



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία
Μαρίας Ζαφειρούλη
Α.Μ. 1943



Πρόληψη του καρκίνου του μαστού

σύμφωνα με τη θεωρία
Κινητοποίησης Προστασίας
και τη θεωρία
Προθέσεων Εφαρμογής.

Ρέθυμνο 2010

Επόπτης καθηγητής: *Ευάγγελος Χ. Καραδήμας*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	5
1.1 Εισαγωγή.....	5
1.2 Ιστορικές αναφορές για τον καρκίνο του μαστού.....	5
1.3 Είδη του καρκίνου του μαστού.....	7
1.4 Θεραπευτικές μέθοδοι.....	8
1.5 Παράγοντες επικινδυνότητας.....	8
1.6 Επιδημιολογία.....	9
1.7 Αυτοεξέταση μαστού.....	11
2. ΚΟΙΝΩΝΙΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
2.1 Εισαγωγικά.....	13
2.2 <i>Protection Motivation Theory</i>	15
2.3 <i>Implementation Intentions Theory</i>	26
3. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.....	36
4. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	38
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	41

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος είναι μια συχνά εμφανιζόμενη νόσος και αποτελεί έναν σημαντικότερο παράγοντα θνησιμότητας καθώς στην Ευρώπη, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO, 2003), το 24% των θανάτων στους άντρες αλλά και το 20% των θανάτων στις γυναίκες οφείλεται στη μαστιγα του καρκίνου (Καραδήμας, 2005).

Στη παρούσα εργασία θα αναφερθούμε στην πρόληψη κατά του καρκίνου του μαστού, ο οποίος φαίνεται να είναι ο πρώτος σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνος που πλήττει τον γυναικείο πληθυσμό όχι μόνο στη χώρα μας αλλά γενικότερα. Επιπλέον θα γίνει αναφορά σε δύο κυρίως κοινωνιογνωστικά μοντέλα πρόβλεψης συμπεριφοράς υγείας, στη **Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας** (*Protection Motivation Theory*, Rogers, 1975) και στις **Προθέσεις Εφαρμογής** (*Implementation Intentions*, Sheeran, 2002).

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να κατανοήσουμε, μέσα από έρευνες σχετικές με τον καρκίνο του μαστού, τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι γυναίκες την πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού, πόσο σοβαρή και επικίνδυνη θεωρούν την ασθένεια αλλά και πότε και πως φτάνουν στο σημείο να αναλάβουν δράση και να μετατρέψουν τη συμπεριφορά τους σε μια περισσότερο προστατευτική, για να αποφευχθεί η εμφάνιση της ασθένειας.

Η πελιοψηφία των γυναικών αναγνωρίζει την επικινδυνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού, αλλά δυστυχώς αργούν να τη συνειδητοποιήσουν και να το πάρουν απόφαση να κάνουν τις απαραίτητες εξετάσεις ή αυτοεξέταση μαστού. Πολλές από αυτές, ίσως να πιστεύουν ότι δε θα συμβεί στις ίδιες, άλλες πάλι ίσως να φοβούνται για τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Παρόλα αυτά και οι δύο αυτές στάσεις απέναντι στη πρόληψη, έχουν τα ίδια αποτελέσματα, την χρονική μετάθεση η οποία ίσως να αποβεί μοιραία.

Τα δύο αυτά μοντέλα πεποιθήσεων για την υγεία, μας εξηγούν ποιες είναι οι ψυχολογικές μεταβλητές που μπορούν να κάνουν τις γυναίκες να αλλάξουν τη στάση τους απέναντι στη πρόληψη, τις πεποιθήσεις τους για την νόσο και να γίνουν

περισσότερο προστατευτικές με τον εαυτό τους και συνειδητοποιημένες ότι η πρόληψη είναι για το δικό τους καλό και όφελος.

Πριν συνεχίσουμε, καλό θα ήταν να κάνουμε μια αναφορά σε ορισμούς όπως υγεία, ασθένεια, νόσος και αρρώστια, για να κατανοήσουμε βασικές διαφορές που κρύβονται πίσω από αυτές τις έννοιες.

Ξεκινώντας λοιπόν, όταν κάνουμε αναφορά στη λέξη «υγεία», συνήθως αναφερόμαστε στη σωματική, οργανική υγεία. Είναι λάθος όμως να την αντιλαμβανόμαστε μονοδιάστατα. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization, WHO) το 1948 όρισε την υγεία ως *«κατάσταση φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*.

Επιπλέον, το 1994 έγινε μια διάκριση ανάμεσα στους όρους «νόσος», «αρρώστια» και «ασθένεια» από τον Radley (Radley, 1994). Η «νόσος» είναι κάτι που οι ειδικοί διαγιγνώσκουν και θεραπεύουν, όπως για παράδειγμα ο καρκίνος, η γρίπη κτλ. Αναφέρεται δηλαδή σε παθολογικές αλλαγές στο σώμα. Η «αρρώστια» αφορά την εμπειρία της νόσου και περιλαμβάνει τα αισθήματα που σχετίζονται με τις σωματικές αλλαγές και τις συνέπειές τους. Τέλος, η «ασθένεια» μπορεί να οριστεί ως μια «κοινωνική» κατάσταση που αφορά εκείνους που οι άλλοι κρίνουν ως αρρώστους. Αναφέρεται δηλαδή σε μια ειδική θέση ή σε ένα ρόλο που φέρει το άτομο.

1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 Εισαγωγή



Ο μαστός είναι αυτός που τρέφει το βρέφος, είναι αυτός που εκφράζει την τρυφερότητα και την αγάπη της μητέρας προς το βρέφος, έχει θεωρηθεί ως το σύμβολο του κάλλους, της γονιμότητας, του έρωτα και αποτελεί αιώνιο και αναντικατάστατο στοιχείο της γυναικείας φύσης. Ο μαστός επηρέασε και απασχόλησε ανθρώπους από πολλούς τομείς και από καταβολές κόσμου. Υπήρξε κυρίαρχο στοιχείο στη τέχνη του ανθρώπου ο οποίος αναπαράστησε την μεγαλειότητα του μαστού, μέσα από γλυπτά και αγαλματίδια. Ακόμη στην Ιλιάδα του Ομήρου αναφέρεται ο μαστός αλλά και ο Ηρόδοτος έκανε αναφορά στον μαστό με τις περιγραφές του για τις Αμαζόνες ως πολύ ωραίες γυναίκες, πολεμίστριες και οι οποίες έκοβαν τον δεξί τους μαστό για να κρατούν καλύτερα το τόξο.

1.2 Ιστορικές αναφορές για τον καρκίνο του μαστού

Η ιστορία του καρκίνου του μαστού ξεκινάει από την αρχαία Αίγυπτο στην οποία είχαν περιγραφεί τέτοιου είδους περιστατικά. Επίσης υπήρξαν πολλοί αρχαίοι Έλληνες οι οποίοι μίλησαν κι αυτοί για τον καρκίνο του μαστού και εξέφρασαν την άποψή τους για το πώς μπορεί να επέλθει θεραπεία του καρκίνου αυτού. Ο Ηρόδοτος (484- 426 π.Χ.) ο Πατέρας της Ιστορίας, μίλησε στα έργα του για τον καρκίνο του μαστού, από τον οποίο έπασχε η Άττοσα, η μητέρα του Βασιλιά των Περσών Δαρείου και την οποία θεράπευσε ο Έλληνας ιατρός Δημοκίδης. Ο Ιπποκράτης (460- 377 π.Χ.) ήταν ο πρώτος ο οποίος μίλησε για τον «καρκίνο» ή «καρκίνωμα» της μύτης, του τράχηλου της μήτρας, του λαιμού και του μαστού και υποστήριζε πως μόνο σε ελκωτικούς καρκίνους πρέπει να γίνεται εγχείρηση, η οποία πιθανών να λειτουργήσει ως ανακουφιστική θεραπεία (Μάλλιου και συν.,2006). Άλλοι αρχαίοι

Έλληνες που καταπιάστηκαν με το θέμα του καρκίνου του μαστού, ήταν ο Αρχιγένης ο Απαμεύς (98- 115 μ.Χ.), ο Λεωνίδης αλλά και ο Παύλος Ο Αιγινήτης (625- 690 μ.Χ.) (Μάλλιου και συν.,2006). Πιο συγκεκριμένα, ο Αρχιγένης ο Απαμεύς, συμφώνησε με τον Ιπποκράτη όσον αφορά την θεραπεία του καρκίνου του μαστού και έγραψε ότι είναι προτιμώμενο να μη δίνεται θεραπεία σε «κεκρυμμένο καρκίνο» (Μάλλιου και συν.,2006). Ο Λεωνίδης, Έλληνας γιατρός στη Ρώμη, ήταν ο πρώτος που μίλησε για την αφαίρεση του όγκου του μαστού με εγχείρηση, περίπου το 180 μ.Χ., καθώς και επίσης εφάρμοσε τον καυτηριασμό ως μέσο θεραπείας του καρκίνου (Μάλλιου και συν.,2006). Τέλος πρέπει να πούμε, για τον Λεωνίδα, ότι εφάρμοζε την εγχείρηση ανάλογα με το κλινικό στάδιο της νόσου (Μάλλιου και συν.,2006). Αναφορικά με τον Παύλο Αιγινήτη, ήταν αυτός που πρόσθεσε ότι όταν ο όγκος έχει γίνει μια μεγάλη μάζα, μόνο το χειρουργείο είναι αυτό που μπορούσε να προσφέρει μια ελπίδα για γιατρεία. Αυτές οι θεωρίες πέρασαν στην Ιατρική της Δύσης με τους Άραβες Abulcasis και Rhazes και με τα γραπτά του Παύλου Αιγινήτη, τα οποία έγιναν αργότερα τα χειρουργικά εγχειρίδια του Πανεπιστημίου Sorbonne στο Παρίσι μέχρι και τις αρχές του 19ου αιώνα (Μάλλιου και συν.,2006).

Από την Αίγυπτο το 1600 π.Χ. μέχρι σήμερα έχουν επέλθει σημαντικές αλλαγές στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Ξεκινώντας με θεωρίες για τη θεραπεία του καρκίνου με εγχείρηση, στην Αρχαία Ελλάδα, ερχόμαστε στην Ελληνορωμαϊκή περίοδο, όπου ο Λεωνίδης εφάρμοζε την εγχείρηση ανάλογα με το στάδιο, όπως προαναφέρθηκε. Την ίδια περίοδο έχουμε περιγραφή της μαστεκτομής από τον Γαληνό τον Περγαμινό (131- 198 μ.Χ.). Στην Πρωτοχριστιανική περίοδο πραγματοποιήθηκαν πολλές θαυματουργικές θεραπείες γεγονός που μας οδηγεί να συμπεράνουμε ότι τον 3^ο μ.Χ. διενεργούνταν μαστεκτομές (Μάλλιου και συν.,2006). Κατά τη διάρκεια της Βυζαντινής περιόδου υποστηριζόταν (Αέτιος ο Αμιδηνός, Παύλος ο Αιγινήτης) η μαστεκτομή ως μέσο θεραπείας του καρκίνου ενώ όσον αφορά τους Άραβες, κάποιοι διαφωνούσαν (Αβικέννας) μ' αυτή τη μέθοδο και κάποιοι συμφωνούσαν (Abulcasis, Rhazes). Τον 13^ο αιώνα, προσπάθησαν να συνδυάσουν την θεραπεία με τον καυτηριασμό. Στον 16^ο αιώνα έχουμε την συμφωνία του Michael Servetus με τον Cabrol ότι ο υποκείμενος μυς πρέπει να αφαιρείται, αλλά τόνισε ότι και οι λεμφαδένες θα έπρεπε να εκτέμνονται (Μάλλιου και συν.,2006). Όπως φαίνεται από αιώνα σε αιώνα επέρχονται αλλαγές και κατά τον ίδιο τρόπο οδηγηθήκαμε στον 21^ο αιώνα όπου λέξεις χημειοθεραπεία, μαστεκτομή,

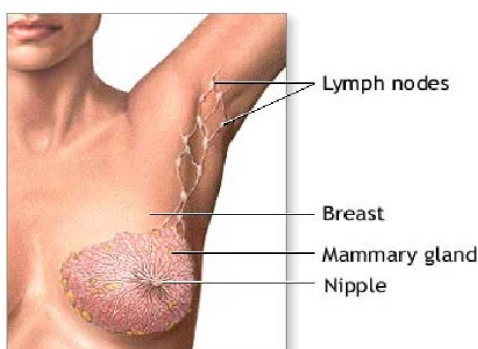
ογκεκτομή, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία είναι αρκετά γνωστές σε πολλούς ανθρώπους και ακόμα περισσότερο σε γυναίκες (Μάλλιου και συν.,2006).

Βέβαια είναι επιτακτική ανάγκη να τονίσουμε πως νέες τεχνολογίες είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού καθώς και για τη πρόβλεψη της ανταπόκρισης στις ήδη υπάρχουσες ή νέες θεραπείες.

Καταλήγοντας πρέπει να πούμε ότι το μέλλον της διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού διαφαίνεται αισιόδοξο.

1.3 Είδη καρκίνου του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια απλή νόσος και μπορούμε να τον συναντήσουμε σε αρκετές μορφές οι οποίες αναφέρονται παρακάτω. Ένα είδος καρκίνου του μαστού είναι ο in situ καρκίνος κατά τον οποίο συμβαίνει το εξής, τα κύτταρα του καρκίνου είναι απομονωμένα από τα υπόλοιπα κύτταρα του μαστού, μέσα σε μια μεμβράνη (βασική μεμβράνη) (Φύσσας, 2006). Επίσης υπάρχει ο διηθητικός καρκίνος του μαστού όπου μεγαλώνοντας, ο καρκίνος, διασπά την βασική μεμβράνη και καταλαμβάνει τα γειτονικά κύτταρα,τα αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία (Φύσσας, 2006). Ο πορογενής καρκίνος του μαστού, είναι αυτός που ξεκινά από τα κύτταρα των γαλακτοφόρων πόρων. Ενώ ο λοβιακός καρκίνος του μαστού ξεκινά από τους λοβιακούς αδένες (Φύσσας, 2006). Τέλος ο φλεγμονώδης καρκίνος είναι μια ειδική κατηγορία καρκίνου (Φύσσας, 2006). Συνοδεύεται από μικροβιακή ή άσηπτη φλεγμονή των λεμφαγγείων μιας περιοχής του μαστού και μπορεί να καταλαμβάνει ακόμα και το 1/3 της επιφάνειάς του (Φύσσας, 2006). Επειδή το δέρμα της πάσχουσας περιοχής εμφανίζει ερυθρότητα, μπορεί εύκολα να θεωρήσει κανείς πως πρόκειται για απλή φλεγμονή (Φύσσας, 2006).



