

ГОДИШНИК НА СОФИЙСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“  
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ  
Книга Психология  
Том 100

ANNUAIRE DE L'UNIVERSITE DE SOFIA „ST. KLIMENT OHRIDSKI“  
FACULTE DE PHILOSOPHIE  
Livre Psychologie  
Tome 100

---

## **КОГНИТИВНИ И СОЦИОКОГНИТИВНИ МОДЕЛИ ЗА САМОРЕГУЛАЦИЯ НА ПРОТЕКТИВНОТО СЕКСУАЛНО ПОВЕДЕНИЕ**

ДАНИЕЛ ПЕТРОВ

*Катедра „Обща, експериментална и генетична психология“*

*Даниел Петров. КОГНИТИВНЫЕ И СОЦИОКОГНИТИВНЫЕ МОДЕЛИ ДЛЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПРОТЕКТИВНОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ*

Цель студии это представить и описать в хронологическом порядке развитие когнитивных и социокгнитивных моделей использованные в исследовании протективного сексуального поведения. Модель отношения к здоровью, теория защитной мотивации, теория разумного действия, теория планированного поведения, социально-когнитивная теория, модель для уменьшение риска заражение СПИДа и интегративный модель были дискутированы об их релевантность самоотчётных инструментов, теоретично обоснованные интервенции и промоция здоровье. Представленные модели имеют важную роль в раскрытии когнитивных предпосавак и личностных предикторов протективного сексуального поведения и саморегуляция. Практичность каждого модели, результат и критика были цитированны, дискутированы и обобщены в студии.

*Daniel Petrov. COGNITIVE AND SOCIO-COGNITIVE MODELS OF SELF-REGULATION OF PROTECTIVE SEXUAL BEHAVIOR*

The purpose of the study is to present and outline in chronological order the development of the cognitive and the socio-cognitive models used in the research of the protective sexual behavior. Health Belief Model, Protection Motivation Theory, Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, Social Cognitive Theory, Aids Risk Reduction Model and Integrative Model were discussed for their relevance for self-report instruments, theory-based interventions and health promotion. The presented models have an essential role in the research of the cognitive antecedents and the personal predictors of the protective sexual behavior and its self-regulation. The utility, some of the results and the critics of every model were cited, discussed and summarized in this paper.

## УВОД

В настоящата студия се разглеждат редица когнитивни и социокогнитивни модели, които определят когнитивни предпоставки на поведението, като текстът се фокусира върху релеванността им към изследване на протективното сексуално поведение. Литературата по въпроса подкрепя използването на самооценъчни инструменти, базирани на тези модели, като надеждни за разграничаването на изследваните лица, които предприемат или не предприемат поредица от здравни мерки и поведения (Bandura 1994; Godin & Kok 1996). Така интервенциите се фокусират върху релеванността на тези модели за изследване на протективното сексуално поведение.

Множество програми са създадени за промоция на безопасно сексуално поведение. Въпреки това част от тях се оказват неефективни (Fisher and Fisher 1992) отчасти поради липсата на адекватна теоретична основа, която да изследва произхода, развитието и контрола на сексуалното поведение. Програмите за превенция не успяват да обяснят най-важните детерминанти на протективното сексуално поведение на младите (Oakley et al. 1995). Шалма и екип (Schaalma et al. 1996) докладват за значителна промяна в убежденията и поведенческа промяна сред най-рисковите групи като резултат от участие в теоретично обосновани програми в сравнение с рутинните програми по сексуално образование. Меланби (Mellany et al. 1995) потвърждава успеха на тези програми и във Великобритания. Програмите за превенция на СПИН, базирани на социокогнитивните модели, са с доказана ефективност в контролирани извадки (Bryan, Aiken & West 1996; Fisher et al. 1996; Schaalma et al. 1996). Кирби и екип (Kirby et al. 1994) съобщават, че използването на социално-когнитивната теория е една от деветте характеристики, които разграничават ефективните от неефективните програми за превенция.

Заплахата от ХИВ, полово предавани болести (ППБ) и нежелана бременност засилва необходимостта младите хора да бъдат подготвени да регулират емоционалните и биологични предизвикателства, вплетени във формирането на романтичните взаимоотношения, в безопасния и удовлетворяващ сексуален живот. Райс и Лейк докладват, че употребата на презерватив, а не въздържанието или намаляването на броя на партньорите е най-добрият подход към предпазването от ХИВ и ППБ (по Abraham et al. 1991).

## КОГНИТИВНИ МОДЕЛИ

Когнитивните модели изследват предикторите на здравното поведение. Те произтичат от теорията за очакваната субективна полза (SEU – subjective expected utility) на Едуардс (Ogden 1996), която предполага, че поведението е резултат от рационална преценка на потенциалните негативи и ползи. Когнитивните модели описват поведението като резултат от рационална обработка

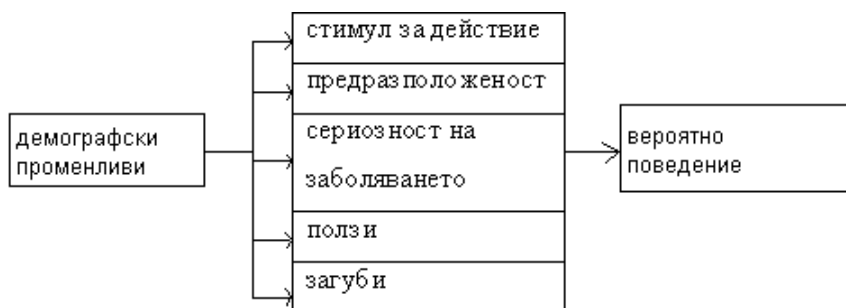
на информацията и поставят акцента върху индивидуалните когниции, а не върху социалния контекст. Представям някои от основните модели в тази рамка на изследване.

