

# ניבוי של החזקת קונדום ושל השימוש בו בקרב גברים הומוסקסואלים בישראל

## אייל קלונובר, ורדה סוסקולני וליאת קוליק

התנהגות מינית סיכונית היא אחד הגורמים העיקריים להידבקות בנגיף ה־HIV. מטרתו של מחקר זה היא לבחון מדד מרכזי של התנהגות מינית – החזקת קונדום ושימוש בו – בקרב גברים הומוסקסואלים ולזהות גורמים המסבירים התנהגות מינית סיכונית. על יסוד תאוריות מובילות בתחום ההתנהגות מקדמת הבריאות גובש מודל תאורטי משולב רב־משתנים, שכלל משתני רקע, ידע על איידס, אמונות בנוגע להתנהגות מקדמת בריאות, עמדות בנוגע להתנהגות מינית זהירה, מוטיבציה להתנהגות מינית זהירה ומיומנויות התנהגות. מודל זה ניסה להסביר הן כוונת התנהגות שמטרתה למנוע הידבקות (ביחסי מין) בנגיף ה־HIV והן התנהגות מינית סיכונית.

המחקר נערך בקרב 211 גברים הומוסקסואלים בוגרים בני 16–51. ממצאיו העיקריים הראו כי רוב המשתתפים (64%) מחזיקים קונדום בקביעות, למעלה ממחצית מן המשתתפים (58%) דיווחו על שימוש מתמיד בקונדום בעת קיום יחסי מין עם שותף מיני מזדמן, ו־49% מן המשתתפים – עם שותף מיני קבוע. מודל המחקר אושש והסביר 41% מן השונות בכוונות ההתנהגות, 36% מן השונות בהחזקת קונדום ו־31% מן השונות בשימוש בקונדום עם שותפים

\* ד"ר אייל קלונובר, בית הספר לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית אשקלון ואוניברסיטת בר־אילן, רמת גן.

דואר אלקטרוני: [kleyal@netvision.net.il](mailto:kleyal@netvision.net.il)

פרופ' ורדה סוסקולני, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר־אילן, רמת גן.

דואר אלקטרוני: [Varda.Soskolne@biu.ac.il](mailto:Varda.Soskolne@biu.ac.il)

פרופ' ליאת קוליק, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר־אילן, רמת גן.

דואר אלקטרוני: [Liat.Kulik@biu.ac.il](mailto:Liat.Kulik@biu.ac.il)

מיניים מזדמנים. המשתנים המסבירים את הכוונה להחזיק קונדום ולקיים יחסי מין מוגנים הם תפיסת החומרה של המחלה, תפיסת המחסומים בהתנהגות מינית זהירה, עמדות בנוגע להתנהגות מינית זהירה, נורמות בנוגע להתנהגות מינית זהירה ומסוגלות עצמית, ואילו המשתנים התורמים להסבר השימוש בקונדום עם שותפים מיניים מזדמנים הם גיל, תפיסת הפגיעות, תפיסת החומרה ותפיסת הקשיים באימוץ התנהגות מינית זהירה. ממצאי המחקר מצביעים על משתנים אלו כמוקד אפשרי לתכניות התערבות לקידום התנהגות מינית בטוחה בקרב גברים הומוסקסואלים.

מילות מפתח: התנהגות מינית סיכונת, מודל האמונות הבריאותיות, גברים הומוסקסואלים, איידס, אמצעי מניעה, התנהגות בריאותית, הבדלי גיל

מחלת האיידס, תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (Acquired Immunodeficiency Syndrome – AIDS), שהתפשטה ברחבי העולם מתחילת שנות ה-80 של המאה ה-20, היא הסיבה העיקרית להצבת התנהגות מינית סיכונת ברשימת גורמי הסיכון למוות בטרם עת. התנהגות כזאת, הכוללת קיום יחסי מין ללא שימוש בקונדום וקיום יחסי מין עם מספר רב של שותפים, התווספה לרשימת גורמי הסיכון למוות בטרם עת בשל הסיכון להידבקות בנגיף ה-HIV (Human Immunodeficiency Virus), הגורם למחלת האיידס (Bennett & Murphy, 1997).

בשנת 2012 חיו ברחבי העולם כ-35.3 מיליון נשאים של נגיף ה-HIV. באותה שנה מתו מאיידס כ-1.6 מיליון בני אדם, ומספר הנדבקים החדשים בנגיף ה-HIV עמד על כ-2.3 מיליון (UNAIDS, 2013, p. 4). נתונים אלו מפתיעים בשל החשיפה הנרחבת בעולם, ובפרט בארצות המערב, למידע על המחלה ועל הדרכים למנוע את ההידבקות בנגיף ועל אף המאמץ והמשאבים הרבים שהשקיעו הממסד והחוקרים לבלום את התפשטותה (Sabin, 2002). לפי נתוני משרד הבריאות (2014, עמ' 1), משנת 1981 ועד סוף שנת 2013 התגלו בישראל 7,990 מקרים של נשאי HIV וחולי איידס, אם כי ההערכה היא שמספרם מגיע ל-8,855 איש. שיעור מקרי ההידבקות בנגיף בישראל בשנת 2013 עמד על 58.5 ל-1,000,000 איש, שיעור הנמוך מרוב מדינות אירופה (שם). גברים המקיימים יחסי מין עם גברים (להלן גברים הומוסקסואלים) הם האוכלוסייה בעלת הסיכון הגבוה ביותר להידבק בנגיף ה-HIV. אוכלוסייה זו היא 63% מן הנדבקים החדשים בארצות הברית, ושיעור ההידבקות מצוי בעלייה מתמדת (CDC, 2015, p. 1). מחקרים רבים הראו כי גורם מרכזי לשינויים אלו הוא העלייה בהתנהגות המינית הסיכונת (קיום יחסי מין בלא שימוש בקונדום) בקרב גברים הומוסקסואלים בערים המרכזיות באירופה, באוסטרליה, בקנדה ובארצות הברית (Calzavara et al., 2003; Elford & Hart, 2003; Katz, Schwarcz, & Kellogg, 2002). ובמדינות ברית המועצות לשעבר (Baral, Sifakis, Cleghorn, & Beyrer, 2007). במחקר

שנעשה בלונדון נמצא שאחוז הגברים ההומוסקסואלים המקיימים יחסי מין לא מוגנים דומה לזה שקדם לפרוץ המגפה (Crossley, 2000).

התנהגות מינית סיכונית או זהירה נבחנת כאמור בעיקר באמצעות הרגלי השימוש בקונדום, שהוא האמצעי היעיל ביותר להפחתת הסיכון להידבק בנגיף (Kasprzyk, Montano, & Fishbein, 1998). מדדים נוספים להתנהגות מינית סיכונית או זהירה הם מספר השותפים המיניים, סוג הפעילות המינית, תדירות עריכתה של בדיקת איידס וקיום או אי-קיום שיחה עם בן הזוג לפני קיום יחסי מין על מצבו הבריאותי ועל מין בטוח (Bryan, Aiken, & West, 2004; Bryan, Fisher, J., Fisher, W., & Murray, 2000; Rye, Fisher, W., & Fisher, J., 2001; Svenson, Ostergren, Merlo, & Rastam, 2002). במחקר זה נבחר המדד להרגלי השימוש בקונדום כמדד העיקרי לבחינת התנהגות מינית סיכונית או זהירה.

קיום יחסי מין אנאליים ללא שימוש בקונדום הוא גורם סיכון גבוה להידבקות בנגיף ה-HIV, ולכן גברים הומוסקסואלים חשופים לסיכון כזה (UNAIDS, 2013). בשל העלייה בשיעור ההידבקות בקרבם חשוב לערוך מחקרים שיתמקדו בסיבות להתנהגות המינית הסיכונית ויספקו מודלים וכלים לשיפור המודעות ודרכי ההתמודדות עם מציאות זו. מטרת מחקר זה היא לבחון אפוא את שכיחותה של ההתנהגות המינית הסיכונית בקרב גברים הומוסקסואלים בישראל ולזהות גורמים חברתיים-פסיכולוגיים המסבירים התנהגות זו.

### מודלים תאורטיים של התנהגות בריאותית ויישומם במחקרים על התנהגות מינית סיכונית

לאורך שנים העלתה הספרות המקצועית גישות תאורטיות מגוונות בניסיון להסביר ולנבא התנהגות בריאותית, לרבות התנהגות מינית. התאוריות הללו מציגות רכיבים שונים, אך יש בהן תחומים משיקים ואף חופפים והן אינן סותרות או מנוגדות.

#### מודל האמונות הבריאותיות

לפי מודל האמונות הבריאותיות (Rosenstock, 1960, 1966, 1974), אנשים שוקלים לשנות את התנהגותם לפי הערכה וציפייה. במילים אחרות, אדם ישקול שינוי בהתנהגותו אם הוא יחשוב שהוא נוטה להיות פגיע ממחלה מסוימת שהוא מעריך כמחלה קשה. תפיסות אלו יוצרות יחד איום נתפס, תנאי בסיסי לנקיטת התנהגות מקדמת בריאות (Becker, 1974). כאשר הפרט מודע לקיומו של איום ממשי של מחלה ומזהה צורך לנקוט פעולה נגד איום זה, הוא מעמיד זה מול זה את הרווח מנקיטת ההתנהגות המסוימת לעומת המחסומים שהיא מציבה ושוקל את כדאיות השינוי (Rosenstock, 1974). למשל, הרווח העשוי לנבוע משימוש בקונדום הוא התגוננות יעילה מפני הידבקות בנגיף ה-HIV ומפני מחלות מין שונות, ואילו המחסומים

עשויים להיות פגיעה בהנאה בעת קיום יחסי מין, פגיעה בספונטניות וחשש מפני פגיעה בתפקוד המיני (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994). לפי המודל, התנהגות סיכונית מושפעת גם ממאפייני רקע. אוכלוסיות חלשות עשויות אפוא להיות פגיעות יותר מן הנגיף בגלל ריבוי המחסומים, כגון מחסום כלכלי בקרב פרטים שידם אינה משגת לרכוש קונדום (סוסקולני וגולדשמידט, 1998).

למודל האמונות הבריאותיות כמנבא התנהגות מינית סיכונית נמצא אישוס אמפירי במחקרים לא מעטים (McCusker, Zapaka, Toddard, & Mayer, 1989), ונמצא קשר לינארי חיובי בין תפיסת הפגיעות לבין הנטייה להתנהגות זהירה (Gerrard, Gibbons, & Bushman, 1996). כמו כן נמצא שככל שתפיסת הפגיעות ותפיסת החומרה גבוהות יותר, כך הכוונה להשתמש בקונדום חזקה יותר (Weinstein & Nicolich, 1993). זאת ועוד, ככל שגברים הומוסקסואלים חשבו שהם נוטים להיות פגיעים מן המחלה, הם נטו לדווח על התנהגות מינית זהירה יותר (Valdisseri et al., 1988). מחקרים שבחנו התנהגות מינית בקרב מתבגרים העלו כי כאשר מן השימוש בקונדום צפוי בעיקר רווח והוא מציב מחסומים מעטים, הכוונה לקיים יחסי מין זהירים חזקה יותר (Walter et al., 1993). באשר למשתני הרקע, נמצא שגיל צעיר, השכלה ומצב חברתי-כלכלי נמוך מנבאים התנהגות מינית סיכונית (Myers, Javanbakht, Martinez, & Obediah, 2003). נוסף על כך, חוקרים מצאו שמאפייני הרקע משפיעים על עיצוב האמונות, התפיסות והמוטיבציה של הפרט (Kulik, 2000). אפשר אפוא לצפות שנוסף על התרומה הישירה שיש למאפייני הרקע להסבר התנהגות מינית סיכונית, תהיה להם השפעה על האמונות, על התפיסות ועל המוטיבציה של הפרט הנוגעות להתנהגות מינית.

בשנות ה-90 של המאה ה-20 הצביעו מגבשי מודל האמונות הבריאותיות על כמה מגבלות של המודל. הם הכירו בעובדה כי תפיסת האיום של מחלת האיידס והציפיות בנוגע להתגוננות מפניה הן אמנם תנאי מקדים וחשוב לשינוי ההתנהגות, אך אין בהן די כדי לשנות הרגלי התנהגות (Rosenstock et al., 1994). שינוי של הרגלי התנהגות כרוך באמונתו של הפרט ביכולתו לנקוט את ההתנהגות הרצויה. מגבשי המודל הכירו אפוא בחשיבותו של המושג מסוגלות עצמית (self-efficacy), מושג שטבע בנדורה בתאוריית הלמידה החברתית (Bandura, 1977), והוסיפו אותו למודל האמונות הבריאותיות. מסוגלות עצמית – אמונתו של היחיד ביכולותיו לשלוט בגורמי המוטיבציה, בתהליכי המחשבה, במצבי הרגש ובדפוסי ההתנהגות – משפיעה על בחירתו כיצד לפעול, כמה משאבים ומאמץ להשקיע בהתנהגות ולמשך כמה זמן להתמיד בה. מסוגלות עצמית נמצאה כמנבא של התנהגות מינית זהירה בקרב גברים הומוסקסואלים (Rye et al., 2001). ככל שהמסוגלות העצמית באשר ליכולת להפחית את סיכויי ההידבקות בנגיף במצבים שונים הייתה גבוהה יותר (כגון תפיסת היכולת להשתמש בקונדום, לסרב לקיים יחסי מין לא מוגנים ולשאול את השותף המיני על ההיסטוריה המינית שלו), כך רבו הדיווחים על שימוש בקונדום (Sheeran, Abraham, & Orbell, 1999).

### תאוריית ההתנהגות המתוכננת

באותן שנים הדגישו חוקרים אחרים את הממד החברתי ובחנו את השפעתו על העמדות ועל הנורמות של הפרט בנוגע להתנהגות מינית (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980). תאוריית ההתנהגות המתוכננת עוסקת בהיבט זה. לפי תאוריה זו (Ajzen, 1991), התנהגות הפרט מונחת על-ידי שלושה גורמים: (1) עמדות כלפי ההתנהגות – אמונות באשר לסבירות התוצאה של ההתנהגות והערכה של תוצאותיה; (2) אמונות בנוגע לנורמות – אמונות בנוגע לציפיות של אחרים ומוטיבציה להיענות לציפיות אלו; (3) יכולת שליטה נתפסת – אמונות באשר ליכולת לקדם או לעכב את ההתנהגות. שילוב של שלושת המשתנים הללו מוביל לגיבושן של כוונות התנהגות. ככל שהעמדות והנורמות הסובייקטיביות תומכות בהתנהגות מסוימת וככל שיכולת השליטה בה נתפסת כוודאית יותר, כך גדולה יותר הכוונה לבצע את הפעולה הנתונה. נוסף על כך, אף שמצופה מאנשים לפעול לפי כוונותיהם, כוונות אלו אינן מתממשות תמיד בפועל, ועשוי להתקיים פער בין כוונות ההתנהגות לבין ההתנהגות בפועל (Ajzen, 2002).

