

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΘΕΜΑ: Η Σχέση του Άγχους Υγείας και της Φαρμακευτικής**  
**Αγωγής στην Αντίληψη Σωματικών Συμπτωμάτων.**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΝΕΦΕΛΗ ΓΡΗΜΑΝΗ**

**A.M. 2217**

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Καραδήμας Ευάγγελος**

**Ρέθυμνο 2015**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Πίνακας Περιεχομένων.....</b>  | <b>2</b>  |
| <b>Περίληψη.....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Κεφάλαιο 1 – Εισαγωγή.....</b>   | <b>5</b>  |
| 1.1.Αντιλήψεις για την Υγεία.....   | 7         |
| 1.1.1. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία.....  | 8         |
| 1.1.2. Το Μοντέλο Κοινής Λογικής.....   | 9         |
| 1.2.Αντίληψη Συμπτωμάτων.....   | 12        |
| 1.3.Άγχος Υγείας.....   | 17        |
| 1.4. Φαρμακευτική Αγωγή.....  | 22        |
| 1.5.Η Παρούσα Έρευνα.....   | 29        |
| <b>Κεφάλαιο 2 – Μεθοδολογία.....</b>  | <b>30</b> |
| 2.1. Το Δείγμα.....   | 30        |
| 2.2. Τα Εργαλεία.....   | 31        |
| 2.3. Η Διαδικασία.....  | 32        |
| <b>Κεφάλαιο 3 – Αποτελέσματα.....</b>   | <b>33</b> |
| 3.1. Ανάλυση Αξιοπιστίας Άγχους Υγείας.....   | 33        |
| 3.2. Εκούσια Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής.....   | 34        |
| 3.3. Αναζήτηση Φαρμακευτικής Αγωγής χωρίς Ιατρική Συνταγή.....                                | 36        |
| 3.4. Άγχος Υγείας και Φαρμακευτική Αγωγή.....   | 39        |
| 3.5. Η Σχέση του Παράγοντα «Εαυτός - Άλλος» με το Άγχος Υγείας και τη Φαρμακευτική Αγωγή..... | 41        |

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| <b>Κεφάλαιο 4 – Συζήτηση.....</b> | <b>43</b> |
| <b>Βιβλιογραφία.....</b>          | <b>48</b> |

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη από το Τμήμα Ψυχολογίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου της Κρήτης. Στόχος της ήταν να ελέγξει το επίπεδο σοβαρότητας σωματικής ασθένειας, καθώς και το επίπεδο του άγχους υγείας κατά το οποίο τα άτομα θα προσφύγουν την αυτό-χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και κατά πόσο αυτό είναι κοινό σε περιπτώσεις του η ασθένεια αφορά το ίδιο το άτομο ή κάποιο οικείο του πρόσωπο. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν δυο ερωτηματολόγια. Το πρώτο αφορούσε τον εαυτό και το δεύτερο αφορούσε κάποιο πρόσωπο του στενού περιβάλλοντός τους. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν επιβεβαίωσαν τις αρχικές μας υποθέσεις, πως υπάρχει μια αρνητική αλληλεπίδραση ανάμεσα στην επιδείνωση των σωματικών συμπτωμάτων και στην έναρξη φαρμακευτικής αγωγής, ενώ έδειξαν πως τα αυξημένα επίπεδα άγχους υγείας εξωθούν τα άτομα να αναζητήσουν μόνα τους φαρμακευτική αγωγή.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στη σύγχρονη εποχή τα επιτεύγματα στον τομέα της ιατρικής προσφέρουν στους ασθενείς και στους φροντιστές υγείας αμέτρητες επιλογές στους τομείς του ελέγχου και της πρόληψης. Αυτές οι επιλογές έχουν αλλάξει θεαματικά την καθιερωμένη εικόνα των ασθενών ως παθητικών συμμετεχόντων στη διαδικασία της θεραπείας. Οι ασθενείς τώρα έχουν υψηλότερες προσδοκίες, καθώς οι απόψεις τους λαμβάνονται υπ' όψιν στις θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις.

Η έννοια της ασθένειας υπάρχει ήδη από την προϊστορική εποχή, τότε που οι άνθρωποι τη θεωρούσαν αποτέλεσμα οργής των θεών ή κακών δαιμόνων. Για τον Ασκληπιό, το θεό της ιατρικής στην Αρχαία Ελλάδα, η θεραπεία ερχόταν μέσω της πίστης και της υποβολής. Ο πρώτος που φαίνεται να τόνισε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή είναι ο Ιπποκράτης (460 – 370 π. Χ.), ο οποίος παρατηρούσε το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον κάθε ασθενούς και χρησιμοποιούσε την κατάλληλη θεραπεία ανάλογα με την «ιδιοσυστασία» του καθενός. Αργότερα, το 2<sup>ο</sup> αιώνα π. Χ., ο Γαληνός είναι ο πρώτος που έρχεται να υποστηρίξει την κληρονομικότητα, την προδιάθεση και τις ατομικές διαφορές των ανθρώπων, με αποτέλεσμα οι μέθοδοι που χρησιμοποιούσε για τις θεραπείες του να στηρίζονται στη μοναδικότητα του κάθε ασθενούς.

Ο πλέον διαδεδομένος ορισμός της «υγείας», δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1948. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτόν η υγεία είναι «η κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (Καραδήμας, 2005). Το σώμα ως «προβληματικό» άρχισε να παρατηρείται περισσότερο σε κάποιες κοινωνιολογικές έρευνες. Ο κόσμος της υγείας απεικονίζεται σε ορισμούς που

περιλαμβάνουν τις περισσότερες πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης: σωματικότητα, συνείδηση, συναισθήματα, πνευματικότητα και κοινωνική κατάσταση (οικογένεια, εργασία, επίπεδο εισοδήματος). Επιπλέον, η ιδέα της υγείας συνδέεται στενά με την ιδέα της ευεξίας (Saltonstall, 1993).

### **1.1.Αντιλήψεις για την Υγεία**

Σε γενικές γραμμές οι άντρες και οι γυναίκες μοιράζονται παρόμοιες ιδέες για το τι συνιστά την υγεία (Saltonstall, 1993). Πολλοί άντρες και γυναίκες ορίζουν την υγεία συνολικά, αναφερόμενοι σ' αυτήν ως «μια κατάσταση του είναι» και συχνά συνδέουν αυτήν την κατάσταση με την ικανότητα, την απόδοση και τη λειτουργία.

Υπάρχουν διάφορες απόψεις σχετικά με τον τρόπο που οι άνθρωποι κάνουν τις ερμηνείες τους σχετικά με την υγεία και την ασθένεια. ΗStainton - Rogers (1951) υποστήριξε ότι οι άνθρωποι δε δημιουργούν αλλά στην ουσία επιλέγουν, ανάλογα με τις πεποιθήσεις τους, τις ερμηνείες τους για την υγεία και την ασθένεια από ένα σύνολο υφιστάμενων θεωριών για συγκεκριμένες καταστάσεις που αλληλοσυμπληρώνονται. Οι Rozema, Vollink και Lechner(2009) βρήκαν ότι αναπαραστάσεις της ασθένειας δείχνουν πιο σταθερές και ισχυρές σχέσεις με την υγεία, παρά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης.

Στην προσπάθειά τους να καταλάβουν την ποικιλία στη φυσική υγεία και τις σχετιζόμενες με ασθένειες συμπεριφορές, οι ψυχολόγοι εστίασαν κυρίως σε κοινωνικά γνωστικά μοντέλα. Αυτά τα μοντέλα προσπαθούν να αναγνωρίσουν τις κύριες καταστάσεις που μεσολαβούν μεταξύ των εξωγενών παραγόντων που σχετίζονται με τις συμπεριφορές υγείας, όπως οι δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες και οι ατομικές διαφορές. Όλα τα μοντέλα έχουν ως βασική αρχή τους ότι τα άτομα είναι λογικά όντα, των οποίων η σχετιζόμενη με την υγεία συμπεριφορά εξαρτάται από την κατανόηση σχετικών πληροφοριών (Lobban, Barrowclough&Jones, 2003).

Προκειμένου να εξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τα συμπτώματά τους, αλλά και ο τρόπος που τα διαχειρίζονται εν συνεχεία, έχουν προκύψει διάφορα μοντέλα. Δύο από τα πιο διάσημα μοντέλα αντιλήψεων για την υγεία είναι το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και το Μοντέλο Κοινής Λογικής.

### ***1.1.1. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία***

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (απόδοση του *HealthBeliefModel*) αναπτύχθηκε από τον Becker το 1974. Στόχος του μοντέλου ήταν η κατανόηση της εκτεταμένης αποτυχίας των ανθρώπων για τον έγκαιρο εντοπισμό μιας νόσου ή για την έναρξη δράσης προκειμένου να επιτευχθεί άμεση πρόληψη κάποιου προβλήματος υγείας. Ως εκ τούτου, κινητήρια δύναμη για το άτομο για την έναρξη μιας συμπεριφοράς είναι η απειλή της ασθένειας (Καραδήμας, 2005). Τα βασικά συστατικά του μοντέλου αυτού προέρχονται από δύο βασικούς παράγοντες:

- Την αξία που αποδίδει το κάθε άτομο σε ένα στόχο και
- Την εκτίμηση που δίνει το άτομο στην πιθανότητα ότι μια συγκεκριμένη πράξη θα επιτύχει αυτόν το στόχο (Janz&Becker, 1984).

Αν αυτές οι μεταβλητές μεταφραστούν σε όρους συμπεριφοράς υγείας, έχουμε τις εξής αντιστοιχίες:

- Επιθυμία αποφυγής ασθένειας και
- Πεποίθηση ότι μια συγκεκριμένη ενέργεια για την υγεία θα αποτρέψει ή βελτιώσει αυτήν την ασθένεια.

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία υποθέτει την ύπαρξη ορισμένων βασικών νοητικών σχημάτων, προκειμένου να δοθεί το εναρκτήριο σήμα για την εκκίνηση της δράσης της συμπεριφοράς υγείας. Το άτομο αρχικά έχει κάποιες πεποιθήσεις προσωπικής πιθανής ευαλωτότητας για την εμφάνιση μιας νόσου, καθώς και συγκεκριμένα συναισθήματα για το ενδεχόμενο σοβαρότητας της νόσου αυτής αν δεν ληφθεί η κατάλληλη θεραπεία. Προκειμένου να ξεκινήσει η συμπεριφορά υγείας, το άτομο κάνει μια αξιολόγηση των δυνατοτήτων του. Εάν κριθεί ότι μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της κατάστασης και ότι τα οφέλη των πράξεων του θα υπερσχίσουν του κόστους, τότε γίνεται η έναρξη της συμπεριφοράς. Οι αξιολογήσεις για την ευπάθεια, τη σοβαρότητα, τα οφέλη και το πιθανό



κόστος καθορίζονται από μια σειρά παραγόντων, οι οποίοι δεν είναι όλοι σχετικοί με την υγεία. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν μια σειρά από ψυχολογικές, κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές (στοιχεία προσωπικότητας, κοινωνικό περιβάλλον, ατομικές γνωστικές διαφορές, φύλο, ηλικία κ.ά.) (Καραδήμας, 2005). Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία προϋποθέτει, τέλος, την ύπαρξη κινήτρων ή άλλων εσωτερικών διεργασιών και την επιρροή από εξωτερικούς παράγοντες για την ανάληψη δράσης από το άτομο (Rosenstock, Strecher&Becker, 1988).

### **1.1.2. Το μοντέλο κοινής λογικής**

Το μοντέλο κοινής λογικής (απόδοση του *CommonSenseModel*) αναπτύχθηκε από τον Leventhal και τους συνεργάτες του. Θεωρείται το πλέον διαδεδομένο μοντέλο σχετικά με τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και είναι βασισμένο στη θεωρία της αυτορρύθμισης. Το μοντέλο κοινής λογικής δηλώνει την άμεση σχέση που υπάρχει μεταξύ των αναπαραστάσεων της ασθένειας και των συμπεριφορών αντιμετώπισής της.

Σύμφωνα με το μοντέλο, τα άτομα στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν ένα πρόβλημα υγείας, κατασκευάζουν γνωστικές αναπαραστάσεις για την ασθένειά τους βασισμένες σε συγκεκριμένες και αφηρημένες διαθέσιμες πηγές πληροφόρησης. Η επεξεργασία αυτή των πληροφοριών αποτελεί τη βάση στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας και διαχείρισης της κατάστασης (Hager&Orbell, 2003).