### МОДЕЛ НА ЗДРАВНОТО УБЕЖДЕНИЕ (HEALTH BELIEF MODEL)

Развит първоначално от Розенцок през 1966 г., а по-късно доразвит от Бекер и екип през 70-те и 80-те години с цел предвиждане на превантивните поведения и поведенческата реакция при лечението на хронично болни. Използва се за предвиждане на множество здравни поведения. Съгласно този модел поведението е резултат от набор от базисни убеждения, които подлежат на промяна. Базисните убеждения са свързани с възприятието на индивида относно:

- предразположеност към заболяване;
- сериозността на заболяването;
- загубите от спазването на определено поведение;
- ползите от това поведение;
- стимул за действие, вътрешен или външен.

Тези базисни убеждения се използват за предсказване на вероятността за реализиране на дадено поведение.



Фиг. 1 Основи на модела на здравно убеждение (Ogden 1996)

Редица изследвания подкрепят предположенията на МЗУ. Проучванията показват, че спазването на диети, ваксинирането, безопасният секс, редовното посещение на зъболекар и т.н. са свързани с разбирането на индивида за собствената му податливост към тези заболявания (Becker et al. 1977; Becker and Rosenstock 1984, цит. по Ogden 1996). Според Норман и Фитер (1989, по Ogden 1996) възприеманите бариери са най-големият предиктор на клиничните посещения. Изследванията са осигурили факти в подкрепа на стимула за действие при предсказването на здравното поведение и най-вече на външен стимул като предоставянето на информация. Здравната информация има за цел да увеличи знанието за болестта и редица изследвания показват, че има значителна

връзка между него и поведението на предпазване. Бекер и Розенщок (Becker and Rosenstock 1984, по Ogden 1996) в метаанализ на 19 изследвания, които изследват МЗУ, откриват, че най-добрите предпоставки за наличието му са ползите, загубите и очакваната сериозност на заболяването.

McCusker и екип (1989) – по Abraham et al. 1991, използват МЗУ за предвиждане употребата на презервативи при хомосексуални мъже в период от 12 месеца. Докладват, че компонентите на модела не са добри предиктори и само сериозността на заболяването се свързва с употребата на презерватив, като най-добър предиктор е предишното рисково поведение. Предлагат концептуализирането и изследването да се обвържат с контекста на време и навик.

Към слабостите на МЗУ могат да бъдат посочени: акцентирането върху рационалната обработка на информацията; фокусът над индивида (пропускане на икономическите и социалните фактори); липсата на яснота около взаимовръзката между основните базисни убеждения (линеен или многофакторен модел); липсата на измерение на личната ефикасност; статичният подход към здравните убеждения, описани като възникващи симултанно, без възможност за промяна. Здравното поведение се определя по-скоро от възприемането на симптомите, отколкото от отделните фактори, заложиени в МЗУ (Leventhal et al. 1985, цит. по Ogden 1996).

В отговор на тези критики Бекер и Розенщок ревизират своя модел, като добавят следните фактори: съществуване на достатъчно мотивация за разглеждане на здравните въпроси като важни; убеждението, че човек е уязвим и податлив на сериозни заболявания; убеждението, че промяната ще е от полза за индивида на приемлива цена (Becker and Rosenstock 1987, цит. по Ogden 1996).

## ПРЕДПАЗНО-МОТИВАЦИОННА ТЕОРИЯ (PROTECTION MOTIVATION THEORY)

Предпазно-мотивационната теория в оригиналната си форма (Rippetoe and Rogers 1987) приема, че здравното поведение е резултат на четири компонента:

- лична ефикасност;
- ефективност на отговора;
- сериозност (на заболяването);
- уязвимост.

Тези компоненти предсказват намеренията, свързани с крайното поведение.

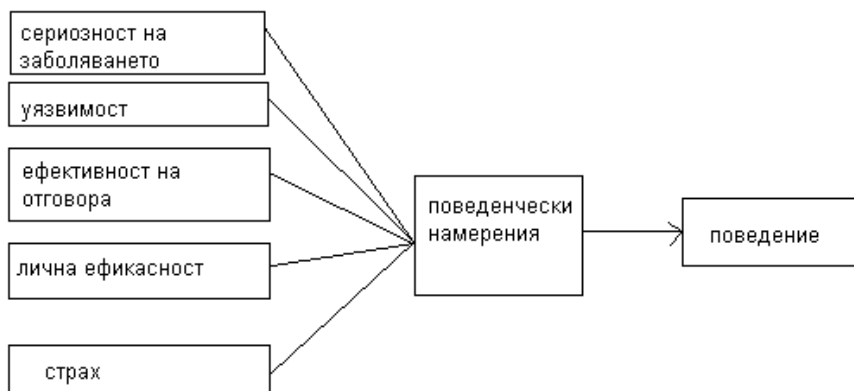
По-късно Роджерс предлага и пети компонент, който нарича „страх“ или „емоционален отговор“ на наличната информация по изследваната здравна тематика.

Сериозността, уязвимостта и страхът се включват към *оценката на опасността – threat appraisal* (като към външна опасност), а ефективността на отговора и личната ефикасност се включват към *оценка на възможността за*

справяне – *coping appraisal* (т. е. оценката на самия индивид). Според предпазно-мотивационната теория има два източника на информация:

- 1) от външната среда – вербално убеждаване, учене чрез наблюдение;
- 2) междуличностната сфера.

Тази информация влияе на описаните по-горе пет компонента, като така предизвиква адаптивен или неадаптивен отговор и възможност за справяне. Тези фактори предизвикват състояние, наречено „мотивация за предпазване“, което поддържа необходимата активност за справяне със заплахата.



Фиг. 2 Елементи на предпазно-мотивационната теория (Ogden 1996)

Приложени за изследване на сексуалното поведение и поведенческите намерения в проучването на Van der Velde и Van der Pligt (1991), обяснителните възможности на модела са подобрени чрез добавянето на допълнителни променливи (социални норми, минало сексуално поведение, ситуационни ограничения, избягване). Така, въпреки наличната връзка между страх и поведенчески интенции, се доказва, че високите нива на страх са нефункционални, защото така индивидите насочват вниманието си по-скоро към намаляване на безпокойството, отколкото към избягване на опасността чрез промяна на поведението. Променливите на ПМТ са предиктивни за поведението и поведенческите намерения както при хетеросексуалната, така и при хомосексуалната извадка. Тези резултати подкрепят релевантността на ПМТ при предвиждане на сексуалното поведение в контекста на ХИВ. Все пак моделът е оптимизиран чрез добавянето на допълнителни променливи. Така авторите препоръчват моделът на ПМТ да бъде адаптиран за всяко специфично здравно поведение. Важен практически резултат е, че кампаниите за промоция на здраве, които акцентират върху страха, имат по-скоро негативен ефект. Друг интересен резултат от това проучване е, че по-високите степени на възприета уязвимост към ХИВ се свързват позитивно с намерението за употреба на презерватив

сред хетеросексуалната извадка с множество партньори, но се свързват негативно с хомосексуалната извадка. Така акцентирането на личната уязвимост се оказва непродуктивно спрямо последната група (Van der Velde and Van der Pligt 1991).

