοεκτίμηση (Rosenberg) ( $r = .24$ ,  $p = < .001$ ), την γενική αποτελεσματικότητα (GSE) ( $r = .23$ ,  $p = < .001$ ) και την διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» (MHLC) ( $r = .07$ ,  $p = < .001$ ). Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού, τόσο αυξάνονται και οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις κλίμακες αυτοεκτίμησης, γενικής αποτελεσματικότητας και στη διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου».

Αντίθετα, υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της κλίμακας αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού (CUSES) με την διάσταση «Τύχη», της

κλίμακας εστίασης ελέγχου (MHLC) ( $r = - .16$ ,  $p = < .001$ ). Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στη διάσταση «Τύχη».

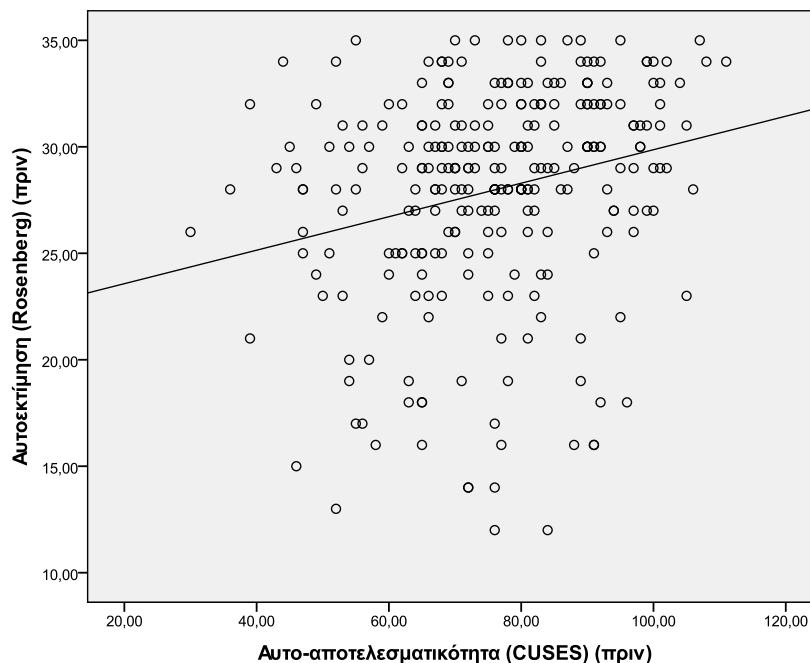
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την γενική αποτελεσματικότητα των συμμετεχόντων.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5** Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης και της γενικής αποτελεσματικότητας



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την αυτό-αποτελεσματικότητα χρήσης προφυλακτικού των συμμετεχόντων.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6** Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την αυτό-αποτελεσματικότητα χρήσης προφυλακτικού



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις κλίμακες πριν την παρέμβαση ανάλογα με τα επίπεδα αυτοεκτίμησής τους, όπως μετρήθηκαν με βάση την κλίμακα αυτοεκτίμησης (Rosenberg).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16** Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και υπολοίπων κλιμάκων

|                                  | Αυτοεκτίμηση (Rosenberg) |      |           |      | P<br>Student's<br>t-test |
|----------------------------------|--------------------------|------|-----------|------|--------------------------|
|                                  | Χαμηλή                   |      | Υψηλή     |      |                          |
|                                  | Μέση τιμή                | SD   | Μέση τιμή | SD   |                          |
| Αποτελεσματικότητα (GSE)         | 30,8                     | 5,1  | 29,1      | 4,8  | 0,390                    |
| Τύχη (MHLC)                      | 15,8                     | 6,4  | 17,8      | 5,0  | 0,346                    |
| Εσωτερική εστίαση ελέγχου (MHLC) | -                        | -    | 24,6      | 4,3  | .*                       |
| Αυτο-αποτελεσματικότητα (CUSES)  | 72,0                     | 10,7 | 76,1      | 15,5 | 0,518                    |

\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διάφορες κλίμακες πριν την παρέμβαση μεταξύ των επιπέδων αυτοεκτίμησης.

### Α.7 Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων με την επικίνδυνη συμπεριφορά (α' φάση).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτοεκτίμησης πριν την παρέμβαση ανάλογα με τις ερωτήσεις που αφορούν στην επικίνδυνη συμπεριφορά.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Συσχέτιση αυτοεκτίμησης ανάλογα με την επικινδυνότητα συμπεριφοράς**

|                                                                               |                                     | Αυτοεκτίμηση<br>(Rosenberg) (πριν) |      | P<br>Student's<br>t-test |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------|--------------------------|
|                                                                               |                                     | Μέση τιμή                          | SD   |                          |
| <b>Ποιος μπορεί να μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS?</b>                          | Μόνο άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικά | 30,6                               | 4,3  | <b>0,041*</b>            |
|                                                                               | Όλοι                                | 28,1                               | 5,0  |                          |
|                                                                               | Μόνο ομοφυλόφιλοι                   | 28,9                               | 5,3  |                          |
|                                                                               | Δεν γνωρίζω                         | 24,1                               | 5,8  |                          |
| <b>Είχες μέχρι τώρα σεξουαλική επαφή;</b>                                     | Όχι                                 | 27,7                               | 5,3  | 0,322                    |
|                                                                               | Ναι                                 | 28,3                               | 4,7  |                          |
| <b>Εάν απάντησες ναι, χρησιμοποίησες προφυλακτικό;</b>                        | Ναι                                 | 28,42                              | 4,75 | 0,666                    |
|                                                                               | Όχι , μάλλον                        | 28,03                              | 4,85 |                          |
| <b>Ποια προληπτικά μέτρα ασφαλείας λαμβάνεις εσύ προσωπικά κατά του AIDS;</b> |                                     |                                    |      |                          |
| Σεξουαλική επαφή μόνο με προφυλακτικό                                         | Ναι                                 | 27,9                               | 5,0  | 0,948                    |
|                                                                               | Όχι                                 | 28,0                               | 5,2  |                          |
| Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με κάποιο σύντροφο, που δεν γνωρίζω αρκετό καιρό   | Ναι                                 | 28,2                               | 4,7  | 0,301                    |
|                                                                               | Όχι                                 | 27,6                               | 5,6  |                          |
| Αποφυγή απιστίας                                                              | Ναι                                 | 19,8                               | 4,9  | 0,959                    |
|                                                                               | Όχι                                 | 19,9                               | 4,6  |                          |
| Μείωση του αριθμού ερωτικών συντρόφων                                         | Ναι                                 | 19,7                               | 3,9  | 0,857                    |
|                                                                               | Όχι                                 | 20,0                               | 5,2  |                          |
| Γενικά αποφυγή της σεξουαλικής επαφής                                         | Ναι                                 | 24,7                               | 6,6  | <b>0,021</b>             |
|                                                                               | Όχι                                 | 28,1                               | 4,9  |                          |
| <b>Έχεις αγοράσει ως τώρα προφυλακτικά;</b>                                   | Όχι                                 | 27,8                               | 5,2  | 0,391                    |
|                                                                               | Ναι                                 | 28,3                               | 4,7  |                          |
| <b>Θεωρείς, ότι είσαι αρκετά ενημερωμένος σχετικά με το AIDS;</b>             | Ναι, είμαι ενημερωμένος             | 28,4                               | 5,0  | 0,085                    |
|                                                                               | Όχι , είμαι αβέβαιος                | 27,4                               | 5,1  |                          |

\*ANOVA

Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία αυτοεκτίμησης ανάλογα με την άποψη των συμμετεχόντων, ως προς το ποιος μπορεί να προσβληθεί από AIDS. Επίσης, αυτοί που χρησιμοποιούσαν γενικά την αποφυγή της



σεξουαλικής επαφής σαν προληπτικό μέτρο ασφάλειας, είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αυτοεκτίμησης σε σύγκριση με αυτούς που δεν χρησιμοποιούσαν αυτόν τον τρόπο ως μέτρο ασφαλείας ( $p = > .01$ ). Βλέπουμε εδώ, μια μικρή ένδειξη που συμφωνεί με προηγούμενα ερευνητικά ευρήματα που αναφέρουν ότι «εκείνοι με υψηλή αυτοεκτίμηση, ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά» (Walsch, 1991; Cole & Slocumb, 1995; Salazar et. al., 2005).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της κλίμακας αυτοεκτίμησης και της πιθανότητας που θεωρούν οι συμμετέχοντες ότι έχουν να μολυνθούν από το AIDS.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και προσωπικού κινδύνου  
(ευαλωτότητα)**

|                                                                              |   | <b>Αυτοεκτίμηση<br/>(Rosenberg)<br/>(πριν)</b> |
|------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------|
| <b>Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ<br/>προσωπικά να μολυνθείς;</b> | R | -0,03                                          |
|                                                                              | P | 0,591                                          |

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της κλίμακας αυτοεκτίμησης και της πιθανότητας που θεωρούν προσωπικά οι συμμετέχοντες ότι έχουν να κολλήσουν AIDS ( $r = -.03$ ,  $p = > .05$ ).

## Α.8 Συσχέτιση της επικινδυνότητας της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων ανάλογα με το πόσο ευάλωτοι νιώθουν στο AIDS.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ερωτήσεις που αφορούν στο πόσο ευάλωτοι νιώθουν οι συμμετέχοντες στο AIDS ανάλογα με το αν είχαν σεξουαλική επαφή.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Συσχέτιση σεξουαλικής εμπειρίας και αίσθησης ευαλωτότητας**

|                                                                                    |                                                   | Είχες μέχρι τώρα σεξουαλική επαφή; |      |         |      | P Pearson's x2<br>test |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------|------|---------|------|------------------------|
|                                                                                    |                                                   | Όχι                                |      | Ναι     |      |                        |
|                                                                                    |                                                   | N                                  | %    | N       | %    |                        |
| Ποιος μπορεί να μολυνθεί<br>από τον ιό HIV/AIDS?                                   | Μόνο άτομα<br>εξαρτημένα από<br>ναρκωτικά         | 2                                  | 1,4  | 3       | 2,3  | 0,012*                 |
|                                                                                    | Όλοι                                              | 127                                | 91,4 | 120     | 90,2 |                        |
|                                                                                    | Μόνο ομοφυλόφιλοι                                 | 1                                  | 0,7  | 8       | 6,0  |                        |
|                                                                                    | Δεν γνωρίζω                                       | 9                                  | 6,5  | 2       | 1,5  |                        |
| Προσωπικά νιώθεις φόβο για<br>το AIDS;                                             | Λίγο έως καθόλου (5-<br>7)                        | 55                                 | 39,6 | 52      | 39,1 | 0,937                  |
|                                                                                    | Μέτρια έως πολύ (1-4)                             | 84                                 | 60,4 | 81      | 60,9 |                        |
|                                                                                    | Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;, μέση τιμή±SD | 4,1±1,9                            |      | 4,1±1,9 |      |                        |
| Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ<br>προσωπικά να μολυνθείς;, μέση τιμή±SD |                                                   | 3,6±1,9                            |      | 4,0±1,9 |      | 0,123**                |
| Θα μπορούσες να μολυνθείς από AIDS...                                              |                                                   |                                    |      |         |      |                        |
| Μέσω του αέρα                                                                      | Ναι                                               | 1                                  | 0,7  | 2       | 1,5  | 0,615*                 |
|                                                                                    | Όχι                                               | 138                                | 99,3 | 131     | 98,5 |                        |
| Με χειραψία                                                                        | Ναι                                               | 4                                  | 2,9  | 2       | 1,5  | 0,684*                 |
|                                                                                    | Όχι                                               | 135                                | 97,1 | 131     | 98,5 |                        |
| Με ένα φιλί                                                                        | Ναι                                               | 25                                 | 18,0 | 24      | 18,0 | 0,990                  |
|                                                                                    | Όχι                                               | 114                                | 82,0 | 109     | 82,0 |                        |
| Με το να μοιραστείς το ποτήρι<br>σου                                               | Ναι                                               | 26                                 | 18,7 | 20      | 15,0 | 0,420                  |
|                                                                                    | Όχι                                               | 113                                | 81,3 | 113     | 85,0 |                        |
| Με το να του/της επιτρέψεις<br>να χρησιμοποιήσει την<br>τουαλέτα σου               | Ναι                                               | 70                                 | 50,4 | 52      | 39,1 | 0,062                  |
|                                                                                    | Όχι                                               | 69                                 | 49,6 | 81      | 60,9 |                        |
| Με το να διασκεδάσεις μαζί<br>του/της                                              | Ναι                                               | 3                                  | 2,2  | 1       | 0,8  | 0,623*                 |
|                                                                                    | Όχι                                               | 136                                | 97,8 | 132     | 99,2 |                        |
| Με το να πιάς στην πισίνα ή<br>την σάουνα μαζί του/της;                            | Ναι                                               | 44                                 | 31,7 | 38      | 28,6 | 0,580                  |
|                                                                                    | Όχι                                               | 95                                 | 68,3 | 95      | 71,4 |                        |
| Με το να ζεις μαζί του/της                                                         | Ναι                                               | 49                                 | 35,3 | 34      | 25,6 | 0,083                  |
|                                                                                    | Όχι                                               | 90                                 | 64,7 | 99      | 74,4 |                        |

\*Fisher's exact test \*\*Mann-Whitney test

Υπήρξε σημαντική διαφορά στην άποψη των συμμετεχόντων για το ποια άτομα μπορούν να μολυνθούν από AIDS ανάλογα με το αν είχαν σεξουαλική επαφή. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν σεξουαλική επαφή (48,9%) πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό, ότι μόνο οι ομοφυλόφιλοι μπορούν να μολυνθούν από AIDS σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν σεξουαλική επαφή ( $p = < .05$ ).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ερωτήσεις που αφορούν στο πόσο ευάλωτοι νιώθουν οι συμμετέχοντες στο AIDS, ανάλογα με το αν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό στην σεξουαλική τους επαφή.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Συσχέτιση χρήσης και μη-χρήσης προφυλακτικού και αίσθησης ευάλωτότητας**

|                                                                                        |                                     | Εάν απάντησες ναι, χρησιμοποίησες προφυλακτικό; |      |              |       | P Pearson's x2 test |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|------|--------------|-------|---------------------|
|                                                                                        |                                     | Ναι                                             |      | Όχι , μάλλον |       |                     |
|                                                                                        |                                     | N                                               | %    | N            | %     |                     |
| <b>Ποιος μπορεί να μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS?</b>                                   | Μόνο άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικά | 3                                               | 3,2  | 0            | 0,0   | 0,719*              |
|                                                                                        | Όλοι                                | 83                                              | 89,2 | 36           | 92,3  |                     |
|                                                                                        | Μόνο ομοφυλόφιλοι                   | 5                                               | 5,4  | 3            | 7,7   |                     |
|                                                                                        | Δεν γνωρίζω                         | 2                                               | 2,2  | 0            | 0,0   |                     |
| <b>Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;</b>                                             | Λίγο έως καθόλου (5-7)              | 37                                              | 39,8 | 14           | 35,9  | 0,676               |
|                                                                                        | Μέτρια έως πολύ (1-4)               | 56                                              | 60,2 | 25           | 64,1  |                     |
| <b>Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;, μέση τιμή±SD</b>                               |                                     | 4,1±1,8                                         |      | 4,2±1,9      |       | 0,842**             |
| <b>Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ προσωπικά να μολυνθείς;, μέση τιμή±SD</b> |                                     | 4±2                                             |      | 3,8±1,8      |       | 0,415**             |
| <b>Θα μπορούσες να μολυνθείς από AIDS...</b>                                           |                                     |                                                 |      |              |       |                     |
| Μέσω του αέρα                                                                          | Ναι                                 | 2                                               | 2,2  | 0            | 0,0   | 1,000*              |
|                                                                                        | Όχι                                 | 91                                              | 97,8 | 39           | 100,0 |                     |
| Με χειραγγία                                                                           | Ναι                                 | 1                                               | 1,1  | 1            | 2,6   | 0,505*              |
|                                                                                        | Όχι                                 | 92                                              | 98,9 | 38           | 97,4  |                     |
| Με ένα φιλί                                                                            | Ναι                                 | 18                                              | 19,4 | 5            | 12,8  | 0,367               |
|                                                                                        | Όχι                                 | 75                                              | 80,6 | 34           | 87,2  |                     |
| Με το να μοιραστείς το ποτήρι σου                                                      | Ναι                                 | 13                                              | 14,0 | 6            | 15,4  | 0,834               |
|                                                                                        | Όχι                                 | 80                                              | 86,0 | 33           | 84,6  |                     |
| Με το να του/της επιτρέψεις να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα σου                         | Ναι                                 | 39                                              | 41,9 | 13           | 33,3  | 0,356               |
|                                                                                        | Όχι                                 | 54                                              | 58,1 | 26           | 66,7  |                     |
| Με το να διασκεδάσεις μαζί του/της                                                     | Ναι                                 | 1                                               | 1,1  | 0            | 0,0   | 1,000*              |
|                                                                                        | Όχι                                 | 92                                              | 98,9 | 39           | 100,0 |                     |
| Με το να πάς στην πισίνα ή την σάουνα μαζί του/της;                                    | Ναι                                 | 26                                              | 28,0 | 11           | 28,2  | 0,977               |
|                                                                                        | Όχι                                 | 67                                              | 72,0 | 28           | 71,8  |                     |
| Με το να ζεις μαζί του/της                                                             | Ναι                                 | 23                                              | 24,7 | 11           | 28,2  | 0,677               |
|                                                                                        | Όχι                                 | 70                                              | 75,3 | 28           | 71,8  |                     |

\*Fisher's exact test \*\*Mann-Whitney test

Δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αίσθησης ευαλωτότητας των συμμετεχόντων στο AIDS, ανάλογα με το αν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό στην σεξουαλική τους επαφή.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ερωτήσεις που αφορούν στο πόσο ευάλωτοι νιώθουν οι συμμετέχοντες στο AIDS ανάλογα με το αν χρησιμοποιούν προφυλακτικό σαν μέτρο προστασίας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Συσχέτιση χρήσης προφυλακτικού και αίσθησης ευαλωτότητας**

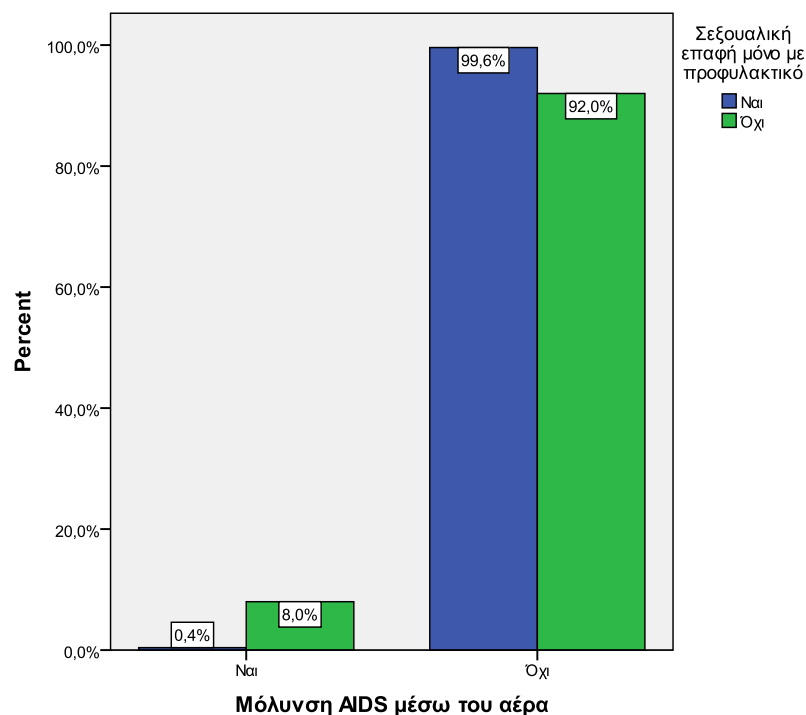
|                                                                                 |                                     | Σεξουαλική επαφή μόνο με προφυλακτικό |      |         |      | P Pearson's x2 test |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------|---------|------|---------------------|
|                                                                                 |                                     | Ναι                                   |      | Όχι     |      |                     |
|                                                                                 |                                     | N                                     | %    | N       | %    |                     |
| Ποιος μπορεί να μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS?                                   | Μόνο άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικά | 4                                     | 1,6  | 1       | 4,0  | 0,056*              |
|                                                                                 | Όλοι                                | 225                                   | 91,5 | 21      | 84,0 |                     |
|                                                                                 | Μόνο ομοφυλόφιλοι                   | 6                                     | 2,4  | 3       | 12,0 |                     |
|                                                                                 | Δεν γνωρίζω                         | 11                                    | 4,5  | 0       | 0,0  |                     |
|                                                                                 |                                     |                                       |      |         |      |                     |
| Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;                                             | Λίγο έως καθόλου (5-7)              | 96                                    | 39,0 | 10      | 40,0 | 1,000               |
|                                                                                 | Μέτρια έως πολύ (1-4)               | 150                                   | 61,0 | 15      | 60,0 |                     |
| Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;, μέση τιμή±SD                               |                                     | 4,1±1,9                               |      | 4,2±1,8 |      | 0,719**             |
| Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ προσωπικά να μολυνθείς;, μέση τιμή±SD |                                     | 3,8±1,9                               |      | 3,6±2,2 |      | 0,635**             |
| Θα μπορούσες να μολυνθείς από AIDS...                                           |                                     |                                       |      |         |      |                     |
| Μέσω του αέρα                                                                   | Ναι                                 | 1                                     | 0,4  | 2       | 8,0  | 0,023*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 245                                   | 99,6 | 23      | 92,0 |                     |
| Με χειραψία                                                                     | Ναι                                 | 5                                     | 2,0  | 1       | 4,0  | 0,444*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 241                                   | 98,0 | 24      | 96,0 |                     |
| Με ένα φιλή                                                                     | Ναι                                 | 42                                    | 17,1 | 7       | 28,0 | 0,179*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 204                                   | 82,9 | 18      | 72,0 |                     |
| Με το να μοιραστείς το ποτήρι σου                                               | Ναι                                 | 40                                    | 16,3 | 6       | 24,0 | 0,398*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 206                                   | 83,7 | 19      | 76,0 |                     |
| Με το να του/της επιτρέψεις να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα σου                  | Ναι                                 | 107                                   | 43,5 | 13      | 52,0 | 0,415               |
|                                                                                 | Όχι                                 | 139                                   | 56,5 | 12      | 48,0 |                     |
| Με το να διασκεδάσεις μαζί του/της                                              | Ναι                                 | 3                                     | 1,2  | 1       | 4,0  | 0,323*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 243                                   | 98,8 | 24      | 96,0 |                     |
| Με το να πιάς στην πισίνα ή την σάουνα μαζί του/της;                            | Ναι                                 | 72                                    | 29,3 | 10      | 40,0 | 0,266               |
|                                                                                 | Όχι                                 | 174                                   | 70,7 | 15      | 60,0 |                     |
| Με το να ζεις μαζί του/της                                                      | Ναι                                 | 75                                    | 30,5 | 8       | 32,0 | 0,876               |
|                                                                                 | Όχι                                 | 171                                   | 69,5 | 17      | 68,0 |                     |

\*Fisher's exact test \*\*Mann-Whitney test

Οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό για να προστατευτούν από το AIDS, πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι το AIDS μεταδίδεται μέσω του αέρα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό ( $\chi^2 = .023$ ,  $p = > .001$ ). Άρα, πιθανόν τα άτομα που έχουν σεξουαλική επαφή και χρησιμοποιούν προφυλακτικό ως μέτρο προφύλαξης, έχουν και καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που θεωρούν ότι μπορούν να μολυνθούν από AIDS μέσω του αέρα ανάλογα, με το αν χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό για να προστατευτούν από το AIDS.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7** Συσχέτιση χρήσης προφυλακτικού και τρόπου μόλυνσης



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ερωτήσεις που αφορούν στο πόσο ευάλωτοι νιώθουν οι συμμετέχοντες στο AIDS, ανάλογα με το αν αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή με κάποιον σύντροφο που δεν γνωρίζουν αρκετά σαν μέτρο προστασίας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22** Συσχέτιση αίσθησης ευαλωτότητας ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης (Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με κάποιον σύντροφο, που δεν γνωρίζω αρκετό καιρό)

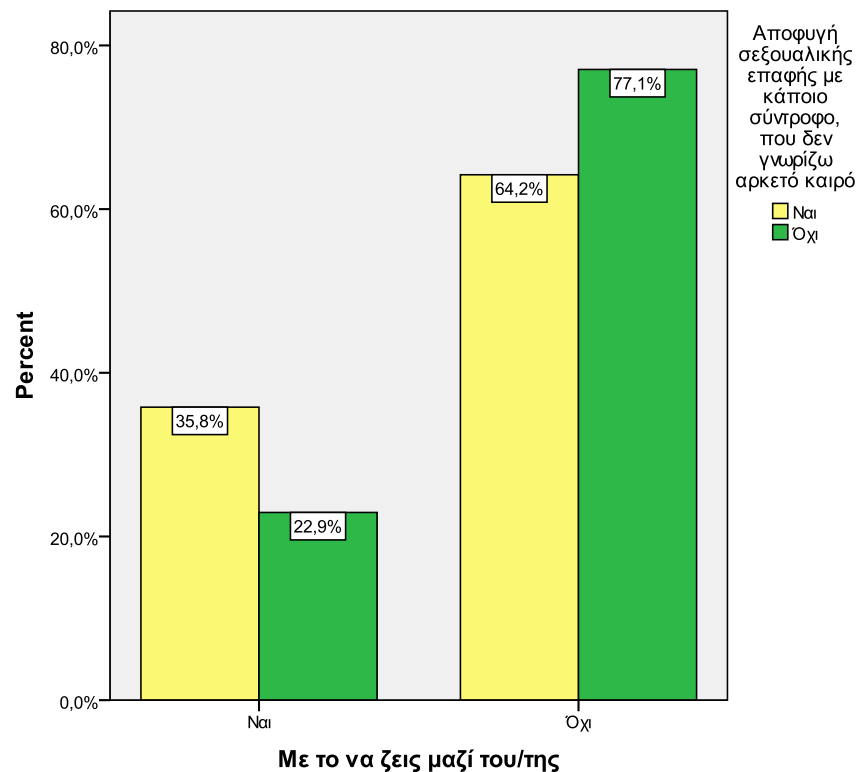
|                                                                                 |                                                   | Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με κάποιον σύντροφο, που δεν γνωρίζω αρκετό καιρό |      |         |      | P Pearson's x2 test |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------|---------|------|---------------------|
|                                                                                 |                                                   | Ναι                                                                          |      | Όχι     |      |                     |
|                                                                                 |                                                   | N                                                                            | %    | N       | %    |                     |
| Ποιος μπορεί να μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS?                                   | Μόνο άτομα εξαρτημένα απο ναρκωτικά               | 2                                                                            | 1,2  | 3       | 2,8  | 0,411*              |
|                                                                                 | Όλοι                                              | 151                                                                          | 93,2 | 95      | 87,2 |                     |
|                                                                                 | Μόνο ομοφυλόφιλοι                                 | 4                                                                            | 2,5  | 5       | 4,6  |                     |
|                                                                                 | Δεν γνωρίζω                                       | 5                                                                            | 3,1  | 6       | 5,5  |                     |
| Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;                                             | Λίγο έως καθόλου (5-7)                            | 59                                                                           | 36,4 | 47      | 43,1 | 0,268               |
|                                                                                 | Μέτρια έως πολύ (1-4)                             | 103                                                                          | 63,6 | 62      | 56,9 |                     |
|                                                                                 | Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;, μέση τιμή±SD | 4,1±1,9                                                                      |      | 4,2±1,9 |      |                     |
| Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ προσωπικά να μολυνθείς;, μέση τιμή±SD |                                                   | 3,7±2                                                                        |      | 3,8±1,8 |      | 0,584**             |
| Θα μπορούσες να μολυνθείς από AIDS...                                           |                                                   |                                                                              |      |         |      |                     |
| Μέσω του αέρα                                                                   | Ναι                                               | 1                                                                            | 0,6  | 2       | 1,8  | 0,567*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 161                                                                          | 99,4 | 107     | 98,2 |                     |
| Με χειραψία                                                                     | Ναι                                               | 3                                                                            | 1,9  | 3       | 2,8  | 0,687*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 159                                                                          | 98,1 | 106     | 97,2 |                     |
| Με ένα φιλί                                                                     | Ναι                                               | 29                                                                           | 17,9 | 20      | 18,3 | 0,925               |
|                                                                                 | Όχι                                               | 133                                                                          | 82,1 | 89      | 81,7 |                     |
| Με το να μοιραστείς το ποτήρι σου                                               | Ναι                                               | 32                                                                           | 19,8 | 14      | 12,8 | 0,137               |
|                                                                                 | Όχι                                               | 130                                                                          | 80,2 | 95      | 87,2 |                     |
| Με το να του/της επιτρέψεις να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα σου                  | Ναι                                               | 84                                                                           | 51,9 | 36      | 33,0 | 0,002               |
|                                                                                 | Όχι                                               | 78                                                                           | 48,1 | 73      | 67,0 |                     |
| Με το να διασκεδάσεις μαζί του/της                                              | Ναι                                               | 1                                                                            | 0,6  | 3       | 2,8  | 0,306               |
|                                                                                 | Όχι                                               | 161                                                                          | 99,4 | 106     | 97,2 |                     |
| Με το να πάς στην πισίνα ή την σάουνα μαζί του/της;                             | Ναι                                               | 58                                                                           | 35,8 | 24      | 22,0 | 0,015               |
|                                                                                 | Όχι                                               | 104                                                                          | 64,2 | 85      | 78,0 |                     |
| Με το να ζεις μαζί του/της                                                      | Ναι                                               | 58                                                                           | 35,8 | 25      | 22,9 | 0,024               |
|                                                                                 | Όχι                                               | 104                                                                          | 64,2 | 84      | 77,1 |                     |

\*Fisher's exact test \*\*Mann-Whitney test

Οι συμμετέχοντες που αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή με κάποιον σύντροφο που δεν γνωρίζουν για να προστατευτούν από το AIDS, πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι το AIDS μεταδίδεται με το να χρησιμοποιήσει κάποιος την ίδια τουαλέτα με κάποιον που νοσεί ( $\chi^2 = .002$ ,  $p = < .05$ ), με το να πάει στην πισίνα ή στη σάουνα μαζί του ( $\chi^2 = .015$ ,  $p = < .05$ ) ή με το να ζει μαζί του ( $\chi^2 = .024$ ,  $p = < .05$ ) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή με κάποιον σύντροφο που δεν γνωρίζουν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που θεωρούν ότι μπορούν να μολυνθούν από AIDS με το να ζουν με κάποιον που νοσεί ανάλογα με το αν αποφεύγουν τη σεξουαλική επαφή με κάποιον σύντροφο που δεν γνωρίζουν για να προστατευτούν από το AIDS.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 Συσχέτιση τρόπου μόλυνσης ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης (Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με κάποιον σύντροφο, που δεν γνωρίζω αρκετό καιρό)**



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ερωτήσεις που αφορούν στο πόσο ευάλωτοι νιώθουν οι συμμετέχοντες στο AIDS ανάλογα με το αν αποφεύγουν την απιστία σαν μέτρο προστασίας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Συσχέτιση αίσθησης ευαλωτότητας ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης (Αποφυγή Απιστίας)**

|                                                                                 |                                                   | Αποφυγή απιστίας |       |         |       | P Pearson's x2 test |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------|-------|---------|-------|---------------------|
|                                                                                 |                                                   | Ναι              |       | Όχι     |       |                     |
|                                                                                 |                                                   | N                | %     | N       | %     |                     |
| Ποιος μπορεί να μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS?                                   | Μόνο άτομα εξαρτημένα απο ναρκωτικά               | 0                | 0,0   | 0       | 0,0   | 0,473*              |
|                                                                                 | Όλοι                                              | 12               | 80,0  | 27      | 84,4  |                     |
|                                                                                 | Μόνο ομοφυλόφιλοι                                 | 2                | 13,3  | 1       | 3,1   |                     |
|                                                                                 | Δεν γνωρίζω                                       | 1                | 6,7   | 4       | 12,5  |                     |
| Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;                                             | Λίγο έως καθόλου (5-7)                            | 8                | 53,3  | 15      | 46,9  | 0,680               |
|                                                                                 | Μέτρια έως πολύ (1-4)                             | 7                | 46,7  | 17      | 53,1  |                     |
|                                                                                 | Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;, μέση τιμή±SD | 4,9±1,8          |       | 4,2±1,9 |       |                     |
| Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ προσωπικά να μολυνθείς;, μέση τιμή±SD |                                                   | 3,6±2            |       | 3,9±1,8 |       | 0,516**             |
| Θα μπορούσες να μολυνθείς από AIDS...                                           |                                                   |                  |       |         |       |                     |
| Μέσω του αέρα                                                                   | Ναι                                               | 1                | 6,7   | 0       | 0,0   | 0,319*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 14               | 93,3  | 32      | 100,0 |                     |
| Με χειραγνία                                                                    | Ναι                                               | 0                | 0,0   | 2       | 6,3   | 1,000*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 15               | 100,0 | 30      | 93,8  |                     |
| Με ένα φιλί                                                                     | Ναι                                               | 3                | 20,0  | 7       | 21,9  | 1,000*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 12               | 80,0  | 25      | 78,1  |                     |
| Με το να μοιραστείς το ποτήρι σου                                               | Ναι                                               | 2                | 13,3  | 5       | 15,6  | 1,000*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 13               | 86,7  | 27      | 84,4  |                     |
| Με το να του/της επιτρέψεις να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα σου                  | Ναι                                               | 8                | 53,3  | 18      | 56,3  | 0,851               |
|                                                                                 | Όχι                                               | 7                | 46,7  | 14      | 43,8  |                     |
| Με το να διασκεδάσεις μαζί του/της                                              | Ναι                                               | 0                | 0,0   | 2       | 6,3   | 1,000*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 15               | 100,0 | 30      | 93,8  |                     |
| Με το να πάς στην πισίνα ή την σάουνα μαζί του/της;                             | Ναι                                               | 6                | 40,0  | 10      | 31,3  | 0,555               |
|                                                                                 | Όχι                                               | 9                | 60,0  | 22      | 68,8  |                     |
| Με το να ζεις μαζί του/της                                                      | Ναι                                               | 7                | 46,7  | 13      | 40,6  | 0,696               |
|                                                                                 | Όχι                                               | 8                | 53,3  | 19      | 59,4  |                     |

\*Fisher's exact test \*\*Mann-Whitney test

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αίσθησης ευαλωτότητας των συμμετεχόντων, ανάλογα με το αν αποφεύγουν την απιστία σαν μέτρο προστασίας.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ερωτήσεις που αφορούν στο πόσο εύαλωτοι νιώθουν οι συμμετέχοντες στο AIDS ανάλογα με το αν μειώνουν τον αριθμό συντρόφων σαν μέτρο προστασίας.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Συσχέτιση αίσθησης ευαλωτότητας ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης (Μείωση του αριθμού ερωτικών συντρόφων)**

|                                                                                 |                                     | Μείωση του αριθμού ερωτικών συντρόφων |       |         |       | P Pearson's x2 test |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------|---------|-------|---------------------|
|                                                                                 |                                     | Ναι                                   |       | Όχι     |       |                     |
|                                                                                 |                                     | N                                     | %     | N       | %     |                     |
| Ποιος μπορεί να μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS?                                   | Μόνο άτομα εξαρτημένα απο ναρκωτικά | 0                                     | 0,0   | 0       | 0,0   | 0,517*              |
|                                                                                 | Όλοι                                | 19                                    | 90,5  | 20      | 76,9  |                     |
|                                                                                 | Μόνο ομοφυλόφιλοι                   | 1                                     | 4,8   | 2       | 7,7   |                     |
|                                                                                 | Δεν γνωρίζω                         | 1                                     | 4,8   | 4       | 15,4  |                     |
| Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;                                             | Λίγο έως καθόλου (5-7)              | 11                                    | 52,4  | 12      | 46,2  | 0,671               |
|                                                                                 | Μέτρια έως πολύ (1-4)               | 10                                    | 47,6  | 14      | 53,8  |                     |
| Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;, μέση τιμή±SD                               |                                     | 4,7±1,9                               |       | 4,2±2   |       | 0,461**             |
| Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ προσωπικά να μολυνθείς;, μέση τιμή±SD |                                     | 3,4±1,8                               |       | 4,2±1,9 |       | 0,195**             |
| Θα μπορούσες να μολυνθείς από AIDS...                                           |                                     |                                       |       |         |       |                     |
| Μέσω του αέρα                                                                   | Ναι                                 | 0                                     | 0,0   | 1       | 3,8   | 1,000*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 21                                    | 100,0 | 25      | 96,2  |                     |
| Με χειραψία                                                                     | Ναι                                 | 2                                     | 9,5   | 0       | 0,0   | 0,194*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 19                                    | 90,5  | 26      | 100,0 |                     |
| Με ένα φιλί                                                                     | Ναι                                 | 3                                     | 14,3  | 7       | 26,9  | 0,475*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 18                                    | 85,7  | 19      | 73,1  |                     |
| Με το να μοιραστείς το ποτήρι σου                                               | Ναι                                 | 3                                     | 14,3  | 4       | 15,4  | 1,000*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 18                                    | 85,7  | 22      | 84,6  |                     |
| Με το να του/της επιτρέψεις να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα σου                  | Ναι                                 | 12                                    | 57,1  | 14      | 53,8  | 0,821               |
|                                                                                 | Όχι                                 | 9                                     | 42,9  | 12      | 46,2  |                     |
| Με το να διασκεδάσεις μαζί του/της                                              | Ναι                                 | 1                                     | 4,8   | 1       | 3,8   | 1,000*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 20                                    | 95,2  | 25      | 96,2  |                     |
| Με το να πάς στην πισίνα ή την σάουνα μαζί του/της;                             | Ναι                                 | 8                                     | 38,1  | 8       | 30,8  | 0,598               |
|                                                                                 | Όχι                                 | 13                                    | 61,9  | 18      | 69,2  |                     |
| Με το να ξεις μαζί του/της                                                      | Ναι                                 | 11                                    | 52,4  | 9       | 34,6  | 0,221               |
|                                                                                 | Όχι                                 | 10                                    | 47,6  | 17      | 65,4  |                     |

\*Fisher's exact test \*\*Mann-Whitney test

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αίσθησης ευαλωτότητας των συμμετεχόντων στο AIDS, ανάλογα με το αν μειώνουν τον αριθμό συντρόφων σαν μέτρο προστασίας.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ερωτήσεις που αφορούν στο πόσο ευάλωτοι νιώθουν οι συμμετέχοντες στο AIDS ανάλογα με το αν αποφεύγουν γενικά την επαφή σαν μέτρο προστασίας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25** Συσχέτιση αίσθησης ευαλωτότητας ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης (Μείωση του αριθμού ερωτικών συντρόφων)

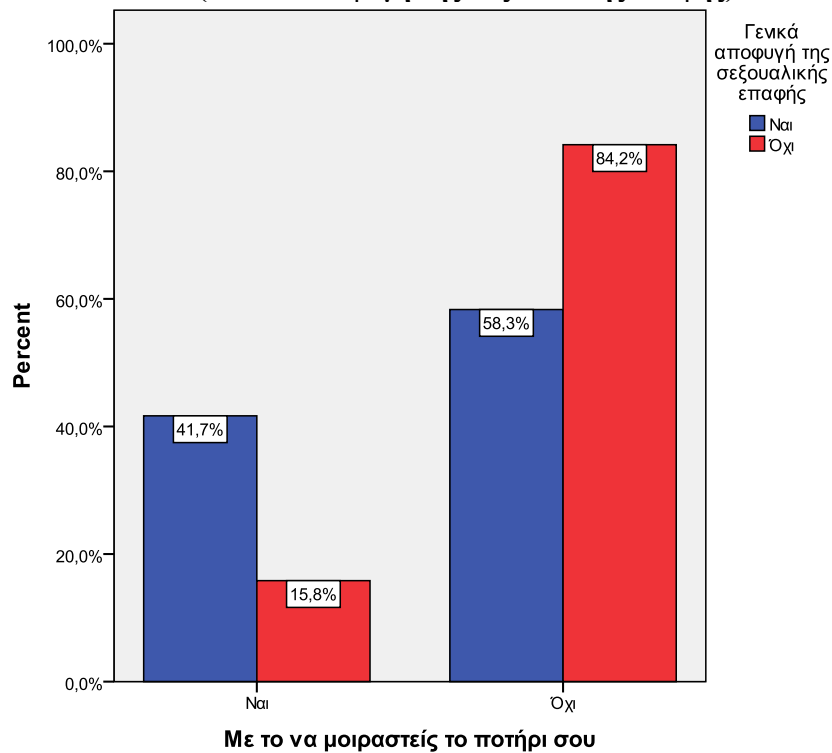
|                                                                                 |                                                   | Γενικά αποφυγή της σεξουαλικής επαφής |       |         |      | P Pearson's x2 test |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-------|---------|------|---------------------|
|                                                                                 |                                                   | Ναι                                   |       | Όχι     |      |                     |
|                                                                                 |                                                   | N                                     | %     | N       | %    |                     |
| Ποιος μπορεί να μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS?                                   | Μόνο άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικά               | 1                                     | 8,3   | 4       | 1,5  | 0,095*              |
|                                                                                 | Όλοι                                              | 9                                     | 75,0  | 237     | 91,5 |                     |
|                                                                                 | Μόνο ομοφυλόφιλοι                                 | 1                                     | 8,3   | 8       | 3,1  |                     |
|                                                                                 | Δεν γνωρίζω                                       | 1                                     | 8,3   | 10      | 3,9  |                     |
| Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;                                             | Λίγο έως καθόλου (5-7)                            | 7                                     | 58,3  | 99      | 38,2 | 0,226*              |
|                                                                                 | Μέτρια έως πολύ (1-4)                             | 5                                     | 41,7  | 160     | 61,8 |                     |
|                                                                                 | Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;, μέση τιμή±SD | 5,1±1,6                               |       | 4,1±1,9 |      | 0,057**             |
| Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ προσωπικά να μολυνθείς;, μέση τιμή±SD |                                                   | 4,2±2,1                               |       | 3,7±1,9 |      | 0,478**             |
| Θα μπορούσες να μολυνθείς από AIDS...                                           |                                                   |                                       |       |         |      |                     |
| Μέσω του αέρα                                                                   | Ναι                                               | 0                                     | 0,0   | 3       | 1,2  | 1,000*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 12                                    | 100,0 | 256     | 98,8 |                     |
| Με χειραψία                                                                     | Ναι                                               | 1                                     | 8,3   | 5       | 1,9  | 0,240*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 11                                    | 91,7  | 254     | 98,1 |                     |
| Με ένα φιλή                                                                     | Ναι                                               | 5                                     | 41,7  | 44      | 17,0 | 0,046*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 7                                     | 58,3  | 215     | 83,0 |                     |
| Με το να μοιραστείς το ποτήρι σου                                               | Ναι                                               | 5                                     | 41,7  | 41      | 15,8 | 0,035*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 7                                     | 58,3  | 218     | 84,2 |                     |
| Με το να του/της επιτρέψεις να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα σου                  | Ναι                                               | 3                                     | 25,0  | 117     | 45,2 | 0,169               |
|                                                                                 | Όχι                                               | 9                                     | 75,0  | 142     | 54,8 |                     |
| Με το να διασκεδάσεις μαζί του/της                                              | Ναι                                               | 1                                     | 8,3   | 3       | 1,2  | 0,167*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 11                                    | 91,7  | 256     | 98,8 |                     |
| Με το να πάς στην πισίνα ή την σάουνα μαζί του/της;                             | Ναι                                               | 2                                     | 16,7  | 80      | 30,9 | 0,521*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 10                                    | 83,3  | 179     | 69,1 |                     |
| Με το να ζεις μαζί του/της                                                      | Ναι                                               | 5                                     | 41,7  | 78      | 30,1 | 0,522*              |
|                                                                                 | Όχι                                               | 7                                     | 58,3  | 181     | 69,9 |                     |

\*Fisher's exact test \*\*Mann-Whitney test

Οι συμμετέχοντες που αποφεύγουν γενικά τη σεξουαλική επαφή για να προστατευτούν από το AIDS, πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι το AIDS μεταδίδεται με ένα φιλή ( $\chi^2 = .046$ ,  $p = < .05$ ) ή με το να μοιραστεί κάποιος το ποτήρι του με κάποιον που νοσεί ( $\chi^2 = .035$ ,  $p = < .05$ ), σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αποφεύγουν γενικά τη σεξουαλική επαφή. Φαίνεται εδώ ότι οι μαθητές που δεν έχουν κάποια σεξουαλική εμπειρία, δεν έχουν αρκετή ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που θεωρούν ότι μπορούν να μολυνθούν από AIDS με το να μοιραστούν το ποτήρι τους με κάποιον που νοσεί, ανάλογα με το αν αποφεύγουν γενικά τη σεξουαλική επαφή για να προστατευτούν από το AIDS.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9** Συσχέτιση τρόπου μόλυνσης ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης  
(Γενικά αποφυγή της σεξουαλικής επαφής)



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ερωτήσεις που αφορούν στο πόσο ευάλωτοι νιώθουν οι συμμετέχοντες στο AIDS, ανάλογα με το αν έχουν αγοράσει ποτέ προφυλακτικά.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Συσχέτιση αίσθησης ευαλωτότητας ανάλογα με τον τρόπο πρόληψης (Μείωση του αριθμού ερωτικών συντρόφων)**

|                                                                                 |                                     | Έχεις αγοράσει ως τώρα προφυλακτικά; |      |         |      | P Pearson's x2 test |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------|---------|------|---------------------|
|                                                                                 |                                     | Όχι                                  |      | Ναι     |      |                     |
|                                                                                 |                                     | N                                    | %    | N       | %    |                     |
| Ποιος μπορεί να μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS?                                   | Μόνο άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικά | 2                                    | 1,1  | 3       | 3,2  | 0,005*              |
|                                                                                 | Όλοι                                | 165                                  | 92,2 | 83      | 88,3 |                     |
|                                                                                 | Μόνο ομοφυλόφιλοι                   | 2                                    | 1,1  | 7       | 7,4  |                     |
|                                                                                 | Δεν γνωρίζω                         | 10                                   | 5,6  | 1       | 1,1  |                     |
| Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;                                             | Λίγο έως καθόλου (5-7)              | 68                                   | 38,0 | 39      | 41,5 | 0,573               |
|                                                                                 | Μέτρια έως πολύ (1-4)               | 111                                  | 62,0 | 55      | 58,5 |                     |
| Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;, μέση τιμή±SD                               |                                     | 4±1,9                                |      | 4,2±1,9 |      | 0,477**             |
| Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ προσωπικά να μολυνθείς;, μέση τιμή±SD |                                     | 3,8±2                                |      | 3,8±1,9 |      | 0,911**             |
| Θα μπορούσες να μολυνθείς από AIDS...                                           |                                     |                                      |      |         |      |                     |
| Μέσω του αέρα                                                                   | Ναι                                 | 1                                    | 0,6  | 2       | 2,1  | 0,273*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 178                                  | 99,4 | 92      | 97,9 |                     |
| Με χειραγία                                                                     | Ναι                                 | 4                                    | 2,2  | 2       | 2,1  | 1,000*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 175                                  | 97,8 | 92      | 97,9 |                     |
| Με ένα φιλί                                                                     | Ναι                                 | 29                                   | 16,2 | 20      | 21,3 | 0,299               |
|                                                                                 | Όχι                                 | 150                                  | 83,8 | 74      | 78,7 |                     |
| Με το να μοιραστείς το ποτήρι σου                                               | Ναι                                 | 30                                   | 16,8 | 16      | 17,0 | 0,956               |
|                                                                                 | Όχι                                 | 149                                  | 83,2 | 78      | 83,0 |                     |
| Με το να του/της επιτρέψεις να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα σου                  | Ναι                                 | 89                                   | 49,7 | 33      | 35,1 | 0,021               |
|                                                                                 | Όχι                                 | 90                                   | 50,3 | 61      | 64,9 |                     |
| Με το να διασκεδάσεις μαζί του/της                                              | Ναι                                 | 3                                    | 1,7  | 1       | 1,1  | 1,000*              |
|                                                                                 | Όχι                                 | 176                                  | 98,3 | 93      | 98,9 |                     |
| Με το να πιάς στην πισίνα ή την σάουνα μαζί του/της;                            | Ναι                                 | 62                                   | 34,6 | 20      | 21,3 | 0,022               |
|                                                                                 | Όχι                                 | 117                                  | 65,4 | 74      | 78,7 |                     |
| Με το να ζεις μαζί του/της                                                      | Ναι                                 | 56                                   | 31,3 | 27      | 28,7 | 0,662               |
|                                                                                 | Όχι                                 | 123                                  | 68,7 | 67      | 71,3 |                     |

\*Fisher's exact test \*\*Mann-Whitney test

Υπήρξε σημαντική διαφορά στην άποψη των συμμετεχόντων για το ποια άτομα μπορούν να μολυνθούν από AIDS, ανάλογα με το αν έχουν αγοράσει προφυλακτικά. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που έχουν αγοράσει προφυλακτικά, πιστεύουν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι μπορούν να μολυνθούν από AIDS μόνο οι ομοφυλόφιλοι, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν αγοράσει ποτέ προφυλακτικά ( $\chi^2 = .005$ ,  $p = < .05$ ).

