



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ:

**Αντίληψη των συμπτωμάτων της Άνοιας σε
υγιή άτομα**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΟΥ ΖΩΗ

A.M. 2576

Επιβλέπων Καθηγητής

Καραδήμας Ευάγγελος

Ρέθυμνο, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
1. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ - ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΑΝΟΙΑ	6
1.1 Αντίληψη συμπτωμάτων	6
1.2 Μοντέλα αντίληψης συμπτωμάτων.....	8
1.3 Άγχος υγείας.....	12
1.4 Άνοια – Παρουσίαση ασθένειας	14
1.5 Παρούσα έρευνα	15
2. ΜΕΘΟΔΟΣ	17
2.1 Δείγμα.....	17
2.2 Εργαλεία.....	17
2.3 Ερευνητική διαδικασία.....	18
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	20
3.1 Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	20
3.2 Συχνότητα εμφάνισης των δυο συμπτωμάτων της άνοιας.....	20
3.3 Συσχέτιση αντίληψης συμπτωμάτων και πηγών πληροφόρησης.....	21
3.4 Συσχέτιση άγχους υγείας με αριθμό συμπτωμάτων.....	22
3.5 Συσχέτιση αντίληψης συμπτωμάτων με ασθένεια τώρα, ασθένεια στο παρελθόν και ασθένεια άλλου ατόμου από το στενό περιβάλλον	23
3.6 Αντίληψη συμπτωμάτων και παράγοντας φύλου.....	24
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	25
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	29
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	34

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αντίληψη των συμπτωμάτων αποτελεί μια διαδικασία με πολυπαραγοντικό χαρακτήρα. Αυτό που παρατηρούμε είναι ότι οι καταστάσεις που επικρατούν μια δεδομένη στιγμή είναι δυνατό να επηρεάσουν την αντίληψή του ατόμου απέναντι σε ένα πιθανό σύμπτωμα. Πιο συγκεκριμένα, κοινωνικοί, πολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες είναι αυτοί που επηρεάζουν τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα. Στην παρούσα πτυχιακή εργασία αυτό που μελετάμε είναι οι παράγοντες που παρεμβαίνουν στην αντίληψη των συμπτωμάτων και στη γενικότερη συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στην ασθένεια και την υγεία και πιο συγκεκριμένα εξετάσαμε την αντίληψη των συμπτωμάτων σε ότι σχετίζεται με την άνοια. Εξετάστηκαν οι επιδράσεις που σχετίζονται με την αντιληπτική διαδικασία, όπως είναι το φύλο αλλά και η επίδραση από τις δύο μεταβλητές που είναι το άγχος υγείας και η ψυχική υγεία.

Στο πρώτο μέρος γίνεται μια διεξοδική ανάλυση στην αντίληψη των συμπτωμάτων, την ανάλυση της άνοιας και τα χαρακτηριστικά της ασθένειας, αλλά και το άγχος υγείας.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται αναλυτικά η έρευνα. Αναφέρονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος, η ανάλυση από το Statistical Package for the Social Sciences 19.0 (SPSS), που αποτελεί το πρόγραμμα το οποία επιλέξαμε για την ανάλυση των δεδομένων, τη μέθοδο που ακολουθήσαμε για να διεξαχθεί η έρευνα, τα εργαλεία και η διαδικασία που ακολουθήθηκε, τα οποία αναλύονται σε επιμέρους κεφάλαια.

Τέλος, ακολουθεί συζήτηση των ευρημάτων και σύνδεση με υπάρχουσες μελέτες ώστε να διαπιστωθούν τυχόν ομοιότητες ή διαφορές.

Λέξεις - κλειδιά: αντίληψη συμπτωμάτων, άγχος υγείας, άνοια, φύλο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία και η ασθένεια είναι όροι που χρησιμοποιούμε ευρύτατα στο καθημερινό μας λεξιλόγιο προκειμένου να περιγράψουμε μια σειρά από καταστάσεις – είτε κυριολεκτικά είτε μεταφορικά. Ανεξάρτητα από την κυριολεκτική ή τη μεταφορική τους χρήση, οι όροι είναι εννοιολογικές κατηγορίες οι οποίες κατασκευάζονται κοινωνικά, ενσωματώνοντας τις αξίες, τις αντιλήψεις και τις αναπαραστάσεις μιας κοινωνίας για το τι είναι υγιές και τι άρρωστο, τι φυσιολογικό και τι παθολογικό.