Η αναπαράσταση της ασθένειας στηρίζεται σε τρεις βασικές πηγές πληροφόρησης:

1. Η μεγάλη πηγή «κοινών» πληροφοριών που διαθέτει το άτομο από προηγούμενη εμπειρία και επικοινωνία με άλλα άτομα, καθώς και πολιτισμικές γνώσεις για την ασθένεια

2. Πληροφορίες από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου και πιο συγκεκριμένα από τους σημαντικούς άλλους, όπως φίλοι ή οικογένεια, είτε άλλες έγκυρες πηγές, όπως γιατροί ή άλλοι φροντιστές υγείας
3. Πληροφορίες από την τρέχουσα εμπειρία του ατόμου με την ασθένεια του. Η εμπειρία αυτή αναφέρεται στη συμπτωματολογία της ασθένειας που βιώνεται καθώς και σε προηγούμενες εμπειρίες με τη συγκεκριμένη ασθένεια (Καραδήμας, 2005.Hager&Orbell, 2003).

Όλες αυτές οι διαθέσιμες πληροφορίες συμβάλλουν στη σταδιακή διαμόρφωση μιας αναπαράστασης της ασθένειας σε δύο επίπεδα – διεργασίες, οι οποίες εξελίσσονται με συμμετρικό τρόπο: τη γνωστική αναπαράσταση και τη συναισθηματικά αναπαράσταση. Πρόκειται για διεργασίες μερικώς ανεξάρτητες μεταξύ τους, που επιστρατεύουν όμοιες ή διαφορετικές συμπεριφορές. Κινητοποιούν το άτομο στην εφαρμογή συγκεκριμένων συμπεριφορών – στρατηγικών (αποφυγή, επαναξιολόγηση, αντιμετώπιση του προβλήματος) που αποσκοπούν στη μείωση του βαθμού απειλής που αισθάνεται το άτομο και στην επίλυση του προβλήματος.

Το περιεχόμενο της γνωστικής αναπαράστασης αποτελείται από πέντε πτυχές:

1. Τα *αίτια*, αντικατοπτρίζουν την εικόνα του ατόμου για τους λόγους πρόκλησης του προβλήματος ή της ασθένειας. Τα αίτια μπορεί να είναι βιολογικά (π.χ., ιοί, βακτήρια, κληρονομικότητα), συναισθηματικά ή ψυχολογικά (π.χ., άγχος, προσωπικότητα) ή περιβαλλοντικά – εξωτερικά (π.χ., μόλυνση, υπερβολικός φόρτος εργασίας).
2. Οι *συνέπειες*, δηλαδή ο αντίκτυπος της υγείας στη γενική ποιότητα ζωής και στη λειτουργικότητα του ατόμου.
3. Η *ταυτότητα*. Αναφέρεται στη φύση και το όνομα του προβλήματος ή της ασθένειας, καθώς και στα συμπτώματα που τη συνοδεύουν.

4. Η *χρονική πορεία* έχει να κάνει με τις πεποιθήσεις για την πορεία της ασθένειας, αλλά και των συμπτωμάτων της.
5. Τέλος, η *ελεγχιμότητα*, που αναφέρεται στις αντιλήψεις του ατόμου για το εάν οι συμπεριφορές και στρατηγικές που ακολουθεί, θα είναι αποτελεσματικές και σε ποιο βαθμό (Καραδήμας, 2005. Hager&Orbell, 2003).

Παράλληλα όμως με τις ήδη αναφερθείσες γνωστικές διεργασίες, συναισθηματικοί παράγοντες επηρεάζουν με καθοριστικό τρόπο τη συμπεριφορά. Συναισθήματα όπως το άγχος, ο φόβος και η ανησυχία, μπορούν να φέρουν ευθύνη για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του ατόμου με περισσότερο μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Καραδήμας, 2005).

Τα παραπάνω μοντέλα, ερμηνεύουν τον τρόπο με τον οποίο γίνονται αντιληπτά τα συμπτώματα μιας ασθένειας σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, που περιλαμβάνει τόσο γνωστικές διαδικασίες, όσο και συναισθήματα. Καθώς η έκταση των συμπτωμάτων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από τις γνωστικές λειτουργίες του εκάστοτε ατόμου, αλλά και από τον τρόπο που βιώνει τα συναισθήματά του, είναι σημαντικό να μελετηθούν μοντέλα σχετικά με την αντίληψη συμπτωμάτων που να εξετάζουν το θέμα σφαιρικά, λαμβάνοντας υπ' όψιν όλες τις παραμέτρους.

## **1.2. Αντίληψη Συμπτωμάτων**

Είναι γεγονός ότι στην εποχή που ζούμε πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν καθημερινά την ψυχολογική μας ευημερία. Υπάρχει ένας αριθμός από εξωτερικούς παράγοντες άγχους στην καθημερινή ζωή που μπορεί να επηρεάσουν τη διαδικασία αντίληψης των συμπτωμάτων. Τέτοιοι παράγοντες είναι η εργασία, οι οικιακές εργασίες και η φροντίδα των παιδιών.

Τα συμπτώματα έχουν διχοτομηθεί αυθαίρετα σε ψυχολογικά και σωματικά. Τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν σωματικές αισθήσεις όπως ο πόνος στην πλάτη, ο πονοκέφαλος, οι διαταραχές του εντέρου και πολλές άλλες σωματικές διαταραχές που το άτομο αντιλαμβάνεται σαν άβολες ή ανησυχητικές (Kroenke, 2003). Επίσης, τα σωματικά συμπτώματα γίνονται αντιληπτά ως το αποτέλεσμα αντιληπτικών – γνωστικών διαδικασιών σχετικά με την προσοχή, την αντίχνευση και την ερμηνεία. Ωστόσο, είναι ανακριβές να εξισώσουμε τα σωματικά συμπτώματα με τις φυσικές (ιατρικές) διαταραχές, αφού πολλοί ασθενείς με σταθερές ιατρικές διαταραχές δεν εμφανίζουν συμπτώματα, ενώ άλλοι με έντονα σωματικά συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια ιατρικής διαταραχής (Kroenke, 2003).

Ο επιπολασμός των σωματικών συμπτωμάτων που δεν εξηγούνται αποκλειστικά από μια οργανική ασθένεια κυμαίνεται από 4 έως 20%, ανάλογα με τον πληθυσμό που μελετάται (Kolk, Hanewald, Schagen&GijssbersvanWijk, 2002). Ο επιπολασμός εξαρτάται επίσης από τη μέθοδο αντίχνευσης των συμπτωμάτων, οι οποίες ποικίλουν ανάλογα με τη φύση των συμπτωμάτων, το καλυπτόμενο χρονικό διάστημα και το βαθμό απόκρισης του ασθενούς στη συνέντευξη, στα ερωτηματολόγια και τη λήψη του ιατρικού ιστορικού (Kolk, Hanewald, Schagen&GijssbersvanWijk, 2002). Γενικά, η συχνότητα των συμπτωμάτων μπορεί εύκολα να υποτιμηθεί μέσω του ιατρικού ιστορικού, ενώ αντίθετα να υπερεκτιμηθεί μέσω της συνέντευξης και των ερωτηματολογίων. Έτσι, αυτές οι διαφορές στις μεθόδους μέτρησης των

συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένα συμπεράσματα για τις σχέσεις ανάμεσα στα συμπτώματα και τους παράγοντες που σχετίζονται με την ερμηνεία τους.

Οι Viswanathan και Lambert (2005) αναφέρουν ότι οι έννοιες που περιγράφονται ως «θεμελιώδεις στους ανθρώπους για την αντίληψη, ερμηνεία και καθορισμό των επιπέδων των συμπτωμάτων και στην κινητοποίησή τους για την αναζήτηση φροντίδας», παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Οι προσωπικές ερμηνείες είναι απόρροια κοινωνικής αλληλεπίδρασης και προέρχονται από ατομικές και συλλογικές ερμηνείες.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα μιας ασθένειας. Σε έρευνά τους το 2002, οι Kolk, Hanewald, Schagen και GijbsbersvanWijk, τόνισαν τη σημαντικότητα των δημογραφικών χαρακτηριστικών στον τρόπο αντίληψης των συμπτωμάτων. Ακόμη, σύμφωνα με τη ίδια έρευνα, οι χρόνιες νόσοι, ο αρνητικός συναισθηματισμός και η επιλεκτική προσοχή σε σωματικές αισθήσεις, φαίνεται πως επηρεάζουν επίσης την αντίληψη των σωματικών συμπτωμάτων. Εκείνοι που έχουν μια επιλεκτική προσοχή στο σώμα φαίνονται να εμφανίζουν μια ιδιαίτερη προτίμηση στις σχετικές με κάποια ασθένεια αποδόσεις για τα σωματικά συμπτώματα. Αντίθετα, τα άτομα που πάσχουν από μια χρόνια νόσο ή εμφανίζουν αρνητικό συναισθηματισμό δεν προτιμούν να ερμηνεύουν τα συμπτώματά τους βάσει σωματικών αιτιών. Ένας επιπλέον παράγοντας που βρέθηκε στην έρευνα αυτή ότι επηρεάζει τον τρόπο που γίνονται αντιληπτά τα σωματικά συμπτώματα είναι η κοινωνικό - οικονομική κατάσταση, η οποία όσο χαμηλότερη είναι, τόσο περισσότερα τα συμπτώματα. Η διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα στην φροντίδα και την ασφάλεια υγείας είναι σαφώς πιο περιορισμένες σε άτομα με χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό υπόβαθρο, με αποτέλεσμα οι αντιλήψεις τους για την εμφάνιση συμπτωμάτων να μην αποδίδονται σε κάποια οργανική νόσο.

Στις προσεγγίσεις αντίληψης συμπτωμάτων, τα σωματικά συμπτώματα γίνονται αντιληπτά ως αποτέλεσμα αντιληπτικών – γνωστικών διαδικασιών, όσον αφορά την προσοχή, την αναζήτηση και την ερμηνεία. Η αντίληψη σωματικών συμπτωμάτων προηγείται σε γενικές γραμμές των περιφερικών, σωματικών αλλαγών. Οι φυσιολογικές αλλαγές μπορούν να προκύψουν από διακυμάνσεις των σωματικών διεργασιών, από οργανική νόσο, από συναισθήματα ή ακόμη και από περιβαλλοντικές συνθήκες. Αυτές οι αλλαγές γίνονται αισθητές από συγκεκριμένους υποδοχείς του σώματος, παρέχοντας πληροφορίες για την κατάσταση και λειτουργία των εσωτερικών οργάνων και οργανικών συστημάτων. Στη συνέχεια ενεργοποιείται η επιλεκτική προσοχή του οργανισμού, ο οποίος επεξεργάζεται συνειδητά μόνο ένα μέρος των διαθέσιμων πληροφοριών. Έτσι, ανάλογα με το βαθμό προσοχής που θα δώσει ο κάθε οργανισμός στις πληροφορίες που διαθέτει, θα υπάρξει και η ανάλογη γνώση για τα ήπια ή διαφορούμενα σωματικά συμπτώματα (Kolk, Hanewald, Schagen&GijbersvanWijk, 2003).

Ο αρνητικός συναισθηματισμός, η επιλεκτική προσοχή, οι φυσιολογικές διεργασίες και η αναλογία των πληροφοριών από το σώμα και των πληροφοριών από το περιβάλλον, επηρεάζουν την προσοχή και την επίγνωση του ατόμου. Η επίγνωση των σωματικών αισθήσεων επηρεάζεται από τον αρνητικό συναισθηματισμό, την τάση, δηλαδή, που έχουν οι άνθρωποι να βιώνουν και να αναφέρουν αρνητικά επίπεδα διάθεσης, μέσω της μείωσης της αναζήτησης των ορίων των σωματικών συμπτωμάτων. Σε γενικές γραμμές ο βαθμός στον οποίο οι σωματικές αισθήσεις προσδιορίζονται ως σωματικά συμπτώματα εξαρτάται από την ερμηνεία τους (Kolk, Hanewald, Schagen&GijbersvanWijk, 2003). Η ερμηνεία μιας αίσθησης ως σύμπτωμα κάποιας ασθένειας καθοδηγείται από τα σχήματά της, τις γνωστικές δομές του ατόμου από προηγούμενες εμπειρίες του και σε γενικότερες ιδέες για την ασθένεια. Η ίδια αίσθηση μπορεί να δεχθεί πολλές ερμηνείες. Για παράδειγμα, η αίσθηση της εφίδρωσης μπορεί να αποδοθεί σε σωματική ασθένεια (π.χ., πυρετός) ή σε κάποιου είδους

συναίσθημα (π.χ., νευρική ή άγχος). Η απόδοση που θα δοθεί στην εκάστοτε σωματική αίσθηση, θα καθορίσει κατά πόσο βιώνονται σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα. Σε έρευνα τους το 2003, ο Kolk και συν., διαπίστωσαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα σωματικών συμπτωμάτων σχετίζονται με την ύπαρξη χρόνιων νόσων και περισσότερη επιλεκτική προσοχή.