Οι συμμετέχοντες που έχουν αγοράσει προφυλακτικά πίστευαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό, ότι το AIDS μεταδίδεται με το να χρησιμοποιήσει κάποιος την ίδια

τουαλέτα με κάποιον που νοσεί ( $\chi^2 = .021$ ,  $p = < .05$ ) ή με το να πάει στην πισίνα ή στη σάουνα μαζί του ( $\chi^2 = .022$ ,  $p = < .05$ ) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έχουν αγοράσει ποτέ προφυλακτικά.

Βλέπουμε εδώ, ότι ενώ οι μαθητές που έχουν αγοράσει προφυλακτικά έχουν καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του AIDS, αυτό δεν σημαίνει ότι αισθάνονται ευάλωτοι σε αυτό. Ίσως το προφυλακτικό παρέχει την αίσθηση ασφάλειας που πρέπει να παρέχει, ίσως όμως απλά να ισχύει εδώ η μεταβλητή της αίσθησης Θετικότητας του Εαυτού.

## Αποτελέσματα Β' Ερευνητικής Φάσης

### Β.1. Κατανομή συμμετεχόντων σε πειραματικές συνθήκες β' Φάση

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ανήκουν σε κάθε συνθήκη κατά την επαναληπτική χορήγηση (β' φάση).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Κατανομή συμμετεχόντων σε πειραματικές συνθήκες**

|                                | N   | %           |
|--------------------------------|-----|-------------|
| 1                              | 27  | 11,2        |
| 2                              | 30  | 12,4        |
| 3                              | 31  | 12,8        |
| 4                              | 28  | 11,6        |
| <b>Συνθήκη</b> 5               | 25  | 10,3        |
| 6                              | 26  | 10,7        |
| 7                              | 27  | 11,2        |
| 8                              | 29  | 12,0        |
| 9                              | 19  | 7,9         |
| Χωρίς εικόνα                   | 19  | <b>7,9</b>  |
| <b>Συνθήκη</b> Χαμηλής απειλής | 107 | <b>44,2</b> |
| Υψηλής απειλής                 | 116 | <b>47,9</b> |
| Χωρίς εικόνα                   | 19  | 7,9         |
| <b>Συνθήκη</b> Με εικόνα       | 223 | 92,1        |

Εδώ, θα πρέπει να αναφερθεί ότι κρίθηκε απαραίτητο για μεγαλύτερη στατιστική αξιοπιστία, να ομαδοποιηθούν οι πειραματικές συνθήκες ως εξής: οι συνθήκες 1-4 αποτελούν την συνθήκη υψηλής απειλής, καθώς οι μαθητές που ανήκαν και στις τέσσερις αυτές συνθήκες είδαν μια εικόνα υψηλής απειλής. Οι υπόλοιπες συνθήκες 5-8 αποτελούν την συνθήκη χαμηλής απειλής, καθώς οι μαθητές που ανήκαν και στις τέσσερις αυτές συνθήκες είδαν μια εικόνα χαμηλής απειλής.

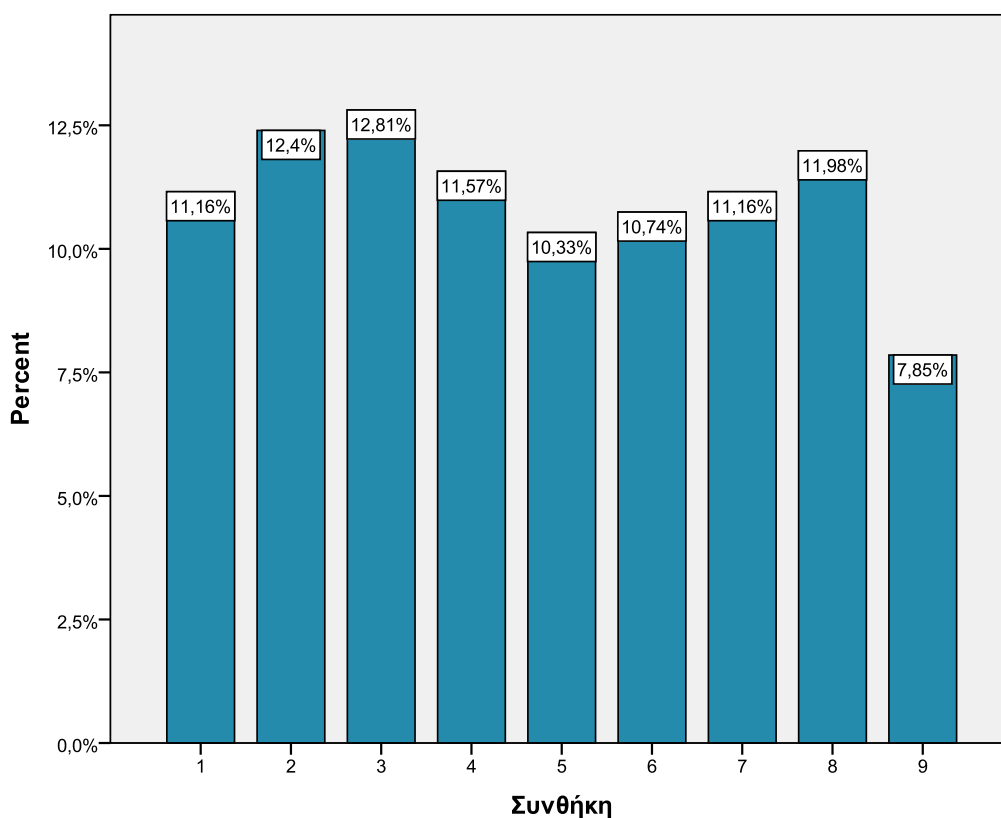
Το 47,9% των συμμετεχόντων ανήκε σε συνθήκη υψηλής απειλής, το 44,2% χαμηλής απειλής και το 7,9% ανήκε στην συνθήκη ελέγχου και δεν είδε κάποια εικόνα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Σύντομη παρουσίαση ανεξάρτητων μεταβλητών ανά πειραματική συνθήκη**

| Πειρ.<br>Συνθήκη | Εικόνα<br>Υψηλής<br>απειλής | Εικόνα<br>Χαμηλής<br>Απειλής | Μήνυμα<br>Υψηλής<br>Απειλής<br>(Ευαλωτότητα) | Μήνυμα<br>Χαμηλής<br>Απειλής<br>(Ευαλωτότητα) | Μήνυμα<br>Υψηλής<br>Αποτελεσμα-<br>τικότητας | Μήνυμα<br>Χαμηλής<br>Αποτελεσμα-<br>τικότητας |
|------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1                | X                           |                              | X                                            |                                               | X                                            |                                               |
| 2                | X                           |                              | X                                            |                                               |                                              | X                                             |
| 3                | X                           |                              |                                              | X                                             | X                                            |                                               |
| 4                | X                           |                              |                                              | X                                             |                                              | X                                             |
| 5                |                             | X                            | X                                            |                                               | X                                            |                                               |
| 6                |                             | X                            | X                                            |                                               |                                              | X                                             |
| 7                |                             | X                            |                                              | X                                             | X                                            |                                               |
| 8                |                             | X                            |                                              | X                                             |                                              | X                                             |
| 9                | -                           | -                            | -                                            | -                                             | -                                            | -                                             |

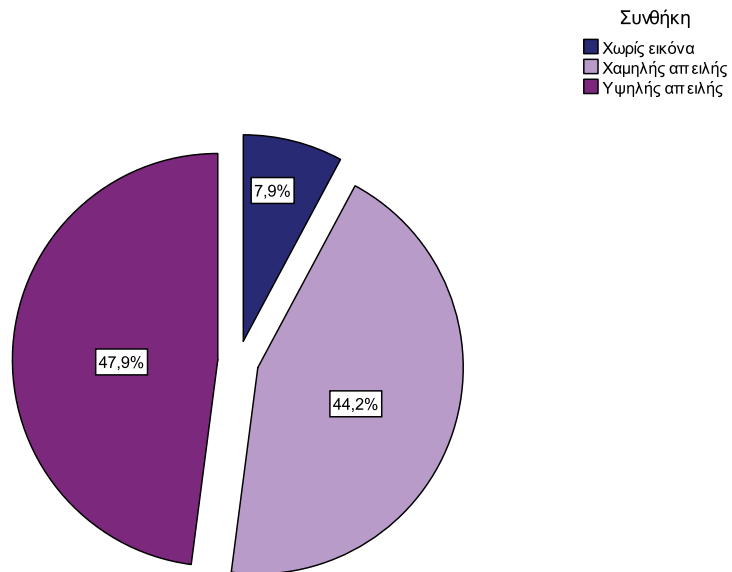
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η κατανομή των συμμετεχόντων στις 9 συνθήκες.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10 Κατανομή των συμμετεχόντων στις 9 συνθήκες**



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων, ανάλογα με το αν ανήκουν σε πειραματική συνθήκη υψηλής απειλής, χαμηλής απειλής ή ομάδας ελέγχου.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11 Το ποσοστό των συμμετεχόντων σε κάθε συνθήκη**





## B.2. Αξιολόγηση Αφίσας

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι απόψεις των συμμετεχόντων, κατά την β' φάση της επαναληπτικής μέτρησης, αφού είχαν δει την αφίσα αγωγής υγείας για το AIDS.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Αξιολόγηση Αφίσας και μηνύματος**

| Αμέσως μόλις είδα το μήνυμα και την εικόνα η αντίδρασή μου ήταν:                                          |         | N       | %    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|------|
| Θέλω να σκεφτώ για το AIDS                                                                                | Συμφωνώ | 137     | 75,3 |
|                                                                                                           | Διαφωνώ | 45      | 24,7 |
| Θέλω να προστατέψω τον εαυτό μου από το AIDS                                                              | Συμφωνώ | 174     | 95,6 |
|                                                                                                           | Διαφωνώ | 8       | 4,4  |
| <b>Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική συμπεριφορά, μέση τιμή±SD</b>   |         | 2,6±1,9 |      |
| <b>Πόσο χρόνο διέθεσες για να σκεφτείς ή να ενημερωθείς για το AIDS τον τελευταίο μήνα;, μέση τιμή±SD</b> |         | 2,7±1,7 |      |
| <b>Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS; , μέση τιμή±SD</b>                                                 |         | 3,5±1,8 |      |
| <b>Τώρα που είδα την αφίσα, μέση τιμή±SD</b>                                                              |         |         |      |
| Αισθάνομαι ένταση                                                                                         |         | 2,1±0,9 |      |
| Αισθάνομαι νευρική/ότητα                                                                                  |         | 1,9±0,9 |      |
| Αισθάνομαι φόβο                                                                                           |         | 2,4±0,9 |      |
| Αισθάνομαι ένα σφίξιμο                                                                                    |         | 2,1±1   |      |
| Αισθάνομαι αποτροπιασμό                                                                                   |         | 2,2±1   |      |
| <b>Αυτή η αφίσα ήταν:, μέση τιμή±SD</b>                                                                   |         |         |      |
| Κακή                                                                                                      |         | 3,3±1,8 |      |
| Καθόλου Ενδιαφέρουσα                                                                                      |         | 3±1,8   |      |
| Καθόλου Πληροφοριακή                                                                                      |         | 2,9±1,8 |      |
| Δυσνόητη                                                                                                  |         | 2,5±1,6 |      |
| <b>Από την αφίσα έμαθα κάτι που δεν γνώριζα</b>                                                           |         | 3,2±1,3 |      |
| <b>Οι εικόνες ήταν τρομακτικές</b>                                                                        |         | 2,5±1,2 |      |
| <b>Το κείμενο ήταν τρομακτικό</b>                                                                         |         | 3,3±1,2 |      |
| <b>Η αφίσα περιείχε πληροφορίες που δεν με ενδιέφεραν</b>                                                 |         | 3,9±1,1 |      |
| <b>Η αφίσα περιείχε υπερβολικούς ισχυρισμούς</b>                                                          |         | 3,5±1,2 |      |
| <b>Η αφίσα ήταν ενοχλητική</b>                                                                            |         | 3,7±1,2 |      |
| <b>Ήταν δύσκολο να κατανοήσω την αφίσα</b>                                                                |         | 4±1     |      |
| <b>Η αφίσα ήταν αληθοφανής</b>                                                                            |         | 2,2±1,1 |      |
| <b>Αυτή η αφίσα διαφέρει από άλλες σχετικά με το AIDS</b>                                                 |         | 2,7±1,2 |      |
| <b>Η αφίσα με έκανε να «αισθανθώ» παρά να «σκεφτώ»</b>                                                    |         | 2,5±1,1 |      |
| <b>Τα προφυλακτικά είναι:</b>                                                                             |         |         |      |
| Κάτι Θετικό                                                                                               | Συμφωνώ | 187     | 93,5 |
|                                                                                                           | Διαφωνώ | 13      | 6,5  |
| Επιθυμητά                                                                                                 | Συμφωνώ | 139     | 69,5 |
|                                                                                                           | Διαφωνώ | 61      | 30,5 |
| Αποτελεσματικά                                                                                            | Συμφωνώ | 164     | 82,0 |
|                                                                                                           | Διαφωνώ | 36      | 18,0 |
| Ενισχύουν το ρομαντισμό                                                                                   | Συμφωνώ | 41      | 20,5 |
|                                                                                                           | Διαφωνώ | 159     | 79,5 |

Το 75,3% των συμμετεχόντων μόλις είδαν την αφίσα απάντησαν ότι θέλουν να σκεφτούν για το AIDS. Επίσης, το 95,6% των συμμετεχόντων μόλις είδαν την αφίσα ένιωσαν

ότι ήθελαν να προστατέψουν τον εαυτό τους από το AIDS. Επιπλέον, η μέση τιμή της άποψης των συμμετεχόντων στο ερώτημα «*Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική συμπεριφορά*» ήταν 2,6. Φαίνεται ότι, η αφίσα είναι πειστική.

Τα συναισθήματα που είχαν οι συμμετέχοντες αφού είδαν την αφίσα ήταν κυρίως φόβος (μέση τιμή  $\pm$ SD = 2,4 $\pm$ 0,9). Το αίσθημα του φόβου φάνηκε ξεκάθαρα τόσο στο ερώτημα, «*Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;*» (μέση τιμή  $\pm$ SD = 3,5 $\pm$ 1,8) όσο και στο ερώτημα «*Τώρα που είδα την αφίσα-αισθάνομαι...*» ( μέση τιμή  $\pm$ SD = 2,4 $\pm$ 0,9).

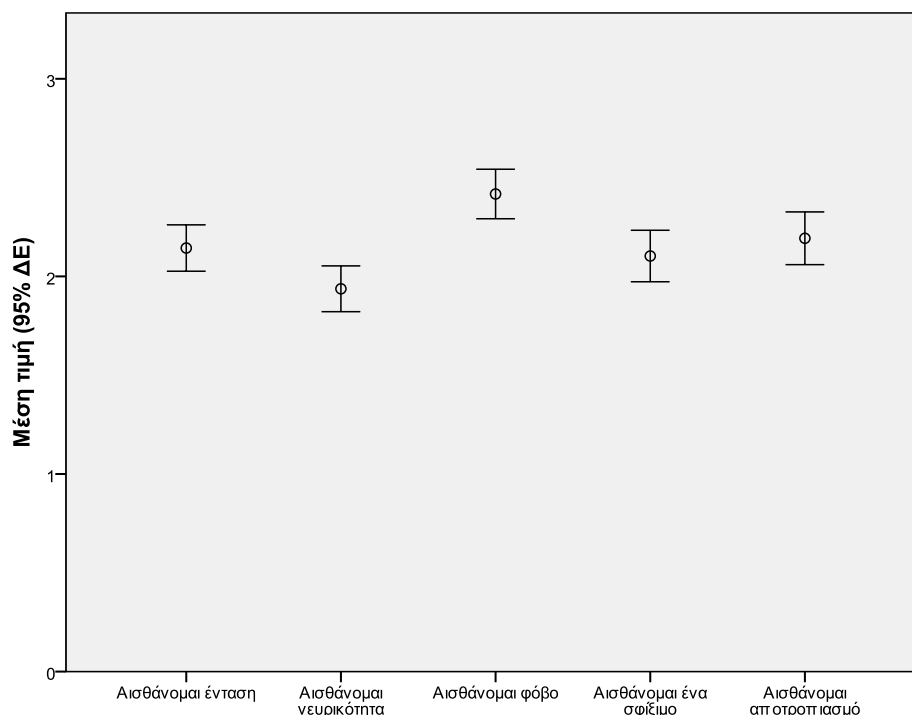
Η αφίσα φάνηκε στους συμμετέχοντες κυρίως κακή και στη συνέχεια καθόλου ενδιαφέρουσα. Σχετικά με την αξιολόγηση της αφίσας, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων υποστήριξε ότι ήταν δύσκολο να την κατανοήσουν (μέση τιμή $\pm$ SD, 4 $\pm$ 1), η αφίσα περιείχε πληροφορίες που δεν τους ενδιέφεραν (μέση τιμή $\pm$ SD, 3,9 $\pm$ 1,1), η αφίσα περιείχε υπερβολικούς ισχυρισμούς (μέση τιμή $\pm$ SD, 3,5 $\pm$ 1,2) και το κείμενο ήταν τρομακτικό (μέση τιμή $\pm$ SD, 3,3 $\pm$ 1,2).

Στην ερώτηση σχετικά με την άποψη των μαθητών για το προφυλακτικό, το 93,5% των συμμετεχόντων θεωρούν τα προφυλακτικά κάτι θετικό, ενώ διαφωνούν στη δήλωση ότι τα προφυλακτικά ενισχύουν το ρομαντισμό με ποσοστό 79,5%.

### B.3. Συναισθήματα μετά την πειραματική παρέμβαση

Στον γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα συναισθήματα που προκλήθηκαν στους συμμετέχοντες αφού είδαν την αφίσα (πειραματική παρέμβαση).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12 Συναισθήματα μετά την πειραματική παρέμβαση (β' φάση)**



### B.4. Βαθμολογία των μαθητών στις κλίμακες αξιολόγησης πριν και μετά την πειραματική παρέμβαση

#### B.4.1 Γενική αποτελεσματικότητα (GSE)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας πριν και μετά την παρέμβαση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Βαθμολογία Κλίμακας Γενικής Αποτελεσματικότητας α' + β' φάση**

|                          | Cronbach's<br>a | Πριν            | Μετά            | Μεταβολή        | P<br>Paired<br>t-test |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------------|
|                          |                 | Μέση<br>τιμή±SD | Μέση<br>τιμή±SD | Μέση<br>τιμή±SD |                       |
| Αποτελεσματικότητα (GSE) | 0,81            | 29,2±4,8        | 28,4±4,4        | -0,7±4,3        | 0,005                 |

Παρατηρούμε, ότι υπήρξε σημαντική μείωση της κλίμακας γενικής αποτελεσματικότητας (GSE) μετά την παρέμβαση ( $p = < .05$ ).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας (GSE) ανάλογα με τη συνθήκη που ανήκουν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Μεταβολή Γενικής Αποτελεσματικότητας ανάλογα με πειραματική συνθήκη α' + β' φάση**

|         |                 | Αποτελεσματικότητα (GSE) |              |              | P**          | P‡    |
|---------|-----------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|-------|
|         |                 | Πριν                     | Μετά         | Μεταβολή     |              |       |
|         |                 | Μέση τιμή±SD             | Μέση τιμή±SD | Μέση τιμή±SD |              |       |
| Συνθήκη | Χωρίς εικόνα    | 29,5±5,9                 | 30,2±4,7     | 0,7±6        | 0,816        | 0,466 |
|         | Χαμηλής απειλής | 29,6±4,6                 | 28,6±4,2     | -1±4,4       | <b>0,017</b> |       |
|         | Υψηλής απειλής  | 28,8±4,4                 | 28±4,4       | -0,8±4       | <b>0,044</b> |       |
|         | <b>P*</b>       | 0,370                    | 0,079        |              |              |       |
| Συνθήκη | Όχι             | 29,5±5,9                 | 30,2±4,7     | 0,7±6        | 0,816        | 0,251 |
|         | Ναι             | 29,2±4,5                 | 28,3±4,3     | -0,9±4,2     | <b>0,002</b> |       |
|         | <b>P*</b>       | 0,784                    | <b>0,047</b> |              |              |       |

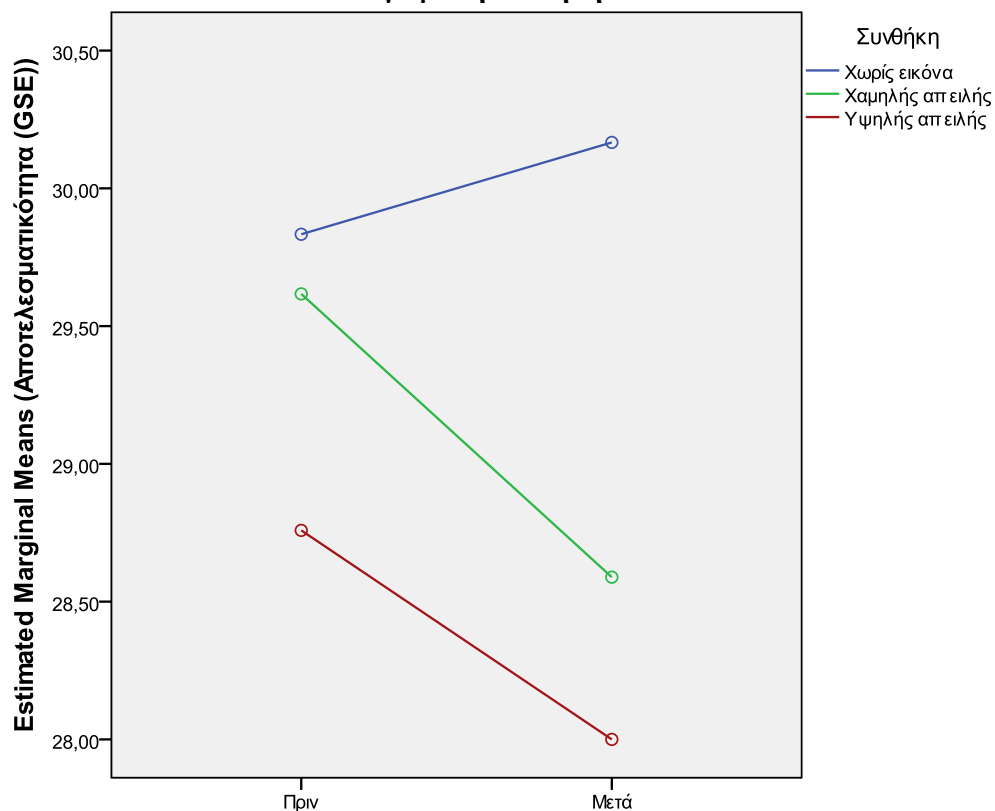
\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων στο χρόνο. ‡Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Υπήρξε σημαντική μείωση στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας (GSE) μετά την παρέμβαση, τόσο στα άτομα με συνθήκη χαμηλής απειλής ( $p = < .05$ ) όσο και στα άτομα με συνθήκη υψηλής απειλής ( $p = < .05$ ). Δεν διέφερε σημαντικά ο τρόπος μεταβολής της κλίμακας γενικής αποτελεσματικότητας (GSE) ανάλογα με τις συνθήκες.

Επίσης, η βαθμολογία στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας (GSE) ήταν σημαντικά χαμηλότερη στα άτομα που είδαν κάποια αφίσα σε σύγκριση με τη βαθμολογία των ατόμων που δεν είδαν κάποια αφίσα ( $p = < .05$ ). Γενικά υπήρξε σημαντική μείωση στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας (GSE), στα άτομα που είδαν κάποια αφίσα υψηλής (συνθήκη 1-4) ή χαμηλής απειλής (συνθήκη 5-7) ενώ στα άτομα που δεν είδαν κάποια αφίσα δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας (GSE) ανάλογα με τη συνθήκη. Εδώ βλέπουμε τον τρόπο μεταβολής στο χρόνο μεταξύ των ομάδων της έρευνας. Τα άτομα που ανήκαν στις ομάδες χαμηλής και υψηλής απειλής εμφανίζουν μια κατακόρυφη μεταβολή της αίσθησης αποτελεσματικότητάς τους σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (χωρίς συνθήκη).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13 Μεταβολή στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας ανάλογα με τη συνθήκη**



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας (GSE) ανάλογα με τη συνθήκη.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Παρουσία μεταβολής της γενικής αποτελεσματικότητας ανάλογα την πειραματική συνθήκη**

| Συνθήκη | Αποτελεσματικότητα (GSE) |              |              | P Paired t-test |
|---------|--------------------------|--------------|--------------|-----------------|
|         | Πριν                     | Μετά         | Μεταβολή     |                 |
|         | Μέση τιμή±SD             | Μέση τιμή±SD | Μέση τιμή±SD |                 |
| 1       | 28,7±4,7                 | 28,7±4,6     | 0,1±3,4      | 0,911           |
| 2       | 28,4±4,2                 | 27,5±4       | -0,8±3,6     | 0,217           |
| 3       | 29,3±4,9                 | 28,3±4,2     | -1±4,2       | 0,180           |
| 4       | 28,6±3,9                 | 27,5±4,9     | -1,2±4,8     | 0,203           |
| 5       | 29,3±5,1                 | 28,2±3,5     | -1,1±4,4     | 0,230           |
| 6       | 29,4±4,3                 | 28,7±4,5     | -0,7±4,6     | 0,428           |
| 7       | 30,1±4,9                 | 28,3±3,9     | -1,7±4,4     | <b>0,050</b>    |
| 8       | 29,7±4,3                 | 29,1±4,9     | -0,6±4,2     | 0,458           |
| 9       | 29,5±5,9                 | 30,2±4,7     | 0,7±6        | 0,816           |

Υπήρξε σημαντική μείωση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας (GSE) στα άτομα που ανήκαν στην συνθήκη 7 ( $p = .05$ ). Δηλαδή, υπήρξε μείωση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων που ανήκαν σε ομάδα χαμηλής απειλής.

#### B.4.2. Multidimensional Health Locus of control (MHLC)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Τύχη» και «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» της Πολυδιάστατης Κλίμακας Εστίασης Ελέγχου (MHLC) πριν και μετά την παρέμβαση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 33 Βαθμολογία Κλίμακας Εστίασης Ελέγχου (MHLC)**

|                                     | Cronbach's<br>a | Πριν<br>Μέση<br>τιμή±SD | Μετά<br>Μέση<br>τιμή±SD | Μεταβολή<br>Μέση<br>τιμή±SD | P<br>Paired<br>t-test |
|-------------------------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Τύχη (MHLC)                         | 0,71            | 17,7±5                  | 18,4±5,2                | 0,6±5,4                     | 0,119                 |
| Εσωτερική εστίαση ελέγχου<br>(MHLC) | 0,70            | 24,6±4,3                | 24,4±4,2                | -0,2±4,4                    | 0,593                 |

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Τύχη» της κλίμακας MHLC πριν και μετά την παρέμβαση, ανάλογα με τη συνθήκη. Εδώ οι συνθήκες έχουν ομαδοποιηθεί σύμφωνα με την μεταβλητή υψηλής και χαμηλής απειλής.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 34 Βαθμολογία της διάστασης «Τύχη» ανάλογα με την πειραματική συνθήκη**

|         |                 | Τύχη (MHLC)             |                         |                             | p**   | P‡    |
|---------|-----------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------|-------|
|         |                 | Πριν<br>Μέση<br>τιμή±SD | Μετά<br>Μέση<br>τιμή±SD | Μεταβολή<br>Μέση<br>τιμή±SD |       |       |
| Συνθήκη | Χωρίς εικόνα    | 18,4±4,8                | 18,5±5,6                | 0,1±5                       | 0,890 | 0,939 |
|         | Χαμηλής απειλής | 17,9±4,6                | 18,4±5,2                | 0,5±5,3                     | 0,328 |       |
|         | Υψηλής απειλής  | 17,8±5,1                | 18,4±5,2                | 0,6±5,5                     | 0,218 |       |
|         | <b>p*</b>       | 0,896                   | 0,985                   |                             |       |       |
| Συνθήκη | Όχι             | 18,4±4,8                | 18,5±5,6                | 0,1±5                       | 0,890 | 0,757 |
|         | Ναι             | 17,9±4,9                | 18,4±5,2                | 0,5±5,4                     | 0,115 |       |
|         | <b>p*</b>       | 0,669                   | 0,873                   |                             |       |       |

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ‡Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Τύχη», ανεξάρτητα από τη συνθήκη. Επίσης, δεν διέφερε η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Τύχη» μεταξύ των συνθηκών, ούτε πριν ούτε μετά την παρέμβαση.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η αναλυτική βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Τύχη» της κλίμακας MHLC πριν και μετά την παρέμβαση, ανάλογα με τη συνθήκη.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 35 Βαθμολογία της διάστασης «Τύχη» ανάλογα με την πειραματική συνθήκη**

| Συνθήκη | Τύχη (MHLC)          |                      |                          | P Paired t-test |
|---------|----------------------|----------------------|--------------------------|-----------------|
|         | Πριν<br>Μέση τιμή±SD | Μετά<br>Μέση τιμή±SD | Μεταβολή<br>Μέση τιμή±SD |                 |
| 1       | 17,9±4,5             | 19,1±4,3             | 1,3±4,4                  | 0,139           |
| 2       | 17,3±5,1             | 18,9±5,8             | 1,6±5,1                  | 0,092           |
| 3       | 18,6±6,3             | 18±4,4               | -0,6±6,2                 | 0,586           |
| 4       | 17,4±4,4             | 17,7±6,1             | 0,3±6                    | 0,778           |
| 5       | 17,7±3,4             | 17,1±5,4             | -0,6±5,1                 | 0,581           |
| 6       | 16,8±4,9             | 17,5±4,1             | 0,6±4,9                  | 0,524           |
| 7       | 17±3,9               | 18,9±5,5             | 1,9±5,1                  | 0,066           |
| 8       | 20±5,4               | 20±5,3               | 0±6,1                    | 0,976           |
| 9       | 18,4±4,8             | 18,5±5,6             | 0,1±5                    | 0,890           |

Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Τύχη» ανεξάρτητα από τη συνθήκη.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» της κλίμακας MHLC πριν και μετά την παρέμβαση, ανάλογα με τη συνθήκη.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 36 Βαθμολογία της διάστασης «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» ανάλογα με την πειραματική συνθήκη**

|           |                 | Εσωτερική εστίαση ελέγχου (MHLC) |                      |                          | P**   | P‡           |
|-----------|-----------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------|-------|--------------|
|           |                 | Πριν<br>Μέση τιμή±SD             | Μετά<br>Μέση τιμή±SD | Μεταβολή<br>Μέση τιμή±SD |       |              |
| Συνθήκη   | Χωρίς εικόνα    | 25,5±4,5                         | 23,4±4,7             | -2,1±4,7                 | 0,065 | 0,115        |
|           | Χαμηλής απειλής | 24,8±3,9                         | 25,0±4,4             | 0,2±4,3                  | 0,693 |              |
|           | Υψηλής απειλής  | 24,2±4,6                         | 24±3,8               | -0,2±4,4                 | 0,811 |              |
| <b>P*</b> |                 | 0,387                            | 0,115                |                          |       |              |
| Συνθήκη   | Όχι             | 25,5±4,5                         | 23,4±4,7             | -2,1±4,7                 | 0,065 | <b>0,042</b> |
|           | Ναι             | 24,5±4,3                         | 24,5±4,1             | 0±4,3                    | 0,918 |              |
|           | <b>P*</b>       | 0,349                            | 0,227                |                          |       |              |

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ‡Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

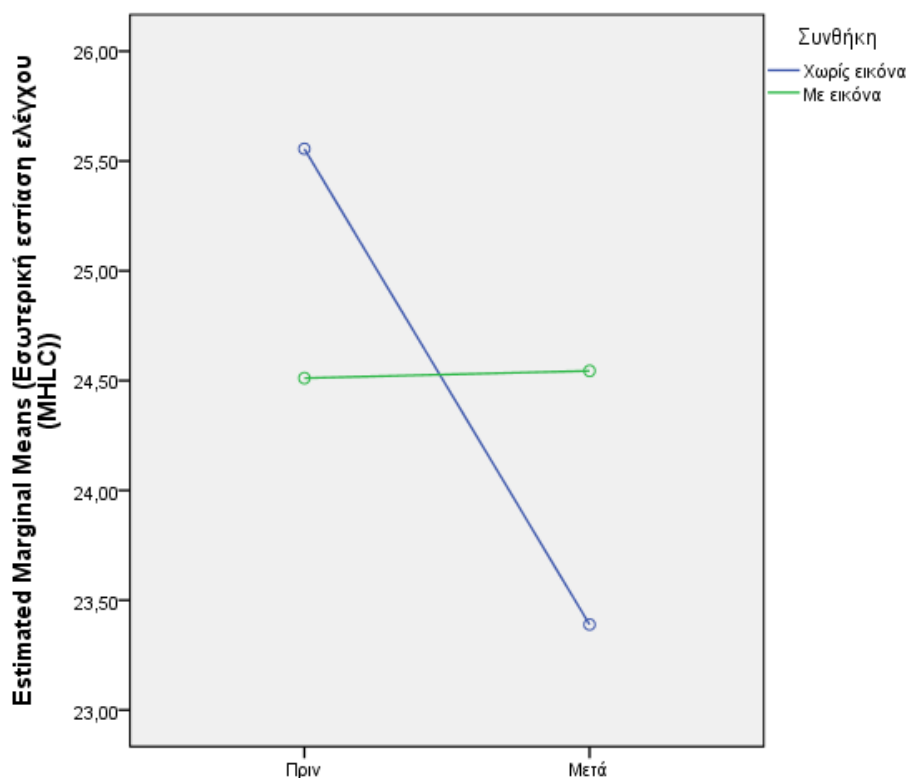
Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου», της κλίμακας MHLC ανεξάρτητα από τη συνθήκη. Επίσης, δεν διέφερε η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» μεταξύ των συνθηκών ούτε πριν ούτε μετά την παρέμβαση.

Όμως, υπήρξε σημαντική διαφορά στο τρόπο μεταβολής της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» ανάλογα με τη συνθήκη.

Συγκεκριμένα, στους συμμετέχοντες που ανήκαν σε κάποια συνθήκη υψηλής απειλής (1-4) ή χαμηλής απειλής (5-8) η βαθμολογία στη διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» παρέμεινε σταθερή, ενώ στους συμμετέχοντες που ανήκαν στην ομάδα ελέγχου η βαθμολογία μειώθηκε, χωρίς η μείωση να είναι σημαντική ( $p = < .05$ ).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» ανάλογα με τη συνθήκη. Εδώ βλέπουμε τον τρόπο μεταβολής στο χρόνο μεταξύ των ομάδων της έρευνας. Τα άτομα που ανήκαν στην ομάδα ελέγχου (χωρίς συνθήκη) εμφανίζουν μια κατακόρυφη μεταβολή της αίσθησης εσωτερικού ελέγχου, ενώ στις ομάδες χαμηλής και υψηλής απειλής υπάρχει αμελητέα μεταβολή στο χρόνο.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14 Μεταβολή της διάστασης «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» ανάλογα με την πειραματική συνθήκη**





Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται αναλυτικά η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» της κλίμακας MHLC πριν και μετά την παρέμβαση, ανάλογα με τη συνθήκη.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 37 Μεταβολή της διάστασης «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» ανάλογα με την πειραματική συνθήκη**

| Συνθήκη | Εσωτερική εστίαση ελέγχου (MHLC) |                      |                          | P Paired t-test |
|---------|----------------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------|
|         | Πριν<br>Μέση τιμή±SD             | Μετά<br>Μέση τιμή±SD | Μεταβολή<br>Μέση τιμή±SD |                 |
| 1       | 23,6±4,7                         | 24,7±2,8             | 1,1±5,1                  | 0,325           |
| 2       | 24,7±5,7                         | 23,5±3,9             | -1,2±3,1                 | 0,123           |
| 3       | 24,8±4                           | 23,6±4,6             | -1,3±4,9                 | 0,231           |
| 4       | 23,7±4,1                         | 24,4±3,8             | 0,7±3,9                  | 0,355           |
| 5       | 24,2±3,5                         | 24,5±4,9             | 0,3±3,6                  | 0,808           |
| 6       | 24,7±3,4                         | 24,7±3,2             | 0±3,9                    | 1,000           |
| 7       | 24,4±5,1                         | 24,1±4,5             | -0,3±5,2                 | 0,753           |
| 8       | 25,9±3,6                         | 26,7±4,7             | 0,8±4,2                  | 0,346           |
| 9       | 25,5±4,5                         | 23,4±4,7             | -2,1±4,7                 | 0,065           |

Δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου» ανεξάρτητα από τη συνθήκη.