ADAM

1.4 Θεραπευτικές Μέθοδοι

Οι περισσότερο συνηθισμένες μέθοδοι θεραπείας τη σημερινή εποχή, για τον καρκίνο του μαστού είναι η ακτινοθεραπεία, η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Είναι δε επιτακτική ανάγκη να αναφερθεί, πως οι συγκεκριμένες θεραπείες μπορούν να εφαρμοσθούν είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό, ανάλογα με το στάδιο της νόσου (Βούρτση και Βλάχος, 1999).

Στο συνέδριο του Παγκόσμιου Αντικαρκινικού Ιδρύματος μαζί με την Αντικαρκινική Εταιρία αλλά και με άλλους φορείς της Υγείας, την άνοιξη του 1989, συμφώνησαν για την ηλικία έναρξης του προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου καθώς και για τη συχνότητα του. Τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν ήταν τα εξής: *α)* η πρώτη μαστογραφία θα πρέπει να διενεργείται στην ηλικία μεταξύ 35- 40, *β)* η μαστογραφία σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση, θα πρέπει να γίνεται κάθε 1- 2 χρόνια σε γυναίκες ηλικίας 40- 49, *γ)* να διενεργείται ετήσιος προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω.

1.5 Παράγοντες επικινδυνότητας

Σημαντικοί παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, και όχι μόνο, είναι το κάπνισμα, η διατροφικές συνήθειες, το αλκοόλ, περιβαλλοντικοί παράγοντες, επαγγελματικά καρκινογόνα, η κληρονομικότητα, η ηλικία, η προδιάθεση και οι ψυχοτραυματικές εμπειρίες τις ζωής. Ο πλέον όμως αιτιολογικός παράγοντας ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, ειδικά σε γυναίκες <40 ετών είναι η συνεχής έκθεση σε ακτινοβολία, είτε από ατύχημα είτε από διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες.

Όλοι αυτοί όμως οι αιτιολογικοί παράγοντες δε μπορούν να «χρησιμοποιηθούν» για την ανεύρεση μιας συγκεκριμένης θεραπείας καθώς η κύρια αιτία εμφάνισης και ανάπτυξης καρκίνου δεν έχει ακόμα ανακαλυφθεί. Ωστόσο η επιστήμη βρίσκεται σε ένα δρόμο που μπορεί να οδηγήσει στην ανακάλυψη αυτής της αιτίας και έπειτα, βασισμένοι σ' αυτή, να οδηγηθούν σε καταλληλότερες θεραπευτικές μεθόδους.

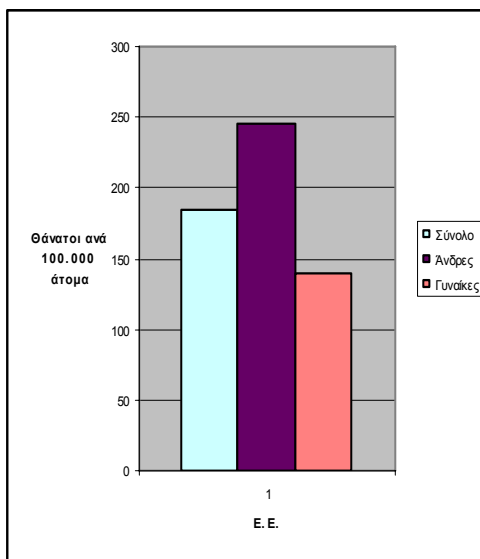
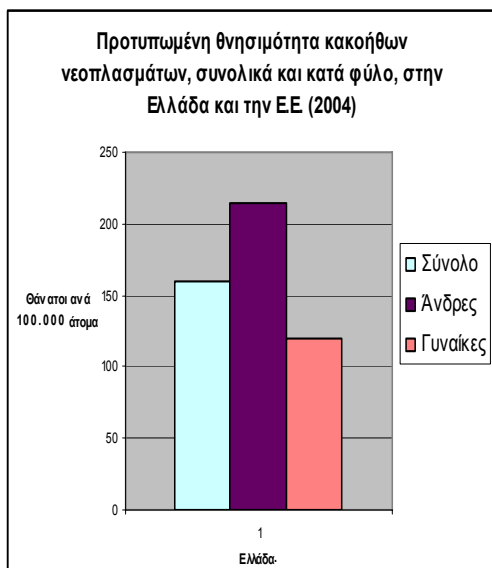


1.6 Επιδημιολογία

Η συχνότητα που εμφανίζεται ο καρκίνος του μαστού αυξάνεται από το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα. Είναι γνωστό πλέον πως είναι η πιο συχνή νόσος που προσβάλλει τις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο. Το ποσοστό των γυναικών οι οποίες πάσχουν από καρκίνο του μαστού ανέρχεται στο 29% ενώ το 16% αυτών των γυναικών πεθαίνουν από αυτή την νόσο. Ωστόσο σήμερα λόγω της συστηματικής εξέτασης, των προγραμμάτων πρόωμης διάγνωσης, και της αυτοεξέτασης μαστού που πραγματοποιούν οι γυναίκες, έχει σημειωθεί μικρή μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού (οριακές βελτιώσεις).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) και μια μετανάλυση στις 15 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης πριν την τελευταία διεύρυνση έδειξε ότι ο αριθμός των θανάτων εξαιτίας του καρκίνου αυξήθηκε κατά 12% στους άνδρες και κατά 9% στις γυναίκες στο διάστημα μεταξύ 1985 έως και 2000 (WHO, 2003).

Πρόσφατα αποτελέσματα της WHO έδειξαν πως τα κακοήγη νεοπλάσματα είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας (25%). Ανά 100.000, οι άντρες έχουν δείκτη θνησιμότητας υψηλότερο από τις γυναίκες τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ε.Ε. (218,84 > 114,7), με μόνη διαφορά την ηλικιακή ομάδα 30-44 των γυναικών, λόγω της αυξημένης επίπτωσης του καρκίνου του μαστού (Τούντας και συν., 2007). Πιο συγκεκριμένα, από το 1990 έως το 2004 σημειώθηκε μια αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού σε ηλικίες άνω των 75 ετών, της τάξης του 92,4%. Το γεγονός αυτό αναχαιτίζει την πτωτική τάση που παρατηρείται σε νεότερες ηλικίες (Τούντας και συν., 2007).



Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πάρα πολλές εκδηλώσεις, καμπάνιες, διαφημίσεις, διαλέξεις, οι οποίες προωθούν την ανάγκη για αυτοεξέταση μαστού αλλά και το γενικότερο ενδιαφέρον για την ασθένεια αυτή. Ωστόσο αυτό δεν είναι αρκετό, από τη στιγμή που οι δείκτες θνησιμότητας στην Ελλάδα αλλά και γενικότερα στην Ε.Ε δε σημειώνουν σημαντική μείωση αλλά ούτε και αύξηση. Ποιό συγκεκριμένα, στην Ευρώπη, κάθε χρόνο εμφανίζονται 216.000 περιστατικά καρκίνου του μαστού και 79.000 γυναίκες πεθαίνουν από τη νόσο αυτή. Στην Ελλάδα το 2004, περίπου 110.000 γυναίκες πέθαναν από κακοήθη νεοπλάσματα εκ των οποίων οι 21.000 περίπου ήταν από καρκίνο του μαστού (Τούντας και συν., 2007), ενώ κάθε χρόνο 4.500 γυναίκες μαθαίνουν ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού και μόνο στο 5% αυτών των περιπτώσεων έγινε πρόωμη διάγνωση. Σε αντίθεση με την Ελλάδα, το ποσοστό πρόωμης διάγνωσης στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, βρίσκεται στο 60%. Το γεγονός ότι δεν αυξάνεται η θνησιμότητα, οφείλεται στη βελτίωση των μεθόδων θεραπείας και στον προληπτικό έλεγχο.

Η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία. Το γεγονός αυτό είναι πολλές φορές αρκετό ώστε να μας οδηγήσει σε καταλληλότερες συμπεριφορές υγείας. Παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν τις πιθανότητες μιας γυναίκας για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, είναι η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, άτυπες ιστολογικές αλλοιώσεις, η ακτινοθεραπεία, το αλκοόλ, το σωματικό βάρος, η άσκηση αλλά και το κάπνισμα. Οι

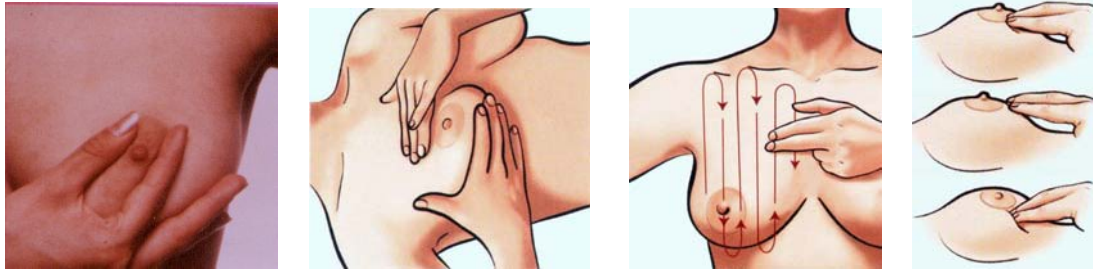
παράγοντες αυτοί υποδηλώνουν απλώς μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσει μια γυναίκα και δεν πρέπει να ληφθεί ως de facto.

Για να μπορέσουν να μειωθούν οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, υπάρχουν αρκετές εξετάσεις, οι οποίες έχουν την δυνατότητα να βοηθήσουν. Πρώτη και κύρια μέθοδος πρόληψης, είναι η αυτοεξέταση μαστού. Έπειτα μια γυναίκα μπορεί να επισκεφτεί τον γιατρό της για την κλινική εξέταση μαστών, όπως επίσης και να κάνει μαστογραφία, υπερηχογράφημα μαστών, μαγνητική τομογραφία μαστού, γαλακτογραφία μαστού αλλά και βιοψίες διαφόρων τύπων (Βούρτση και Βλάχος, 1999).

1.7 Αυτοεξέταση μαστού

Η αυτοεξέταση μαστού, είναι μια αρκετά εύκολη διαδικασία η οποία καλό είναι να γίνει συνήθεια κάθε γυναίκας. Με τον τρόπο αυτό είναι πολύ εύκολο να γίνει έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του μαστού και έτσι να μπορέσει να χαρίσει σε μια γυναίκα μια υγιεινή ζωή. Η αυτοεξέταση θα πρέπει να γίνεται κάθε μήνα ώστε να μπορεί μια γυναίκα να καταλάβει τις τυχόν διαφορές σε κάθε μαστό. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αναπτυχθεί σε όλες τις ηλικίες αλλά οι πιθανότητες αυξάνονται όταν μια γυναίκα είναι μεγάλης ηλικίας (π.χ. οι πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο του μαστού μια γυναίκα 70 ετών είναι οι διπλάσιες από αυτές μιας γυναίκας 50 ετών). Για τον λόγο αυτό είναι επιτακτική ανάγκη να πραγματοποιείται αυτοεξέταση μαστού από νεαρή ηλικία. Οι καταλληλότερες μέρες για να πραγματοποιηθεί η αυτοεξέταση σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση είναι 3 με 4 μέρες μετά την έμμηνο ρήση έτσι ώστε οι μαστοί να έχουν ηρεμήσει από τις συγκεντρώσεις υγρών που γίνονται κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρήσεως. Στη περίπτωση των γυναικών οι οποίες έχουν περάσει στην εμμηνόπαυση, καλό θα ήταν να έχουν μια συγκεκριμένη εβδομάδα, για κάθε μήνα, για να κάνουν την αυτοεξέταση μαστού.

Η διαδικασία είναι απλή και είναι επιτακτική ανάγκη να πραγματοποιείται μια φορά τον μήνα. Οι γυναίκες απλώς βλέπουν και ψηλαφίζουν προσέχοντας κάθε αλλαγή που μπορεί να έχει υποστεί το στήθος του. Σε περίπτωση κάποιας αλλαγής, είναι αναγκαία η άμεση επικοινωνία με τον γιατρό της και η αναφορά ακόμα και της παραμικρής αλλαγής.



Παρόλα αυτά, περεταίρω προώθηση της πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού, είναι αναγκαία, όπως διαπιστώνεται και από τα ποσοστά θνησιμότητας από τη νόσο αυτή. Δύο κοινωνιογνωστικά μοντέλα πρόβλεψης συμπεριφορών υγείας που είναι ικανά να προωθήσουν την ανάγκη αυτοεξέτασης μαστού, είναι η **Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας** (Rogers, 1975) αλλά και οι **Προθέσεις Εφαρμογής** (Sheeran, 2002).

Η Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας περιγράφει τις γνωστικές αντιδράσεις που προκύπτουν από μηνύματα φόβου και οι Προθέσεις Εφαρμογής είναι η μετάφραση της πρόθεσης σε δράση. Λεπτομερής ανάλυση θα γίνει στα επόμενα κεφάλαια.

2. ΚΟΙΝΩΝΙΟΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγικά

Τα κοινωνιογνωστικά μοντέλα έχουν αναπτυχθεί για να καθορίσουν τους παράγοντες που διαμορφώνουν συμπεριφορές και πεποιθήσεις που φέρουν τα άτομα για την υγεία τους. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά και στις συμπεριφορές και στις πεποιθήσεις αναφερόμαστε στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών, στον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε τη κατάσταση της υγείας μας, στο κατά πόσο αντιλαμβανόμαστε τους κινδύνους για την υγεία μας, στο πως αντιδρούμε σε προγράμματα πρόληψης ή προαγωγής της υγείας, στον τρόπο με τον οποίο διαχειριζόμαστε τα συμπτώματα που μας απασχολούν καθώς και σε πολλά άλλα.