מחקרים שבחנו את תאוריית ההתנהגות המתוכננת בהקשר של התנהגויות מיניות בסיכון, הראו כי עמדות חיוביות בנוגע להתנהגות זהירה מנבאות את הכוונה לקנות קונדום ולשוחח עם השותף המיני על קיום יחסי מין זהירים, ותפיסת יכולת השליטה האישית בנוגע לשימוש בקונדום מנבאת את כוונות ההתנהגות להשתמש בקונדום ואת השימוש בו בפועל בקרב גברים הומוסקסואלים (Rye et al., 2001). במחקר שנעשה בקרב סטודנטים בשוודיה נמצא שנורמות סובייקטיביות ואמונה של הפרט ביכולת השליטה בסיטואציה המינית השפיעו לחיוב על השימוש בקונדום (Svenson et al., 2002). ניתוח-על (meta analysis), שכלל 96 מחקרים (ובהם 22,594 משיבים), תמך בתאוריית ההתנהגות המתוכננת, שכן הוא הצביע על קשר בין עמדות ונורמות סובייקטיביות לבין כוונות התנהגות ועל קשר בין יכולת נתפסת של שליטה אישית לבין הכוונה להשתמש בקונדום והשימוש בו בפועל (Albarracin, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001). התאוריה מדגישה את מרכזיות הגורם החברתי כמשפיע על סבירות ההיענות לנורמות החברתיות ולאימוץ התנהגויות מקדמות בריאות.

### מודל המידע, המוטיבציה ומיומנויות ההתנהגות

מודל המידע, המוטיבציה ומיומנויות ההתנהגות, שפותח במיוחד למניעת איידס, נולד מביקורת על מודל האמונות הבריאותיות ועל תאוריית ההתנהגות המתוכננת. עם זאת, הוא שילב בין שני המודלים האלה והדגיש את חשיבותו של גורם המוטיבציה כרכיב מרכזי להבנתה של התנהגות מינית סיכונת (Fisher, J., & Fisher, W., 1992). לפי המודל, מניעת התנהגות סיכונת תלויה בשלושה רכיבים: (1) מידע המצוי ברשות הפרט על דרכי ההעברה של הנגיף ומניעת הידבקות; (2) מוטיבציה – אוסף העמדות האישיות כלפי התנהגות מסוימת והידיעה של הפרט כי החברה הסובבת אותו מעודדת

התנהגות זו. במילים אחרות, המוטיבציה לאמץ התנהגות זהירה נובעת מעמדות היחיד כלפי הפעולה מונעת האיידס וכלפי נורמות סובייקטיביות רלוונטיות, וגם מתפיסת הפגיעות מפני מחלת האיידס, תפיסת הרווח והמחסומים וסוג השותף המיני (קבוע או מזדמן); (3) מיומנויות ההתנהגות – המסוגלות העצמית ותפיסת יכולת השליטה במגוון המיומנויות הדרושות לביצוע יעיל של פעולות מניעה: תקשורת על מין מוגן, יכולת לסרב למין לא מוגן ויכולת להשתמש כחות בקונדום (Fisher, J., & Fisher, W., 2000). לפי התאוריה, שלושת הרכיבים האלה – מידע, מוטיבציה ומיומנויות התנהגות – הם הרכיבים העיקריים הדרושים כדי למנוע התנהגות מינית סיכונית ולשמור על התנהגות זהירה לאורך זמן (Fisher, J., & Fisher, W., 2000; Williams & Malloy, 1994). מודל זה נבחן בסביבות חינוכיות רבות ושונות, בקרב גילאים שונים, ברמות השכלה ובתרבויות שונות וזכה לתמיכה אמפירית (Carey, Kalichman, Forsyth, Wright, & Johnson, 1997; Fisher, J., & Fisher, W., Misovich, & Kimble, 1996; Fisher, J., & Fisher, W., & Shuper, 2009).

### מודל המחקר: המסגרת התאורטית של המחקר

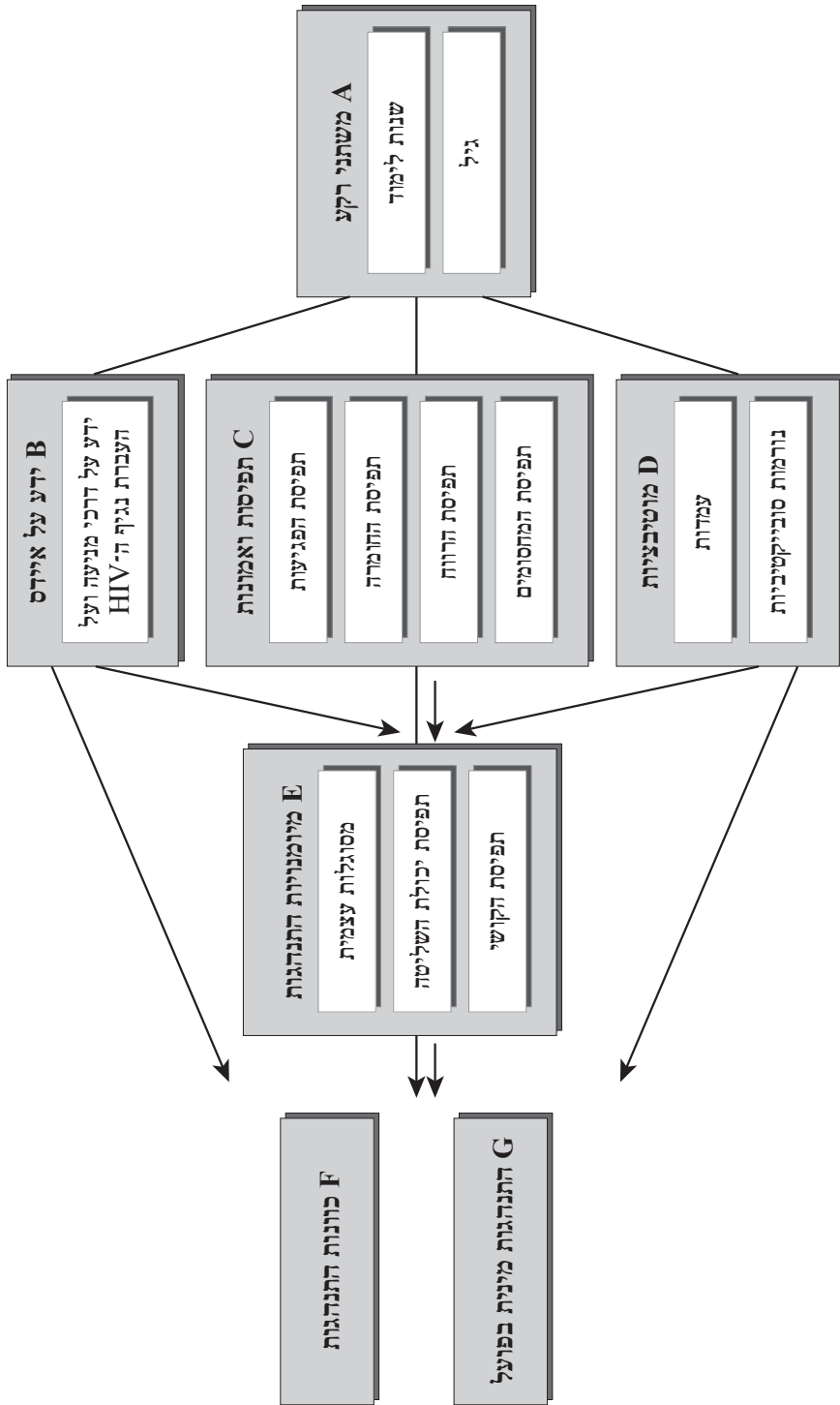
במסגרת מחקר זה נעשה ניסיון להסביר את כוונות ההתנהגות (F) ואת ההתנהגות המינית הסיכונית (G) באמצעות מודל משולב ייחודי רב-משתנים, המסתמך על רכיביה העיקריים של שלוש התאוריות המובילות בתחום שהוצגו עד כה. קבוצת המשתנים הראשונה שנכללה במודל היא משתני הרקע (A) גיל ושנות לימוד – המשתנים הדמוגרפיים הבסיסיים של המשתתפים. משתנים אלו מופיעים כרכיב ראשון במודל האמונות הבריאותיות (Rosenstock, 1974), והם משפיעים על עיצוב האמונות, על התפיסות ועל המוטיבציה של הפרט (Kulik, 2000). לפי מודל האמונות הבריאותיות, התנהגות סיכונית מושפעת ממשתני רקע, וכאמור היא תהיה נמוכה יותר בקרב בוגרים ומשכילים (Myers et al., 2003). הרכיב השני במודל המחקר מורכב משלושה גורמים: רמת הידע על איידס, האמונות הבריאותיות והמוטיבציה להתנהגות מינית זהירה.

מן המודלים התאורטיים אמנם לא עולה מבנה היררכי ברור ואחיד של שלושת הגורמים הללו בניבוי ההתנהגות, אולם הם מייצגים רמות שונות בתהליך העיבוד הקוגניטיבי בדרך לאימוץ התנהגות זהירה. במחקר זה נבנתה אפוא היררכיה שלפיה הנחנו שרמת הידע על איידס מקדימה את האמונות באשר להתנהגות מקדמת בריאות, והן רמת הידע והן האמונות מקדימות את המוטיבציה להתנהגות מינית זהירה, כלהלן. רמת הידע על איידס (B) מתייחסת למידע בסיסי על דרכי ההעברה של נגיף ה-HIV ומניעה של מחלת האיידס. על סמך מודל המידע, המוטיבציה ומיומנויות ההתנהגות (Fisher, J., & Fisher, W., 1992), ידע הוא תנאי מקדים והכרחי לאימוץ

התנהגות זהירה. לפי הממצאים של מפתחי המודל, רמת הידע על איידס נמצאת בקשר חיובי עם התנהגות מינית זהירה (שם). עם זאת, אין די בידע כדי להבטיח התנהגות זהירה. האמונות הבריאותיות (C) הן בסיס לציפיות מן ההתנהגות הזהירה ומן התועלת שבה. בקבוצת משתנים זו מצויים רכיבים ממודל האמונות הבריאותיות, ובהם תפיסת הפגיעות, תפיסת החומרה ותפיסת הרווח והמחסומים. כל אלו מבוססים על ידע ומבטאים את האיום הנתפס, שהוא תנאי בסיסי לנקיטת התנהגות בריאותית זהירה (Rosenstock, 1974). כלומר, לפי מודל האמונות הבריאותיות, ככל שהאדם סבור שהמחלה היא מחלה חמורה, ככל שהוא חושב שהוא פגיע וככל שהוא רואה בשימוש בקונדום רווח, כך הוא יאמץ התנהגות זהירה, ולהפך. מוטיבציה (D) נוגעת לעמדות בנוגע להתנהגות מקדמת בריאות ולתפיסות בנוגע לנורמות חברתיות, ולפי תאוריית ההתנהגות המתוכננת (Ajzen, 1991) ומודל המידע, המוטיבציה ומיומנויות ההתנהגות (Fisher, J., & Fisher, W., 1992) הן שלב נוסף בתהליך הקוגניטיבי. עמדות ונורמות חיוביות באשר להתנהגות מקדמת בריאות קשורות בקשר חיובי להתנהגות זהירה (Rye et al., 2001; Svenson et al., 2002).

נוסף על כך, כפי שמוצג במודל המידע, המוטיבציה ומיומנויות ההתנהגות (Fisher, J., & Fisher, W., 1992), המיומנויות נמצאות בשלב גבוה יותר של התהליך הקוגניטיבי. מיומנויות ההתנהגות (E) כוללות את המסוגלות העצמית, את תפיסת יכולת השליטה ואת תפיסת הקשיים בנוגע למגוון ההתנהגויות של הפרט, והן מבטאות את הערכתו באשר ליכולתו לנקוט בפועל התנהגות זהירה. המיומנויות הדרושות לביצוע יעיל של פעולות מניעה הן אלו: מיומנויות מילוליות ולא מילוליות של תקשורת ומשא ומתן על מין מוגן, יכולת לסרב לקיים מין לא מוגן, יכולת להשתמש כראות בקונדום ויכולת לוותר על סיטואציות שמין מוגן אינו אפשרי בהן. תרשים 1 מתאר את מודל המחקר - הגורמים הקשורים לכוונת ההתנהגות ולהתנהגות בפועל.

אם כן, לפי המודל שגובש במחקר זה ומופיע בתרשים 1, מערכות משתני הרקע (A), הידע על איידס (B), האמונות הבריאותיות (C) והמוטיבציה להתנהגות מינית זהירה (D) קשורים למיומנויות התנהגות (E), וכל חמש המערכות הללו קשורות לכוונות ההתנהגות (F) ולהתנהגות בפועל (G). במחקר זה נבדקו כוונות ההתנהגות וההתנהגות בפועל כשני משתני תוצאה המוסברים על-ידי מכלול המשתנים של המודל כדי להסביר את שני השלבים בתהליך. משתנה כוונות ההתנהגות הוא מדד כולל המתייחס לכוונה לאמץ התנהגויות זהירות בעתיד, ואילו ההתנהגות נבדקה בשלושה מדדים נפרדים המתייחסים להתנהגות בעת האחרונה. לפי מודל ההתנהגות המתוכננת, ייתכן פער בין כוונות ההתנהגות לבין ההתנהגות בפועל (Ajzen, 2002). במסגרת מחקר זה בחנו את הגורמים המסבירים את כוונות ההתנהגות ואת ההתנהגות בפועל, כל אחת מהן בנפרד, בניסיון להבין פער אפשרי זה.



תרשים 1: מודל המחקר - הגורמים הקשורים לכוונות ההתנהגות ולהתנהגות מינית סיכונית או זהירה



## מטרות המחקר

מטרות המחקר היו לבחון מדד מרכזי של התנהגות מינית – החזקת קונדום ושימוש בו – בקרב גברים הומוסקסואלים ולזהות גורמים חברתיים-פסיכולוגיים המנבאים התנהגות מינית סיכונית או זהירה. לפיכך, על סמך הרקע התאורטי שסקרנו ייבחנו הקשרים האלה:

1. הקשרים בין המשתנים המסבירים (רמת ידע על איידס, האמונות הבריאותיות, מוטיבציה להתנהגות מקדמת בריאות, מיומנויות התנהגות) לבין כוונות התנהגות והתנהגות מינית סיכונית (תדירות החזקת קונדום ותדירות השימוש בו).
2. התרומה המשולבת של כלל משתני המחקר, לפי הסדר ההיררכי שהוצג במודל המחקר, להסבר של כוונות ההתנהגות והתנהגות מינית סיכונית.