#### **B.4.3. Κλίμακα Αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης προφυλακτικού (CUSES)**

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας (CUSES) πριν και μετά την παρέμβαση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 38 Βαθμολογία Κλίμακας Αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού (CUSES)**

|                                        | Cronbach's<br>a | Πριν         | Μετά         | Μεταβολή     | P Paired t-test  |
|----------------------------------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|------------------|
|                                        |                 | Μέση τιμή±SD | Μέση τιμή±SD | Μέση τιμή±SD |                  |
| <b>Αυτο-αποτελεσματικότητα (CUSES)</b> | 0,89            | 76±15,4      | 71,6±16      | -3,5±14,9    | <b>&lt;0,001</b> |

Βλέπουμε ότι υπήρξε σημαντική μείωση της κλίμακας αυτό-αποτελεσματικότητας (CUSES) μετά την παρέμβαση (μέση τιμή± SD = -3,5,  $p = < .05$ ) συνολικά για το δείγμα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας (CUSES) ανάλογα με τη συνθήκη.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 39 Μεταβολή της Κλίμακας Αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης  
προφυλακτικού ανάλογα με την πειραματική συνθήκη**

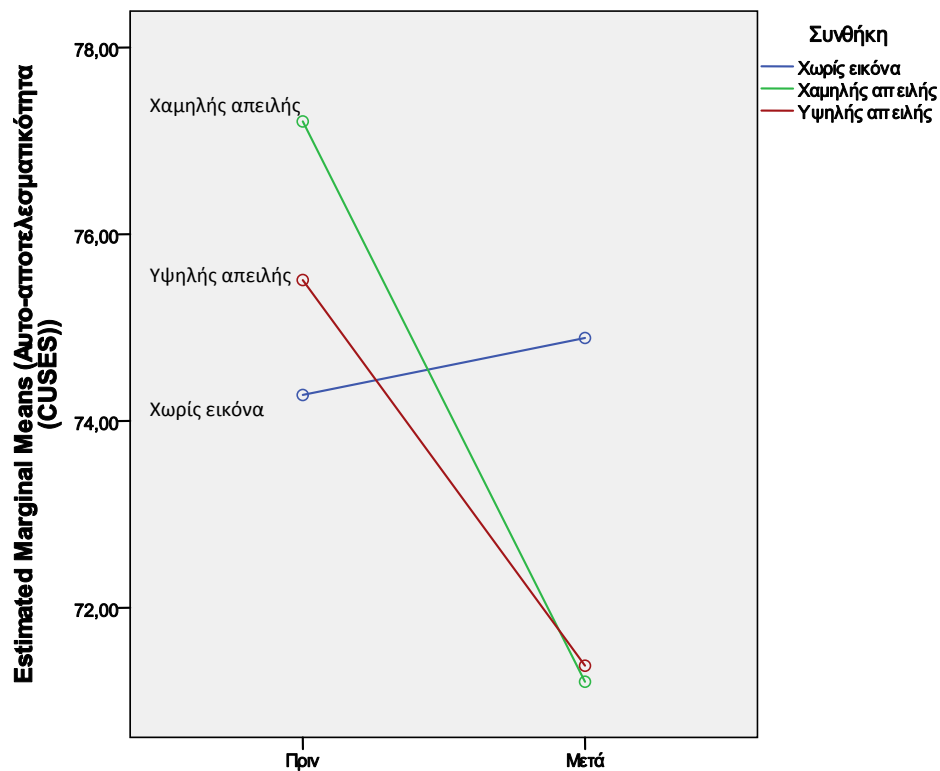
|         |                 | Αυτο-αποτελεσματικότητα (CUSES) |              |              | p**              | p‡    |
|---------|-----------------|---------------------------------|--------------|--------------|------------------|-------|
|         |                 | Πριν                            | Μετά         | Μεταβολή     |                  |       |
|         |                 | Μέση τιμή±SD                    | Μέση τιμή±SD | Μέση τιμή±SD |                  |       |
| Συνθήκη | Χωρίς εικόνα    | 75,5±17,5                       | 74,9±16,1    | -0,6±16,9    | 0,880            | 0,198 |
|         | Χαμηλής απειλής | 77,1±15,1                       | 71,2±16,0    | -5,9±16,2    | <b>&lt;0,001</b> |       |
|         | Υψηλής απειλής  | 75,5±14,7                       | 71,4±16,1    | -4,1±13,2    | <b>0,001</b>     |       |
|         | <b>p*</b>       | 0,712                           | 0,631        |              |                  |       |
| Συνθήκη | Όχι             | 75,5±17,5                       | 74,9±16,1    | -0,6±16,9    | 0,880            | 0,124 |
|         | Ναι             | 76,3±14,9                       | 71,3±16,0    | -5,0±14,7    | <b>&lt;0,001</b> |       |
|         | <b>p*</b>       | 0,834                           | 0,351        |              |                  |       |

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ‡Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Όταν το δείγμα ομαδοποιήθηκε ανάλογα με την συνθήκη, βλέπουμε ότι υπήρξε σημαντική μείωση στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης του προφυλακτικού (CUSES) μετά την παρέμβαση, τόσο στα άτομα με συνθήκη χαμηλής απειλής όσο και στα άτομα με συνθήκη υψηλής απειλής ( $p = < .05$ ). Δεν διέφερε σημαντικά ο τρόπος μεταβολής της κλίμακας αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης του προφυλακτικού (CUSES) ανάλογα με τις συνθήκες. Γενικά, υπήρξε σημαντική μείωση στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης του προφυλακτικού (CUSES) στα άτομα που ανήκαν σε συνθήκη (χαμηλής ή υψηλής απειλής) ενώ στα άτομα της ομάδας ελέγχου δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας (CUSES) ανάλογα με τη συνθήκη. Βλέπουμε μια σχεδόν ευθεία καθοδική κίνηση της αύξησης της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15 Μεταβολή της Κλίμακας αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού ανάλογα με την πειραματική συνθήκη**



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται αναλυτικά η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού ανάλογα με τη συνθήκη.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 40 Μεταβολή της Κλίμακας Αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού ανάλογα με την πειραματική συνθήκη**

| Συνθήκη | Αυτό-αποτελεσματικότητα (CUSES) |                      |                          | P Paired t-test |
|---------|---------------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------|
|         | Πριν<br>Μέση τιμή±SD            | Μετά<br>Μέση τιμή±SD | Μεταβολή<br>Μέση τιμή±SD |                 |
| 1       | 76,1±16,1                       | 74,4±14,5            | -1,6±13,4                | 0,532           |
| 2       | 76,3±15,5                       | 71,8±17,6            | -4,5±9,2                 | <b>0,013</b>    |
| 3       | 72,5±12,7                       | 71,2±15,3            | -1,3±12                  | 0,544           |
| 4       | 77,5±14,7                       | 68,2±16,9            | -9,3±16,5                | <b>0,006</b>    |
| 5       | 72±17,3                         | 68,1±14,4            | -3,9±13,4                | 0,149           |
| 6       | 78,5±12,5                       | 73±13,1              | -5,5±15                  | 0,072           |
| 7       | 78,8±14,4                       | 70,3±18,2            | -8,5±19,1                | <b>0,028</b>    |
| 8       | 78,7±15,7                       | 73±17,8              | -5,7±17,1                | 0,085           |
| 9       | 75,5±17,5                       | 74,9±16,1            | -0,6±16,9                | 0,880           |

Υπήρξε σημαντική μείωση στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης του προφυλακτικού μετά την παρέμβαση στα άτομα που ανήκαν στις συνθήκες 2 ( $p = < .05$ ), 4 ( $p = < .05$ ) και 7 ( $p = < .05$ ) αντίστοιχα. Βλέπουμε, ότι η μείωση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας σχετικά με την χρήση προφυλακτικού, ήταν σημαντική ( $p = < .05$ ) για τους μαθητές που ανήκουν στη συνθήκη 4, υψηλής απειλής, χαμηλής ευαλωτότητας και χαμηλής αποτελεσματικότητας.

### B.5 Συσχέτιση των βαθμολογιών στις διάφορες κλίμακες με το φύλο των εφήβων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των εφήβων στις διάφορες διαστάσεις, ανάλογα με το φύλο τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 41 Συσχέτιση Κλιμάκων αξιολόγησης με βάση το φύλο**

|                                                |           | Πριν         | Μετά         | Μεταβολή     | P**              | P‡    |
|------------------------------------------------|-----------|--------------|--------------|--------------|------------------|-------|
|                                                |           | Μέση τιμή±SD | Μέση τιμή±SD | Μέση τιμή±SD |                  |       |
| <b>Αυτοεκτίμηση (Rosenberg)</b><br>Φύλο        | Γυναίκες  | 28,2±4,7     |              |              |                  |       |
|                                                | Αντρες    | 27,6±5,5     |              |              |                  |       |
|                                                | <b>P*</b> | 0,334        |              |              |                  |       |
| <b>Αποτελεσματικότητα (GSE)</b><br>Φύλο        | Γυναίκες  | 29,1±5       | 28,4±4,5     | -0,7±3,8     | <b>0,011</b>     | 0,921 |
|                                                | Αντρες    | 29,2±4,5     | 28,5±4,2     | -0,8±5       | 0,140            |       |
|                                                | <b>P*</b> | 0,835        | 0,858        |              |                  |       |
| <b>Τύχη (MHLC)</b><br>Φύλο                     | Γυναίκες  | 17,6±4,7     | 18,1±4,7     | 0,6±4,6      | 0,453            | 0,372 |
|                                                | Αντρες    | 18±5,5       | 18,9±5,8     | 0,9±6,3      | 0,156            |       |
|                                                | <b>P*</b> | 0,496        | 0,264        |              |                  |       |
| <b>Εσωτερική εστίαση ελέγχου</b><br>Φύλο       | Γυναίκες  | 24,6±4,1     | 24,2±3,8     | -0,4±4,1     | 0,381            | 0,511 |
|                                                | Αντρες    | 24,7±4,8     | 24,7±4,7     | 0±4,8        | 0,867            |       |
|                                                | <b>P*</b> | 0,903        | 0,385        |              |                  |       |
| <b>Αυτο-αποτελεσματικότητα (CUSES)</b><br>Φύλο | Γυναίκες  | 76±15,2      | 71,5±16,1    | -4,5±14,8    | <b>0,003</b>     | 0,269 |
|                                                | Αντρες    | 76,1±15,7    | 71,7±15,9    | -4,4±15,1    | <b>&lt;0,001</b> |       |
|                                                | <b>P*</b> | 0,963        | 0,937        |              |                  |       |

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Υπήρξε σημαντική μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα γενικής αποτελεσματικότητας (GSE) μετά την παρέμβαση στα κορίτσια ( $p = < .05$ ). Στα αγόρια δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή. Επίσης, υπήρξε σημαντική μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτο-αποτελεσματικότητας (CUSES) μετά την παρέμβαση τόσο στα κορίτσια ( $p = < .05$ ) όσο και στα αγόρια ( $p = < .05$ ). Οι υπόλοιπες κλίμακες δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά μετά την παρέμβαση. Επίσης, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων σε καμία από τις κλίμακες ούτε πριν ούτε μετά την παρέμβαση. Τέλος, δεν διέφερε σημαντικά ο βαθμός μεταβολής των κλιμάκων μεταξύ των φύλων μετά την παρέμβαση.

## B.6 Συσχέτιση των αντιδράσεων των συμμετεχόντων μετά την παρέμβαση ανάλογα με τη συνθήκη.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι αντιδράσεις των συμμετεχόντων μετά την παρέμβαση ανάλογα με τη συνθήκη. Εδώ οι πειραματικές συνθήκες έχουν ομαδοποιηθεί ανάλογα με την αίσθηση απειλής (υψηλή απειλή Συνθήκες 1-4 και χαμηλή απειλή Συνθήκες 5-8).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 42 Αξιολόγηση αφίσας και έκφραση συναισθημάτων**

|                                                                                             |         | Συνθήκη         |      |                |      | P Pearson's<br>x <sup>2</sup> test |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|------|----------------|------|------------------------------------|
|                                                                                             |         | Χαμηλής απειλής |      | Υψηλής απειλής |      |                                    |
|                                                                                             |         | N               | %    | N              | %    |                                    |
| <b>Αμέσως μόλις είδα το μήνυμα και την εικόνα η αντίδρασή μου ήταν:</b>                     |         |                 |      |                |      |                                    |
| Θέλω να σκεφτώ για το AIDS                                                                  | Συμφωνώ | 70              | 76,9 | 67             | 73,6 | 0,606                              |
|                                                                                             | Διαφωνώ | 21              | 23,1 | 24             | 26,4 |                                    |
| Θέλω να προστατέψω τον εαυτό μου από το AIDS                                                | Συμφωνώ | 86              | 94,5 | 88             | 96,7 | 0,720*                             |
|                                                                                             | Διαφωνώ | 5               | 5,5  | 3              | 3,3  |                                    |
| <b>Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική συμπεριφορά</b>   |         | 2,8±2           |      | 2,4±1,7        |      | 0,190**                            |
| <b>Πόσο χρόνο διέθεσες για να σκεφτείς ή να ενημερωθείς για το AIDS τον τελευταίο μήνα;</b> |         | 2,8±1,8         |      | 2,6±1,7        |      | 0,439***                           |
| <b>Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;</b>                                                  |         | 3,5±1,8         |      | 3,3±1,7        |      | 0,312***                           |
| <b>Τώρα που είδα την αφίσα</b>                                                              |         |                 |      |                |      |                                    |
| Αισθάνομαι ένταση                                                                           |         | 2,1±0,9         |      | 2,2±0,9        |      | 0,170**                            |
| Αισθάνομαι νευρικότητα                                                                      |         | 1,9±0,9         |      | 2±0,9          |      | 0,661**                            |
| Αισθάνομαι φόβο                                                                             |         | 2,4±0,9         |      | 2,5±1          |      | 0,269**                            |
| Αισθάνομαι ένα σφίξιμο                                                                      |         | 2,1±1           |      | 2,1±1          |      | 0,870**                            |
| Αισθάνομαι αποτροπιασμό                                                                     |         | 2,2±1,1         |      | 2,1±0,9        |      | 0,778**                            |
| <b>Αυτή η αφίσα ήταν:</b>                                                                   |         |                 |      |                |      |                                    |
| Κακή                                                                                        |         | 3,4±1,8         |      | 3,2±1,7        |      | 0,364**                            |
| Καθόλου Ενδιαφέρουσα                                                                        |         | 3±1,6           |      | 3±1,9          |      | 0,595**                            |
| Καθόλου Πληροφοριακή                                                                        |         | 3±1,7           |      | 2,7±1,8        |      | 0,146**                            |
| Δυσνόητη                                                                                    |         | 2,6±1,7         |      | 2,4±1,6        |      | 0,308**                            |
| <b>Από την αφίσα έμαθα κάτι που δεν γνώριζα</b>                                             |         | 3,3±1,3         |      | 3±1,4          |      | 0,140**                            |
| <b>Οι εικόνες ήταν τρομακτικές</b>                                                          |         | 2,7±1,4         |      | 2,3±1          |      | <b>0,024**</b>                     |
| <b>Το κείμενο ήταν τρομακτικό</b>                                                           |         | 3,3±1,2         |      | 3,3±1,2        |      | 0,718**                            |
| <b>Η αφίσα περιείχε πληροφορίες που δεν με ενδιέφεραν</b>                                   |         | 3,7±1,2         |      | 4,2±0,8        |      | <b>0,010**</b>                     |
| <b>Η αφίσα περιείχε υπερβολικούς ισχυρισμούς</b>                                            |         | 3,4±1,2         |      | 3,6±1,2        |      | 0,185**                            |
| <b>Η αφίσα ήταν ενοχλητική</b>                                                              |         | 3,6±1,2         |      | 3,7±1,2        |      | 0,371**                            |
| <b>Ήταν δύσκολο να κατανοήσω την αφίσα</b>                                                  |         | 3,9±1,1         |      | 4,1±0,9        |      | 0,296**                            |
| <b>Η αφίσα ήταν αληθοφανής</b>                                                              |         | 2,4±1,2         |      | 2,1±0,9        |      | <b>0,023**</b>                     |
| <b>Αυτή η αφίσα διαφέρει από άλλες σχετικά με το AIDS</b>                                   |         | 2,7±1,2         |      | 2,7±1,2        |      | 0,792**                            |
| <b>Η αφίσα με έκανε να «αισθανθώ» παρά να «σκεφτώ»</b>                                      |         | 2,5±1,1         |      | 2,5±1,1        |      | 0,957**                            |
| <b>Τα προφυλακτικά είναι:</b>                                                               |         |                 |      |                |      |                                    |
| Κάτι Θετικό                                                                                 | Συμφωνώ | 86              | 94,5 | 85             | 93,4 | 0,756                              |
|                                                                                             | Διαφωνώ | 5               | 5,5  | 6              | 6,6  |                                    |
| Επιθυμητά                                                                                   | Συμφωνώ | 63              | 69,2 | 65             | 71,4 | 0,746                              |
|                                                                                             | Διαφωνώ | 28              | 30,8 | 26             | 28,6 |                                    |
| Αποτελεσματικά                                                                              | Συμφωνώ | 72              | 79,1 | 76             | 83,5 | 0,447                              |
|                                                                                             | Διαφωνώ | 19              | 20,9 | 15             | 16,5 |                                    |
| Ενισχύουν το ρομαντισμό                                                                     | Συμφωνώ | 19              | 20,9 | 20             | 22,0 | 0,857                              |
|                                                                                             | Διαφωνώ | 72              | 79,1 | 71             | 78,0 |                                    |

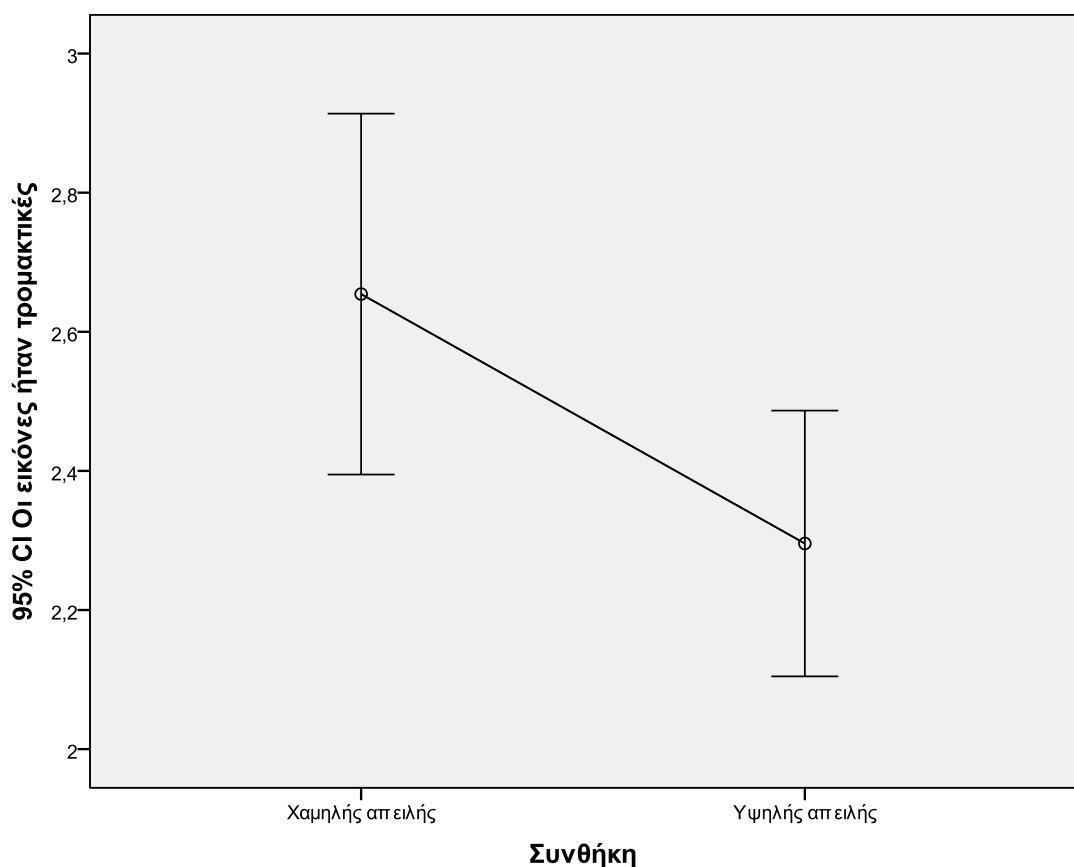
\*Fisher's exact test \*\*Mann-Whitney test \*\*\*Kruskal-Wallis test

Οι συμμετέχοντες που ανήκαν σε συνθήκη υψηλής απειλής, συμφωνούσαν περισσότερο με το ότι η εικόνα είναι τρομακτική σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ανήκαν σε συνθήκη χαμηλής απειλής ( $p. = < .05$ ).

Επίσης, οι συμμετέχοντες που ανήκαν σε συνθήκη υψηλής απειλής διαφωνούσαν περισσότερο με το ότι η αφίσα περιείχε πληροφορίες που δεν τους ενδιέφεραν, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ανήκαν σε συνθήκη χαμηλής απειλής ( $p. = < .05$ ). Οι συμμετέχοντες που ανήκαν σε συνθήκη υψηλής απειλής συμφωνούσαν περισσότερο με το ότι η εικόνα είναι αληθοφανής, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ανήκαν σε συνθήκη χαμηλής απειλής ( $p. = < .05$ ).

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η αξιολόγηση της αφίσας από τους συμμετέχοντες σύμφωνα με το ερώτημα «Οι εικόνες ήταν τρομακτικές» (1=Συμφωνώ Απόλυτα ως 5=διαφωνώ Απόλυτα), ανάλογα με την πειραματική συνθήκη.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16 Αξιολόγηση αφίσας ανάλογα με την πειραματική συνθήκη**



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η αίσθηση φόβου που ένιωθαν οι συμμετέχοντες για το AIDS ανάλογα με την συνθήκη, σύμφωνα με το ερώτημα «Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;» (1=Φοβάμαι πολύ ως 7=Απολύτως κανένα φόβο)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 43** Συσχέτιση αίσθησης φόβου και πειραματικής συνθήκης

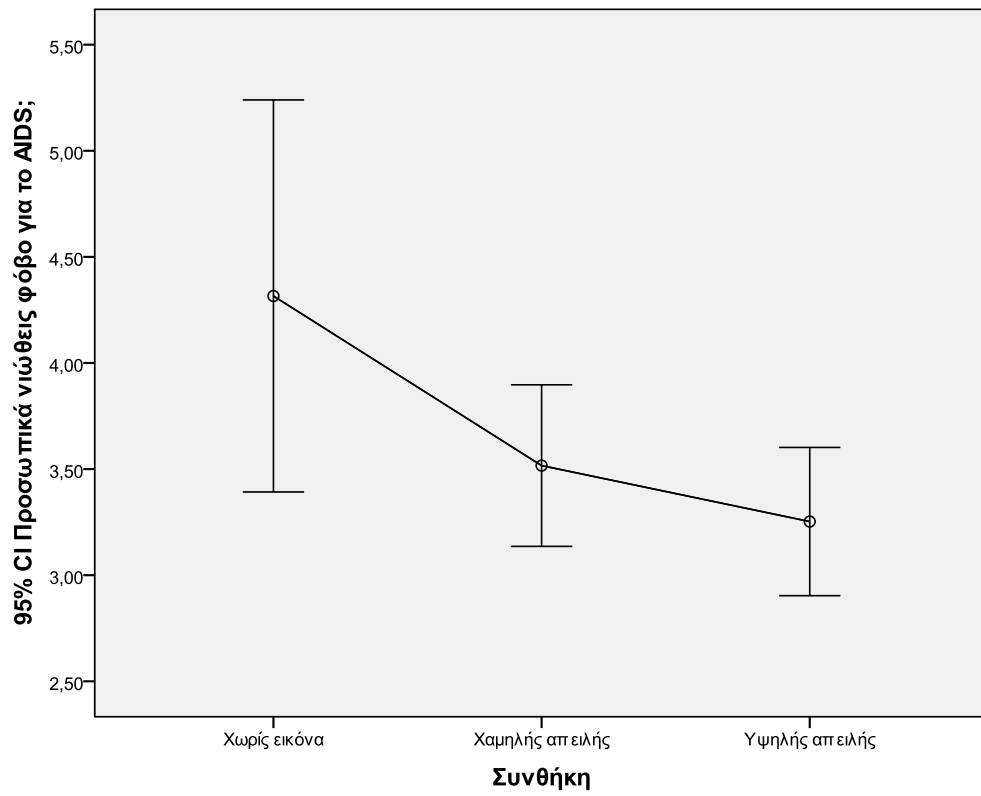
|                                        | Συνθήκη          |                    |                   | P<br>Kruskal-<br>Wallis |
|----------------------------------------|------------------|--------------------|-------------------|-------------------------|
|                                        | Χωρίς<br>συνθήκη | Χαμηλής<br>απειλής | Υψηλής<br>απειλής |                         |
|                                        | Μέση<br>τιμή±SD  | Μέση<br>τιμή±SD    | Μέση<br>τιμή±SD   |                         |
| Προσωπικά νιώθεις φόβο για το<br>AIDS; | 4,3±1,9          | 3,5±1,8            | 3,3±1,7           | <b>0,049</b>            |

Υπήρξε σημαντική διαφορά στην αίσθηση φόβου που ένιωθαν οι συμμετέχοντες για το AIDS, ανάλογα με τη συνθήκη τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε, ότι οι συμμετέχοντες που δεν είδαν κάποια αφίσα (ομάδα ελέγχου) είχαν υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή φοβόντουσαν λιγότερο, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είδαν αφίσα χαμηλής απειλής. Επίσης, οι μαθητές που ανήκαν στην ομάδα υψηλής απειλής, αισθάνθηκαν το μεγαλύτερο φόβο, σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η αίσθηση φόβου των συμμετεχόντων για το AIDS, ανάλογα με την συνθήκη.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17** Συσχέτιση αίσθησης φόβου και πειραματικής συνθήκης



## **B.7 Σύγκριση μεταξύ των 8 συνθηκών ως προς την αξιολόγηση της αφίσας**

### **B.7.1. Πειστικότητα αφίσας ανάλογα με την πειραματική συνθήκη**

Υπήρξε σημαντική διαφορά στην πειστικότητα της αφίσας (ερ.2 «*Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική συμπεριφορά*») μεταξύ των 9 συνθηκών ( $p. = < .05$ ). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που ανήκαν στην πειραματική συνθήκη 1 (υψηλής απειλής - υψηλής ευαλωτότητας - υψηλής αποτελεσματικότητας), συμφωνούσαν σημαντικά περισσότερο με τη φράση «*Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική συμπεριφορά*» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στη συνθήκη 8 (χαμηλής απειλής-χαμηλής ευαλωτότητας-χαμηλής αποτελεσματικότητας) ( $p. = .017$ ). Αυτό το εύρημα συμφωνεί και οδηγεί στην επαλήθευση της ερευνητικής υπόθεσης 5, η οποία αναφέρει ότι «*τα άτομα που θα δουν το μήνυμα υψηλής απειλής, υψηλής ευαλωτότητας και υψηλής αποτελεσματικότητας να είναι πιθανό να αποδεχτούν το μήνυμα και να οδηγηθούν σε αλλαγή της πρόθεσης συμπεριφοράς τους*».

Επίσης, οι συμμετέχοντες που ανήκαν στη συνθήκη 2 (υψηλής απειλής-υψηλής ευαλωτότητας-χαμηλής αποτελεσματικότητας) συμφωνούσαν σημαντικά περισσότερο με τη φράση «*Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική συμπεριφορά*» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στις συνθήκες χαμηλής απειλής 6,7 και 8 ( $p. = .007$ ,  $p. = .018$  και  $p. = .001$  αντίστοιχα). Εδώ παρατηρούμε, ότι τα υποκείμενα πάλι τείνουν να αποδέχονται το μήνυμα της πειραματικής παρέμβασης αλλά να συμφωνούν λιγότερο με μια πιθανή αλλαγή της συμπεριφοράς τους.

Το εύρημα εν μέρει συμφωνεί με την ερευνητική υπόθεση 4, η οποία αναφέρει ότι «*τα υποκείμενα τα οποία θα δουν το μήνυμα υψηλής απειλής, υψηλής ευαλωτότητας και χαμηλής αποτελεσματικότητας αναμένεται να απορρίψουν το μήνυμα και να μην επέλθει κάποια αλλαγή στην πρόθεση της συμπεριφοράς τους*». Φαίνεται, ότι τα υποκείμενα δεν αισθάνθηκαν έντονο φόβο, βλέποντας την αφίσα. Αναφέρθηκε ότι το μήνυμα θα τους έπειθε να έχουν προληπτική συμπεριφορά αλλά σε χαμηλότερο ποσοστό σε σχέση με τα άτομα που είδαν αφίσα υψηλής απειλής και αυτό-αποτελεσματικότητας.

Αντίθετα, αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων στις συνθήκες χαμηλής απειλής ότι το περιεχόμενο της αφίσας δεν τους ενδιέφερε ( $p. = .010$ ).

Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες στη συνθήκη 5 (χαμηλής απειλής-υψηλής ευαλωτότητας-υψηλής αποτελεσματικότητας) συμφωνούσαν σημαντικά περισσότερο με τη φράση «*Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική*

συμπεριφορά» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στις συνθήκες 4,6,7 και 8 ( $p=.045$ ,  $p=.008$ ,  $p=.002$ ,  $p=.007$  και  $p.<.05$  αντίστοιχα).

### **B.7.2 Αίσθηση φόβου ανάλογα με την συνθήκη**

Υπήρξε σημαντική διαφορά στο πόσο τρομακτική θεωρούσαν την αφίσα οι συμμετέχοντες (ερ.7.2) ανάλογα με τη συνθήκη ( $p=.037$ ). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες στη συνθήκη 7 (χαμηλής απειλής-χαμηλής ευαλωτότητας-υψηλής αποτελεσματικότητας) διαφωνούσαν περισσότερο με την πρόταση «*Οι εικόνες ήταν τρομακτικές*» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στις συνθήκες 1,3 και 4 ( $p=.017$ ,  $p=.003$ ,  $p=.006$ ). Εδώ φυσικά, είναι εμφανές ότι τα άτομα που ανήκαν σε συνθήκη χαμηλής απειλής αλλά και χαμηλής ευαλωτότητας έτειναν να αισθάνονται λιγότερο φόβο.

Ακόμα, οι συμμετέχοντες στη συνθήκη 8 (χαμηλής απειλής-χαμηλής ευαλωτότητας-χαμηλής αποτελεσματικότητας) διαφωνούσαν περισσότερο με την πρόταση «*Οι εικόνες ήταν τρομακτικές*» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στη συνθήκη 3 ( $p=.034$ ). Και εδώ είναι εμφανής η διαφορά μεταξύ των συνθηκών υψηλής και χαμηλής απειλής.

### **B.7.3. Ενδιαφέρον αφίσας ανάλογα με την συνθήκη**

Υπήρξε σημαντική διαφορά στο πόσο ενδιέφεραν τους συμμετέχοντες οι πληροφορίες της αφίσας (ερ.7.4) ανάλογα με τη συνθήκη ( $p=.003$ ). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες στη συνθήκη 1 (υψηλής απειλής-υψηλής ευαλωτότητας-υψηλής αποτελεσματικότητας) διαφωνούσαν περισσότερο με την πρόταση «*Η αφίσα περιείχε πληροφορίες που δεν με ενδιέφεραν*» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στις συνθήκες χαμηλής απειλής 5 και 8 ( $p=.010$  και  $p=.028$  αντίστοιχα).

Ακόμα, οι συμμετέχοντες στη συνθήκη 3 (υψηλής απειλής-χαμηλής ευαλωτότητας-υψηλής αποτελεσματικότητας) διαφωνούσαν περισσότερο με την πρόταση «*Η αφίσα περιείχε πληροφορίες που δεν με ενδιέφεραν*» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με τις συνθήκες χαμηλής απειλής 5 και 8 ( $p=.030$  και  $p=.002$  αντίστοιχα). Οι συμμετέχοντες στη συνθήκη 4 (υψηλής απειλής - χαμηλής ευαλωτότητας - χαμηλής αποτελεσματικότητας) διαφωνούσαν περισσότερο με την πρόταση «*Η αφίσα περιείχε πληροφορίες που δεν με ενδιέφεραν*» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στις συνθήκες χαμηλής απειλής 5 και 8 ( $p=.011$  και  $p.<.001$  αντίστοιχα). Τέλος, οι συμμετέχοντες στη συνθήκη 6 διαφωνούσαν περισσότερο με την πρόταση «*Η αφίσα περιείχε πληροφορίες που δεν με ενδιέφεραν*» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στη συνθήκη 8 ( $p=.028$ ).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα, διερευνήθηκε η επιρροή των φοβικών μηνυμάτων που αναφέρονται στον ιό HIV/AIDS, στην πρόθεση συμπεριφοράς και κατά συνέπεια το αν η χρήση του φόβου αυξάνει την πιθανότητα υιοθέτησης προληπτικής συμπεριφοράς. Κρίθηκε αναγκαίο να διερευνηθούν μεταβλητές όπως ο φόβος, η ένταση του φόβου, η επιδεκτικότητα/ευαλωτότητα στον ιό HIV, η αποτελεσματικότητα της προληπτικής συμπεριφοράς και η αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας, για να μελετηθεί η επιρροή των φοβικών και προτρεπτικών μηνυμάτων στην πρόθεση συμπεριφοράς.

Η έρευνα, αποτελεί μια προσπάθεια ώστε να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα: α) αν η αυτοεκτίμηση των μαθητών καθορίζει την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς τους, β) ποια η ενημέρωση και οι γνώσεις των μαθητών για το AIDS γ) ποιά η σχέση μηνύματος και συναισθήματος-φόβου δ) αν το συναίσθημα του φόβου θα οδηγήσει σε αποδοχή ή απόρριψη του μηνύματος πρόληψης και υπό ποιες προϋποθέσεις ε) αν η αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας σχετίζεται με την προληπτική συμπεριφορά, ζ) ποιοι παράγοντες προβλέπουν την επικίνδυνη ή την προληπτική συμπεριφορά.

Προηγούμενες έρευνες έδειξαν, ότι οι εκκλήσεις φόβου μπορεί να αποτελέσουν ισχυρό κίνητρο αλλαγής της συμπεριφοράς, αν συνοδεύονται από μηνύματα υψηλής αποτελεσματικότητας (Terblanche-Smit, Terblanche, 2010). Επίσης η επιδεκτικότητα/ευαλωτότητα στον ιό HIV/AIDS, μπορεί να επηρεάσει την συμπεριφορά. Αρκετές έρευνες έχουν αποδείξει την συσχέτιση ανάμεσα τουλάχιστον σε μια διάσταση της αντιλαμβανόμενης απειλής (την ευαλωτότητα ή την σοβαρότητα του κινδύνου) και μιας διάστασης της αποτελεσματικότητας (αποτελεσματικότητα συμπεριφοράς ή αυτό-αποτελεσματικότητα) (π.χ. Beck & Lund, 1981; Kleinot & Rogers, 1982; Maddux & Rogers, 1983; Mulilis & Lippa, 1990; Rogers & Mewborn, 1976; Witte, 1991; Wurtele & Maddux, 1987).

Η παρούσα έρευνα βασίστηκε στο Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας (Extended Parallel Process Model, Witte, 1992).

Σε αυτό το κεφάλαιο συζητούνται τα αποτελέσματα της έρευνας, γίνεται αναφορά σε μεθοδολογικά ζητήματα, προτάσεις για μελλοντικές έρευνες και επισημαίνονται τα συμπεράσματα της έρευνας.

**Πρώτον**, απαντώντας στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα, σχετικά με το αν η αυτοεκτίμηση των μαθητών καθορίζει την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς τους, παρατηρούμε ότι οι μαθητές με υψηλή αυτοεκτίμηση, όντως εμφανίζουν την τάση για επικίνδυνη συμπεριφορά.

Συγκεκριμένα, η μέση τιμή στην κλίμακα αυτοεκτίμησης για τους συμμετέχοντες ήταν σχετικά καλή με υψηλότερη αυτή των κοριτσιών. Αρχικά, αυτό που είναι εμφανές, είναι ότι οι μαθητές με υψηλή αυτοεκτίμηση έχουν σεξουαλική εμπειρία. Είδαμε, ότι οι μαθητές που χρησιμοποιούσαν γενικά την αποφυγή της σεξουαλικής επαφής σαν προληπτικό μέτρο προφύλαξης, είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αυτοεκτίμησης σε σύγκριση με αυτούς που δεν χρησιμοποιούσαν αυτόν τον τρόπο ως μέτρο προφύλαξης. Τα ευρήματα των Morris, Young και Jones, (2000), δηλώνουν ότι η αφοσίωση σε μια συμπεριφορά (σεξουαλική αποχή), σχετίζεται με την υψηλή αυτοεκτίμηση στο σπίτι.

Επιπλέον, είδαμε ότι οι μαθητές που έχουν σεξουαλική επαφή και χρησιμοποιούν προφυλακτικό ως μέτρο προφύλαξης, έχουν και καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV. Βλέπουμε εδώ, ότι ενώ οι μαθητές που έχουν αγοράσει προφυλακτικά, έχουν καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του AIDS, αυτό δεν σημαίνει ότι αισθάνονται ευάλωτοι σε αυτό.

Συγκεκριμένα, δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της κλίμακας αυτοεκτίμησης και της πιθανότητας που θεωρούν προσωπικά οι συμμετέχοντες ότι έχουν να μολυνθούν από AIDS. Οι συμμετέχοντες που είχαν σεξουαλική επαφή, πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό, ότι μόνο οι ομοφυλόφιλοι μπορούν να μολυνθούν από AIDS σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν σεξουαλική επαφή. Επίσης, στο ερώτημα *«Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, Εσύ προσωπικά να μολυνθείς;»* τόσο οι μαθητές με σεξουαλική εμπειρία όσο και αυτοί χωρίς, είχαν μια μέση απάντηση. Ουσιαστικά, δεν αισθάνονται ευάλωτοι. Βλέπουμε εδώ, μια μικρή ένδειξη που συμφωνεί με προηγούμενα ερευνητικά ευρήματα, που αναφέρουν ότι «εκείνοι με υψηλή αυτοεκτίμηση, ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά» (Walsch, 1991; Cole & Slocumb, 1995; Salazar et. al., 2005). Η επικινδυνότητα της συμπεριφοράς τους οφείλεται κυρίως στην μη αίσθηση κινδύνου.

Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της κλίμακας αυτοεκτίμησης (Rosenberg) με την γενική αποτελεσματικότητα (GSE) των συμμετεχόντων. Άρα όσο

αυξάνεται η αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων, τόσο αυξάνεται και η γενική αποτελεσματικότητά τους, στην αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού (CUSES) με την αυτοεκτίμηση (Rosenberg). Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διάφορες κλίμακες, πριν την παρέμβαση μεταξύ των επιπέδων αυτοεκτίμησης.

Τα ερευνητικά δεδομένα δυσταίνουν σχετικά με την σχέση της αυτοεκτίμησης και της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Ο Walsch (1991), ανέφερε ότι οι άνδρες και οι γυναίκες με υψηλή αυτοεκτίμηση, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα του Rosenberg, είχαν σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό ερωτικών συντρόφων από ότι τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι Cole και Slocumb (1995), στην έρευνά τους με άνδρες φοιτητές, βρήκαν επίσης ότι εκείνοι με υψηλή αυτοεκτίμηση, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Rosenberg, ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά.

Έρευνες έχουν δείξει (Rosenthal, Moore & Flynn, 1991; Hollar & Snizek, 1996), ότι εκείνοι με υψηλή αυτοεκτίμηση, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Rosenberg, ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά.

Επίσης, στην έρευνα των Salazar et. al., (2005), τα κορίτσια με υψηλότερη αυτοεκτίμηση ήταν πιο πιθανό να διαθέτουν θετική στάση απέναντι στο προφυλακτικό, αισθάνονταν πιο αποτελεσματικές στην διαπραγμάτευση χρήσης του προφυλακτικού, είχαν συχνότερη επικοινωνία με τους συντρόφους και τους γονείς τους, αντιλαμβάνονταν λιγότερα εμπόδια στην χρήση προφυλακτικών και ένιωθαν λιγότερο φόβο στην διαπραγμάτευση της χρήσης τους.

Γενικά, οι ερευνητές φαίνεται να συμφωνούν, ότι η αυτοεκτίμηση είναι ένα οριοθετημένο αξιολογικό στοιχείο, του ευρύτερου όρου της έννοιας του εαυτού (Blascovich, & Tomaka, 1991; Wells, & Marwell, 1976). Η βιβλιογραφία, δηλώνει ότι τουλάχιστον μερικές πλευρές της αυτοεκτίμησης σχετίζονται με την πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα. Εκπαιδευτικά προγράμματα σχεδιασμένα να προλαμβάνουν την εγκυμοσύνη στην εφηβεία και να αναβάλλουν τις σεξουαλικές σχέσεις, συχνά αναζητούν να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση, ως μέσο βοήθειας για τους νέους, ώστε να λαμβάνουν τις σωστές αποφάσεις σχετικά με την σεξουαλικότητά τους.

Στην παρούσα έρευνα, επαληθεύεται η ερευνητική υπόθεση 1, η οποία αναφέρει ότι *«εκείνοι με υψηλή αυτοεκτίμηση, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Rosenberg, ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά»*.

**Δεύτερον**, διερευνήθηκαν οι γνώσεις και η ενημέρωση των μαθητών σχετικά με το AIDS. Η πλειοψηφία των μαθητών, θεωρούσαν ότι είναι ενημερωμένοι για το θέμα και οι κυριότερες πηγές ενημέρωσής τους ήταν το ίντερνέτ και η τηλεόραση.

Όταν ερωτήθηκαν ποιες πηγές ενημέρωσης θα επιθυμούσαν οι ίδιοι να ενισχύσουν την δραστηριότητά τους, η πλειοψηφία ανέφερε το σχολείο και την τηλεόραση. Επίσης σημαντικό είναι και το αίτημα των συμμετεχόντων να ενισχυθεί η ενημέρωσή τους από τους γονείς. Το ίδιο εύρημα παρουσίασε έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο (Natsal, 2000).

Επίσης, σχεδόν όλοι οι μαθητές πιστεύουν ότι όλοι μπορούν να μολυνθούν από τον ιό του AIDS. Βλέπουμε ότι οι νέοι έχουν μεγαλύτερη πληροφόρηση σχετικά με το θέμα της μόλυνσης, σε αντίθεση με παλαιότερες έρευνες όπου οι νέοι θεωρούσαν ότι οι ομοφυλόφιλοι και οι τοξικομανείς αποτελούν τις ομάδες κινδύνου μόλυνσης από το AIDS (Ιωαννίδη, 1996, Merakou et. al., 2002).

Στο θέμα του τρόπου μετάδοσης του ιού HIV, οι μαθητές ανέφεραν ως κυριότερα υγρά μέσα από τα οποία μπορεί να μεταδοθεί ο ιός, το σπέρμα και το αίμα. Επίσης, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πιστεύει ότι άντρες και γυναίκες έχουν την ίδια επικινδυνότητα μόλυνσης.

Η πλειοψηφία των μαθητών δεν είχε σεξουαλική επαφή. Οι μαθητές που είχαν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, ήταν κατά μέσο όρο στην ηλικία των 16,3 ετών. Βλέπουμε ότι οι νέοι ξεκινούν την σεξουαλική τους δραστηριότητα μεταξύ 16-17 ετών. Πρόσφατη μελέτη των Βαϊδάκης, Πανοσκάλτσης, Μπαρμπούνη, Μεράκου, Ζέρβας, Κουρέα-Κρεμαστινού, Παρασκευαΐδης, Μουστάκη, Κρεατσάς, (2012), με δείγμα 5.000 μαθητές και μαθήτριες 3ης Λυκείου, με μέσο όρο ηλικίας τα 17,4 έτη, αναφέρει ως ηλικία έναρξης της σεξουαλικής επαφής στην ηλικία των 15,5 ετών. Εδώ βλέπουμε ίσως μια διαφορά που οφείλεται τόσο στο μέγεθος του δείγματος, όσο και στην γεωγραφική διαφορά (Αττική-Αργίριο). Το εύρημα αυτό δεν έχει αλλάξει για τα δεδομένα της Ελλάδας. Στις χώρες της Ευρώπης ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της

σεξουαλικής ζωής κυμαίνεται στα 14-15 έτη (Nöstlinger, & Wimmer-Puchinger, Βιέννη, 1994; Fink, & Wimmer-Puchinger, Βιέννη, 1997).

Αυτή η ομάδα μαθητών, κλήθηκε να απαντήσει το ερώτημα «*Την πρώτη φορά χρησιμοποίησες προφυλακτικό;*». Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων που είχαν σεξουαλική επαφή, είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό.

Οι μαθητές ερωτήθηκαν σχετικά με τις απόψεις τους, για την αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, θεωρούν τα προφυλακτικά κάτι θετικό, ενώ διαφωνούν στη δήλωση ότι τα προφυλακτικά ενισχύουν το ρομαντισμό. Επίσης, στη δήλωση «*Το προφυλακτικό προστατεύει σχεδόν 100% από το AIDS*», οι μισοί μαθητές απάντησαν ότι αυτό ισχύει και οι υπόλοιποι ότι αυτό δεν ισχύει. Βλέπουμε μια σύγχυση σχετικά με την αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού. Το εύρημα διαφωνεί με προηγούμενα ευρήματα, όπου η πλειοψηφία των ατόμων ανέφερε ότι το προφυλακτικό αποτελεί ασφαλή μέθοδο προφύλαξης (Ιωαννίδη, 1996).

Επίσης, η πλειοψηφία των μαθητών ανέφερε ότι το προφυλακτικό μειώνει την αίσθηση του ρομαντισμού. Βλέπουμε ότι είναι βαθιά παγιωμένη η συσχέτιση του προφυλακτικού με την επικίνδυνη συμπεριφορά. Ήταν σίγουρα αναπόφευκτο, ότι ως αντίδραση στις συστάσεις για ασφαλή σεξουαλική επαφή, βασισμένες στην ηθικολογία που κατασκεύασε το AIDS ως την συνέπεια ή την τιμωρία της παραβατικότητας και η οποία έθεσε ως προτεραιότητα την προώθηση της χρήσης προφυλακτικού και όχι την προώθηση των εναλλακτικών λύσεων, τα προφυλακτικά θα συσχετίζονταν με τις επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές. Το προφυλακτικό αποτέλεσε σημάδι όχι ασφάλειας αλλά επικινδυνότητας.

**Τρίτον**, αναφορικά με την γενική αποτελεσματικότητα, η μέση τιμή των συμμετεχόντων είναι πολύ καλή 29,2 σε μια βαθμίδα από 10-40. Επομένως, οι μαθητές Γ' Λυκείου, φαίνεται ότι αισθάνονται αποτελεσματικοί στην διαχείριση καθημερινών προβλημάτων. Όπως αναφέρεται: «*Η δομή της Κλίμακας της αντιλαμβανόμενης αυτό-αποτελεσματικότητας αντανakλά την αισιόδοξη αυτοπεποίθηση του ατόμου*» (Schwarzer, 1992). Η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα, είναι μια λειτουργική κατασκευή: σχετίζεται με την επακόλουθη συμπεριφορά και επομένως, σχετίζεται με την κλινική πρακτική και την αλλαγή συμπεριφοράς.