Η πλειοψηφία των ανθρώπων καθυστερεί να εκτιμήσει σωστά τη κατάσταση στην οποία βρίσκεται όπως έχουν αποδείξει και οι Safer, Tharps, Jackson & Leventhal (1979). Αυτό το οποίο έδειξαν είναι ότι μεταξύ της συνειδητοποίησης των συμπτωμάτων και της ανάληψης δράσης για την αντιμετώπισή τους, μεσολαβεί ένα χρονικό διάστημα που μπορεί να επιμεριστεί σε τρία μέρη: α) στο χρόνο που απαιτείται, για να καθορίσει το άτομο, αν τα συμπτώματα που το απασχολούν, αποτελούν ενδείξεις ασθένειας β) στο χρόνο που απαιτείται για να καθορίσει αν χρήζει ιατρικής ή άλλης παρέμβασης και γ) στο χρόνο που μεσολαβεί ως την ανάληψη δράσης και την επίτευξη κάποιου στόχου.

Είναι βέβαια περισσότερο πιθανό ένα άτομο με ύπαρξη συμπτωμάτων να αναζητήσει ιατρική βοήθεια ή να αναλάβει κάποια ανάλογη δράση. Αυτό παρόλα ταύτα δε πρέπει να το λάβουμε υπόψιν μας ως de facto καθώς κάποιοι άνθρωποι ακόμα κι αν εκτιμούν ως επικίνδυνα τα συμπτώματά τους, είναι πιθανό να μην αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Επίσης υπάρχουν άνθρωποι που ζητούν συχνά ιατρική βοήθεια χωρίς την ύπαρξη ουσιαστικών συμπτωμάτων.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση και εκτίμηση της ασθένειας με διαφορετικούς τρόπους είναι πολλοί όπως, δημογραφικές μεταβλητές, βιολογικές μεταβλητές, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, μάθηση, συναισθηματική κατάσταση,

πολιτισμικό πλαίσιο, προσωπικότητα και άλλα ατομικά χαρακτηριστικά, γνωστικοί παράγοντες κ.α.

Τα κοινωνιογνωστικά μοντέλα λοιπόν, λαμβάνοντας υπόψιν τους παραπάνω παράγοντες, και βασιζόμενα στη λογική της ανθρώπινης συμπεριφοράς, βοηθούν στη δημιουργία αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης, αντιμετώπισης της μη-τήρησης των ιατρικών οδηγιών, εγκατάστασης νέων συμπεριφορών υγείας, πρόβλεψη της αντίδρασης σε μια διάγνωση κ.α.

Στη παρούσα εργασία, θα αναφερθούμε σε όλα τα κοινωνιογνωστικά μοντέλα που έχουν λάβει εμπειρική υποστήριξη, σε κάποια απλά ονομαστικά και σε κάποια εκτενέστερα.

Τα κοινωνιογνωστικά μοντέλα πρόβλεψης συμπεριφορών υγείας είναι: α) το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (Health Belief Model) (Becker, 1974), β) η Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης (Social Learning Theory) (Bandura, 1986 ; Rotter, Chance & Phares, 1972), γ) η Θεωρία Σταδίων Αλλαγής (Stages of Change Theory) (Prochaska & DiClemente, 1984; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992), δ) το Μοντέλο της Κοινής Λογικής (Common Sense Model- CSM) (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001; Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003), ε) Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (Social Cognitive Theory) (Bandura, 1977, 1992, 2000), στ) Θεωρία της Έλλογης Δράσης (Theory of Reasoned Action) (Fisbein & Ajzen, 1974; Ajzen & Fisbein, 1977) & Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior) (Ajzen, 1991) ζ) **Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας (Protection Motivation Theory)** (Rogers, 1975; 1983; Maddux & Rogers, 1983) και η) **η θεωρία Προθέσεων Εφαρμογής (Implementation Intentions)** (Sheeran, 2002).

Εκτενέστερη αναφορά θα γίνει παρακάτω για τη Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας και για τις Προθέσεις Εφαρμογής, για τις μεταβλητές που περιλαμβάνει το κάθε μοντέλο αλλά και για έρευνες που έχουν γίνει για την πρόληψη κατά του καρκίνου του μαστού (κυρίως για την αυτοεξέταση μαστού) βασιζόμενες στις δύο αυτές θεωρίες. Επιπλέον θα γίνει μια σύντομη αναφορά στη Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

Οι λόγοι που επηλέχθησαν αυτά τα συγκεκριμένα μοντέλα στη παρούσα εργασία, είναι γιατί αφενός στη Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας διαπιστώνουμε το συνδυασμό μεταβλητών από άλλα κοινωνιογνωστικά μοντέλα, όπως η αυτοαποτελεσματικότητα όπου πρώτα συμπεριλήφθηκε ως μεταβλητή στη Γνωστική Συμπεριφορική Θεωρία, αλλά και έννοιες όπως αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα, ευπάθεια, και αντιλαμβανόμενα οφέλη, αντιλαμβανόμενο κόστος όπου τις συναντάμε στο μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία. Με βάση λοιπόν αυτά, μπορούμε να πούμε ότι η Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας είναι ένα επαρκές μοντέλο πρόβλεψης συμπεριφορών υγείας, καθώς συμπεριλαμβάνει μεταβλητές που ασκούν σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά ενός ανθρώπου, όπως θα διαπιστώσουμε και στη συνέχεια μέσα από έρευνες. Αφετέρου, οι Προθέσεις Εφαρμογής είναι ένα αρκετά σύγχρονο μοντέλο, καθώς αναπτύχθηκε το 2002 από τον Sheeran. Το γεγονός αυτό, μας δίνει την ελπίδα ότι, το μοντέλο θα μπορέσει να εφαρμοστεί, σύμφωνα με τις ανάγκες ενός ατόμου στη σύγχρονη κοινωνία, αλλά και με τα νέα δεδομένα τα οποία προκύπτουν. Επιπλέον, οι Προθέσεις Εφαρμογής είναι ένα αρκετά «πρακτικό» μοντέλο, γεγονός το οποίο είναι βοηθητικό για μια πιο άμεση εφαρμογή.

2.2 Protection motivation theory

Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας

Η Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας (*Protection Motivation Theory*) (Rogers, 1975; 1983; Maddux & Rogers, 1983) εξασφαλίζει έναν από τους ασφαλέστερους υπολογισμούς της προληπτικής συμπεριφοράς στο πεδίο της υγείας. Η αρχική ιδέα του μοντέλου βρίσκεται σε πρόμη εργασία που είχε γίνει για την κατανόηση της πειστικής δύναμης των **μηνυμάτων φόβου** (Rogers, 1975). Η εργασία αυτή είχε επίκεντρο τις συνθήκες υπό τις οποίες τα μηνύματα φόβου μπορούν να επηρεάσουν τις στάσεις και την συμπεριφορά. Μία μεταγενέστερη τροποποίηση του μοντέλου (Rogers, 1983) στόχευε στην επέκταση του μοντέλου προκειμένου να εξηγήσει την **επίδραση της επικοινωνίας πειθούς** γενικότερα, δίνοντας μία έμφαση στις γνωστικές διαδικασίες που μεσολαβούν της αλλαγής της συμπεριφοράς.

Το 1953 οι Hovland et al πρότειναν ότι υπάρχουν τρεις κύριες μεταβλητές που λειτουργούν ως ερέθισμα στα μηνύματα φόβου: α) το μέγεθος της ενόχλησης ή η σοβαρότητα του γεγονότος, β) η πιθανότητα να συμβεί το γεγονός αν δεν υιοθετηθεί κάποια προσαρμοστική συμπεριφορά ή εαν δεν προσαρμοστεί η ήδη υπάρχουσα συμπεριφορά και γ) η επάρκεια της προτεινόμενης συμπεριφοράς να εξαλείψει ή να μειώσει το ενοχλητικό γεγονός.

Ο Rogers βασίστηκε σε αυτό το σχήμα και πρότεινε ότι κάθε μεταβλητή- ερέθισμα ενεργοποιεί μια αντίστοιχη μεσολαβητική γνωστική διαδικασία. Έτσι για το μέγεθος της ενόχλησης εισήγαγε στο μοντέλο την **αντίληψη σοβαρότητας**, για τη πιθανότητα να συμβεί το γεγονός, την **αντίληψη ευπάθειας** και για τη διαθεσιμότητα μιας αποτελεσματικής προσαρμοστικής αντίδρασης, την **αντίληψη αποτελεσματικότητας αντίδρασης** (επάρκειας αντίδρασης).

Το 1983 το μοντέλο αναθεωρήθηκε, περιλαμβάνοντας σε αυτό περισσότερους παράγοντες που ενεργοποιούν γνωστικές διαδικασίες. Επιπλέον της επικοινωνίας πειθούς, προστέθηκαν και άλλες μεταβλητές-ερεθίσματα, πχ **προσωπικότητα**, **προηγούμενη συμπεριφορά** και η **μάθηση μέσω παρατήρησης**. Επιπλέον, προστέθηκαν επιπρόσθετες γνωστικές διαδικασίες (μεταβλητές), όπως

αυτοαποτελεσματικότητα, κόστος (προτεινόμενης) **αντίδρασης**, πεποιθήσεις **ανταμοιβών** των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών, που οδηγούσαν σε δύο ανεξάρτητες γνωστικές μεσολαβητικές διαδικασίες, επικεντρωμένες στην **εκτίμηση της απειλής** και την **εκτίμηση της προσαρμογής** όπου και οι δύο μαζί καθορίζουν την κινητοποίηση για ανάληψη προσωπικής προστατευτικής δράσης.

Οι γνωστικές αυτές διαδικασίες, η **εκτίμηση της απειλής** και η **εκτίμηση προσαρμογής**, μπορούν να ενεργοποιηθούν από εσωτερικές (π.χ. προσωπικότητα) και εξωτερικές (περιβαλλοντικές π.χ. μηνύματα φόβου) πηγές πληροφοριών.

Η εκτίμηση της απειλής επικεντώνεται *α)* στην πηγή της απειλής και *β)* σε παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν ή να ελαττώσουν τη πιθανότητα μιας δυσπροσαρμοστικής αντίδρασης (άρνηση, αποφυγή). Απορρέει από την αντίληψη ότι κάποιος είναι ευπαθής (στην αρρώστια) σε συνδυασμό με την αντίληψη ότι η αρρώστια θα έχει σοβαρές συνέπειες. Όταν η αντιλαμβανόμενη ευπάθεια και η αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα είναι υψηλές τότε ένα άτομο βιώνει σε σημαντικό βαθμό την προσωπική του απειλή. Ο **φόβος** είναι μια επιπρόσθετη μεσολαβητική μεταβλητή μεταξύ των αντιλήψεων σχετικά με τη σοβαρότητα και την ευπάθεια και του επιπέδου της εκτιμώμενης απειλής. Υψηλότερα επίπεδα φόβου θα προκληθούν, αν κάποιος θεωρεί τον εαυτό του ευάλωτο σε μια σοβαρή ασθένεια. Στη συνέχεια ο μεγαλύτερος φόβος θα προκαλέσει μία εκτίμηση της απειλής ως σοβαρότερης, η οποία θα αυξήσει την κινητοποίηση (κίνητρο) του ατόμου να αναλάβει μία προστατευτική συμπεριφορά.

Όσον αφορά τη πιθανότητα ανάληψης μιας δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς, αυτή μπορεί να αυξηθεί από εσωτερικά (π.χ. απόλαυση) και εξωτερικά (π.χ. κοινωνική αποδοχή) προερχόμενες ανταμοιβές (ενισχύσεις, οφέλη).

Ο τρόπος που ένα άτομο αντιδράει στην εκτιμώμενη απειλή καθορίζεται, διαδοχικά, από την **εκτίμηση προσαρμογής**. Η εκτίμηση προσαρμογής επικεντρώνεται *α)* στις προσαρμοστικές αντιδράσεις που είναι διαθέσιμες στο άτομο προκειμένου να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο/απειλή, και *β)* στους παράγοντες που αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα μίας προσαρμοστικής αντίδρασης, όπως πχ η ακολούθηση των συμβουλών συμπεριφοράς.

Η πιθανότητα υιοθέτησης της προτεινόμενης προσαρμοστικής συμπεριφοράς αυξάνεται από α) την πεποίθηση ότι η προτεινόμενη αντίδραση θα είναι επαρκής για την μείωση του κινδύνου (**Αποτελεσματικότητα αντίδρασης**), και β) από την πεποίθηση ότι το άτομο είναι ικανό να αναλάβει την προτεινόμενη δράση (**Αυτοαποτελεσματικότητα**). Αντίθετα, το **κόστος** ή τα **εμπόδια** της αντίδρασης μπορεί να αναστείλουν την ανάληψη της προτεινόμενης συμπεριφοράς.

Στη θεωρία του Rogers, αναγνωρίστηκε η αποτελεσματικότητα αντίδρασης ως ο καθοριστικός παράγοντας της εκτίμησης της προσαρμογής. Η αποτελεσματικότητα αντίδρασης αφορά την αντίληψη πως υιοθετώντας μια συγκεκριμένη συμπεριφορική αντίδραση θα είναι αποτελεσματική στη μείωση της απειλής της ασθένειας.

Η **αυτοαποτελεσματικότητα** αναφέρεται στην πεποίθηση για την ικανότητα κάποιου να εκτελεί μια προστατευτική συμπεριφορά. Το ψυχολογικό κόστος συνδεδεμένο με την εκτέλεση προστατευτικής συμπεριφοράς όπως δυσάρεστες συναισθηματικές αντιδράσεις μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στο να κλονιστεί η κινητοποίηση προστασίας. Το επεκτεινόμενο μοντέλο προτείνει πως ένα άτομο θα υιοθετήσει μια προστατευτική συμπεριφορά αν αυτός ή αυτή πιστεύει ότι η ασθένεια είναι σοβαρή και πολύ πιθανή να συμβεί και αντιλαμβάνεται ότι η προστατευτική συμπεριφορά μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση της απειλής, χαμηλού κόστους και κάτι για το οποίο αισθάνονται ικανοί να κάνουν. Σε ορισμένες αποφάσεις, όπως το να κόψει κανείς το κάπνισμα προς αποφυγή καρδιαγγειακών παθήσεων, μπορεί να υπάρχουν και αμοιβές, όπως οι αισθήσεις χαλάρωσης σε συνδυασμό με το να συνεχίζει το κάπνισμα το οποίο βοηθάει στην υπονόμηση της κινητοποίησης προστασίας.