## שיטת המחקר

### אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית היעד במחקר הייתה גברים הומוסקסואלים בני 16 ומעלה. מאחר שאין בנמצא מסגרת דגימה לכלל הגברים ההומוסקסואלים בישראל, נבחר מדגם מזדמן של גברים הומוסקסואלים המשתתפים בקבוצות של פעילות חברתית המנוהלות בחסות אגודת ההומואים והלסביות, הביסקסואלים והטרנסג'נדרים, או בשמה הרשמי "האגודה לשמירת זכויות הפרט", במגוון ערים בארץ ובעזרת ארגון הנוער הגאה "כמוני כמוך". נוסף על כך, הועברו שאלונים במקומות בילוי של הקהילה ההומוסקסואלית (מועדונים ופאבים) ובשיטת "כדור השלג" (מקצת המשיבים העבירו שאלונים לגברים נוספים).

### המשתתפים

במחקר השתתפו 211 גברים הומוסקסואלים בני 16–51 ( $M = 26.7, SD = 8.08$ ). כמחצית מהם (53%) היו אקדמאים, והאחרים היו בעלי השכלה תיכונית ומטה (47%). מספר שנות הלימוד של המשתתפים היה בטווח של 9–20 ( $M = 14.0, SD = 2.64$ ). כמחצית ממשתתפי המחקר ( $n = 104$ ) היו ביחסים עם שותפים מיניים מזדמנים, כ-20% מהם ( $n = 43$ ) נמצאו ביחסים עם שותף מיני קבוע ועם שותפים מיניים מזדמנים, וכ-30% מהם ( $n = 64$ ) היו בקשר עם שותף מיני קבוע בלבד. נוסף על 211 הגברים שהשתתפו במחקר, 33 גברים הומוסקסואלים דיווחו כי לא קיימו יחסי מין בשלושת החודשים האחרונים, ולפיכך לא נכללו במדגם.

## הליך המחקר

שאלון המחקר במתכונתו הסופית הועבר למשתתפים לאחר מחקר מקדים שנעשה בקרב 50 גברים הומוסקסואלים, שלא השתתפו במחקר העיקרי. על סמך המחקר המקדים שונה ניסוחם של כמה מן הפריטים. עוזרי מחקר העבירו את השאלונים הסופיים למשתתפים בקבוצות חברתיות או במקומות בילוי. השאלונים היו אנונימיים לחלוטין, ו-211 המשתתפים מילאו את השאלונים בעצמם לאחר חתימה על הסכמה מדעת (שיעור ההיענות עמד על כ-85%).

## כלי המחקר

כל השאלונים תורגמו לעברית לצורכי מחקר זה ותורגמו בחזרה לאנגלית כדי לאמת את נאמנותם למקור. כמו כן, הם קוצרו והותאמו לאוכלוסייה הישראלית.

### משתנים מוסברים: שאלון כוונות להתנהגות מינית זהירה

את השאלון פיתחו מיסוביץ', פישר ופישר (Misovich, Fisher, J., & Fisher, W., 1999) לפי מודל IMB (Information-Motivation-Behavioral Skills). המשיבים נשאלו באשר לסבירות שהם יבצעו במהלך החודש הקרוב כל אחת משמונה התנהגויות מיניות זהירות (לדוגמה, "בכוונתי לדרוש מן הפרטנרים שלי לקיים יחסי מין רק עם קונדום"). התשובות לשאלות מסומנות בסולם ליקרט של 5 דרגות, מ-1 (מאוד לא סביר) עד 5 (סביר מאוד). בעקבות המחקר המקדים הוסר פריט אחד ממחקר זה, והמהימנות הפנימית של שבעה פריטי השאלון הנותרים נמצאה גבוהה יחסית ( $\alpha = .74$ ). רמת הכוונות להתנהגות מינית זהירה חושבה באמצעות ממוצע התשובות לפריטים, ולפיכך טווח הערכים היה אף הוא 1-5. ככל שהציון גבוה יותר, כך הכוונה לנקוט התנהגות מינית זהירה היא גבוהה יותר.

### משתנים מוסברים: שאלון התנהגות מינית זהירה

השאלון למדידת התנהגות מינית זהירה פותח אף הוא על-ידי מיסוביץ' ועמיתיו (Misovich et al., 1999) לפי מודל IMB. הפריטים מייצגים התנהגויות שמקצתן זהירות והאחרות מסוכנות. במחקר זה נכללו שלוש ההתנהגויות האלה: תדירות החזקת קונדום – התנהגות זו נמדדת באמצעות פריט בודד – "האם במהלך שלושת החודשים האחרונים החזקת קונדום בזמניות?" התשובות לשאלות מסומנות בסולם של 3 דרגות, מ-1 (בכלל לא) עד 3 (תמיד); מספר השותפים המיניים – התנהגות זו נמדדת אף היא באמצעות שאלה יחידה – "עם כמה גברים שונים קיימת יחסים אנאליים בשלושת החודשים האחרונים?" התשובות שהתקבלו בפועל במדגם היו בטווח של 0-100; תדירות השימוש בקונדום במהלך קיום יחסי מין – התנהגות זו מוערכת באמצעות שני פריטים, ובהם נשאל המשיב על תדירות השימוש בקונדום במהלך קיום יחסי מין אנאליים עם השותף

המיני הקבוע או במין מזדמן בשלושת החודשים שלפני המחקר (לדוגמה, "כאשר קיימת יחסי מין אנאליים עם פרטנרים מזדמנים במהלך שלושת החודשים האחרונים, באיזו תדירות השתמשת בקונדום?"). התשובות לשאלות מסומנות בסולם של 5 דרגות, מ'1 (בכלל לא) עד 5 (תמיד). ציון גבוה יותר בכל אחד משני הפריטים הללו מצביע על שימוש תדיר יותר. בעיבוד הנתונים נערכו ניתוחים נפרדים לשלוש קבוצות של משיבים: משיבים הנמצאים בקשר קבוע ואינם מקיימים יחסים עם שותפים מיניים מזדמנים ( $n = 64$ ), משיבים הנמצאים בקשר קבוע אך מקיימים קשרים גם עם שותפים מיניים מזדמנים ( $n = 43$ ), משיבים שאינם בקשר עם שותף מיני קבוע ( $n = 104$ ).

#### משתנים מסבירים: שאלון ידע על איידס - מניעה ודרכי העברה

השאלון פותח בידי מיסוביץ' ועמיתיו (Misovich et al., 1999). שאלון זה מודד את רמת הידע על איידס, ובו 32 פריטים המתמקדים במידע על נושאים שונים, כגון יעילות השימוש בקונדום ודרכים להעברת נגיף ה-HIV (לדוגמה, "נגיף ה-HIV אינו מועבר בהתעטשות או בשיעול"). התשובות סומנו בסולם ליקרט של 5 דרגות, מ'1 (נכון מאוד) עד 5 (מאוד לא נכון). בשלב עיבוד הנתונים נעשתה הבחנה בין היגדים נכונים לבין היגדים שגויים: בהיגדים נכונים, התשובות "נכון מאוד" (1), "נכון" (2) ו"די נכון" (3) הוגדרו כתשובות נכונות וקודדו כ'1 - תשובה נכונה, והתשובות האחרות הוגדרו כתשובות לא נכונות וקודדו כ'0 - תשובה לא נכונה. בדומה, בהיגדים שגויים, התשובות "מאוד לא נכון" (4), "לא נכון" (5) ו"די נכון" (6) הוגדרו כתשובות נכונות וקודדו כ'1, והתשובות האחרות הוגדרו כתשובות לא נכונות וקודדו כ'0. העקיבות הפנימית של השאלון במחקר זה נמצאה גבוהה יחסית ( $\alpha = .76$ ). רמת הידע חושבה באמצעות סיכום התשובות הנכונות. טווח הערכים שהתקבל לאחר ההמרה לתשובות נכונות/לא נכונות הוא 0-32, כך שככל שהציון גבוה יותר, רמת הידע של המשיב גבוהה יותר.

#### משתנים מסבירים: שאלון האמונות הבריאותיות בנושא האיידס (AHBS)

שאלון האמונות בהתנהגות מקדמת בריאות המתמקד באיידס (AIDS Health Belief Scale - AHBS) פותח על-ידי זגומני וברדי (Zagumny & Brady, 1998). בשאלון 16 פריטים המודדים את ארבעת התחומים המרכיבים את מודל האמונות הבריאותיות: פגיעות, חומרה, רווח ומחסומים. מאחר שבמחקר זה התקבלה עקיבות פנימית נמוכה מאוד ( $\alpha < .50$ ) לשלושה מן התחומים, מכל תחום נבחר הפריט המייצג אותו טוב יותר באמצעות תוקף תוכן. השאלון הוצג בפני שני שופטים הבקיאים בנושא, ונמצאה ביניהם הסכמה בכל אחד מארבעת התחומים על התאמת הפריטים המייצגים האלה: תפיסת רמת הפגיעות - "קיים סיכוי סביר שאדבק באיידס"; תפיסת רמת החומרה - "איידס הוא המחלה הנוראה ביותר בעולם שאדם יכול לחלות בה"; תפיסת הרווח - "הסיכוי להידבק באיידס מופחת באופן משמעותי כאשר משתמשים בקונדום"; תפיסת המחסומים - "קונדום פוגע בהנאה המינית". המדידה בכל אחד מן התחומים נעשתה באמצעות סולם

של 6 דרגות, מ-1 (איני מסכים) עד 6 (מסכים מאוד). ככל שהציון בפריט גבוה יותר, כך המשיב תופס את עצמו כפגיע יותר, את המחלה כחמורה יותר ואת הרווח מן השימוש בקונדום כגדול יותר או את השימוש בקונדום כמפריע יותר.

#### משתנים מסבירים: שאלון עמדות בנוגע להתנהגות מינית זהירה

השאלון נבנה על-ידי מיסוביץ' ועמיתיו (Misovich et al., 1999) לפי מודל IMB, ומטרתו היא לקבוע את עמדות המשיבים בנוגע להתנהגות מינית זהירה. בשאלון שמונה פריטים המייצגים התנהגות מינית זהירה: אי-קיום יחסי מין, שיחה עם השותף המיני על מין בטוח, דרישה מן השותף המיני להשתמש תמיד בקונדום, קניית קונדום, החזקת קונדום, שימוש מתמיד בקונדום במהלך המגע המיני, עריכת בדיקת HIV ובקשה מן השותף המיני להיבדק בבדיקת HIV. המשיבים התבקשו להעריך כל אחת משמונה פעולות המניעה באמצעות שלושה סולמות סמנטיים נפרדים של 5 דרגות, מ-1 (הערכה שלילית) עד 5 (הערכה חיובית). הסולמות הם אלו: מ-1 (רע) עד 5 (טוב); מ-1 (נורא) עד 5 (נחמד); מ-1 (לא נעים) עד 5 (נעים). לדוגמה, "לשוחח עם הפרטנר למין לפני האקט המיני על שימוש בקונדום יהיה מעשה...": טוב - רע, נחמד - נורא, נעים - לא נעים. מהימנות השאלון הייתה גבוהה יחסית ( $\alpha = .77$ ). ציון המדד לעמדות כלפי התנהגות מינית זהירה חושב על-ידי מיצוע ציוניהם של שמונת הפריטים, וציון גבוה מורה אפוא על הערכה חיובית של התנהגויות אלו.

#### משתנים מסבירים: שאלון נורמות סובייקטיביות באשר להתנהגות מינית זהירה

את השאלון פיתחו מיסוביץ' ועמיתיו (Misovich et al., 1999) לפי מודל IMB. בשאלון שבעה פריטים שמטרתם להעריך את הנורמות הסובייקטיביות של המשיבים, והם מתבקשים להעריך בו כיצד רוב האנשים החשובים להם חושבים שעליהם לפעול כשמדובר בהתנהגות מינית זהירה. לדוגמה, "מרבית האנשים החשובים לי סבורים כי צריך תמיד להשתמש בקונדום". התשובות לפריטים אלו ניתנות בסולם שערכיו הם מ-1 (מאוד לא נכון) עד 5 (נכון מאוד). מהימנות התשובות הייתה סבירה ( $\alpha = .71$ ). מדד הנורמות הסובייקטיביות באשר להתנהגות מינית זהירה חושב על-ידי מיצוע ציוניהם של שבעת הפריטים, וציון גבוה מעיד על נורמות חיוביות יחסית.

#### משתנים מסבירים: שאלון לבחינת המסוגלות העצמית באשר להתנהגות מינית זהירה

שאלון זה פותח אף הוא על-ידי מיסוביץ' ועמיתיו (Misovich et al., 1999) לפי מודל IMB. בשאלון 24 פריטים הבוחנים את הערכת המשיב בנוגע למידת היעילות שבה הוא יכול לנקוט התנהגות מינית זהירה (לדוגמה, "באיזו מידה אתה יכול לסרב לקיים יחסי מין ללא קונדום?"). התשובות לפריטי השאלון ניתנות בסולם ליקרט של 5 דרגות, מ-1 (במידה מועטה מאוד) עד 5 (במידה רבה מאוד). השאלון תורגם לצורכי מחקר

זה, ובעקבות המחקר המקדים הוא קוצר ל-10 פריטים בעלי מהימנות גבוהה יחסית ( $\alpha = .78$ ). רמת המסוגלות העצמית חושבה כממוצע של 10 הפריטים האלה. טווח ערכי המדר הוא 1-5. ככל שהציון גבוה יותר, כך רמת המסוגלות העצמית גבוהה יותר.

**משתנים מסבירים: שאלון לבחינת הקשיים לאמץ התנהגות מינית זהירה**

השאלון פותח על-ידי מיסוביץ' ועמיתיו (Misovich et al., 1999) לפי מודל JMB, ולאור ממצאי המחקר המקדים הוא קוצר מ-12 פריטים ל-6 פריטים, הבוחנים עד כמה קל או קשה למשיב לנקוט התנהגות מינית זהירה. לדוגמה, "באיזו מידה קשה לך לקנות קונדום?". פריטי השאלון נמדדים באמצעות סולם ליקרט של 5 דרגות, מ-1 (במידה מועטה מאוד) עד 5 (במידה רבה מאוד). העקיבות הפנימית של השאלון נמצאה גבוהה ( $\alpha = .84$ ). תפיסת רמת הקשיים באימוץ התנהגות מינית זהירה חושבה על-ידי ממוצע הפריטים, כך שטווח הערכים הוא 1-5. ככל שהציון גבוה יותר, כך תפיסת הקשיים גבוהה יותר.