Ένας άλλος βασικός παράγοντας που επηρεάζει τον τρόπο που γίνονται αντιληπτά τα συμπτώματα είναι το φύλο. Οι Kroenke και Spitzer (1998) βρήκαν ότι τα σωματικά συμπτώματα είναι 50% ή και περισσότερο πιθανό να αναφέρονται από γυναίκες που αναζητούν πρωτοβάθμια φροντίδα, παρά από άντρες. Ταυτόχρονα, ο αυξημένος επιπολασμός των καταθλιπτικών, αγχώδων και σωματόμορφων διαταραχών στις γυναίκες, αποτελεί έναν ακόμη σημαντικό παράγοντα (Barsky, Peekna, Jonathan & Borus, 2001). Τέλος, σύμφωνα με τους Barsky και συν. (2001), μια ποικιλία κοινωνικών, πολιτιστικών και βιολογικών διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα, μπορεί επίσης να συμβάλλει σε αυξημένα σωματικά συμπτώματα στις γυναίκες.

Όπως έδειξε η έρευνα των Kroenke και Spitzer (1998), η ηλικία δεν αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα στην αναφορά συμπτωμάτων. Ενώ οι κοινοτικές έρευνες αναφέρουν τα κύρια συμπτώματα κάποιων ασθενειών ως ελαφρώς πιο διαδεδομένα σε μεγαλύτερες ηλικίες, υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών νεότερης ηλικίας στην κλινική πρακτική όπου ο αριθμός των συμπτωμάτων τους είναι ίδιος ή ακόμη και μεγαλύτερος. Οι πιθανές εξηγήσεις γι' αυτό περιλαμβάνουν ηλικιακές διαφοροποιήσεις στους λόγους αναζήτησης φροντίδας, «ομαλοποίηση» συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανιστούν με τη γήρανση, καθώς και μια χαμηλότερη συχνότητα καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών στους γηραιότερους ασθενείς.

Τέλος, η επιρροή άλλων δημογραφικών μεταβλητών, όπως η φυλή – εθνικότητα, το ατομικό επίπεδο μόρφωσης, το εισόδημα και άλλων πολιτιστικών παραγόντων στις αναφορές

σωματικών συμπτωμάτων, φαίνεται να είναι λιγότερο ξεκάθαρη (Kroenke, 2003). Ωστόσο, αυτό που αναφέρεται σταθερά είναι μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην αναφορά σωματικών συμπτωμάτων και την ψυχολογική δυσφορία, η οποία είναι ίδια σε όλους τους πολιτισμούς (Kroenke, 2003).



### **1.3. Άγχος Υγείας**

Το άγχος είναι μια εξουθενωτική κατάσταση γνωστή για την πρόκληση σημαντικής συναισθηματικής και σωματικής ταλαιπωρίας, καθώς και για τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειές της (Andrews&Henderson, 2000. Bijl&Ravelli, 2000). Το άγχος επηρεάζει τη διάθεση, τις προσδοκίες και τα κίνητρα των ασθενών και είναι, μαζί με την κατάθλιψη, οι πιο διαδεδομένες ψυχικές διαταραχές, συχνά μη αναγνωρίσιμες και ιάσιμες (Andrews&Henderson, 2000). Το άγχος υγείας πρόκειται για μια παθολογική εκδήλωση ανασφαλούς προσκόλλησης, που οφείλεται σε προηγούμενη απωθητική εμπειρία (π.χ., κάποια σοβαρή ασθένεια), καθώς και σε αρνητική σχέση με πρώιμους φροντιστές (Sherry, Sherry, Vincent, Steward, Hadjistavropoulos, Doucette, και συν., 2014). Κάτι τέτοιο, λοιπόν, θα είχε ως αποτέλεσμα την συνεχή και αδιάκοπη αναζήτηση σιγουριάς από τα άτομα που χαρακτηρίζονται από άγχος υγείας, ως μια προσπάθεια μείωσης της ανασφαλούς προσκόλλησης και της ανησυχίας για τυχόν προβλήματα υγείας συλλέγοντας φροντίδα από τους άλλους (ιατρούς ή μέλη οικογένειας).

Τα τελευταία χρόνια, έχουν εισαχθεί στο χώρο της κοινωνικής – γνωστικής βιβλιογραφίας αρκετά μοντέλα διττών συστημάτων (π.χ., Gawronsky&Bodenhausen, 2006. Strack&Deutsch, 2004. Smith&DeCoster, 2000.). Αυτά τα μοντέλα υποθέτουν την ύπαρξη δύο διαφορετικών συστημάτων επεξεργασίας που λειτουργούν παράλληλα/σε συνδυασμό με τη διαδικασία επίλυσης του προβλήματος, ενώ ταυτόχρονα κάνουν κοινωνικές κρίσεις, ρυθμίζουν συναισθήματα και επηρεάζουν αξιολογικές αντιδράσεις. Τα συστήματα αυτά, συχνά αναφερόμενα ως συνειρμικά και βασισμένα σε κανόνες, γίνονται αντιληπτά ως μηχανικά και πιστεύεται ότι εξηγούν γνωστικές λειτουργίες σ' ένα ευρύτερο φάσμα λειτουργικότητας. Η κεντρική διαφορά μεταξύ των δύο συστημάτων έχει τις ρίζες της στις λειτουργικές τους αρχές. Ενώ στα συνειρμικά συστήματα η επεξεργασία πληροφοριών χαρακτηρίζεται από ταχεία ενεργοποίηση των συνδεδεμένων εννοιών μέσω της συνειρμικής επεξεργασίας, η

επεξεργασία πληροφοριών στα βασισμένα σε κανόνες συστήματα περιλαμβάνει την ορθολογική ανάλυση των πραγματικών σχέσεων ανάμεσα στις έννοιες. Μέχρι τώρα η διάκριση ανάμεσα στα δύο συστήματα έχει εφαρμοστεί επιτυχώς στην κοινωνική συμπεριφορά (Strack&Deutsch, 2004), στο σχηματισμό και την αλλαγή στάσεων (Gawronski&Bodenhausen, 2006) και στη γνωστική ευπάθεια στην κατάθλιψη (Beevers, 2005. Haeffel, Abramsonb, Brazy, Shahc, Teachmand&Nosek, 2007).

Θεωρητικές και στατιστικές αναλύσεις, όπως αυτή των FergusκαιValentiner (2010), έχουν υποστηρίξει τη διάκριση του άγχους υγείας σε δύο δομές : την πεποίθηση της ασθένειας και τη φοβία της ασθένειας. Ο πρώτος όρος αναφέρεται στη συχνά έντονη πεποίθηση του ατόμου ότι πάσχει τη δεδομένη χρονική στιγμή από κάποια ασθένεια και διακρίνεται από την έγνοια μελλοντικής ασθένειας. Αντίθετα, ο δεύτερος όρος, η φοβία ασθένειας, αναφέρεται στον έντονο φόβο ότι το άτομο επί του παρόντος πάσχει από κάτι σοβαρό. Αυτό, ωστόσο, περιλαμβάνει και ένα φόβο για τις συνέπειες του να έχει κάποιος μια ασθένεια ή πιο γενικά ένα φόβο του να είναι κάποιος απλώς σωματικά άρρωστος (Brady&Lohr, 2013). Για παράδειγμα, ένα άτομο που παρουσιάζει φοβία ασθένειας είναι πιθανό να αρχίσει να φοβάται τις επιπτώσεις που έχει ο καρκίνος στην ποιότητα της ζωής του, καθώς και στο γεγονός ότι η ασθένεια είναι πιθανό να καταλήξει σε ένα μακρύ και κυρίως επώδυνο θάνατο.

Ο φόβος του να είσαι άρρωστος δεν οφείλεται σε έναν μόνο παράγοντα, αλλά πρόκειται για ένα τρισδιάστατο κατασκεύασμα, που κυμαίνεται από ήπιο φόβο έως κλινική υποχονδρίαση (Karademas, Christopoulou, Dimostheni&Pavlu, 2008). Το άγχος υγείας έχει γίνει θεωρητικά και εμπειρικά αντιληπτό ως ένα πολυδιάστατο κατασκεύασμα που περιλαμβάνει ένα συναισθηματικό συστατικό (δηλαδή, ανησυχία για την υγεία), ένα συμπεριφοριστικό συστατικό (δηλαδή, αναζήτηση σιγουριάς), μια αντιληπτική πλευρά (δηλαδή, υπερεκγρήγορη για σωματικές αισθήσεις) και μια γνωστική συνιστώσα των πεποιθήσεων ότι οι ανησυχίες για την υγεία δεν λαμβάνονται αρκετά σοβαρά από τους άλλους (Krautwurst,

Gerlach, Gomille, Hiller&Witthöft, 2014). Υποκλινικές μορφές του άγχους υγείας, με ποσοστό 14%, ήδη οδηγούν σε μειωμένη ποιότητα ζωής, καθώς και σε περισσότερες ιατρικές εξετάσεις και, κατά συνέπεια, σε αυξημένο για το ιατρικό σύστημα φροντίδας κόστος (Martint&Jacobi, 2006).

Το σοβαρό και επίμονο άγχος για την υγεία έχει διαγνωσθεί ως η σωματόμορφη διαταραχή «υποχονδρίαση», σύμφωνα με το DSM- IV- TR (APA, 2000). Έχει, ωστόσο, υποστηριχθεί ότι οι βασικές γνωστικές διαδικασίες του είναι πιο σύμφωνες με αυτές των αγχώδων διαταραχών (Noyes, 1999. Olatunji, Deacon&Abramowitz, 2009). Το σοβαρό και επίμονο άγχος υγείας χαρακτηρίζεται από έντονη ανησυχία και φόβο για ενδεχόμενη σοβαρή ασθένεια, η οποία θα επιμένει παρά την κατάλληλη ιατρική παρέμβαση (Muse, McManus, Hackmann, Williams&Williams, 2010). Επιπλέον, χαρακτηρίζεται από μια υπερβολική αντίδραση φόβου στην παρουσία φυσικών ή γνωστικών νύξεων που γίνονται αντιληπτά ως ενδεικτικά απειλής προς τη φυσική ευεξία του ατόμου. Αυτές οι νύξεις κινητοποιούν συμπεριφορές που αναζητούν την ασφάλεια με στόχο την εξασφάλιση καλής υγείας και εν συνεχεία τη μείωση της διέγερσης του άγχους ( Brady&Lohr, 2013).

Οι αγχώδεις διαταραχές χαρακτηρίζονται σε μεγάλο βαθμό από κακή ρύθμιση του συναισθήματος (Hofmann, Sawyer, Fang&Asnaani, 2012) και οι συμπεριφοριστικές θεραπείες για το άγχος συχνά στοχεύουν στη ρύθμιση των συναισθηματικών δυσκολιών. Επιπλέον, οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να είναι αποτέλεσμα σωματικών αισθήσεων που ενεργοποιούν πεποιθήσεις που σχετίζονται με δυσλειτουργική υγεία (Hadjistavropoulos, Craig&Hadjistavropoulos, 1998). Η διατήρηση και επιδείνωση του προβλήματος αποδίδονται στις ξεχωριστές γνωστικές και συμπεριφοριστικές διαδικασίες.

Ένα συχνά αναπαραγόμενο εύρημα σε διάφορους κλάδους της ψυχολογίας είναι ότι τα άτομα τείνουν να επεξεργάζονται τις εισερχόμενες πληροφορίες με έναν τρόπο που συμφωνεί με τις προσωπικές απόψεις τους για τον κόσμο και τον εαυτό τους (Ouimet, Gawronski&Dozois,

2009). Αυτή η εικόνα μπορεί επίσης να εμφανιστεί και σε αγχώδη άτομα τα οποία δείχνουν επιλεκτική επεξεργασία, που ταιριάζει περισσότερο στη δική τους εικόνα του κόσμου. Ο φόβος και το άγχος είναι δύο παράγοντες που μπορούν να θεωρηθούν φυσιολογικές προσαρμοστικές αντιδράσεις σε δυνητικά απειλητικά ερεθίσματα (Ouimet, Gawronski & Dozois, 2009). Με τον εντοπισμό αυτών των απειλητικών ερεθισμάτων ο οργανισμός ενεργοποιεί αυτόματα γνωστικές, συναισθηματικές, φυσιολογικές και συμπεριφοριστικές διεργασίες προκειμένου με εξασφαλιστεί η ασφάλεια του οργανισμού. Ωστόσο, το παθολογικό άγχος περιλαμβάνει την υπέρ - ενεργοποίηση αυτών των προστατευτικών πόρων (Barlow, 2002). Ένα μεγάλο εύρος στοιχείων δείχνουν ότι οι άνθρωποι που υποφέρουν από άγχος δίνουν μεγαλύτερη προσοχή σε απειλητικά ερεθίσματα απ' ό,τι οι αγχώδεις (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans- Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2007).

Τα άτομα με άγχος υγείας μπορεί όχι μόνο να εμφανίσουν δυσλειτουργικά πρότυπα αντίδρασης στις εισερχόμενες πληροφορίες της ασθένειας, αλλά ενδέχεται επίσης να μην διαθέτουν ικανοποιητικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Τα άτομα που βιώνουν βλαβερά γεγονότα και έχουν την ικανότητα να παρακολουθούν με αντικειμενικό και θετικό τρόπο την πορεία της ασθένειας, βιώνουν πολλαπλά οφέλη, όπως για παράδειγμα αυξημένη ανοχή στον πόνο και βελτιωμένη ανάκαμψη απ' αυτόν. Αντίθετα, τα άτομα που υποφέρουν από άγχος υγείας μπορεί να αποτύχουν στη θετική σωματική παρακολούθηση και ως εκ τούτου να μην αποκομίσουν τα προστατευτικά οφέλη της συγκεκριμένης στρατηγικής (Hadjistavropoulos, Craig & Hadjistavropoulos, 1998).