Xiaoming и екип (Xiaoming et al. 2004) проверяват релевантността на ПМТ в Китай в изследване на мигранти от селски към градски райони. Тук рисковото сексуално поведение се асоциира със снижено възприятие на сериозността на риска, уязвимостта, ефективността на отговора и личната ефикасност. Така тази западна теория се оказва приложима за идентифициране на възприятията и нагласите към рисковите сексуални поведения и в други култури, както и ефективна основа за превенционни програми за страни в ранен етап на СПИН-епидемията (като Китай). При изследване на чернокожи юноши в ЮАР ПМТ показва ясно, че ефективността на отговора се свързва позитивно с намерението за употреба на презерватив (Boer & Mashamba 2005).

Umeh (2004) изследва връзката между когнитивните оценки и минало поведение при употребата на презерватив при студенти. Йерархичният регресионен анализ разкрива страха и предишното поведение като независими предиктори, като последният обяснява 9,1% от вариацията. Връзката страх – неадаптивно справяне не носи статистически значими резултати. Така страхът и предишното поведение се изтъкват като важни за мотивацията за предпазване, но се оборва идеята, че решенията за здравето са задължително основани на рационално осмисляне.

Като критика към ПМТ се цитира предположението, че индивидите действат рационално (въпреки включения ирационален елемент страх), също – negliжирането на поведенческите форми на навика, на средовите и социални фактори.

## СОЦИАЛНО-КОГНИТИВНИ МОДЕЛИ

Социално-когнитивните модели изследват факторите, които обуславят поведението и/или намеренията за поведение, и се опитват да обяснят защо индивидите не успяват да следват предпазващото поведение, за което са мотивирани. Социално-когнитивната теория е разработена от Бандура (1989; 1994; 2000), който допуска, че поведението се ръководи от очаквания, мотиви (incentives) и социални когниции. Очакванията включват:

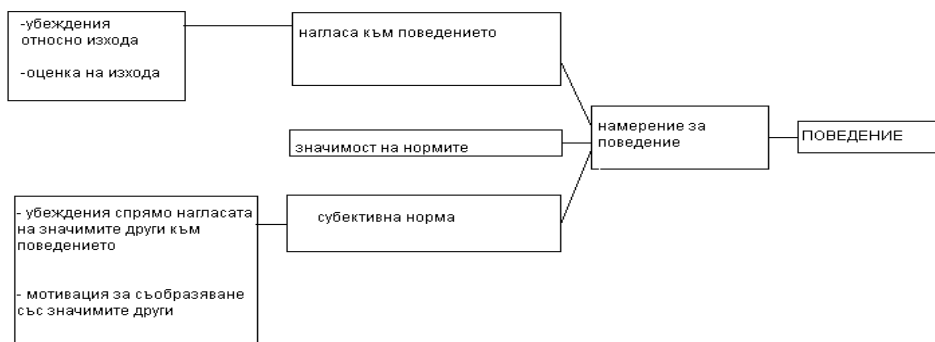
- очаквания за изхода от ситуацията (situation outcome expectancies);
- очаквания за изхода при промяна на поведението (outcome expectancies);
- очаквания за собствения потенциал (да се следва желаното поведение (self-efficacy expectancies)).

Според концепцията за мотивите поведението се ръководи от последствията от него. Социалните когниции са централен компонент в тези модели. Основното допускане е, че те включват измерение на индивидуалните репрезентации

на социалния свят. Така индивидът се поставя едновременно в междуличностния и в по-широкия социален контекст. В тази рамка са разработени моделът на планираното поведение, моделът на обмисленото действие, моделът за намаляване на риска от СПИН, социално-когнитивната теория и интегративният модел.

## ТЕОРИЯ НА ОБМИСЛЕНОТО ДЕЙСТВИЕ (THEORY OF REASONED ACTION)

Теорията е социално-когнитивен модел, който описва процеса на съчетаване на информацията при вземане на решение относно дадено поведение. Заема централно място в дебата в социалната психология за връзката между нагласите и поведението (Fishbein & Ajzen 1975). Приема се, че лицата („актьорите“), които вземат решение относно дадено поведение, имат определени очаквания и убеждения за последствията от предприемането му и свързаните с него социални норми. Най-добрият предиктор на поведението е намерението (intention). Намерението е функция на нагласата към изпълнение на поведението и съотнесената към него субективна норма. Нагласата е оценъчна дименсия, отразяваща цялостното благоприятно или неблагоприятно чувство към поведението. Основана е на набор от убеждения относно последствията от поведението, всяко от които е резултат от вероятността на изхода и доколко добър или лош е той. Субективната норма отразява перцепцията на „актьора“ за това, какво другите искат той да направи, и е основана на набор от убеждения относно нормите на значимите други и мотивация да се придържа към тях (Morrison, Baker, S.A., Gillmore 2000). На фиг. 3 са представени основните елементи на модела.