Η κινητοποίηση προστασίας είναι συνήθως καθορισμένη από την ανάπτυξη της πρόθεσης για υιοθέτηση μιας προστατευτικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, το μοντέλο επίσης επιτρέπει τη πρόβλεψη «εκτίμηση δυσπροσαρμοστικής αντίδρασης – maladaptive coping responses». Για παράδειγμα, όταν η απειλή είναι υψηλή και η εκτίμηση προσαρμογής είναι χαμηλή, ένα άτομο μπορεί να υιοθετήσει αντίδραση αποφυγής, με το αρνείται την απειλή ή με το να αποφεύγει οποιαδήποτε πληροφορία που αφορά την ασθένεια (Rippetoe & Rogers, 1987).

Η θεωρία κινητοποίησης προστασίας (Rogers, 1983; Prentice-Dunn & Rogers, 1986; Rogers & Prentice-Dunn, 1997) ορίζει ένα μοντέλο κατανόησης της αντιφατικής επιρροής των φοβογόνων πληροφοριών σχετικά με την αυτοεξέταση μαστού δίνοντας λεπτομερώς τη γνωστική διαδικασία που εμπλέκεται στις αποφάσεις για την υγεία. Κάποια πληροφορία που είναι απειλή για την υγεία, ξεκινάει την εκτίμηση αυτής της απειλής και την εκτίμηση της προσαρμογής οι οποίες αργότερα θα επηρεάσουν το άτομο να αντιδράσει προσαρμοστικά ή δυσπροσαρμοστικά στη συγκεκριμένη πληροφορία. Για παράδειγμα, η εκτίμηση απειλής επηρεάζεται από τη πληροφορία για τη σοβαρότητα του καρκίνου του μαστού και την ευπάθεια του καθενός σ' αυτή.

Η εκτίμηση προσαρμογής επηρεάζεται από τη πληροφορία για την αποτελεσματικότητα της αυτοεξέτασης μαστού για τη γρηγορότερη ανίχνευση καρκίνου (*αποτελεσματικότητα αντίδρασης*) αλλά και από την απόφαση ότι κάποια είναι ικανή να πραγματοποιήσει αποτελεσματικά την αυτοεξέταση μαστού (*αυτοαποτελεσματικότητα*).

Οι έρευνες της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας έχουν αποδείξει πως η σημαντικότητα της αντιλαμβανόμενης απειλής, λειτουργεί σε κάποιον σαν υποκινητής διαδοχικών πράξεων. Σε μια μετανάλυση 65 ερευνών φάνηκε πως τα μηνύματα που βασίζονταν στην απειλή, επηρέασαν θετικά αρκετούς τομείς της υγείας (Floyd et. Al., 2000).

Αποτελέσματα της βιβλιογραφίας της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας έδειξαν πως οι αντιφατικές επιρροές της απειλής αναφορικά με την αυτοεξέταση μαστού μπορεί να υπάρχουν λόγω της παράλειψης πληροφοριών σχετικά με την θετική επίδραση της και την ικανότητα των γυναικών να τη πραγματοποιήσουν σωστά. Σε μια έρευνα μελετήθηκε ένας ακόμη παράγοντας, ο οποίος μπορεί να επηρεάζει την αντίδραση στην απειλή που αφορά τον καρκίνο, η σειρά που παρουσιάζονται οι πληροφορίες. Οι ερευνητές της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας παρουσίαζαν αρχικά πληροφορίες αναφορικά με απειλές για την υγεία, και εν συνεχεία έκαναν προτάσεις για το πώς κάποιος μπορεί να ανταπεξέλθει στην απειλή. Στη συγκεκριμένη έρευνα όμως μελέτησαν τον αντίκτυπο της αλλαγμένης σειράς των πληροφοριών σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Αναμενόταν πως αν έδιναν αρχικά

πληροφορίες απειλής θα δημιουργούσαν μεγαλύτερη χρήση προσαρμοστικής διάθεσης από το δώσουν πληροφορίες για τη προσαρμογή, πρώτα.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας μας δείχνουν ότι απειλές που αφορούν την υγεία ενεργοποιούν κάποιον να δράσει με ποικίλους τρόπους για να ελατώσει τον αντιλαμβανόμενο κίνδυνο. Αξίζει να σημειωθεί πως επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα άλλων (π.χ. McCaul et. Al., 1996; Rimer, 1995) οι οποίοι έδιναν έμφαση στην ευπάθεια μιας γυναίκας στον καρκίνο του μαστού ως μέσο για να κινητοποιηθεί και να προστατέψει την υγεία της. Ωστόσο, η άθροιση των πληροφοριών προσαρμογής κινεί το άτομο μακριά από δυσπροσαρμοστική αντίδραση στην απειλή. Αυτό φαίνεται πιο καθαρά όταν οι πληροφορίες υψηλής απειλής ακολουθούνται από πληροφορίες υψηλής προσαρμογής. Το να παρουσιαστούν οι πληροφορίες προσαρμογής δεύτερες στη σειρά (όπως γίνεται παραδοσιακά στις μελέτες της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας) εφοδιάζει το άτομο με προτάσεις για το τι να κάνει για να ελέγξει τον αισθανόμενο κίνδυνο. Αντιστρέφοντας αυτή τη σειρά, ενδεχομένως το άτομο να τρομοκρατηθεί και να ενοχληθεί από την απειλή.

Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας & προηγούμενη συμπεριφορά

Ένας τρόπος για να αποδειχθεί η επάρκεια ενός μοντέλου σχετικά με τη μελλοντική συμπεριφορά είναι με το να συμπεριληφθεί το κριτήριο της προηγούμενης συμπεριφοράς στις δοκιμασίες του μοντέλου (Ajzen, 1991). Αν τα στοιχεία ενός μοντέλου είναι επαρκή για να εξηγήσουν τη συμπεριφορά, για την οποία γίνεται λόγος, την προγενέστερη συμπεριφορά, σε μια ανάλυση όπου η σχέση των μεταβλητών είναι εμπειρική, δε θα έπρεπε να αποδεικνύει σημαντικά την πρόβλεψη της επακόλουθης συμπεριφοράς. Αν η προηγούμενη συμπεριφορά είχε βρεθεί πως έχει μια σημαντικά συνεχιζόμενη επίδραση στη πρόβλεψη της μετέπειτα συμπεριφοράς, αφού ενταχθούν όλα τα στοιχεία του μοντέλου σε μια εξίσωση όπου η σχέση των μεταβλητών είναι εμπειρική, αυτό υποδηλώνει ότι άλλες μεταβλητές απ' αυτές που καθορίστηκαν μπορεί να χρειαστούν για τη πλήρη εκτίμηση της συμπεριφοράς

Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας & Αυτοεξέταση μαστού

Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν τα προηγούμενα χρόνια, έδειξαν τη σχέση μεταξύ κοινωνιογνωστικών μεταβλητών και εκτέλεσης αυτοεξέτασης μαστού. Οι Rippetoe και Rogers (1987) εφάρμοσαν τη Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας στην αυτοεξέταση μαστού και βρήκαν ότι και η εκτίμηση προσαρμογής και εκτίμηση απειλής συνεισφέρουν στη πρόθεση για εκτέλεση αυτοεξέτασης μαστού. Ο φόβος (Keller, 1978) και η ευπάθεια (Kelly, 1979) βρέθηκαν να έχουν σχέση με την εκτέλεση αυτοεξέτασης. Η ελλιπής γνώση για την αυτοεξέταση μαστού και η έλλειψη αυτοπεποίθησης για το αν μπορεί μια γυναίκα να την εκτελέσει, φάνηκε να δρουν ως εμπόδια για την επιτυχή εκτέλεση της (Alagna & Reddy, 1984; Kegeles, 1985). Ένας αριθμός ερευνητών βρήκε επίσης σημαντική σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενων οφελών και εκτέλεσης αυτοεξέτασης μαστού (Calnan & Rutter, 1986; Hill et al., 1985; Rutledge et al., 1988).

Σε μια έρευνα των Sarah Hodgkins και Sheina Orbell (1998) μετρήθηκε η ικανότητα κοινωνιογνωστικών μεταβλητών που καθορίστηκαν από τη Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας για την εξάσκηση αυτοεξέτασης μαστού. Οι στόχοι της συγκεκριμένης έρευνας ήταν πρώτον να καθορίσουν ποιες μεταβλητές της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας μπορούν να προβλέψουν τη πρόθεση για εκτέλεση αυτοεξέτασης μαστού και να ελέγξουν την επάρκεια των μεταβλητών της θεωρίας για να μετρήσουν τη σχέση μεταξύ προγενέστερης εκτέλεσης και μελλοντικής πρόθεσης. Δεύτερον, να εξετάσουν τη προβλεπόμενη επάρκεια του μοντέλου σε μια διαμήκη μελέτη μετά το διάστημα περίπου ενός μήνα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 45% των συμμετεχόντων δεν είχε κάνει ποτέ αυτοεξέταση μαστού με ένα ποσοστό της τάξεως του 26% να έχει κάνει μόνο μια φορά. Η πλειοψηφία (56%) των συμμετεχόντων ήταν αναποφάσιστες όσον αφορά τις πιθανότητες τους για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, ενώ το 28% συμφώνησε ότι ήταν πολύ πιθανό να αναπτύξει την ασθένεια. Το 25% έβλεπε τον καρκίνο του μαστού ως μια σοβαρή ασθένεια, συμφωνώντας ότι θα μπορούσε να καταστρέψει τις ευκαιρίες για τη μελλοντική ευτυχία τους και η πλειοψηφία (77%) αισθάνθηκε πως η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού θα έκανε το μέλλον τους εντελώς διαφορετικό. Η αυτοεξέταση μαστού, γενικά (76%) έγινε αντιληπτή ως πολύ αποτελεσματική και ως

επιβεβαίωση για μια πρόιμη αντίχνευση του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο, μόνο το 40% αισθάνθηκε ικανό να εκτελέσει αυτοεξέταση μαστού. Συνεχίζοντας, μόνο το 16% ανέφερε ότι έκανε αυτοεξέταση μαστού κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως μόνο τέσσερις από τους σχεδιασμούς της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας βρέθηκαν να είναι σημαντικά συσχετισμένες με τη πρόθεση για εκτέλεση αυτοεξέτασης μαστού. Καμία από τις μετρήσεις για εκτίμηση απειλής δε βρέθηκε να είναι συσχετισμένη με την πρόθεση. Η *αποφυγή* και το *ψυχολογικό κόστος* ήταν αντιστρόφως ανάλογα με τη πρόθεση για αυτοεξέταση μαστού. Παρόλα ταύτα, οι γυναίκες που ένιωσαν ότι δεν ήθελαν να σκέφτονται τον καρκίνο του μαστού ή που αισθάνονταν ότι η αυτοεξέταση μαστού θα τους προκαλούσε άγχος ήταν λιγότερο πιθανό να εκτελέσουν αυτοεξέταση μαστού. Η *αποτελεσματικότητα αντίδρασης* και η *αυτό-αποτελεσματικότητα* ήταν θετικά συσχετισμένες με τη πρόθεση υποδηλώνοντας πως οι γυναίκες που ένιωσαν ότι η αυτοεξέταση είναι χρήσιμη και αποτελεσματική στην πρόιμη αντίχνευση καρκίνου του μαστού, καθώς επίσης και οι γυναίκες που είχαν εμπιστοσύνη στις ικανότητες τους να κάνουν αυτοεξέταση, ήταν περισσότερο πιθανό να κάνουν αυτοεξέταση. Η *προηγούμενη συμπεριφορά* σχετικά με την αυτοεξέταση ήταν πολύ έντονα συνδεδεμένη με τη πρόθεση να ξαναγίνει και τον επόμενο μήνα.

Πέντε από τους σχεδιασμούς της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας βρέθηκαν να είναι σημαντικά συσχετισμένοι με την μελλοντική εκτέλεση αυτοεξέτασης μαστού. Η *αποφυγή* και το *ψυχολογικό κόστος* βρέθηκαν να έχουν αρνητικές σχέσεις με τη μελλοντική συμπεριφορά για αυτοεξέταση. Η *αυτό-αποτελεσματικότητα* ήταν θετικά συσχετισμένη με τη μελλοντική συμπεριφορά, όπως ήταν και η προηγούμενη συμπεριφορά. Προς μεγάλη έκπληξη, η *αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα* ήταν αρνητικά συσχετισμένη με τη μελλοντική συμπεριφορά. Αυτό προκάλεσε μεγάλη έκπληξη, καθώς καμία από τις εκτιμήσεις απειλής δε βρέθηκαν να έχουν σημαντική συσχέτιση με τη πρόθεση, υποδηλώνοντας ότι οι συμμετέχουσες που αντιλήφθηκαν τον καρκίνο του μαστού ως σοβαρή ασθένεια ήταν λιγότερο πιθανό να ασχοληθούν με την αυτοεξέταση, και ότι αυτή η συσχέτιση ήταν ανεξάρτητη από τη πρόθεση.

Μια σταδιακή ανάλυση (path analysis) (Bryman & Cramer, 1990) διεξάχθηκε για να αποδείξει τις άμεσες και τις έμμεσες προβλεπτικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας. Ακολούθησε τη θεωρητική δομή που περιγράφηκε από τον Rogers (1983). Η σταδιακή αυτή ανάλυση διεξήχθη αρχικά μόνο με τον σχεδιασμό της

Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας και μετά επαναλήφθηκε με τη συμπερίληψη προηγούμενης εκτέλεσης αυτοεξέτασης μαστού. Η *πρόθεση* καθορίστηκε ως η εξαρτημένη μεταβλητή. Η *αποφυγή* συμπεριλήφθηκε πρώτη στην εξίσωση εμπειρικής σχέσης των μεταβλητών. Η *εκτίμηση απειλής* και η *εκτίμηση προσαρμογής* εντάχθηκαν μαζί στο επόμενο στάδιο της ανάλυσης. Η *προγενέστερη εκτέλεση αυτοεξέτασης μαστού* εντάχθηκε σαν το τελικό βήμα στη δεύτερη ανάλυση.

Πρόβλεψη της Πρόθεσης

Η αυτοαποτελεσματικότητα ήταν ο μόνος σχεδιασμός που βρέθηκε να προβλέπει την πρόθεση όταν οι σχεδιασμοί του μοντέλου της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας εντάχθηκαν στην ανάλυση. Το ψυχολογικό κόστος προέβλεψε την αποφυγή. Γενικά οι μεταβλητές της θεωρίας εξήγησαν το 20% της διακύμανσης σχετικά με τη πρόθεση.