Μετά την παρέμβαση (β' φάση), παρατηρήθηκε ότι υπήρξε σημαντική μείωση της κλίμακας γενικής αποτελεσματικότητας (GSE), τόσο στα άτομα που ανήκαν σε συνθήκη υψηλής απειλής, όσο και στα άτομα που ανήκαν σε συνθήκη χαμηλής απειλής. Μεγαλύτερη μείωση παρατηρήθηκε στα κορίτσια. Στα άτομα που δεν είδαν κάποια αφίσα, δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή. Συγκεκριμένα, υπήρξε μεγαλύτερη μείωση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων που ανήκαν σε συνθήκη χαμηλής απειλής.

Σύμφωνα με το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας (Witte, 1992), όταν η αντιλαμβανόμενη απειλή είναι χαμηλή, ανεξάρτητα από το επίπεδο της αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας, δεν θα υπάρξει περαιτέρω επεξεργασία του μηνύματος. Μπροστά σε μια σοβαρή απειλή, οι άνθρωποι συνειδητοποιούν ότι βρίσκονται σε κίνδυνο και αποκτούν το κίνητρο να προστατέψουν τον εαυτό τους. Έτσι, θεωρούν ότι μπορούν να αποτρέψουν τον κίνδυνο (υψηλή αποτελεσματικότητα) και σκόπιμα και γνωστικά τον αντιμετωπίζουν. Εδώ βλέπουμε, ότι η ύπαρξη μιας μη σοβαρής απειλής, σε μεταγενέστερο χρόνο, οδήγησε σε υποτίμηση των ικανοτήτων αποτελεσματικότητας των μαθητών.

Σχετικά με την μεταβλητή αυτό-αποτελεσματικότητα της χρήσης προφυλακτικού, παρατηρούμε, ότι η βαθμολογία των μαθητών στο σύνολο ήταν αρκετά θετική. Επίσης, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού με την γενική αποτελεσματικότητα και την διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου». Αντίθετα, υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού με την διάσταση «Τύχη». Οπότε, όσο αυξάνεται η αυτό-αποτελεσματικότητα χρήσης προφυλακτικού, τόσο αυξάνεται και η αυτοεκτίμηση, η αποτελεσματικότητα και η διάσταση «Εσωτερική εστίαση ελέγχου». Τα περισσότερα άτομα θα επιθυμούσαν να ελέγχουν την κατάσταση της υγείας τους αλλά αυτό διαφέρει από το αν αισθάνονται ότι διαθέτουν αυτό τον έλεγχο (Wallston, 1989). Χωρίς την ταυτόχρονη αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας ή την ικανότητα για την υγεία, πολλοί άνθρωποι προτιμούν να αφήσουν τον έλεγχο της υγειονομικής περίθαλψης στους ιατρούς και άλλους ειδικούς παροχής υγειονομικής φροντίδας. Οι απόψεις ελέγχου στα πλαίσια της υγείας αναφέρονται στις σκέψεις (ή γνωσίες) κάποιου ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να επηρεάσει την συμπεριφορά του, την υγεία του ή την φροντίδα της υγείας του (Wallston, 2001α; 2001β).

Στην παρούσα έρευνα, βλέπουμε ότι τα άτομα με υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα τείνουν να ελέγχουν την ίδια την συμπεριφορά και κατά συνέπεια την υγεία τους. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με την ερευνητική υπόθεση 6, η οποία αναφέρει ότι *«τα άτομα με υψηλή αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας είναι πιο πιθανό να υιοθετούν προληπτική συμπεριφορά»*.

Οι Trafimow et. al., (2002), αναφέρουν ότι τα στοιχεία της ικανότητας ελέγχου και της αυτό-αποτελεσματικότητας, μπορούν να διαχωριστούν αξιόπιστα σε ένα εύρος συμπεριφορών, με αποδεδειγμένη την αυτό-αποτελεσματικότητα ως παράγοντα που υπερέχει στην πρόβλεψη προθέσεων και συμπεριφοράς. Αντίθετα, στην έρευνα των Manstead και van Eekelen (1998), για την επίδοση μαθητών, βρέθηκε ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη των προθέσεων αλλά και της διατήρησης κάποιας συμπεριφοράς, ενώ η ικανότητα ελέγχου δεν είχε κάποια συσχέτιση.

Μετά την παρέμβαση, παρατηρούμε μια σημαντική μείωση στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης του προφυλακτικού (CUSES), συνολικά στα άτομα που ανήκαν σε συνθήκη (χαμηλής ή υψηλής απειλής), ενώ στα άτομα της ομάδας ελέγχου δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή. Συγκεκριμένα, η πιο σημαντική μεταβολή παρατηρήθηκε στα άτομα της συνθήκης 4, (υψηλής απειλής, χαμηλής ευαλωτότητας και χαμηλής αποτελεσματικότητας). Βλέπουμε δηλαδή, ότι τα άτομα τείνουν να οδηγούνται σε έλεγχο του φόβου που αντιμετωπίζουν, άρα οδηγούνται στην μείωση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας τους. Ενεργοποιούνται δηλαδή συναισθηματικές διεργασίες.

Ένα μήνυμα μπορεί να ενεργοποιήσει τη σύνδεση λογικής-συναισθήματος, σε μια διαδικασία που χαρακτηρίζεται ως «κλασική σύνδεση». Τα συναισθήματα, εμπεριέχουν διανοητική δραστηριότητα και υπάρχουν ανεξάρτητα από τις σκέψεις ή τη λογική. Διαμορφώνονται όμως από ακολουθία σκέψεων που προκαλούνται από ερεθίσματα. Από τη στιγμή λοιπόν που δημιουργείται αυτός ο σύνδεσμος, οι γνωσιακές λειτουργίες καταστέλλονται και έτσι η συμπεριφορά του ατόμου, έχει ως κεντρικό άξονα το έντονο συναίσθημα. Έτσι, η αίσθηση φόβου, θα μπορούσε να οφείλεται τόσο για την υποτίμηση της αυτό-αποτελεσματικότητάς τους, όσο και για την μικρότερη τάση για υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς.

Το εύρημα εν μέρει συμφωνεί με την ερευνητική υπόθεση 4, η οποία αναφέρει ότι «τα υποκείμενα τα οποία θα δουν το μήνυμα υψηλής απειλής, υψηλής ευαλωτότητας και χαμηλής αποτελεσματικότητας αναμένεται να απορρίψουν το μήνυμα και να μην επέλθει κάποια αλλαγή στην πρόθεση της συμπεριφοράς τους». Φαίνεται, ότι τα υποκείμενα δεν αισθάνθηκαν έντονο φόβο, βλέποντας την αφίσα. Αναφέρθηκε ότι το μήνυμα θα τους έπειθε να έχουν προληπτική συμπεριφορά, αλλά σε χαμηλότερο ποσοστό σε σχέση με τα άτομα που είδαν αφίσα υψηλής απειλής.

Αντίθετα, αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων στις συνθήκες χαμηλής απειλής, ότι το περιεχόμενο της αφίσας δεν τους ενδιέφερε. Επομένως, αντίστοιχα και η πρόθεσή τους για υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς ήταν μειωμένη.

Οι πεποιοθήσεις για την αυτό-αποτελεσματικότητα μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο επίτευξης που μπορεί να επιτύχει τελικά κάποιος. Αυτή η λειτουργία των προσωπικών πεποιοθήσεων, μπορεί να δημιουργήσει τον τύπο της «αυτό-εκπληρούμενης προφητείας» σύμφωνα με την οποία κάποιος επιτυγχάνει αυτά τα οποία πιστεύει ότι μπορεί να επιτύχει.

Επίσης, υπήρξε μικρή μείωση της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας (CUSES) μετά την παρέμβαση, τόσο στα κορίτσια όσο και στα αγόρια, που ανήκουν στην ομάδα ελέγχου, δηλαδή δεν είδαν κάποια αφίσα. Η απουσία απειλής, οδήγησε σε υποεκτίμηση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης του προφυλακτικού. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί με πολλούς τρόπους.

Η Harter επισημαίνει πως «η αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο μέλλον» (Harter, 1996α, σ. 30). Βλέπουμε ότι μετά από το διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ α' και β' φάσης, τα άτομα είτε ενημερώθηκαν πληρέστερα σχετικά με το θέμα, είτε επαναξιολόγησαν τις ικανότητές τους ως προς την χρήση και την διαπραγμάτευση του προφυλακτικού. Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα οι μαθητές να αντιμετωπίσαν μια κατάσταση, όπου θα απαιτούνταν από εκείνους υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα και διαψεύστηκαν οι ατομικές προσδοκίες τους. Είχαν δηλαδή, οδηγηθεί πριν σε υπερεκτίμηση των ικανοτήτων τους. Οι Kruger και Dunning (1999) σε έρευνά τους, ανακάλυψαν, ότι οι μαθητές που δεν διέθεταν γνώσεις και ικανότητες έτειναν να τις υπερεκτιμούν. Η ερμηνεία των ερευνητών ανέφερε ότι οι μαθητές με ανεπαρκείς επιδόσεις δεν μαθαίνουν από τα σχόλια ανατροφοδότησης, γεγονός που υποδηλώνει

την ανάγκη για τη βελτίωσή τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Langer, Zimmerman και Cabral (1994), αποκάλυψαν ότι η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα των συμμετεχόντων σχετικά με την σωστή χρήση ενός προφυλακτικού είχε μικρή συσχέτιση με τις πραγματικές τους ικανότητες.

Σε πρόσφατη έρευνα, οι Ehrlinger et. al., (2008), αναφέρουν ότι η υπερεκτίμηση ικανοτήτων παρατηρείται, επειδή η ανικανότητα, τους στερεί από τις δεξιότητες που απαιτούνται για να αναγνωρίσουν τα μειονεκτήματά τους. Πέντε μελέτες έδειξαν ότι οι μαθητές με κακές επιδόσεις δεν έχουν ρεαλιστική εικόνα, σχετικά με τις ελλείψεις τους ακόμα και σε πραγματικές συνθήκες. Μια πρόσθετη μετα-ανάλυση έδειξε, ότι ήταν η έλλειψη επίγνωσης για τα λάθη τους που οδήγησε σε υπερβολικά αισιόδοξες εκτιμήσεις μεταξύ των ατόμων με ελλιπείς επιδόσεις.

Σύμφωνα με τους Holschneider και Alexander (2003), οι νέοι που χρησιμοποιούν με συνέπεια προφυλακτικά και αναφέρουν ότι έχουν λιγότερους ερωτικούς συντρόφους, έχουν υψηλές πεποιθήσεις αισιοδοξίας για την ικανότητά τους να διαπραγματευτούν τη χρήση προφυλακτικού. Αυτά τα αποτελέσματα, θα μπορούσαν να ερμηνευθούν με δύο τρόπους: (α) η αυτο-αποτελεσματικότητα ενισχύεται ως αποτέλεσμα των εμπειριών του παρελθόντος (όταν ένα άτομο έχει διαπραγματευτεί με επιτυχία χρήση προφυλακτικού), ή (β) η υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα οδήγησε σε επιτυχή απόδοση (π.χ., τη διαπραγμάτευση της χρήσης προφυλακτικού).

Παρόλη την απουσία ύπαρξης απειλής στην ομάδα ελέγχου, παρατηρείται αύξηση της αβεβαιότητας σχετικά με τις ικανότητές τους, κάτι που μειώνει την αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας. Στην έρευνα των Kasen et. al., (1992), σχετικά με την σεξουαλική εμπειρία μαθητών Λυκείου, τα αποτελέσματα έδειξαν ένα μεγάλο βαθμό αβεβαιότητας των μαθητών σε όλους τους τομείς.

Συνοψίζοντας τα μέχρι τώρα ευρήματα, βλέπουμε ότι υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας. Όπως, αναφέρει η βιβλιογραφία, η αυτό-αποτελεσματικότητα αναφέρεται σε κρίσεις προσωπικής ικανότητας, ενώ η αυτοεκτίμηση σε κρίσεις αυτοαξίας. Επίσης, η αυτο-αποτελεσματικότητα προβλέπει τους στόχους που τα άτομα έθεσαν για τον εαυτό τους και τις επιτεύξεις στην απόδοση, ενώ η αυτοεκτίμηση δεν επηρεάζει ούτε το ένα, ούτε το άλλο (Mone, Baker, & Jeffries, 1995). Στην παρούσα έρευνα βλέπουμε ότι οι δύο έννοιες αλληλοσχετίζονται.

**Τέταρτον**, μελετώντας την συμπεριφορά σχετικά με τον έλεγχο της υγείας των μαθητών, παρατηρήθηκε η υπερίσχυση του παράγοντα εσωτερικής εστίασης ελέγχου σε σύγκριση με τον παράγοντα τύχη. Επίσης, παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση της αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού και της εσωτερικής εστίασης ελέγχου και αντίθετα, αρνητική συσχέτιση της ίδιας μεταβλητής με τον παράγοντα τύχη.

Έρευνες αναφέρουν ότι, όπου οι ερωτώμενοι αντιμετωπίζουν ερωτήματα σχετικά με την ικανότητά τους να εκτελέσουν μια συμπεριφορά (αυτό-αποτελεσματικότητα) αναφέρονται κυρίως σε εσωτερικούς παράγοντες και ότι οι πεποιθήσεις για τους εξωτερικούς παράγοντες είναι πιο άμεσα προσβάσιμες όταν οι ερωτώμενοι μελετούν το αν η εκτέλεση της συμπεριφοράς εξαρτάται εξολοκλήρου από αυτούς (ικανότητα ελέγχου). Επομένως, το εύρημα θα λέγαμε ότι είναι αναμενόμενο.

Οι δύο έννοιες (αυτό-αποτελεσματικότητα και αντιλαμβανόμενος συμπεριφορικός έλεγχος) αποτελούν κατασκευές που αντανakλούν πεποιθήσεις για την παρουσία εσωτερικών παραγόντων. Τα άτομα με εσωτερικό κέντρο ελέγχου θεωρούν ότι η επιτυχία ή η αποτυχία οφείλεται στις προσπάθειες ή τις ικανότητές τους.

Όταν τα άτομα πιστεύουν ότι διαθέτουν τις απαιτούμενες πηγές και ευκαιρίες (π.χ. δεξιότητες, χρόνο, χρήματα, συνεργασία με άλλους) και ότι τα εμπόδια που μπορεί να προκύψουν είναι λίγα και διαχειρίσιμα, θα πρέπει να έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να εκτελέσουν μια συμπεριφορά και επομένως να παρουσιάσουν ένα υψηλό βαθμό αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου. Αντίθετα, όταν θεωρούν ότι δεν διαθέτουν τις προϋποθέσεις και ότι είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν σοβαρά εμπόδια, θα πρέπει να αξιολογήσουν την εκτέλεση της συμπεριφοράς ως δύσκολη και να παρουσιάσουν ένα χαμηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου. Αυτό βέβαια ισχύει είτε οι προϋποθέσεις και τα εμπόδια είναι τοποθετημένα στο εσωτερικό ή εξωτερικό κέντρο ελέγχου.

Σύμφωνα με το *Ιεραρχικό Μοντέλο του Αντιλαμβανόμενου Συμπεριφορικού Ελέγχου* ίσως μπορούμε καλύτερα να εξηγήσουμε τις σχέσεις ανάμεσα στην αυτό-αποτελεσματικότητα, την αντιλαμβανόμενη ελεγχσιμότητα και τον αντιλαμβανόμενο συμπεριφορικό έλεγχο. Σε αυτό το μοντέλο, η αυτό-αποτελεσματικότητα και η αντιλαμβανόμενη ελεγχσιμότητα αποτελούν δύο ξεχωριστούς παράγοντες. Παρόλα αυτά, μαζί συνθέτουν την έννοια του αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου.

Τα άτομα που ανήκαν στην ομάδα ελέγχου (χωρίς συνθήκη) εμφανίζουν μια κατακόρυφη μεταβολή της αίσθησης εσωτερικού ελέγχου στο χρόνο. Το ίδιο παρατηρήθηκε και στην μεταβλητή αυτό-αποτελεσματικότητα χρήσης προφυλακτικού. Επομένως, παρατηρούμε και εδώ την συσχέτιση των μεταβλητών με παρόμοιο τρόπο όσον αφορά και την μεταβολή τους στο χρόνο.

**Πέμπτον,** όσον αφορά την αίσθηση φόβου των συμμετεχόντων σχετικά με το AIDS, η πλειοψηφία νιώθει φόβο. Το επίπεδο του φόβου που αισθάνονταν οι μαθητές κυμαίνονταν από μέτριο ως υψηλό. Όσον αφορά το ερώτημα *«Τα συναισθήματά σου για το μέλλον και το AIDS είναι..»*, το κυριότερο συναίσθημα των συμμετεχόντων είναι ο φόβος. Επίσης, η αίσθηση φόβου δεν διέφερε μεταξύ των μαθητών με σεξουαλική εμπειρία και χωρίς.

Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι είχαν σεξουαλική εμπειρία και χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό για να προστατευτούν από το AIDS, πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι είναι ευάλωτοι σε πιθανή μόλυνση από το AIDS και ένιωθαν υψηλότερη αίσθηση φόβου σε σύγκριση με εκείνους που δεν χρησιμοποιούσαν πάντα προφυλακτικό. Το εύρημα συμφωνεί με την ερευνητική υπόθεση 8, η οποία αναφέρει ότι *«ότι οι μαθητές που είναι ενημερωμένοι και έχουν προληπτική συμπεριφορά, αναμένεται να έχουν μεγαλύτερη αίσθηση ευαλωτότητας αλλά και φόβου»*.

Σύμφωνα με τους Witte και Allen (2000), *«ο φόβος φαίνεται ότι αποτελεί ένα σημαντικό κίνητρο εφόσον τα άτομα πιστεύουν ότι είναι ικανά να προστατέψουν τον εαυτό τους»*. Βλέπουμε ότι η αίσθηση φόβου υπερισχύει σε όλες τις ομάδες μαθητών ανεξάρτητα από ποιες μορφές πρόληψης λαμβάνουν.

Όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία, για να κατανοήσουμε τις αντιδράσεις των ατόμων στις επικλήσεις φόβου, θα πρέπει να κατανοήσουμε το πότε και το γιατί αποτυγχάνουν οι επικλήσεις φόβου καθώς και το πότε και γιατί αυτές επιτυγχάνουν. Αρχικά λοιπόν, ο φόβος για το AIDS, προϋπήρχε ως συναίσθημα. Μετά την πειραματική παρέμβαση (επαναληπτική μέτρηση), το αίσθημα του φόβου εκδηλώθηκε ξεκάθαρα.

Τα συναισθήματα που είχαν οι συμμετέχοντες αφού είδαν την αφίσα (πειραματική παρέμβαση) ήταν κυρίως φόβος. Το αίσθημα του φόβου φάνηκε

ξεκάθαρα τόσο στο ερώτημα, «Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS;» όσο και στο ερώτημα «Τώρα που είδα την αφίσα-αισθάνομαι...».

Σχετικά με την αξιολόγηση της αφίσας, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων υποστήριξε ότι το περιεχόμενό της ήταν τρομακτικό. Οι συμμετέχοντες που είδαν την αφίσα υψηλής απειλής, συμφωνούσαν περισσότερο ότι η εικόνα είναι τρομακτική σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είδαν αφίσα χαμηλής απειλής. Οι μαθητές που δεν είδαν κάποια αφίσα (ομάδα ελέγχου) φοβόντουσαν λιγότερο, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είδαν αφίσα χαμηλής απειλής αλλά και τους συμμετέχοντες που είδαν αφίσα υψηλής απειλής. Εδώ φυσικά, είναι εμφανές ότι τα άτομα που ανήκαν σε συνθήκη χαμηλής απειλής αλλά και χαμηλής ευαλωτότητας έτειναν να αισθάνονται λιγότερο φόβο. Επομένως, επαληθεύεται η ερευνητική υπόθεση 2, η οποία αναφέρει ότι *«τα υποκείμενα που θα δουν το μήνυμα υψηλής απειλής, αναμένεται να οδηγηθούν σε υψηλότερη αίσθηση φόβου»*.

Φαίνεται λοιπόν ότι σύμφωνα με τις υποθέσεις των ερευνών της Witte (1994)<sup>32</sup>, όσο μεγαλύτερη είναι η απειλή, τόσο μεγαλύτερος φόβος εκφράζεται. Αυτό το εύρημα εξηγεί τον λόγο που ο μεγαλύτερος φόβος μπορεί να συσχετίζεται με την μεγαλύτερη αποδοχή του μηνύματος – όχι επειδή ο φόβος προκαλεί αποδοχή του μηνύματος αλλά επειδή ο φόβος και η αποδοχή του μηνύματος *«προκαλούνται από τον ίδιο σημαντικό παράγοντα, την αντιλαμβανόμενη απειλή»*. Από τα ευρήματα των ερευνών της Witte (1994), φαίνεται ότι μόνο η απειλή σχετίζεται με την αίσθηση φόβου και όχι η αποτελεσματικότητα. Η Witte (1992α), υποστήριζε ότι η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα καθορίζει μόνο την φύση της αντίδρασης (έλεγχος του φόβου ή του κινδύνου), ενώ η αντιλαμβανόμενη απειλή καθορίζει την ένταση της αντίδρασης (πόσο έλεγχος του φόβου ή του κινδύνου προκαλείται).

Επίσης, οι συμμετέχοντες που είδαν αφίσα υψηλής απειλής συμφωνούσαν περισσότερο, με το ότι η αφίσα περιείχε πληροφορίες που τους ενδιέφεραν σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είδαν αφίσα χαμηλής απειλής. Τα ευρήματα συμφωνούν με την ερευνητική υπόθεση 9, η οποία αναφέρει ότι *«καθώς αυξάνεται η αντιλαμβανόμενη απειλή, ενώ η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι χαμηλή, τα άτομα θα κάνουν το αντίθετο από αυτό που προτείνεται (μπούμερανγκ)»*.

---

<sup>32</sup> Witte, K. (1994). Fear control and danger control: A test of the Extended Parallel Process Model (EPPM). Communication Monographs, 61, 113-134.

Το τυπικό αποτέλεσμα μιας έρευνας σχετικά με την επίκληση φόβου, είναι η αποδοχή του μηνύματος, που ορίζεται ως στάση, πρόθεση ή αλλαγή συμπεριφοράς. Άλλα αποτελέσματα λιγότερο συχνά αξιολογούμενα αλλά εξίσου σημαντικά είναι η αμυντική αποφυγή και αντίδραση. Τα άτομα αμυντικά αποφεύγουν το μήνυμα μη δίνοντας προσοχή στην επικοινωνία ή καταστέλλοντας οποιεσδήποτε σκέψεις για την απειλή μακροπρόθεσμα (Hovland, Janis, & Kelly, 1953; Janis & Feshbach, 1953; Janis & Mann, 1977). Εδώ, βλέπουμε ότι οι μαθητές που δεν αισθάνθηκαν κάποια απειλή, βλέποντας το μήνυμα της αφίσας, οδηγήθηκαν σε αποφυγή του, υποστηρίζοντας ότι οι πληροφορίες δεν τους ενδιέφεραν.

Η αντίδραση συμβαίνει όταν η αντιλαμβανόμενη ελευθερία μειώνεται και κάποιο άτομο θεωρεί ότι «ο μεταδίδων το μήνυμα προσπαθεί να τον αλλάξει» (Brehm, 1966, p. 94) Ένα μεγάλο σύνολο αποδεικτικών στοιχείων, αμφισβητεί την αντίληψη ότι ο αναμενόμενος φόβος ρυθμίζει την ενέργεια αποφυγής (Bandura, 1986; Bolles, 1975; Herrnstein, 1969; Schwartz, 1978).

**Έκτον**, στην αρχική φάση της ερευνητικής διαδικασίας, όσο και στην επαναληπτική μέτρηση με την προσθήκη της παρέμβασης, φάνηκε ότι η αίσθηση φόβου των μαθητών σχετικά με το AIDS ήταν ξεκάθαρη και γενική. Όμως, αυτή η αίσθηση φόβου φαίνεται ότι δεν οδήγησε στην απόρριψη του μηνύματος, για καμία από τις πειραματικές ομάδες. Αντίθετα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι, το μήνυμα αγωγής υγείας θα τους *«έπειθε να χρησιμοποιούν προφυλακτικό και να έχουν προληπτική συμπεριφορά»*. Φαίνεται ότι, το μήνυμα ήταν πειστικό.

Όμως, υπήρξε σημαντική διαφορά στην πειστικότητα της αφίσας (ερ. *«Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική συμπεριφορά»*) μεταξύ των 9 συνθηκών. Δηλαδή ανάλογα με το επίπεδο αίσθησης απειλής, ευαλωτότητας ή αυτό-αποτελεσματικότητας. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που ανήκαν στην πειραματική συνθήκη 1 (υψηλής απειλής - υψηλής ευαλωτότητας - υψηλής αποτελεσματικότητας), συμφωνούσαν σημαντικά περισσότερο με τη φράση *«Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική συμπεριφορά»* σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στη συνθήκη 8 (χαμηλής απειλής-χαμηλής ευαλωτότητας-χαμηλής αποτελεσματικότητας. Αυτό το εύρημα συμφωνεί και οδηγεί στην επαλήθευση της ερευνητικής υπόθεσης 5, η οποία αναφέρει ότι *«τα άτομα που θα*



δουν το μήνυμα υψηλής απειλής, υψηλής ευαλωτότητας και υψηλής αποτελεσματικότητας, είναι πιθανό να αποδεχτούν το μήνυμα και να οδηγηθούν σε αλλαγή της πρόθεσης συμπεριφοράς τους». Έρευνες που μετρούσαν την πραγματική σωματική διέγερση δεν βρήκαν άμεσα σχέση μεταξύ της διέγερσης φόβου και των αποτελεσμάτων προσαρμογής (Mewborn & Rogers, 1979; Rogers & Deckner, 1975). Εντούτοις, ο φόβος που προκλήθηκε μέσω τεχνικών ψευδούς ανατροφοδότησης άλλαξε τις στάσεις (Giesen & Hendrick, 1974; Hendrick, Giesen, & Borden, 1975). Έτσι, ο φόβος αξιολογήθηκε γνωστικά και αυτό οδήγησε σε αποδοχή του μηνύματος.

Επομένως θα μπορούσαμε να δηλώσουμε ότι α) ο έλεγχος του φόβου αποτελεί μια συναισθηματική διαδικασία και β) ο έλεγχος του κινδύνου αποτελεί μια γνωστική διαδικασία. Σύμφωνα με το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας η αξιολόγηση μιας απειλής για την υγεία, κινητοποιεί δύο διαδικασίες συζήτησης με τον εαυτό μας, οι οποίες καταλήγουν είτε σε διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου (γνωστικές διαδικασίες) ή σε διαδικασίες ελέγχου του φόβου (συναισθηματικές διαδικασίες).

Επίσης, οι συμμετέχοντες που ανήκαν στη συνθήκη 2 (υψηλής απειλής-υψηλής ευαλωτότητας-χαμηλής αποτελεσματικότητας) συμφωνούσαν σημαντικά περισσότερο με τη φράση «*Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική συμπεριφορά*» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στις συνθήκες χαμηλής απειλής. Εδώ παρατηρούμε, ότι τα υποκείμενα πάλι τείνουν να αποδέχονται το μήνυμα της πειραματικής παρέμβασης και να συμφωνούν περισσότερο με μια πιθανή αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Το εύρημα αποδεικνύει ξανά την διαφορά πειστικότητας του μηνύματος μεταξύ των ομάδων υψηλής και χαμηλής απειλής.

Παρόλα αυτά, το εύρημα συμφωνεί εν μέρει με την πειραματική υπόθεση 4, η οποία αναφέρει ότι «*τα υποκείμενα τα οποία θα δουν το μήνυμα υψηλής απειλής, υψηλής ευαλωτότητας και χαμηλής αποτελεσματικότητας αναμένεται να απορρίψουν το μήνυμα και να μην επέλθει κάποια αλλαγή στην πρόθεση της συμπεριφοράς τους*». Φαίνεται, ότι τα υποκείμενα δεν αισθάνθηκαν έντονο φόβο, βλέποντας την αφίσα. Αντίθετα, αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων στις συνθήκες χαμηλής απειλής, ότι το περιεχόμενο της αφίσας δεν τους ενδιέφερε. Όταν η απειλή θεωρείται ασήμαντη ή άσχετη (αντιλαμβάνεται ως χαμηλή), δεν υπάρχει κίνητρο να επεξεργαστούμε περαιτέρω την απειλή.

Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες στη συνθήκη 5 (χαμηλής απειλής-υψηλής ευαλωτότητας-υψηλής αποτελεσματικότητας) συμφωνούσαν σημαντικά περισσότερο με τη φράση «*Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική συμπεριφορά*» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στις υπόλοιπες συνθήκες χαμηλής απειλής. Εδώ βλέπουμε την λειτουργία των μεταβλητών ευαλωτότητα και αποτελεσματικότητα. Η απειλή δεν είναι η μόνη μεταβλητή που μπορεί να πείσει. Όταν η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα είναι υψηλή, υπάρχει μια αμοιβαία σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενης απειλής και φόβου (Witte, 1994).

Γενικότερα ο φόβος δεν σχετίζεται με την αποδοχή ενός μηνύματος. Σε έρευνες της Witte (1994), για τον έλεγχο του Μοντέλου Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, ο φόβος δεν επηρέασε κάποιο από τα αποτελέσματα αποδοχής μηνύματος. Εντούτοις, όταν τα άτομα της έρευνας χωρίστηκαν στην ομάδα με υψηλής αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας και στην ομάδα χαμηλής αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας, φάνηκε η έμμεση επίδραση του φόβου στην αποδοχή του μηνύματος. Όπως προβλέπεται από το Μοντέλο Εκτεταμένης Παράλληλης Διαδικασίας, όταν τα άτομα θεωρούν ότι είναι ικανά να αποτρέψουν με επιτυχία μια απειλή, ο φόβος αξιολογείται γνωστικά και δημιουργεί υπολογισμούς για την απειλή, αυτές στην συνέχεια επηρεάζουν την συμπεριφορά. Επιπλέον, η έμμεση σχέση μεταξύ φόβου και προθέσεων, προέκυψαν για τα άτομα με υψηλή αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα.

Με άλλα λόγια, όταν προκαλείται ο φόβος, το επίπεδο της αποτελεσματικότητας καθορίζει αν θα λάβουν χώρα οι γνωστικές διαδικασίες ή αν θα παρακαμφθούν καθώς τα άτομα αντιμετωπίζουν το φόβο τους. Έτσι, η αντιλαμβανόμενη απειλή και ο φόβος θα πρέπει να διεγερθούν για να αυξηθεί η ένταση των αντιδράσεων στην επίκληση φόβου, αλλά η αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα θα πρέπει να ενισχυθεί για να διαβεβαιώσουμε ότι οι άνθρωποι θα δεχτούν τις προτάσεις της επίκλησης φόβου και θα ελεγχθεί ο κίνδυνος ή η απειλή. Με άλλα λόγια, όταν κυριαρχούν οι διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου, τα άτομα κινητοποιούνται ώστε να ελέγξουν τον κίνδυνο σκεπτόμενοι τρόπους για να προστατέψουν τον εαυτό τους. Οι γνωσίες ή οι σκέψεις που λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια διαδικασιών ελέγχου του κινδύνου προκαλούν το κίνητρο της προστασίας, το οποίο διεγείρει προσαρμοστικές ενέργειες, όπως η στάση, η πρόθεση ή οι αλλαγές της συμπεριφοράς που ελέγχουν τον κίνδυνο.

Εντούτοις, σε κάποιο κρίσιμο σημείο όταν τα άτομα συνειδητοποιούν ότι δεν μπορούν να αποτρέψουν μια σοβαρή απειλή από το να συμβεί, - είτε επειδή θεωρούν ότι η αντίδραση είναι αναποτελεσματική είτε επειδή θεωρούν ότι είναι ανίκανα να την εκτελέσουν - , οι διαδικασίες ελέγχου του φόβου θα ξεκινήσουν να κυριαρχούν πάνω στις διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου.

**Έβδομον,** εξετάζοντας την σχέση μεταξύ της αυτό-αποτελεσματικότητας των εφήβων και της αίσθησης της ευαλωτότητας τους στο AIDS, είδαμε ότι αυτοί που χρησιμοποιούσαν γενικά την αποφυγή της σεξουαλικής επαφής σαν προληπτικό μέτρο προφύλαξης, είχαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση σε σύγκριση με αυτούς που δεν χρησιμοποιούσαν αυτόν τον τρόπο ως μέτρο προφύλαξης. Βλέπουμε εδώ, μια μικρή ένδειξη που συμφωνεί με προηγούμενα ερευνητικά ευρήματα που αναφέρουν ότι *«εκείνοι με υψηλή αυτοεκτίμηση, ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά»* (Walsch, 1991; Cole & Slocumb, 1995; Salazar et. al., 2005). Κι αυτό γιατί, περαιτέρω διερεύνηση, μας έδειξε ότι οι συμμετέχοντες που είχαν σεξουαλική επαφή, πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι μόνο οι ομοφυλόφιλοι μπορούν να μολυνθούν από AIDS, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν σεξουαλική επαφή. Η επικινδυνότητα της συμπεριφοράς τους έγκειται στην αίσθηση άγνοιας του προσωπικού τους κινδύνου.

Εδώ φαίνεται μια χαμηλή αίσθηση ευαλωτότητας των μαθητών, καθώς δεν αισθάνονται προσωπικά ότι κινδυνεύουν από το AIDS. Έρευνα αναφέρει ότι οι νέοι υποτιμούν το γεγονός ότι και οι ίδιοι κινδυνεύουν να μολυνθούν και αποδίδουν τη βασική αιτία της μόλυνσης στην μετάγγιση αίματος (Dias et. al., 2005).

Παρόλο που η αίσθηση κινδύνου των μαθητών με σεξουαλική εμπειρία, ήταν χαμηλή, η ενημέρωσή τους σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV, ήταν καλύτερη σε σχέση με τους μαθητές που απέφευγαν την σεξουαλική επαφή για να προστατευθούν από το AIDS. Επίσης, μεταξύ των ατόμων που έχουν σεξουαλική επαφή, τα άτομα που χρησιμοποιούν προφυλακτικό ως μέτρο προφύλαξης, έχουν καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού.

Συνοψίζοντας, οι μαθητές που δεν έχουν κάποια σεξουαλική εμπειρία, δεν έχουν αρκετή ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV. Επίσης, ενώ οι μαθητές που έχουν αγοράσει προφυλακτικά έχουν καλύτερη ενημέρωση σχετικά με

τους τρόπους μετάδοσης του AIDS, αυτό δεν σημαίνει ότι αισθάνονται ευάλωτοι σε αυτό. Ίσως το προφυλακτικό παρέχει την αίσθηση ασφάλειας που πρέπει να παρέχει, ίσως όμως απλά να ισχύει εδώ η μεταβλητή της αίσθησης Θετικότητας του Εαυτού.

**Όγδοο,** παρά τις διαφορές μεταξύ των θεωριών αλλαγής της συμπεριφοράς (Θεωρία της Αιτιολογημένης Δράσης, Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, Μοντέλο Πίστης για την Υγεία) υπάρχει ένα σημαντικό κοινό συμπέρασμα, δηλαδή ότι η πρόβλεψη της συμπεριφοράς και η αλλαγή της εξαρτάται από τον προσδιορισμό και την επιρροή των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με μια ορισμένη συμπεριφορά μεταξύ ενός συγκεκριμένου πληθυσμού.

Κάθε δεδομένη συμπεριφορά, όπως η χρήση προφυλακτικού, είναι πιο πιθανό να συμβεί εάν κάποιος έχει μια ισχυρή πρόθεση να εκτελέσει αυτή τη συμπεριφορά, αν κάποιος έχει τις απαραίτητες δεξιότητες και ικανότητες (δηλαδή, να γνωρίζει πώς να αποκτήσει και να χρησιμοποιήσει ένα προφυλακτικό) και αν δεν υπάρχουν περιβαλλοντικοί περιορισμοί που να εμποδίζουν την συμπεριφορά (Fishbein & Yzer, 2003; Fishbein, von Haefen, & Appleyard, 2001).

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δεν αποτελούν καλό παράγοντα πρόβλεψης της επικίνδυνης συμπεριφοράς (Bentlin et. al., 1993). Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει σταθερά ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτελεί ένα σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της χρήσης προφυλακτικού (Wulfert & Wan, 1993; Joffe & Radius, 1993). Σύμφωνα με ευρήματα, (Wulfert & Wan, 1993; 1995; American College Health Association, 2002) η αυτο-αποτελεσματικότητα ήταν ο μόνος σημαντικός προβλεπτικός δείκτης της χρήσης προφυλακτικού.

Στην παρούσα έρευνα, αποδείχτηκε ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα της ασφαλούς συμπεριφοράς των μαθητών, καθώς συσχετίστηκε με την αποδοχή του μηνύματος και την υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς. Επίσης, η αυτό-αποτελεσματικότητα συσχετίστηκε με την εσωτερική εστίαση ελέγχου, κάτι που δηλώνει ότι οι μαθητές αισθάνονται υπεύθυνοι για την προστασία της υγείας τους. Ακόμα, η έκκληση φόβου οδήγησε στην αποδοχή του μηνύματος και άρα σε γνωστική επεξεργασία του κινδύνου. Τέλος, η προηγούμενη σεξουαλική εμπειρία και η χρήση προφυλακτικού, συσχετίστηκε με την αίσθηση ευαλωτότητας και οδήγησε σε αποδοχή του μηνύματος.

Οι παράγοντες που αποδείχθηκαν προβλεπτικοί για την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς των μαθητών, ήταν η υψηλή αυτοεκτίμηση τους και η έλλειψη αίσθησης κινδύνου. Η προσωποποίηση του κινδύνου είναι σημαντική για την αλλαγή της συμπεριφοράς για την υγεία. Οι νέοι συχνά πιστεύουν ότι έχουν μικρό κίνδυνο να προσβληθούν από τον ιό HIV/AIDS, αν και δεν χρησιμοποιούν προφυλάξεις. Αυτό το φαινόμενο του «όχι εγώ» έχει παρατηρηθεί μεταξύ των αμερικανικών εφήβων και φοιτητών (DiClemente, Forrest, & Mickler, 1990), καθώς και των Κινέζων φοιτητών (Wong & Tang, 2001).

Δυστυχώς, η ενημέρωση και οι δεξιότητες, δεν είναι αρκετές για να καθιστούν τα άτομα ικανά να κάνουν σωστές επιλογές για την υγεία, απέναντι σε συστηματικές και δομικές ανισότητες. Κοινωνικές μεταβλητές όπως, το φύλο, η σεξουαλικότητα, η κοινωνικο-οικονομική θέση και η φυλή έχουν αντίκτυπο στην υγεία των ατόμων και ομάδων. Η απόκτηση γνώσεων έχει αποδειχθεί ότι είναι μια αναγκαία, αλλά όχι επαρκής, προϋπόθεση για την αλλαγή συμπεριφοράς σχετικά με την χρήση προφυλακτικού (Ananth & Koopman, 2003; Merakou & Kourea-Kremastinou, 2006).

Στην πραγματικότητα, το θέμα του HIV ως πολιτιστικό και πολιτικό ταμπού στιγματίζει τόσο, που οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι άνθρωποι έχουν συχνά αρνητική στάση για οτιδήποτε σχετίζεται με τον ιό HIV, συμπεριλαμβανομένου και του να είναι γνώστες για την πρόληψη του HIV (Jones, 1999). Στην ετήσια αναθεώρηση το 2005, η UNAIDS ανέφερε ότι *«το στίγμα του AIDS και η επακόλουθη διάκριση έχουν αποδειχθεί ως τα πιο δύσκολα εμπόδια στην αποτελεσματική πρόληψη του ιού HIV»*.

Θα πρέπει να αναφερθεί εδώ και ένας παράγοντας επικινδυνότητας της συμπεριφοράς των νέων, ο οποίος αναφέρθηκε από πολλούς μαθητές. Χαρακτηριστικά, κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, πολλοί μαθητές ανέφεραν το θέμα της οικονομικής κρίσης και πώς αυτό επηρεάζει την συμπεριφορά τους. Ανέφεραν λοιπόν, *«Δεν έχουμε χρήματα για προφυλακτικά!»*. Σίγουρα, σε μια διεξαγωγή έρευνας ο ερευνητής δεν αναμένει μια τέτοια απάντηση. Βλέπουμε, ότι η οικονομική κρίση, μπορεί να επηρεάσει την συμπεριφορά μας και κατά συνέπεια την υγεία μας.

Αποτελέσματα ερευνών, δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται. Οι επιδράσεις αυτές διαφοροποιούνται κατά φύλο, ηλικία και αιτία και έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες (ΑΕΠ, επίπεδο

απασχόλησης) (Gerdtham, & Ruhm, 2006). Η βιβλιογραφία περιλαμβάνει επίσης μελέτες, οι οποίες δείχνουν ότι παρόλο που η θνησιμότητα μειώνεται, μια φθίνουσα οικονομία επηρεάζει την υγεία αποτρέποντάς μας από το να συμμετέχουμε στα προγράμματα πρόληψης (Catalano, 2009).

Στο τέλος του 2010 είχαμε σημαντική αύξηση των κρουσμάτων του HIV στην Ελλάδα (Kentikelenis, Karanikolos, Papanicolas, Basu, McKee και Stuckler, (2011). Τα στοιχεία για τους πρώτους επτά μήνες του 2011, δείχνουν δεκαπλασιασμό των νέων κρουσμάτων σε χρήστες ναρκωτικών σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2010 (Paraskevis et. al., 2011). Πολλά νέα κρούσματα του HIV σχετίζονται επίσης με την αύξηση της πορνείας (Ε.Κ.Τ.Ε.Ρ.Ν., 2011).

**Ένατον,** για να δημιουργηθούν αποτελεσματικά μηνύματα αγωγής υγείας, η σεξουαλική αγωγή που στοχεύει σε νέους ανθρώπους στα σχολεία και εκτός, θα πρέπει να είναι σαφής και πληροφοριακή και να μην χρησιμοποιείται ως τρόπος αναπαραγωγής ενός ηθικολογικού δόγματος (Aggleton et. al., 1990). Ένα αναλυτικό πρόγραμμα με βάση το φύλο και την εκπαίδευση για τον ιό HIV στα σχολεία, βελτιώνει επίσης την προληπτική σεξουαλική συμπεριφορά (Kirby, Laris, Roller, 2007). Η ειλικρινής, ολοκληρωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μπορεί στην πραγματικότητα να καθυστερήσει την έναρξη της σεξουαλικής εμπειρίας και να μειώσει τη σεξουαλική συμπεριφορά (Smoak, Scott-Sheldon, Johnson, et. al., 2006).

Μια πρόσφατη ανασκόπηση ερευνών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν πλέον επαρκή αποδεικτικά στοιχεία για να συμπεράνουμε ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο σχολείο μπορεί να είναι αποτελεσματική για την μείωση των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών και δεν συνδέεται με την αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα (Ellis & Grey, 2004). Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η σεξουαλική αγωγή, είναι πιο πιθανό να είναι αποτελεσματική αν στοχεύει, προσαρμόζεται και ανταποκρίνεται σε ό, τι σκέφτονται οι νέοι, πιστεύουν και χρειάζονται (Ellis & Grey, 2004).

Σύμφωνα με πολλές έρευνες, είναι σημαντικό οι προσπάθειες πρόληψης να γνωρίζουν το κοινό που αποτελεί το «στόχο» τους. Έτσι δεν δημιουργείται χάσμα ανάμεσα στα μηνύματα και τους πολίτες που πρέπει να προσεγγίσουν. Επίσης, οι επιτυχείς προσπάθειες της αγωγής υγείας πρέπει να βασίζονται σε πολυδιάστατη

παρέμβαση (ΜΜΕ, σχολικά και κοινοτικά προγράμματα, νομοθετικές προσπάθειες). Είναι πολύ σημαντικό τα προγράμματα πρόληψης να είναι τόσο παρόμοια με το κοινό όσο το δυνατό.

Για να πετύχει ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας θα πρέπει να επιδρά στην προσωπική εκτίμηση του κάθε ατόμου για τον κίνδυνο μόλυνσης από AIDS.