Фиг. 3 Елементи на теорията на обмисленото действие (Ogden 1996)

Множество емпирични изследвания са направени за проверка на валидността на теорията на обмисленото действие относно употребата на презерватив и други сексуални поведения, които имат отношение към ХИВ. С малки изключения намерението за употреба на презерватив се асоциира позитивно с изпъл-

зването му. Ширън и Орбел (Sheeran and Orbell 1998) публикуват резултатите от метаанализ на 28 проучвания за връзката между употребата на презерватив и намеренията и откриват корелация между поведението и намерението  $r = .44$ . В други изследвания тази връзка е открита сред хетеросексуални (St. Lawrence et al. 1998) и хомосексуални извадки (Fisher, Fisher & Rye 1995; Ross 1990; Wulfert, Van, & Backus 1996), юноши (Reinicke, Schmit, & Ajzen, 1996), възрастни (Heckman et al. 1996). Цитират се само две изследвания, в които не се открива връзката между намеренията и употребата на презерватив: сред американски юноши (Fisher et al. 1995) и сред извадка от клиенти на контрацептивна клиника в САЩ (Valdisseri, Arena, Proctor, & Bonati 1989).

Връзката между нагласите и субективните норми към употребата на презервативи заедно с намерението за използването им е била изучавана много повече, отколкото връзката намерение–поведение. Изследванията на намерението на юношите за системна употреба на презерватив докладват, че както нагласата, така и субективната норма са свързани с намерението (например в Канада – Godin, Fortin, Michaud, Bradet & Kok 1997, в Германия – Reinicke et al. 1996, Krahe & Reiss 1995, в Норвегия – Rise 1992, в Холандия – Schaalma, Kok & Peters 1993, и в САЩ – Jemmot, Jemmot & Hacker 1992), което предполага обобщаемост на резултатите. Изключение от тези резултати прави изследване на малавийски юноши (Bandawe & Foster 1996), в което нагласата, а не нормата предсказва намеренията, както и изследването на американски гимназисти (Fisher et al. 1995), при което нагласата и нормата са свързани с намерението при жените, а при мъжете – само нагласата предсказва намерението им.

При възрастните резултатите са по-разнообразни. В извадки на гей и бисексуални мъже някои изследвания докладват за връзка на намерението както с нагласата, така и с нормата (Fishbein et al. 1992; Fisher et al. 1995); други свързват само нормата с намеренията (Ross & McLaws 1992) или само нагласите (Wulfert et al. 1996). При хетеросексуални извадки както нагласата, така и нормата предсказват намеренията, когато типът партньор (постоянен или случаен) не се взема предвид (White, Terry & Hogg 1994; Kashima, Gallois & McCamish 1993; Chan & Fishbein 1993). Когато се включи и тип партньор, връзката не е толкова ясна. Нормата, а не нагласата предсказва намерението за употреба на презерватив със случайни партньори (Catania, Coates, and Kegeles 1994).

Бакер, Морисън, Картър и Вердон (1996) докладват същите резултати, но само при жените. А при мъжете – само нагласата, но не и нормата предсказва употребата на презерватив със случаен партньор, докато с постоянния партньор – нагласата и нормата. Причините за тези неконсистентни резултати не са изяснени. Прегледът на литературата показва, че теорията на обмисленото действие е подходяща за обяснение на решението за употреба на презерватив и формиране на намерението. Връзките между нагласа, норма и намерения са демонстрирани крос-културно както сред юноши, така и сред различни етнически групи и възрастни (Godin et al. 1994).



Ограничение на теорията на обмисленото действие като модел за изследване употребата на презерватив е, че тя не предвижда последователно значението на факторите извън „актьора“ – по-конкретно – не се взема предвид междуличностните взаимоотношения и сътрудничеството на партньора. Така индивидът би могъл да има позитивна нагласа към употребата на презерватив, би могъл да възприема позитивно нормата към употребата им, но също така би могъл да вярва, че партньорът му/и категорично ще откаже. Така убеждението, че опитът ще е неуспешен, променя намерението към негативно. Това ни навежда на мисълта, че измерването на личната ефикасност (Bandura 1994) би увеличило предиктивната стойност на модела (отколкото само нагласата и нормата). Индивидите с високи стойности на лична ефикасност е по-вероятно да приемат употребата на презерватив и е по-вероятно да отстояват това в опитите си, отколкото тези с по-ниски стойности на лична ефикасност (Morrison, Baker, Gillmore 2000).

Изследвания на употребата на презерватив, направени с теорията на обмисленото действие и включващи личната ефикасност като допълнителен предиктор, я операционализират различно като:

- увереност – certainty (Basen-Engquist & Parcel 1992);
- степен на контрол (Boyd & Wandersman 1991);
- вероятност за употреба на презерватив (Morrison, Gillmore & Baker 1995);
- вероятност да не се използва презерватив (Richard & Van der Pligt 1991);
- трудност да убедиш партньора (White, Terry & Hogg 1994);
- очаквана трудност и степен на контрол (Chan & Fishbein 1993).

Изследванията с най-висока предиктивна стойност, които включват личната ефикасност, са тези, операционализиращи я като увереност и вероятност за употреба (Basen-Engquist & Parcel 1992; Morrison, Gillmore & Baker 1995; Richard & Van der Pligt 1991), за разлика от тези, които я операционализират като степен на контрол (White, Terry & Hogg 1994; Chan & Fishbein 1993; Boyd & Wandersman 1991).

Използването на презерватив за предпазване от ХИВ и ППБ е комплексно диадично поведение, което зависи от сътрудничеството на двамата партньори. Нагласите са основният предиктор на намерението за употреба на презерватив както за постоянни, така и за случайни партньори (Morrison, Baker, Gillmore 1995).

## ТЕОРИЯ НА ПЛАНИРАНОТО ПОВЕДЕНИЕ

ТПП обогатява теорията на обмисленото действие (Fishbein and Ajzen 1975) и подчертава главната роля на социалните познания под формата на субективни норми (убежденията на индивида за социалния му свят). Включва както убежденията, така и тяхната оценка.