Σύμφωνα με τους Salkovskis και Warwick (1986), η γνωστική – συμπεριφοριστική θεωρία βοηθάει στην εξήγηση της ανάπτυξης και διατήρησης του άγχους υγείας. Οι γνωστικές μεταβλητές, τα προϊόντα πληροφόρησης και οι παρελθοντικές εμπειρίες αποτελούν τους πρωτογενείς καθοριστικούς παράγοντες για την ανάπτυξη άγχους υγείας. Όταν κρίσιμα

περιστατικά (π.χ., σωματικές αισθήσεις) ενεργοποιούν πεποιθήσεις που σχετίζονται με δυσλειτουργική υγεία, το άγχος για την υγεία είναι επακόλουθο. Για να γίνει καλύτερα κατανοητό, ορισμένες εσωτερικές αισθήσεις και/ ή εξωτερικά ερεθίσματα που σχετίζονται με κάποια αρρώστια (π.χ., το να ακούς για έναν άρρωστο φίλο), είναι ικανά να ενεργοποιήσουν δυσλειτουργικές πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια. Η διατήρηση και επιδείνωση του προβλήματος αποδίδονται στις ξεχωριστές ατομικές γνωστικές και συμπεριφοριστικές διαδικασίες που ακολουθούν (Hadjistavropoulos, Craig και Hadjistavropoulos, 1998).

Το γνωστικό - συμπεριφοριστικό μοντέλο υποστηρίζει ότι το άγχος υγείας μπορεί να ξεκινήσει να αυξάνεται λόγω προκατειλημμένης γνωστικής επεξεργασίας εσωτερικών ή εξωτερικών πληροφοριών για μια ασθένεια (Karademas, Christopoulou, Dimostheni και Pavlu, 2008). Η γνωστική - συμπεριφοριστική ενασχόληση με το άγχος υγείας προχώρησε στη λειτουργική κατανόησή του, γεγονός που συνέβαλε σε βελτίωση των τρόπων θεραπείας του (Brady&Lohr, 2013).

#### **1.4. Φαρμακευτική Αγωγή**

Η λήψη φαρμάκων είναι μια σύνθετη, πολυδιάστατη συμπεριφορά που επηρεάζεται από ποικίλους εξωγενείς, αλλά και ενδογενείς παράγοντες (Zedler, Kakad, Collita, Murrelle&Shah, 2011). Οι ασθενείς συναντάνε ποικίλες επαγγελματικές ομάδες στο σύστημα υγείας πριν πάρουν τα φάρμακά τους. Αυτοί οι επαγγελματίες είναι κυρίως γιατροί, νοσοκόμες και προσωπικό φαρμακείων. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας έχουν τόσο επαγγελματικές όσο και προσωπικές πεποιθήσεις για τα φάρμακα και είναι πολύ πιθανό ότι ένας συνδυασμός αυτών των πεποιθήσεων επηρεάζει το πώς και το τι πληροφορίες θα μεταφερθούν στους ασθενείς (Mardby, Akerlind&Jorgensen, 2007).

Οι άνθρωποι τείνουν να έχουν συγκεκριμένες απόψεις σχετικά με τα φάρμακα και τη χρησιμότητα τους, γεγονός που οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες. Σύμφωνα με τους Shiyanbola, FarrisκαιChrischilles (2013), οι πεποιθήσεις για τα φάρμακα έχουν αναγνωριστεί ως μια διαπροσωπική κοινωνικό - ψυχολογική μεταβλητή που θα μπορούσε να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου. Αντίθετα, πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι οι γενικές πεποιθήσεις για τα φάρμακα παραμένουν σταθερές με την πάροδο του χρόνου, αλλά καμία μελέτη δεν έδειξε πώς συγκεκριμένες πεποιθήσεις για τα φάρμακα μπορούν να αλλάξουν με το χρόνο (Porteous, Francis, Bond&Hannaford, 2010). Οι πεποιθήσεις για τα φάρμακα σχηματίζονται από τους ίδιους τους ασθενείς, με βάση την εμπειρία τους από προηγούμενη χρήση παρόμοιων φαρμάκων ή άλλες θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για να θεραπεύσουν μια παρόμοια κατάσταση. Ακόμη, πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση συγκεκριμένων πεποιθήσεων για τα φάρμακα παίζουν οι τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες, οι μακροπρόθεσμοι σχετιζόμενοι με τη χρήση φαρμάκωνκίνδυνοι, καθώς και η έκταση στην οποία τα φάρμακα παρεμβαίνουν στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών (Shiyanbola, Farris&Chrischilles, 2013). Οι Mardby, Akerlind και Jorgensen (2007) βρήκαν σε έρευνά τους ότι άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης θεώρησαν τα οφέλη των

φαρμάκων περισσότερα και τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους λιγότερες, σε σχέση με άτομα χαμηλότερης μόρφωσης.

Οι εξελίξεις στην ψυχολογία της υγείας τα τελευταία χρόνια έχουν οδηγήσει στη δημιουργία αρκετών θεωρητικών μοντέλων για την κατανόηση των διακυμάνσεων στην τήρηση της θεραπείας. Τα μοντέλα της κοινωνικής νόησης και η θεωρία της αυτορρύθμισης μοιράζονται την κοινή αποδοχή ότι τα άτομα αναπτύσσουν πεποιθήσεις που επηρεάζουν την ερμηνεία πληροφοριών και εμπειριών και ποια οδηγεί στη συμπεριφορά (Horne&Weinman, 1999). Ένα σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης στην αναφερόμενη τήρηση ερμηνεύτηκε από τρεις παράγοντες :

- Τις πεποιθήσεις των ατόμων για τα φάρμακά τους,
- Το είδος της αρρώστιας τους και
- Την ηλικία τους (Horne&Weinman, 1999).

Ακόμη, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, ένα σημαντικό εύρημα ήταν ότι οι πεποιθήσεις για τα φάρμακα ήταν ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας σε σχέση με τους κλινικούς και κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τη θεωρία της αυτορρύθμισης, μπορεί να συναχθεί ότι παράγοντες όπως οι εμπειρίες χρήσης φαρμάκων που επηρεάζουν και διαμορφώνουν προηγούμενες πεποιθήσεις για τα φάρμακα, μπορεί όντως να προκαλέσουν αλλαγές με την πάροδο του χρόνου.

Η πρόσφατη έρευνα προτείνει ότι οι άνθρωποι δεν διαφέρουν μόνο στις πεποιθήσεις τους για τη φύση και τη χρήση των φαρμάκων, αλλά επίσης και στο βαθμό στον οποίο αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους να είναι ευαίσθητοι ή δεκτικοί στην ενδεχόμενη αρνητική επιρροή του κάθε φαρμάκου (Horne, Graupner, Frost, Weinman, Wright&Hankins, 2004). Εκείνοι που αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως ιδιαίτερος ευαίσθητους στις αρνητικές επιπτώσεις της φαρμακευτικής λήψης, είναι πολύ πιο πιθανό να θεωρούν τα

φάρμακα ως πραγματικά βλαβερά «δηλητήρια» που συνταγογραφούνται από τους γιατρούς (όπως αναφέρεται στο Horne, 1997).

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τα άτομα τα φάρμακα και την χρησιμότητά τους είναι ο τρόπος λήψης τους και η ακριβής τήρηση της θεραπείας. Σύμφωνα με τους Shiyanbola, Farris και Chrischilles (2013), τα ίδια τα άτομα που κάνουν χρήση φαρμάκων τείνουν να έχουν διαφορετική εικόνα για τα φάρμακα από τα άτομα που ανήκουν σε προσωπικό του τομέα της υγείας. Αυτό πιθανώς να οφείλεται στο γεγονός ότι οι χρήστες βιώνουν την επιρροή των φαρμάκων στον οργανισμό τους, ενώ αντίθετα τα άτομα του προσωπικού του τομέα της υγείας απλά τα συνταγογραφούν χωρίς να αισθάνονται τις τυχόν θετικές ή αρνητικές επιρροές τους. Ακόμη, οι αντιλήψεις των ασθενών σχετίζονται και με την ποσότητα των συνταγογραφούμενων φαρμάκων που λαμβάνουν.

Σύμφωνα με τον Trostle (1998), ως ιατρική συμμόρφωση έχει οριστεί «ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά του ασθενούς (σε όρους χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, ακολουθίας συγκεκριμένης δίαιτας ή την εκτέλεση άλλων αλλαγών στον τρόπο ζωής) ταυτίζεται με την ιατρική ή γενικότερα τη συμβουλή υγείας». Η μη συμμόρφωση είναι ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα που φαίνεται να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως ο χαρακτήρας της ασθένειας, η θεραπευτική αγωγή και η εξαιρετικά ευμετάβλητη προσωπικότητα του ασθενούς (Leventhal&Cameron, 1987). Οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι τουλάχιστον το 1/3 των ασθενών δεν τηρούν τις φαρμακευτικές αγωγές, είτε μη λαμβάνοντας τα φάρμακα όπως έχουν συνταγογραφηθεί, είτε λαμβάνοντας τα σε λανθασμένες δοσολογίες ή συχνότητες. Για παράδειγμα, ο Conrad (1985) αναφέρει ότι σε έρευνα που έγινε σε ασθενείς με επιληψία για την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής τους, βρέθηκε ότι 42% των συμμετεχόντων ρύθμιζαν μόνοι τους την αγωγή τους, ανεξάρτητα από τις ιατρικές οδηγίες.

Οι Horne, Graupner, Frost, Weinman, Wright και Hankins (2004) βρήκαν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και στις γενικές πεποιθήσεις για βλάβες από φάρμακα, με τους



άντρες φοιτητές να πιστεύουν ότι τα φάρμακα είναι γενικά βλαβερές, εθιστικές ουσίες. Είναι γνωστό ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερα είδη φαρμάκων και τα χρησιμοποιούν και σε μεγαλύτερη έκταση σε σχέση με τους άντρες, ωστόσο δεν έχει βρεθεί ομοφωνία για τις αιτίες αυτών των διαφορών (Zadoroznyj&Svarstad, 1990). Ένας πιθανός παράγοντας για τις διαφορές αυτές αποτελούν οι φυσικές, γενετικές διαφορές των δύο φύλων, όπως η εγκυμοσύνη και οι αντισυλληπτικές πρακτικές που ακολουθούν οι γυναίκες. Ακόμη, τα τελευταία χρόνια λόγω των πολλαπλών ρόλων που έχει αναλάβει η γυναίκα με την ενσωμάτωσή της στα εργασιακά περιβάλλοντα, ταυτόχρονα με το νοικοκυριό, επηρεάζει τις φυλετικές διαφορές όσον αφορά την κατάσταση υγείας, τη συμπεριφορά αρρώστιας και τη λήψη φαρμάκων.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι ασθενείς λαμβάνουν μόνοι τους φάρμακα, όπως στην περίπτωση της «αυτό-φαρμακευτικής» αγωγής, η οποία ορίζεται, σύμφωνα με τους Brata, Gudka, Schneider και Clifford (2014) ως: «η επιλογή και χρήση φαρμάκων από άτομα για να θεραπεύσουν ασθένεια ή συμπτώματα αναγνωρισμένα από τους ίδιους». Η αυτό-φαρμακευτική αγωγή πρόκειται για μια δραστηριότητα της οποίας τον έλεγχο έχουν τα φαρμακεία διεθνώς. Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που κάνουν τις αυτό-φαρμακευτικές αγωγές σημαντικές στις αναπτυσσόμενες κυρίως χώρες. Αρχικά, λόγω της κακής οικονομικής κατάστασης και έλλειψης καθολικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης δωρεάν, ασθενείς με χαμηλό εισόδημα δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές απαιτήσεις μιας ολοκληρωμένης ιατρικής παρακολούθησης. Ακόμη, οι δημόσιες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης στις αναπτυσσόμενες χώρες φιλοξενούν – εξυπηρετούν έναν υπερβολικά μεγάλο αριθμό ασθενών, με αποτέλεσμα παρατεταμένους χρόνους αναμονής για μια συνάντηση με έναν γιατρό. Δεν πρέπει να περάσει απαρατήρητο επίσης το γεγονός ότι και οι ίδιες οι ιατρικές μονάδες στερούνται οικονομικών πόρων, με αποτέλεσμα ακόμη κι εκεί ο διαθέσιμος αριθμός φαρμάκων για τους ασθενείς να είναι πολύ περιορισμένος. Κατά συνέπεια πολλοί

ασθενείς επιλέγουν να θεραπεύονται μόνοι τους, προμηθευόμενοι τα φάρμακά τους από φαρμακεία, των οποίων το προσωπικό προσφέρει επίσης δωρεάν συμβουλές, εκτός από τα φάρμακα.