Τουλάχιστον θα πρέπει να καλυφθούν οι ακόλουθες συνθήκες<sup>33</sup>:

- Οι άνδρες και οι γυναίκες, ανεξαρτήτως της σεξουαλικής τους προτίμησης θα πρέπει να έχουν επαρκή ενημέρωση για τις τεχνικές της ασφαλούς σεξουαλικής επαφής.
- Οι άνδρες και οι γυναίκες, θα πρέπει να είναι ικανοί να υποθέτουν ότι η ασφαλής σεξουαλική πρακτική θα αποτελεί την νόρμα σε όλες τις σεξουαλικές τους επαφές.
- Τα προφυλακτικά θα πρέπει να είναι ελεύθερα και εύκολα διαθέσιμα σε όποιον τα χρειαστεί.
- Οι άνδρες και οι γυναίκες θα πρέπει να λάβουν την υπευθυνότητα για αποφάσεις σχετικά με την σεξουαλική ασφάλεια, την προφύλαξη και τον έλεγχο γεννήσεων.

Όσον αφορά τα μηνύματα που χρησιμοποιούν οι διάφορες καμπάνιες κατά του AIDS θα πρέπει :

- Να παρέχουν ενημέρωση
- Το μήνυμα πρέπει να συσχετίζεται με το κοινό
- Να είναι προσβάσιμο
- Να περιλαμβάνει επικλήσεις φόβου (να προκαλεί ένα επίπεδο ανησυχίας)

Η έρευνα του Curtis, (2006), επικεντρώθηκε στην στοχαστική σκέψη, μια κριτική άποψη στα προγράμματα αγωγής για το AIDS και εξέτασε τρόπους αλλά και τα χαρακτηριστικά μιας συζήτησης στο διαδίκτυο (on line). Επίσης σύμφωνα με την έρευνα των Petri et. al., (2000), τα πλεονεκτήματα της Αγωγής Υγείας για το AIDS μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή μπορεί να είναι πολλά, όπως η ανωνυμία και η διακριτικότητα, αλλά και η πληθώρα πληροφοριών για τα θέματα υγείας.

---

<sup>33</sup> Wilton T. (1997). *Engendering AIDS: deconstructing sex, text and epidemic*. London : Sage Publications. (Φύλο και αγωγή υγείας) 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο σελ, 41-52.

Θα πρέπει η προσοχή να επικεντρωθεί στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η ηλικία, οι οικονομικές και πολιτιστικές διαφορές επηρεάζουν την επικοινωνία και την αλληλεπίδραση στην διαπραγμάτευση για ασφαλή ερωτική πρακτική. Θα πρέπει να αντιστραφεί η λανθασμένη αντίληψη και να προωθηθεί η αντίληψη ότι το προφυλακτικό απελευθερώνει από ανεπιθύμητες συνέπειες της ερωτικής επαφής, διευκολύνοντας την απόλαυση.

Πρώτα από όλα η γνώση για την υγεία σημαίνει περισσότερα από την ικανότητα για ανάγνωση φυλλαδίων. Βελτιώνοντας την πρόσβαση των ατόμων στην πληροφορία και την ικανότητα τους να τη χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά, η γνώση θα οδηγήσει στην υγεία. Η αγωγή από μόνη της είναι γενικά ανεπαρκής να επιτύχει μεγάλους στόχους στη δημόσια υγεία. Το κοινωνικό marketing είναι το πλαίσιο μέσα στο οποίο χορηγείται η θεωρία αλλαγής της συμπεριφοράς, καταλήγοντας σε προγράμματα αγωγής υγείας που καθοδηγούνται από τη θεωρία, είναι επικεντρωμένα στον καταναλωτή και δυνητικά είναι πιο αποτελεσματικά.

Σαν συμπέρασμα, για να είναι αποτελεσματικές οι παρεμβάσεις για την αλλαγή της συμπεριφοράς πρέπει να δημιουργούν προσδοκίες θετικού αποτελέσματος, να αυξάνουν την αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας των ατόμων και να απομακρύνουν τα εμπόδια. Για να αλλάξει η συμπεριφορά των ατόμων πρέπει να επιτευχθεί αρχικά η αλλαγή των στάσεών τους. Οι αποτελεσματικές διαφημίσεις και ανακοινώσεις θα πρέπει να σχεδιάζονται, ώστε να κινητοποιούν αλλαγές στην ατομική συμπεριφορά για την μείωση της μετάδοσης του AIDS, θα πρέπει να κατανέμονται επιτυχώς στο κατάλληλο κοινό στόχο και θα πρέπει να υπάρχει μια παρατεταμένη προσπάθεια για επικοινωνία πληροφοριών της δημόσιας υγείας για το AIDS.

Εν συντομία, ένα πειστικό μήνυμα πρέπει να διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά: θα πρέπει να προσελκύει την προσοχή, θα πρέπει να είναι κατανοητό, θα πρέπει να αφορά ένα θέμα άξιο επεξεργασίας και αποδοχής και όχι απόρριψης και το περιεχόμενο του θα πρέπει να μπορεί να αποθηκευθεί και να ανακληθεί εύκολα από τη μνήμη. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν, ότι είναι καλύτερο να παρουσιάζονται τα επιχειρήματα και των δύο πλευρών. Τότε μόνο ο αποδέκτης είναι σε θέση να αποφασίσει αυτόνομα ποια από τις δύο θα πιστέψει.



### **Περιορισμοί της έρευνας**

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθούν και κάποια ζητήματα, που πιθανόν περιόρισαν την παρούσα ερευνητική προσπάθεια. Αρχικά, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το μέγεθος του δείγματος θα ήταν προτιμότερο να είναι μεγαλύτερο. Μια μεγάλης έκτασης έρευνα, έχει και πιο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα.

Ένα άλλο μεθοδολογικό ζήτημα, αφορά την πιθανή αντικατάσταση του ερωτηματολογίου CUSES: Condom Use Self Efficacy Scale, (Brafford & Beck, 1991), με το ερωτηματολόγιο της Hanna, Adult Condom Perception Scale (Hanna, 1999). Κι αυτό γιατί το ερωτηματολόγιο της Hanna, περιλαμβάνει 15 ερωτήματα, έναντι 28 ερωτημάτων του ερωτηματολογίου των Brafford και Beck (1991). Πολλοί μαθητές κατά τη διάρκεια της έρευνας, δήλωσαν ότι θα επιθυμούσαν ένα πιο σύντομο ερωτηματολόγιο.

Ένα ακόμα μεθοδολογικό πρόβλημα που προέκυψε κατά την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, ήταν η μεγάλη διακύμανση, λόγω της κατανομής του πληθυσμού σε εννέα συνθήκες. Κάτι που υποχρέωσε την υπογράφουσα να ομαδοποιήσει τον πληθυσμό σε τρεις μεγάλες ομάδες (ομάδα υψηλής απειλής, χαμηλής απειλής και ομάδα ελέγχου), με βάση την αίσθηση απειλής. Μελλοντική έρευνα, θα ήταν θετικό να αποφύγει μια τέτοια μεγάλη κατανομή του πληθυσμού.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν μπορούν να γενικευθούν, παρά μόνο με όμοιο πληθυσμό, καθώς, τα άτομα της έρευνας αποτελούν νέους μιας κυρίως μικροαστικής - αγροτικής περιοχής.

## Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθούν και κάποια ζητήματα, που πιθανόν θα διευκόλυναν μελλοντικούς ερευνητές, στην μελέτη της συμπεριφοράς των νέων σχετικά με την σεξουαλικότητα.

Μια πιθανή μελλοντική έρευνα, θα μπορούσε να μελετήσει την σύγκριση στοιχείων μεταξύ νέων αστικών και μη αστικών περιοχών. Όπως αναφέρθηκε, τα αποτελέσματα της έρευνας δεν θα μπορούσαν να γενικευθούν, καθώς αφορούν, τους νέους μιας πόλης. Ένα μεγαλύτερο αλλά και πολύμορφο δείγμα θα μπορούσε να αποδώσει πιο γενικεύσιμα αποτελέσματα.

Είδαμε ότι στην παρούσα έρευνα, οι αυτοεκτίμηση των μαθητών συσχετίστηκε θετικά με την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς. Ευρήματα ερευνών (Morris, Young, & Jones, 2000), δηλώνουν ότι η αφοσίωση σε μια συμπεριφορά (σεξουαλική αποχή), σχετίζεται με την υψηλή αυτοεκτίμηση στο σπίτι. Επομένως, μια μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει, αν η υψηλή αυτοεκτίμηση στο σπίτι, συσχετίζεται με την προληπτική συμπεριφορά.

Ακόμα, οι μελλοντικοί ερευνητές θα πρέπει να ερευνήσουν την πιθανή εξέταση θεμάτων σχετικά με την σεξουαλικότητα των νέων, μέσω της χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή. Έτσι, θα επιτευχθεί η ατομικότητα και εμπιστευτικότητα των αποτελεσμάτων. Με αυτό τον τρόπο, οι νέοι ίσως είναι πιο πρόθυμοι να συμμετέχουν σε μια τέτοιου είδους έρευνα.

Επιπλέον, μια μελλοντική έρευνα σχετικά με την αγωγή υγείας και το AIDS, θα μπορούσε να παρέχει μια ενημέρωση στους μαθητές σχετικά με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και τους τρόπους πρόληψης και έπειτα να ακολουθήσει η δεύτερη φάση της επαναληπτικής μέτρησης. Στην παρούσα έρευνα, ήταν εμφανής η κακή και ελλιπής ενημέρωση των νέων, αλλά και η αίσθηση μη επικινδυνότητας τους. Η ενημέρωση τόσο από το σχολείο, όσο και από το οικογενειακό περιβάλλον, κρίνεται αναγκαία. Οι μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν την επιθυμία τους για περισσότερη ενημέρωση από το σχολείο για το θέμα αυτό.

## Γενικά Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα, αρχικά, έδειξε ότι η υψηλή αυτοεκτίμηση συσχετίζεται θετικά με την σεξουαλική εμπειρία. Οι μαθητές με υψηλή αυτοεκτίμηση έχουν σεξουαλική εμπειρία. Είδαμε, ότι οι μαθητές που χρησιμοποιούσαν γενικά την αποφυγή της σεξουαλικής επαφής σαν προληπτικό μέτρο προφύλαξης, είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αυτοεκτίμησης σε σύγκριση με αυτούς που δεν χρησιμοποιούσαν αυτόν τον τρόπο ως μέτρο προφύλαξης.

Τα ευρήματα των Morris, Young και Jones, (2000), δηλώνουν ότι η αφοσίωση σε μια συμπεριφορά (σεξουαλική αποχή), σχετίζεται με την υψηλή αυτοεκτίμηση στο σπίτι. Στην παρούσα έρευνα, επαληθεύεται η ερευνητική υπόθεση 1, η οποία αναφέρει ότι *«εκείνοι με υψηλή αυτοεκτίμηση, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Rosenberg, ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά»*.

Επίσης, τα άτομα της έρευνας τα οποία είχαν σεξουαλική εμπειρία, δεν αισθάνονται ευάλωτα στον ιό HIV, κάτι που καθιστά την συμπεριφορά τους επικίνδυνη. Η επικινδυνότητα της συμπεριφοράς τους οφείλεται κυρίως στην μη αίσθηση κινδύνου.

Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν, ότι είχαν σεξουαλική εμπειρία και χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό για να προστατευτούν από το AIDS, πίστευαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι είναι ευάλωτοι σε πιθανή μόλυνση από το AIDS και ένιωθαν υψηλότερη αίσθηση φόβου σε σύγκριση με εκείνους που δεν χρησιμοποιούσαν πάντα προφυλακτικό. Σύμφωνα με τους Witte και Allen (2000), *«ο φόβος φαίνεται ότι αποτελεί ένα σημαντικό κίνητρο εφόσον τα άτομα πιστεύουν ότι είναι ικανά να προστατέψουν τον εαυτό τους»*. Το εύρημα συμφωνεί με την ερευνητική υπόθεση 8, η οποία αναφέρει ότι *«ότι οι μαθητές που είναι ενημερωμένοι και έχουν προληπτική συμπεριφορά, αναμένεται να έχουν μεγαλύτερη αίσθηση ευαλωτότητας αλλά και φόβου»*. Η μελέτη έδειξε το ρόλο της προηγούμενης συμπεριφοράς στην πρόβλεψη μελλοντικής συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τα ευρήματα, βλέπουμε ότι υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας. Τα άτομα με υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα τείνουν να ελέγχουν την ίδια την συμπεριφορά και κατά συνέπεια την υγεία τους. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με την ερευνητική υπόθεση 6,

η οποία αναφέρει ότι *«τα άτομα με υψηλή αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας είναι πιο πιθανό να υιοθετούν προληπτική συμπεριφορά»*.

Μετά την παρέμβαση, παρατηρούμε μια σημαντική μείωση στην κλίμακα αυτό-αποτελεσματικότητας της χρήσης του προφυλακτικού (CUSES), συνολικά στα άτομα που ανήκαν σε συνθήκη (χαμηλής ή υψηλής απειλής), ενώ στα άτομα της ομάδας ελέγχου δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή. Βλέπουμε δηλαδή, ότι τα άτομα τείνουν να οδηγούνται σε έλεγχο του φόβου που αντιμετωπίζουν, άρα οδηγούνται στην μείωση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας τους. Επομένως, όταν ήρθαν αντιμέτωποι με το φοβικό μήνυμα, οι συναισθηματικές διεργασίες κυριάρχησαν και σαν αποτέλεσμα οι μαθητές κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν το φόβο και όχι τον κίνδυνο, κάτι που θα οδηγούσε σε ενίσχυση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητας. Δεν είναι λοιπόν, απλά θέμα του πόσο ικανός είναι κάποιος αλλά πόσο ικανός θεωρεί ότι είναι. Εδώ, φαίνεται, ότι ο φόβος μείωσε την προσωπική αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας.

Αντίθετα, αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων στις συνθήκες χαμηλής απειλής, ότι το περιεχόμενο της αφίσας δεν τους ενδιέφερε. Επομένως, αντίστοιχα και η πρόθεσή τους για υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς ήταν μειωμένη.

Μελετώντας την συμπεριφορά σχετικά με τον έλεγχο της υγείας των μαθητών, παρατηρήθηκε η υπερίσχυση του παράγοντα εσωτερικής εστίασης ελέγχου σε σύγκριση με τον παράγοντα τύχη. Επίσης, παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση της αυτό-αποτελεσματικότητας χρήσης προφυλακτικού και της εσωτερικής εστίασης ελέγχου και αντίθετα, αρνητική συσχέτιση της ίδιας μεταβλητής με τον παράγοντα τύχη. Το σύνολο της έρευνας σχετικά με τον έλεγχο και την υγεία, έχει συσχετίσει τις απόψεις για τον έλεγχο παρά τον ίδιο τον έλεγχο.

Βλέπουμε, ότι η αίσθηση φόβου, υπερισχύει σε όλες τις ομάδες μαθητών ανεξάρτητα από ποιες μορφές πρόληψης λαμβάνουν. Αρχικά λοιπόν, ο φόβος για το AIDS, προϋπήρχε ως συναίσθημα. Μετά την ερευνητική παρέμβαση (επαναληπτική μέτρηση), το αίσθημα του φόβου εκδηλώθηκε ξεκάθαρα.

Είναι εμφανές ότι τα άτομα που ανήκαν σε συνθήκη χαμηλής απειλής αλλά και χαμηλής ευαλωτότητας έτειναν να αισθάνονται λιγότερο φόβο. Επομένως, επαληθεύεται η ερευνητική υπόθεση 2, η οποία αναφέρει ότι *«τα υποκείμενα που θα*

*δουν το μήνυμα υψηλής απειλής, αναμένεται να οδηγηθούν σε υψηλότερη αίσθηση φόβου».*

Επίσης, οι συμμετέχοντες που είδαν αφίσα υψηλής απειλής συμφωνούσαν περισσότερο, με το ότι η αφίσα περιείχε πληροφορίες που τους ενδιέφερε σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είδαν αφίσα χαμηλής απειλής.

Εδώ, βλέπουμε ότι οι μαθητές που δεν αισθάνθηκαν κάποια απειλή, βλέποντας το μήνυμα της αφίσας, οδηγήθηκαν σε αποφυγή του, υποστηρίζοντας ότι οι πληροφορίες δεν τους ενδιέφεραν.

Στην αρχική φάση της ερευνητικής διαδικασίας, όσο και στην επαναληπτική μέτρηση με την προσθήκη της παρέμβασης, φάνηκε ότι η αίσθηση φόβου των μαθητών σχετικά με το AIDS ήταν ξεκάθαρη και γενική. Όμως, αυτή η αίσθηση φόβου φαίνεται ότι δεν οδήγησε στην απόρριψη του μηνύματος, για καμία από τις ερευνητικές ομάδες. Αντίθετα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι, το μήνυμα αγωγής υγείας θα τους *«έπειθε να χρησιμοποιούν προφυλακτικό και να έχουν προληπτική συμπεριφορά»*. Φαίνεται ότι, το μήνυμα ήταν πειστικό.

Συνοψίζοντας, οι μαθητές που δεν έχουν κάποια σεξουαλική εμπειρία, δεν έχουν αρκετή ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού HIV. Επίσης, ενώ οι μαθητές που έχουν αγοράσει προφυλακτικά αλλά δεν τα χρησιμοποιούν πάντα, έχουν καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του AIDS, αυτό δεν σημαίνει ότι αισθάνονται ευάλωτοι σε αυτό.

Σαν συμπέρασμα, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η μεταβλητή αυτό-αποτελεσματικότητα αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα της ασφαλούς συμπεριφοράς των μαθητών, καθώς συσχετίστηκε με την αποδοχή του μηνύματος και την υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς. Επίσης, η αυτό-αποτελεσματικότητα συσχετίστηκε με την εσωτερική εστίαση ελέγχου, κάτι που δηλώνει ότι οι μαθητές αισθάνονται υπεύθυνοι για την προστασία της υγείας τους. Ακόμα, η έκκληση φόβου οδήγησε στην αποδοχή του μηνύματος και άρα σε γνωστική επεξεργασία του κινδύνου. Τέλος, η προηγούμενη σεξουαλική εμπειρία και η συστηματική χρήση προφυλακτικού, συσχετίστηκε με την αίσθηση ευαλωτότητας και οδήγησε σε αποδοχή του μηνύματος.

Οι παράγοντες που αποδείχθηκαν προβλεπτικοί για την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς των μαθητών, ήταν η υψηλή αυτοεκτίμηση τους και η έλλειψη αίσθησης κινδύνου.

Θα πρέπει να αναφερθεί εδώ και ένας παράγοντας επικινδυνότητας της συμπεριφοράς των νέων, ο οποίος αναφέρθηκε από πολλούς μαθητές. Χαρακτηριστικά, κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, πολλοί μαθητές ανέφεραν το θέμα της οικονομικής κρίσης και πώς αυτό επηρεάζει την συμπεριφορά τους. Ανέφεραν λοιπόν, «Δεν έχουμε χρήματα για προφυλακτικά!». Μια φθίνουσα οικονομία επηρεάζει την υγεία αποτρέποντάς μας από το να συμμετέχουμε στα προγράμματα πρόληψης (Catalano, 2009).

Τέλος, όσον αφορά την επικλήση φόβου, για να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει να προκαλεί ένα κατάλληλο επίπεδο ανησυχίας για να προωθηθεί η προσοχή στην προτεινόμενη λύση. Επίσης πρέπει να είναι πιστευτή και να προσλαμβάνεται ώστε να είναι εφαρμόσιμη στο κοινό στόχος, αλλά όχι τόσο απειλητική ώστε να προκαλεί μη επιθυμητές αμυντικές συμπεριφορές.

## Βιβλιογραφία

- Abel-Smith, B. (1994). *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*. London, Longman.
- Abernethy, M.A. (1998). Television station acceptance of AIDS prevention PSAs and condom advertisements. *Journal of Advertising Research*, 38.
- Adam, P.C., de Wit J.B., Toskin I., et al. (2009). Estimating levels of HIV testing, HIV prevention coverage, HIV knowledge, and condom use among men who have sex with men (MSM) in low-income and middle-income countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 52(2), 143–51.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., & Fifiield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
- Aggleton, P. (1995). Three phases in psychosocial research on HIV and AIDS. IV European Congress of Psychology, Athens.
- Aggleton, P., Horsley, C., Warwick, I., Wilton, T. (1990). *AIDS: Working with Young People*. Horsham, AVERT.
- Αγραφιώτης, Δ. (1997). *Εγκάρσια σκιά*. Αθήνα: Ύψιλον.
- Αγραφιώτης Δ. (2000). *Επιστήμη, Τεχνολογία, Κοινωνία*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Ahia, R. N. (1991). Compliance with safer-sex guidelines among adolescent males: Application of the health belief model and protection motivation theory. *Journal of Health Education*, 22, 49-52.
- Ahlemeyer, H.W. & Ludwig D. (1997). Norms of communication and communication as norm in the intimate social system. In L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi & D. Hausser, Sexual interactions and HIV risk, new conceptual perspectives in European research. London: Taylor& Francis.
- Ahluwalia, R. (2000). An Examination of Psychological Processes Underlying Resistance to Persuasion. *Journal of Consumer Research*, 27 (2), 217-232.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (p.11-39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Ajzen, I. (1988). (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.
- Ajzen, I. & Fishbein, M., (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior. An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (Eds.). (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Albarracin, D., Tannenbaum MB., Glasman LR., et al. (2010). Modeling structural, dyadic and individual factors: the inclusion and exclusion model of HIV related behavior. *AIDS Behav.*, 14(2), 239–49.
- Amaro, H. (1995). Love, sex, and power: Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, 50, 437-447.
- American College Health Association. *National College Health Assessment: Reference Group Executive Summary Spring 2002*. Baltimore: American College Health Association; 2002.
- Ananth, P., & Koopman, C. (2003). HIV/AIDS knowledge, beliefs, and behavior among women of childbearing age in India. *AIDS Education & Prevention*, 15, 529-546.
- Anderson, R. C. (1965). Can first graders learn an advanced problem-solving skill? *Journal of Educational Psychology*, 56, 283-294.
- Andersen, R. *A Behavioral Model of Families' Use of Health Services*. Chicago, III: University of Chicago, Center for Health Administration Studies, University of Chicago Press; 1968. Research Series No. 25.
- Apanovitch, A. M., McCarthy, D., & Salovey, P. (2003). Using message framing to motivate HIVtesting among low-income, ethnic minority women. *Health Psychology*, 22, 60-67.
- Apostolidis, T. (1993). Pratiques sexuelles versus pratiques amoureuses: Fragments sur la division socioculturelles du comportement sexuel. *Societes*, 39,39-43.
- Αργυροπούλου, Α., Μπεζεβέγκης, Η., Σιδηροπούλου-Δημακάκου, Δ. (2006). Ο ρόλος της αυτοαποτελεσματικότητας στη διαδικασία λήψης επαγγελματικών αποφάσεων: Ένα αναπτυξιακό προληπτικό μοντέλο συμβουλευτικής παρέμβασης. *Ψυχολογία*, 13 (4), 1-17.
- Argyropoulou, K. (2004). *The role of self-efficacy in the career decision-making process for 2nd and 3rd Grade High School students' professional choices*. Unpublished manuscript. National and Kapodistrian University of Athens, School of Philosophy, Faculty of Philosophy, Pedagogy and Psychology, Athens (In Greek).
- Argyropoulou, K., Sidiropoulou-Dimakakou, D., & Besevegis, E. (2007). Generalized Self-Efficacy, Coping, Career Indecision, and Vocational Choices of Senior High School Students in Greece: Implications for Career Guidance Practitioners. *Journal of Career Development*, 33 (4), 316-337. <http://dx.doi.org/10.1177/0894845307300412> .
- Arthur, D., Quester, P., (2004). Who's afraid of that ad? Applying segmentation to the Protection Motivation Model. *Psychology & Marketing*, 21 (9), 671-696.



- Αθανασίου, Αθ., Αγραφιώτης, Δ. (1999). Η ταυτότητα ως ετερότητα: AIDS, σεξουαλικότητα και επικινδυνότητα (risk). *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, 7(3), 201-209.
- Ausubel, D. P. (1968). *Educational psychology: A cognitive view*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bachman, J. G. (1970). Youth in Transition, Volume II: The Impact of Family, Background and Intelligence on Tenth Grade Boys. Ann Arbor Michigan: Survey Research Centre, Institute of Social Research.
- Baele, J., Dusseldorp E., Maes S., (2001). Condom Use Self-efficacy: Effect on Intended and Actual Condom Use in Adolescents. *Journal Of Adolescent Health*, 28, (5):421–431.
- Βαϊδάκης Δ., Πανοσκάλτσης Θ., Μπαρμπούνη Ν., Μεράκου Κ., Ζέρβας Ι., Κουρέα-Κρεμαστινού Τ., Παρασκευαΐδης Ε., Μουστάκη Ε., Κρεατσάς Γ. (2012). Εθνική επιδημιολογική μελέτη γνώσεων των Ελλήνων εφήβων σχετικά με την αντι-σύλληψη και προφύλαξη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. *12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Θεσσαλονίκη*, 17-20 Μαΐου 2012.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Pienctice-Hall.
- Bandura, A. (1986). Fearful expectations and avoidant actions as coeffects of perceived self-inefficacy. *American Psychologist*, 41(12), 1389-1391.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*. 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1989a). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In V. Mays, G. Albee, & S. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches* (pp. 128-141). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. USA: Freeman and Company Pbl.
- Bandura, A. (1998). Health Promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means *Health Educ Behav*. 31: 143.
- Bandura, A. & Adams N.E., (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 1, No. 4, pp. 287-310.

- Barkley, T. W., Burns J. L. (2000). Factor Analysis of the Condom Use Self-efficacy Scale among multicultural college students. *Health Education Research*, 15(4), 485-489.
- Baron, J., Beattie, J. & Hershey, J. C. (1998). Heuristics and biases in diagnostic reasoning: II. Congruence, information, and certainty. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 42, 88-110.
- Barron, R. (1969). The use of vocabulary as an advance organizer. In H. L. Herber & R. T. Vacca (Eds.), *Research in reading in the content areas: First year report*. Syracuse, NY: Syracuse University Reading and Language Arts Center.
- Baron, R., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bart, W. M. (1971). The factor structure of formal operations. *British Journal of Educational Psychology*, 41, 70-79.
- Baum, F. (2008). *The New Public Health*, 3rd edn. Melbourne, Australia: Oxford University Press.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F. & Tice, D. M. (1994). *Losing Control: How and Why People Fail at Self-Regulation*. San Diego, CA:Academic Press.
- Baumeister, R.F. & Vohs, K.D. (2007). Self-Regulation, Ego Depletion, and Motivation, *Social and Personality Psychology Compass*, 1, 10, 1-14.
- Beck, U., (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. Sage, London.
- Beck, K.H. (1984). The effects of risk probability, outcome severity, efficacy of protection and access to protection on decision making: A further test of Protection Motivation Theory. *Social Behavior and Personality*, 12,121-125.
- Beck, K.H., & Frankel, A. (1981). A conceptualization of threat communications and protective health behavior. *Social Psychology Quarterly*, 44, 204-217.
- Beck, K.H., & Lund, A.K. (1981). The effects of health threat seriousness and personal efficacy upon intentions and behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, 401-405.
- Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324-473.
- Bell, D.E. (1985). Disappointment in decision making under uncertainty. *Operations Research*, 33, 1-27.
- Bem, D.J. (1972) Self-perception theory. In L. Berkowitz (ed), *Advances in experimental social psychology*, (Vol. 6. pp. 1-62), New York: Academic Press.
- Benthin, A., Slovic, P. & Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. *Journal of Adolescence*, 16, 153-168.

- Bentley, W. (May, 1977). An exploration of structuring in the stage of formal operations. Paper presented at the Annual Meeting of the Jean Piaget Society, Philadelphia.
- Bernard, R. M. (1990). Effects of processing instructions on the usefulness of a graphic organizer and structural cueing in text. *Instructional Science*, 19, 207-217.
- Bernstein, P. (1996). *Against the Gods: The Remarkable Story of Risk*, John Wiley & Sons, New York.
- Bertrand, J.T., Brown L. F., Kinzonzi, M., Mansilu, M., & Djunghu, B. (1992). AIDS knowledge in three sites in Bas-Zaïre. *AIDS Education and Prevention*, 4 (3), 251-266.
- Best, A., et. al. (2003). An Integrative Framework for Community Partnering to Translate Theory into Effective Health Promotion Strategy. *American Journal of Health Promotion*, 18(2), 168-176.
- Bijstra, J. O., Bosma, H.A., & Jackson, S.(1994). The relationship between social skills and psycho-social functioning in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 16, 767-776.
- Black, (1965). Cardiac conditioning in curarized dogs: The relationship between heart rate and skeletal behavior. In W. E Prokasy (Ed.), *Classical conditioning: A symposium*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Black, M. (2000). Breaking the silence: Growing up alone: HIV/AIDS a global emergency. UNICEF.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J.P. Robinson, P.R. Shaver & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115-160). San Diego: Academic Press.
- Block, L. G., & Keller, P. A. (1995). When to accentuate the negative: The effects of perceived efficacy and message framing on intentions to perform a health-related behavior. *Journal of Marketing Research*, 32, 192–203.
- Block, L. G., & Keller, P. A. (1998). Beyond protection motivation: An integrative theory of health appeals. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1585–1609.
- Boersma, F. J., & Chapman, J. W. (1979). *The Student's Perception of Ability Scale*. Manual Edmonton, Alberta Canada: University of Alberta.
- Bolero, J., Moore, S. & Rosenthal, D.(1992). Intentions, context and safe sex: Australian adolescents' responses to AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1374-96.
- Bolles, R. C. (1975). *Learning theory*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bonell, C., Fletcher A., Sorhaindo A., Wells H., McKee M., (2011). How market-oriented education policies might influence young people's health: development of a logic model from qualitative case studies in English secondary schools. *Journal of Epidemiology and Community Health*.

- Boster, F.J., & Mongeau, P. (1984). Fear-arousing persuasive messages. In R.N. Bostrom & B.H. Westley (Eds.), *Communication yearbook 8* (pp. 330-375). Newbury Park, CA: Sage.
- Borland, R. & Lewis, V. (1989). Changing behavior to prevent the spread of the human immunodeficiency virus. *The Medical Journal of Australia*, 151, 305-6.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Boyer, B. Ch., Tschann M. J., Shafer M., (1999). Predictors of Risk for Sexually Transmitted Diseases in Ninth Grade Urban High School Students. *Journal of Adolescent Research*, 14 (4), 448-465.
- Bozon, M., Kontula, O. (1998). Sexual limitation and gender in Europe: A cross-cultural analysis of trends in the twentieth century, in: Hubert M., Bajos, N., Sandfort T., Sexual Behavior and HIV/AIDS in Europe, UCL Press, London.
- Bracken, B. A. (1996). Clinical applications of context- dependent, multidimensional model of self-concept. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept Development, social and clinical considerations* (pp. 463-503). New York: Wiley.
- Brafford, L.J.& Beck K. H. (1991). Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of American College Health*, 39, 219-225.
- Brainerd, C. J. (1971). The development of the proportionality scheme in children and adolescents. *Developmental Psychology*, 5, 469-476.
- Braithwaite, K., & Thomas, V. G. (2001). HIV/AIDS knowledge, attitudes, and risk-behaviors among African American and Caribbean college women. *International Journal of Advancement Counseling*, 23(2), 115-129.
- Brandstätter, E., Gigerenzer G., Hertwig R., (2006). The Priority Heuristic: Making Choices without Trade-Offs. *Psychological Review*, 113(2), 409-432.
- Breakwell, G. & Millward L. (1997). Sexual self-concept and sexual risk taking. *Journal of Adolescence*, 20, 29-41.
- Brien, T.M., Thombs, D.L., Mahoney, C.A. & Wallnau, L. (1994). Dimensions of self-efficacy among three distinct groups of condom users. *Journal of American College Health*, 42, 167-174.
- Brinthaup, T. M., & Erwin, L. J. (1992). Reporting about the self: Issues and implications. In T.M. Brinthaup & R.P. Lipka (Eds.), *The self: Definitional and methodological issues* (pp.137-171).
- Broemer, P. (2002). Relative effectiveness of differently framed health messages: the influence of ambivalence. *European Journal of Social Psychology*, 32, 685–703.
- Broemer, P. (2004). Ease of imagination moderates reactions to differently framed health messages. *European Journal of Social Psychology*, 34, 103–119.
- Brooks-Gunn, J. & Furstenberg, F. (1990). *Coming of age in the era of AIDS: puberty, sexuality and contraception*. The Millbank Quarterly, 68, 59-81.

- Brown, K. L., Fritz K. G. & Barone J. V. (1989). The impact of AIDS education on junior and senior high school students. *Journal of Adolescent Health Care*, 10, 386-392.
- Brown, K. L., DiClemente, R.I., Reynolds, L.A. (1991). HIV prevention for adolescents: utility of the health belief model. *AIDS Educ Prev.*, 3, 50-59.
- Bryan, A., Aiken L., West G. S., (2004). HIV/STD Risk Among Incarcerated Adolescents: Optimism About the Future and Self-Esteem as Predictors of Condom Use Self-Efficacy. *Journal of Applied Social Psychology*, 2004, 34, (5):912-936.
- Burns, R. B. (1982). *Self-concept: Development and Education*. London: Holt, Rinehart & Winston.
- Bush, J.A., Boller, W.G. (1991). Rethinking the role of television: advertising during health crises: a rhetorical analysis of the federal AIDS campaigns. *Journal of Advertising*, 20, 28-37.
- Butler R, Solomon S. (2002). *Review of Sexual Health Services for Young People in Scotland*. Edinburgh: Health Education Board for Scotland.
- Byrne, B. (1984). The general/ academic self-concept nomological network. A review of construct validation. *Review of Educational Research*, 54(3), 427-456.
- Byrne, B. (1996a). *Measuring self-concept across the life span*. Washington DC: American Psychological Association.
- Byrne, B. (1996b). Academic Self-concept: Its structure, measurement and relation to academic achievement. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept: Developmental, social and clinical considerations* (pp. 287-316). New York: Hiley.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem and coping strategies in adolescence. *Adolescence*, 35, 137-149.
- Byrne, B., & Shavelson, R. (1986). On the structure of adolescent self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 78, 474-481.
- Campbell, C.A. (1995). Male gender roles and sexuality: Implications for women's AIDS risk and prevention. *Social Science and Medicine*, 41, 197-210.
- Campbell, J. D., Chew, B., & Scratchley, L.S. (1991). Cognitive and emotional reaction to daily events: The effects of self-esteem and self-complexity. *Journal of Personality*, 59, 473-505.
- Campis, L.K., Prentice-Dunn, S., & Lyman, R.D. (1989). Coping appraisal and parents' intentions to inform their children about sexual abuse: A protection motivation theory analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 304-316.
- Capon, N., & Kuhn, D. (1979). Logical reasoning in the supermarket: Adult females' use of a proportional reasoning strategy in an everyday context. *Developmental Psychology*, 15, 450-452.

- Case, R. (1974). Structures and strictures, some functional limitations on the course of cognitive growth. *Cognitive Psychology*, 6, 554-573.
- Case, R., & Fry, C. (1973). Evaluation of an attempt to teach scientific inquiry and criticism in a working class high school. *Journal of Research in Science Teaching*, 10, 135-142.
- Catalano, R. (2009). Health, Medical Care, and Economic Crisis. *New England Journal of Medicine*, 360, 749-751.
- Catania, J.A., Kegeles, S. M., & Coates T.J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17(1), 53-72.
- Catania, J. A., Coates, T. J., & Kegeles, S. (1994). A test of the AIDS risk reduction model: Psychosocial correlates of condom use in the AMEN cohort study. *Health Psychology*, 13, 548-555.
- Catania J.A., Stone V., Binson D., & Dolcini M.M (1995). Changes in condom use among heterosexuals in wave 3 of the AMEN study. *Journal of Sex Research*, 32, 193-200.
- Catania, J. A., Binson, D., Dolcini, M. M., Moskowitz, J. T., & van der Straten, A. (2001). Frontiers in the behavioral epidemiology of HIV/STDs. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 777-799). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Caussidier C., El Hage F., Munoz F., Remki L., Larribi R., Khzami S., Berger D., de Carvalho G., Favrel D. (2011). In search of a health education model: teachers' conceptions in four Mediterranean countries. *Global Health Promotion*, 18, 5-15. (Ανάκτηση:1/3/2012), [www.ped.sagepub.com](http://www.ped.sagepub.com)
- Centers for Disease Control. *Tracking the Hidden Epidemics: Trends in STDs in the United States; 2000*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2007, Figure 5, Table 10. (Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.cdc.gov/std/stats07/main.htm>)
- Chaiken, S., Liberman, A. & Eagly, A.H. (1989). Heuristic and systematic information processing within and beyond the persuasion context. In Uleman, J. S. & Bargh, J. A. (Eds.), *Unintended thought*, 212-252. New York: Guilford Press.
- Chapman, S., Stoker, L., Ward, M., Porritt, D., & Fahey, P. (1990). Discriminant attitudes and beliefs about condoms in young, multi-partner heterosexuals. *International Journal of STDs and AIDS*, 1, 422-8.
- Chernoff, R. A., & Davison, G. C. (2005). An evaluation of a brief HIV/AIDS prevention intervention for college students using normative feedback and goal setting. *AIDS Education & Prevention*, 17, 91-104.
- Cheryl, S.A., Young J.K., Ensminger, M., Johnson K.E., Smith B.J. & Dolan J.L. (1990). Young Adolescents: Reliability and Validity Assessments. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 19, No. 6, 559-569.

- Chess, C., Hance, B. J., & Sandman, P. M. (1988). *Improving dialogue with communities: A short guide for government risk communication*. Trenton, NJ: Department of Environmental Protection.
- Christ, M. J., Raszka, W. V., Jr., & Dillon, C. A. (1998). Prioritizing education about condom use among sexually active adolescent females. *Adolescence*, 132, 735-744.
- Cismaru M., Nagpal A., & Krishnamurthy P. (2009). The Role of Cost and Response-efficacy in Persuasiveness of Health Recommendations. *Journal of Health Psychology*, 14, 135-141.
- Coates, T.J., Richter L., Caceres C. (2008). Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*, 372, 669–84.
- Cole, F.L., & Slocumb, E.M. (1995). Factors influencing safer sexual behaviours in heterosexual late adolescents and young adult collegiate males. *Image, Journal of Nursing Scholarship*, 27, 217-222.
- Combs, A. W., & Snygg, D. (1959). *Individual Behavior: A Perceptual Approach to Behavior*. New York: Harper & Row.
- Combs, D. R., Livingston R. B. (2001). Psychological sub-types among persons with HIV infection: an empirical study. *AIDS CARE (2001)*, VOL. 13,(2), 157-162.
- Commander, N. E., & Stanwyck, D. J. (1997). Illusion of knowing in adult readers: Effects of reading skill and passage length. *Contemporary Educational Psychology*, 22, 39-52.
- Connell, R., Crawford, J., Dowsett, G., Kippax, S., Sinnott, V., Rodden, P., Berg, R., Baxter, D. & Watson, L. (1990). Danger and context: unsafe anal sexual practice among homosexual and bisexual men in AIDS crisis. *Australian and New Zealand Journal of Sociology*, 26, 187-208.
- Conner, M., & Norman, P. (Eds) (1996). *Predicting health behavior*. Research and Practice with social cognition models, Buckingham, Open University Press.
- Cook, T., & Flay, B. (1978). The temporal persistence of experimentally induced attitude change: An evaluative review. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 11). New York: Academic Press.
- Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. N.K. Shribner's.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-Esteem*. San Francisco: Freeman.
- Coopersmith, S. (1984). *Coopersmith Self- Esteem Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Coyle, K., Basen-Engquist, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., Harrist, R., et al. (1999). Short-term impact of Safer Choices: A multicomponent, school-based HIV, other STD, and pregnancy prevention program. *Journal of School Health*, 69, 181-188.
- Crandall, R., (1973). The measurement of self-esteem and related constructs. In J. Robinson, & P. Shaver (Eds). *Measures of psychological attitudes*. Ann Arbor MI: Institute for Social Research.

- Crosby, R., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Sionean, C., Cobb, B.K., Harrington, K., et al. (2001). Correct condom application among African-American adolescent females: The relationship to perceived self-efficacy and the association to confirmed STDs. *Journal of Adolescent Health*, 29, 194-199.
- Crosby, R., Noar S.M. (2010). Theory development in health promotion: are we there yet? *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 259–63.
- Curtis, J.N. (2006). Using online discussion forums to promote critical reflection among pre and in-service HIV/AIDS Educators and Service providers. *The International Electronic Journal of Health Education*, 9, 166-179.
- Dabbs, J.M., & Leventhal, H. (1966). Effects of varying the recommendations in a fear-arousing communication. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 525-531.
- Danner, F.W., & Day, M.C. (1977). Eliciting formal operations. *Child Development*, 48, 1600-1606.
- Davies, P., Hickson, F., Weatherburn, P. & Hunt, A. (1993). *Sex, Gay Men and AIDS*. London: Falmer Press.
- De Beauvoir, S. (1953). *The Second Sex*. Harmondsworth: Penguin.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- De Lissar, E. (1997). New AIDS Cases in U.S. Fall in Number for First Time in History of Epidemic. *Wall Street Journal*, September 19.
- Detweiler, J.B., Bedell, B.T., Salovey, P., Pronin, E., & Rothman, A.J. (1999). Message framing and sunscreen use: Gain-framed messages motivate beach-goers. *Health Psychology*, 18, 189–196.
- De Wit, J.B.F., Aggleton P., Myers T., Crewe M. (2011). The rapidly changing paradigm of HIV prevention: time to strengthen social and behavioural approaches. *Health Education Research*, 26 (3), 381–392.
- De Wit, J.B.F., Stroebe, W., De Vroome, E.M.M., Sandfort, T.G.M., & Van Griensven, G.J.P. (2000). Understanding AIDS preventive behavior with casual and primary partners in homosexual men: The theory of planned behavior and the information-motivation-behavioral-skills model. *Psychology & Health*, 15, 325- 340.
- De Wit, J.B.F., Ellard, J. (2010). Qualitative Analysis of 2010 UNGASS Country Progress Reports. Sydney, Australia: National Centre in HIV Social Research, The University of New South Wales.
- Dias, F.S. (2005). Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 15, 300-304.



- DiClemente, R.J. (1991). Predictors of HIV-preventive sexual behavior in a high-risk adolescent population: The influence of perceived peer norms and sexual communication on incarcerated adolescents' consistent use of condoms. *Journal of Adolescent Health*, 12, 385-390.
- DiClemente, R.J., Forrest, K.A., & Mickler, S. (1990). College students' knowledge and attitudes about AIDS. *AIDS Education and Prevention*, 2, 201-212.
- DiClemente, R.J., Durbin M., Siegel D., Krasnovsky F., Lazarus N., Comacho T., (1992). Determinants of Condom Use Among Junior High School Students in a Minority, Inner-City School District. *Pediatrics*, 89(2), 197 -202.
- DiClemente, R.J., & Wingood, G.M. (1995). A randomized controlled trial of an HIV sexual risk reduction intervention for young African American women. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1271-1276.
- Dijksterhuis, A. (2004). Think different: The merits of unconscious thought in preference development and decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 586-598.
- Dijksterhuis, A. & van Olden, Z. (2006). On the benefits of thinking unconsciously: Unconscious thought increases post-choice satisfaction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 627-631.
- Dilorio, C., Dudley, W.N., Kelly, M., Soet, J.E., Mbware, J., & Sharpe Potter, J. (2001). Social cognitive correlates of sexual experience and condom use among 13- through 15-year-old adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29, 208-216.
- DiMatteo, M.R., & DiNicola, D.D. (1982). *Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- DiMatteo, R.M., Leslie, M.R. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Επιστημονική Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος Φ. και Ποταμιάνος Γρ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Donaldson, M. (1978). *Children's minds*. New York: Fontana.
- Douglas, J.D. & Wong, A.C. (1977). Formal operations: Age and sex difference in Chinese and American children. *Child Development*, 48, 689-692.
- Douglas, M. & Calvez, M. (1990). The self as risk taker: A cultural theory of contagion in relation to AIDS. *The Sociological Review*, 38:445-464.
- Dowsett, G. (1991). Social research on AIDS: examples from Macquarie University, Sydney. *Venereology*, 4, 38-42.
- Dubois-Arber, F. & Spencer, Br. (1998). Condom use in M. Hubert, N. Bajos & Th. Sandfort. *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe*. London: UCL Press.
- Dumas, G. Les chocs émotionnels. Les émotions. Nouv. Tr. De psycho. Τόμος II σελ. 217-443.
- Dunn, L., Ross, B., Caines, T., & Howorth, P. (1998). A school-based HIV/AIDS prevention education program: Outcomes of peer-led versus community health nurse-led interventions. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 7, 339-345.

- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Easterling, D.V., & Leventhal, H. (1989). Contribution of concrete cognition to emotion: Neutral symptoms as elicitors of worry about cancer. *Journal of Applied Psychology*, 74, 787-796.
- Edgar, T. Freimuth V.S. & Hammond, S.L. (1988). Communicating the AIDS risk to college students. The problem of motivating change. *Health Education Research*, 3, 59-65.
- Edwards, W. (1954). The theory of decision making. *Psychological Bulletin*, 51, 380-417.
- Ehrlinger, J., Johnson, K., Banner, M., Dunning, D., Kruger, J. (2008). Why the unskilled are unaware: Further explorations of (absent) self-insight among the incompetent. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 105 (105), 98-121.
- Eiser, J.R., & Gentle, P. (1988). Health behavior as goal directed action. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 523-536.
- E.K.T.E.P.N., «Report of the ad hoc expert group of the Greek focal point on the outbreak of HIV/AIDS in 2011».
- Ellis, S. & Grey, A. (2004). *Prevention of sexually transmitted infections (STIs): A review of reviews into the effectiveness of non-clinical interventions*. London: Health Development Agency. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=502657> (Ανάκτηση: 5/3/2011)
- Ellsberg, D. (1961). Risk, ambiguity, and the Savage axioms. *Quarterly Journal of Economics*, 75, 643-699.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited, or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 404-416.
- Epstein, S. (1976). Anxiety, arousal, and the self-concept. In I. G. Sarason and C. D. Spielberger (eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 3). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation, pp. 183-224.
- Epstein, S. (1979a). Natural healing processes of the mind: I. Acute schizophrenic disorganization. *Schizophrenic Bulletin, National Institute of Mental Health*, 5, 313-321.
- Epstein, S. (1980a). The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality. In E. Staub (ed.), *Personality: Basic issues and current research*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Epstein, S. (1981a). The unity principle versus the reality and pleasure principles, or the tale of the scorpion and the frog. In M. D. Lynch, A. A. Norem-Hebeisen, and K. J. Gergen (eds.), *Self-concept: Advances in theory and research*. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Co.

- Epstein, S. (1983a). The unconscious, the preconscious and the self-concept. In J. Suls and A. Greenwald (eds.), *Psychological perspectives on the self. Vol. 2. The role of the unconscious in an individual's self system*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Epstein, S. (1985). The Implications of Cognitive-experiential Self-theory for Research in Social Psychology and Personality. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 15(3), 283-310.
- Epstein, S. (1993). Implications of cognitive-experiential self-theory for personality and developmental psychology. *Studying lives through time: Personality and development*. APA science volumes. (pp.399-438) Washington, DC, US: American Psychological Association Funder, David C. (Ed); Parke, Ross D. (Ed); Tomlinson-Keasey, Carol (Ed); Widaman, Keith (Ed), (1993). xv, 452 pp.
- Epstein, S. (2003). *Cognitive-experiential self-theory of personality*. In Millon, T., & Lerner, M. J. (Eds), *Comprehensive Handbook of Psychology, Volume 5: Personality and Social Psychology* ( pp. 159-184). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Epstein, S. & Erskine, N. (1983). The development of personal theories of reality. In D. Magnusson and V. Allen (eds.), *Human development: An interactional perspective*. New York: Academic Press.
- Ευκλείδη, Α., & Κάντας, Α. (2000). *Γλωσσάρι. Ψυχολογία*, 7 (1, Παράρτημα), 105-121.
- Feldman, M.S. & March, J.G. (1981). Information in organizations as signal and symbol. *Administrative Science Quarterly*, 26, 171-86.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, CA: Stanford University Press.
- Festinger, L. & Carlsmith, J.M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 203-211.
- Fiegenbaum, A., Thomas, H. (1988). Attitudes toward Risk and the Risk-Return Paradox: Prospect Theory Explanations. *The Academy of Management Journal*, 31, (1), 85-106. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.jstor.org/stable/256499> (Ανάκτηση: 4/3/2012)
- Finnigan, F. (1995). The cognitive structure underlying heroin-injecting behavior. *Journal of Drug Education*, 25(3), 281-287.
- Fink, B. & Wimmer-Puchinger, (1998). Beate: Aids-Jugendstudie 1997: Ludwig Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung (Hrsg.) im Auftrag des BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien.
- Fishbein, M., (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12 (3), 77-278.
- Fishbein, M., & Azjen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Fishbein, M., Middlestadt, S.E., & Hitchcock, P.J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors. In R.J. DiClemente and J.L. Peterson (Eds.) *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 61-78). New York: Plenum Press.
- Fishbein, M., von Haefen, I., & Appleyard, J. (2001). The role of theory in developing effective interventions: Implications from Project SAFER. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 223-238.
- Fishbein, M., Hennessey, M., Kamb, M., Bolan, G.A., Hoxworth, T., Iatesta, M., et al. (2001). Using intervention theory to model factors influencing behavior change: Project RESPECT. *Evaluation and the Health Professions*, 24(4), 363-384.
- Fishbein, M., & Yzer, M.C. (2003). Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication Theory*, 13, 164-183.
- Fisher, E.B., & Rost, K. (1986). Smoking cessation: A practical guide for the physician. *Clinics in Chest Medicine*, 7, 551-565.
- Fisher, W.A. & Fisher J.D. (1993). *A general social psychological model for changing AIDS risk behavior*. In J. Pryor & G. Reeder .The social psychology of HIV infection. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fisher, W.A., Fisher, J.D. & Rye, B.J. (1995). Understanding and promoting AIDS- Preventive Behavior: Insights from the Theory of Reasoned Action. *Health Psychology*, 14(3), 255-264.
- Fischhoff, B. (1985). Managing risk perceptions. *Issues in Science and Technology*, 2(1), 83-96.
- Fischhoff, B., Lichtenstein, S., Slovic, P., Derby, S.L. & Keeny, R.L. (1981). *Acceptable risk*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Flavell, J. (1985). *Cognitive development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Fleming, J. S., & Courtney, B.E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404-421.
- M. De Fleury. L'angoisse Humaine, σελ.79.
- Floyd, L.D., Prentice-Dunn, S. & Rogers, W.R. (2000). A Meta-Analysis of Research on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30 (2), 407-429.
- Forsyth, D.A., Carey, P.M., Fuqua, R.W. (1997). Evaluation of the Validity of the Condom Use Self-Efficacy Scale (CUSES) in Young Men Using Two Behavioral Simulations. *Health Psychology*, 16(2), 175-178.
- Fraser, S. & Minichiello, V. (1991). The agenda and Challenge for STD research in the 1990's. *Venereology*, 4, 26-8.
- Free, C., (2005). Advice about sexual health for young people. *British Medical Journal*, 330, 107-8.

- Freud, S.(1924). Introduction a la Psychanalyse tr. Jankelevitch. Payot, σελ. 421.
- Friedman, H.L. (1989). The health of adolescents: Beliefs and behaviour. *Social Science and Medicine*, 29(3), 309-315.
- Friedman, H.S., & Martin, L.R. (1999). *Heck with the surgeon general: A new approach to health promotion*. Address to the annual convention of the Western Psychological Association, Irvine, CA.
- Frisch, D. & Baron, J. (1988). Ambiguity and rationality. *Journal of Behavioral Decision Making*, 1, 149-157.
- Fund Raising Management. *AIDS Charity Pulls Ads After Complaints*. April 1997.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20(9), 462-466.
- Gerdtham, UG, Ruhm, CJ. (2006). Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD. *Economics & Human Biology*, 4, 298–316.
- Giami, A. & Schiltz, M.A. (1996). Representations of sexuality and relations between partners: sex research in France in the era of AIDS. *Annual Review of Sex Research*, 7, 125-157.
- Gibbons, F.X., & Gerrard, M. (1991). In J. Suls & T. A. Wills (Eds.), *Social Comparison: Contemporary theory and research* (pp. 317-346). London: Lawrence Erlbaum.
- Giddens, A., (1999). *Modernity and self – identity: Self and society in the modern age*. Polity Press, Cambridge.
- Giesen, M., & Hendrick, C. (1974). Effects of false positive and negative arousal feedback on persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 449-457.
- Gigante, D.P., Victora, C.G., Goncalves, H., et.al. (2005). Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [http://publications.paho.org/english/backissues/backissues.cfm?Product\\_ID=768](http://publications.paho.org/english/backissues/backissues.cfm?Product_ID=768)
- Girandola, F., (2000). Fear and Persuasion: Review And Re-Analysis of the Literature (1953-1998), *Annee Psychologique*, 100 (2), 333-376.
- Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, V. (2008). Health Behavior and Health Education: *Theory, Research, and Practice*, 4<sup>th</sup> edn. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Glenberg, A.M., Wilkinson, A.C., & Epstein, W. (1982). The illusion of knowing: Failure in the self-assessment of comprehension. *Memory and Cognition*, 10, 597-602.
- Glynou, E., Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1994). Greek version of the General Self-Efficacy Scale. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://userpage.fuberlin.de/~health/greek.htm> (Ημερομηνία ανάκτησης: 8/11/2011). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [http://www.redorbit.com/news/technology/294801/the\\_general\\_selfefficacy\\_scale\\_multicultural\\_validation\\_studies/](http://www.redorbit.com/news/technology/294801/the_general_selfefficacy_scale_multicultural_validation_studies/) (Ημερομηνία ανάκτησης: 8/11/2011).

- Golden, D.S., Earp, L. (2012). Social Ecological Approaches to Individuals and Their Contexts: Twenty Years of *Health Education & Behavior*. Health Promotion Interventions.
- Goldman, J.D.G. (2011). An exploration in Health Education of an integrated theoretical basis for Sexuality Education pedagogies for young people. *Health Education*, 26 (3), 526–541.
- Goldsmith, R.E. (1986). Dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Social Behavior & Personality*, 1(2), 253-264.
- Gore, T. D., & Bracken, C. C. (2005). Testing the theoretical design of a health risk message: Reexamining the major tenets of the extended parallel process model. *Health Education & Behavior*, 32(1), 27-41.
- Graham, A., Moore, L., Sharp, D., Diamond, I. (2004). Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: Cluster randomised controlled trial of a teacher led intervention. *British Medical Journal*, 324, 1179.
- Graham, S., & Weiner, B. (1996). Theories and principles of motivation. In D. C. Berliner & R. C. Calfee (Eds.). *Handbook of educational psychology* (pp. 63-84). New York: Simon & Schuster Macmillan.
- Gredig, D., Nideroest, S., Parran-Blaser, A. (2006). HIV-protection through condom use: Testing the theory of planned behaviour in a community sample of heterosexual men in a high-income country. *Psychology and Health*, 21(5), 541–555.
- Green, L.W. (1974). Toward cost-benefit evaluations of health education: some concepts, methods and examples. *Health Education Monographs*, (2), 34-64.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G., Partridge, K.B. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. 1st edition. Mountain View, California: Mayfield.
- Green, L.W., Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. 2nd edition. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Green, L.W., Kreuter, M. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th ed. New York, NY: McGraw-Hill Higher Education.
- Greenwald, A.G., Bellezza, F.S., & Banaji, M.R. (1988). Is self-esteem a central ingredient of the self-concept? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 34-35.
- Grunseit, A., Kippax, S., Aggleton, P., Baldo, M. & Slutkin, G. (1997). Sexuality education and young people's sexual behaviour: A review of studies. *Journal of Adolescent Research*, 12(4), 421–53.
- Gullone, E. & Moore, S. (2000). Adolescent risk-taking and the five-factor model of personality. *Journal of Adolescence*, 23, 393-407.
- Gullone, E., Moore S., Moss, S. & Boyd, C. (2000). The Adolescent Risk-Taking Questionnaire: Development and Psychometric Evaluation. *Journal of Adolescent Research*, 15: 231.

- Guo, J., Santon, B., Cottrell L., et. al. (2005). Substance use among rural adolescent virgins as a predictor of sexual initiation. *Journal of Adolescent Health*, 37(3), 252-255.
- Guri-Rozenblit, S. (1989). Effects of tree diagram on students' comprehension of main ideas in an expository text with multiple themes. *Reading Research Quarterly*, 24, 236-247.
- Hafsa Raheel, Muhammad Afzal Mahmood, and Abdulaziz BinSaeed (2012). Sexual practices of young educated men: implications for further research and health education in Kingdom of Saudi Arabia (KSA). *Journal of Public Health*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/fds055v1?ct=ct> (Ανάκτηση: 9/7/2012)
- Hagborg, W.J. (1993). The Rosenberg Self-Esteem Scale and Harter's Self-Perception Profile for Adolescents: A concurrent validity study. *Psychology in the Schools*, (30), 132-136.
- Hale, J., & Mongeau, P. (1991). *Testing a causal model of the persuasive impact of fear appeals*. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Chicago.
- Hale, J., & Trumbetta, S.L. (1996). Women's self-efficacy and sexually transmitted disease preventive behaviors. *Research in Nursing & Health*, 19, 101-110.
- Hammer, J., Fisher, J.D., & Fisher, W.A. (1996). When two heads aren't better than one: AIDS risk behavior in college couples. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 375-397.
- Hankins, C.A., de Zalduondo, B.O. (2010). Combination prevention: a deeper understanding of effective HIV prevention. *AIDS*, 24(4), 70-80.
- Hanna, K.M. (1999). An adolescent and Young Adult Condom Perception Scale. *Wester Journal of Nursing Research*, 21 (5), 621-634.
- Hansen, W., Hahn, G. (1990). Perceived personal immunity beliefs about susceptibility to AIDS. *Journal of Sex Research*, 27, 622-628.
- Hardy-Brown, K. (1979). Formal operations and the issue of generalizability: The analysis of poetry by college students. *Human Development*, 22, 127-136.
- Harter, S. (1982). *The Perceived Competence Scale for Children*. Denver, CO: University of Denver.
- Harter, S. (1985a). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Denver, CO: University of Denver.
- Harter, S. (1985b). *Manual for the Social Support Scale for Children*. Denver, CO: University of Denver Press.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-Esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 87-116). New York: Plenum.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford.

- Hattie, J. (1992). *Self-concept*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hawks, St.R. et. al. (2007). The forgotten dimensions in health education research. *Oxford University Press*. 1-6.
- Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action* (P. K. Leppmann, Trans.). Berlin: Springer-Verlag.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*, New York: Wiley.
- Hemenway, D. (1988). *Prices and choices*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Hendrick, C., Giesen, M., & Borden, R., (1975). False physiological feedback and persuasion: Effect of fear arousal vs. fear reduction on attitude change. *Journal of Personality*, 43, 196-214.
- Henthorne, T.L., LaTour, M.S., Natarajan, R., (1993). Fear appeals in print advertising: an analysis of arousal and ad response, *J. Adv.*, 22(2), 59-68.
- Herberg, P.L. (1989). *A critical analysis of the health promotion movement and implications for nursing*. Unpublished Ph.D. Thesis, Univ. of Utah.
- Hernandez, J.T., Smith, F. (1990). Inconsistencies and misperceptions putting college students at risk of HIV infection. *JAdolesc Health Care.*, 11, 269-276.
- Herrnstein, R.J. (1969). Method and theory in the study of avoidance. *Psychological Review*, 76, 49-69.
- Higgins, E. T. (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, 94 (3), 319-340.
- Higgins, E.T. (1989). Self-Discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer? In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 22, pp. 23-63). New York: Academic Press.
- Higgins, E.T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280–1300.
- Higgins, E. T. (1999). *Promotion and prevention as a motivational duality: Implications for evaluative processes*. In S. Chaiken, & Y. Trope (Eds.), *Dual-process theories in social psychology* (pp. 503–525). New York: Guilford Press.
- Hill, D., & Gardner, G. (1980). Repression-sensitization and yielding to threatening health communications. *Australian Journal of Psychology*, 32, 183-193.
- Hochbaum, G. (1976). At the threshold of a new era. *Health Education*, 7, 2-24.
- Hofman, R., & van Oostendorp, H. (1999). Cognitive effects of a structural overview in a hypertext. *British Journal of Educational Technology*, 30, 129-140.
- Hoge, D.R., Smit, E.K., & Crist, J.T. (1995). Reciprocal effects of self-concept and academic achievement in sixth and seventh grade. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 295-304.



- Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S. & Thomson, R. (1991). *Between embarrassment and trust: young women and the diversity of condom use*. In P. Aggleton, G. Hart and P. Davies (eds.), *AIDS: Responses, Intervention and Care*. London: Falmer Press.
- Hollar, D.S., Snizek, W.E. (1996). The influences of knowledge of HIV/AIDS and self-esteem on the sexual practices of college students. *Social Behavior and Personality*, 24, 75-86.
- Holschneider, S.O., & Alexander, C.S. (2003). Social and psychological influences on HIV preventive behaviors of youth in Haiti. *Journal of Adolescent Health*, 33, 31-40.
- Homans, H., Aggleton, P. (1988). Health Education, HIV Infection and AIDS, in Peter Aggleton and Hilary Homans (eds), *Social Aspects of AIDS*. London, Falmer Press.
- Houweling, H., Downs, A.M., Rava, L., Heisterkamp, S.H., Hamers, F.F., Jager, J.C. (1998). Epidemiological impact of HIV/AIDS in the European Union study for the EU concerted action on multinational AIDS scenarios. 12th International Conference on AIDS. Geneva, June-July.
- Hovland, C., Janis, I., & Kelly, H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Howe, A.C., & Mierzwa, J. (1977). Promoting the development of logical thinking in the classroom. *Journal of Research in Science Teaching*, 14, 467-472.
- Hughes, H.M. (1984). Measures of self-concept and self-esteem for children ages 3-12 years: A review and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 4, 657-692.
- Idson, L.C., Liberman, N., & Higgins, E.T. (2000). Distinguishing gains from nonlosses and losses from nongains: A regulatory focus perspective on hedonic intensity. *Journal of Experimental Social Psychology*, 36, 252-274.
- ILO (2002-2006). HIV/AIDS Working Papers Series, Geneva. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [www.ilo.org/ipecc](http://www.ilo.org/ipecc) (Ανάκτηση: 4/03/2010)
- Ingham, R., van Zessen, G. (1997). *From individual properties to interactional processes*, in Van Campenhoudt L., Cohen M., Guizzardi G., Hausser D., Sexual Interactions and HIV risk. Taylor & Francis, London.
- Insko, C.A., Arkoff, A., & Insko, V.M. (1965). Effects of high and low fear-arousing communications upon opinions toward smoking. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1, 256-266.
- Ιωαννίδη Ε. (1996). *Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της σεξουαλικής συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση του AIDS*. Διδακτορική Διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Ιωαννίδη - Καπόλου, Ν.Ε. (1997). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της σεξουαλικής συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση του AIDS. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, 5, 165-174.
- Ioannidi, E., Haeder, M. (1998). *Attitudes towards people with HIV/AIDS* in: M. Hubert, N. Bajos, T. Sandford, Sexual Behaviour and Risks of HIV/AIDS in Europe. UCL Press, London, 359-373.

- IPEC, SCREAM (2007). *A special module on HIV, AIDS and child labour*, Geneva, International Labour Office. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.ilo.org/ipecinfo/product/viewProduct.do?productId=6884> (Ανάκτηση: 4/03/2010)
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- James, W. (1980/1963). *The principles of psychology*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Jamner, M.S., Wolitski, R.J., Corby, N.G., & Fishbein, M. (1998). Using the theory of planned behavior to predict intention to use condoms among female sex workers. *Psychology and Health*, 13, 187-205.
- Janis, I.L. (1967). *Effects of Fear Arousal on Attitude Change: Recent Developments in Theory and Experimental Research*, in *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 3, ed. Leonard Berkowitz, San Diego, CA: Academic Press, 166-224.
- Janis, I.L., & Feshbach, S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 78-92.
- Janis, I.L. & Feshbach, S., (1954). Personality Differences Associated with Responsiveness to Fear-Arousing Communications. *Journal of Personality*, 23, 154-166.
- Janis, I.L., & Mann, L. (1977). *Decision-making A psychological analysis of compact, choice, and commitment*. New York: Free Press.
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*. 11(1), 1-47.
- Jemmott, J. B., Jemmott, L.S., & Fong, G.T. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 279,(19), 1529-1536.
- Jensen, L., Allen, M. (1993). Wellness: The dialectic of illness. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 25, 220-224.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1986). Selbstwirksamkeit [Self-efficacy]. In R. Schwarzer (Ed.), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit*. Research Report No. 5 (pp. 15-28). Berlin: Freie Universität, Institut für Psychologie.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere.
- Jodelet, D. (1995). Κοινωνική αναπαράσταση: φαινόμενα, έννοια και θεωρία. Στο Σ. Παπαστάμου & Α. Μαντόγλου (επιμ.), *Κοινωνικές αναπαραστάσεις*, Αθήνα: Οδυσσέας, 124-160.
- Joffe, A., Radius, S.M. (1993). Self-efficacy and intent to use condoms among entering college freshman. *Journal of Adolescent Health*, 4, 262-268.

- Johnson, B.L., von Haefen, I., Fishbein, M., Kasprzyk, D., & Montano, D. (2001). Factors influencing IDU and non-IDU female commercial sex workers' intentions to always use condoms for vaginal sex with their regular partner. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 207-222.
- Jones, R.H. (1999). Mediated action and sexual risk: Searching for "culture" in discourses of homosexuality and AIDS prevention in China. *Culture, Health & Sexuality*, 1, 161-180.
- Kahneman, D., Tversky, A. (1979). Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*, 47, (2), 263-292. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.jstor.org/stable/1914185> (Ανάκτηση: 4/03/2012) / Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [http://en.wikipedia.org/wiki/Prospect\\_theory](http://en.wikipedia.org/wiki/Prospect_theory) (Ανάκτηση: 6-3-2012) Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.sfb504.unimannheim.de/glossary/prospect.htm> (Ανάκτηση: 6-3-2012).
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1982). *The simulation heuristic*. In D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky (Eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (pp. 201–208). New York: Cambridge University Press.
- Kalichman, S., Nachimson, D. (1999). Self-efficacy and Disclosure of HIV-Positive Serostatus to Sex Partners. *Health Psychology*, 18(3), 281-287.
- Kalichman, S., Stein, J.A., Malow, R., Averhart, C., Devieux, J., Jennings, T., et al. (2002). Predicting protected sexual behavior using Information-Motivation- Behaviour skills model among adolescent substance abusers in court-ordered treatment. *Psychology, Health, and Medicine*, 7, 327-338.
- Kaplan, H.B. & Pokorny, A.D. (1969). Self derogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, (149), 421-434.
- Kasen, St., Vaughan, R.D., Walter, J.H. (1992). Self-Efficacy for AIDS Preventive Behaviors among Tenth Grade Students. *Health Education and Behavior*, 19 (2), 187-202.
- Keating, D.P., & Clark, L.V. (1980). Development of physical and social reasoning in adolescence. *Developmental Psychology*, 16, 23-30.
- Keller, M.L. (1993). Why don't young adults protect themselves against sexual transmission of HIV? Possible answers to a complex question. *AIDS Education and Prevention*, 5, 220-233.
- Keller, P.A. (1996). Increasing the persuasiveness of fear appeals: the effect of arousal and elaboration. *Journal of Consumer Research*, 22(4), 448-460.
- Kelley, R.M., Denny, G., & Young, M. (1997). Abbreviated Hare self-esteem scale: Internal consistency and factor analysis. *American Journal of Health Studies*, 13, 180-186.
- Kelly, G.A. (1955) *The psychology of personal constructs* (2 vols.) New York: Norton.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D., (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378 (9801), 1457 – 1458. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961556-0/fulltext> (Ανάκτηση 19-5-2012).

- Kerckhoff, A.C. & Davis, K.E. (1962). Value consensus and need complementarity in mate selection, *American Sociological Review*, 27, 295-303.
- Kiewra, K.A., Dubois, N.F., Christian, D., & McShane, A. (1988). Providing study notes: Relation of three types of notes for review. *Journal of Educational Psychology*, 80, 595-597.
- Kinch, J. (1963). Formalized theory: The self-concept. *American Journal of Sociology*, 68, 481-486.
- King, K.A. (1997). Self-concept and self-esteem: A clarification of terms. *Journal of School Health*, 67, 68-73.
- Kippax, S., Crawford, J., Waldby, C., & Benton, P. (1990). Women negotiating heterosex: Implications for AIDS prevention. *Women's Studies International Forum*, 13, 533-42.
- Kippax, S., Crawford, J. (1993). Flaws in the theory of reasoned action. In D.J. Terry, C. Gallois, and M. McCamish (Eds.), *The theory of reasoned action: Its application to AIDS- preventive behavior* (pp. 253-269). New York: Pergamon Press.
- Kirby, D., Obasi, A., Laris, B. (2006). The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. In: Ross D, Dick B, Ferguson J (eds). *Preventing HIV/AIDS In Young People*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 103-50.
- Kirby, D.B., Laris, B.A., Roller, L.A. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206-17.
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40, 1189-1202.
- Kirscht, J.P. (1988). The Health Belief Model and predictions of health actions. In D. Gochman (Ed.), *Health behavior* (pp. 27-41). New York: Plenum Press.
- Klayman, J., & Ha, Y.W. (1987). Confirmation, Disconfirmation, and Information in Hypothesis Testing. *Psychological Review*, 94, 211-228.
- Kleinot, M.C., & Rogers, R.W. (1982). Identifying effective components of alcohol misuse prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 802-811.
- Kline, A., & VanLandingham, M. (1994). HIV-Infected women and sexual risk reduction: The relevance of existing models of behavior change. *AIDS Education and Prevention*, 6(5), 390-402.
- Kohn, P.M., Goodstadt, M.S., Cook, G.M., Sheppard, M., & Chan, G. (1982). Ineffectiveness of threat appeals about drinking and driving. *Accident Analysis and Prevention*, 14, 457-464.
- Kools M., van de Wiel, M.W.J., Ruiters, R.A.C., Crüts, A., & Kok, G. (2006). The Effect of Graphic Organizers on Subjective and Objective Comprehension of a Health Education Text. *Health Education & Behavior*, 33 (6), 760-772.

- Kools, M., Ruiter, R.A.C., van De Wiel, M.W.J., Kok, G. (2008). The effects of headings in information mapping on search speed and evaluation of a brief health education text. *Journal of Information Science*, 20 (10), 1–12.
- Kordoutis, P.S., Adamidou, M., Boubouri, O., Panidou, E., Papadopoulou, S. (1995). Attributions of contracting HIV and belief on the necessity of using prophylactics. *Paper Presented at the IV European Congress of Psychology*. Athens. Greece.
- Kordoutis, P.S., Loumakou, M., Sarafidou, J.O. (2000). Heterosexual relationship characteristics condom use and safe sex. *AIDS Care*, 12, 767-782.
- Kornzweig, N.D. (1967). *Behavior change as a function of fear arousal and personality*. Unpublished doctoral dissertation, Yale University.
- Κουλιεράκης, Γ. (2002). Ποσοτική έρευνα στην ψυχολογία της υγείας. Ένα παράδειγμα έρευνας στις Ελληνικές φυλακές. Επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές ανάμεσα σε Έλληνες φυλακισμένους. (Διδακτορική Διατριβή). *Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*.
- Koumi, I. (1994). Self-values and academic self-concept of Greek Secondary School pupils. Unpublished PhD dissertation, University of Bristol, UK.
- Koumi, I., & Tsiantis, J. (2001). Smoking trends in adolescence: report on a Greek school-based, peer-led intervention aimed at prevention. *Health Promotion International*, 16 (1), 65-72.
- Krisher, H.P., Darley, S.A., & Darley, J.M. (1973). Fear-provoking recommendations, intentions to take preventive actions, and actual preventive actions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 301-308.
- Kruger, J., Dunning, D. (1999). Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (6), 1121–34.
- Kuhn, D., & Angelev, J. (1976). An experimental study of the development of formal operational thought. *Child Development*, 47, 697-706.
- Kuhn, D., & Brannock, J. (1977). Development of isolation of variables scheme in experimental and 'natural experiment' contexts. *Developmental Psychology*, 13, 9-14.
- Kuhn, D., Ho, V., & Adams, C. (1979). Formal reasoning among pre- and late adolescents. *Child Development*, 50(4), 1128-1 135.
- Kunst-Wilson, W. R. & Zajonc, R. B. (1980). Affective discrimination of stimuli that cannot be recognized. *Science*, 207, 557-558.
- Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), 834-840. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf> (Ανάκτηση 19-5-2012).

- Κωνσταντινίδης, P., Τσελέπη, X., Φραντζεσκάκη, X., Κασσινά, A., Χιρχαντερή, K., Τσιλαφάκης, I., Αγραφιώτης, Δ. (1997). Πρότυπες παρεμβάσεις αγωγής υγείας - Πρόληψη του AIDS σε Λύκεια. Δυσκολίες και επιλογές. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*, 5(2), 159-164.
- Kyes, K. B. (1995). Using fear to encourage safer sex: an application of protection motivation theory. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 7, 21-37.
- Lalonde, M. (1974). *A New perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.
- Lam, A.G., Mak, A., Lindsay, P.D., & Russell, S.T. (2004). What really works? An exploratory study of condom negotiation strategies. *AIDS Education and Prevention*, 16, 160-171.
- Lang, P.J. (1984). Cognition in emotion: Concept and action. In C.E. Izard, J. Kagan, & R.B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition, and behavior* (pp. 192-226). Cambridge: Cambridge University Press.
- Langer, M.L., Zimmerman, S.R., Cabral, J.R. (1994). Perceived Versus Actual Condom Skills Among Clients at Sexually Transmitted Disease Clinics. *Public Health Reports*, 109, (5), 683-687.
- LaTour, M.S., & Rotfeld, J. H. (1997). There Are Threats and (Maybe) Fear-Caused Arousal: Theory and Confusions of Appeals to Fear and Fear Arousal Itself. *Journal of Advertising*, 26 (3), 45-59.
- LaTour, M., Zahra, S., (1989). Fear appeals as advertising strategy: should they be used? *Journal Serv Marketing*, 2,(4), 5-14.
- LaTour, M.S., Tanner, J.F. (2003). Radon: appealing to our fears. *Psychology & Marketing*, 20(5), 377- 394.
- Lau, R.R., Hartman, K.A. & Ware, J.E. (1986). Health as a Value: Methodological and Theoretical Considerations. *Health Psychology*, 5(1), 25-43.
- Laughunn, D. J., Payne, J.W., & Crum, R. (1980). Managerial risk preferences for below target returns. *Management Science*, 26, 1238-1249.
- Lawler, J. (1991). *Behind the Screens: Nursing Somology and the Problem of the Body*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Lawson, A. E., Nordland, F.H. & DeVito, A. (1975). Relationships of formal reasoning to achievement, aptitudes, and attitudes in preservice teachers. *Journal of Research in Science Teaching*, 12, 423-431.
- Lawson, A.E. & Blake, A.J.D. (1976). Concrete and formal thinking abilities in high school biology students as measured by three separate instruments. *Journal of Research in Science Teaching*, 13, 227-235.
- Lawson, A.E. & Wollman, W.T. (1977). Cognitive level, cognitive style, and value judgment. *Science Education*, 61, 397-407.

- Lawson, A.E. (1982a). Formal reasoning, achievement, and intelligence: An issue of importance. *Science Education*, 66, 77-83.
- Lawson, E.A. (1985). A Review of Research on Formal Reasoning and Science Teaching. *Journal of Research in Science Teaching*, 22(7), 569-617. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/tea.3660220702/pdf> (Ανάκτηση: 6-3-2012).
- Layfield, F., (1987). *Sizewell B Public Inquiry: summary of conclusions and recommendations*. HMSO, London.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lazarus, R.S. (1991a). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352-367.
- Lazarus, R.S. (1991b). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819-834.
- Lazarus, R.S. (1991c). *Emotion and adaptation*. NY: Oxford University Press.
- Lelinneth, M., et. al., (2006). Adolescents engaging in risky sexual behavior: Sexual activity and associated behavioral risk factors in Bolivian adolescents. *International Electronic Journal of Health Education*, 9, 42-55.
- Λεονταρή, Α. (1996). *Αυτοαντίληψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Leventhal, H. (1965). "Tetanus" messages. American Documentation Institute, #9011.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 5, pp. 119-186). New York: Academic Press.
- Leventhal, H., & Watts, J. (1966). Sources of resistance to fear-arousing communications on smoking and lung cancer. *Journal of Personality*, 34, 155-175.
- Leventhal, H., & Trembly, G. (1968). Negative emotions and persuasion. *Journal of Personality*, 36, 154-168.
- Levine, D., & Linn, M. C. (1977). Scientific reasoning ability in adolescence: Theoretical viewpoints and educational implications. *Journal of Research in Science Teaching*, 14(4), 371-384.
- Linn, C.M. (1982). Theoretical and Practical Significance of Formal Reasoning. *Journal of Research in Science Teaching*, 19, 9, 727-742.
- Linn, M. C., Pulos, S., & Gans, A. (1981). Correlates of formal reasoning: Content and problem effects. *Journal of Research in Science Teaching*, 18, 435-447.

- Linville, P.W., Fischer, G.W., & Fischhoff, B. (1993). AIDS risk perceptions and decision biases. In J. B. Pryor & G. D. Reeder (Eds.), *The social psychology of HIV infection* (pp. 421-432). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Loomes, G., Sugden, R. (1982). Regret theory: An alternative theory of rational choice under uncertainty. *The Economic Journal*, 92, 805-824.
- Λουμάκου, Μ., Κορδούτης, Π. & Σαραφίδου, Ε. (2001). *Ερωτική επαφή και προφύλαξη. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των νέων*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2003). Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: A longitudinal study on self-regulatory cognitions. *Psychology and Health*, 18, 93-108.
- Lynn, J.R. (1974). Effects of persuasive appeals in public service advertising. *Journalism Quarterly*, 51, 622-630.
- Macdowall, W., Wellings, K., Mercer, H.C., Nanchahal, K., Copas, J.A., McManus, S., Fenton, A.K., Erens, B., & Johnson, M.A. (2006). Learning About Sex: Results From Natsal 2000. *Health Education & Behavior*, 33 (6), 802-811.
- Maddux, J.E., & Rogers, R.W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479.
- Maheswaran, D., & Meyers-Levy, J. (1990). The influence of message framing and issue involvement. *Journal of Marketing Research*, 27, 361-367.
- Mahoney, C.A., Thombs, D.L., & Ford, O.J. (1995). Health belief and self-efficacy models: their utility in explaining college student condom use. *AIDS education and prevention official publication of the International Society for AIDS Education*, 7(1), 32-49.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). *Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση: Μοντέλα ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Malcarne, V.L., Drahota, A., Hamilton, N.A. (2005). Children's health- related locus of control beliefs: ethnicity, gender, and family income. *Child Health Care*, 34, 47-59.
- Malow, R.M, Corrigan, S.A., Cunningham, S.C., West, J.A., & Pena, J.M. (1993). Psychosocial factors associated with condom use among African-American drug abusers in treatment. *AIDS Education and Prevention*, 5(3), 244-253.
- Malow, R.M., Rosenberg, R., Donenberg, G., & Devieux, J.G. (2006). Interventions and patterns of risk in adolescent HIV/AIDS prevention. *American Journal of Infectious Diseases*, 2, 80-89.
- Mandi, P., & Agraftotis, D. (1993). Sexuality of Greeks: Attitudes and Behaviours. A bibliographical study. In R. Francoeur, *International handbook of sexuality*. London: Greenwood Publishing Group.
- Manstead, A.S.R. & van Eekelen, S.A.M. (1998). Distinguishing between perceived behavioral control and self-efficacy in the domain of academic intentions and behaviours. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1375-1392.



- Mantelou, et. al. (2010). Job burnout, self-efficacy theory and job satisfaction in a sample of greek bank clerks. *Annals of General Psychiatry*, 9(1),191-195.
- Mao, J. C.T. (1970). Survey of capital budgeting: Theory and practice. *Journal of Finance*, 25, 349-360.
- March, J.G. & Shapira, Z. (1987). Managerial perspectives on risk and risk taking. *Management Science*, 33, 1404-1418.
- Markus, H., & Kunda, Z. (1986). Stability and malleability of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 858-866.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., & Quigley, L.A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 289-315). New York: Cambridge University Press.
- Marsh, H.W. (1986b). The bias on negatively worded items in rating scales for young children. A cognitive-developmental phenomenon. *Developmental Psychology*, 22, 37-49.
- Marsh, H.W. (1987a). The factorial invariance of responses by males and females to a multidimensional self-concept instrument: Substantive and methodological issues. *Multivariate Behavioral Research*, 22, 457-480.
- Marsh, H.W. (1989a). Confirmatory factor analysis of multitrait-multimethod data: Many problems and a few solutions. *Applies Psychological Measurement*, 13, 335-361.
- Marsh, H.W. (1990c). The influence of internal and external frames of reference on the formation of math and English self-concepts. *Journal of Educational Psychology*, 82, 107-116.
- Marsh, H.W. (1992a). The content specificity of relations between academic achievement and academic self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 84, 553-562.
- Marsh, H. W., & Shavelson, R.J. (1985). Self-concept: Its multimethod analyses of two self instruments. *Journal of Educational Psychology*, 74, 430-440.
- Marsh, H.W. Walker, R., & Debus, R. (1991). Subject-specific components of academic self-concept and self-efficacy. *Contemporary Educational Psychology*, 16, 331-345.
- Marsh, H.W., & Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on the structure of self-concept. In B.A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept: Developmental, social and clinical considerations* (pp. 38-90). New York: Wiley.
- Mather, M. & Johnson, M.K. (2000). Choice-supportive source monitoring: Do our decisions seem better to us as we age? *Psychology and Aging*, 15, 596-606.
- Mather, M., Shafir, E. & Johnson, M.K. (2000). Misrememberance of options past: Source monitoring and choice. *Psychological Science*, 11, 132-138.

- Mathers, B.M., Degenhardt, L., Adam, P., et al. (2009). Estimating the level of HIV prevention coverage, knowledge and protective behavior among injecting drug users: what does the 2008 UNGASS reporting round tell us? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 52(2), 132-42.
- Mayer, K.H., Pizer, H.F. (2009). *HIV Prevention: A Comprehensive Approach*. London, UK: Elsevier/Academic Press.
- McCarthy, J.D., & Hoge, D.R. (1982). Analysis of age effects in longitudinal studies of adolescent self-esteem. *Develop. Psychol.* 18, 372-379.
- McCombs, M.E., Shaw, D.L. (1972). The agenda setting function of the mass media. *Public Opinion Quarterly*, 38, 176-187.
- McCree, D.H. (1997). The effect of social interdependence on condom use self-efficacy in a college population of African American females. Unpublished doctoral dissertation, School of Public Health, The Johns Hopkins University, Baltimore, MD.
- McFarlane, M., Ross, M.W., & Elford, J. (2004). The Internet and HIV/STD prevention. *AIDS Care*, 16, 929-930.
- McGrath, J.W., Rwabukwali, C.B., Schumann, D.A., Person- Marks, J., Nakayiwa, S., Namande, B., Nakyobe, L., & Mukasa, R. (1993). Anthropology and AIDS: The cultural context of sexual risk behavior among urban Baganda women in Kampala, Uganda. *Social Science and Medicine*, 36, 429-439.
- McGuire, W.J. (1969). The nature of attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (vol. 3, pp. 136-314), Reading, MA: Addison-Wesley.
- McGuire, W. J. (1968). Personality and attitude change: An information processing theory. In A. G. Greenwald, T. C. Brock, and T. M. Ostrom (eds.), *Psychological foundations of attitudes* (pp. 171-196). San Diego, CA: Academic Press.
- McGuire, W. J. (1989). Theoretical foundations of campaigns. In R. E. Rice and C. K. Atkin (eds.), *Public communication campaigns* (2nd edn. Pp. 43-65). Newbury Park, CA: Sage.
- McMahan, S., Witte, K., & Meyer, J. (1998). The perception of risk messages regarding electromagnetic fields: Extending the Extended Parallel Process Model to an unknown risk. *Health Communication*, 10(3), 247-259.
- Mead, (1934). *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Merakou, K., Costopoulos, C., Marcopoulou, J. & Kourea-Kremastinou, J. (2002). Knowledge, attitudes and behaviour after 15 years of HIV/AIDS prevention in schools. *European Journal of Public Health*, 12, 90-93.
- Merakou, K., Kourea-Kremastinou, J. (2006). Peer education in HIV prevention: an evaluation in schools. *European Journal of Public Health*, 16, (2), 128-132.

- Mewborn, C.R., & Rogers, R.W. (1979). Effects of threatening and reassuring components of fear appeals on physiological and verbal measures of emotion and attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 15, 242-253.
- Meyer, G., & Witte, K. (1995). Intrapersonal Health Communication. In J. Aitken & L.J. Shedletsky (Eds.), *Intrapersonal Communication Processes* (pp. 364-375). Plymouth, MI: Midnight Oil & Speech Communication Association.
- Meyerowitz, B. E., & Chaiken, S. (1987). The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 500-510.
- Miller, R.L. (1976). Mere exposure, psychological reactance and attitude change. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 1-9.
- Misovich, S., Fisher, J. & Fisher, W. (1997). Close relationship and elevated HIV risk behaviour. Evidence and possible psychological processes. *Review of General Psychology*, 1, 72-107.
- Moatti, J.P., Hausser, D., & Agraftiotis, D. (1997). Understanding HIV risk-related behaviour: A critical overview of current models. In L. van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi & D. Hausser. *Sexual interactions and HIV risk: New conceptual perspectives in European research*. London: Taylor and Francis.
- Mone, M.A., Baker, D.D., & Jeffries, F. (1995). Predictive validity and time dependency of self-efficacy, self-esteem, personal goals, and academic performance. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 716-727.
- Montano, D., Kasprzyk, D., & Wilson, D. (1993). Theory based correlates of condom use in Zimbabwe. Paper presented at the IV International Conference on AIDS (Abstr PO-D13-3781), Berlin, Germany.
- Moore, S. & Rosenthal, D. (1991). Adolescent invulnerability and perceptions of AIDS risk. *Journal of Adolescent Research*, 6, 164-80.
- Morris, J., Young, M., Jones, Ch., (2000). Self-Esteem and Adolescent Sexual Behavior Among Students at an Elite Bolivian School. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3(1), 36-43.
- Morrison, Sh.D., et. al. (2005). Social Capital, Health and HIV Awareness of Girls in a Rural Caribbean Community. *The International Electronic Journal of Health Education*, 8, 135-145.
- Morrow, V. (1999). Conceptualizing social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review. *Sociological Review*, 47(4), 744-765.
- Moscovici, S. (1969). Preface . Στο C. Herzlich. : Monton. *Sante et Maladie : Analyse d `une representations sociale*, Paris.
- Moshki, M., et al. (2007). Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health*, 7, 295.

- Mulilis, J-P., & Lippa, R. (1990). Behavioral change in earthquake preparedness due to negative threat appeals: A test of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 619-638.
- Niles, P. (1964). *The relationship of susceptibility and anxiety to acceptance of fear-arousing communications*. Unpublished doctoral dissertation, Yale University.
- Μύλντορφ. Μπερνάρ (1980). *Σεξουαλικότητα και θηλυκότητα*, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Murray-Johnson, L., Witte, K., Liu, W., Hubbell, A. P., Sampson, J., & Morrison, K. (2001). Addressing cultural orientations in fear appeals: Promoting AIDS protective behaviors in Mexican Immigrant and African American adolescents and American and Taiwanese college students. *Journal of Health Communication*, 6, 335-358.
- Murray-Johnson, L., Witte, K., Patel, D., Orego, V., Zuckerman, C., Maxfield, A. M., et. al. (2004). Using the extended parallel process model to prevent noise-induced hearing loss among coal miners in Appalachia, *Health Education & Behavior*, 31(6), 741-755.
- Naidoo, J., Wills, J., (1994). *Health Promotion: Foundations for Practice*. London, Bailliere, Tindall.
- National Research Council. (1989). *Improving risk communication*. Washington, DC: National Academy.
- Ναυρίδης, Κ. (1994). *Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Neimark, E.D. (1975) Longitudinal development of formal operations thought. *Genetic Psychology Monographs*, 91, 17 1-225.
- Nikolopoulos G., Arvanitis M., Masgala A. and Paraskeva D. (2005). Migration and HIV epidemic in Greece. *European Journal of Public Health*, 15, 296-299.
- Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion, in Abelin et. al. (eds.): *Measurement in health promotion and protection*, Copenhagen: WHO Reg. Publ. *European Series*, 86, (22), 5-28.
- Noar, S.M. (2008). Behavioral interventions to reduce HIV-related sexual risk behavior: review and synthesis of meta-analytic evidence. *AIDS Behav.*, 12, 335-53.
- Nöstlinger, Ch., & Wimmer-Puchinger, (1994). Beate: Geschützte Liebe. *Jugendsexualität und AIDS. Eine Internationale Studie 1990/91*, Wien.
- Norwich, B. (1987). Self-efficacy and mathematics achievement: A study of their relation. *Journal of Educational Psychology*, 79, 384-835.
- Nous, A., & Raven, R. (1973). The effects of structured, learned sequence on children's correlative thinking about biological phenomena. *Journal of Research in Science Teaching*, 10, 251-255.
- Oakley, A., Fullerton, D., Holland, J. (1995). Behavioral interventions for HIV/AIDS prevention. *AIDS*, 9, 479-486.
- O'Keefe, M.T. (1971). The antismoking commercials: A study of televisions` impact on behaviour. *Public Opinion Quarterly*, 35, 242-248.