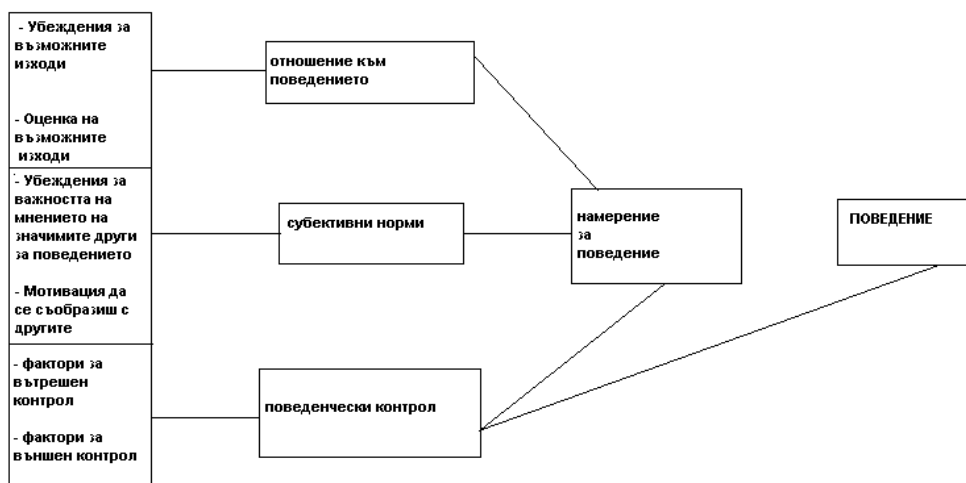
Теорията на планираното поведение (ТПП) е разработена от Ajzen през 1985 (Ajzen and Madden 1986). Подчертава се, че поведенческите намерения са резултат от комбинацията на няколко убеждения. Така намеренията се концептуализират като планове за действие за постигане на поведенчески цели и като резултат от следните убеждения:

- положителна или отрицателна оценка на дадено поведение и оценка на резултата от него;
- субективната норма като резултат от социалните норми и натиск и оценка, дали индивидът е мотивиран да се подчини на тези норми;
- усещане за контрол над поведението, базирано на съвкупността от фактори за вътрешен контрол (умения, способности, информация) и факторите за външен контрол.

Според ТПП тези три фактора са предпоставка за поведенческите намерения, които след това са свързани със самото поведение. Възприетият поведенчески контрол може да има пряко влияние върху поведението, без опосредстването на поведенческите интенции.

При обяснение на теорията на планираното поведение Ajzen и Madden (1986: 455) твърдят, че силната връзка между намерение и поведение е зависима от 3 предпоставки:

- измерването на намерението трябва да съответства на нивото на общоприложимост на поведението;
- съответното поведение трябва да е под волеви контрол;
- намерението не трябва да се е променило в интервала от време, в който е било измерено, и времето, в което поведението е наблюдавано.



Фиг. 4 Основи на теорията на планираното поведение (по Ogden 1996)

ТПП се използва за предсказване на множество здравни поведения и има редица изследвания в подкрепа на неговата релевантност. Брубекер и Уикершам (1990, по Ogden 1996) докладват, че нагласата към поведението, субективната норма и поведенческият контрол корелират позитивно с намерението за изпълнение на даденото поведение.

ТПП е най-широко използваният модел за изследване на когнитивните предпоставки на поведението (Godin & Kok 1996; Ajzen 2001; Armitage & Conner 2001), също така осигурява добра основа за разбиране на когнитивните предпоставки, протективното сексуално поведение и по-конкретно – използването на презерватив. Ширън, Абрахам и Орбел (1999) в метаанализ на 44 психосоциални корелата на употребата на презерватив откриват, че конструктите, операционализирани от ТПП, се асоциират най-силно с употребата на презерватив (т.е. нагласи и намерения към употреба). Според ТПП поведенческото намерение („Смятам да използвам презерватив при следващия сексуален акт“) е най-силната и близка предпоставка на действието. То е детерминирано от нагласата към поведението и съответната субективна норма. Нагласата се отнася към цялостната оценка на индивида към поведението („Използването на презерватив следващия път ще е добро / лошо“), докато субективната норма се опира на убежденията на личността относно това, какво значимите други мислят за това поведение („Важните за мен хора смятат, че трябва да използвам презерватив при бъдещ сексуален акт“). Оценката на индивида, дали е способен да осъществи това поведение – възприемания поведенчески контрол, – предсказва както намерението, така и поведението. Възприеманият поведенчески контрол подпомага намерението, тъй като хората не са мотивирани да предприемат действия, в които очакват да се провалят. Така възприеманият поведенчески контрол директно предсказва поведението, когато то отразява актуалния контрол на резултата/изхода (Abraham, Henderson & Der 2004), и така се доближава до конструкта на Бандура за личната ефикасност.

Шварцер (1992, по Ogden 1996) критикува ТПП поради липсата на темпорален елемент и твърди, че Ajzen не описва нито последователността на отделните убеждения, нито каквато и да е насока за каузалност. Все пак моделът се стреми да постави проблема за социалните фактори и факторите на околната среда (под формата на нормативни убеждения включва ролята на миналото поведение в рамките на измерването на възприетия поведенчески контрол).

## СОЦИАЛНО-КОГНИТИВНА ТЕОРИЯ

Тази теория преминава отвъд индивидуалните фактори в здравното поведение, за да включи и средовите и социални елементи. Тя е широко прилагана към превенцията, промоцията на здравето, промяната на нездравословен стил на живот и множеството рискови поведения (Perry et al. 1990). Социално-когнитивната теория (СКТ) обяснява поведението в термините на реципрочност на три ключови конструкта – личност, поведение и влияние на средата, които са взаимно де-

терминирани. Този реципрочен детерминизъм е базисният организиращ принцип на СКТ – продължителна и динамична интеракция между индивида, средата и поведението. Така промяната в един от тези фактори влияе и на другите два.

Бандура (1986) концептуализира личността като базисни човешки способности, които са с когнитивна същност. Ключовите конструктори са:

- личностни характеристики – демографски и когнитивни фактори, мотивация и умения;

- емоционална възбуда/копинг – способността на индивида да отговори на емоционалните стимули с различни техники и стратегии;

- поведенчески способности, свързани с индивидуалните знания и умения, нужни за изпълнение на поведението;

- лична ефикасност – възприятието на хората на техните възможности за действие. Тя е важен медиатор между знание, нагласи, умения и поведение;

- очакванията са убежденията, свързани с резултата от дадено поведение;

- саморегулацията се отнася до индивидуалната способност за управление и контрол на поведението;

- учене чрез наблюдение;

- подкрепленията се отнасят към последствията, които засягат вероятността дадено поведение да се повтори.