Σύμφωνα με τους Schepis και Hakes (2014), η μη ιατρική χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων στις Η.Π.Α. έχει περιγραφεί ως πρόβλημα δημόσιας υγείας ή ακόμη και ως επιδημία. Υπολογίζεται ότι ανάμεσα στους μεγαλύτερους ενήλικες, τουλάχιστον ένας στους τρεις που κάνουν χρήση πέντε ή περισσότερων φαρμάκων θα βιώσουν μια δυσάρεστη εμπειρία κάθε χρόνο, ενώ τα σχετιζόμενα με τη φαρμακευτική αγωγή προβλήματα προκαλούν περίπου 106.000 θανάτους ετησίως (Shiyanbola&Farris, 2010).

Τα τελευταία χρόνια έχουν αποκτήσει μεγάλη δημοτικότητα τα συμπληρωματικά και εναλλακτικά φάρμακα (Olchowska&Kotala, 2013). Η πλειοψηφία των ασθενών που τα χρησιμοποιούν, το κάνουν σε συνδυασμό με τη συμβατική θεραπεία, δηλαδή ως συμπλήρωμα. Τέτοιες θεραπείες ακολουθούν συνήθως άτομα που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να ακολουθήσουν μια ολοκληρωμένη θεραπεία και βασίζονται σε στοιχεία θεραπειών που είναι τόσο αποτελεσματικά όσο και οικονομικά. Οι κύριες εκκλήσεις των ίδιων των αυτό-χορηγούμενων συμπληρωματικών θεραπειών είναι η ευρεία διαθεσιμότητά τους και το ενδεχόμενο να απευθυνθούν σε ευρύ φάσμα ανθρώπων. Επίσης, η αυξημένη ελευθερία που προσφέρουν οι αυτό-χορηγούμενες θεραπείες τις κάνουν πιο προσιτές σε άτομα που έχουν δυσκολία στον τρόπο μετακίνησης ή τους διακατέχουν αρνητικές στάσεις απέναντι στην αγωγή. Αυτές οι θεραπείες δίνουν στο άτομο την ευκαιρία να πάρει την ευθύνη της θεραπείας, δίνοντάς του καλύτερο έλεγχο της κατάστασης. Αν και οι αυτό-χορηγούμενες θεραπείες είναι αρκετά υποσχόμενες, σημαντικές ερωτήσεις παραμένουν αναπάντητες.

Μερικοί προτιμούν τις συγκεκριμένες θεραπείες για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένου του κόστους, του ότι δεν θέλουν να πάρουν φάρμακα ή λόγω του

πιθανού στίγματος της θεραπείας. Κάποιοι άλλοι πάλι θα προτιμήσουν φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία, νιώθοντας ότι οι δεσπόζουσες, επαγγελματικώς διαχειριζόμενες θεραπείες είναι πιο αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων διαταραχών, όπως η κατάθλιψη και το άγχος (Mains και Scogin, 2003).

Ένα παγκόσμιο πρόβλημα των ασθενών είναι η μεγάλη τάση τους να επιλέγουν επώνυμα φάρμακα έναντι των εγχώριων γενόσημων φαρμάκων ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως μας πληροφορούν οι Xiao και Xu (2014). Σύμφωνα με την έρευνά τους στην Κίνα, περίπου το 75% των ασθενών σε μια αίθουσα αναμονής μιας κλινικής υγείας θεωρούν τα εισαγόμενα επώνυμα φάρμακα ανώτερα των εγχώριων γενόσημων και ισχυρίζονται ότι θα προτιμούσαν να επιλέγουν τα εισαγόμενα για όσο μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά. Σε γενικές γραμμές οι άνθρωποι στις αναπτυσσόμενες χώρες έχουν χαμηλές γνώσεις για την υγεία, με αποτέλεσμα να ξεχωρίζουν και να επιλέγουν τα φάρμακά τους μόνο από τους κατασκευαστές τους. Ακόμη, το χαμηλό επίπεδο γνώσεών τους για την υγεία δεν τους αφήνει περιθώρια προσωπικής επιλογής κι έτσι οι ασθενείς συνήθως ακολουθούν την κατεύθυνση που τους δίνουν οι γιατροί τους. Δυστυχώς, μια σημαντική αναλογία των γιατρών εκφράζουν αρνητικές αντιλήψεις για τα γενόσημα φάρμακα (Xiao&Xu, 2014).

Ταυτόχρονα, οι προβαλλόμενες από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης διαφημίσεις, είναι η κύρια πηγή πληροφόρησής τους για τις φαρμακευτικές αγωγές. Ωστόσο, εκτός από τις διαφημίσεις, πληροφορίες για την ποιότητα των φαρμάκων συχνά μεταφέρονται από στόμα σε στόμα ανάμεσα σε ασθενείς που πάσχουν από την ίδια ασθένεια (Xiao και Xu, 2014). Οι φαρμακευτικές εμπειρίες των άλλων είναι μεγάλη επιρροή για τη χρήση του συγκεκριμένου φαρμάκου, καθώς οι άνθρωποι εμπιστεύονται ιδιαίτερα κάποιον που έχει τέτοια εμπειρία. Έτσι, η εναλλαγή των εγχώριων γενόσημων φαρμάκων σε εισαγόμενα επώνυμα φάρμακα συνήθως προσβάλλεται από τέτοιες βιοματικές ιστορίες. Σημαντική, τέλος, είναι και η πεποίθηση που έχουν οι άνθρωποι ότι όσο πιο ακριβό είναι το προϊόν που αγοράζεται, τόσο

καλύτερο θα είναι. Έτσι, καθώς οι ασθενείς αγοράζουν τα επώνυμα φάρμακα ακριβότερα από τα γενόσημα, έχουν την πεποίθηση ότι είναι και καλύτερα, ακόμη κι αν κανένας τους δεν έχει προηγούμενη εμπειρία τους.

### **1.5. Η Παρούσα Έρευνα**

Η παρούσα έρευνα, σε γενικές γραμμές, έχει στόχο να εξεταστεί κατά πόσο υπάρχουν σχέσεις ανάμεσα στον τρόπο διαχείρισης θεμάτων υγείας κάτω από συνθήκες ασθένειας και κατά πόσο υπάρχει πιθανότητα εκούσιας έναρξης λήψης φαρμακευτικής αγωγής όσο επιδεινώνονται τα συμπτώματα μιας ασθένειας χωρίς τη συνταγή ιατρού. Ακόμη, μελετήσαμε τη σχέση που έχει η αύξηση του άγχους υγείας με την εκούσια λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Τέλος, θέλαμε να δούμε κατά πόσο υπάρχουν διαφορές στα αποτελέσματά μας όταν η ασθένεια αφορά το ίδιο το άτομο και όταν αφορά κάποιο οικείο, αγαπημένο πρόσωπο.

Πιο συγκεκριμένα, η εναλλακτική μας υπόθεση στην περίπτωση της «έναρξης φαρμακευτικής αγωγής» έχει ως εξής:

- **H<sub>1</sub>:** Υπάρχει αρνητική σχέση και αλληλεπίδραση ανάμεσα στην εκούσια έναρξη φαρμακευτικής αγωγής και επιδείνωση σωματικών συμπτωμάτων.

Η εναλλακτική μας υπόθεση στην περίπτωση του «άγχους υγείας» έχει ως εξής:

- **H<sub>2</sub>:** Υπάρχει αρνητική σχέση και αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άγχος υγείας και στην εκούσια χρήση φαρμακευτικής αγωγής.

Υποθέτουμε ότι όσο αυξάνεται η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η εκούσια έναρξη χρήσης φαρμάκων θα μειώνεται, όπως αντίστοιχα θα συμβαίνει όσο θα αυξάνεται το άγχος υγείας, είτε τα συμπτώματα αφορούν τον εαυτό είτε κάποιον οικείο.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **2.1. Το Δείγμα**

Το δείγμα της έρευνάς μας αποτελείται συνολικά από 261 άτομα, τα περισσότερα εκ των οποίων είναι φοιτητές των τμημάτων Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης, ενώ από το τμήμα Ψυχολογίας ερωτήθηκαν μόνο πρωτοετείς φοιτητές (λόγω εμπειρίας των φοιτητών μεγαλύτερων ετών από τα μαθήματα), προκειμένου οι απαντήσεις να παραμείνουν ανεπηρέαστες από εξειδικευμένες γνώσεις πάνω στον τομέα της Ψυχολογίας και να αποφευχθούν εικασίες για το σκοπό της έρευνας, που αφορά τον τομέα της Ψυχολογίας της Υγείας. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο που αφορούσε στα συμπτώματα των ίδιων συμπληρώθηκε από 133 άτομα και το ερωτηματολόγιο που αφορούσε στα συμπτώματα κάποιου οικείου συμπληρώθηκε από 128 άτομα ( σύνολο 80 άνδρες, 181 γυναίκες). Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 18 έως 29 ετών. Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων ήταν τα 20 έτη, ενώ 11 άτομα δεν ανέφεραν την ηλικία τους. Οι 35 δήλωσαν ότι νοσούσαν το διάστημα διεξαγωγής της έρευνας και 225 ότι ήταν υγιείς. Ακόμη, 73 από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έπασχαν από κάποια ασθένεια στο παρελθόν, ενώ 188 ότι δεν έπασχαν. Τέλος, 100 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι κάποιο οικείο τους πάσχει από κάποια ασθένεια και 158 δήλωσαν ότι κανένας δικός τους δεν νοσεί.

## **2.2. Τα εργαλεία**

Αρχικά, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτηματολογίων προκειμένου να δούμε τη συναισθηματική τους κατάσταση. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες απάντησαν σε πέντε (5) ερωτήσεις σχετικά με το πόσο υγιείς θεωρούν τους εαυτούς τους και πόσο ανησυχούν για την υγεία τους (π.χ., «Όταν σκέφτομαι την φυσική μου υγεία μένω με ένα αίσθημα ανησυχίας»).

Για την καταγραφή των πιθανών αντιδράσεων των συμμετεχόντων στο ενδεχόμενο μιας σοβαρής ασθένειας, κατασκευάσαμε μια σειρά από πέντε (5) σύντομων σεναρίων (π.χ., «Ένα άτομο ένιωθε κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες αδυναμία και είχε ανεβάσει πυρετό. Παράλληλα, είχε βήχα που κάποιες στιγμές γινόταν έντονος»), που αναφερόταν σε συμπτώματα μιας σοβαρής ασθένειας (καρκίνος του πνεύμονα), η οποία δεν κατανομάζεται. Κάθε σενάριο περιλάμβανε επιδεινούμενα συμπτώματα σε σχέση με τα προηγούμενα (ήπια στο πρώτο σενάριο έως πολύ βαριά στο τελευταίο). Μετά από κάθε σενάριο οι συμμετέχοντες καλούντο να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτήσεων, ίδιας για κάθε σενάριο. Τρεις ερωτήσεις αναφέρονται στο βαθμό επικινδυνότητας που αντιλαμβάνεται το άτομο σε σχέση με τα περιγραφόμενα συμπτώματα (π.χ., «Σε ποιο βαθμό θα θεωρούσατε τα συμπτώματα αυτά επικίνδυνα για την υγεία σας;»). Οι ερωτήσεις ήταν οι ίδιες σε όλα τα ερωτηματολόγια, με τη διαφορά ότι τα μισά περίπου από αυτά αναφέρονταν στον ίδιο τον εαυτό και τα υπόλοιπα σε κάποιον οικείο. Ακόμη, δέκα ερωτήσεις αναφέρονται σε πιθανούς τρόπους αντίδρασης σε κάθε σενάριο (π.χ., επίσκεψη σε γιατρό, λήψη φαρμάκων, ξεκούραση, αποφυγή οποιασδήποτε ενέργειας). Οι συμμετέχοντες καλούντο να δηλώσουν πόσο πιθανό είναι να υιοθετήσουν κάθε μία από αυτές τις συμπεριφορές με τη χρήση μιας κλίμακας τύπου Likert. Από τους μισούς περίπου συμμετέχοντες ζητήθηκε να απαντήσουν σκεπτόμενοι τα σενάρια για τον εαυτό τους, ενώ από τους υπόλοιπους για κάποιον οικείο.

Στο τέλος του ερωτηματολογίου, ο κάθε συμμετέχων απάντησε σε ερωτήματα σχετικά με το φύλο, την ηλικία του και το βαθμό που θεωρεί τον εαυτό του υγιή τη δεδομένη χρονική στιγμή, καθώς και τις πιθανές εμπειρίες του συμμετέχοντα με κάποια σοβαρή ασθένεια (π.χ., «Έχετε τώρα κάποια ασθένεια ή άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας;», «Έχετε αντιμετωπίσει στο παρελθόν κάποια ασθένεια ή άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας;»).