Όταν η προγενέστερη συμπεριφορά εκτέλεσης αυτοεξέτασης μαστού προστέθηκε στο μοντέλο ήταν η μόνη μεταβλητή που μπόρεσε σωστά να προβλέψει τη πρόθεση. Η ίδια πάλι μπόρεσε να προβλέψει την αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα, την αυτοαποτελεσματικότητα και το ψυχολογικό κόστος. Το μοντέλο, συμπεριλαμβανομένης της προγενέστερης συμπεριφοράς, εξήγησε το 54% της διακύμανσης σε σχέση με τη πρόθεση. Δηλαδή, η πρόσθεση της προγενέστερης συμπεριφοράς στο μοντέλο, κατέληξε σε μια βελτίωση της διακύμανσης της πρόθεσης, της τάξεως του 34%.

Πρόβλεψη Μελλοντικής Συμπεριφοράς

Όταν προστέθηκαν οι σχεδιασμοί του μοντέλου στην αρχική εκτίμηση, υπήρξε μια σημαντική βελτίωση. Η πρόβλεψη και η αποτελεσματικότητα αντίδρασης ήταν οι μόνιμοι προβλεπτικοί παράγοντες των ατόμων για την επακόλουθη συμπεριφορά. Στο δεύτερο βήμα που προστέθηκε η προγενέστερη συμπεριφορά υπήρξε και πάλι μια σημαντική βελτίωση στη πρόβλεψη της μελλοντικής συμπεριφοράς. Η προγενέστερη συμπεριφορά αποδείχτηκε πως είναι ο μόνος σημαντικός ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας της μελλοντικής συμπεριφοράς, όταν και τα δυο βήματα της εξίσωσης είχαν ολοκληρωθεί.

Σε μια έρευνα των Rippetoe και Rogers το 1987 έδωσαν πληροφορίες σε γυναίκες για τον καρκίνο του μαστού και εξέτασαν την επιρροή αυτών των πληροφοριών στα

στοιχεία της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας, και τη σχέσης τους με τη γυναικεία πρόθεση για αυτοεξέταση μαστού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι καλύτερες προβλέψεις έγιναν από την αποτελεσματικότητα αντίδρασης (το ότι δηλαδή, η αυτοεξέταση μπορεί να κάνει πρόωμη ανίχνευση καρκίνου του μαστού), από τη σοβαρότητα (πιστεύοντας ότι ο καρκίνος του μαστού είναι επικίνδυνη ασθένεια και πως είναι πολύ δύσκολο να επέλθει θεραπεία αυτής, στα προχωρημένα στάδια της) και τέλος η αυτοαποτελεσματικότητα (κατά πόσο πιστεύει μια γυναίκα στην ικανότητα της να εκτελέσει την αυτοεξέταση μαστού).

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών είχε συνταχθεί για να γίνει κατανοητό το πώς οι άνθρωποι επιλέγουν να συμπεριφερθούν όταν έρχονται αντιμέτωποι με ποικίλα φοβογόνα ερεθίσματα.

Η Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας ήταν το μόνο μοντέλο που ανασκοπήθηκε από τον Weinstein (1993) το οποίο περιλάμβανε την αυτοαποτελεσματικότητα ως ξεχωριστό στοιχείο. Έρευνες για την αυτοαποτελεσματικότητα απέδωσαν συγκλίνουσες αποδείξεις ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας επιρροής στις υποκινούμενες, στις γνωστικές και στις συναισθηματικές διαδικασίες (Bandura, 1992). Ο Schwarzer (1992) πρότεινε ότι η αυτοαποτελεσματικότητα είναι εγγυημένη σαν ένα σημαντικό στοιχείο για κάθε θεωρία συμπεριφοράς υγείας.

Ο Rogers και ο Prentice-Dunn (1997) έκαναν μια ανασκόπηση στη βιβλιογραφία της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας και βρήκαν μια καλή επιβεβαίωση της θεωρίας και των στοιχείων της. Ωστόσο, το συμπέρασμά τους βασίστηκε σε μια αφηγηματική ανασκόπηση.

Σε μια μετανάλυση των Floyd et al., (2000) οι έρευνες (N= 65) που θα συμπεριλαμβάνονταν, απαιτήθηκε να περιλαμβάνουν αποτίμηση της πρόθεσης ή της πραγματικής συμπεριφοράς. Ο σκοπός της πρόθεσης ή της συμπεριφοράς πρέπει να είχε γίνει για να προλάβουν μια εν δυνάμει βλαβερή συνέπεια, είτε σταματώντας μια υπάρχουσα επιβλαβή δράση (π.χ. να κόψουν το κάπνισμα) ή διατηρώντας μια προστατευτική συμπεριφορά (π.χ. μαστογραφικός έλεγχος μια φορά το χρόνο) είτε ξεκινώντας μια προστατευτική δράση (π.χ. αυτοεξέταση μαστού). Επιπροσθέτως η μελέτη θα πρέπει να περιλαμβάνει μια ανάλυση με ένα ή περισσότερα από τα κύρια

στοιχεία της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας (ανταμοιβές, σοβαρότητα των απειλών, αποτελεσματικότητα αντίδρασης, αυτοαποτελεσματικότητα, κόστος αντίδρασης), όπως τα ανέπτυξε και τα αναθεώρησε ο Rogers (1983).

Στη μετανάλυση αυτή χρησιμοποιήθηκαν οι εξής μεταβλητές: **α)** η κατάσταση του ατόμου (ανεξάρτητη μεταβλητή ή καθορισμένη μεταβλητή π.χ. ευπάθεια στην απειλή, αυτοαποτελεσματικότητα, αποτελεσματικότητα αντίδρασης σε συνδυασμό με αυτοαποτελεσματικότητα), **β)** ο αριθμός των υποκειμένων ($N= 29,650$), **γ)** η ηλικία των υποκειμένων, **δ)** η κατηγορία των υποκειμένων (π.χ. φοιτητές κολλεγίου, δείγμα κοινότητας, ασθενείς), **ε)** προσφωνημένο θέμα (π.χ. διακοπή καπνίσματος, ξεκίνημα άσκησης, υγιεινή διατροφή), **στ)** στάδιο αλλαγής (π.χ. διακοπή επιβλαβούς συμπεριφοράς, ξεκίνημα ή διατήρηση προστατευτικής συμπεριφοράς), **ζ)** τύπος εξαρτημένης μέτρησης (προθέσεις ή συμπεριφορές), **η)** συγκεκριμένη ανεξάρτητη μέτρηση που χρησιμοποιήθηκε και **θ)** μεθοδολογική ποιότητα της μελέτης.

Οι περισσότερες μελέτες περιλάμβαναν πολλαπλά στοιχεία της Θεωρίας Κινητοποίησης Προστασίας ($N=49$), ενώ σχετικά ελάχιστες μελέτες ($N=16$) αποτίμησαν μόνο ένα σταθερό όρο του ενδιαφέροντος. Από τις 65 μελέτες, οι 27 (41.5%) χρησιμοποίησαν μόνο μετρήσεις για τη πρόθεση, οι 22 (33.9%) χρησιμοποίησαν μετρήσεις μόνο για τη συμπεριφορά και 16 (24.6%) χρησιμοποίησαν μετρήσεις και για τη πρόθεση και για τη συμπεριφορά.

Οι μεταβλητές της εκτίμησης της απειλής είχαν μικρό με μέτριο effect, ενώ οι μεταβλητές της εκτίμησης προσαρμογής είχαν μεσαίο με μεγάλο effect. Η μεταβλητή με το μεγαλύτερο effect ήταν η **αυτοαποτελεσματικότητα**.

Ανάλυση αναφορικά με την επίδοση των μεταβλητών για διαφορετικούς τύπους συμπεριφοράς [συμπεριφορές έναρξης (πχ. Έναρξη μιας προσαρμοστικής συμπεριφοράς όπως η αυτοεξέταση για καρκίνο του μαστού) έναντι συμπεριφορών διακοπής (πχ διακοπή γιας δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς όπως το κάπνισμα)]:

Οι μεταβλητές εκτίμησης της απειλής βρέθηκαν να έχουν παρόμοιο μέγεθος επίδρασης και για τους δύο τύπους συμπεριφορών, ενώ οι μεταβλητές εκτίμησης προσαρμογής βρέθηκαν να έχουν μεγαλύτερη επίδραση για τις συμπεριφορές διακοπής.

Επιπλέον, τόσο οι μεταβλητές εκτίμησης απειλής όσο και αυτές εκτίμησης προσαρμογής βρέθηκαν να έχουν μεγαλύτερο μέγεθος επίδρασης όταν εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η πρόθεση παρά η συμπεριφορά.

Συνολικά, η μετα-ανάλυση αυτή βρήκε ότι οι μεταβλητές εκτίμησης προσαρμογής, και ιδιαίτερα η αυτοαποτελεσματικότητα, ήταν επιτυχέστερες για την πρόβλεψη των προστατευτικών προθέσεων και συμπεριφορών.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπήρχε τυπικά διαφορά μεταξύ ενηλίκων και φοιτητών, παρατηρήθηκε *υψηλότερη συσχέτιση* μεταξύ αποτελεσματικότητας αντίδρασης και προσαρμοστικής συμπεριφοράς για τους ενήλικες παρά για τους φοιτητές.

Θεωρητικά Συμπεράσματα

Η θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας, εξηγεί πως η συμπεριφορά μπορεί να μετατραπεί από βλαβερή σε προστατευτική όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με απειλές που αφορούν την υγεία τους. Τα μεγέθη επιρροής για όλες τις μεταβλητές του μοντέλου, βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά και για τις προβλεπόμενες κατευθύνσεις, υποδεικνύοντας πως οι αλλαγές στη προστατευτική συμπεριφορά έρχονται σε αντιστοιχία με ψυχολογικές μεταβλητές που συμπεριλαμβάνονται στο μοντέλο.

Η απόφαση να λάβει κάποιος μια προστατευτική συμπεριφορά, σημαίνει πως πρέπει να έχει αντιληφθεί τη σοβαρότητα που ενέχεται στην αντίστοιχη βλαβερή καθώς επίσης και το πόσο ευπαθής είναι στη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Αυτές οι αντιλήψεις πρέπει να υπερπηδήσουν τις ανταμοιβές είτε είναι εσωτερικές είτε είναι εξωτερικές. Η εκτίμηση λοιπόν της απειλής, τροφοδοτεί τη κινητοποίηση για εγκαίνιαση της διαδικασίας εκτίμησης.

Σε γενικές γραμμές οι μεταβλητές εκτίμησης έδειξαν λίγο πιο δυνατή σχέση με τις προσαρμοστικές συμπεριφορές, απ' ότι έδειξαν οι μεταβλητές απειλής.

Πρακτικά Συμπεράσματα

Το στάδιο αλλαγής της συμπεριφοράς, φάνηκε να είναι σημαντικότερος παράγοντας όταν απευθυνόταν στην επίδραση των μεταβλητών εκτίμησης παρά στις μεταβλητές απειλής. Η απειλή ασκούσε την ίδια επιρροή σε όλα τα στάδια. Οι μεταβλητές

εκτίμησης ήταν περισσότερο συνδεδεμένες με τις προθέσεις και τις συμπεριφορές στο στάδιο της διακοπής παρά στο στάδιο του ξεκινήματος μιας νέας συμπεριφοράς.

Η ηλικία δε φάνηκε να έχει μεγάλη διαφορά στη σχέση μεταξύ μεταβλητών απειλής και προτεινόμενων συμπεριφορών. Για το λόγο όμως ότι μόνο λίγες μελέτες περιλάμβαναν παιδιά, η σύγκριση μεταξύ παιδιών, φοιτητών και ενηλίκων πρέπει να γίνει διστακτικά. Επίσης, το γεγονός ότι οι φοιτητές έδειξαν λιγότερη σχέση μεταξύ αυτοαποτελεσματικότητας και κινητοποίησης προστασίας απ' ότι οι ενήλικες, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι όσο ωριμάζουμε έχουμε περισσότερη εμπειρία με τις εκτιμήσεις. Γι' αυτό οι πεποιθήσεις μας σχετικά με την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών εκτίμησης είναι περισσότερο αξιοπρόσεκτες.

2.3 Implementation Intentions

Προθέσεις Εφαρμογής

Οι Προθέσεις Εφαρμογής (σχέδια του τύπου «Εάν...- τότε...»), εισήχθησαν ως μοντέλο συμπεριφοράς υγείας, το 2002 από τον Sheeran, ο οποίος έπειτα από μια μετανάλυση 422 προδρομικών μελετών (N= 82107), διεξήγαγε το συμπέρασμα πως η πρόθεση είναι επιτυχής για την πρόβλεψη της μελλοντικής συμπεριφοράς. Επίσης, το 2003, οι Sutton & Sheeran, σε μια μετανάλυση 51 μελετών (N= 8166) βρήκαν ακριβώς τα ίδια αποτελέσματα. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν λοιπόν, ότι οι προθέσεις εφαρμογής διευκολύνουν την μετάφραση των προθέσεων στόχου σε δράση. Η στρατηγική αυτοματοποίησης των αντιδράσεων προς ένα στόχο φαίνεται να βοηθά τους ανθρώπους να πετύχουν τους στόχους που έχουν θέσει, βάζοντας σε εφαρμογή τις ενέργειες που έχουν σχεδιάσει.