Ефективната програма за промяна на опасните за здравето практики включва четири компонента, всеки от които се цели в една от трите взаимодействащи си области (личностни детерминанти, поведение, влияние на средата).

Първият е информационен – цели да фокусира вниманието и да увеличи знанието за здравните рискове. Според Бандура подаваната информация не трябва да плаши хората, а да ги окуражава да упражняват контрол над своите здравословни навици. Трябва да се убедят, че имат способността да променят поведението си и да се обучат/информират как да бъде направено. Според автора теорията за личната ефикасност осигурява концептуална рамка за увеличаване на саморегулативната ефективност.

Вторият цели развитието на социални и саморегулативни умения, нужни за предприемането на превантивни усилия и действия. Авторът предлага социалното моделиране като начин за утвърждаване на протективното поведение чрез саморегулативни и водещи към намаляване на риска стратегии, които биха могли да се ползват в множество ситуации. Хората развиват по-силни убеждения в своите способности, ако виждат подобни на тях модели да упражняват контрол над ситуациите.

Третият е социалното убеждаване в човешката способност за овладяване на дадена дейност, което позволява мобилизирането на повече усилия. Авторът добавя и създаване на социална подкрепа за търсените промени.

Четвъртият компонент, който подпомага промяната на възприеманата лична ефикасност, е намаляването на стресовите реакции, промяна на негативните емоционални тенденции и погрешни интерпретации на физическите състояния (Bandura 1994).

Възприеманата лична ефикасност играе централна регулативна роля в причинно-следствената структура на СКТ и се превръща в основа на действието. Докато хората не повярват, че могат да произведат желания резултат със своите действия, те имат малък стимул за действие и полагане на усилия. Каквито и други мотиватори да има, те трябва да се основават на убеждението за лична ефикасност. Повечето модели на здравното поведение днес включват детерминанта на ефикасността, а тези, които не го правят, според Бандура губят от своята обяснителна и предиктивна сила. Нагласите обикновено са предиктивни, особено за намеренията, а убежденията в ефикасността са консистентно предиктивни (Bandura 2000). Множество доказателства има в научната литература за ролята на възприеманата лична ефикасност върху здравния статус и функциониране, тя действа като общ механизъм, който засяга различни здравни резултати, като за целите на настоящия текст ще цитирам Bengel, Beltz-Merk & Farin (1996), McKusick, Coates & Morin (1989), Walsh & Foshee (1998) и Witte (1992) – по Bandura 2000. Метааналитичните проучвания също потвърждават тази роля (Gilles 1993; Holden 1991, по Bandura 2000).

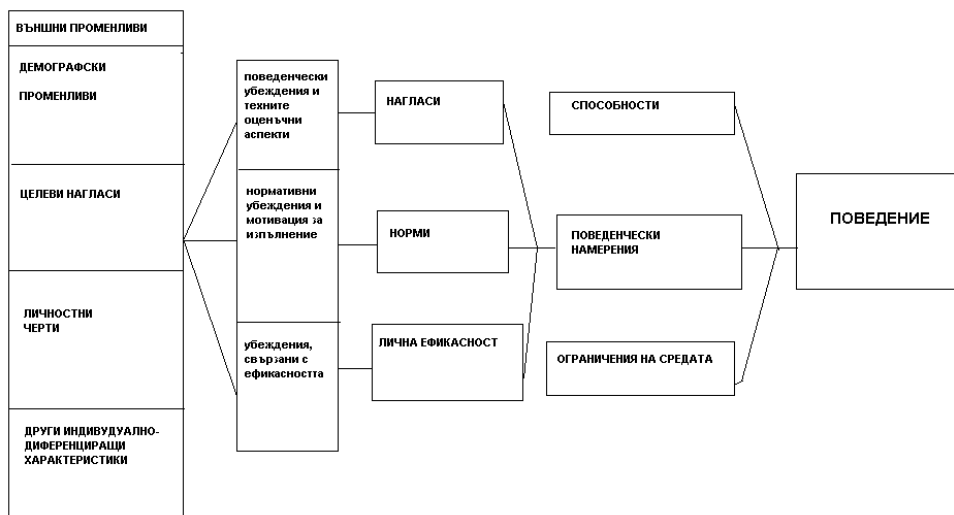
#### AIDS RISK REDUCTION MODEL – МОДЕЛ ЗА НАМАЛЯВАНЕ НА РИСКА ОТ СПИН

Макар и доказали ефективността си, психосоциалните модели разчитат само на идентифицирането на детерминантите за употреба на презерватив с цел разбиране на това, как младите биха могли да бъдат по-добре мотивирани да изпълнят това поведение. Но тези подходи не вземат предвид комплексността на поведението. Така Алберасин и екип (2001) докладват за съществуващото несъответствие между очакваното и актуалното поведение, особено при млади хора и случайни сексуални връзки. Aids Risk Reduction Model (ARRM) предполага три етапа на възприемане на употребата на презерватив (Catania, Kegeles & Coates 1994). Първият налага определяне на факторите за съзнаване на риска, вторият е мотивационен, а третият се отнася до предприемане на действие и е постинтенционален. ARRM предполага, че само мотивацията не е достатъчна, за да се осъществи дадено намерение. „Подготвителните действия“ (купуване на презервативи, тяхното носене и обсъждането на употребата им) играят важна роля при медиацията намерение за употреба – актуална употреба (или връзката намерение – поведение) – Sheeran et al. 1999; Bryan, Fisher & Fisher 2002.

При изследване на употребата на презервативи сред 14–16-годишни юноши в Холандия (Van Empelen & Kok 2006) резултатите потвърждават, че употребата на презерватив с постоянния партньор се опосредства от „подготвителните действия“ и навици, докато употребата на презерватив със случаен партньор се предсказва с готовността за поемане на риск и намеренията, но без участието на „подготвителните действия“. Тези резултати подсказват, че изключително важно е да се акцентира сред юношите, че неочаквани сексуални ситуации биха могли да възникнат и така да се подчертае ролята на „подготвителните действия“.

## ИНТЕГРАТИВЕН МОДЕЛ НА ФИШБАЙН

Фишбайн (2002) на базата на водещите теории, споменати по-горе, предлага интегративен модел за предвиждане и промяна на поведението.