**משתנים מסבירים: שאלון שליטה אישית בהתנהגות מינית זהירה**

השאלון פותח על-ידי קספרצ'יק, מונטנו ופישיין (Kasprzyk et al., 1998). המשיבים התבקשו להתייחס להיגד "שימוש בקונדום עם השותף המיני שלי בכל פעם שאני אקיים מגע מיני אנאלי בשלושת החודשים הקרובים יהיה...". תפיסת יכולת השליטה בהתנהגות מינית זהירה נמדדה בעזרת שני סולמות סמנטיים של 5 דרגות כל אחד: מ-1 (לא תלוי בי כלל) עד 5 (מאוד תלוי בי), ומ-1 (כלל לא בשליטתי) עד 5 (בשליטתי במידה רבה מאוד). הראשון מתייחס לשותף מיני קבוע, והשני לשותפים מיניים מזדמנים. הכללת משתנה זה בניתוח הקשרים עם התנהגות מינית נעשתה לפי סוג השותף מיני – קבוע או מזדמן. ציון גבוה משקף תפיסה של יכולת שליטה גבוהה בהתנהגות המינית.

**משתנים מסבירים: שאלון נתוני רקע**

השאלון כולל את משתני הרקע האלה: גיל, שנות לימוד, מצב משפחתי (רווק, נשוי, גרוש, אלמן, אחר, פרט) ותעסוקה (מועסק באופן קבוע במשרה מלאה, מועסק באופן קבוע במשרה חלקית, בעל עסק עצמאי, סטודנט (בהיקף מלא), מובטל, אחר, פרט).

**הניתוחים הסטטיסטיים**

העיבודים הסטטיסטיים כללו ניתוחים חד-משתניים (מתאמי פירסון) ועיבודים רב-משתניים באמצעות ניתוחי רגרסיה (להלן תסוגה) לינארית היררכית. נבחן מקומן של מיומנויות ההתנהגות (המשתנים המפורטים בקבוצה E במודל המחקר – רמת המסוגלות העצמית, תפיסת יכולת השליטה ותפיסת רמת הקשיים) כמתווכים בקשרים שבין

המשתנים הבלתי תלויים – משתני הרקע A (גיל ושנות לימוד), רמת הידע על איידס B (ידע על דרכי העברה של הנגיף ומניעת המחלה), האמונות הבריאותיות C (תפיסת רמת הפגיעות, תפיסת רמת החומרה, תפיסת הרווח ותפיסת המחסומים) והמוטיבציה D (מדד עמדות בנוגע להתנהגות מינית זהירה ומדד תפיסת הנורמות החברתיות) לבין המשתנים המוסברים – כוונות ההתנהגות F (רמת כוונות ההתנהגות) וההתנהגות המינית בפועל G (תדירות החזקת קונדום, מספר השותפים המיניים, תדירות השימוש בקונדום). תיווך מיומנויות ההתנהגות בקשר שבין המשתנים המסבירים לבין המשתנים המוסברים נבחן לפי ארבעת הקריטריונים לבחינת תיווך שהגדירו ברון וקני (Baron & Kenny, 1986) ולפי שיטתם של פריצ'ר והייס (Hayes & Preacher, 2014; Preacher & Hayes, 2008).

## ממצאים

### תיאור משתני המחקר

לוח 1 מציג את הערכים הסטטיסטיים של משתני המחקר – ממוצעים וסטיות תקן של המשתנים המסבירים ושל מספר השותפים המיניים ושיעורים של מדדי ההתנהגות המינית. לוח 1: תיאור משתני המחקר ( $N = 211$ )

משתנים מסבירים	ערכים	M	SD
רמת הידע האמונות	32-0	26.17	3.37
התפיסה של רמת הפגיעות מאידס	6-1	2.78	1.33
התפיסה של רמת החומרה של איידס	6-1	2.65	1.61
תפיסת הרווח משימוש בקונדום	6-1	5.63	0.66
תפיסת המחסומים שמציב השימוש בקונדום המוטיבציה	6-1	3.60	1.63
מדד עמדות כלפי התנהגות מינית זהירה	5-1	4.07	0.49
מדד נורמות סובייקטיביות בנוגע להתנהגות זהירה המיומנויות	5-1	4.30	0.56
רמת מסוגלות עצמית	5-1	3.97	0.70
תפיסת יכולת השליטה עם שותף מיני קבוע	5-1	4.34	0.98
תפיסת יכולת השליטה במין מזדמן	5-1	4.60	0.82
תפיסת רמת הקשיים באימוץ התנהגות זהירה	5-1	1.79	0.89
כוונות התנהגות והתנהגות בפועל	ערכים	M	SD
כוונות להתנהגות מינית זהירה	5-1	3.69	0.85
מספר השותפים המיניים בשלושת החודשים האחרונים	100-0	4.74	9.01

n	%	ערכים	תדירות החזקת קונדום בשלושת החודשים האחרונים
134	63.8	3	לעתים קרובות מאוד
31	14.8	2	לפעמים
45	21.4	1	לא החזיקו קונדום כלל
210	100.0		סך הכול

n	%	ערכים	תדירות השימוש בקונדום עם שותף מיני קבוע בשלושת החודשים האחרונים
84	48.6	5	שימוש מתמיד בקונדום
22	12.7	4	שימוש בקונדום לעתים קרובות
8	4.6	3	שימוש בקונדום לפעמים
14	8.1	2	שימוש בקונדום לעתים רחוקות
45	26.0	1	אין שימוש בקונדום
173	100.0		סך הכול

n	%	ערכים	תדירות השימוש בקונדום עם שותף מיני מזדמן בשלושת החודשים האחרונים
99	57.6	5	שימוש מתמיד בקונדום
35	20.3	4	שימוש בקונדום לעתים קרובות
12	7.0	3	שימוש בקונדום לפעמים
10	5.8	2	שימוש בקונדום לעתים רחוקות
16	9.3	1	אין שימוש בקונדום
172	100.0		סך הכול

הערה: בכל הסולמות הכיוון הוא מן הערך הנמוך לערך הגבוה.

מעיון בערכי המשתנים המסבירים המוצגים בלוח 1 עולה כי רמת הידע, המיוצגת במספר התשובות הנכונות, הייתה גבוהה למדי בטווח התשובות האפשרי. באשר לאמונות הבריאותיות הנוגעות לאיידס – הממוצעים הנמוכים יחסית מעידים שהמשיבים תפסו את הנטייה לפגיעות ואת רמת החומרה כנמוכות יחסית. לעומת זאת, תפיסת הרווח מן השימוש בקונדום גבוהה במידה ניכרת ומעידה על הפנמה של המשיבים כי הקונדום הוא אמצעי יעיל להתגוננות מפני המחלה. תפיסת המחסומים קרובה למרכז הסולם ומלמדת על מחסומים ביישום ההתנהגות הזהירה. באשר למוטיבציה – הממוצעים הגבוהים שנמצאו במדדי העמדות והנורמות הסובייקטיביות מעידים על רצון לקיים מין מוגן. באשר למיומנויות ההתנהגות – הממוצעים הגבוהים יחסית שנמצאו ברמת המסוגלות העצמית ובתפיסת יכולת השליטה האישית מעידים על יכולת לממש את ההתנהגות הזהירה. לעומת זאת, הממוצע הנמוך של תפיסת רמת הקשיים (בדומה לתפיסת המחסומים) מעיד על תפיסה של חוסר יכולת לממש את ההתנהגות הזהירה. עוד עולה מלוח 1 כי הציון הממוצע של הכוונה להתנהגות מינית זהירה נמצא גבוה ממרכז הטווח.

נוסף על כך, ממדדי ההתנהגות המינית המופיעים בלוח 1 עולה כי בשלושת החודשים האחרונים החזיקו רוב משתתפי המחקר (64%) קונדומים לעתים קרובות מאוד, ואילו כחמישית מן המשתתפים לא החזיקו קונדומים כלל (21%). ניתן לראות הבדלים בתדירות השימוש בקונדום כאשר מדובר בשותף מיני קבוע או בשותפים מיניים מזדמנים: רבים ממשתתפי המחקר אמנם משתמשים תמיד בקונדום (49% ו-58%, בהתאמה), אך קרוב לרבע (22%) מן הגברים המקיימים מין מזדמן נמצאים בסיכון, מאחר שאינם משתמשים בקונדום או משתמשים בו לפעמים או לעתים רחוקות בלבד. זאת ועוד, הממצאים חושפים תמונה מעניינת, ולפיה לא מעט ממשתתפי המחקר מנהלים מערכות יחסים מורכבות יותר, התנהגות המצריכה שימוש בקונדום גם ביחסים קבועים. חשוב לציין כי גם משתתפים שדיווחו על קשר בלעדי עם שותף מיני קבוע, ענו על שאלות שהתייחסו ליחסי מין מזדמנים בשלושת החודשים האחרונים (אף שהוסבר בבירור שהשאלות מתייחסות ליחסים מזדמנים), עובדה המלמדת על דינמיות ביחסים לאורך תקופת זמן של שלושה חודשים. בשיעורי הנמנעים לחלוטין משימוש בקונדום בקרב משתתפי המחקר נמצאו הבדלים גדולים (26% עם שותף מיני קבוע לעומת 9% עם שותפים מיניים מזדמנים). מספר השותפים המיניים הממוצע בשלושת החודשים שקדמו למחקר בקרב כלל המשיבים היה נמוך, ואילו הטווח שהתקבל בפועל היה רחב -  $M = 100 - 0$ ,  $SD = 9.0$  - והוא מלמד על שונות גדולה בין תשובות המשיבים.

### קשרים חד-משתניים בין המשתנים המסבירים לבין כוונות ההתנהגות ומדדי ההתנהגות בפועל

לוח 2 מציג מתאמי פירסון בין המשתנים המסבירים לבין כוונות ההתנהגות ומדדי ההתנהגות לפי שלושת הסוגים של השותפים המיניים: שותף מיני קבוע יחיד ( $n = 64$ ), שותף מיני קבוע ושותפים מיניים מזדמנים ( $n = 43$ ) ושותפים מיניים מזדמנים בלבד ( $n = 104$ ).

#### כוונות ההתנהגות

לפי לוח 2, בקרב משתתפים שיש להם רק שותפים מיניים מזדמנים, נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים סטטיסטית בין הציונים של תפיסת הפגיעות, העמדות, הנורמות הסובייקטיביות, המסוגלות העצמית ויכולת השליטה לבין ציון כוונות ההתנהגות. כמו כן, נמצאו מתאמים שליליים מובהקים סטטיסטית בין ציוני תפיסת המחסומים וציון תפיסת הקשיים לבין ציון כוונות ההתנהגות. כלומר, ככל שתפיסתה של רמת הפגיעות מאידס גבוהה יותר, ככל שמדד העמדות ומדד הנורמות הסובייקטיביות חיוביים יותר וככל שרמת המסוגלות העצמית ותפיסת יכולת השליטה גבוהות יותר, כך כוונות ההתנהגות הנוגעות לשימוש בקונדום חיוביות יותר. כמו כן, ככל שתפיסת המחסומים ותפיסת הקשיים נמוכות יותר, כך כוונות ההתנהגות הנוגעות לשימוש בקונדום חיוביות יותר.



לוח 2: מתאמי פירסון בין מדדי המחקר הבלתי תלויים לבין כוונות ההתנהגות וההתנהגות בפועל, לפי סוג השותפים המיניים

	שותפים מיניים מזדמנים בלבד			שותף מיני קבוע וגם שותפים מיניים מזדמנים			שותף מיני יחיד קבוע			N
	מספר תדירות השימוש	מספר תדירות השימוש	מספר תדירות השימוש	מספר תדירות השימוש	מספר תדירות השימוש	מספר תדירות השימוש	מספר תדירות השימוש	מספר תדירות השימוש	מספר תדירות השימוש	
91	.18	.101	.104	.11	.43	.42	.54	.64	.64	
.20*	.18	.29**	.18	.17	.42**	-.05	-.28*	.12	.06	גיל
.05	.17	.25**	.05	.10	.12	.05	-.10	-.08	.02	שנות לימוד
.11	.05	.32**	-.12	.29	.40**	.27	-.24	-.06	-.06	רמת ידע
.37**	.09	.26**	.29**	-.15	.04	.11	-.34*	.18	.17	תפיסת פגיעות
.14	-.17	.00	.06	-.18	-.27	.10	.33*	-.02	.25*	תפיסת חומרה
-.07	.04	-.01	-.12	.33*	.07	.27	-.11	.08	.16	תפיסת רווח
-.22*	.10	.05	-.22*	-.30	-.11	-.35*	-.12	-.12	-.29*	תפיסת מחסומים
.22*	-.13	.20*	.53**	.29	.18	.58**	.11	.20	.52**	מדד עמדות
.00	-.08	.13	.52**	.21	.02	.66**	.15	.13	.40**	מדד נורמות
.44**	-.20*	.20*	.56**	.31	.18	.53**	-.19	.11	.16	רמת מסוגלות עצמית
.29**	-.05	.39**	.22*	.31	.31*	.20	.01	-.06	.03	תפיסת יכולת שליטה
-.41**	.01	-.35**	-.24*	-.42**	-.55**	-.26	.01	-.02	-.08	תפיסת רמת הקשיים

$p \leq .001$  \*\*\*  $p \leq .01$  \*\*  $p \leq .05$  \*

בקרב משתתפים שיש להם שותף מיני קבוע וגם שותפים מיניים מזדמנים, נמצאו קשרים חיוביים מובהקים סטטיסטית בין העמדות, הנורמות הסובייקטיביות והמסוגלות העצמית לבין כוונות ההתנהגות, ונמצא קשר שלילי מובהק סטטיסטית בין תפיסת המחסומים לבין כוונות ההתנהגות. כלומר, ככל שמדד העמדות, מדד הנורמות הסובייקטיביות ורמת המסוגלות העצמית גבוהים יותר וככל שתפיסת המחסומים נמוכה יותר, כך כוונות ההתנהגות בנוגע לשימוש בקונדום חיוביות יותר.