Οι Orbell & Sheeran (1998), αλλά και McBroom & Reid (1992) υποστηρίζουν ότι οι δείκτες συσχέτισης δεν φωτίζουν τις πηγές της συνέπειας και της διαφοράς μεταξύ πρόθεσης και συμπεριφοράς. Προκειμένου να δούν βαθύτερα το θέμα αυτό, διεξήγαγαν μία ανάλυση αποσύνθεσης της σχέσης μεταξύ πρόθεσης και συμπεριφοράς, σε μία μήτρα 2X2 (πρόθεση: δράση Vs μή δράση) X (συμπεριφορά: δράση Vs μή δράση). Αυτή η αποσύνθεση έδειξε ότι η συνέπεια μεταξύ πρόθεσης και συμπεριφοράς αποδίδεται σε αυτούς με θετική πρόθεση που στη συνέχεια πραγματοποιούν την συμπεριφορά (**inclined actors, κεκλιμένος δρων**), και σε αυτούς με αρνητική πρόθεση που στη συνέχεια δεν πραγματοποιούν τη συμπεριφορά (**disinclined abstainers, μη κεκλιμένος απέχων**). Αντίθετα, η ασυνέπεια μεταξύ πρόθεσης και συμπεριφοράς οφείλεται σε αυτούς με θετική πρόθεση που δεν πραγματοποιούν τη συμπεριφορά (**inclined abstainers, κεκλιμένος απέχων**), και σε αυτούς με αρνητική πρόθεση που πραγματοποιούν τη συμπεριφορά (**disinclined actors, μη κεκλιμένος δρων**). Για την ακρίβεια, οι Orbell & Sheeran (1998) παρατήρησαν ότι το κενό μεταξύ πρόθεσης και συμπεριφοράς οφείλεται στους κεκλιμένους απέχοντες, παρά στους μή κεκλιμένους δράστες, συμπέρασμα το οποίο στη συνέχεια επιβεβαιώθηκε σε μία ανασκόπηση συμπεριφορών υγείας (Sheeran, 2002). Ανάμεσα σε μελέτες φυσικής άσκησης, χρήσης προφυλακτικού, και ελέγχου για καρκίνο, το μέσο ποσοστό συμμετεχόντων κεκλιμένων απεχόντων ήταν 47%, ενώ

το μέσο ποσοστό μη κεκλιμένων δραστών ήταν 7%. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι λίγο περισσότεροι από τους μισούς ανθρώπους με θετική πρόθεση στην συνέχεια πραγματοποιούν την πρόθεση αυτή σε συμπεριφορά.

Οι Sheeran et al (2005) θεωρούν ότι τρεις διαδικασίες βρίσκονται κάτω από την ασυνέπεια μεταξύ πρόθεσης και συμπεριφοράς.

1. **Βιωσιμότητα πρόθεσης**. Έχει να κάνει με το κατά πόσο είναι πρακτικά εφικτό να πραγματοποιηθεί η πρόθεση. Είναι αδύνατον να πραγματοποιηθεί ένα σχέδιο αν δεν υπάρχει πραγματικός συμπεριφορικός έλεγχος (Ajzen, 1991) –δηλαδή ικανότητες, μέσα, ευκαιρίες πραγματοποίησης. Αποτελέσματα μελετών (Sheeran et al., 2003), επιβεβαιώνουν το συμπέρασμα αυτό.
2. **Ενεργοποίηση πρόθεσης**. Αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι αναγκαιότητες μίας συγκεκριμένης κατάστασης συντελούν στην προσέγγιση του απαραίτητου επιπέδου ενεργοποίησης μιας πρόθεσης. Με άλλα λόγια, οι συγκεκριμένες καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα το διάστημα που θα έπρεπε να πραγματοποιηθεί η συμπεριφορά θα πρέπει να είναι τέτοιες ώστε η συγκεκριμένη πρόθεση να γίνεται περισσότερο εξέχουσα, να ακολουθεί μία συγκεκριμένη κατεύθυνση, και να γίνεται εντονότερη από άλλες παράλληλες ή ανταγωνιστικές προθέσεις (πχ θέλω να πάω γυμναστήριο, αλλά εκείνη την ώρα το απόγευμα έχει το αγαπημένο μου σηριαλ, ή θα έρθει να με επισκεφθεί ένας φίλος, έχω δουλειά κλπ). Ευρήματα ερευνών (Bargh et al., 2001; Aarts et al., 2004), δείχνουν ότι τα χαρακτηριστικά μίας συγκεκριμένης περίπτωσης ενεργοποιούν στόχους και την κατοπινή πραγματοποίησή τους με τρόπο που λειτουργεί έξω από την συνειδητή επίγνωση του ατόμου (υποσυνείδητο). Επιπλέον, όταν η πραγματοποίηση ενός στόχου περιλαμβάνει βραχυπρόθεσμο (short-term) συναισθηματικό/συγκινησιακό (affective) κόστος, (πχ μή κατανάλωση ενός επιθυμητού γλυκίσματος) ή απαιτεί ενεργοποίηση επιπλέον προσπάθειας (πχ για να πάω γυμναστήριο μετά τη δουλειά πρέπει να κουβαλάω στη δουλειά τα ρούχα του γυμναστηρίου), τότε οι άνθρωποι είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στις πιο επιθυμητές ή λιγότερο πειστικές εναλλακτικές λύσεις. Συνεπώς, το επίπεδο ενεργοποίησης οποιασδήποτε πρόθεσης στόχου (goal intention) μπορεί να ελλατωθεί από την περιβαλλοντική ενεργοποίηση εναλλακτικών αναπαραστάσεων του στόχου.
3. **Η μείωση του επιπέδου ενεργοποίησης μιας πρόθεσης** μπορεί να έχει δύο σημαντικές συνέπειες:

α) *προδρομική αποτυχία μνήμης* (δηλαδή να ξεχάσουν να πραγματοποιήσουν τη συμπεριφορά). Εμπειρική υποστήριξη αυτής της επεξήγησης δίνεται από τους κεκλιμένους απέχοντες. Σε μία έρευνα για αυτο-εξέταση μαστού (Orbell et al., 1997), το 70% των κεκλιμένων απέχοντων δήλωσαν ότι ξέχασαν να πραγματοποιήσουν τη συμπεριφορά (αλλά και Milne et al., 2002).

Β) *επαναϊεράρχηση των στόχων*, δηλαδή η πρόθεση αποτυγχάνει να κερδίσει επαρκή ενεργοποίηση και είτε αναβάλλεται είτε εγκαταλείπεται (τουλάχιστον προσωρινά). Και πάλι, υπάρχει εμπειρική υποστήριξη της πρότασης αυτής. Για παράδειγμα, το 45% των συμμετεχόντων που απέτυχαν να πραγματοποιήσουν την πρόθεσή τους να γυμναστούν δήλωσαν ότι είχαν πολύ δουλειά (Milne et al., 2002), ενώ οι Abraham et al. (1999) βρήκαν ότι η πρόθεση χρήσης προφυλακτικού δεν πραγματοποιήθηκε γιατί ο στόχος του σεξ ήταν εκείνη τη στιγμή σημαντικότερος από αυτόν της προστασίας.

Η λειτουργία των Προθέσεων Εφαρμογής είναι ότι βοηθούν το άτομο να δει και να αδράξει ευκαιρίες για τη πραγματοποίηση των στόχων του αλλά και ενεργοποιούν μηχανισμούς που βοηθούν στην άμεση αναγνώριση κριτικών καταστάσεων και στην αυτοματοποιημένη εκτέλεση αντιδράσεων προς τη πραγματοποίηση του στόχου. Όσον αφορά την αναγνώριση κριτικών καταστάσεων, με τη συγκεκριμενοποίηση μιας ευκαιρίας για δράση στο «εάν» κομμάτι των προθέσεων εφαρμογής η κρίσιμη κατάσταση γίνεται άμεσα προσβάσιμη. Αυτή η αυξημένη προσβασιμότητα ενισχύει την επεξεργασία πληροφοριών σχετικά με τα θέματα που έχουν προσδιοριστεί. Με άλλα λόγια, γίνεται ευκολότερη η ανίχνευση και η παρακολούθηση της ευκαιρίας όταν κάποιος τη συναντήσει μετέπειτα (γιατί θα την έχει σκεφτεί εκτενέστερα προηγουμένως). Επιπλέον, η αυξημένη προσβασιμότητα σημαίνει ότι τα προσδιορισμένα θέματα σχετικά με τη κατάσταση προσελκύουν και συγκεντρώνουν την προσοχή ακόμα κι όταν το άτομο απασχολείται από άλλα πράγματα. (πχ λέξεις σχετικές με την ευκαιρία προσελκύουν την προσοχή ακόμα κι όταν το άτομο υποτίθεται ότι συγκεντρώνεται σε κάποιο απαιτητικό τασκ).

Αναφορικά με την εκτέλεση αντιδράσεων, μιλάμε για τη προοπτική ότι κάποιος θα πραγματοποιήσει μία συγκεκριμένη συμπεριφορά που οδηγεί προς το στόχο στο «τότε» κομμάτι της πρόθεσης εφαρμογής, αποτελεί αποποίηση του ελέγχου δράσης (action control). Με άλλα λόγια, η δράση δεν βρίσκεται πλέον υπό τον έλεγχο του

ατόμου, αλλά αυτοματοποιείται. Ο έλεγχος της συμπεριφοράς πηγαίνει πλέον από το άτομο στα συγκεκριμενοποιημένα θέματα σχετικά με τη κατάσταση, τα οποία προκαλούν αυτόματα τη δράση.

Τρία χαρακτηριστικά των αυτοματοποιημένων διαδικασιών σύμφωνα με τον Bargh (1992, 1994): α) αμεσότητα (immediacy), β) επάρκεια (efficiency), γ) έλλειψη συνειδητότητας (lack of awareness).

Ωστόσο το θεωρητικό υπόβαθρο των Προθέσεων Εφαρμογής είναι το **Μοντέλο των Φάσεων Δράσης** (Model of Action Phases (MAP), Heckhausen & Gollwitzer, 1987). Το μοντέλο αυτό αποτελεί ένα πλαίσιο για την κατανόηση της επίτευξης στόχου, που βασίζεται στην διάκριση μεταξύ της κινητοποίησης (motivational phase) για τη θέτηση στόχων (διαμόρφωση πρόθεσης), και της βούλησης (volitional phase) για την επίτευξη στόχου (πραγματοποίηση πρόθεσης). Σύμφωνα με το μοντέλο, οι αρχές ελέγχου της διαμόρφωσης και της πραγματοποίησης της πρόθεσης είναι ποιοτικά διαφορετικές. Η διαμόρφωση της πρόθεσης καθοδηγείται από τις πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με την επιθυμητότητα και δυνατότητα συγκεκριμένων τρόπων δράσης. Αντίθετα, η πραγματοποίηση της πρόθεσης καθοδηγείται από συνειδητές και ασυνειδητές διαδικασίες που προάγουν την έναρξη και την αποτελεσματική διαδικασία πραγματοποίησης του στόχου. Η διάκριση αυτή μεταξύ φάσης κινητοποίησης και βουλητικής φάσης είναι σημαντική, γιατί ξεκαθαρίζει τη διαφορετικότητα της έννοιας της πρόθεσης εφαρμογής. Μοντέλα όπως η TRA (*Theory of Reasoned Action*, Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980) και η TPB (*Theory of Planned Behavior*, Ajzen, 1988, 1991) επικεντρώνουν κυρίως στη φάση κινητοποίησης και διαμόρφωσης πρόθεσης, αλλά δείχνουν μικρή μόνο προσοχή στο πώς η πρόθεση μεταφράζεται σε δράση. Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (TPB) αποτελεί μία εξέλιξη της Θεωρίας της Έλλογης Δράσης (TRA). Και τα δύο μοντέλα συχνά αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως μοντέλα της έλλογης δράσης (reasoned action models), κι αυτό γιατί και τα δύο δίνουν έμφαση στην δράση ως προϊόν μιας βουλητικής διαδικασίας σκέψης και αξιολόγησης των διαθέσιμων πληροφοριών. Τα μοντέλα αυτά αναφέρονται σε συμπεριφορές που θεωρούνται ότι είναι κάτω από τον βουλητικό έλεγχο του ατόμου (volitional control), σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, των συμπεριφορών που αποτελούν συνειδητή επιλογή του

ατόμου. Θεωρείται ότι οι περισσότερες συμπεριφορές υπόκεινται σε κάποιο βαθμό ελέγχου.

Η Θεωρία της Έλλογης Δράσης αφορά μόνο συμπεριφορές που υπόκεινται σε βουλητικό έλεγχο, και στη συνέχεια η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς αναπτύχθηκε για να συμπεριλάβει και συμπεριφορές που δεν υπόκεινται στον ξεκάθαρο βουλητικό έλεγχο, συμπεριλαμβάνοντας τη μέτρηση της αντίληψης άσκησης ελέγχου επάνω στην πραγματοποίηση της συμπεριφοράς.

Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, η ανθρώπινη συμπεριφορά καθοδηγείται από τρία είδη σκέψεων: α) τις πεποιθήσεις για τα πιθανά αποτελέσματα της συμπεριφοράς και τις αξιολογήσεις αυτών, β) τις πεποιθήσεις για τις προσδοκίες των άλλων και τα κίνητρα για συμμόρφωση προς αυτές και γ) τις πεποιθήσεις για την ύπαρξη και την ισχύ παραγόντων που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν τη συμπεριφορά (πεποιθήσεις ελέγχου) (Καραδήμας, 2005).

Αντίθετα, η έρευνα στις προθέσεις εφαρμογής παρέχει μία ξεκάθαρη θεωρητική ανάλυση των διαδικασιών που ελέγχουν την μετάφραση των προθέσεων σε δράση.

Οι προθέσεις εφαρμογής είναι σχέδια του τύπου «*Αν...- τότε...*» που συνδέουν τις καλές ευκαιρίες για δράση με γνωστικές και συμπεριφορικές δραστηριότητες που θα είναι αποτελεσματικές για την επίτευξη του στόχου. Ενώ οι προθέσεις στόχου ορίζουν τί θέλει να επιτύχει κάποιος (πχ σκοπεύω να πράξω/επιτύχω το X), οι προθέσεις εφαρμογής προσδιορίζουν τη συμπεριφορά που θα ακολουθήσει κάποιος προκειμένου να πετύχει το στόχο, καθώς και το πλαίσιο της περίπτωσης στο οποίο θα ενεργήσει το άτομο (πχ αν συμβεί το Y, τότε θα ξεκινήσω τη X συμπεριφορά για την επίτευξη του στόχου!). Οι προθέσεις εφαρμογής βρίσκονται κάτω από τις προθέσεις στόχου. Ενώ η πρόθεση στόχου ορίζει *τι θα κάνει* το άτομο, η πρόθεση εφαρμογής ορίζει *πότε, πού, και πώς* θα κάνει το άτομο αυτό που επιθυμεί.

Για να διαμορφώσει μια πρόθεση εφαρμογής, το άτομο θα πρέπει πρώτα να βρει μία αντίδραση που θα οδηγεί στην επίτευξη του στόχου, και στη συνέχεια να αναμένει την κατάλληλη περίπτωση για να ενεργοποιήσει αυτή την αντίδραση. Η διαμόρφωση της πρόθεσης εφαρμογής είναι η πνευματική ενέργεια της σύνδεσης της αναμενόμενης κριτικής κατάστασης (ευκαιρίας) με την αντίδραση που θα οδηγήσει στο στόχο. Η

διαδικασία αυτή περιλαμβάνει μία συνειδητή δράση επιθυμίας/βούλησης, με συνέπεια τη σύνδεση στη μνήμη μεταξύ των γνωστικών αναπαραστάσεων των ευκαιριών (καταστάσεων) που έχουν ορισθεί και των μέσων επίτευξης του στόχου (γνωστικές ή συμπεριφορικές αντιδράσεις).