Фиг. 5 Интегративен модел по Fishbein (2002)

Вероятността дадено поведение да се прояви се определя от намерението на индивида да го изпълни, от наличието на необходимите способности и подходящи условия на средата, които да не го ограничават. Според модела намерението има три детерминанти: нагласи, възприети норми и възприемана лична ефикасност за извършване на даденото поведение. Относителното значение на тези три психосоциални променливи ще зависи от изследваната личност и културните норми в популацията. Приема се, че те са функция на убежденията – за последствията от извършване на поведението, нормативните забрани и/или поведения в специфични контексти. Моделът включва и традиционните демографски, личностови, атипични и други индивидуално-диференциращи променливи. Тук те оказват индиректно влияние над поведението, но все пак са отразени в структурата на убежденията.

Представеният по-горе модел е теоретична база за две големи изследвания. Първото – AIDS Community Demonstration Projects (CDC, 1996; CDC AIDS Community Demonstration Projects Research Group, 1999, по Fishbein 2002), се опитва да достигне до тези индивиди от популацията, които са в риск и не са склонни да търсят здравните власти. Второто – проект RESPECT, е конструирано за оценка на превантивното консултиране при ППБ/ХИВ спрямо стандартното обучение (Kamb et al. 1996; 1998, по Fishbein 2002). Едното е

извършено на улицата от мрежа от доброволци, а второто – в клинични условия с обучени консултанти. И двете интервенции предизвикали значителна поведенческа промяна поради базирането им на установени поведенчески принципи, които са конструирани за специфични популации и поведения.

Моделът е използван за теоретична база и на проекта SAFER (Montano et al. 2001), който представлява лонгитудно изследване на поведението на популации с висок риск от ХИВ и ППБ – гей мъже, индивиди използващи интравенозни наркотици, проституиращи и хетеросексуални с множество партньори. Проектът цели да установи критичните детерминанти на употребата на презерватив сред тези високорискови групи в специфични ситуации и контекст. От проституиращите жени 95% възнамеряват да употребят презерватив със своите клиенти, 75% го правят, докато с постоянния партньор – едва 30%.

Така с установяването на детерминантите на специфични поведения този нов модел се превръща в инструмент за промяна на поведението. Според автора не се нуждаем от нови теории за поведението и поведенческа промяна, а от по-добро разбиране и използване на вече емпирично доказалите се и установили се модели, които дават необходимите насоки за интервенция.

Към недостатъците и проблемите на когнитивните и социокогнитивни модели забелязваме неконсистентни резултати при различни автори и извадки. Моделите акцентират върху индивидуалистичния подход към поведението, фокусират се върху когнициите, проблематична е връзката между възприемане на сериозността на заболяването и намаляване на рисковото сексуално поведение, не се обръщат към по-широкия социален контекст.

## ЛИТЕРАТУРА

- Abraham, C., M. G. Der. Henderson (2004). Cognitive impact on of a research-based school sex education programme. *Psychology and Health*, vol. 19, 6, 689–703.
- Abraham, C., P. Sheeran, D. Abrams, R. Spears & D. Marks (1991). Young people learning about AIDS: A study of beliefs and information sources. *Health Education Research: Theory and Practice*, 6, 19–29.
- Ajzen, I. & T. Madden (1986). Prediction of goal-directed behaviour: Attitude, intentions, and perceived behaviour control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453–474.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27–58.
- Albarracin, D., B. T. Johnson, M. Fishbein & P. A. Muellerleile (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142–161.
- Baker, S. A., D. M. Morrison, W. B. Carter & M. S. Verdon (1996). Using the theory of reasoned action to understand the decision to use condoms in an STD clinic population. *Health Education Quarterly*, 23, 528–542.
- Bandawe, C. R., D. Foster (1996). AIDS-related beliefs, attitudes and intentions among Malawian students in three secondary schools. *AIDS Care*, 8, 223–232.
- 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, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175–1184.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In R. J. DiClemente and J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25–59). New York: Plenum.
- Bandura, A. (2000). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. In: *Understanding and changing health behaviour from health beliefs to self-regulation*, 2000, 299–339.
- Basen-Engquist, K. & G. S. Parcel (1992). Attitudes, norms, and self-efficacy : A model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 19, 263–277.
- Boer, H. & S. T. Mashamba (2005). Psychosocial correlates of HIV protection motivation among black adolescents in Venda, South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 17, 590–602.
- Boyd, B. & A. Wandersman (1991). Predicting undergraduate condom use with the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitude-behavior models: Implications for public health interventions. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1810–1830.
- Bryan, A., J. D. Fisher & W. A. Fisher (2002). Tests of the mediational role of preparatory safer sexual behavior in the context of theory of planned behavior. *Health Psychology*, 21, 71–80.
- Catania, J. A., T. J. Coates & S. Kegeles (1994). A test of the AIDS risk reduction model: Psychosocial correlates of condom use in the AMEN cohort survey. *Health Psychology*, 13, 548–555.
- Chan, D. K. & M. Fishbein (1993). Determinants of college women's intentions to tell their partners to use condoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1455–1470.
- Fishbein, M. & I. Ajzen (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., D. K.-S. Chan, K. Reilly, D. Schnell, R. Wood, C. Beeker & D. Cohn (1992). Attitudinal and normative factors as determinants of gay men's intentions to perform AIDS-related sexual behaviors: A multisite analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 999–1011.
- Fishbein, M. (2002). The role of theory in HIV prevention. In : Marks, D. F. *The Health Psychology Reader*, Sage publications.
- Fisher, J. D., W. A. Fisher (1992). Changing AIDS risk behaviour. *Psychological Bulletin*, 111, 455–474.
- Fisher, W. A., J. D. Fisher & B. J. Rye (1995). Understanding and promoting AIDS-preventive behaviour: Insights from the theory of reasoned action. *Health Psychology*, 14, 255–264.
- Godin, G. & G. Kok (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11, 87–98.
- Godin, G., C. Fortin, F. Michaud, R. Bradet & G. Kok (1997). Use of condoms: intention and behaviour of adolescents living in juvenile rehabilitation centres. *Health Education Research*, 12, 289–300.
- Heckman, T. G., K. J. Sikkema, J. A. Kelly, R. W. Fuqua, M. B. Mercer, R. G. Hoffman, R. A. Winett, E. S. Anderson, M. J. Perry, R. A. Roffman, L. J. Solomon, D. A. Wagstaff, V. Cargill, A. D. Norman & D. Crumble (1996). Predictors of condom use and human immunodeficiency virus test seeking among women living in inner-city public housing developments. *Sexually Transmitted Diseases*, 23, 357–365.
- Jemmot, J. B., L. S. Jemmot & C. I. Hacker (1992). Predicting intentions to use condoms among African-American adolescents: The theory of planned behavior as a model of HIV risk-associated behavior. *Ethnicity & Disease*, 2, 371–380.
- Kashima, Y., C. Gallois & M. McCamish (1993). The theory of reasoned action and cooperative behaviour: It takes two to use a condom. *British Journal of Social Psychology*, 32, 227–239.
- Kirby, D., L. Short, J. Collins, D. Rugg, L. Kolbe, M. Howard, B. Miller, F. Sonenstein & L. S. Zabin (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviours: a review of effectiveness. *Public Health Reports*, 109, 339–360.