בקרב משתתפים שיש להם שותף מיני יחיד קבוע, נמצאו קשרים חיוביים מובהקים סטטיסטית בין תפיסת החומרה, העמדות והנורמות הסובייקטיביות לבין כוונות ההתנהגות, ונמצא קשר שלילי מובהק סטטיסטית בין תפיסת המחסומים לבין כוונות ההתנהגות. ככל שתפיסת רמת החומרה, מדד העמדות ומדד הנורמות הסובייקטיביות גבוהים יותר וככל שתפיסת המחסומים נמוכה יותר, כך כוונות ההתנהגות בנוגע לשימוש בקונדום חיוביות יותר.

### ההתנהגות בפועל

בקרב משתתפים שיש להם שותפים מיניים מזדמנים, נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים סטטיסטית בין גיל, שנות לימוד, רמת ידע, תפיסת פגיעות, מסוגלות עצמית ותפיסת יכולת השליטה לבין תדירות החזקת קונדום. כמו כן, נמצא קשר שלילי מובהק סטטיסטית בין תפיסת הקשיים באימוץ התנהגות מינית זהירה לבין תדירות החזקת קונדום. כלומר, ככל שהמשתתפים מבוגרים יותר, משכילים יותר ובעלי ידע רב יותר על איידס, ככל שתפיסת הפגיעות, המסוגלות העצמית ויכולת השליטה שלהם גבוהות יותר וככל שתפיסת רמת הקשיים בשימוש בקונדום נמוכה יותר, כך הנטייה להחזיק קונדום גבוהה יותר. נוסף על כך, נמצא מתאם שלילי מובהק סטטיסטית בין רמת המסוגלות העצמית לבין מספר השותפים המיניים, כך שככל שרמת המסוגלות העצמית נמוכה יותר, כך מספר השותפים המיניים גבוה יותר. זאת ועוד, נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים סטטיסטית בין הגיל, תפיסת הפגיעות, העמדות, המסוגלות העצמית ותפיסת יכולת השליטה לבין תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן, ונמצאו קשרים שליליים מובהקים סטטיסטית בין תפיסת המחסומים ותפיסת הקשיים לבין תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן. כלומר, בקרב גברים המעורבים במין מזדמן, ככל שהם מבוגרים יותר ותפיסת רמת הפגיעות, העמדות, המסוגלות העצמית ויכולת השליטה שלהם בשימוש בקונדום גבוהות יותר, וכן ככל שתפיסת המחסומים והקשיים נמוכות יותר, כך הנטייה להשתמש בקונדום במין מזדמן גבוהה יותר.

בקרב משתתפים שיש להם שותף מיני קבוע וגם שותפים מיניים מזדמנים, נמצאו קשרים חיוביים מובהקים סטטיסטית בין הגיל, רמת הידע ותפיסת יכולת השליטה לבין תדירות החזקת קונדום, ונמצא קשר שלילי מובהק סטטיסטית בין תפיסת הקשיים לבין תדירות החזקת קונדום. כלומר, ככל שהמשתתפים מבוגרים יותר, בעלי ידע רב יותר על איידס, תפיסת יכולת השליטה גבוהה יותר בהתנהגות מינית זהירה ותפיסה נמוכה יותר

של רמת הקשיים, כך הנטייה להחזיק קונדום גבוהה יותר. נוסף על כך, נמצא מתאם חיובי מובהק סטטיסטית בין מסוגלות עצמית לבין מספר השותפים המיניים, כך שככל שרמת המסוגלות העצמית גבוהה יותר, כך מספר השותפים המיניים גבוה יותר. יתר על כן, נמצא מתאם חיובי מובהק סטטיסטית בין תפיסת הרווח לבין תדירות השימוש בקונדום עם שותף מיני קבוע, ונמצא מתאם שלילי מובהק סטטיסטית בין תפיסת המחסומים לבין תדירות השימוש בקונדום עם שותף מיני קבוע. כלומר, ככל שתפיסת הרווח גבוהה יותר ותפיסת המחסומים נמוכה יותר, כך תדירות השימוש בקונדום עם שותף מיני קבוע גבוהה יותר. לבסוף, נמצא מתאם חיובי מובהק סטטיסטית בין תפיסת הרווח לבין תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן ומתאם שלילי מובהק סטטיסטית בין תפיסת רמת הקשיים לבין תדירות השימוש בקונדום, כך שככל שתפיסת הרווח גבוהה יותר ותפיסת הקשיים נמוכה יותר, כך תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן גבוהה יותר.

בקרב משתתפים שיש להם שותף מיני יחיד קבוע, נמצאו פחות קשרים מובהקים סטטיסטית בין המשתנים המסבירים לבין תדירות השימוש בקונדום. נמצא קשר חיובי מובהק סטטיסטית בין תפיסת החומרה לבין תדירות השימוש בקונדום עם שותף מיני יחיד קבוע וקשרים שליליים מובהקים סטטיסטית בין הגיל ותפיסת הפגיעות לבין שימוש בקונדום עם שותף מיני קבוע. כלומר, ככל שתפיסת החומרה גבוהה יותר, המשתתף צעיר יותר ותפיסת הפגיעות נמוכה יותר, כך תדירות השימוש בקונדום עם שותף מיני קבוע גבוהה יותר. לא נמצאו קשרים מובהקים סטטיסטית בין המשתנים המסבירים לבין תדירות החזקת קונדום.

### **קשרים חדי-משתניים בין המשתנים המסבירים לבין עצמם**

בטרם בוצעו ניתוחי התסוגה נבחנו מתאמים בין משתני המחקר המסבירים לבין עצמם, והם מוצגים בלוח 3.

לוח 3: מתאמים בין משתני המחקר המסבירים (N = 207)

תפישת הקשים	תפישת יכולת השליטה	המסוגלות העצמית	מודד הנורמות	מודד העמדות	מודד תפישת המחסומים	תפישת הרווח	תפישת החומרה	תפישת הפגיעות	רמת הידע	רמת הלימוד	שנות לימוד	גיל
-.15*	.03	.14*	.11	.07	-.06	-.10	-.10	.12	.15*	.63**		
-.11	-.04	-.04	.10	-.01	-.02	-.06	-.08	-.01	.17*			
.36**	-.24**	-.14*	-.13	-.12	-.03	-.14*	.18**	.14*				
.32**	-.18**	-.36**	-.10	-.25**	.07	.01	.14*					
.03	.04	-.02	-.02	.06	-.03	-.03						
-.09	.05	.08	-.03	.03	.15*							
.17*	-.04	-.31**	-.08	-.20**								
-.28**	.29**	.53**	.39**									
-.16*	.16*	.26**										
-.36**	.33**											
-.32**												

$p \leq .001$  \*\*\*  $p \leq .01$  \*\*  $p \leq .05$  \*

בלוח 3 נראה כי נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים סטטיסטית בין הגיל לבין מספר שנות הלימוד, רמת הידע ורמת המסוגלות העצמית. עוד נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים סטטיסטית בין רמת הידע לבין שנות הלימוד, תפיסת רמת החומרה ותפיסת הקשיים באימוץ התנהגות מינית זהירה. כמו כן, נמצאו מתאמים שלילים מובהקים סטטיסטית בין תפיסת יכולת השליטה לבין רמת הידע על איידס ותפיסת הפגיעות, ונמצאו מתאמים שליליים מובהקים סטטיסטית בין מדד העמדות, רמת המסוגלות העצמית ותפיסת יכולת השליטה לבין תפיסת רמת הפגיעות. נוסף על כך, נמצאו מתאם חיובי מובהק סטטיסטית בין תפיסת המחסומים לבין תפיסת רמת הקשיים, ונמצאו מתאמים שליליים מובהקים סטטיסטית בין תפיסת המחסומים לבין מדד העמדות ורמת המסוגלות העצמית, כך שככל שתפיסת המחסומים גבוהה יותר, העמדות חיוביות יותר והמסוגלות העצמית גבוהה יותר. נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים סטטיסטית בין עמדות, נורמות, מסוגלות עצמית ויכולת שליטה, ובינם לבין עצמם, כך שככל שהעמדות חיוביות יותר, כך גם הנורמות חיוביות יותר, רמת המסוגלות העצמית גבוהה יותר ותפיסת יכולת השליטה גבוהה יותר. לבסוף, נמצאו מתאמים שליליים מובהקים סטטיסטית בין תפיסת הקשיים לבין מדדי העמדות והנורמות, רמת המסוגלות העצמית ותפיסת יכולת השליטה. כלומר, ככל שתפיסת הקשיים נמוכה יותר, העמדות והנורמות חיוביות יותר והמסוגלות העצמית ויכולת השליטה גבוהות יותר.

### התרומה המשולבת של המשתנים המסבירים לניבוי של כוונות ההתנהגות והתנהגות מינית זהירה

כדי לאתר משתנים חברתיים-פסיכולוגיים המסבירים התנהגות מינית זהירה, וכדי לבחון את סדר החשיבות של תרומתם נבחנה תרומתם המשולבת של משתנים שנלקחו ממודלים תאורטיים על התנהגות בריאותית להסבר כוונות ההתנהגות (F) ומדדי ההתנהגות המינית (G). נעשו ניתוחים רבי-משתנים בארבעה מודלים של תסוגה היררכית. במודלים אלו נכללו המשתנים שנמצאו קשורים למשתני התוצאה בניתוח הדרג-משתני. ניתוחי התסוגה נבנו כך שקבוצות המשתנים A עד E הוכנסו לתסוגה על-ידי החוקרים בצעדים מאולצים לפי סדר הופעתן במודל המתואר למעלה: בצעד ראשון הוכנסה קבוצת משתני הרקע (A); בצעד שני – ידע על איידס (B); בצעד שלישי – תפיסות ואמונות (C); בצעד רביעי – מוטיבציה (D); בצעד חמישי – מיומנויות התנהגות (E). המשתנים שנכללו בכל צעד הוכנסו לניתוח כקבוצה בשיטת "הכנס" (enter).

כדי לבחון את סדר החשיבות של תרומת המשתנים המסבירים לשונות במשתני המחקר התלויים יציג לוח 4 מקדמים מתוקננים ( $\beta$ ) של ארבעת ניתוחי התסוגה: ניתוח תסוגה לכוונות ההתנהגות בקרב כלל משתתפי המחקר ושלושה ניתוחי התסוגה למדדי ההתנהגות המינית בקרב אלו המקיימים מין מזדמן.

לוח 4: מקדמים מתוקננים  $\beta$  בניתוחי תסוגה היררכית של כוונות ההתנהגות  
וההתנהגות בפועל

ההתנהגות בקרב המקיימים מין מזדמן			כוונות	משתנים	צעד
תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן $N = 137$	מספר השותפים המיניים למין מזדמן $N = 137$	תדירות החזקת קונדום לצורך מין מזדמן $N = 137$	ההתנהגות בקרב כלל המשיבים $N = 204$		
.22*	.13	.30***	.13	גיל	צעד 1
-.06	.05	.02	-.02	שנות לימוד	
.037	.030	.100***	.012	$R^2$	
.21*	.14	.27**	.13	גיל	צעד 2
-.08	.06	-.02	-.02	שנות לימוד	
.14	-.02	.31***	.00	רמת הידע	
.057*	.031	.190	.012	$R^2$	
.16	.15	.23**	.12	גיל	צעד 3
-.05	.05	.02	-.01	שנות לימוד	
.14	-.02	.28***	.02	רמת הידע	
.28***	-.08	.22**	-.03	תפיסת הפגיעות	
.07	-.01	-.02	.16*	תפיסת החומרה	
.07	.00	.01	.06	תפיסת הרווח	
-.25**	.05	.01	-.24***	תפיסת המחסומים	
.209***	.040	.235***	.096**	$R^2$	
.15	.14	.22*	.09	גיל	צעד 4
-.04	.05	.03	-.01	שנות לימוד	
.14	.00	.28***	-.06	רמת הידע	
.25**	-.07	.19*	-.09	תפיסת הפגיעות	
.06	-.01	-.03	.12*	תפיסת החומרה	
.06	-.01	.00	.05	תפיסת הרווח	
-.23**	.03	.03	-.16**	תפיסת המחסומים	
.13	.02	.14	.36***	מדד העמדות	
-.05	-.10	-.07	.33***	מדד הנורמות	
.222***	.048	.250***	.398***	$R^2$	

ההתנהגות בקרב המקיימים מין מזדמן			כוונות ההתנהגות בקרב כלל המשיבים	משתנים	צעד
תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן N = 137	מספר השותפים המיניים למין מזדמן N = 137	תדירות החוקת קונדום לצורך מין מזדמן N = 137	N = 204		
.07	.15	.17	.07	גיל	צעד 5
.01	.04	.07	.01	שנות לימוד	
.07	-.03	.16*	-.06	רמת הידע	
.15	-.06	.13	-.11	תפיסת הפגיעות	
.05	-.01	-.03	.12*	תפיסת החומרה	
.01	-.02	-.03	.03	תפיסת הרווח	
-.14	.03	.09	-.12*	תפיסת המחסומים	
.01	.01	.08	.31***	מדד העמדות	
-.10	-.10	-.09	.32***	מדד הנורמות	
.20	-.05	-.03	.15*	המסוגלות העצמית	
.13	.09	.27***	-.04	תפיסת יכולת השליטה	
-.21*	-.02	-.23***	.00	תפיסת הקשיים	
.318***	.045	.360***	.411***	R <sup>2</sup>	

$$p \leq .001 \text{ *** } p \leq .01 \text{ ** } p \leq .05 \text{ *}$$

התרומה המשולבת של משתני המחקר להסבר כוונות ההתנהגות (בקרב כלל המשתתפים)

ניתוח התסוגה להסבר השונות בכוונות ההתנהגות נעשה על כלל המשיבים. כפי שעולה מלוח 4, משתני הרקע שהוכנסו בצעד הראשון ומשתנה רמת הידע על האיידס שהוכנס בצעד השני לא תרמו תרומה סטטיסטית מובהקת להסבר השונות בכוונות ההתנהגות ( $\Delta R^2 = .012, p > .05$ ). מארבעת המשתנים של האמונות הבריאותיות שהוכנסו בצעד השלישי, רק המשתנים של תפיסת רמת החומרה ותפיסת המחסומים תרמו תרומה מובהקת סטטיסטית לשונות המוסברת בכוונות ההתנהגות ( $\Delta R^2 = .084, p < .01$ ). בצעד הרביעי, לתרומתה של קבוצת משתני המוטיבציה הייתה תוספת גבוהה ומובהקת סטטיסטית ( $\Delta R^2 = .302, p < .001$ ), וגם תרומתם של שני המדדים – העמדות והנורמות – לשונות בכוונות ההתנהגות נמצאה מובהקת סטטיסטית.