- O'Keefe, D.J. (1990). *Persuasion: Theory and research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Okwumabua, J.O., Wong, S.P., Duryea, E.J., Okwumabua, T.M., & Howell, S. (1999). Building self-esteem through social skills training and cultural awareness: A community-based approach for preventing violence among African American youth. *Journal of Primary Prevention*, 20(1), 61-74.
- Ortony, A., & Turner, T.J. (1990). What's basic about basic emotions! *Psychological Review*, 97, 315-331. Petty, R., & Cacioppo, J.T. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer-Verlag.
- Oxley, G.M. (2001). HIV/AIDS knowledge and self-esteem among adolescents. *Clinical Nursing Research*, 10(2), 214-224.
- Pajares, F., & Miller, F.D. (1994). Role of self-efficacy and self-concept beliefs in mathematical problems solving: A path analysis. *Journal of Educational Psychology*, 86, 193-203.
- Pallrand, G.J. (March, 1977). The development of formal thought. Paper presented at the National Association for Research in Science Teaching Annual Convention, Cincinnati.
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. *Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα*.
- Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Tsiara, C., et. al. (2011). «HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report», *Eurosurveillance*, 16, 19962.
- Paschali AA, Mitsopoulou E, Tsaggarakis V, Karademas EC (2012) Changes in Health Perceptions after Exposure to Human Suffering: Using Discrete Emotions to Understand Underlying Processes. *PLoS ONE* 7(4), 1-8. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3340397/?tool=pmcentrez> (Ανάκτηση: 31-5-2012)
- Pateman, C. & Gross, E. (1986). *Feminist Challenges: Social and Political Theory*. Sydney: Allen & Unwin.
- Παυλάτου, Ε. (1999). *Ο βαθμός επίδρασης της προσδοκίας αυτοαποτελεσματικότητας στο επίπεδο γενικής υγείας*. Πτυχιακή εργασία, Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Παυλοπούλου, Ι. (1997). *Οι Κοινωνικές Αναπαραστάσεις του AIDS σε μαθητές Λυκείου*. Στο 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας. Η Ψυχολογία στο Σταυροδρόμι των Επιστημών του Ανθρώπου και της Κοινωνίας. Βιβλίο Περιλήψεων. Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο Τμήμα Ψυχολογίας, Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Petri, J.C. et. al., (2000). Developing a tool for youth education, The HIV-Specific Health Risk assessment. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3(2), 69-74.
- Petty, R. E. & Cacioppo, J.T. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*, New York: Springer-Verlag.

- Peutherer, J.F., Edmond, E., Simmonds, P., Dickson, J.D., & Bath, G.E. (1985). HTLV-III antibody in Edinburgh drug addicts. *The Lancet*, November 16, 1123.
- Phillips, B. (1978). *School stress and anxiety*. New York: Human Sciences Press.
- Piaget, J. (1971). The theory of stages in cognitive development. In D. R. Green, M.P. Ford, and G. B. Flammer (Eds.), *Measurement and Piaget*. New York: McGraw-Hill.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.
- Pinkerton, S., Wagner-Raphael, L., Craun, C., Abramson, P. (2000). A quantitative study of the accuracy of college students' HIV risk estimates. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5, 1-25.
- Pintos-Lopez, H. (1990b). Promiscuity and the metaphors of sexual control. *National AIDS Bulletin*, September, p.4.
- Pratt, L.(1956). How do patients learn about a disease? *Social Problems*, 4, 29-40.
- Prentice-Dunn, S., & Rogers, R.W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the Health Belief Model. *Health Education Research*, 1, 153–161.
- Prochaska, J.O. (1979). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Trans-theoretical therapy-toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19(3), 276-288.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & Diclemente, C.C. (1994a). *Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Quill Harper Collins Publishers.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., et al. (1994b). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39–46.
- Prout, H.T., & Prout, S.M. (1996). Global self concept and its relationship to stressful life conditions. In B.A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept: Development, social and clinical considerations* (pp. 259-286). New York: Wiley.
- Ψαρού, Μ., & Ζαφειρόπουλος, Κ. (2001). Επιστημονική Έρευνα: Θεωρία και Εφαρμογές στις Κοινωνικές Επιστήμες. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Putnam, R. (1993). The prosperous community: Social capital and public life. *The American Prospect*, 21, 35-42.

- Raghubir, P., et. al. (1998). AIDS and me, never the twain shall meet: the effects of information accessibility on judgements of risk and advertising effectiveness. *Journal of Consumer Research*, 25, 52-63.
- Reeves, C., Whitaker, R., Parsonage, R.K., Robinson, C.A., Swale, K. & Bayley, L. (2006). Sexual health services and education: Young people's experiences and preferences. *Health Education Journal*, 65, 368-379.
- Reis, I.L., Leik, R.K. (1989). Evaluating strategies to avoid AIDS: numbers of sexual partners versus use of condoms. *Journal of Sex Research*, 26, 411-413.
- Remafedi, J.G. (1988). Preventing the sexual transmission of AIDS during adolescence. *Journal of Adolescent Health Care*, 9, 139-143.
- Renner, J.W., Strafford, D.G., Coffia, W.J., Kellogg, D.H., & Weber, M.C. (1973). An evaluation of the science curriculum improvement study. *School Science and Mathematics*, 73, 291-318.
- Rescorla, R.A., & Solomon, R.L. (1967). Two process learning theory: Relationships between Pavlovian conditioning and instrumental learning. *Psychological Review*, 74, 151-182.
- Rhodes, R.E., Courney, K.S. (2003). Self-efficacy, Controllability and Intention in the Theory of Planned Behavior: Measurement Redundancy or Casual Independence? *Psychology and Health*, 18 (1), 79-91.
- Rickert, V., Jay, S., Gottlieb, A., Bridges, Ch. (1989). Adolescents and AIDS: Female's Attitudes and Behaviors Toward Condom Purchase and Use. *Journal of Adolescent Health Care*, 10 (4), 313-316.
- Rippetoe, P.A., & Rogers, R.W. (1987). Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 596-604.
- Roa Gupta, G., Parkhurst, JO., Ogden, J.A. et. al., (2008). Structural approaches to HIV prevention. *Lancet*, 372, 764-75.
- Roberto, A. J., Meyer, G., Johnson, A. J., & Atkin, C. K. (2000). Using the Extended Parallel Process Model to prevent firearm injury and death: Field experiment results of a video-based intervention. *Journal of Communication*, 50, 157-175.
- Robertson, R.A., St. Lawrence, J., Morse, T.D., Baird-Thomas, C., Liew, H. & Gresham, K. (2011). The Healthy Teen Girls Project: Comparison of Health Education and STD Risk Reduction Intervention for Incarcerated Adolescent Females. *Health Education & Behavior*, 38(3), 241-250.
- Robinson, R.D., & Kiewra, K.A. (1995). Visual argument: Graphic organizers are superior to outlines in improving learning from text. *Journal of Educational Psychology*, 87, 455-467.
- Robinson, R.D., Katayama, A.D., Dubois, N.F., & Devaney, T. (1998). Interactive effects of graphic organizers and delayed review on concept application. *Journal of Experimental Education*, 67, 17-31.

- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, applications and theory*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, E.M. (1973). *Communication Strategies for Family Planning*, New York: Free Press.
- Rogers, E.M. (2000). Introduction. *Journal of Health Communication*, 5, 1-3.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social psychophysiology* (pp. 153-176). New York: Guilford Press.
- Rogers, R.W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56, 183-188.
- Rogers, R.W., & Deckner, C.W. (1975). Effects of fear appeals and physiological arousal upon emotion, attitudes, and cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 222-230.
- Rogers, R.W., & Mewborn, C.R. (1976). Fear appeals and attitude change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of the coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 54-61.
- Rogers, R.W., & Prentice-Dunn, S. (1997). Protection motivation theory. In D. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research: Vol. 1. Determinants of health behavior: Personal and social* (pp. 113-132). New York, NY: Plenum.
- Ronis, D.L. (1992). Conditional health threats: Health beliefs, decisions, and behaviors among adults. *Health Psychology*, 11, 127-134.
- Rosen, T.J., Terry, N.S., & Leventhal, H. (1982). The role of esteem and coping in response to a threat communication. *Journal of Research in Personality*, 16, 90-107.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NY: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1973). Which significant others. *American Behavioural Sciences*, 16, 829-60.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Basic Books, New York.
- Rosenberg, M. (1986a). *Conceiving the self*. NY: Basic Books.
- Rosenberg, M. (1986b). Self-concept from middle childhood through adolescence. In J. Suls & A. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 3, pp. 107-136). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.



- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 1-8.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In R.J. DiClemente, and J.L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp. 5-24). New York : Plenum Press.
- Rosenthal, D. & Moore, S. (1991). Risky business: Adolescents and HIV/AIDS. *Youth Studies*, 10, 20-5.
- Rothman, A.J., Salovey, P., Antone, C., Keough, K., & Martin, C.D. (1993). The influence of message framing on intentions to perform health behaviors. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, 408–433.
- Rothman, A.J., & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121, 3–19.
- Rothman, A.J., Martino, S.C., Bedell, B.T., Detweiler, J.B., & Salovey, P. (1999). The systematic influence of gain- and loss-framed messages on interest in and use of different types of health behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1355–1369.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice Hall.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs (General & Applied)*, 80, 1-128.
- Rowling, L. (2002). State of the art-health promoting schools-evidence: about what? In what form? For whom? Keynote address. In: Ritchie J (ed). *Made in the Future. Conference Proceedings of the 14th Annual Conference of Australia Health Promotion Association*. Sydney, Australia: Australian Health Promotion Association.
- Rowling, L. & Jeffreys, V. (2006). Capturing complexity: integrating health and education research to inform health-promoting schools policy and practice. *Health Education Research. Theory & Practice*, 21(5), 705–718.
- Sacco, W.P., Richman, R.L. , Thompson, K., Levine, B., Reed, D.L. (1993). Gender differences in AIDS relevant condom attitudes and condom use. *AIDS Education and Prevention*, 5, 311-326.
- Salazar , F.L., Crosby, A.R., DiClemente, J.R., Wingood, M.G., Lescano, M.C., Brown, K.L., (2005). Self-Esteem and Theoretical Mediators of Safer Sex Among African American Female Adolescents: Implications for Sexual Risk Reduction Interventions. *Health Education & Behavior*, 32, 413.
- Salovey, P. & Williams-Piehota, P. (2004). Field Experiments in Social Psychology : Message Framing and the Promotion of Health Protective Behaviors. *American Behavioral Scientist*, 47, 488.

- Sandford, T., Hubert, M., Bajos, N., Bos, H. (1998). *Sexual Behavior and HIV Risk: Common Patterns and Differences between European Countries*, in Hubert M., Bajos N., Sandfort T., *Sexual Behavior and HIV in Europe*. UCL Press, London.
- Santelli, J.S., DiClemente, R.J., Miller, K.S., & Kirby, D. (1999). Sexually transmitted diseases, unintended pregnancy, and adolescent health promotion. *Adolescent Medicine*, 10, 87-108.
- Scandell, J.D., Klinkenberg, W.D., Hawkes, C.M. & Spriggs S.L. (2003). The Assessment of High-Risk Sexual Behavior and Self-Presentation Concerns. *Research on Social Work Practice*, 13(2), 119-141.
- Schafer, R.B., Schafer, E., Bultena, G., & Hoiberg, E. (1993). Coping with a health threat: A study of food safety. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 386-394.
- Schank, R.C. & Langer, E. (1994). *Beliefs, Reasoning and Decision Making. Psycho-Logic in Honor of Bob Abelson*. The Illusion of Calculated Decisions, Langer Ellen, (Chapter 2, σελ. 50-51) USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [http://en.wikibooks.org/wiki/Effective\\_Reasoning/Informal\\_and\\_Formal\\_Reasoning](http://en.wikibooks.org/wiki/Effective_Reasoning/Informal_and_Formal_Reasoning) (Ανάκτηση 4-3-2012)
- Scholz, U., Gutiérrez Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is General Self-Efficacy a Universal Construct? Psychometric Findings from 25 Countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, (3), 242–251.
- Schwartz, B. (1978). *Psychology of learning and behavior*. New York: Norton.
- Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp.217-243). Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of Perceived Self- Efficacy. Psychometric Scales for Cross-Cultural Research*. Berlin: Forschung an der Frein Universität.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnson, *Measures in Health Psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (p.p. 35-37). Windsor, UK: NFER- NELSON.
- Schwarzer, R., Mueller, J. & Esther, G. (1999). Assessment of perceived General Self- Efficacy on the internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress and Coping*, 12, 145-161.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2005). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors and health. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents. Adolescence and education* (Vol. V, 139-159). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N.E., & Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences*, 39, 807-818.

- Scriven, A., Orme, J. (1996). *Health Promotion: Professional Perspectives*. London, Macmillan/The Open University.
- Shahani, C., Dipoye, R.L., Phillips, A.P. (1990). Global self-esteem as a correlate of work related attitudes: A question of dimensionality. *Journal of Personality Assessment*, (54), 276-288.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J., & Stanton, G.C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretation, *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Shavelson, R.J., Bolus, R., & Keesling, J.W. (1983). Self-concept: Recent developments in theory and methods. *New Directions for Testing and Measurement*, 7, 25-43.
- Shavelson, R.J., & Marsh, H. (1986). On the structure of self-concept: In R. Schwarzer (Ed.), *Anxiety and cognitions* (pp. 305-330). Hillsdale, N.J. Erlbaum.
- Shayer, M., & Adey, P. (1981). *Towards a science of science teaching*. London: Heinemann Educational Books.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (1998). Do intentions predict condom use? Meta-analysis and examination of six moderator variables. *British Journal of Social Psychology*, 37, 231-250.
- Sheeran, P., Abraham, Ch. & Orbell, Sh. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 90-131.
- Sheeran, P., & Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: a meta-analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 1624-75.
- Shepard, L.A. (1979). Self-acceptance: The evaluative component of the selfconcept construct. *American Educational Research Journal*, 16, 139-160.
- Sherif, M., Taub, D. & Hovland, C.I. (1958). Assimilation and contrast effects of anchoring stimuli on judgements. *Journal of Experimental Psychology*, 55, 150-155.
- Sherman, S.J., Cialdini, R.B., Schwartzman, D.F., & Reynolds, K.D. (1985). Imagining can heighten or lower the perceived likelihood of contracting a disease: The mediating effect of ease of imagery. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 118-127.
- Shew, L.M., Remafedi, J.G., Bearinger, H.L., Faulkner, L.P., Taylor, A.B., Pothhoff, J.S., Resnick, D.M. (1997). The Validity of Self-Reported Condom Use Among Adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 24(9), 503-510.
- SIECUS. Guidelines For Comprehensive Sexuality Education: Kindergarten To 12th Grade, 4th edn. New York, NY: *National Guidelines Task Force, Sexuality Information and Education*. Council of the United States, 2004.
- Siegel, D.M., Aten, M.J., & Enaharo, M. (2001). Long-term effects of a middle school- and high school-based human immunodeficiency virus sexual risk prevention intervention. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 1117-1126.
- Siegel, S. (1957). Level of aspiration and decision making. *Psychological Review*, 64, 253-262.

- Siegler, R.S. (1976). Three aspects of cognitive development. *Cognitive Psychology*, 8, 481-520.
- Siegler, R.S., Liebert, D.E., & Liebert, R M. (1973). Inhelder and Piaget's pendulum problem: Teaching preadolescents to act as scientists. *Developmental Psychology*, 9, 97-101.
- Sidibe', M., Tanaka, S., Buse, K. (2010). People, passion & politics: looking back and moving forward in the governance of the AIDS response. *Glob Health Gov*, 4, 1-17.
- Sidiropoulou-Dimakakou, D., Mylonas, K., Argyropoulou, K., Tampouri, K. (2012). Career Decision-making Difficulties, Dysfunctional Thinking and Generalized Self-Efficacy of University Students in Greece. *World Journal of Education*, 2, (1), 117-130.
- Signorelli, C., et. al. (2006). Third Italian survey on knowledge, attitudes and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns. *European Journal of Public Health*.
- Signorielli, N. (1998). Health images on television. In L.D. Jackson, B.K. Duffy, et. al. (Eds.). *Health communication research: A guide to developments and directions* (pp. 163-179). Westport, CT: Greenwood Press/Greenwood Publishing Group, Inc.
- Silber, E., & Tippet, J.S. (1965). Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071.
- Simmons, S.J. (1989). Health: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 26, 155-161.
- Simons-Morton, B.G., Donohew, L.C., Aria, D. (1997). Health communication in the prevention of alcohol, tobacco and drug use. *Health Education and Behavior*, 24, 544-554.
- Sinnott, J. D. (1975). Everyday thinking and Piagetian operativity in adults. *Human Development*, 18, 430-443.
- Skaalvik, E.M., & Rankin, R J. (1995). A test of the internal/external frame of reference model of different levels of math and verbal self-perception. *American Educational Research Journal*, 32, 161-184.
- Σκούρας, Φ., Χατζηδήμος, Α., Καλούτσης, Α., Παπαδημητρίου, Γ. (1991). *Η ψυχοπαθολογία της πείνας, του φόβου και του άγχους. Νευρώσεις και ψυχονευρώσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280-285.
- Smith, M.S., & Shaffer, R.D. (2000). Vividness can undermine or enhance message processing: The moderating role of vividness congruency. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 769-779.
- Smith, P.K., & Watkins, S.C. (2005). Perceptions of risk and strategies for prevention: responses to HIV/AIDS in rural Malawi. *Social Science & Medicine*, 60, 649-660.
- Smith, R. A., Ferrara, M., & Witte, K. (2007). Social sides of health risks: Stigma and collective efficacy. *Health Communication*, 21(1), 55-64.

- Smoak, N.D., Scott-Sheldon, L.A., Johnson, B.T., et al. (2006). Sexual risk reduction interventions do not inadvertently increase the overall frequency of sexual behavior: a meta-analysis of 174 studies with 116,735 participants. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 41, 374-84.
- Snipes, R.L., LaTour, M.S., & Bliss J.S. (1999). A Model of the Effects of Self-Efficacy on the Perceived Ethicality and Performance of Fear Appeals in Advertising. *Journal of Business Ethics*, 19 (2), 273-285.
- Snyder, M. & Cantor, N. (1979). Testing Hypotheses about Other People: The Use of Historical Knowledge. *Journal of Experimental Social Psychology*, 15, 330-342.
- Soares, A.T., & Soares, A.M. (1979). *The Affective Perception Inventory*. Trumbell, CT: Soares Associates.
- Stainback, & Rogers, R.W. (1983). Identifying effective components of alcohol abuse prevention programs: Effects of fear appeals, message style, and source expertise. *International Journal of the Addictions*, 18, 399-105.
- Stajkovic, A.D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performances: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124, 240-261.
- Steffen, V.J., Sternberg, L., Teegarden, L.A., & Shepherd, K. (1994). Practice and persuasive frame: Effects on beliefs, intention, and performance of cancer self-examination. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 897-925.
- Stekel, W. (1930). Les etats d'angoisse nerveux. Payot 1930.
- Stewart-Brown, S. (2001). Evaluating health promotion in schools: reflections. In: Rootman I, Hyndman B, McQueen DV (eds). *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives*. WHO Regional Publications European Series, 92, 271-84. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_43](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_43)
- Stone, C.A., & Day, C.M. (1978). Levels of availability of a formal operational strategy. *Child Development*, 49, 1054-1065.
- Strang, R. (1957). *The Adolescent Views Himself*. New York: McGraw-Hill.
- Strecher, V. J., et al., (1997). The health belief model, Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., (Eds), *Health Behaviour and Health Education*, Jossey- Bass, San Francisco, CA, 41-59.
- Struckman-Johnson, D. & Struckman-Johnson, C. (1996). Can you say condom? It makes a difference in fear arousing AIDS prevention public service announcements. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1068-1083.
- Sutton, S.R. (1982). Fear-arousing communications: A critical examination of theory and research. In J.R. Eiser (Ed.), *Social psychology and behavioral medicine* (pp. 303-337). London: Wiley. Sutton.

- Sutton, S.R., & Eiser, J.R. (1984). The effects of fear-arousing communications on cigarette smoking: An expectancy-value approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 13-33.
- Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tang, C.S., Wong, C., & Lee, A. M. (2001). Gender-related psychosocial and cultural factors associate with condom use among Chinese married women. *AIDS Education and Prevention*, 13, 329-342.
- Tanner, J.F., Hunt, B.J., Eppright, R.D., (1991). The Protection Motivation Model: A Normative Model of Fear Appeals Journal. *Journal of Marketing*, 55, 36-45.
- Taylor, S.E., & Brown, J.D. (1988). Illusion and wellbeing: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Terblanche-Smit, M., Terblanche, N., (2010). The Effect of Fear Appeal HIV/AIDS Social Marketing on Behaviour: Evaluating the Importance of Market Segmentation. *Theoretical and Applied Economics Volume XVII, No. 11(552)*, pp. 79-90.
- Tolli, M.V. (2012). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Education Research*, 1-10. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://her.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/28/her.cys055.abstract?ct=ct> (Ανάκτηση: 29-5-2012).
- Tolma, E., Reininger, M.B., Evans, E. & Ureda, J. (2006). Examining the Theory of Planned Behavior and the Construct of Self-Efficacy to Predict Mammography Intention, *Health Education & Behavior*, 33, 233.
- Τούντας, Κ.Γ. *Προαγωγή Υγείας*. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M. & Finlay, K. (2002). Evidence that perceived behavioral control is a multidimensional construct: perceived control and perceived difficulty. *British Journal of Social Psychology*, 41, 101-121.
- Troth, A., & Peterson, C.C. (2000). Factors predicting safe-sex talk and condom use in early sexual relationships. *Health Communication*, 12, 195-218.
- Τσαλίκोगλου, Φ. (2003). *Η ψυχή στη χώρα των πραγμάτων. Δοκίμια*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Tschirgi, J.E. (1980). Sensible reasoning: A hypothesis about hypotheses. *Child Development*, 51(1), 1-10.
- Tudor, A. (2003). A (Macro) sociology of fear? *Soc. Rev.*, 51, 238-256.
- Tulloch, J. (1990). Evaluating the Government media AIDS campaigns 1986-1990. *National AIDS Bulletin*, December/January, 8-22.

- Turner, B.A., (1994). The future for risk research. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 2, 146-156.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1976). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the rationality of choice. *Science*, 221, 453-458.
- UNAIDS. Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- UNESCO. International Technical Guidance: An Evidence- Informed Approach For Schools, Teachers and Health Educators. Two vols. Paris: United Nations Economic, Social and Cultural Organization, 2009.
- Undry, J.R., Clark, L.T. , Chase, C.L., & Levy, M. (1972). Can mass media advertising increase contraceptive use? *Family Planning Perspectives*, 4, 37-44.
- United States Public Health Service. *National Health Objectives; 2000*. Washington, DC: US Dept of Health; 2000.
- U.S. Dept of Health and Human Services. *HIV/AIDS Surveillance Report; 2000*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
- Valleroy, L.A., MacKellar, D.A., Karon, J.M., Janssen, R.S., & Hayman, C.R. (1998). HIV infection in disadvantaged outof-school youth: Prevalence for U.S. Job Corps entrants, 1990 through 1996. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 19(1), 67-73.
- VanLandingham, M.J., Suprasert, S., Grandjean, N. & Sittitrai, W. (1995). Two views of risky sexual practices among Northern Thai males: The health belief model and the theory of reasoned action. *Journal of Health and Social Behavior* 36, 195-212.
- Vaughn, E. (1993). Chronic exposure to environmental hazard: Risk perceptions and elf-protective behavior. *Health Psychology*, 12, 74-85.
- Vrugt, A. (1994). Perceived self-efficacy, social comparison, affective reactions and academic performance. *British Journal of Educational Psychology*, 64, 465-472.
- Walker, J. (2001). *Control and the psychology of health*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Wallack, L. (1989). Mass communication and helath promotion: A critical perspective. In *Public Communication Campaigns*, R.E. Rice and C.K. Atkin, eds. Newbury Park, CA: Sage Publications, 353-367.
- Waller, R., & Whalley, P. (1987). Graphically organised prose. *Learning and Instruction*, 1, 369-381.
- Wallston, K.A. (1989). Assessment of control in health care settings. In A. Steptoe & A. Appel (Eds.), *Stress, personal control and health* (pp. 85-105). Chicester, UK: Wiley.

- Wallston, K.A. (2001a). Control beliefs. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*. Oxford, UK: Elsevier Science.
- Wallston, K.A. (2001b). Conceptualization and operationalization of perceived control. In A. Baum, T. Revenson, and J. E. Singer (Eds.), *The handbook of health psychology* (pp. 49-58). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wallston, K.A. (2005). The validity of multidimensional health locus of control scales. *Journal of Health Psychology*, 10, 623-631. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2206030/>
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multi-dimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.vanderbilt.edu/nursing/kwallston/mhlc scales.htm> , (Ανάκτηση: 5-3-2010).
- Wallston, K.A., Stein, M.J., & Smith, C.A. (1994). Form C of the MHLC Scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63, 534-553.
- Walsch, A. (1991). Self-esteem and sexual behavior: exploring gender differences. *Sex Roles*, 25, 441-450.
- Warren, C. (1999). Geographical variations in AIDS knowledge and attitude among adolescent girls of Jamaica. *AIDS Education and Prevention*, 11(4), 364-372.
- Warwick, I., Aggleton, P., Homans, H. (1988). Young People's Health Beliefs and AIDS, in Peter Aggleton and Hilary Homans (eds) *Social Aspects of AIDS*. London, Falmer Press.
- Wason, P.C., & Johnson-Laird, P.N. (1972). *Psychology of reasoning: Structure and content*. USA: Harvard University Press, Cambridge.
- Watkin, D. & Dhawan, N. (1989). Do we need to distinguish the constructs of self-concept and self-esteem? *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 555-562.
- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12, 324-333.
- Weinstein, N.D. & Nicolich, M. (1993). Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviors. *Health Psychology*, 12(3), 235-245.
- Weisman, C., Nathanson, C., & Ensminger, M. (1989). AIDS knowledge, perceived risk and prevention among adolescent clients of a family planning clinic. *Family Planning Perspectives*, 21, 213-217.
- Weiss, G.L., Larsen, D.L., & Baker, W.K. (1996). The development of health protective behaviors among college students. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 143-161.
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C.H., et al. (2001). Sexual behaviour in Britain: Early heterosexual experience. *Lancet*, 358, 1843-1850.



- Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A.M., Field, J., Whitaker, L., & Field, B. (1995). Provision of sex education and early sexual experience: The relationship examined. *British Medical Journal*, 311, 417-420.
- Wells, L.E., & Marwell, G. (1976). *Self-Esteem: Its Conceptualization and Measurement*. Beverly Hills, CA: Sage.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- Wilkins, L. & Patterson, P. (1987). Risk analysis and the construction of news. *Journal of Communication*, 37(3), 80-92.
- Williams, J.D., Briley A.D., Sonya A. Grier A.S., & Henderson R.G., (2003), Fear Appeals Between and Within Cultures, in Scott M. Smith (ed.), *Proceedings of the Ninth Cross-Cultural Research Conference*, Jamaica, December (on CD).
- Wills, T. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245-271.
- Wilson, D., Zenda, A., & Lavelle, S. (1992). Factors influencing intended condom use among Zimbabwean students. Paper presented at the VIII International Conference on AIDS (Abstr PoD5389), Amsterdam, The Netherlands.
- Wilson, E.J., & Sherrell, D.L. (1993). Source effects in communication and persuasion research A meta- analysis of effect size. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21, 101-112.
- Wilton, T. (1997). *Engendering AIDS: deconstructing sex, text and epidemic*. London: Sage Publications.
- Witte, K. (1991). *Preventing AIDS through persuasive communication: Fear appeals and preventive-action efficacy*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Irvine.
- Witte, K. (1992). The role of threat and efficacy in AIDS prevention. *International Quarterly of Community Health Education*, 12, 225-249.
- Witte, K. (1992a). Putting the Fear Back in Fear Appeals: The Extended Parallel Process Model. *Communication Monographs*, 59, 329-349.
- Witte, K. (1993). Message and conceptual confounds in fear appeals: The role of threat, fear and efficacy. *The Southern Communication Journal*, 58(2), 147-155.
- Witte, K. (1994a). Fear control and danger control: A test of the Extended Parallel Process Model (EPPM). *Communication Monographs*, 61, 113-134.
- Witte, K., (1994b). Generating effective risk messages: How scary should your risk communication be? *Communication Yearbook*, 18, 229-254.
- Witte, K., (1997). Preventing teen pregnancy through persuasive communications: Realities, myths, and the hard-fact truths. *Journal of Community Health*, 22, 137-154.

- Witte, K., & Allen, M. (2000). A Meta-Analysis for Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. *Health Education and Behavior*, 27 (5), 591-615.
- Witte, K., Berkowitz, J., Cameron, K., & McKeon, J. (1998). Preventing the spread of genital warts: Using fear appeals to promote self-protective behaviors. *Health Education & Behavior*, 25(5), 571-585.
- Witte, K., Cameron, K. A., McKeon, J., & Berkowitz, J. (1996). Predicting risk behaviors: Development and validation of a diagnostic scale. *Journal of Health Communication*, 1, 317-341.
- Witte, K., Cameron, K., & Nzyuko, S. (1995). *HIV/AIDS along the Trans-Africa Highway in Kenya: Examining risk perceptions, recommended responses, and campaign materials*. Report submitted to the All-University Research Initiative Grant program, Michigan State University, East Lansing, Michigan.
- Witte, K., Girma, B., Gireg, A. (2002-2003). Addressing underlying mechanisms to HIV/AIDS preventive behaviors in Ethiopia. *International Quarterly of Community Health Education*, 21(2), 163-176.
- Witte, K., & Morrison, K. (1995a). *Examining the influence of trait anxiety/repression-sensitization on individuals' reactions to fear appeals*. Unpublished manuscript.
- Witte, K., & Morrison, K. (1995b). The use of scare tactics in AIDS prevention: The case of juvenile detention and high school youth. *Journal of Applied Communication Research*, 23, 128-142.
- Witte, K., Sampson, J., Liu, W. Y., & Morrison, K. (1995). *Addressing cultural orientations in fear appeals: Promoting AIDS-protective behaviors among Hispanic immigrant and African-American adolescents*. Unpublished manuscript.
- Wollman, W.T., & Chen, B. (1982). Effects of structured social interaction on learning to control variables: A classroom training study. *Science Education*, 66, 717-730.
- Wong, C., & Tang, C.C. (2001). Understanding heterosexual Chinese college students' intention to adopt safer sex behaviors. *Journal of Sex Research*, 38, 118-126.
- World Health Organization (1992). *Quarterly statistics for reported cases of AIDS*, January 1992, WHO, Washington.
- World Health Organization (WHO) (1998). *Health Promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- Wulfert, E., & Wan, C.K. (1993). Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology*, 12, 346-353.
- Wulfert, E., & Wan, C.K. (1995). Safer sex intentions and condom use viewed from a health belief, reasoned action, and social cognitive perspective. *Journal of Sex Research*, 32, 299-311.
- Wurtele, S.K., & Maddux, J.E. (1987). Relative contributions of protection motivation theory components in predicting exercise intentions and behavior. *Health Psychology*, 6, 453-466.

- Wylie, R. (1974). *The Self-concept. A review of methodological considerations and measuring instruments* (rev. ed.). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Wylie, R. (1979). *The self-concept: The theory and research on selected topics* (vol 2). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Wylie, R. (1989). *Measures of self-concept*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Χαραλάμπους, Α., Τσίτση, Θ. (2010). 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. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3):449-459.
- Yep, G.A. (1993). Health beliefs and HIV prevention: do they predict monogamy and condom use? *Journal of Social Behavior & Personality*, 8, 507-520.
- Zajonc, R.B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure, *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, Monograph supplement No. 2, Part 2.
- Zak-Place, J., & Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behavior. *Journal of American College Health*, 52, 229-236.
- Zanna, M.P., & Cooper, J. (1974). Dissonance and the pill: An attribution approach to studying the arousal properties of dissonance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29(5), 703-709.
- Zimmerman, B.J., Bandura, A., & Martinez-Pons, M. (1992). Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American Educational Research Journal*, 29.
- Zimmerman, M.A., Copeland, L.A., Shope, J.T., & Dielman, T.E. (1997). Alongitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(2), 117-141.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.**  
**Συναίνεση Γονέων για την συμμετοχή των μαθητών στην έρευνα**

**Θέμα: Συμμετοχή μαθητών και μαθητριών σε έρευνα**

Αγρίνιο, 2011

Αγαπητοί Γονείς:

Στα πλαίσια εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, το Τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου πραγματοποιεί μια έρευνα σχετικά με την Αγωγή Υγείας και το AIDS. Η διεξαγωγή της έρευνας έχει ήδη εγκριθεί και έχει λάβει την σχετική άδεια από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (Α.Π.72647/Γ2).

Η παρούσα έρευνα θα μελετήσει την επιρροή φοβικών και προτρεπτικών μηνυμάτων σχετικά με τον ιό HIV/AIDS, δηλαδή κατά πόσο η χρήση του φόβου αυξάνει την πιθανότητα υιοθέτησης κατάλληλης προληπτικής συμπεριφοράς.

Το δείγμα καλείται να απαντήσει ένα ερωτηματολόγιο που έχει κατασκευαστεί για αυτό το σκοπό. Κατά την αρχική μέτρηση ερευνάται η επικινδυνότητα της συμπεριφοράς των νέων καθώς και στοιχεία σχετικά με την αυτοεκτίμηση και την αυτό-αποτελεσματικότητά τους. Κατά την επαναληπτική μέτρηση εκτός από τις παραπάνω μεταβλητές θα μελετηθεί και η συμβολή φοβικών μηνυμάτων Αγωγής Υγείας. Θα χρησιμοποιηθούν εικόνες καθώς και μηνύματα Αγωγής Υγείας.

Φυσικά, το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές.

Σας παρακαλώ θερμά για την συναίνεσή σας, ώστε το παιδί σας να λάβει μέρος στην παρούσα έρευνα !!

Με εκτίμηση,  
Μαρία Μπάδα

**Υπογραφή Γονέα**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β - Ερωτηματολόγιο 1

### Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Αγαπητέ Μαθητή/Μαθήτριά:

Είμαι υποψήφια διδάκτορας στο τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου Πολιτικών και Κοινωνικών Σπουδών. Διεξάγω μια έρευνα σχετικά με την Αγωγή Υγείας και το AIDS.

Ως συμμετέχοντες σε αυτή την έρευνα καλείστε να απαντήσετε ένα ερωτηματολόγιο. Παρακαλείσθε να απαντήσετε κάθε ερώτηση όσο καλύτερα και ειλικρινά μπορείτε.

Φυσικά, το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας είναι απόλυτα εμπιστευτικές.

Σας ευχαριστώ θερμά για την βοήθεια και την συμμετοχή σας στην έρευνα!!

Με εκτίμηση,  
Μαρία Μπάδα

---

Ηλικία:.....

Κωδικός:.....

Φύλο: Άρρεν ☐  
Θήλυ ☐

Όνομα Σχολείου: .....

Τμήμα:.....

Επάγγελμα Πατέρα:.....

Επάγγελμα Μητέρας:.....

**Παρακάτω καλείστε να απαντήσετε κάποια ερωτήματα που αφορούν την προσωπικότητά σας .**

**Εσείς προσωπικά κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα παρακάτω:**

|                                                                                                   | <b>Συμφωνώ<br/>απόλυτα</b> | <b>Συμφωνώ</b> | <b>Διαφωνώ</b> | <b>Διαφωνώ<br/>απόλυτα</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|----------------|----------------------------|
| <b>1.</b> Γενικά, είμαι ικανοποιημένος/η από τον εαυτό μου                                        |                            |                |                |                            |
| <b>2.</b> Κάποιες φορές, νομίζω ότι δεν είμαι καθόλου καλός/ή                                     |                            |                |                |                            |
| <b>3.</b> Νομίζω ότι σαν άτομο έχω κάποια καλά χαρακτηριστικά γνωρίσματα                          |                            |                |                |                            |
| <b>4.</b> Είμαι ικανός/ή να κάνω πράγματα τόσο καλά όσο οι περισσότεροι άνθρωποι                  |                            |                |                |                            |
| <b>5.</b> Αισθάνομαι ότι δεν διαθέτω πολλά πράγματα για τα οποία θα μπορούσα να είμαι περήφανος/η |                            |                |                |                            |
| <b>6.</b> Σίγουρα, νιώθω άχρηστος/η κάποιες φορές                                                 |                            |                |                |                            |
| <b>7.</b> Πιστεύω ότι ως άτομο αξίζω, τουλάχιστον τόσο όσο και οι άλλοι                           |                            |                |                |                            |
| <b>8.</b> Μακάρι να σεβόμουν περισσότερο τον εαυτό μου                                            |                            |                |                |                            |
| <b>9.</b> Γενικά, τείνω να νιώθω ότι είμαι μια αποτυχία                                           |                            |                |                |                            |
| <b>10.</b> Έχω μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό μου                                           |                            |                |                |                            |

**Επίσης εσάς προσωπικά σε ποιο βαθμό σας χαρακτηρίζουν τα παρακάτω:**

**11.** Πάντα καταφέρνω να λύνω δύσκολα προβλήματα, εάν βέβαια προσπαθήσω αρκετά.

1. Καθόλου Αλήθεια
2. Ελάχιστα Αλήθεια
3. Αρκετά Αλήθεια
4. Απολύτως Αλήθεια

**12.** Εάν κάποιος μου αντιτίθεται, μπορώ πάντα να βρίσκω τρόπους να κάνω αυτό που θέλω εγώ.

1. Καθόλου Αλήθεια
2. Ελάχιστα Αλήθεια
3. Αρκετά Αλήθεια
4. Απολύτως Αλήθεια

**13.** Μου είναι εύκολο να παραμείνω σταθερός/ή στους στόχους μου και να πραγματοποιήσω τα σχέδιά μου.

1. Καθόλου Αλήθεια
2. Ελάχιστα Αλήθεια
3. Αρκετά Αλήθεια
4. Απολύτως Αλήθεια

**14.** Πιστεύω για τον εαυτό μου ότι μπορώ να αντιμετωπίσω με αποτελεσματικότητα απροσδόκητα γεγονότα.

1. Καθόλου Αλήθεια
2. Ελάχιστα Αλήθεια
3. Αρκετά Αλήθεια
4. Απολύτως Αλήθεια

**15.** Ευτυχώς λόγω της επινοητικότητας μου ξέρω πάντα να χειρίζομαι απρόοπτες καταστάσεις.

1. Καθόλου Αλήθεια
2. Ελάχιστα Αλήθεια
3. Αρκετά Αλήθεια
4. Απολύτως Αλήθεια

**16.** Μπορώ να λύσω τα περισσότερα προβλήματα εάν αφιερώσω την αναγκαία προσπάθεια.

1. Καθόλου Αλήθεια
2. Ελάχιστα Αλήθεια
3. Αρκετά Αλήθεια
4. Απολύτως Αλήθεια

**17.** Όταν αντιμετωπίζω δυσκολίες παραμένω ήρεμος/η επειδή μπορώ να βασίζομαι στις ικανότητές μου.

1. Καθόλου Αλήθεια
2. Ελάχιστα Αλήθεια
3. Αρκετά Αλήθεια
4. Απολύτως Αλήθεια

**18.** Όταν βρεθώ αντιμέτωπος/η με ένα πρόβλημα, συνήθως βρίσκω αρκετές λύσεις.

1. Καθόλου Αλήθεια
2. Ελάχιστα Αλήθεια
3. Αρκετά Αλήθεια
4. Απολύτως Αλήθεια

**19.** Εάν είμαι αναγκασμένος/η να αντιμετωπίσω μια κατάσταση συνήθως μπορώ να σκεφτώ τρόπους να το κάνω.

1. Καθόλου Αλήθεια
2. Ελάχιστα Αλήθεια
3. Αρκετά Αλήθεια
4. Απολύτως Αλήθεια

**20.** Δεν παίζει ρόλο τι θα μου συμβεί, συνήθως μπορώ να το αντιμετωπίσω.

1. Καθόλου Αλήθεια
2. Ελάχιστα Αλήθεια
3. Αρκετά Αλήθεια
4. Απολύτως Αλήθεια

**Και κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα παρακάτω:**

**21.** Ότι κι αν κάνω, αν πρόκειται να αρρωστήσω, θα αρρωστήσω.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

**22.** Τα περισσότερα πράγματα που επηρεάζουν την υγεία μου συμβαίνουν τυχαία.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

**23.** Έχω τον έλεγχο της υγείας μου.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

**24.** Όταν αρρωσταίνω, φταίω εγώ.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

**25.** Η τύχη παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό του πόσο σύντομα θα αναρρώσω από μια ασθένεια.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

**26.** Αυτό που κυρίως επηρεάζει την υγεία μου είναι αυτό που κάνω εγώ.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

**27.** Αν λάβω τα κατάλληλα μέτρα, μπορώ να παραμείνω υγιής.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

**28.** Εάν αρρωστήσω, η δική μου συμπεριφορά θα καθορίσει πόσο γρήγορα θα αναρρώσω.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

**29.** Η καλή υγεία μου αποτελεί κατά πολύ θέμα καλής τύχης.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

**30.** Ότι κι αν κάνω, είναι πιθανό να ασθενήσω.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

**31.** Αν είναι πεπρωμένο να γίνει, θα παραμείνω υγιής.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

**32.** Εάν φροντίζω τον εαυτό μου, μπορώ να αποφύγω κάποια ασθένεια.

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Μάλλον Διαφωνώ
3. Διαφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Μάλλον Συμφωνώ
6. Συμφωνώ απόλυτα

### **Παρακαλώ απαντήστε τις παρακάτω γενικές ερωτήσεις:**

**33.** Ποιος μπορεί να μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS?

|                                          |   |
|------------------------------------------|---|
| Μόνο άτομα εξαρτημένα από ναρκωτικά..... | 1 |
| Όλοι.....                                | 2 |
| Μόνο Ομοφυλόφιλοι .....                  | 3 |
| Δεν γνωρίζω .....                        | 4 |



34. Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS; Παρακαλώ βαθμολογείστε το φόβο σας σε μια κλίμακα από το 1 ως το 7, όπου το 1= φοβάμαι πολύ το AIDS και 7= δεν έχω απολύτως κανένα φόβο.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  
**Φοβάμαι Πολύ** **Απολύτως κανένα φόβο**

35. Μέσω ποιών σωματικών υγρών μπορεί να μεταδοθεί ο ιός HIV; (Πιθανές πολλαπλές απαντήσεις)
- |                   |   |
|-------------------|---|
| Αίμα.....         | 1 |
| Σάλιο.....        | 2 |
| Σπέρμα.....       | 3 |
| Μητρικό γάλα..... | 4 |
| Ούρα.....         | 5 |
| Δάκρυ.....        | 6 |
| Κολπικό υγρό..... | 7 |
| Ιδρώτας.....      | 8 |

36. Μπορεί ένα μωρό να γεννηθεί με AIDS;
- |                   |   |
|-------------------|---|
| Ναι .....         | 1 |
| Όχι .....         | 2 |
| Δεν γνωρίζω ..... | 3 |

37. Το προφυλακτικό προστατεύει σχεδόν 100% από το AIDS.
- |                   |   |
|-------------------|---|
| Ισχύει .....      | 1 |
| Δεν ισχύει.....   | 2 |
| Δεν γνωρίζω ..... | 3 |

38. Είχες μέχρι τώρα σεξουαλική επαφή;
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Ναι, μερικές φορές..... | 1 |
| Ναι, συχνά .....        | 2 |
| Όχι .....               | 3 |

- 38.α. Εάν απάντησες «Ναι»: Την πρώτη φορά χρησιμοποίησες προφυλακτικό;
- |                   |   |
|-------------------|---|
| Ναι .....         | 1 |
| Όχι , μάλλον..... | 2 |

39. Πόσο υψηλά τοποθετείς την πιθανότητα, **Εσύ** προσωπικά να μολυνθείς; Παρακαλώ αξιολόγησε από το 1 ως το 7, όπου το 1=αρκετά πιθανό και 7 = εξαιρετικά απίθανο.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  
**Αρκετά πιθανό** **Εξαιρετικά απίθανο**

40. Υπάρχει κάποιο εμβόλιο κατά του AIDS;
- |                   |   |
|-------------------|---|
| Ναι .....         | 1 |
| Όχι .....         | 2 |
| Δεν γνωρίζω ..... | 3 |

41. Ποια προληπτικά μέτρα ασφαλείας λαμβάνεις εσύ προσωπικά κατά του AIDS;

| <b>Συμφωνώ<br/>με αυτό</b>                                                           | <b>Διαφωνώ<br/>με αυτό</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Σεξουαλική επαφή μόνο με προφυλακτικό .....                                          | 1..... 2                   |
| Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με κάποιο σύντροφο,<br>που δεν γνωρίζω αρκετό καιρό ..... | 1..... 2                   |
| Γενικά αποφυγή της σεξουαλικής επαφής.....                                           | 1..... 2                   |

42. Έχεις αγοράσει ως τώρα προφυλακτικά;
- |                          |   |
|--------------------------|---|
| Ναι, συχνά .....         | 1 |
| Ναι, μερικές φορές ..... | 2 |
| Όχι .....                | 3 |
43. Τα συναισθήματά σου για το μέλλον και το AIDS είναι..:
- |                    |   |
|--------------------|---|
| Λύπη .....         | 1 |
| Φόβος .....        | 2 |
| Αισιοδοξία .....   | 3 |
| Αδιαφορία .....    | 4 |
| Επιθετικότητα..... | 5 |
| Ελπίδα .....       | 6 |
| Απογοήτευση .....  | 7 |
44. Θα μπορούσες να μολυνθείς από AIDS...
- |                                                                       | Όχι | Ναι |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Μέσω του αέρα; .....                                                  | 1   | 2   |
| Με χειραψία; .....                                                    | 1   | 2   |
| Με ένα φιλή; .....                                                    | 1   | 2   |
| Με το να μοιραστείς το ποτήρι σου;.....                               | 1   | 2   |
| Με το να του/της επιτρέψεις να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα σου; ..... | 1   | 2   |
| Με το να διασκεδάσεις μαζί του/της;(Καφέ, Σινεμά κ.τ.λ.) .....        | 1   | 2   |
| Με το να πάς στην πισίνα ή την σάουνα μαζί του/της; .....             | 1   | 2   |
| Με το να ζεις μαζί του/της; .....                                     | 1   | 2   |
45. Θεωρείς, ότι είσαι αρκετά ενημερωμένος σχετικά με το AIDS;
- |                              |   |
|------------------------------|---|
| Ναι, είμαι ενημερωμένος..... | 1 |
| Όχι , είμαι αβέβαιος .....   | 2 |
46. Από πού προέρχεται μέχρι τώρα η ενημέρωσή σου για το AIDS; (πιθανές πολλαπλές απαντήσεις)
- |                               |    |
|-------------------------------|----|
| Τηλεόραση .....               | 1  |
| Ραδιόφωνο.....                | 2  |
| Καθημερινές εφημερίδες .....  | 3  |
| Γονείς και συγγενείς .....    | 4  |
| Φίλοι.....                    | 5  |
| Διαλέξεις και Σεμινάρια ..... | 6  |
| Περιοδικά/φυλλάδια .....      | 7  |
| Βιβλία .....                  | 8  |
| Σχολείο .....                 | 9  |
| Ιατροί.....                   | 10 |
| Internet.....                 | 11 |
47. Ποια από αυτές τις πηγές θα πρέπει να ενισχύσει την ενημερωτική της δραστηριότητα;
- |                               |    |
|-------------------------------|----|
| Τηλεόραση .....               | 1  |
| Ραδιόφωνο.....                | 2  |
| Καθημερινές εφημερίδες .....  | 3  |
| Γονείς και συγγενείς .....    | 4  |
| Φίλοι.....                    | 5  |
| Διαλέξεις και Σεμινάρια ..... | 6  |
| Περιοδικά/φυλλάδια .....      | 7  |
| Βιβλία .....                  | 8  |
| Σχολείο .....                 | 9  |
| Ιατροί.....                   | 10 |
| Internet.....                 | 11 |

**Εσείς προσωπικά κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις:**

**48.** Αισθάνομαι σίγουρος/η για την ικανότητά μου να φορέσω ένα προφυλακτικό στον εαυτό μου ή στον σύντροφό μου.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**49.** Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι μπορώ να αγοράσω προφυλακτικά χωρίς να νιώθω ντροπή/αμηχανία.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**50.** Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι μπορώ να θυμηθώ να έχω ένα προφυλακτικό μαζί μου σε περίπτωση που το χρειαστώ.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**51.** Αισθάνομαι σίγουρος/η για την ικανότητά μου να συζητήσω την χρήση προφυλακτικών με οποιοδήποτε σύντροφο μου.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**52.** Είμαι σίγουρος/η για την ικανότητά μου να προτείνω την χρήση προφυλακτικών με ένα/μια νέο/α σύντροφο.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**53.** Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι μπορώ να προτείνω την χρήση προφυλακτικού, χωρίς να νιώσει ο/η σύντροφος μου «άρρωστος/η - νόσων».