Οι Προθέσεις Εφαρμογής έχουν εφαρμοστεί σε έρευνες για τη φυσική κατάσταση, τη δίαιτα, τον έλεγχο του καρκίνου, τη λήψη χαπιών, τη κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα.

Οι Goolwitzer (1993) και Heckhausen (1991) είπαν πως η κινητοποίηση είναι μόνο αρχή της εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς. Δηλαδή, η κινητοποίηση δεν πρέπει να συγχέεται με τη δράση ενός ατόμου. Για να καταφέρει το άτομο αυτό να εκτελέσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, είναι επιτακτική ανάγκη να περάσει μέσα από διάφορα στάδια. Το αρχικό στάδιο είναι αυτό της **κινητοποίησης ή της συζήτησης** όπου το άτομο ζυγίζει τα θετικά και τα αρνητικά μιας δεδομένης συμπεριφοράς και τα οφέλη ή/και τα κόστη της εκτέλεσης αυτής της συμπεριφοράς. Εν συνεχεία, έρχεται το στάδιο της **βούλησης** κατά τη διάρκεια του οποίου, το άτομο σχεδιάζει στρατηγικές επίτευξης του στόχου. Αυτό το μοντέλο σταδίων μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμο και για τη θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας, αλλά και για τα υπόλοιπα μοντέλα συμπεριφορών υγείας έτσι ώστε με μεγαλύτερη σιγουριά να επιτευχθούν οι στόχοι δράσης συγκεκριμένων προθέσεων.

Σχετικά με το στάδιο της **βούλησης**, ένα σχέδιο στρατηγικής είναι οι προθέσεις εφαρμογής. Με αυτές, δίνονται πληροφορίες για το πώς, το που και το πότε πρέπει να εφαρμόζουμε μια συμπεριφορά υγείας.

Με τη βοήθεια των προθέσεων εφαρμογής, έχουν γίνει πολλές έρευνες στις οποίες έχει αυξηθεί δραματικά η πιθανότητα υιοθέτησης μιας συμπεριφοράς υγείας. Κάποιες απ' αυτές είναι οι παρακάτω:

Η πρόβλεψη της TPB για την συμπεριφορά, αυξήθηκε σημαντικά με την προσθήκη της θεωρίας Προθέσεων Εφαρμογής. Στην έρευνα των Orbell, Hodgkins και Sheeran, για παράδειγμα, το 100% της πειραματικής ομάδας που έλαβε πληροφορίες για το πώς αλλά και το που και πότε (*προθέσεις εφαρμογής*) να πραγματοποιούν

αυτοεξέταση μαστού, μελλοντικά έκαναν αυτοεξέταση μαστού, σε σύγκριση με το 53% της ομάδας ελέγχου (Orbell, Hodgkins, & Sheeran, 1997).

Σε μια πρόσφατη έρευνα των Prestwich et al., (2005), για να επιβαιβεώσουν τις επιδράσεις της θεωρίας σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να διαμορφώσουν προθέσεις εφαρμογής με σκοπό να κάνουν αυτοεξέταση μαστού και τα αποτελέσματα έδειξαν πως με τη στρατηγική αυτή αυξήθηκε σημαντικά η πιθανότητα να κάνουν αυτοεξέταση μέσα σε ένα μήνα και οριακά μέσα σε εξι μήνες.

Βέβαια η θεωρία προθέσεων εφαρμογής, έχει μεγάλη ανταπόκριση και σε άλλες συμπεριφορές υγείας, όπως η καθημερινή σωματική άσκηση (Goolwitzer, 1993), η σταθερή λήψη φαρμάκων απαραίτητων για την υγεία (Sheeran, & Orbell, 1999)

Η Θεωρία Προθέσεων Εφαρμογής, μέσα από αρκετές έρευνες έχει αποδείξει ότι μπορεί, σε συνδυασμό και με άλλες θεωρίες, όπως η PMT, η TPB και άλλες, να συμβάλλει στη διαμόρφωση της πρόθεσης με βάση ένα σχέδιο δράσης.

Σε μια έρευνα των Orbell et al. (1997), η οποία ήταν και η πρώτη που πραγματοποιήθηκε για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των Προθέσεων Εφαρμογής στη προώθηση υγιούς συμπεριφοράς, ζητήθηκε, από τους μισούς συμμετέχοντες του δείγματος, να καθορίσουν το που και το πότε θα πραγματοποιούσαν αυτοεξέταση μαστού μέσα στον επόμενο μήνα, ενώ το άλλο μισό δείγμα δεν έκανε κανένα σχέδιο «Αν...- τότε». Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι γυναίκες που συμμετείχαν στη πειραματική ομάδα ήταν περισσότερο πιθανό να πραγματοποιήσουν αυτοεξέταση μαστού, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η διαφορά αυτή μεταξύ των ομάδων έγινε μεγαλύτερη από τη στιγμή που τα στοιχεία συμμετεχόντων με ισχυρή πρόθεση στόχων, αναλύθηκαν ξεχωριστά. Στη συγκεκριμένη φάση της έρευνας, το 100% της πειραματικής ομάδας πραγματοποίησε αυτοεξέταση μαστού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα ελέγχου ήταν 53%.

Παρόμοιες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, για τον έλεγχο υγιούς προστατευτικής συμπεριφοράς ενάντια στον καρκίνο του μαστού, έχουν δείξει παρόμοια αποτελέσματα. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα των Sheeran & Orbell (2000), εξετάστηκε κατά πόσο, οι Προθέσεις Εφαρμογής, μπορούν να επιστήσουν τη

προσοχή των γυναικών σχετικά με τον μαστογραφικό έλεγχο και στα ραντεβού που κλείνουν με το γιατρό τους για να τον πραγματοποιήσουν. Στο μισό δείγμα (N= 114), ζητήθηκε να καθορίσουν το που και το πότε θα έκλειναν ραντεβού με τον γιατρό τους για τον μαστογραφικό έλεγχο, σε αντίθεση με το υπόλοιπο μισό δείγμα, στο οποίο δε ζητήθηκε να κάνουν σχέδια «Αν...- τότε...». Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 92% των γυναικών που έκαναν σχέδια αυτού του τύπου, πραγματοποίησαν μαστογραφικό έλεγχο, ενώ οι συμμετέχουσες που δεν έκαναν σχέδια για το που και το πότε θα έκλειναν ραντεβού αλλά έκαναν μαστογραφικό έλεγχο, ήταν 68%.

Άλλη μια έρευνα που αποδεικνύει την επίδραση των Προθέσεων Εφαρμογής στην αλλαγή συμπεριφοράς των συμμετεχόντων, έγινε από τους Steadman et al. (2004). Στη συγκεκριμένη έρευνα, εξεταστάθηκε (και πάλι) η συχνότητα των γυναικών για την πραγματοποίηση μαστογραφικού ελέγχου (N= 1894). Δημιούργησαν 3 διαφορετικές συνθήκες σε κάθε μια από τις οποίες χωρίστηκαν οι συμμετέχουσες. Στη πρώτη συνθήκη (*συνθήκη μεσολάβησης*), ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να σχεδιάσουν προθέσεις εφαρμογής με τέτοιο τρόπο, ώστε να προσπερνούν 3 συγκεκριμένα εμπόδια, α) να διευθετίσουν το χρόνο εκτός δουλειάς, β) να πάνε προς τη κλινική που έχουν κλείσει το ραντεβού, και γ) να αλλάξουν το ραντεβού. Η δεύτερη συνθήκη ήταν η *συνθήκη ελέγχου χωρίς μεσολάβηση* και η τρίτη συνθήκη ήταν η *δεύτερη συνθήκη ελέγχου*, στην οποία δε δόθηκε κανένα ερωτηματολόγιο. Τα ιατρικά αρχεία έδειξαν όμως πως η μεσολάβηση δεν είχε σχεδόν κανένα όφελος για τη συγκεκριμένη ομάδα, αφού το ποσοστό των γυναικών που πραγματοποίησαν μαστογραφικό έλεγχο, ήταν 80% και για τις 3 ομάδες. Μολαταύτα, όταν τα αποτελέσματα αναλύθηκαν ξεχωριστά για τις ομάδες που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια (π.χ. για την πρώτη ομάδα που έκανε τα σχέδια «Αν...- τότε»), το εύρος αυξήθηκε στο 92% - 96%, αναλόγως ποιό εμπόδιο είχαν σημειώσει οι συμμετέχουσες.

3. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Σύμφωνα με όλα όσα αναφέρθηκαν και αντιλαμβανόμενοι τη σοβαρότητα και την επικινδυνότητα της νόσου του καρκίνου του μαστού, είναι επιτακτική ανάγκη να ανακαλυφθούν νέες τεχνολογίες, προσβάσιμες σε όλα ΚΟΕ. Οι έρευνες βέβαια δε σταματάνε και όλο και περισσότερο φαίνονται στον ορίζοντα νέες ελπίδες για την εξάλειψη της νόσου που μαστίζει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των γυναικών στο πλανήτη. Πιο συγκεκριμένα, στο 11^ο διεθνές συνέδριο ογκολογίας για τη θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του μαστού, υπήρξε ομόφωνη απόφαση από τους επιστήμονες που ασχολούνται με το θέμα, ότι η θεραπεία πλέον βασίζεται στην «εκλογικευμένη» χρήση της χημειοθεραπείας και στη χρήση ορμονικής θεραπείας, η οποία έχει πολύ λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Στο συνέδριο αυτό, επευφημούσαν την λετροζόλη για τα αποτελέσματα τα οποία επέφερε, σε αντίθεση με την ταμοξιφαίνη. Το ποσοστό θανάτου των ασθενών στις οποίες χορηγήθηκε λετροζόλη, ήταν σημαντικά μικρότερο από το ποσοστό των ασθενών στις οποίες χορηγήθηκε ταμοξιφαίνη. «Τα στοιχεία της λετροζόλης, που υποδεικνύουν μείωση του κινδύνου θανάτου στην επικουρική θεραπεία, είναι πιθανόν αποτέλεσμα της πρώιμης και συνολικής μείωσης κινδύνου υποτροπής και κυρίως των απομακρυσμένων μεταστάσεων που επιφέρει η λετροζόλη», δήλωσε ο Δρ. Henning T. Mouridsen, καθηγητής ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Κοπεγχάγης.

Καθώς τα χρόνια περνάνε κι ο καρκίνος δε κάνει διακρίσεις ούτε στο φύλο, ούτε στο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (ΚΟΕ), ούτε στη μόρφωση των ανθρώπων που προσβάλλει, οι έρευνες θα πρέπει να συνεχιστούν με γοργούς ρυθμούς.

Επιπλέον, στα κοινωνιογνωστικά μοντέλα συμπεριφοράς υγείας, θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν περισσότερες μεταβλητές που μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου και να αποκτήσει μια περισσότερο προσαρμοστική. Για παράδειγμα, στη PMT, θα μπορούσε να συμπεριληφθεί η δυσάρεστη εμπειρία ενός διαφορετικού γεγονότος, σχετικό πάντα με την υγεία, και κατά πόσο το οποίο θα μπορούσε να συμβάλλει στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου ώστε να είναι γενικότερα περισσότερο προστατευτικός με τον εαυτό του. Ο ρόλος του συναισθήματος θα ήταν καλό επίσης να συμπεριληφθεί στο μοντέλο. Οι Tanner et al (1991) υποστηρίζουν ότι ο ρόλος του συναισθήματος είναι υποτιμημένος στο

μοντέλο, καθώς ο Rogers θεώρησε το φόβο ως ένα ασήμαντο υπο-προϊόν της διαδικασίας εκτίμησης της απειλής, που δεν έχει αντίκτυπο στις διαδικασίες εκτίμησης και προσαρμογής που λαμβάνουν χώρα. Ωστόσο οι Tanner et al (1991) υποστηρίζουν ότι η αύξηση του φόβου μπορεί να αυξήσει την κινητοποίηση του ατόμου να ενεργήσει έτσι ώστε να προστατέψει την υγεία του. Ωστόσο, τα ευρήματα της ερευνητικής βιβλιογραφίας σχετικά με τη σχέση φόβου και πρόθεσης και συμπεριφοράς είναι σχετικά αδύναμα.

Οι συγγραφείς πρότειναν ότι μία συναισθηματική αντίδραση όπως ο φόβος, μπορεί να λειτουργεί ως πηγή επανατροφοδότησης που αυξάνει την επεξεργασία των πληροφοριών απειλής και προσαρμογής. Οι Tanner et al (1991) βρήκαν ότι φοιτητές που εκτέθηκαν σε μία έκθεση με υψηλό βαθμό απειλητικών πληροφοριών που περιελάμβανε πληροφορίες για μία προσαρμοστική αντίδραση έμαθαν περισσότερες πληροφορίες από αυτούς που εκτέθηκαν σε μία αντίστοιχη έκθεση μια χαμηλό επίπεδο απειλητικών πληροφοριών. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι οι διαδικασίες εκτίμησης προσαρμογής ενεργοποιούνται μόνο όταν η εκτίμηση της απειλής προκαλεί φόβο. Με άλλα λόγια, ο φόβος κινητοποιεί περαιτέρω τις διαδικασίες επεξεργασίας των πληροφοριών για την υιοθέτηση προστατευτικής συμπεριφοράς.

Αναφορικά με το κοινωνιογνωστικό μοντέλο Προθέσεων Εφαρμογής θα πρέπει να γίνουν περαιτέρω έρευνες σχετικά με την αντίληψη και κατανόηση μεσολαβητικών και τροποποιητικών μεταβλητών της επίδρασης των προθέσεων εφαρμογής στη συμπεριφορά (π.χ. η επίδραση ατομικών διαφορών στη λειτουργία προθέσεων εφαρμογής).

Επιπρόσθετα, οι έρευνες αλλά και οι ανασκοπήσεις ερευνών που έχουν γίνει για τα κοινωνιογνωστικά μοντέλα πεποιθήσεων για την υγεία, καλό θα ήταν να αυξηθούν. Οι μεν για να ελέγξουν ξανά και ξανά οι ίδιες μεταβλητές, όπως για παράδειγμα τη προγενέστερη συμπεριφορά, για την οποία δεν υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός ερευνών όπως προαναφέρθηκε, και οι δε για την περαιτέρω επιβεβαίωση των θεωριών αλλά και των αποτελεσμάτων τους.

4. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι εύκολο να αντιληφθούμε πως οι Προθέσεις Εφαρμογής, είναι ένα μοντέλο αρκετά χρήσιμο και για τη πρόληψη επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών, αλλά και για την μεταροπή- αλλαγή αυτών, όταν απειλούν τη ζωή ενός ανθρώπου. Από τις προαναφερθείσες έρευνες είναι φανερό πως όταν ένας άνθρωπος προγραμματίζει να έχει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, η οποία θα τον βοηθήσει και θα βελτιώσει την υγεία του, τα καταφέρνει με τα σχέδια τύπου «Αν...- τότε». Οι Προθέσεις Εφαρμογής, δημιουργούν στον εκάστοτε άνθρωπο μια αίσθηση υποχρέωσης απέναντι στον εαυτό του και τον βάζουν σε μια διαδικασία να έχει συνεχώς στο μυαλό του τη συμπεριφορά που πρέπει να φέρει εις πέρας. Είναι πολύ σημαντικό το γεγονός πως το μοντέλο αυτό έχει εφαρμοστεί σε πολλές και διαφορετικές συμπεριφορές υγείας, με εξίσου σημαντικά και αισιόδοξα αποτελέσματα.

Εν τούτοις, θα μπορούσαμε να πούμε πως τα δύο μοντέλα πρόβλεψης συμπεριφοράς υγείας, είναι δυνατό να διαχωριστούν σε δύο επιμέρους κατηγορίες. Η μεν ΘΚΠ στα μοντέλα κινητοποίησης (motivational models) (όπως και το Μοντελο Πεποιθήσεων για την Υγεία, η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία, η Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και η Θεωρία Έλλογης Δράσης) και οι δε Προθέσεις Εφαρμογής στα μοντέλα εκτέλεσης συμπεριφοράς (behavioural enaction models). Από την άποψη της προβλεπτικής χρησιμότητας, τα μοντέλα κινητοποίησης και ως εκ τούτου η ΘΚΠ, παρέχουν ελλιπή στοιχεία για τις συμπεριφορές υγείας, όταν συγκρίνονται με μοντέλα εκτέλεσης συμπεριφοράς, άρα και με τις Προθέσεις Εφαρμογής. Αυτό βέβαια δε προκαλεί έκπληξη καθώς τα μοντέλα εκτέλεσης συμπεριφοράς παρέχουν επιπρόσθετες μεταβλητές οι οποίες μεσολαβούν στη σχέση πρόθεσης – συμπεριφοράς.

Αναφορικά με τη Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας και συγκριτικά με τις Προθέσεις Εφαρμογής, θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι ο «πρόλογος» στη διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, η Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας δίνει έμφαση στη φάση της κινητοποίησης και διαμόρφωση της πρόθεσης καθώς και σε παράγοντες που θεμελιώνουν την απόφαση του ατόμου να πράξει ή όχι μια συμπεριφορά υγείας. Αντίθετα οι Προθέσεις Εφαρμογής δίνουν έμφαση στη δράση και στο πως θα μειώσουν το κενό μεταξύ πρόθεσης και

συμπεριφοράς. Παρόλα αυτά, και τα δυο μοντέλα, δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην έννοια πρόθεση. Η ΘΚΠ έχοντας ως στόχο να τη διαμορφώσει μετατρέποντας γνωστικές διαδικασίες, και οι Προθέσεις Εφαρμογής επικαλούμενες πως η πρόθεση είναι επιτυχής για την πρόβλεψη της μελλοντικής συμπεριφοράς, όποια και αν είναι αυτή.

Μια επίσης σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο μοντέλα είναι πως, στις Προθέσεις Εφαρμογής, δε συμπεριλαμβάνεται ο παράγοντας ατομικών διαφορών ούτε στις μεσολαβητικές ούτε στις τροποποιητικές μεταβλητές, γεγονός το οποίο δε συμβαίνει στη ΘΚΠ καθώς μετά την αναθεώρηση του μοντέλου από τον Rogers το 1983, η μεταβλητή προσωπικότητα συμπεριλήφθηκε στο μοντέλο.

Σετικά με τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για την αποτελεσματικότητα των μοντέλων αυτών, καλό είναι να αναφέρουμε ότι και τα δυο επιβεβαιώνουν τη θεωρητική τους βάση σε μεγάλο βαθμό, μολονότι η θεωρία Προθέσεων Εφαρμογής, επιβεβαιώνεται σε μεγαλύτερο ποσοστό. Αυτό φαίνεται από την προηγούμενη αναφορά σε έρευνες σχετικές με τη συγκεκριμένη θεωρία, όπου σε αρκετές από αυτές, η συμπεριφορά που μελετήθηκε (αυτοεξέταση μαστού) πραγματοποιήθηκε από το 100% των συμμετεχόντων. Εν αντιθέσει, σε έρευνες για τη Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας, αρκετές μεταβλητές του μοντέλου δε μπόρεσαν να προβλέψουν τη συμπεριφορά (πχ εκτίμηση απειλής) και κάποιες άλλες έδειξαν αρνητική συσχέτιση, γεγονός που προξένησε έκπληξη (πχ αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα). Αυτό βέβαια δε σημαίνει πως η ΘΚΠ δεν είναι ικανή να προβλέψει τη συμπεριφορά, καθώς από άλλες έρευνες έχει αποδειχτεί πως μπορεί επιτυχώς να προβλέψει την εκάστοτε συμπεριφορά μέτρησης. Βασίζομενοι σ αυτό, θα μπορούσαμε να πούμε πως η Θεωρία Κινητοποίησης Προστασίας είναι ένα αρκετά απλό ή ημιτελές μοντέλο πρόβλεψης συμπεριφοράς υγείας και το οποίο χρήζει περαιτέρω έρευνας.

Τα δύο συγκεκριμένα μοντέλα έχουν τη δυνατότητα να συνδυαστούν με αρκετά μεγάλο ποσοστό επιτυχίας από τη στιγμή που η μεν ΘΚΠ αλλάζει τις πεποιθήσεις ενός ανθρώπου σχετικά με τις δυνατότητες του, την αποτελεσματικότητα της αντίδρασής του, την αντίληψη για την ευπάθεια του σε μια ασθένεια αλλά και για τη σοβαρότητα της ασθένειας, καθώς επίσης μαθαίνει να ζυγίζει το κόστος και το

όφελος απο τη προσαρμοτική ή μη συμπεριφορά του, και οι δε Προθέσεις Εφαρμογής του δίνουν τη δυνατότητα να φέρει εις πέρας τη προσαρμοστική συμπεριφορά, σε ένα συγκεκριμένο τόπο και χρόνο που ο/η ίδιος/α έχει επιλέξει.

4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aarts, H., Gollwitzer, P.M. & Hassin, R. (2004). Goal contagion: perceiving is for pursuing, *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 23-37.
- Abraham, S. C. S., Sheeran, P., Abrams, D., & Spears, R. (1994). Exploring teenagers adaptive and maladaptive thinking in relation to the threat of HIV infection. *Psychology and Health*, 9, 253-272.
- Abraham, S.C.S., Sheeran, P., Norman, P., Conner, M., Otten, W. & de Vries, N. (1999). When good intentions are not enough: modeling post-intention cognitive correlates of condom use, *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 2591-612.
- Ajzen, I. (1985). From intention to action: A theory of planned behavior. In J. Kuhl and J. Beckman (Eds.) *Action Control: From Cognition to Behavior* (pp. 11-39). New York: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior And Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein M. (1977). Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I., & Fishbein M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Alagna, S. W., & Reddy, D. M. (1984). The predictors of proficient techniques and successful lesion detection in breast self-examination. *Health Psychology*, 3, 113-127.
- Bagozzi, R. P. (1992). The self-regulation of attitudes, intention and behavior. *Social Psychology Quarterly*, 55, 178-204
- Bagozzi, R. P., & Kimmel S. K. (1995). A comparison of leading theories for the prediction of goal-directed behaviors. *British Journal Of Social Psychology*, 34, 437-461.
- Bagozzi, R. P., & Warshaw P. R. (1990). Trying to consume. *Journal of Consumer Research*, 17, 127-140.

- Bandura, A. (1977a). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977β). Self-efficacy: toward a unifying theory of change. *Psychological Review*, **84**, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, **37**, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.
- Bargh, J.A. (1992). The ecology of automaticity: towards establishing the conditions needed to produce automatic processing effects, *American Journal of Psychology*, *105*, 181-99.
- Bargh, J.A. (1994). The four horsemen of automaticity: Awareness, efficiency, intention and control in social interaction. In R.S. Weyer, Jr. & T.K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition*, vol.2 (pp. 1-40). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bargh, J.A., Gollwitzer, P.M., Lee-Chai, A.Y., Barndollar, K. & Trötschel, R. (2001). The automated will: Nonconscious activation and pursuit of behavioral goals, *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*, 1014-1027.
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles Slack.
- Boer, H., & Sheydel, E. R. (1996). Protection motivation theory. In M. Conner and P. Norman (eds), *Predicting Health Behavior: Research and practise with social cognition models* (pp. 95-120). Buckingham: Open University Press.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1990). *Quantitative data analysis for social scientists*, London: Routledge.

- Calnan, M., Rutter D. R. (1985). Do health beliefs predict health behavior? An analysis of breast self-examination. *Social Science and Medicine*, **22**, 673-678.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (rev. ed.). New York, NY: Academic Press
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1974). Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavior criteria. *Psychological Review*, *81*, 59-74
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction To Theory And Research*, Reading M. A. : Addison-Wesley
- Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, **30**, 407-429.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In Stroebe, W., Hewstone, M., (eds) *European Review of Social Psychology*. Chichester, UK, Wiley, 141-185.
- Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action*. Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. & Gollwitzer, P.M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and emotion*, *11*, 101-120.
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Hill, D., Gardner, G., & Rassaby, J. (1985). Factors predisposing women to take precaution against breast and cervix cancer. *Journal of Applied Social Psychology*, **15**, 59- 79.
- Johnson, B. T. (1989). *DSTAT: Software for the meta-analytic review of research literatures*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ.
- Kegeles, S. S. (1985). Education for breast self-examination: why, who, what and how? *Preventive Medicine*, **14**, 702-720.

- Keller, K. (1978). Self-examination for breast cancer. *Today's Clinician*, **May**, 49-52.
- Kelly, P. T. (1979). Breast self-examination: Who does them and why? *Journal of Behavioral Medicine*, **2**, 31-38.
- Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L.D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp.42-65). London: Routledge.
- Leventhal, H., Leventhal, E. & Cameron, L.D. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive approach. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 19-48). New York: Erlbaum.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology*, vol.2 (pp. 7-30). New York: Pergamon.
- Maddux, J., & Rogers, R. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, **19**, 469-479.
- McBroom, W.H. & Reid, F.W. (1992). Towards a reconceptualization of attitude-behavior consistency, *Social Psychology Quarterly*, **55**, 205-16.
- McCaul, K. D., Schroeder, D. M., Reid, P. A. (1996). Breast cancer worry and screening: some prospective data. *Health Psychology*, **15**, 430-433.
- Milne, S., Orbell, S., Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*. **7**:163-184.
- Orbell S., Hodgkins, S., Sheeran, P. (1997). Implementation Intentions and the theory of planned behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*. **23**:945-954

- Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1986). Protection Motivation Theory and preventive health: beyond Health Belief Model. *Health Education Research*, **1**, 153-161.
- Prestwich, A., Conner, M., Lawton, R., Bailey, W., Litman, J., & Molyneaux, V. (2005). Individual and Collaborative implementation intentions and the promotion of breast self-examination. *Psychology and Health*, **20**, 743-760.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people cope: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, **47**, 1102-1114.
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness*. London: Sage
- Rimmer, B. K. (1995). Audiences and messages for breast and cervical cancer screenings. *Wellness Perspectives: Research, Theory and Practice*, **11**, 13-39.
- 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*, **54**, 596-604
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, **91**, 93-114.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and psychological process in fear based attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Caciopo & R. Petty (Eds.), *Social Psychology: A sourcebook* (pp. 153-176). New York, NY: Guilford.
- Rogers, R. W., & Prentice- Dunn, S. (1997). Protection motivation theory. In Gochman, D. S. (ed.), *Handbook of Health Behavior Research*. New York, Plenum, pp. vol. 1, pp. 113-132.
- Rotter, J.B., Chance, J. & Phares E.J. (Eds.) (1992). *Applications of social learning theory of personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Rutledge, D. N., & Davis, G. T. (1988). Breast self-examination compliance and the health belief model. *Oncology Nursing Forum*, **251**, 175-179.
- Safer, M., Tharps, Q.J., Jackson, T. & Leventhal, H. (1979). Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic. *Medical care*, *17*, 11-29
- 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: Hemisphere.
- Sheeran, P. (2002). Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 12., pp. 1-30). Chichester: Wiley.
- Sheeran, P., Milne, S., Webb, T.L. & Gollwitzer, P.M. (2005). Implementation Intentions and health behaviors. In: M. Conner, P. Norman, (Eds.). *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (pp. 276-323) . Buckingham, UK: Open University Press.
- 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., & Orbell, S. (1999). Implementation Intentions and repeated behavior: Augmenting the predictive validity of the theory of planned behavior. *European Journal of Social Psychology*. *29*:349- 369.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Motivational and volitional processes in action initiation: A field study of the role of implementation intentions. *Journal of Applied Social Psychology*. *30*:780-797.
- Sheeran, P. & Silverman, M. (2003). Evaluation of three interventions to promote workplace health and safety: Evidence for the utility of implementation intentions. *Social Science and Medicine*, *56*, 2153-2163.
- Steadman, L., Quine, L., (2004): Encouraging young males to perform testicular self- examination. A simple, but effective, implementation intentions intervention. *British Journal of Health Psychology*. *9*:479- 487.

- Steffen, V.J, (1990). Men's motivation to perform testicle self- exam: Effects of prior knowledge and an educational brochure. *Journal of Applied Social Psychology*, 20:681-702.
- Van der Velde, F. W., & Van der Plicht, J. (1991). AIDS-related health behavior: coping, protection motivation and previous behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, **14**, 429-451.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four component theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, **12**, 324-333.