בצעד החמישי, הכנסת שלוש מיומנויות ההתנהגות כקבוצה תרמה אך מעט לשונות המוסברת בכוונות ההתנהגות ( $\Delta R^2 = .013, p > .05$ ), ומהן רק רמת המסוגלות העצמית נמצאה בעלת תרומה מובהקת סטטיסטית. מקדם המתאם המרובה לכלל המודל הגיע ל־.411, כלומר המודל בכללותו מסביר 41.1% מכלל השונות בכוונות ההתנהגות. מן המודל המוצג בלוח 4 עולה אפוא כי ככל שהמשתתפים תופסים את המחלה כחמורה יותר ומדווחים על פחות מחסומים, ככל שהעמדות והנורמות שלהם כלפי השימוש בקונדום חיוביות יותר וככל שרמת המסוגלות העצמית שלהם גבוהה יותר, כך הם מדווחים על כוונה חיובית יותר להשתמש בקונדום.

הקשרים בין המשתנים המסבירים לבין כוונות ההתנהגות בקרב כלל המשתתפים במדגם, כפי שהם נראים בלוח 4, נבחנו לפי ארבעת הקריטריונים של ברון וקני לאיתור משתנה מתווך (Baron & Kenny, 1986): נמצאו קשרים דו־משתניים בין המשתנים של תפיסת רמת החומרה ותפיסת מחסומים (אמונות) ומדדי העמדות והנורמות (משתני מוטיבציה) לבין כוונות ההתנהגות (קריטריון ראשון); נמצאו קשרים דו־משתניים בין המשתנה רמת הידע, המשתנים תפיסת פגיעות ותפיסת מחסומים (אמונות) ומדדי העמדות והנורמות (משתני מוטיבציה) לבין משתני הביניים רמת מסוגלות עצמית, תפיסת יכולת השליטה ותפיסת המחסומים (מיומנויות התנהגות) (קריטריון שני); נמצאו אף קשרים בין משתנה ביניים יחיד – רמת המסוגלות העצמית (מיומנות התנהגות) – לבין כוונות ההתנהגות (קריטריון שלישי); עם זאת, הפיקוח על רמת המסוגלות העצמית כמשתנה ביניים לא החליש את הקשר בין תפיסת המחסומים ומדדי העמדות והנורמות לבין כוונות ההתנהגות (קריטריון רביעי). ניתן אפוא לקבוע כי מיומנויות ההתנהגות אינן מתווכות בקשר שבין רמת הידע על איידס, משתני האמונות הבריאותיות ומדדי המוטיבציה להתנהגות מינית זהירה לבין כוונות ההתנהגות.

התרומה המשולבת של משתני המחקר להסבר ההתנהגות המינית (בקרב המקיימים מין מזדמן)

שלושה ניתוחי תסוגה למדדי ההתנהגות המינית – תדירות החזקת קונדום, מספר השותפים המיניים ותדירות השימוש בקונדום במין מזדמן – נעשו רק על שאלוני המשיבים שקיימו יחסי מין עם שותפים מיניים מזדמנים, וכאמור, הם מוצגים בלוח 4. תדירות החזקת קונדום במין מזדמן. בלוח 4 אפשר לראות בצעד הראשון כי למשתני הרקע הייתה תרומה מובהקת סטטיסטית לשונות המוסברת של תדירות החזקת קונדום ( $\Delta R^2 = .100, p < .001$ ), אך רק לגיל הייתה תרומה מובהקת סטטיסטית. בצעד השני נוספה תרומה מובהקת סטטיסטית של רמת הידע לשונות המוסברת בתדירות החזקת קונדום ( $\Delta R^2 = .090, p < .01$ ). בצעד השלישי, משתני האמונות הבריאותיות לא תרמו תרומה מובהקת סטטיסטית לשונות המוסברת בתדירות החזקת קונדום ( $\Delta R^2 = .045, p > .05$ ), אם כי תפיסתה של רמת הפגיעות נמצאה כבעלת תרומה מובהקת סטטיסטית. בצעד הרביעי לא נוספה תרומה מובהקת סטטיסטית של המוטיבציה לשונות



המוסברת של תדירות החזקת קונדום ( $\Delta R^2 = .015, p > .05$ ). בצעד החמישי תרמו משתני מיומנויות ההתנהגות תרומה מובהקת סטטיסטית לשונות המוסברת בתדירות החזקת קונדום ( $\Delta R^2 = .110, p < .001$ ), וכלל השונות המוסברת בתדירות החזקת קונדום הגיעה ל-36%. בצעד זה, יכולת השליטה בהתנהגות מינית זהירה ותפיסת רמת הקשיים באימוץ התנהגות זהירה תרמו תרומה מובהקת סטטיסטית להסבר השונות בהתנהגות המינית, אולם הקשרים עם הגיל ותפיסת רמת הפגיעות איבדו את תרומתם המובהקת, ועוצמת הקשר בין רמת הידע לבין תדירות החזקת קונדום נחלשה במידה ניכרת.

כלומר, מלוח 4 עולה כי ככל שהמשתתפים מבוגרים יותר ובעלי רמה גבוהה יותר של ידע, תפיסה של רמת פגיעות גבוהה יותר, תפיסה של יכולת שליטה גבוהה יותר ותפיסה של קשיים פחותים, כך נטייתם להחזיק קונדום גדולה יותר. עם זאת, בנוכחות כל יתר המשתתפים המסבירים, נעלמת תרומתם של הגיל ושל תפיסת רמת הפגיעות.

הקשרים בין המשתתפים המסבירים לבין תדירות החזקת קונדום, כפי שנראים בלוח 4, נבחנו לפי ארבעת הקריטריונים של ברון וקני למשתנה מתווך (Baron & Kenny, 1986): נמצאו קשרים בין רמת הידע ותפיסת רמת הפגיעות לבין תדירות החזקת קונדום (קריטריון ראשון); נמצאו קשרים בין רמת הידע ותפיסת רמת הפגיעות לבין משתני הביניים – משתני מיומנויות ההתנהגות (קריטריון שני); נמצאו קשרים בין שניים ממשתני הביניים – תפיסת יכולת השליטה ותפיסת רמת הקשיים – לבין תדירות החזקת קונדום (קריטריון שלישי); נוסף על כך, הכנסתם לניתוח של שני משתני הביניים הללו החלישה את הקשר בין רמת הידע ותפיסת רמת הפגיעות לבין תדירות החזקת קונדום (קריטריון רביעי). כלומר, לפי שיטתם של ברון וקני, שני משתני הביניים – תפיסת יכולת השליטה ותפיסת רמת הקשיים – מתווכים בקשר שבין רמת הידע ותפיסת רמת הפגיעות לבין תדירות החזקת קונדום.

התיווך נבחן גם לפי שיטתם של פריצ'ר והייס (Hayes & Preacher, 2014; Preacher & Hayes, 2008) באמצעות חישוב המכפלה בין שני הקשרים האלה: (א) הקשר  $a$ , שבין רמת הידע ותפיסת רמת הפגיעות (המשתתפים המסבירים) לבין תפיסת יכולת השליטה ותפיסת רמת הקשיים (משתני הביניים); (ב) הקשר  $b$ , שבין תפיסת יכולת השליטה ותפיסת רמת הקשיים (משתני הביניים) לבין תדירות החזקת קונדום (המשתנה התלוי). המכפלה  $ab$  חושבה באמצעות טכניקת ה־bootstrap – דגימה אקראית של ערכים מתוך כלל ערכיהם של המשתתפים הנבדקים – והיא נמצאה מובהקת סטטיסטית רק עבור תפיסת רמת הקשיים ( $ab = -.0453, p < .05$ ). תפיסת רמת הקשיים מתווכת אפוא לבדה בקשר שבין רמת הידע ותפיסת רמת הפגיעות לבין תדירות החזקת קונדום.

מספר השותפים המיניים במין מזדמן. מלוח 4 עולה כי בכל הצעדים אין אף משתנה אחד שתרום מובהקת להסבר השונות במספר השותפים המיניים, והיא הגיעה רק ל-4.5%.

תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן. משתני הרקע בצעד הראשון לא תרמו תרומה מובהקת לשונות המוסברת בתדירות השימוש בקונדום ( $\Delta R^2 = .037, p > .05$ ).

עם זאת, משני המשתנים, הגיל נמצא בעל תרומה מובהקת סטטיסטית. גם למשתנים שהוכנסו בצעד השני לא הייתה תרומה מובהקת סטטיסטית לשונות המוסברת בתדירות השימוש בקונדום ( $\Delta R^2 = .020, p > .05$ ). בצעד השלישי קבוצת המשתנים של האמונות הבריאותיות תרמו תרומה מובהקת סטטיסטית לשונות המוסברת בתדירות השימוש בקונדום ( $\Delta R^2 = .152, p < .01$ ), אך תפיסת רמת הפגיעות ותפיסת המחסומים הן שנמצאו מובהקות סטטיסטית. לעומת זאת, בצעד זה איבד משתנה הגיל את תרומתו המובהקת להסבר השונות בתדירות השימוש בקונדום. בצעד הרביעי לא תרמו משתני המוטיבציה להסבר השונות בתדירות השימוש בקונדום ( $\Delta R^2 = .013, p > .05$ ). לבסוף, בצעד החמישי תרמו מיומנויות ההתנהגות באופן מובהק סטטיסטית לשונות המוסברת בתדירות השימוש בקונדום ( $\Delta R^2 = .096, p < .001$ ), אך רק לתפיסת רמת הקשיים נמצאה תרומה מובהקת סטטיסטית, ותפיסת רמת הפגיעות ותפיסת המחסומים איבדו את תרומתן המובהקת.

מלוח 4 עולה אפוא כי ככל שהמשתתפים מבוגרים יותר, תפיסת רמת הפגיעות שלהם נמוכה יותר, תפיסת המחסומים ותפיסת הקשיים נמוכות יותר, כך נטייתם להשתמש בקונדום גבוהה יותר. עם זאת, בנוכחות כל יתר המשתנים המסבירים, רק לתפיסת הקשיים יש תרומה להסבר השונות בתדירות השימוש בקונדום במין מזדמן.

הקשרים בין המשתנים המסבירים לבין תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן, כפי שהם נראים בלוח 4, נבחנו לפי ארבעת הקריטריונים של ברון וקני למשתנה מתוך (Baron & Kenny, 1986): נמצאו קשרים בין תפיסת רמת הפגיעות ותפיסת המחסומים לבין תדירות השימוש בקונדום (קריטריון ראשון); נמצאו קשרים בין תפיסת רמת הפגיעות ותפיסת המחסומים לבין משתני הביניים – מיומנויות ההתנהגות (קריטריון שני); נמצאו קשרים בין משתנה ביניים יחיד – תפיסת רמת הקשיים – לבין תדירות השימוש בקונדום (קריטריון שלישי). נוסף על כך, הכנסתו לניתוח של משתנה הביניים – תפיסת רמת הקשיים – החלישה את הקשר בין תפיסת רמת הפגיעות ותפיסת המחסומים לבין תדירות השימוש בקונדום (קריטריון רביעי). כלומר, לפי שיטתם של ברון וקני, תפיסת רמת הקשיים הוא משתנה מתוך בקשר שבין תפיסת הפגיעות ותפיסת המחסומים לבין תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן.

התיווך נבחן גם לפי שיטתם של פריצ'ר והייס (Hayes & Preacher, 2014; Preacher & Hayes, 2008) באמצעות חישוב המכפלה בין שני הקשרים האלה: (א) הקשר  $a$ , שבין תפיסת המחסומים ותפיסת רמת הפגיעות (המשתנים המסבירים) לבין תפיסת רמת הקשיים (משתנה הביניים); (ב) הקשר  $b$ , שבין תפיסת רמת הקשיים (משתנה הביניים) לבין תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן (המשתנה התלוי). המכפלה  $ab$  חושבה באמצעות טכניקת ה־bootstrap, והיא נמצאה מובהקת סטטיסטית רק עבור תפיסת רמת הקשיים ( $ab = -.0487, p < .05$ ). תפיסת רמת הקשיים מתווכת אפוא לבדה בקשר בין תפיסת רמת הפגיעות ותפיסת המחסומים לבין תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן.

## דיון

מטרתו המרכזית של מחקר זה הייתה לבחון את הרגלי השימוש בקונדום בקרב גברים הומוסקסואלים ולאחר משתנים חברתיים-פסיכולוגיים המסבירים התנהגות זו על יסוד שילוב משתנים ממודלים תאורטיים על התנהגות בריאותית. המדד העיקרי לביחנה התנהגות מינית סיכונית הוא הרגלי השימוש בקונדום, שלדעת החוקרים, הוא הדרך היעילה ביותר להקטנת הסיכוי להידבקות בנגיף ה־HIV (Elford & Hart, 2003; Hearst & Chen, 2004). אחד הממצאים הבולטים הוא כי אף שמרבית משתתפי המחקר דיווחו על שימוש מתמיד בקונדום בעת קיום יחסי מין מזדמנים, כמעט רבע מהם (22%) אינם משתמשים בקונדום במין מזדמן, או משתמשים לפעמים או לעתים רחוקות בלבד, ולפיכך נמצאים בסיכון גבוה להידבקות בנגיף. אף שאין אפשרות לטעון כי מדגם זה מייצג את הגברים הומוסקסואלים בישראל, יש ללמוד מנתונים אלו על החשיבות הרבה של המשך העשייה בקידום המודעות למחלה. נציין כי גם במדינות מערביות נוספות מדווח בשנים האחרונות על שיעורים גבוהים של מין לא בטוח בקרב גברים הומוסקסואלים: לדוגמה, כ־29% בלונדון (Hamlyn, Welz, Rebaudengo, Simms, & Poulton, 2009) וכ־40% בארצות הברית (Anderson, Mosher, & Chandra, 2006). מטרה מרכזית נוספת של המחקר הייתה להציע מודל רב-משתני להסבר התנהגות מינית סיכונית בקרב גברים הומוסקסואלים. המודל נבדק באמצעות ניתוחי תסוגה, שהצליחו להסביר כ־41% מן השונות בכוונות להתנהגות מינית זהירה, לעומת כ־32%–36% מן השונות שהוסברה בשלושת הרכיבים של ההתנהגות המינית המדווחת. ניתן להסביר פער זה לפי הגישה של איזון (Ajzen, 2002), המדגיש את הפער שבין כוונות ההתנהגות לבין ההתנהגות בפועל. פער זה קיים בתחומים רבים, כגון עישון, תזונה לקויה ונהיגה מסוכנת, תחומים שבהם אנשים מביעים רצון להתנהג באופן זהיר, אך הדרך ליישום ההתנהגות הבריאותית היא ארוכה. בהתאם למודל שגובש, לרוב ניתן להסביר את כוונות ההתנהגות (F) בחמש מערכות המשתנים שנבחרו: משתני רקע (A), ידע על איידס (B), אמונות בריאותיות (C), מוטיבציה (D) ומיומנויות התנהגות (E). בהתאם למודל המחקר, נמצא קשר בין כל מערכות המשתנים (פרט לרמת הידע) לבין כוונות ההתנהגות. את מערך הקשרים הזה ניתן לבסס על כך שכוונות ההתנהגות הן משתנה קוגניטיבי, העשוי להיות מוסבר על-ידי משתנים קוגניטיביים אחרים, כגון תפיסות, אמונות ומוטיבציה (Kok, Hospers, & Harterink, & De Zwart, 2007). משתני הרקע ורמת הידע לא תרמו להסבר ההתנהגות המינית בפועל. מניתוח התסוגה נראה כי לגיל ולרמת הידע יש תרומה שולית בלבד להסבר ההתנהגות המינית הסיכונית. נראה כי לרמת הידע על מחלת האיידס יש אפוא חשיבות משנית בכל הקשור ליישום ההתנהגות בפועל וכי הידע המוקדם של משתתפי המחקר על המחלה ועל דרכי התפשטותה הוטמע בתפיסתם בנוגע לחומרת המחלה

ולפוטנציאל היפגעותם ממנה (כאמור, גם במחקר זה נמצא קשר בין רמת הידע לבין תפיסת רמת הפגיעות ורמת החומרה).