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**54.** Αισθάνομαι σίγουρος/η για την ικανότητά μου ή την ικανότητα του συντρόφου μου να διατηρήσει την σεξουαλική του διάθεση κατά τη χρήση του προφυλακτικού.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**55.** Θα αισθανόμουν αμήχανα να φορέσω ένα προφυλακτικό στον εαυτό μου ή στον σύντροφο μου.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**56.** Αν πρότεινα την χρήση προφυλακτικού σε ένα σύντροφο, θα φοβόμουν ότι θα με απορρίψει.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**57.** Αν δεν ήμουν σίγουρος/η για τα συναισθήματα του/της συντρόφου μου σχετικά με την χρήση προφυλακτικών, δεν θα πρότεινα την χρήση τους.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**58.** Αισθάνομαι σίγουρος/η για την ικανότητά μου να χρησιμοποιήσω ένα προφυλακτικό σωστά.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**59.** Θα αισθανόμουν άνετα να συζητήσω την χρήση προφυλακτικού με ένα πιθανό ερωτικό σύντροφο πριν ακόμα συνάψουμε σεξουαλική επαφή (π.χ. αγκαλιές, φιλιά, κ.α.).

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**60.** Αισθάνομαι σίγουρος/η για την ικανότητα μου να πείσω ένα σύντροφο στο να δεχτεί την χρήση προφυλακτικού κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**61.** Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι θα μπορούσα άνετα να αφαιρέσω και να απομακρύνω ένα προφυλακτικό κατά την σεξουαλική επαφή.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**62.** Αν ο/η σύντροφος μου κι εγώ προσπαθούσαμε να χρησιμοποιήσουμε ένα προφυλακτικό και δεν τα καταφέρναμε, θα ντρεπόμουν να χρησιμοποιήσω ένα ξανά (π.χ. ανικανότητα να ξετυλίξω το προφυλακτικό, να το φορέσω ανάποδα, αμηχανία).

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**63.** Δεν θα αισθανόμουν σίγουρος/η να προτείνω την χρήση προφυλακτικών με ένα/μια νέο/α σύντροφο επειδή, θα φοβόμουν ότι θα θεωρήσει πως είχα ομοφυλοφιλική εμπειρία στο παρελθόν.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**64.** Δεν θα αισθανόμουν σίγουρος/η να προτείνω την χρήση προφυλακτικών με ένα/μια νέο/α σύντροφο επειδή θα φοβόμουν ότι θα νομίζει πως έχω μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**65.** Δεν θα αισθανόμουν σίγουρος/η να προτείνω την χρήση προφυλακτικών με ένα/μια νέο/α σύντροφο επειδή θα φοβόμουν ότι θα σκεφτεί πως πιστεύω ότι έχει μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**66.** Θα αισθανόμουν άνετα να συζητήσω την χρήση προφυλακτικού με ένα/μια πιθανό/η σύντροφο, πριν ακόμα να έχουμε σεξουαλική επαφή.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**67.** Αισθάνομαι σίγουρος/η για την ικανότητά μου να φορέσω ένα προφυλακτικό στον εαυτό μου ή στον σύντροφο μου κατά το προκαταρκτικό στάδιο της σεξουαλικής επαφής.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**68.** Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι μπορώ να χρησιμοποιήσω ένα προφυλακτικό με ένα/μια σύντροφο, χωρίς να «χαλάσω τη διάθεση».

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**69.** Αισθάνομαι σίγουρος/η για την ικανότητα μου να φορέσω ένα προφυλακτικό στον εαυτό μου ή στον σύντροφο μου γρήγορα.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**70.** Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι θα μπορούσα να χρησιμοποιήσω ένα προφυλακτικό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής χωρίς να μειωθούν οποιοσδήποτε ερωτικές αισθήσεις.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**71.** Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι θα θυμόμουν να χρησιμοποιήσω ένα προφυλακτικό ακόμα και μετά την κατανάλωση οινόπνευματώδους ποτού.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**72.** Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι θα θυμόμουν να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό ακόμα και αν ήμουν υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών.

- 0. Συμφωνώ απόλυτα
- 1. Συμφωνώ
- 2. Αναποφάσιστος/η
- 3. Διαφωνώ
- 4. Διαφωνώ απόλυτα

**Ακόμα μια φορά σας Ευχαριστώ Πολύ...!**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ**  
**Ερωτηματολόγιο Επαναληπτικής Μέτρησης (Ακολουθεί το 1<sup>ο</sup> ερωτηματολόγιο)**

**Ερωτηματολόγιο Έρευνας (β' φάση)**

Αγαπητέ Μαθητή/Μαθήτριά:

Είμαι υποψήφια διδάκτορας στο τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου Πολιτικών και Κοινωνικών Σπουδών. Διεξάγω μια έρευνα σχετικά με την Αγωγή Υγείας και το AIDS.

Ως συμμετέχοντες σε αυτή την έρευνα καλείστε να απαντήσετε ένα ερωτηματολόγιο. Παρακαλείσθε να απαντήσετε κάθε ερώτηση όσο καλύτερα και ειλικρινά μπορείτε.

Φυσικά, το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας είναι απόλυτα εμπιστευτικές.

Σας ευχαριστώ θερμά για την βοήθεια και την συμμετοχή σας στην έρευνα!!

Με εκτίμηση,  
Μαρία Μπάδα

---

**Ηλικία:**.....

**Κωδικός:**.....

**Φύλο:**    Άρρεν    ☐  
              Θήλυ    ☐

**Όνομα Σχολείου:** .....

**Τμήμα:**.....

**Επάγγελμα Πατέρα:**.....

**Επάγγελμα Μητέρας:**.....

1. Αμέσως μόλις είδα το μήνυμα και την εικόνα, η πρώτη μου ενστικτώδης αντίδραση ήταν:

**Συμφωνώ**

**Διαφωνώ**

α) Θέλω να σκεφτώ για το Aids.....1.....2

β) Θέλω να προστατέψω τον εαυτό μου από το Aids.....1.....2

2. Η αφίσα θα με έπειθε να χρησιμοποιώ προφυλακτικό και να έχω προληπτική συμπεριφορά:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

**Συμφωνώ Απόλυτα**

**Διαφωνώ Απόλυτα**

3. Πόσο χρόνο διέθεσες για να σκεφτείς ή να ενημερωθείς για το AIDS τον τελευταίο μήνα;

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

**Καθόλου**

**Πολύ συχνά**

4. Προσωπικά νιώθεις φόβο για το AIDS; Παρακαλώ βαθμολογείστε το φόβο σας σε μια κλίμακα από το 1 ως το 7, όπου το 1= φοβάμαι πολύ το AIDS και 7= δεν έχω απολύτως κανένα φόβο.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

**Φοβάμαι Πολύ**

**Απολύτως κανένα φόβο**

#### 5. Τώρα που είδα την αφίσα,

|                                  | Διαφωνώ<br>Απόλυτα | Αναποφάσιστος/η | Συμφωνώ | Συμφωνώ<br>Απόλυτα |
|----------------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------------------|
| 1. Αισθάνομαι ένταση .....       | 1                  | 2               | 3       | 4                  |
| 2. Αισθάνομαι νευρικήτητα .....  | 1                  | 2               | 3       | 4                  |
| 3. Αισθάνομαι φόβο .....         | 1                  | 2               | 3       | 4                  |
| 4. Αισθάνομαι ένα σφίξιμο .....  | 1                  | 2               | 3       | 4                  |
| 5. Αισθάνομαι αποτροπιασμό ..... | 1                  | 2               | 3       | 4                  |

Παρακάτω βλέπετε δηλώσεις σχετικά με την αφίσα που είδατε. Παρακαλώ διαβάστε κάθε μια και κυκλώστε την απάντησή σας.

#### 6. Αυτή η αφίσα ήταν:

| Καλή          | Κακή         |
|---------------|--------------|
| 1 2 3 4 5 6 7 | 7<br>Καθόλου |
| Ενδιαφέρουσα  | Ενδιαφέρουσα |
| 1 2 3 4 5 6 7 | 7            |
| Πληροφοριακή  | Καθόλου      |
| 1 2 3 4 5 6 7 | Πληροφοριακή |
| Ευκολονόητη   | Δυσνόητη     |
| 1 2 3 4 5 6 7 | 7            |

**7. Παρακάτω θα δείτε κάποιες προτάσεις. Παρακαλώ απαντήστε κάθε μια κυκλώνοντας μια δυνατή απάντηση.**

|                                                       | Συμφωνώ<br>Απόλυτα | Συμφωνώ | Αναποφάσιστος/η | Διαφωνώ | Διαφωνώ<br>Απόλυτα |
|-------------------------------------------------------|--------------------|---------|-----------------|---------|--------------------|
| 1. Από την αφίσα έμαθα κάτι που δεν γνώριζα           | 1.....             | 2.....  | 3.....          | 4.....  | 5.....             |
| 2. Οι εικόνες ήταν τρομακτικές                        | 1.....             | 2.....  | 3.....          | 4.....  | 5.....             |
| 3. Το κείμενο ήταν τρομακτικό                         | 1.....             | 2.....  | 3.....          | 4.....  | 5.....             |
| 4. Η αφίσα περιείχε πληροφορίες που δεν με ενδιέφεραν | 1.....             | 2.....  | 3.....          | 4.....  | 5.....             |
| 5. Η αφίσα περιείχε υπερβολικούς ισχυρισμούς          | 1.....             | 2.....  | 3.....          | 4.....  | 5.....             |
| 6. Η αφίσα ήταν ενοχλητική                            | 1.....             | 2.....  | 3.....          | 4.....  | 5.....             |
| 7. Ήταν δύσκολο να κατανοήσω την αφίσα                | 1.....             | 2.....  | 3.....          | 4.....  | 5.....             |
| 8. Η αφίσα ήταν αληθοφανής                            | 1.....             | 2.....  | 3.....          | 4.....  | 5.....             |
| 9. Αυτή η αφίσα διαφέρει από άλλες σχετικά με το AIDS | 1.....             | 2.....  | 3.....          | 4.....  | 5.....             |
| 10. Η αφίσα με έκανε να «αισθανθώ» παρά να «σκεφτώ»   | 1.....             | 2.....  | 3.....          | 4.....  | 5.....             |

**8. Και κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα παρακάτω:**

Τα προφυλακτικά είναι:

|                              | Συμφωνώ | Διαφωνώ |
|------------------------------|---------|---------|
| Κάτι Θετικό.....             | 1.....  | 2.....  |
| Επιθυμητά.....               | 1.....  | 2.....  |
| Αποτελεσματικά.....          | 1.....  | 2.....  |
| Ενισχύουν το ρομαντισμό..... | 1.....  | 2.....  |



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ**  
**Συνθήκες**  
**(Αφίσες με εικόνες και μηνύματα)**

Συνθήκη 1- Υψηλή Απειλή  
Υψηλή Ευαισθητότητα  
Υψηλή Αποτελεσματικότητα

**Το AIDS τους αφορά όλους ακόμα κι εσένα!**



**Είσαι ικανός/ή να εμποδίσεις το AIDS  
αποτελεσματικά, χρησιμοποιώντας προφυλακτικά.  
Η χρήση προφυλακτικών αποτελεί μια σίγουρη  
μέθοδο προφύλαξης από την ασθένεια του AIDS,  
αν χρησιμοποιηθούν σωστά και δεν στερούν την  
απόλαυση.**

Συνθήκη 2 - Υψηλή Απειλή  
Υψηλή Ευαλωτότητα  
Χαμηλή Αποτελεσματικότητα

**Το AIDS τους αφορά όλους ακόμα κι εσένα!**



**Το AIDS αποτελεί μια τρομερή απειλή.  
Τα προφυλακτικά συχνά αποτυγχάνουν να σε  
προφυλάξουν από την ασθένεια του AIDS  
και στερούν την απόλαυση.**

Συνθήκη 3 - Υψηλή Απειλή  
Χαμηλή Ευαισθητότητα  
Υψηλή Αποτελεσματικότητα

**Το AIDS αποτελεί ασθένεια των κατοίκων  
της Αφρικής και των ομοφυλόφιλων**



**Είσαι ικανός/ή να εμποδίσεις το AIDS  
αποτελεσματικά, χρησιμοποιώντας προφυλακτικά.  
Η χρήση προφυλακτικών αποτελεί μια σίγουρη  
μέθοδο προφύλαξης από την ασθένεια του AIDS,  
αν χρησιμοποιηθούν σωστά, και δεν στερούν την  
απόλαυση.**



Συνθήκη 4 - Υψηλή Απειλή  
Χαμηλή Ευαλωτότητα  
Χαμηλή Αποτελεσματικότητα

**Το AIDS αποτελεί ασθένεια των κατοίκων  
της Αφρικής και των ομοφυλόφιλων**



**Το AIDS αποτελεί μια τρομερή απειλή.  
Τα προφυλακτικά συχνά αποτυγχάνουν να σε  
προφυλάξουν από την ασθένεια του AIDS  
και στερούν την απόλαυση.**

Συνθήκη 5 – Χαμηλή Απειλή  
Υψηλή Ευαλωτότητα  
Υψηλή Αποτελεσματικότητα

**Το AIDS τους αφορά όλους ακόμα κι εσένα!**



HIV is a gay disease.



**Είσαι ικανός/ή να εμποδίσεις το AIDS  
αποτελεσματικά, χρησιμοποιώντας προφυλακτικά.  
Η χρήση προφυλακτικών αποτελεί μια σίγουρη  
μέθοδο προφύλαξης από την ασθένεια του AIDS,  
αν χρησιμοποιηθούν σωστά και δεν στερούν την  
απόλαυση.**

Συνθήκη 6 - Χαμηλή Απειλή  
Υψηλή Ευαλωτότητα  
Χαμηλή Αποτελεσματικότητα

**Το AIDS τους αφορά όλους ακόμα κι εσένα!**



HIV is a gay disease.



**Το AIDS αποτελεί μια τρομερή απειλή.  
Τα προφυλακτικά συχνά αποτυγχάνουν να σε  
προφυλάξουν από την ασθένεια του AIDS και  
στερούν την απόλαυση.**

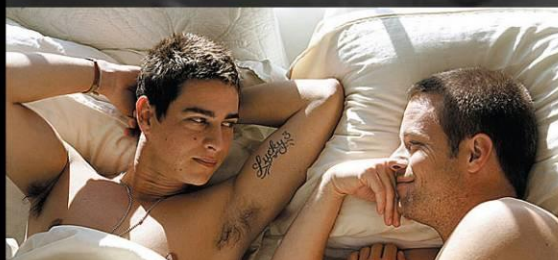


Συνθήκη 7 - Χαμηλή Απειλή  
Χαμηλή Ευαλωτότητα  
Υψηλή Αποτελεσματικότητα

**Το AIDS αποτελεί ασθένεια των κατοίκων  
της Αφρικής και των ομοφυλόφιλων**



HIV is a gay disease.



**Είσαι ικανός/ή να εμποδίσεις το AIDS  
αποτελεσματικά, χρησιμοποιώντας προφυλακτικά.  
Η χρήση προφυλακτικών αποτελεί μια σίγουρη  
μέθοδο προφύλαξης από την ασθένεια του AIDS,  
αν χρησιμοποιηθούν σωστά και δεν στερούν την  
απόλαυση.**

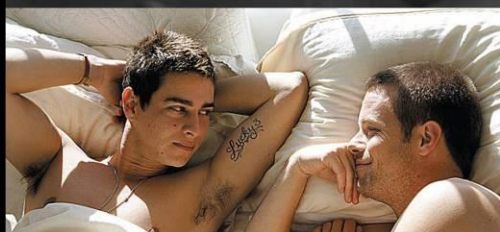


Συνθήκη 8 - Χαμηλή Απειλή  
Χαμηλή Ευαλωτότητα  
Χαμηλή Αποτελεσματικότητα

**Το AIDS αποτελεί ασθένεια των κατοίκων  
της Αφρικής και των ομοφυλόφιλων**



HIV is a gay disease.



**Το AIDS αποτελεί μια τρομερή απειλή. Τα  
προφυλακτικά συχνά αποτυγχάνουν να σε  
προφυλάξουν από την ασθένεια του AIDS και  
στερούν την απόλαυση.**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε**  
**The Rosenberg Self-Esteem Test (Rosenberg,1979)**

|                                                                      | <b>Strongly<br/>Agree</b> | <b>Agree</b> | <b>Disagree</b> | <b>Strongly<br/>disagree</b> |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|-----------------|------------------------------|
| 1. On the whole I am satisfied with myself.                          |                           |              |                 |                              |
| <b>*2.</b> At times I think that I am no good at all.                |                           |              |                 |                              |
| 3. I feel that I have a number of good qualities.                    |                           |              |                 |                              |
| 4. I am able to do things as well as most other people.              |                           |              |                 |                              |
| <b>*5.</b> I feel I do not have much to be proud of.                 |                           |              |                 |                              |
| <b>*6.</b> I certainly feel useless at times.                        |                           |              |                 |                              |
| 7. I feel that I am a person of worth, at least the equal of others. |                           |              |                 |                              |
| <b>*8.</b> I wish I could have more respect for myself.              |                           |              |                 |                              |
| <b>*9.</b> All in all, I am inclined to feel that I am a failure.    |                           |              |                 |                              |
| 10. I take a positive attitude toward myself.                        |                           |              |                 |                              |

**IIAPAPTHMA Z**  
**Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales**  
Wallston, K. A., et. al. (1978)

1=STRONGLY DISAGREE (**SD**)

2=MODERATELY DISAGREE (**MD**)

3=SLIGHTLY DISAGREE (**D**)

4=SLIGHTLY AGREE (**A**)

5=MODERATELY AGREE (**MA**)

6=STRONGLY AGREE (**SA**)

|    |                                                                                                                                                         | <b>SD</b> | <b>MD</b> | <b>D</b> | <b>A</b> | <b>MA</b> | <b>SA</b> |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|
| 1  | If I get sick, it is my own behavior which determines how soon I get well again.                                                                        | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 2  | No matter what I do, if I am going to get sick, I will get sick.                                                                                        | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 3  | Having regular contact with my physician is the best way for me to avoid illness.                                                                       | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 4  | Most things that affect my health happen to me by accident.                                                                                             | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 5  | Whenever I don't feel well, I should consult a medically trained professional.                                                                          | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 6  | I am in control of my health.                                                                                                                           | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 7  | My family has a lot to do with my becoming sick or staying healthy.                                                                                     | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 8  | When I get sick, I am to blame.                                                                                                                         | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 9  | Luck plays a big part in determining how soon I will recover from an illness.                                                                           | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 10 | Health professionals control my health.                                                                                                                 | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 11 | My good health is largely a matter of good fortune.                                                                                                     | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 12 | The main thing which affects my health is what I myself do.                                                                                             | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 13 | If I take care of myself, I can avoid illness.                                                                                                          | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 14 | Whenever I recover from an illness, it's usually because other people (for example, doctors, nurses, family, friends) have been taking good care of me. | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 15 | No matter what I do, I'm likely to get sick.                                                                                                            | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 16 | If it's meant to be, I will stay healthy.                                                                                                               | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 17 | If I take the right actions, I can stay healthy.                                                                                                        | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |
| 18 | Regarding my health, I can only do what my doctor tells me to do.                                                                                       | 1         | 2         | 3        | 4        | 5         | 6         |

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Η

### CUSES: Condom Use Self Efficacy Scale, (Brafford and Beck, 1991)

1. I feel confident in my ability to put a condom on myself or my partner.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

2. I feel confident I could purchase condoms without feeling embarrassed.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

3. I feel confident I could remember to carry a condom with me should I need one.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

4. I feel confident in my ability to discuss condom usage with any partner I might have.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

5. I feel confident in my ability to suggest using condoms with a new partner.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

6. I feel confident I could suggest using a condom without my partner feeling "diseased".

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

7. I feel confident in my own or my partner's ability to maintain an erection while using a condom.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

8. I would feel embarrassed to put a condom on myself or my partner. **R**

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

9. If I were to suggest using a condom to a partner, I would feel afraid that he or she would reject me. **R**

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

10. If I were unsure of my partner's feelings about using condoms, I would not suggest using one. **R**

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

11. I feel confident in my ability to use a condom correctly.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

12. I would feel comfortable discussing condom use with a potential sexual partner before we ever had any sexual contact (e.g. hugging, kissing, caressing, etc.)

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

13. I feel confident in my ability to persuade a partner to accept using a condom when we have intercourse.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

14. I feel confident I could gracefully remove and dispose of a condom when we have intercourse.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

15. If my partner and I were to try to use a condom and did not succeed, I would feel embarrassed to try to use one again (e.g. not being able to unroll condom, putting it on backwards, or awkwardness). **R**

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

16. I would not feel confident suggesting using condoms with a new partner because I would be afraid he or she would think I've had a homosexual experience. **R**

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

17. I would not feel confident suggesting using condoms with a new partner because I would be afraid he or she would think I have a sexually transmitted disease. **R**

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree

4. Strongly disagree

18. I would not feel confident suggesting using condoms with a new partner because I would be afraid he or she would think I thought they had a sexually transmitted disease. **R**

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

19. I would feel comfortable discussing condom use with a potential partner before we ever engaged in intercourse.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

20. I feel confident in my ability to incorporate putting a condom on myself or my partner into foreplay.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

21. I feel confident that I could use a condom with a partner without "breaking the mood."

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

22. I feel confident in my ability to put a condom on myself or my partner quickly.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

23. I feel confident I could use a condom during intercourse without reducing any sexual sensations.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

24. I feel confident that I would remember to use a condom even after I have been drinking.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

25. I feel confident that I would remember to use a condom even if I were high.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

26. If my partner didn't want to use a condom during intercourse, I could easily convince him or her that it was necessary to do so.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

27. I feel confident that I could use a condom successfully.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

28. I feel confident I could stop to put a condom on myself or my partner even in the heat of passion.

- 0. Strongly agree
- 1. Agree
- 2. Undecided
- 3. Disagree
- 4. Strongly disagree

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Θ Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου CUSES

Re: Information on CUSES Scale (1991)  
From: **Kenneth Beck** (kbeck1@umd.edu)  
Sent: Tuesday, July 12, 2011 5:28:08 PM  
To: maria bada (mariabada@hotmail.com)

1 attachment (36.5 KB)



Condom Se...DOC  
[View online](#)  
[Download\(36.5 KB\)](#)

Dear Ms. Bada,

I have attached a copy of the Condom Use Self-Efficacy Scale. It has been used with college-aged samples (aged 18 - 21). I am not aware if it has been used in younger populations. However, I imagine that the scale would hold up reasonably well in a slightly younger population (16-17 year old).

My suggestion is that, should you decide to use this instrument, is to re-validate it on this sample by conducting an internal consistency analysis (i.e., Cronbach's alpha). You could also include various measures of condom usage and intent, as we did in our original study, to see if significant differences in condom self-efficacy exist among different groups (e.g., never users, irregular users, consistent users).

You have my permission and encouragement to use this instrument. Good luck in your research.

Sincerely,

Ken Beck

Kenneth H. Beck, PhD, FAAHB  
Professor,  
University of Maryland College Park  
School of Public Health  
Department of Behavioral and Community Health (BCH)  
2366 SPH Building  
College Park, MD 20742

301-405-2527 Voice  
301-314-9167 Fax

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**  
**Απόφαση Υπουργείου Παιδείας για την άδεια διεξαγωγής έρευνας**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΕΝΙΑΙΟΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ  
Π/ΘΜΙΑΣ & Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ  
Δ/ΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ Δ/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ  
ΤΜΗΜΑ Α'

Ταχ. Δ/ση: Ανδρέα Παπανδρέου 37  
Τ.Κ. – Πόλη: 15180 Μαρούσι  
Ιστοσελίδα:  
Πληροφορίες: Αν. Πασχαλίδου  
Τηλέφωνο: 210-3443422

ΠΡΟΣ :

Να διατηρηθεί μέχρι .....

Βαθμός Ασφαλείας .....

Μαρούσι 30-06-2011  
Αριθ. Πρωτ 72647/Γ2  
Βαθ. Προτερ. ....

- κ. Μαρία Μπάδα  
Ελευθερίας 68  
30100 Αγρίνιο
- Δ/ση Δ/θμιας Εκπ/σης  
Αιτωλοακαρνανίας

**ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής έρευνας**

Απαντώντας σε σχετική αίτηση και μετά τη γνωμοδότηση του Τμήματος Ερευνών, Τεκμηρίωσης και Εκπαιδευτικής Τεχνολογίας του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (πράξη 8/2011) σας γνωρίζουμε ότι **ε π ι τ ρ έ π ο υ μ ε** τη διεξαγωγή έρευνας από την **κ. Μαρία Μπάδα** κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2011-2012 με τις εξής προϋποθέσεις: α) Πριν από την έναρξη της έρευνας να γίνει ενημέρωση του Διευθυντή και του συλλόγου Διδασκόντων των σχολικών μονάδων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίες θα συμμετάσχουν στην έρευνα, σχετικά με τη διαδικασία διεξαγωγής της. β) Η έρευνα να γίνει με τη σύμφωνη γνώμη τους. γ) Η έρευνα να γίνει με την έγγραφη συγκατάθεση των γονέων - κηδεμόνων των μαθητών (για κάθε μαθητή χωριστά). Ο Διευθυντής του σχολείου να αποστέλλει στους γονείς προς συμπλήρωση το έντυπο γονικής συναίνεσης που θα του κατατεθεί από την ερευνήτρια και στο οποίο θα περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας. Στη συνέχεια, αφού συγκεντρώσει τα ενυπόγραφα σημειώματα με τη συγκατάθεση των γονέων να προχωρήσει στη



διεξαγωγή της έρευνας. δ) Οι μαθητές να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, **ανώνυμα** και εφόσον το επιθυμούν. ε) Η συγκέντρωση και μελέτη των στοιχείων να γίνει σύμφωνα με την αρχή προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και δε θα δημοσιοποιηθούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. στ) Οι μαθητές θα απασχοληθούν έως δύο (02) διδακτικές ώρες.

**Επισημαίνεται ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική.**

*Η έρευνα έχει θέμα: «**Η εκτίμηση κινδύνου της μόλυνσης από AIDS. Η επίδραση των φοβικών μηνυμάτων Αγωγής Υγείας και ο συσχετισμός τους με την αυτό-αποτελεσματικότητα ως παράγοντες αλλαγής της συμπεριφοράς των νέων.**»*

και απευθύνεται στους μαθητές του 3<sup>ου</sup> και 4<sup>ου</sup> Γενικού Λυκείου Αγρινίου και της ΕΠΑ.Σ. Αγρινίου.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας θα πρέπει :

1. Οι επισκέψεις στα σχολεία να γίνουν μετά από συνεννόηση με το Διευθυντή τους και σε συνεργασία με το σύλλογο καθηγητών, ώστε να μην παρεμποδίζεται η ομαλή διεξαγωγή των μαθημάτων.
2. Τα αποτελέσματα της έρευνας μετά την ολοκλήρωσή της να κοινοποιηθούν στο Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και στο Κέντρο Εκπαιδευτικής Έρευνας (Αδριανού 91, 10596 Αθήνα).
3. Ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Αιτωλοακαρνανίας να ενημερώσει σχετικά τους Διευθυντές των σχολείων ευθύνης του, ώστε να διευκολύνουν την ενδιαφερόμενη στην πραγματοποίηση της έρευνας αυτής σύμφωνα με τα παραπάνω.



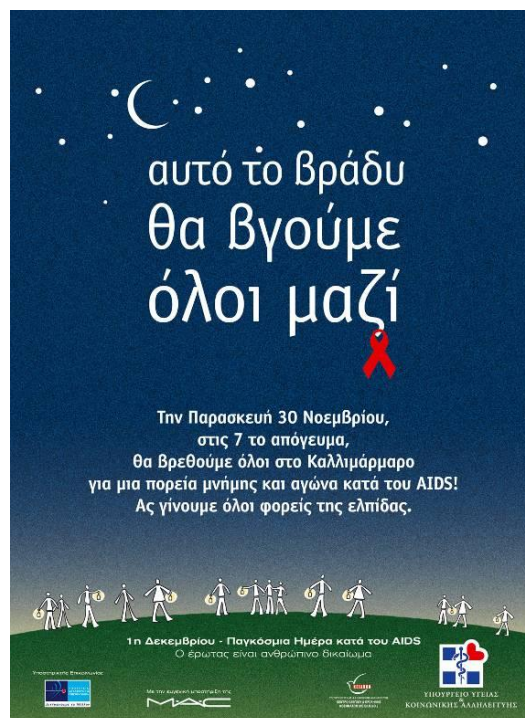
**Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ**

**ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ**

**Εσωτ. Διανομή**  
Δ/ση Σπουδών Δ.Ε. Τμήμα Α'

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ

### Παραδείγματα από αφίσες αγωγής υγείας στην Ελλάδα





**1η ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ AIDS**

**Πλατεία Κλαυθμώνος 30/11-01/12**



**ο έρωτας είναι ανθρώπινο δικαίωμα**



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ



MAC



Εθνικό Κέντρο Αids



**Η θέλησή μας είναι η φλόγα  
που θα το νικήσει.**

**1η Δεκεμβρίου - Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS**  
Ο έρωτας είναι ανθρώπινο δικαίωμα



100% POLSKY  
ΤΟ 100% ΤΟΥ ΠΟΛΩΝ  
ΕΧΕΙ ΔΕΙΞΕΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΕΤΟΧΗΣ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΕ ΤΟΝ HIV-1 AIDS FUND ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ  
ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

Υπουργείο Επικοινωνίας



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ





## Μια πρωτοβουλία του ΥΥΚΑ

Με στόχο την ευρύτερη ενημέρωση σε σημαντικά ζητήματα υγείας, αλλά και την καλλιέργεια δημόσιας και ιδιωτικής φιλίας ώστε να επενδύσουν σε σύγχρονες, πολλές προληπτικές και θεραπευτικές, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποφάσισε να προχωρήσει στη δημιουργία ενός συμπαγούς και ολοκληρωμένου προγράμματος επικοινωνίας, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών, με άξονα μερίδες από τις σημαντικότερες Παγκόσμιες Ημέρες Υγείας που έχουν οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και άλλους διεθνείς φορείς.

Το πρόγραμμα αφορά στο συντονισμό των δράσεων όλων όσοι εμπλέκονται σε ζητήματα υγείας (επιστημονικοί φορείς και εταιρείες, ιατρικοί σύλλογοι, σύλλογοι ασθενών, εκπαιδευμένοι από το ΥΥΚΑ οργανισμοί και ιδιωτικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας) και στη δημιουργία ουσιαστικής και αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ τους. Στόχος είναι η καλύτερη και αποτελεσματικότερη ενημέρωση του κοινού, αλλά και η καλλιέργεια του για την ανάληψη δράσης, την πρόληψη και την αλλαγή επιβλαβών συνθηκών και καθημερινών πρακτικών.

Με αφετηρία την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας 2008, στις 7 Απριλίου, και για τον επόμενο χρόνο, ένα διαρκές πρόγραμμα πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης θα προσφέρει γνώσεις, απαντήσεις και έγκυρη επιστημονική ενημέρωση για ζητήματα που αφορούν στην πρόληψη και την προστασία της υγείας μας.

## Δεκεμβρίου Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ



ΕΥΓΕΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

ΤΗΛΕ ΔΡΑΣΗ 1, ΑΣΤΟΝΑΣ 2, ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ HIV/AIDS 2008-2012



Κρατάμε την Υπόσχεση  
Ο έρωτας είναι ανδρικό δικαίωμα



## Δεκεμβρίου Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS



παγκόσμιες  
ημέρες  
υγείας

## Μεταδοση και προφυλάξεις

## Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV / AIDS

Το Σύνδρομο Επικτικής Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) είναι μια ασθένεια που προσβάλλει το ανομνικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού.

Όποιος προσβληθεί έχει μειωμένη αντίσταση σε μικρόβια, ιούς και παράσιτα και τελικά μπορεί να αποβιώσει από βαριές λοιμώξεις.

Το AIDS οφείλεται στον ιό HIV, που βρίσκεται στο αίμα και στα σωματικά υγρά (σπέρμα, κολλικό υγρό και, σε πολύ μικρό ποσοστό, στο σάλιο, κλπ.) όσων έχουν μολυνθεί. Όταν ένα άτομο προσβληθεί από τον ιό, ονομάζεται οροθετικός.

Ο χρόνος μέχρι την εμφάνιση συμπτωμάτων εξαρτάται από το ανομνικό σύστημα του οργανισμού του και κυμαίνεται από μερικούς μήνες έως πολλά χρόνια, παρότι το άτομο αυτό μπορεί να μεταδώσει, με τη σειρά του, τον ιό άμεσα.

Με τις σύγχρονες εργαστηριακές εξετάσεις, ένα άτομο μπορεί να γνωρίζει με βεβαιότητα εάν έχει προσβληθεί ή όχι, μέσα σε 10-14 ημέρες.



### Μεταδοση και προφυλάξεις

Ο ιός της ήν λοίμωξης μεταδίδεται όταν αίμα ή άλλα σωματικά υγρά του οροθετικού έλθουν σε επαφή με το αίμα ή τα σωματικά υγρά ενός άλλου ανθρώπου. Συγκεκριμένα, μεταδίδεται:

- Με την αμοιβαλκτική σεξουαλική επαφή
- Από κοινή χρήση μολυσμένων συριγγών και βελόνων.
- Από τυχαίο τρύπημα με αντικείμενα που έχουν έλθει σε επαφή με μολυσμένο αίμα.
- Με μολυσμένο αίμα.
- Από την οροθετική έγκυο, που δεν το γνωρίζει, στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή στο νεογνό με το θηλασμό.



### Ο ιός δεν μεταδίδεται:

- Με κοινωνικές σχέσεις, χειραίψεις, κολλήπι στην πισίνα ή τη θάλασσα, συνάθροιση σε κλειστούς χώρους (π.χ. κινηματογράφος), από κοινού χρήση πλυντηρίου, ντους ή τουαλέτας
- Από τα κατοικίδια ζώα ή τα έντομα
- Με τα τρόφιμα, το νερό και τη χρήση ακευών μαγειρικής
- Με τον βήχα, τον ιδρώτα, το φτέρνισμα



### Προφυλάξεις

- Χρήση προφυλακτικού από την αρχή της σεξουαλικής επαφής, σε περίπτωση που η σχέση δεν είναι μακροχρόνια, σταθερή και μονογαμική
- Αποφυγή χρήσης ή και απλής επαφής με χρησιμοποιημένες ή πεταμένες σύριγγες ή βελόνες

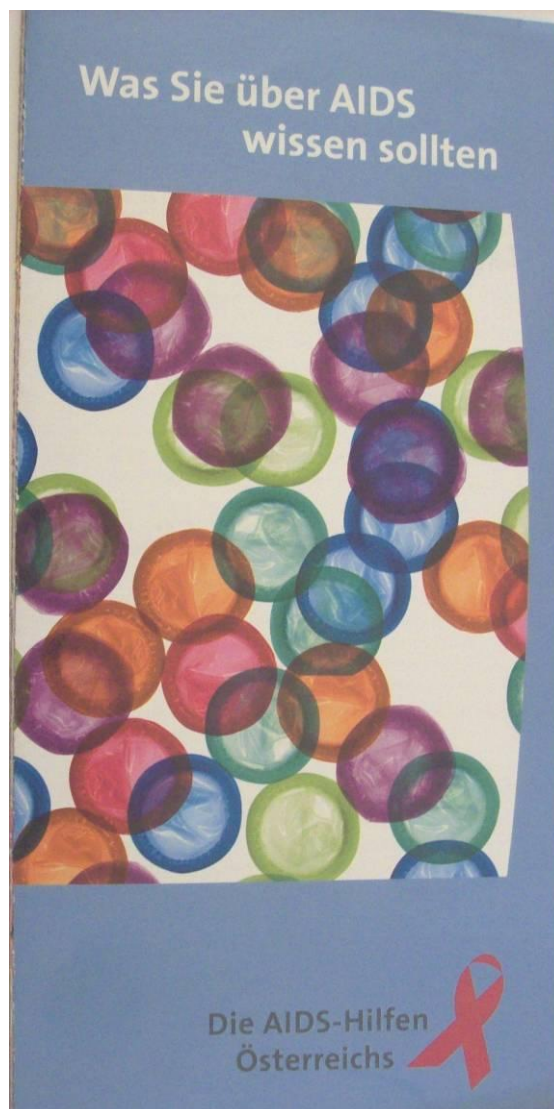
Μέχρι σήμερα δεν έχει παρασκευασθεί κάποιο αποτελεσματικό εμβόλιο για το AIDS, αλλά υπάρχουν αρκετά αποτελεσματικά φάρμακα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου.

Αν κάποιος έλθει σε επαφή με αίμα ή σωματικά υγρά κάποιου οροθετικού, θα πρέπει να προσφύγει στις αντίστοιχες Μονάδες Λοιμώξεων να εκτιμηθεί η κατάσταση και να οριστεί αν θα αρχίσει άμεσα ειδική προληπτική θεραπεία.

Με βασικό γνώρισμα την ανάπτυξη υπεύθυνης στάσης ζωής, με έμφαση στη σημασία της πρόληψης, από το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας, το εθνικό σχέδιο δράσης για το HIV / AIDS 2008 – 2012 στόχο έχει την πρόληψη της μετάδοσης της ασθένειας, τη φροντίδα των πασχόντων και την ενσωμάτωση με τους διεθνείς δελτες που αφορούν τη νόσο, μέσα από την ενημέρωση όλων των πολιτών, την εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης όλων στον υγειονομικό ιστό της χώρας και την εκπαίδευση του προσωπικού που παρέχει υπηρεσίες υγείας.

Με μια σειρά στοχευμένων δράσεων ενημέρωσης και πρόληψης, προσαρμοσμένων στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων, αλλά και με δράσεις έρευνας και μελέτης των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της ασθένειας, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης στοχεύει στη μείωση ή και τον μηδενισμό των νέων κρουσμάτων σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος, στη βελτίωση της πρόσβασης των νοσούντων σε υπηρεσίες υγείας, στη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των οροθετικών και στην υιοθέτηση υπεύθυνων συμπεριφορών κατά τη σεξουαλική επαφή.

**Παραδείγματα από αφίσες αγωγής υγείας στην Αυστρία**





Παγκόσμια γλώσσα.  
Θα συμμετέχουμε



Για αγγέλους και δαίμονες.  
Θα συμμετέχουμε



Όπως στον 7ο ουρανό.  
Θα συμμετέχουμε



Η ομάδα όνειρο.  
Θα συμμετέχουμε