### **2.3. Η Διαδικασία**

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε στους αμφιθεατρικούς χώρους του πανεπιστημίου Κρήτης. Οι φοιτητές συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια μόνοι τους μετά από διευκρινίσεις των ερευνητών. Οι ώρες που διεξήχθη η έρευνα ήταν πρωινές, ώστε να εξασφαλιστεί η πνευματική διαύγεια των συμμετεχόντων.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 3.1. Ανάλυση Αξιοπιστίας Άγχους Υγείας

Ο πρώτος μας στόχος ήταν να διαπιστώσουμε κατά πόσο η κλίμακα που αφορούσε τις ερωτήσεις σχετικά με το άγχος υγείας ήταν αξιόπιστες ή όχι. Για αυτόν το σκοπό χρησιμοποιήσαμε τον συντελεστή Cronbach' s Alpha, όπου όταν οι τιμές του είναι πάνω από 0,7 επαληθεύεται η αξιοπιστία των ερωτήσεων που εξετάζουμε. Σε αντίθετη περίπτωση, αν ο βαθμός αξιοπιστίας είναι χαμηλότερος, ενδέχεται να περιοριστεί η αποτελεσματικότητα της έρευνάς μας. Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι οι ερωτήσεις που αφορούσαν το άγχος υγείας είναι αξιόπιστες, καθώς οι τιμές τους είναι πάνω από 0,7.

#### **Πίνακας 1:**

*Ανάλυση αξιοπιστίας*

|              | Cronbach' s<br>alpha | Πλήθος<br>Ερωτήσεων |
|--------------|----------------------|---------------------|
| Άγχος Υγείας | 0,839                | 5                   |

### **3.2. Εκούσια Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής**

Για να διαπιστώσουμε σε ποιο βαθμό η επιδείνωση των σωματικών συμπτωμάτων σχετίζεται με την εκούσια έναρξη λήψης φαρμακευτικής αγωγής, τόσο όσον αφορά την αντίληψη για τον εαυτό όσο και για κάποιον οικείο, καθώς και το βαθμό αλληλεπίδρασης των μεταβλητών, χρησιμοποιήσαμε την ανάλυση διακύμανσης επαναληπτικών μετρήσεων (repeatedmeasuresANOVA). Ακόμη, χρησιμοποιήσαμε τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας 1% και 5%. Επιπλέον, για τη διατύπωση συμπερασμάτων χρήσιμη ήταν και η σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων της ανεξάρτητης μεταβλητής, ώστε να ελεγχθεί ο βαθμός και η ποιότητα της αλληλεπίδρασης. Τέλος, αναφορά έγινε σε κάποια διαστήματα εμπιστοσύνης, τα οποία προσδιορίζουν το εύρος μέσα στο οποίο κυμαίνονται οι πραγματικές τιμές των μέσων όρων, σε ποσοστό πιθανότητας 95%. Αν τα διαστήματα που προκύπτουν δεν περιλαμβάνουν το μηδέν, τότε τα αποτελέσματά μας είναι στατιστικώς σημαντικά.

#### **Πίνακας 2:**

*Πίνακας ανάλυσης διακύμανσης για την εκούσια έναρξη φαρμάκων*

|                       | F     | Hypothesis df | Error df | p     |
|-----------------------|-------|---------------|----------|-------|
| Εκούσια λήψη φαρμάκων | 32,83 | 4             | 252      | 0,000 |

**Πίνακας 3:**

*Μέσοι όροι απαντήσεων για τον εαυτό και για κάποιον οικείο*

| Εαυτός - Άλλος | Σωματικά Συμπτώματα | Μ.Ο.  | Τυπικό Σφάλμα | 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης |                |
|----------------|---------------------|-------|---------------|-----------------------------|----------------|
|                |                     |       |               | Μικρότερο όριο              | Υψηλότερο όριο |
| Εαυτός         | 1                   | 5,015 | 0,167         | 4,686                       | 5,344          |
|                | 2                   | 4,565 | 0,174         | 4,222                       | 4,908          |
|                | 3                   | 4,183 | 0,182         | 3,826                       | 4,541          |
|                | 4                   | 3,893 | 0,180         | 3,539                       | 4,247          |
|                | 5                   | 3,473 | 0,191         | 3,097                       | 3,850          |
| Άλλος          | 1                   | 4,103 | 0,170         | 3,768                       | 4,439          |
|                | 2                   | 3,349 | 0,178         | 2,999                       | 3,699          |
|                | 3                   | 3,032 | 0,185         | 2,667                       | 3,396          |
|                | 4                   | 2,571 | 0,183         | 2,211                       | 2,932          |
|                | 5                   | 2,397 | 0,195         | 2,013                       | 2,781          |

**Πίνακας 4:**

*Συνολικός μέσος όρος της εκούσιας λήψης φαρμάκων για κάθε επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής*

| Σωματικά Συμπτώματα | Μ.Ο.  | Τυπικό Σφάλμα | 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης |                |
|---------------------|-------|---------------|-----------------------------|----------------|
|                     |       |               | Μικρότερο όριο              | Υψηλότερο όριο |
| 1                   | 4,559 | 0,119         | 4,324                       | 4,794          |
| 2                   | 3,957 | 0,124         | 3,712                       | 4,202          |
| 3                   | 3,607 | 0,130         | 3,352                       | 3,863          |
| 4                   | 3,232 | 0,128         | 2,980                       | 3,485          |
| 5                   | 2,935 | 0,137         | 2,666                       | 3,204          |

Από τις μετρήσεις μας τα αποτελέσματά μας αναδείχθηκαν στατιστικώς σημαντικά. Πιο συγκεκριμένα από τον πίνακα 2 προκύπτει ο τύπος  $F(4, 252) = 32,83, p < 0,001$ . Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαίωσαν την υπόθεση ότι υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στην επιδείνωση των σωματικών συμπτωμάτων και την έναρξη λήψης φαρμακευτικής αγωγής. Ακόμα, στον πίνακα 3 βλέπουμε ότι υπάρχει μια σταδιακή μείωση του μέσου όρου των θετικών απαντήσεων για την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής κατά την επιδείνωση των συμπτωμάτων, τόσο στα ερωτηματολόγια που αφορούν στον ίδιο τον εαυτό (M.O. = 5,015 για το πρώτο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής και M.O. = 3,473 για το υψηλότερο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής όσον αφορά τον εαυτό), όσο και σε εκείνα που αφορούν σε κάποιο οικείο πρόσωπο (M.O. = 4,103 για το πρώτο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής όσον αφορά κάποιον οικείο και M.O. = 2,397 για το υψηλότερο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής όσον αφορά κάποιον οικείο). Αυτό φαίνεται επίσης και στον πίνακα 4, ο οποίος παρουσιάζει τους συνολικούς μέσους όρους για κάθε επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής. Επομένως, φαίνεται ότι όσο σοβαρεύουν τα συμπτώματα μιας ασθένειας, τόσο λιγότερες πιθανότητες υπάρχουν να ξεκινήσει κάποιος μόνος του, ή να συμβουλευτεί κάποιον οικείο του να ξεκινήσει μόνος του, να κάνει εκούσια λήψη φαρμακευτικής αγωγής από όσα διαθέτει σπίτι του .

### **3.3. Αναζήτηση Φαρμακευτικής Αγωγής χωρίς Ιατρική Συνταγή**

Προκειμένου να ελέγξουμε εάν η επιδείνωση των σωματικών συμπτωμάτων σχετίζεται με την αναζήτηση φαρμακευτικής αγωγής από άλλους ή από φαρμακεία, χωρίς ιατρική συνταγή, ακολουθήσαμε την ίδια διαδικασία με πριν.

**Πίνακας 5:**

*Πίνακας διακυμάνσεων για την αναζήτηση φαρμακευτικής αγωγής χωρίς ιατρική συνταγή*

| Αγωγή χωρίς<br>ιατρική<br>συνταγή | F | Hypothesis df | Error df | p     |
|-----------------------------------|---|---------------|----------|-------|
|                                   | 6 | 4             | 249      | 0,000 |

**Πίνακας 6:**

*Μέσοι όροι απαντήσεων για τον εαυτό και για κάποιον οικείο*

| Εαυτός -<br>Άλλος | Σωματικά<br>Συμπτώματα | Μ.Ο.  | Τυπικό<br>Σφάλμα | 95% Διαστήματα<br>Εμπιστοσύνης |                   |
|-------------------|------------------------|-------|------------------|--------------------------------|-------------------|
|                   |                        |       |                  | Μικρότερο<br>όριο              | Υψηλότερο<br>όριο |
| Εαυτός            | 1                      | 3,656 | 0,178            | 3,305                          | 4,007             |
|                   | 2                      | 3,820 | 0,170            | 3,485                          | 4,155             |
|                   | 3                      | 3,461 | 0,180            | 3,107                          | 3,815             |
|                   | 4                      | 3,531 | 0,192            | 3,152                          | 3,910             |
|                   | 5                      | 3,352 | 0,200            | 2,957                          | 3,746             |

|       |   |       |       |       |       |
|-------|---|-------|-------|-------|-------|
| Άλλος | 1 | 3,270 | 0,180 | 2,916 | 3,624 |
|       | 2 | 2,976 | 0,171 | 2,638 | 3,314 |
|       | 3 | 2,937 | 0,181 | 2,580 | 3,293 |
|       | 4 | 2,659 | 0,194 | 2,277 | 3,041 |
|       | 5 | 2,317 | 0,202 | 1,920 | 2,715 |

### Πίνακας 7:

*Συνολικός μέσος όρος της λήψης φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή για κάθε επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής*

| Σωματικά Συμπτώματα | Μ.Ο.  | Τυπικό Σφάλμα | 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης |                |
|---------------------|-------|---------------|-----------------------------|----------------|
|                     |       |               | Μικρότερο όριο              | Υψηλότερο όριο |
| 1                   | 3,463 | 0,127         | 3,214                       | 3,712          |
| 2                   | 3,398 | 0,121         | 3,160                       | 3,636          |
| 3                   | 3,199 | 0,128         | 2,947                       | 3,450          |
| 4                   | 3,095 | 0,137         | 2,826                       | 3,364          |
| 5                   | 2,835 | 0,142         | 2,554                       | 3,115          |

Από τις μετρήσεις μας τα αποτελέσματά μας αναδείχθηκαν στατιστικώς σημαντικά. Πιο συγκεκριμένα από τον πίνακα 5 προκύπτει ο τύπος  $F(4, 250) = 6, p < 0,001$ . Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαίωσαν την υπόθεση ότι υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στην επιδείνωση των σωματικών συμπτωμάτων και την αναζήτηση φαρμακευτικής αγωγής χωρίς ιατρική συνταγή. Ακόμα, στον πίνακα 6 βλέπουμε ότι υπάρχει μια σταδιακή μείωση του μέσου όρου των θετικών απαντήσεων για την εκούσια αναζήτηση φαρμακευτικής αγωγής κατά την επιδείνωση των συμπτωμάτων, τόσο στα ερωτηματολόγια που αφορούν στον ίδιο τον εαυτό (Μ.Ο. = 3,656 για το πρώτο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής και Μ.Ο. = 3,352 για το υψηλότερο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής όσον αφορά τον εαυτό), όσο και σε εκείνα

που αφορούν σε κάποιο οικείο πρόσωπο (M.O. = 3,270 για το πρώτο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής και M.O. = 2,317 για το υψηλότερο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής όσον αφορά κάποιο οικείο πρόσωπο). Αυτό φαίνεται επίσης και στον πίνακα 7, ο οποίος παρουσιάζει τους συνολικούς μέσους όρους. Επομένως, φαίνεται ότι όσο σοβαρεύουν τα συμπτώματα μιας ασθένειας, τόσο λιγότερες πιθανότητες υπάρχουν να αναζητήσει κάποιος μόνος του, ή να συμβουλέψει κάποιον οικείο του να αναζητήσει μόνος του, φαρμακευτική αγωγή χωρίς τη συνταγή κάποιου ειδικού.

### **3.4. Άγχος Υγείας και Φαρμακευτική Αγωγή**

Προκειμένου να διαπιστώσουμε το βαθμό στον οποίο το αυξημένο άγχος υγείας σχετίζεται με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, χρησιμοποιήσαμε το δείκτη συσχέτισης Pearsonr για εξαρτημένα δείγματα, καθώς οι βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια προέρχονται από τα ίδια άτομα.