ממחקר זה עולה שאין די בידע כדי לאמץ התנהגות מינית זהירה. ידע הוא אמנם תנאי מקדים והכרחי לאימוץ התנהגות זהירה, והוא אף מתבטא במחקר זה בקשר שבין רמת הידע לבין תדירות החזקת קונדום, אולם אין די בכך. ממצא זה עולה גם במחקרים נוספים שנערכו בתחום ההתנהגות המינית (Mendez, Hulsey, & Archer, 2001). אף שאין מקום לשלול את המניעים הרציונליים לביצוע שינוי בהתנהגות, סביר להניח כי רכיבים רגשיים רבים, כגון יצר, חשק ודחף, משחקים תפקיד בעיצוב ההתנהגות ומבטלים תרומה אפשרית של הידע. ידע הוא אפוא רק רכיב אחד בתהליך של שינוי התנהגות. במושגי תאוריית השינוי בשלבים (Prochaska & DiClemente, 1983), ניתן לשבח את הידע על המחלה בשלב ההרהור, משום שידע הוא בבחינת השכלה כללית, המנבא החזקת קונדום, אך אין די בו כדי להצביע על הפנמה ברמת ההתנהגות בפועל. גם העדר קשר בין מספר שנות הלימוד לבין ההתנהגות המינית בפועל נובע ככל הנראה מכך שהוא משתנה כוללני מדי, ואין בו כדי ללמד על הידע של משתתפי המחקר בתחום המיני או על ידע הרלוונטי למחלת האיידס.

באשר למוטיבציה, נמצאו במחקר קשרים חיוביים בין מדד העמדות בנוגע לאימוץ התנהגות מינית זהירה לבין כוונות ההתנהגות. כמו כן, נמצאו קשרים חיוביים בין מדד העמדות לבין תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן. ממצאים דומים עולים גם ממחקרים נוספים (Albarracin et al., 2001). נוסף על כך, נמצאו קשרים חיוביים מובהקים בין הנורמות הסובייקטיביות לבין כוונות ההתנהגות. גם ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים נוספים (Bryan, Aiken, & West, 2004). הקשר בין עמדות ונורמות לבין כוונות התנהגות מתואר בספרות הפסיכולוגית (Smith & Terry, 2003), והוא מיוחס להיותו של רכיב ההתנהגות חלק בלתי נפרד מעמדות הפרט. במקרים שאין בהם הלימה בין רכיב ההתנהגות לבין העמדות כלפי ההתנהגות, הפרט חווה דיסוננס. כדי להפחית את עוצמת הדיסוננס ייצרו מרבית האנשים הלימה בין עמדותיהם לבין התנהגותם באמצעות שינוי התנהגותי, בייחוד אם עמדותיהם נתמכות על ידי הנורמות הסובייקטיביות שלהם (Matusek, Wendt, & Wiseman, 2004). אם כך, נראה כי רכיבי המוטיבציה תורמים בעיקר לכוונות ההתנהגות ורק במידה פחותה להתנהגות בפועל.

באשר לאמונות הבריאותיות, בדומה למחקרים רבים נוספים (לדוגמה, Walter et al., 1993), גם במחקר זה נמצאו תפיסת הפגיעות ותפיסת החומרה (המרכיבות כאמור את תפיסת האיום) בקשר חיובי מובהק עם הכוונה לאמץ התנהגות זהירה, אם כי השפעתן נחלשה כאשר הן שולבו במודל מיומנויות ההתנהגות המונעת. תפיסת הרווח ותפיסת המחסומים נכללות, כאמור, אף הן בקטגוריית האמונות הבריאותיות, והן נמצאו קשורות להתנהגות המינית בפועל בניתוחים הדו-משטניים, אך לא בניתוחי התסוגה המרובה. הקשרים החיוביים המובהקים הנוספים שנמצאו בין רכיביו של מודל האמונות הבריאותיות (לדוגמה, תפיסת הרווח) לבין ההתנהגות בפועל גם עם השותף

המיני הקבוע וגם במין מזדמן, או קשרים שליליים בין תפיסת המחסומים בנוגע לשימוש בקונדום במין מזדמן, בקרב גברים שיש להם שותפים מיניים מזדמנים ובקרב מי שיש להם שותף מיני קבוע וגם שותפים מיניים מזדמנים, מאששים כי המודל אכן מנבא התנהגות מינית (McCusker et al., 1989). ניתן לומר כי לאמונות הבריאותיות הנוגעות לשימוש בקונדום יש השפעה על כוונות ההתנהגות לאמץ התנהגות מסוימת ועל אימוצה בפועל, אולם גם בהן אין די להסביר את ההתנהגות, והשפעתן נבלמת כאשר מצרפים לניתוח התסוגה את המשתנים של מיומנויות ההתנהגות.

מיומנויות ההתנהגות, הקשורות להתנהגות המינית בפועל, נמצאו בקשר ישיר עם דיווח על התנהגות בשלושת החודשים שקדמו למחקר זה. בדומה למחקרים נוספים, שמצאו קשר בין מסוגלות עצמית לבין התנהגות זהירה בכלל (Bandura, 1991), והתנהגות מינית זהירה בפרט (Rye et al., 2000), גם במחקר זה נמצאו קשרים חיוביים מובהקים בין המסוגלות העצמית לבין כוונות ההתנהגות בקרב גברים המקיימים יחסים עם שותפים מיניים מזדמנים (גם משתתפים שנמצאים בו בזמן בקשר עם שותף מיני קבוע). לעומת זאת, הקשרים בין מסוגלות עצמית לבין ההתנהגות בפועל היו מוגבלים יחסית, למשל בין מסוגלות עצמית לבין תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן בלבד ובקרב מי שיש להם שותפים מיניים מזדמנים בלבד. הממצאים מצביעים על קשרים בין ההתנהגות בפועל לבין מיומנויות ההתנהגות, אך הם משתנים בהתאם לסוג היחסים, למשל הקשר בין תפיסת יכולת השליטה או בין תפיסת הקשיים לבין תדירות החוקת קונדום ותדירות השימוש בו במין מזדמן, קשר שנמצא רק בקרב גברים המקיימים יחסים עם שותפים מיניים מזדמנים. הממצאים מלמדים על מורכבות הקשרים בין מיומנויות ההתנהגות לבין ההתנהגות בפועל ותומכים בממצאי מחקרם של ריי, פישר ופישר (Rye, Fisher, W., & Fisher, J., 2001), שלפיהם המסוגלות העצמית, תפיסת יכולת השליטה ותפיסת הקשיים של הפרט הן גורמים מכריעים בגיבוש ההחלטה באשר להתנהגות בפועל. כאמור, בנדורה (Bandura, 1991) מצא כי המסוגלות העצמית של אנשים בנוגע ליכולתם להפחית את סיכויי הידבקותם בנגיף על-ידי שליטה בהתנהגויות מיניות במצבים שונים מנבאת בהצלחה את השימוש בקונדום. גגון וסיימון (Gagon & Simon, 1973) הדגישו כי המסוגלות העצמית קשורה ליכולת לנהל דו-שיח עם השותף למין על הסיכונים ועל דרכי המניעה. עיקר הקושי בשימוש בקונדום טמון אפוא בקונפליקט שבין הרצון לקיים מין מוגן לבין לחצים ורגשות בין-אישיים – בין הרצון לקיים מין מוגן לבין משתנים של משיכה, פחד מדחייה, מבוכה אישית, לחץ חברתי ומגבלות מצב שונות.

הממצא העיקרי של מחקר זה הוא מרכזיותה של תפיסת הקשיים בהסבר של תדירות השימוש בקונדום. לפיכך, גם הקשרים המובהקים סטטיסטית שנמצאו בין משתנים נוספים (גיל, תפיסת רמת הפגיעות ותפיסת המחסומים) בצעדי התסוגה הראשונים לבין תדירות השימוש בקונדום במין מזדמן הפכו בצעד התסוגה האחרון לקשרים שאינם מובהקים. נציין כי המשתנה המסביר טוב יותר מן המשתנים האחרים את ההתנהגות

המינית הוא תפיסת רמת הקשיים, והוא גם המשתנה היחיד המתווך בקשר בין רמת הידע על איידס, והאמונות הבריאותיות (המתבטאות בתפיסת רמת הפגיעות ובתפיסת המחסומים) לבין ההתנהגות בפועל (המתבטאת בתדירות החזקת קונדום). נראה כי תפיסת היכולת להשתמש בקונדום (כפי שהיא מתבטאת בתפיסות של מיומנויות ההתנהגות) היא המנבא היעיל ביותר לתדירות השימוש, והיא חשובה במיוחד בקרב מי שיש להם שותפים מיניים מזדמנים. ממצא זה מחייב פתרונות למתקשים להשתמש בקונדום, מאחר שניתן ללמוד כי אין די בידע, באמונות ובמוטיבציה כדי לנקוט התנהגות מינית זהירה.

ממצא נוסף בנוגע להסבר שסיפקו כמעט כל מערכות המשתנים לנטייה להחזיק קונדום, פרט למשתני האמונות הבריאותיות. החזקת קונדום היא פעילות משמעותית בדרך לשימוש בקונדום בפועל. עם זאת, אי-נשיאה של קונדום אינה מעידה בהכרח על אי-שימוש בו. קיימים מצבים נוספים לשימוש בקונדום, גם בלא החזקתו האישית. מאכן נובע אולי העדר הקשר בין האמונות הבריאותיות לבין החזקת קונדום.

האמונות הבריאותיות מסבירות את הנטייה לאמץ התנהגויות זהירות בעת קיום יחסי מין עם שותף מיני קבוע, ואילו מיומנויות ההתנהגות מסבירות את הנטייה להשתמש בקונדום בעת קיום יחסי מין עם שותפים מיניים מזדמנים. נראה כי ביחסי מין עם שותפים מיניים מזדמנים יש חשיבות רבה יותר לתפיסת יכולת השליטה ולמסוגלות העצמית של הפרט. ייתכן שההסבר לכך קשור לדימוי המיני של הפרט, ללחץ שנוצר בעת קיום יחסי מין עם שותף מיני מזדמן ואולי גם לחרדת ביצוע. לעומת זאת, ביחסי מין בין שותפים מיניים קבועים יש השפעה ממתנת לרכיבים של היכרות ופתיחות ולתקשורת בין השותפים. ביחסים אלו הדימוי העצמי וחרדת הביצוע אינם כה דומיננטיים, והם מפנים את מקומם לעמדות בנוגע לשימוש בקונדום. עובדה מעניינת היא כי אי-שימוש בקונדום אינו אמור להיות התנהגות סיכונית, מאחר שלכאורה אין הכרח להשתמש בקונדום ביחסים קבועים (לאחר ביצוע בדיקת HIV), אולם עצם הדיווח על שיעור גבוה יחסית של גברים הומוסקסואלים הנוהגים להשתמש בקונדום עם שותף מיני קבוע מגדיר משתנה זה כהתנהגות מינית זהירה ומחייב לערוך מחקרים נוספים כדי לבחון את הרגלי הזוגיות של גברים הומוסקסואלים. ממצאים אלו, בדומה למחקרים אחרים (O'Leary et al., 2005), עולה כי יש להביא בחשבון את סוג הקשרים עם השותפים המיניים, שכן מערך הקשרים בין המשתנים הקשורים להתנהגות הסיכונית משתנה במידה מסוימת לפי סוג היחסים, וקשרים אלו הם גורם שיש להתייחס אליו בעת תכנון תכניות התערבות ייעודיות.

באשר למספר השותפים המיניים, נמצא שמשתנה זה אינו מוסבר על-ידי אחת ממערכות המשתנים שנכללו במודל המחקר. הוא עשוי להיות מוסבר אפוא על-ידי משתנים אחרים, כגון גורמים חברתיים ברמת הקבוצה או הקהילה המשפיעים על ההקשר של ההתנהגות המינית. ניתן היה לשלול את הגדרת מספר השותפים המיניים כמדד להתנהגות מינית סיכונית, שהרי ניתן להידבק בנגיף בעקבות מגע מיני לא זהיר

אחד ויחיד, ולעומת זאת ניתן לקיים יחסי מין עם שותפים רבים אך לנקוט אמצעי זהירות בכל מגע מיני, וכך להפחית במידה ניכרת את הסיכון להידבק בנגיף. ואולם, מחקרים מדגישים כי יש להמשיך ולחקור משתנה זה, משום שהפחתת מספר השותפים המיניים היא מסר מרכזי למניעת ההידבקות ב־HIV, בעיקר בשל שכיחותה הגבוהה של ההידבקות בנגיף (Wilson & Halperin, 2008).