- Krahe, B. & C. Reiss (1995). Predicting intentions of AIDS-preventive behavior among adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 2118–2140.
- Xiaoming, L., F. Xiaoyi, L. Danhua, M. Rong, W. Jing, C. Lesley, H. Carole, St. Bonita (2004). HIV/STD risk behaviors and perceptions among rural-to-urban migrants in China. *AIDS Education and Prevention*, 16(6), 538–556.
- Mellanby, A. R., F. A. Phelps, N. J. Crichton, J. H. Tripp (1995). School sex education: an experimental programme with educational and medical benefit. *British Medical Journal*, 311, 414–417.
- Montano, D., I. Kasprzyk, von Haefen & M. Fishbein (2001). Toward an understanding of condom use behaviours: a theoretical and methodological overview of Project SAFER. *Psychology, Health & Medicine*, vol. 6, 2, 139–150.
- Morrison, D. M., M. R. Gillmore & S. A. Baker (1995). Determinants of condom use among high-risk heterosexual adults: A test of the theory of reasoned action. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 651–676.
- Morrison, D. M., S. A. Baker, M. R. Gillmore (2000). Using the theory of reasoned action to predict condom use among high-risk heterosexual teens. In: Understanding and changing health behaviour from health beliefs to self-regulation.
- Oakley, A., D. Fullerton, J. Holland, S. Arnold, M. France-Dawson, P. Kelley, S. McGrellis (1995). Sexual health education interventions for young people: a methodological review. *British Medical Journal*, 310, 158–162.
- Ogden, J. (1996). *Health Psychology: A Textbook*. Open University Press. Buckingham, Philadelphia.
- Perry C., T. Baranowski, G. Parcel (1990). How individual's, environments, and health interact: Social Learning Theory. In: Glanz K., F. M. Lewis, B. K. Rimer (eds) *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 161–186.
- Reinecke, J., P. Schmidt & I. Ajzen (1996). Application of the theory of planned behavior to adolescents' condom use: A panel study. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 749–772.
- Richard, R & van der Pligt, J. (1991). Factors affecting condom use among adolescents. *Journal of Community And Applied Social Psychology*, 1, 105–116.
- Rippetoe, P. A., R. W. Rogers (1987). Effects of components of protection motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 596–604.
- Rise, J. (1992). An empirical study of the decision to use condoms among Norwegian adolescents using the theory of reasoned action, *Journal of Community And Applied Social Psychology*, 2, 185–197.
- Ross, M. W. (1990). Psychological determinants of increased condom use and safer sex in homosexual men: A longitudinal study. *International journal of STD & AIDS*, 1, 98–101.
- Ross, M. W. & M.-L. McLaws (1992). Subjective norms about condoms are better predictors of use and intention to use than attitudes. *Health Education Research*, 7, 335–339.
- Schaalma, H., G. Kok & L. Peters (1993). Determinants of consistent condom use by adolescents: The impact of experience with sexual intercourse. *Health Education Research*, 8, 255–269.
- Schaalma, H., G. Kok, R. Bosker, G. Parcel, L. Peters, J. Poelman, J. Reinders (1996). Planned development and evaluation of AIDS / STD education for secondary-school students in the Netherlands: short-term effects. *Health Education Quarterly*, 23, 469–487.
- Sheeran, P. & S. Orbell (1998). Do intentions predict condom use? Meta-analysis and examination of six moderator variables. *British Journal of Social Psychology*, 37, 231–250.
- Sheeran, P., C. Abraham, S. Orbell (1999). Psychosocial correlates of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 90–132.
- St. Lawrence, J. S., G. D. Eldridge, D. Reitman, C. E. Little, M. C. Shelby, T. L. Brasfield (1998). Factors influencing condom use among African American women: Implications for risk reduction interventions. *American Journal of Community Psychology*, 26, 728.

- Umeh, K. (2004). Cognitive appraisals, maladaptive coping, and past behaviour in protection motivation. *Psychology and Health*, vol. 19, No. 6, pp. 719–735.
- Valdisseri, R. O., V. C. Arena, D. Proctor, F. Bonati (1989). The relationship between women's attitudes about condoms and their use: Implications for condom promotion programs. *American Journal of Public Health*, 79, 499–501.
- Van der Velde, F. W. & J. Van der Pligt (1991). AIDS-related health behaviour: coping, protection motivation and previous behaviour. *Journal of Behavioural Medicine*, 14, 429–451.
- Van Empelen, P. & G. Kok (2006). Condom use in steady and casual sexual relationships: planning, preparation and willingness to take risks among adolescents. *Psychology & Health*, 21, 165–181.
- White, K. M., D. J. Terry & M. A. Hogg (1994). Safer sex behavior: The role of attitudes, norms, and control factors. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 2164–2192.
- Wulfert, E., C. Wan & C. Backus (1996). Gay men's safer sex behavior: An integration of three models. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 345–366.