#### **Πίνακας 8:**

*Συσχέτιση του Άγχους Υγείας με τη Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής καθώς τα συμπτώματα επιδεινώνονται*

|                 |                           |          |          |          |          |
|-----------------|---------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Άγχος<br>Υγείας | Pearson r<br>Sig<br>Άτομα | Ερ.1.5.7 | Ερ.1.5.8 | Ερ.2.5.7 | Ερ.2.5.8 |
|                 |                           | -0,011   | 0,061    | 0,049    | 0,058    |
|                 |                           | 0,866    | 0,332    | 0,432    | 0,355    |
|                 |                           | 216      | 258      | 260      | 259      |

|                 |                           |          |          |          |          |
|-----------------|---------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Άγχος<br>Υγείας | Pearson r<br>Sig<br>Άτομα | Ερ.3.5.7 | Ερ.3.5.8 | Ερ.4.5.7 | Ερ.4.5.8 |
|                 |                           | 0,087    | 0,060    | 0,086    | 0,073    |
|                 |                           | 0,161    | 0,337    | 0,168    | 0,246    |
|                 |                           | 260      | 260      | 260      | 257      |

|                 |                           |          |          |
|-----------------|---------------------------|----------|----------|
| Άγχος<br>Υγείας | Pearson r<br>Sig<br>Άτομα | Ερ.5.5.7 | Ερ.5.5.8 |
|                 |                           | 0,113    | 0,151    |
|                 |                           | 0,070    | 0,015    |
|                 |                           | 258      | 260      |

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 8, βρήκαμε ότι ο δείκτης συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών μας μεταβάλλεται για κάθε επίπεδο άγχους. Ωστόσο, όταν το επίπεδο άγχους υγείας φτάνει στο υψηλότερο στάδιο του, παρατηρούμε ότι ο δείκτης συσχέτισης είναι  $r = 0,113$  και  $r = 0,151$ , για κάθε ερώτηση που αφορά στη χρήση φαρμάκων αντίστοιχα. Το αποτέλεσμα αυτό δηλώνει ότι υπάρχει υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών μας. Προχωρώντας, λοιπόν, στην ερμηνεία αυτού του αριθμητικού αποτελέσματος, μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει μια τάση όσο αυξάνει το άγχος υγείας, τόσο να κάνει κάποιος χρήση φαρμακευτικής αγωγής.

### **3.5. Η Σχέση του Παράγοντα «Εαυτός - Άλλος» με το Άγχος Υγείας και τη Φαρμακευτική Αγωγή**

Μέσα από τις αναλύσεις που πραγματοποιήσαμε βρήκαμε ότι υπάρχει μια υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών μας, κυρίως όσον αφορά τον παράγοντα του «εαυτού». Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι όταν το επίπεδο άγχους υγείας είναι πολύ υψηλό, υπάρχει ένας δείκτης συσχέτισης του βαθμού  $r = 0,111$  και  $r = 0,131$  για τις δυο ερωτήσεις που αφορούν τη χρήση φαρμάκων από κάποιον οικείο, ενώ στις ίδιες ερωτήσεις που αφορούν τον εαυτό, ο δείκτης συσχέτισης είναι  $r = 0,103$  και  $r = 0,162$ . Βλέπουμε, επομένως, ότι η πιθανότητα χρήσης φαρμακευτικής αγωγής σε περιπτώσεις υψηλού επιπέδου



άγχους υγείας, τείνει να αφορά περισσότερο τον εαυτό, παρά κάποιο οικείο πρόσωπο (βλ. πίνακα 9).

### Πίνακας 9:

*Συσχετίσεις του Παράγοντα «Εαυτός – Άλλος» με το Άγχος Υγείας με τη Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής*

|        |                           |          |          |          |          |
|--------|---------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Εαυτός | Pearson r<br>Sig<br>Άτομα | Ερ.1.5.7 | Ερ.1.5.8 | Ερ.2.5.7 | Ερ.2.5.8 |
|        |                           | -0,047   | 0,098    | -0,092   | 0,039    |
|        |                           | 0,592    | 0,268    | 0,295    | 0,657    |
| Άλλος  | Pearson r<br>Sig<br>Άτομα | 133      | 130      | 132      | 131      |
|        |                           | 0,004    | 0,014    | 0,163    | 0,066    |
|        |                           | 0,962    | 0,878    | 0,066    | 0,462    |
|        |                           | 128      | 128      | 128      | 128      |

|        |                           |          |          |          |          |
|--------|---------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Εαυτός | Pearson r<br>Sig<br>Άτομα | Ερ.3.5.7 | Ερ.3.5.8 | Ερ.4.5.7 | Ερ.4.5.8 |
|        |                           | 0,075    | 0,043    | 0,053    | 0,118    |
|        |                           | 0,390    | 0,624    | 0,546    | 0,181    |
| Άλλος  | Pearson r<br>Sig<br>Άτομα | 133      | 133      | 133      | 131      |
|        |                           | 0,088    | 0,070    | 0,111    | 0,011    |
|        |                           | 0,327    | 0,436    | 0,214    | 0,907    |
|        |                           | 127      | 127      | 127      | 126      |

### Πίνακας 9 (συνέχεια)

|        |                           |          |          |
|--------|---------------------------|----------|----------|
| Εαυτός | Pearson r<br>Sig<br>Άτομα | Ερ.5.5.7 | Ερ.5.5.8 |
|        |                           | 0,103    | 0,162    |
|        |                           | 0,240    | 0,063    |
| Άλλος  | Pearson r<br>Sig<br>Άτομα | 132      | 133      |
|        |                           | 0,111    | 0,131    |
|        |                           | 0,216    | 0,143    |
|        |                           | 126      | 127      |

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Κύριος στόχος της έρευνας αυτής ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσο τα άτομα αναζητούν βοήθεια σε φαρμακευτικές αγωγές που τους έχει συστήσει κάποιος, χωρίς να είναι ειδικός, καθώς και σε αγωγές στις οποίες έχουν πρόσβαση από παλαιότερη ασθένεια καθώς τα συμπτώματα μιας ασθένειας επιδεινώνονται. Επίσης, βασικός στόχος ήταν η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο αυτή η αναζήτηση φαρμακευτικής αγωγής επηρεάζεται από το προσωπικό επίπεδο άγχους.

Τα αποτελέσματά μας σε γενικές γραμμές επιβεβαίωσαν τις αρχικές μας υποθέσεις. Αρχικά, το πρώτο θέμα που θέλαμε να εξετάσουμε ήταν η συμπεριφορά των ατόμων απέναντι σε μια αρνητική σωματική κατάσταση. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, οι άνθρωποι τείνουν να διαμορφώνουν την εικόνα της σωματικής τους υγείας σύμφωνα με προσωπικές αντιλήψεις για τον εαυτό τους που προέρχονται είτε από προηγούμενη εμπειρία, από αρνητικό συναίσθημα, είτε από κοινωνικούς – περιβαλλοντικούς παράγοντες (Kolk, Hanewald, Schagen&GijssbersvanWijk, 2002). Έτσι, η συμπεριφορά τους απέναντι σε θέματα υγείας προέρχεται από την επιθυμία να αποφευχθεί η ασθένεια, καθώς και από την πεποίθηση ότι μια συγκεκριμένη πράξη για την υγεία θα αποτρέψει την έναρξη ή την εξέλιξη της ασθένειας. Άλλωστε, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η κινητήρια δύναμη για την έναρξη μιας συμπεριφοράς απέναντι σε μια ασθένεια είναι η ίδια η απειλή της ασθένειας (Καραδήμας, 2005).

Στην έρευνα αυτή, η πράξη που μελετήσαμε έναντι της εξέλιξης της ασθένειας ήταν η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι καθώς τα συμπτώματα μιας σωματικής κατάστασης σοβαρεύουν, τόσο λιγότερα είναι τα άτομα που θα καταφύγουν στη λήψη φαρμάκων από αυτά που έχουν ήδη στο σπίτι τους ή από κάποιο φαρμακείο, χωρίς

τη συνταγή ενός ειδικού ή θα συμβουλέψουν κάποιον οικείο τους να κάνει χρήση φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή. Αυτό είναι ένα πολυπαραγοντικό ζήτημα. Οι άνθρωποι τείνουν να έχουν συγκεκριμένες αντιλήψεις για τα φάρμακα και τη χρησιμότητά τους, ακριβώς όπως έχουν συγκεκριμένες αντιλήψεις και για την υγεία τους. Οι Shiyambola, Farris και Chrischilles (2013), ισχυρίστηκαν ότι οι πεποιθήσεις για τα φάρμακα αποτελούν μια διαπροσωπική κοινωνικό – ψυχολογική μεταβλητή που δεν παρουσιάζει σταθερότητα στο χρόνο και μεταβάλλεται συνεχώς. Οι αντιλήψεις αυτές προέρχονται από προηγούμενες εμπειρίες από την επαφή με διάφορα φάρμακα, τόσο από την προσωπική χρήση τους όσο και από τη χρήση που έκαναν άτομα του στενού φιλικού ή οικογενειακού κύκλου τους. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκλήθηκαν κατά τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την εκτίμηση των ατόμων για τη χρήση τους, ιδίως όταν τα σωματικά συμπτώματα που βιώνουν επιδεινώνονται.

Είναι πιθανό ο φόβος της ασθένειας να αποτρέπει τα άτομα να χορηγήσουν στον εαυτό τους φαρμακευτική αγωγή χωρίς τη συμβουλή κάποιου ειδικού. Όταν τα συμπτώματα περιορίζονται σε έναν πονοκέφαλο ή μια ζαλάδα, οι άνθρωποι δεν αισθάνονται φόβο ή απειλή για την πορεία της κατάστασής τους. Εάν όμως αυτά τα απλά συμπτώματα χειροτερεύουν συνεχώς, είναι πιθανό ότι θα κυριεύονται από φόβο και για την έκβαση της κατάστασης αλλά και για την ενδεχόμενη επιρροή των ουσιών που λαμβάνουν στα ήδη υπάρχοντα συμπτώματα. Ακόμη, άτομα που δεν έχουν προηγούμενες εμπειρίες με σοβαρές ασθένειες, κυριεύονται ακόμη περισσότερο από φόβο για την υγεία τους με αποτέλεσμα να μην παίρνουν την ευθύνη της προσπάθειας αυτό - θεραπείας. Παρατηρούμε επίσης ότι όσο χειροτερεύουν τα σωματικά συμπτώματα, οι πιθανότητες να συμβουλέψει κάποιος ένα οικείο του πρόσωπο να λάβει φάρμακα χωρίς να επισκεφθεί έναν γιατρό, μειώνονται σημαντικά. Επομένως, ο φόβος εξέλιξης της ασθένειας δεν επηρεάζει μόνο το άτομο που την βιώνει, αλλά επηρεάζει και τον τρόπο που γίνεται αντιληπτή από κάποιον παρατηρητή. Οι Petersen,

VandenBerg, Janssens και VandenBerg (2011), αντίαλλάζουν οι αναπαραστάσεις της ασθένειας, θα ήταν πιο αποτελεσματικό να αναγνωριστούν και να στοχοποιηθούν ορισμένες μεταβλητές προκειμένου να βελτιωθούν η καλή ψυχολογία και η συμπεριφορά υγείας, ιδίως σε καταστάσεις όπου τα συμπτώματα ολοένα και χειροτερεύουν.

Το δεύτερο ζήτημα που εξετάσαμε στην έρευνα αυτή, ήταν κατά πόσο το άγχος υγείας επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι που ασθενούν ή των οποίων ασθενεί κάποιος οικείος τους, θα αντιμετωπίσουν την αυτό – χορήγηση φαρμάκων. Τα ευρήματά μας ήταν σύμφωνα με αυτά που αναμέναμε, δηλαδή, όσο αυξάνει το άγχος υγείας τόσο πιθανότερο είναι να πάρει κάποιος φάρμακα.

Σύμφωνα με την άποψη των Ouimet, Gawronski & Dozois, (2009), τα άτομα τείνουν να επεξεργάζονται τις εισερχόμενες πληροφορίες με έναν τρόπο που συμφωνεί με τις προσωπικές απόψεις τους για τον κόσμο και τον εαυτό τους. Το αυξημένο άγχος υγείας επηρεάζει την προσωπική αντίληψη του καθενός για την σωματική του υγεία, αλλά και για την εμφάνιση ή εξέλιξη μιας ασθένειας. Το άγχος είναι γνωστό για τις καταστροφικές συναισθηματικές και σωματικές συνέπειες που προκαλεί σ' αυτόν που το βιώνει. Όταν, λοιπόν, το άτομο υποφέρει από άγχος είναι πιο πιθανό να ξεκινήσει μια φαρμακευτική αγωγή για να αποφύγει την επιδείνωση της σωματικής του κατάστασης. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε το γεγονός ότι η γενικευμένη αγχώδη διαταραχή θεωρείται ότι διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην αποφευκτική συμπεριφορά, σύμφωνα με τους Reinecke, Rinck, Becker και Hoyer (2013), καθώς πιστεύεται ότι προβλέπει τη συναισθηματική επεξεργασία των πιο αποτρεπτικών εμπειριών. Επιπλέον, το αίσθημα του άγχους επηρεάζει την πνευματική κατάσταση του ατόμου σε σημείο τέτοιο που να θεωρεί τη φαρμακευτική αγωγή ως μόνη λύση της κατάστασης τους, υποδεικνύοντας μια παντελή έλλειψη αντικειμενικής κρίσης και αποφεύγοντας κάθε επαφή με ειδικούς υγείας. Το άγχος μπορεί να καθοδηγεί τον πάσχοντα

σε παρορμητικές συμπεριφορές και αποφάσεις, χωρίς να του αφήνει περιθώρια εναλλακτικής δράσης.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα μας υπέδειξαν ότι υπάρχει ένας διαφορετικός τρόπος προσέγγισης της φαρμακευτικής αγωγής από άτομα που υποφέρουν από άγχος υγείας, όσον αφορά τον παράγοντα του πάσχοντα εαυτού ή του πάσχοντα άλλου. Πιο συγκεκριμένα, τα δεδομένα μας έδειξαν ότι καθώς τα επίπεδα άγχους για την υγεία αυξάνονται, είναι πιθανότερο αυτός που βιώνει το άγχος να ξεκινήσει μια αγωγή, ενώ δεν είναι τόσο πιθανό να συμβουλέψει κάποιο οικείο του πρόσωπο που νοσεί να ξεκινήσει την ίδια αγωγή. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις συγκεκριμένες αντιλήψεις που σχηματίζει ο καθένας για τον εαυτό του και την ασθένειά του κάτω από στρεσογόνες καταστάσεις. Όταν όμως ο λόγος έρχεται στο επίπεδο του αγαπημένου άλλου, οι κρίσεις του ατόμου είναι ενδέχεται να είναι πιο αντικειμενικές και οικολογικές. Οι άνθρωποι παίρνουν πιο εύκολα την ευθύνη του εαυτού τους απ' ό,τι την ευθύνη κάποιου άλλου και ίσως σ' αυτό οφείλονται και τα μειωμένα ποσοστά σύστασης λήψης φαρμάκων σε κάποιον οικείο.