ממצאי המחקר מלמדים על ההיררכיה בתרומתם של המשתנים במודל המחקר לשונות בהתנהגות הסיכונית. האחרונים במדרג הם משתני הרקע ורמת הידע. לצד משתנים אלו, אך גבוה יותר במדרג, נמצאים משתני האמונות הבריאותיות – תפיסת רמת הפגיעות ורמת החומרה, המסבירים בעיקר את הכוונה לאמץ התנהגות זהירה, ותפיסת הרווח והמחסומים, שתרומתם להסבר ההתנהגות המינית רבה יותר. ארבעת משתני האמונות הבריאותיות מציינים שלב גבוה יותר בהפנמה של המידע הזמין על המחלה. הפרט מעבד באמצעותם באופן סובייקטיבי את המידע הרלוונטי המצוי ברשותו. שלב גבוה יותר בתהליך העיבוד ובמידת ההשפעה על סגנון ההתנהגות המינית (סיכונית או זהירה) הוא שילוב של ידע על המחלה והאיום מפניה עם העמדות והנורמות בנוגע לשימוש בקונדום: לעמדות ולנורמות של הפרט יש השפעה מרכזית על כוונות ההתנהגות, אולם לפי ממצאי המחקר, רק תפיסת הקשיים היא שתכריע אם ההתנהגות המינית בפועל תהיה זהירה.

### מגבלות המחקר והמלצות למחקרי המשך

המשתנים שנכללו במודל המחקר הסבירו את משתנה כוונות ההתנהגות ואת תדירות ההחזקה והשימוש בקונדום בפועל. יש מקום להניח שגורמים שלא נכללו במחקר זה, כגון גורמי אישיות, מצב נפשי או מאפיינים של הקשר השימוש בקונדום, תורמים אף הם להתנהגות המינית, וראוי לבחון אותה במחקרים נוספים. כמו כן, מאחר שמחקר זה נערך על מדגם מזדמן וקטן יחסית, מומלץ לחזור עליו לצורך תיקוף והכללה ולנסות להתגבר על הקשיים בנגישות לאוכלוסייה ההומוסקסואלית כדי לבנות מדגם מייצג. מומלץ גם לנסות להגדיר את משתני המחקר בתחום בהגדרות אחידות. ההערכות בדבר היקפה של ההתנהגות המינית הסיכונית נאמדות בספרות המחקר בשיטות שונות ובלתי אחידות: לפי נתונים על הידבקות במחלות מין, לפי דיווח עצמי או לפי ההגדרה של "שימוש" או "העדר שימוש" בקונדום. חוסר האחידות בהגדרות מקשה על השוואה בין ממצאיהם של מחקרים שונים. חוסר אחידות וקושי להשוות בין ממצאי המחקרים עשויים להיווצר גם עקב שימוש בשיטות דגימה שונות, לדוגמה דגימה במקומות ממוקדים, כגון מרפאות לטיפול במחלות מין, שיש בהן הסתברות גבוהה יותר להימצאות של התנהגויות סיכוניות. מאחר שאוכלוסיית ההומוסקסואלים נמצאת בסיכון גבוה להידבקות בנגיף ה־HIV, יש להתמקד במחקרים בסיבות להתנהגות מינית סיכונית בקרב אוכלוסייה זו. עם זאת, נראה כי בישראל יש מחסור במחקר בתחומים אלו גם בקרב גברים

הטרוסקסואלים וביסקסואלים ובקרב נשים הטרוסקסואליות וביסקסואליות. נוסף על כך, יש לבחון את שאלת ההתנהגות המינית הסיכונית בישראל בהקשר חברתי מסוים – בקרב אוכלוסיות חלשות, בקרב מיעוטים אתניים ובקרב אוכלוסיות עולים ומהגרי עבודה – בייחוד עקב היותה של ישראל מדינת הגירה (Chemtob & Grossman, 2004).

### המלצות יישומיות

המסקנה היישומית הראשונה העולה ממודל המחקר היא שכדי להשפיע על האוכלוסייה ההומוסקסואלית, הנחשבת עדיין בסיכון גבוה להידבקות בנגיף ה־HIV, לאמץ התנהגות מינית זהירה יש להתמקד בחיזוק העמדות החיוביות בנוגע לשימוש בקונדום ושיפור של תפיסת יכולת השליטה והמסוגלות העצמית של המשתמשים בו. סוגיית העמדות החיוביות בנוגע לשימוש בקונדום מקבלת משנה תוקף לנוכח התופעה המכונה באנגלית bareback, קיום יחסי מין ללא קונדום, שאנו עדים לה בשנים האחרונות. מדובר בתת־תרבות בקרב גברים הומוסקסואלים, מקצתם נשאים של נגיף ה־HIV ואחרים שאינם נשאים, המחליטים במודע לקיים יחסי מין בלתי מוגנים (Crossley, 2000). עצם קיומה של התופעה מלמד שיש המייחסים ערך חיובי של ריגוש דווקא להתנהגות שיש בה משום סיכון. תופעה זו עדיין נחשבת שולית, אולם היא ממחישה בצורה הקיצונית ביותר את מורכבותה של המוטיבציה האנושית בנוגע להתנהגות מינית סיכונית ולהתגוננות מפני מחלות. המסר המרכזי צריך להתמקד בשימוש קבוע בקונדום, וחשוב למצוא דרכים נוספות וגישות הסברה חדשניות כדי להגדיל את הקשר בין הכוונה לאמץ התנהגות זהירה לבין אימוצה בפועל. כמו כן, מאחר שהחזקת קונדום היא שלב חשוב המקשר בין כוונות להתנהגות לבין ההתנהגות בפועל, ובשל התרומה העיקרית של תפיסת הקשיים בשימוש בקונדום להסבר ההתנהגות המינית עם שותף מיני מזדמן, יש להמשיך ולעודד את החזקת הקונדום ולקדם את הנגישות לקונדומים, למשל על־ידי הצבת מכשירים לרכישת קונדומים במקומות בולטים וזמינים בכל עת.

### מקורות

משרד הבריאות, (2014, נובמבר). HIV / איידס בישראל: דו"ח אפידמיולוגי תקופתי 1981–2013. אוהור מתוך [http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HIV1981\\_2013.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HIV1981_2013.pdf)  
 סוסקולני, ו' וגולדשמידט, ר' (1998). זיהומי HIV ואיידס: היבטים חברתיים והתנהגותיים ואוכלוסיות מיוחדות בסיכון. בתוך א' מורג וא' הוניגמן (עורכים), איידס: תופעה חובקת עולם (עמ' 377–407). ירושלים: אקדמון.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.



- Ajzen, I. (2002). Construction a TpB Questionnaire: Conceptual and methodological considerations. Retrieved from <http://www.uni-bielefeld.de/ikg/zick/ajzen%20construction%20a%20tpb%20questionnaire.pdf>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *127*, 142-161.
- Anderson, J. E., Mosher, W. D., & Chandra, A. (2006). Measuring HIV risk in the U.S. population aged 15-44: Results from cycle 6 of the National Survey of Family Growth. *Adv Data*, *377*, 1-27.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In J. Madden, IV (Ed.), *Neurobiology of learning, emotion and affect* (pp. 229-269). New York, NY: Raven.
- Baral, S., Sifakis, F., Cleghorn, F., & Beyrer, C. (2007). Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: A systematic review. *Plos Medicine*, *4*(12), 1901-1911.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Becker, M. H. (Ed.) (1974). *The health belief model and personal health behaviour*. Thorofare, NJ: Slack.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1997). *Psychology and health promotion*. Milton Keynes, England: The Open University Press.
- Bryan, A., Aiken, L. S., & West, S. G. (2004). HIV/STD risk among incarcerated adolescents: Optimism about the future and self-esteem as predictors of condom use self-efficacy. *Journal of Applied Social Psychology*, *34*(5), 912-936.
- Bryan, A. D., Fisher, J. D., Fisher, W. A., & Murray, D. M. (2000). Understanding condom use among heroin addicts in methadone maintenance using the information-motivation-behavioral skills model. *Substance Use and Misuse*, *35*, 451-471.
- Calzavara, L., Burchell, A. N., Remis, R. S., Major, C., Corey, P., Myers, T., Millson, M., & Wallace, E. (2003). Delayed application of condoms is a risk

- factor for human immunodeficiency virus infection among homosexual and bisexual men. *American Journal of Epidemiology*, 157, 210-217.
- Carey, M. P., Kalichman, S. C., Forsyth, A. D., Wright, E. M., & Johnson, B. T. (1997). Enhancing motivation to reduce the risk of HIV infection for economically disadvantaged urban women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 531-541.
- CDC (March 2015). *HIV among gay and bisexual men*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/HIV-MSM-english-508.pdf>
- Chemtob, D., & Grossman, Z. (2004). Epidemiology of adult and adolescent HIV infection in Israel: A country of immigration. *International Journal of STD and AIDS*, 15, 691-696.
- Crossley, M. L. (2000). The "Armistead Project": Assessing a community based health promotion programme for gay men/MWHSWM. *International Journal of Health Promotion and Education*, 38, 54-64.
- Elford, J., & Hart, G. (2003). If HIV prevention works, why are rates of high risk sexual behaviour increasing among men who have sex with men? *AIDS Education and Prevention*, 15, 294-308.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (2000). Theoretical approaches to individual-level change in HIV-risk behavior. In J. Peterson & R. J. Diclemente (Eds.), *HIV prevention handbook* (pp. 3-55). New York, NY: Kluwer Academic and Plenum press.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Misovich, S. J., & Kimble, D. L. (1996). Changing AIDS risk behavior: Effects of a conceptually based AIDS risk reduction intervention in a university student population. *Health Psychology*, 15, 114-123.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., & Shuper, P. A. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of HIV preventive behavior. In R. DiClemente, R. Crosby, & M. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (2nd ed., pp. 22-63). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Williams, S. S., & Malloy, T. E. (1994). Empirical thesis of an information-motivation-behavioral skills model of AIDS preventive behavior. *Health Psychology*, 13, 238-250.
- Gagon, J. H., & William, S. (1973). *The social sources of human sexuality*. Chicago, IL: Aldine.

- Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behaviour. *Psychological Bulletin*, *119*, 390-409.
- Hamlyn, E., Welz, T., Rebaudengo, S., Simms, H., & Poulton, M. (2009). Sexual behaviour, condom use and rates of sexually transmitted infections in HIV clinic attendees in South-East London. *JSTD AIDS*, *11*, 757-760.
- Hayes, A. F., & Preacher, K. J. (2014). Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, *67*, 451-470.
- Hearst, N., & Chen, S. (2004). Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: Is it working? *Studies-in-Family-Planning*, *35*, 39-47.
- Kasprzyk, D., Montano, D. E., & Fishbein, M. (1998). Application of an integrated behavioral model to predict condom use: A prospective study among high HIV risk groups. *Journal of Applied Social Psychology*, *28*, 1557-1583.
- Katz, M. H., Schwarcz, S. K., Kellogg, T. A., Klausner, J. D., Dilley, J. W., Gibson, S., & McFarland, W. (2002). Impact of highly active antiretroviral treatment on HIV sero incidence among men who have sex with men: San Francisco. *American Journal of Public Health*, *92*, 388-394.
- Kok, G., Hoppers, H. J., Harterink, P., & De Zwart, O. (2007). Social-cognitive determinants of HIV risk-taking intentions among men who date men through the internet. *AIDS Care*, *19*, 410-417.
- Kulik, L. (2000). Women face unemployment: A comparative analysis of age groups. *Journal of Career Development*, *27*, 15-33.
- Matusek, J. A., Wendt, S. J., & Wiseman, C. V. (2004). Dissonance thin-ideal and didactic healthy behavior eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 376-388.
- McCusker, J., Zapaka, J. G., Toddard, A. M., & Mayer, K. H. (1989). Responses to the AIDS epidemic among homosexually active men: Factors associated with preventive behavior. *Patient Education and Counseling*, *13*, 15-30.
- Mendez, R. V., Hulsey, T. L., & Archer, R. L. (2001). Multiple partners in the age of AIDS: Self-consciousness theory and HIV risk behavior. *Current Psychology*, *20*(4), 349-362.
- Misovich, S. J., Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1999). Belief in a cure for HIV infection associated with greater HIV risk behaviour among HIV positive men who have sex with men. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *8*, 241-248.

- Myers, H. F., Javanbakht, M., Martinez, M., & Obediah, S. (2003). Psychosocial predictors of risky sexual behaviors in African American men: Implications for prevention. *AIDS Education and Prevention, 15*, 66-79.
- O'Leary, A., Wolitski, R. J., Remien, R. H., Woods, W. J., Parsons, J. T., Moss, S., & Lyles, C. M. (2005). Psychosocial correlates of transmission risk behavior among HIV-seropositive gay and bisexual men. *AIDS, 19*, S67-S75.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40*, 879-891.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health, 50*, 295-301.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Millbank Memorial Fund Quarterly, 44*, 94-121.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*, 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). New York, NY: Springer.
- Rye, B. J., Fisher, W. A., & Fisher, J. D. (2001). The theory of planned behavior and safe sex behaviors of gay men. *AIDS-and-Behavior, 4*, 307-317.
- Sabin, C. A. (2002). The changing clinical epidemiology of AIDS in the highly active antiretroviral therapy era. *AIDS, 16*, 61-69.
- Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 125*, 90-132.
- Smith, J. R., & Terry, D. J. (2003). Attitude-behavior consistency: The role of group norms, attitude accessibility, and mode of behavioral decision-making. *European Journal of Social Psychology, 33*, 591-608.
- Svenson, G. R., Ostergren, P. O., Merlo, J., & Rastam, L. (2002). Action control and situational risks in the prevention of HIV and STIs: Individual, dyadic and social influences on consistent condom use in a university population. *AIDS Education and Prevention, 14*, 515-531.

- UNAIDS Global Report (2013). UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Retrieved from [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf)
- Valdisseri, R. O., Lyter, D., Leviton, L. C., Callahan, C. M., Kingsley, L. A., & Rinaldo, C. R. (1988). Variables influencing condom use in a cohort of gay and bisexual men. *American Journal of Public Health, 78*, 801-805.
- Walter, I. I. J., Vaughan, R. D., Gladis, M. M., Ragin, D. F., Kasen, S., & Cohall, A. T. (1993). Factors associated with AIDS-related behavioral intentions among high school students in an AIDS epicenter. *Health Education Quarterly, 20*, 409-420.
- Weinstein, N. D., & Nicolich, M. (1993). Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviors. *Health Psychology, 12*, 235-245.
- Wilson, D., & Halperin, D. T. (2008). Know your epidemic, know your response: A useful approach, if we get it right. *The Lancet, 372*, 423-426.
- Zagumny, M. J., & Brady, D. B. (1998). Development of the AIDS Health Belief Scale (AHBS). *AIDS Education and Prevention, 10*, 173-179.