Ταυτόχρονα παρατηρούμε ότι τα συνολικά αποτελέσματα της έρευνάς μας δεν είναι αρκετά ισχυρά, καθώς ο βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές μας δεν είναι πολύ υψηλός. Αφενός βλέπουμε ότι η επιδείνωση των συμπτωμάτων κάνει λιγότερο πιθανή την έναρξη λήψης φαρμακευτικής αγωγής χωρίς συνταγογράφηση, αλλά αφετέρου βλέπουμε ότι τα αυξημένα επίπεδα άγχους υγείας καθιστούν πιθανότερη την έναρξή της. Υποθέτουμε, επομένως σύμφωνα με τα ευρήματα μας, ότι ο πιο επικίνδυνος παράγοντας στην έναρξη λήψης φαρμακευτικής αγωγής χωρίς ιατρική συνταγή δεν είναι τα σωματικά συμπτώματα και ο βαθμός σοβαρότητάς τους, αλλά το επίπεδο άγχους που βιώνει ο ασθενής. Καθώς το άγχος είναι μια κατάσταση που από μόνη της επιδεινώνει την ψυχική αλλά και σωματική κατάσταση του ασθενούς, ο ίδιος μπορεί να κάνει χρήση φαρμάκων μόνο και μόνο για να απαλλαγεί από τα συμπτώματα που προκαλούνται από το άγχος.

Κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας συναντήσαμε ορισμένες δυσκολίες, οι οποίες πιθανώς να επηρέασαν την ερευνητική διαδικασία. Αρχικά, το δείγμα μας αποτελείτο από 261 άτομα, ένας αριθμός ικανοποιητικός για την φοιτητική κοινότητα, αλλά καλό θα ήταν τέτοιου είδους έρευνες να αποτελούνται από περισσότερα άτομα. Επιπλέον, ένα ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δεν την αντιμετώπισαν με τη σοβαρότητα που τους ζητήθηκε, αφήνοντας αναπάντητα ερωτήματα ή απαντώντας χωρίς να σκεφτούν καλά το νόημα και περιεχόμενο της ερώτησης. Ακόμη, παράγοντες όπως η τωρινή υγεία του εκάστοτε συμμετέχοντα ή των οικείων του προσώπων, καθώς και η συναισθηματική και πνευματική κατάσταση του καθενός τη στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, είναι πιθανό να αλλοίωσαν τα αποτελέσματά μας.

Ωστόσο, τα ευρήματα της έρευνας αυτής παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον, καθώς τονίζουν τη σημασία του άγχους κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας και το βαθμό στον οποίο τα άτομα αναζητούν φαρμακευτική αγωγή χωρίς τη συμβουλή ενός ειδικού. Τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη φορέων που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι κ.ά.) σε άτομα που νοσούν, ώστε να υπάρχει καταλληλότερη ψυχολογική υποστήριξη. Τα άτομα που λαμβάνουν μόνα τους φαρμακευτική αγωγή πρέπει να ενημερώνονται για την επικινδυνότητα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημικών ουσιών που λαμβάνουν και να δέχονται την απαραίτητη κλινική και ψυχολογική υποστήριξη που τους αρμόζει.

Όσον αφορά τις προτάσεις μας για νέες έρευνες, θα προτείναμε τη δημιουργία ενός νέου ερωτηματολογίου, το οποίο θα περιλαμβάνει περισσότερες ερωτήσεις σχετικά με τα φάρμακα (π.χ., τι είδους φάρμακα λαμβάνουν μόνοι τους; Παισιόνα; Αντιβιώσεις; Ψυχοτρόπα;). Το ζήτημα της λήψης φαρμακευτικής αγωγής χωρίς ιατρική συμβουλή και παρακολούθηση, σε ορισμένες περιπτώσεις, αποτελεί ένα εξαιρετικά σημαντικό και ενδιαφέρον κλινικό ζήτημα που χρήζει περισσότερης έρευνας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Andrews, G., & Henderson, S. (2000). Unmet need in psychiatry. Problems, resources, responses. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H. (2007). Threat-Related Attentional Bias in Anxious and Nonanxious Individuals: A Meta-Analytic Study. *Psychological Bulletin*, 133, 1, 1–24.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: The Guilford Press.
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., Borus, J. F. (2001). Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 266-275.
- Beevers, C. G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clinical Psychology Review*, 25, 975–1002.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30, 657-668.
- Brady, R. E., Lohr, J. M. (2013). A behavioral test of contamination fear in excessive health anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 122-127.
- Brata, C., Gudka, S., Schneider, C. R., Clifford, R. M. (2014). A review of the provision of appropriate advice by pharmacy staff for self-medication in developing countries. *Research in Social & Administrative Therapy*, 4-32.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science and Medicine*, 20, 1, 29-37.

- Fergus, T. A., Valentiner, D. P. (2010). Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 438-444.
- Gawronsky, B., Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and Propositional Processes in Evaluation: An Integrative Review of Implicit and Explicit Attitude Change. *Psychological Bulletin*, 132, 5, 692-731.
- Hadjistavropoulos, H. D., Craig, K. D., Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 149-164.
- Haefel, G. J., Abramson, L. Y., Brazy, P. C., Shah, J. Y., Teachman, B. A., Nosek, B. A. (2007). Explicit and implicit cognition: A preliminary test of a dual-process theory of cognitive vulnerability to depression. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1155–1167.
- Hager, M. S., Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common - Sense Model of Illness Representations. *Psychology and Health*, 18, 2, 141–184.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., Asnaani, A. (2012). Emotion Dysregulation Model of Mood and Anxiety Disorders. *Depression and Anxiety*, 29, 409-416.
- Horne, R., Graupner, L., Frost, S., Weinman, J., Wright, S. M., Hankins, M. (2004). Medicine in a multi-cultural society: the effect of cultural background on beliefs about medications. *Social Science & Medicine*, 59, 1307–1313.
- Horne, R., Weinman, J. (1999). Patient's Beliefs about Prescribed Medicines and their Role in Adherence to Treatment in Chronic Physical Illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 6, 555–567.
- Janz, N. K., Becker, M. H. (2004). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11, 1, 1-47.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.



- Karademas, E., Christopoulou, S., Dimostheni, A., Pavlu, F. (2008). Health anxiety and cognitive interference: Evidence from the application of a modified Stroop task in two studies. *Personality and Individual Differences*, 44, 1138–1150.
- Kolk, A. M. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S., Gijsbers van Wijk, C. M. T. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science & Medicine*, 57, 2343–2354.
- Kolk, A. M. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S., Gijsbers van Wijk, C. M. T. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization. A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 35–44.
- Krautwurst, S., Gerlach, A. L., Gomille, L., Hiller, W., Witthöft, M. (2014). Health anxiety - An indicator of higher interoceptive sensitivity?. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 303-309.
- Kroenke, K. (2003). The Interface Between Physical and Psychological Symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 5, 11-18.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. (1998). Gender Differences in the Reporting of Physical and Somatoform Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60, 150-155.
- Leventhal, H., Cameron, L. (1987). Behavioral Theories and the Problem of Compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117- 138.
- Lobban, F., Barrowclough, C., Jones, S. (2003). A review of the role of illness models in severe mental illness. *Clinical Psychology Review*, 23, 171–196.
- Mains, J. A., Scogin, F. R. (2003). The Effectiveness of Self-Administered Treatments: A Practice-Friendly Review of the Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 237–246.
- Mardby, A. C., Akerlind, I., Jörgensen, T. (2007). Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Education and Counseling*, 69, 158-164.

- Martin, A., Jacobi, F. (2006) Features of Hypochondriasis and Illness Worry in the General Population in Germany. *Psychosomatic Medicine*, 68, 770–777.
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M., Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 792-798.
- Noyes, R. (1999). The Relationship of Hypochondriasis to Anxiety Disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21, 8–17.
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., Abramowitz, J. S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder?. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 481–482.
- Olchowska-Kotala, A. (2013). Illness representations in individuals with rheumatoid arthritis and the willingness to undergo acupuncture treatment. *European Journal of Integrative Medicine*, 5, 347–351.
- Ouimet, A. J., Gawronski, B., Dozois, D. J. A. (2009). Cognitive vulnerability to anxiety: A review and an integrative model. *Clinical Psychology Review*, 29, 459–470.
- Petersen, S., Van den Berg, R. A., Janssens, T., Van den Berg, O. (2011). Illness and symptom perception: A theoretical approach towards an integrative measurement model. *Clinical Psychology Review*, 31, 428–439.
- Porteous, T., Francis, J., Bond, C., Hannaford, P. (2010). Temporal stability of beliefs about medicines: implications for optimizing adherence. *Patient Education and Counseling*, 79, 225–230.
- Reinecke, A., Rinck, M., Becker, E. S., Hoyer, J. (2013). Cognitive-behavior therapy resolves implicit fear associations in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 15-23.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15, 2, 175-183.

Rozema, H., Vollink, T., Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 849–857.

Saltonstall, R. (1993). Health bodies, Social bodies: Men's and Women's Concepts and Practices of Health in Everyday Life. *Social Science and Medicine*, 36, I, 7-14.

Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. (1986). Case Histories and Shorter Communications. *Behavior Research and Therapy*, 24, 5, 597-602.

Schepis, T. S., Hakes, J. K. (2014). The association between nonmedical use of prescription medication status and change in health-related quality of life: Results from a Nationally Representative Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 1-7.

Sherry, D. L., Sherry, S. B., Vincent, N. A., Stewart, S. H., Hadjistavropoulos, H. D., Doucette, S., et. al. (2014). Anxious attachment and emotional instability interact to predict health anxiety: An extension of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 56, 89–94.

Shiyanbola, O. O., Farris, K. B., Chrischilles, E. (2013). Concern beliefs in medications: Changes over time and medication use factors related to a change in beliefs. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9, 446–457.

Shiyanbola, O. O., Farris, K. B. (2010). Concerns and Beliefs About Medicines and Inappropriate Medications: An Internet-Based Survey on Risk Factors for Self-Reported Adverse Drug Events Among Older Adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 8, 245-257.

Smith, E. R., Decoster, J. (2000). Dual-Process Models in Social and Cognitive Psychology: Conceptual Integration and Links to Underlying Memory Systems. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 2, 108-131.

Stainton – Rogers, W. (1951). *Explaining Health and Illness: An Exploration of Diversity*. London: Prentice-Hall.

- Strack, F., Deutsch, R. (2004). Reflective and Impulsive Determinants of Social Behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8, 3, 220-247.
- Trostle, J. A. (1988). Medical Compliance as an Ideology. *Social Science and Medicine*, 27, 12, 1299-1308.
- Viswanathan, H., Lambert, B.L. (2005). An inquiry into medication meanings, illness, medication use, and the transformative potential of chronic illness among African Americans with hypertension. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 1, 21-39.
- Xiao, Z., Xu, F. (2014). Health literacy and medication preference: Why do most patients choose imported brand-name drugs?. *Patient Education and Counseling*, 95, 155-156.
- Zadoroznyj, M., Svarstad, B. L. (1990). Gender, Employment and Medication Use. *Social Science and Medicine*, 31, 9, 971-978.
- Zedler, B. K., Kakad, P., Colilla, S., Murrelle, L., Shah, N. R. (2011). Does Packaging with a Calendar Feature Improve Adherence to Self-Administered Medication for Long-Term Use? A Systematic Review. *Clinical Therapeutics*, 33, 62-73.