Οι αντιλήψεις και οι αναπαραστάσεις συγκροτούνται σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο από μία συγκεκριμένη κοινωνία, με βάση την εμπειρία και τις γνώσεις της γύρω από αυτά τα θέματα. Επίσης, επηρεάζει τον τρόπο που αυτές οι καταστάσεις (η υγεία και η ασθένεια) βιώνονται και αντιμετωπίζονται από την ίδια την κοινωνία.

Οι αντιλήψεις της για την υγεία και την ασθένεια αποτυπώνονται στο χώρο, εκφράζονται και αναπαράγονται μέσω αυτού. Την ίδια στιγμή, όμως, ο χώρος είναι το περιβάλλον στο οποίο ζουν οι κοινωνίες, επομένως, σχετίζεται άμεσα και επηρεάζει την κατάσταση της υγείας της.

Παλαιότερα δεν υπήρχαν τα κατάλληλα ιατρικά όργανα ούτε οι απαραίτητες γνώσεις, και η μόνη δυνατότητα διάγνωσης μίας νόσου ήταν από τα εξωτερικά της συμπτώματα. Πολλές ασθένειες δεν εμφανίζουν εξωτερικά συμπτώματα παρά μόνο σε ένα πολύ προχωρημένο στάδιο, έτσι το σώμα που νοσεί καταλήγει να ταυτίζεται με τη σάρκα που σαπίζει και που είναι έτοιμη να πεθάνει. Ως εκ τούτου το ασθενές ταυτιζόταν με το εξωτερικά άσχημο και το υγιές με το εξωτερικά όμορφο.

Με την πάροδο των χρόνων όμως οι αντιλήψεις αλλάζουν και ολοένα και περισσότεροι ερευνητές στρέφονται σε νέα μονοπάτια όσον αφορά την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, όπως

αναφέρουν οι Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (2008), τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των ψυχολόγων στο χώρο της υγείας έχει στραφεί σε ψυχοβιολογικές διαστάσεις. Οι επιπτώσεις του στρες, οι ψυχοσωματικές διαταραχές και τα αίτιά τους, οι επιπτώσεις της αρρώστιας στον ψυχισμό και τη συμπεριφορά του ατόμου καθώς και οι επιδράσεις των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία αποτελούσαν τα κυριότερα αντικείμενα έρευνας.

Ωστόσο κάθε άνθρωπος ορίζει με τον δικό του μοναδικό τρόπο τι είναι υγεία. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει η προσωπικότητα, αλλά και το περιβάλλον στο οποίο έχει μεγαλώσει. Οι κοινωνικοί παράγοντες, οι συνθήκες, οι εμπειρίες, το φύλο αλλά και άλλοι πολιτισμικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί παράγοντες που θα τους αναλύσουμε εκτενέστερα στην ακόλουθη έρευνα είναι αυτοί που επηρεάζουν την αντίληψη του καθενός για τα συμπτώματα.

1. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ - ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΑΝΟΙΑ

1.1 Αντίληψη συμπτωμάτων

Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1995) είναι πολλά τα ερωτήματα για το τι είναι η ασθένεια και οι περισσότεροι από εμάς τα έχουμε σκεφτεί. Τα ερωτήματα αυτά σχετίζονται κυρίως με τη μορφή της ασθένειας, τα αίτιά της, το γιατί εκδηλώνεται, αν είναι σοβαρή και γενικότερα πως μπορούμε να ορίσουμε τον όρο ασθένεια. Παράγοντες όπως η αναγνώριση κάποιων συμπεριφορών που οδηγούν σε ασθένεια αλλά και η αναγνώριση κάποιων συμπτωμάτων που οφείλονται σε σοβαρές παθήσεις, οδηγούν συνήθως, τα άτομα στο γιατρό.

Ως αντίληψη συμπτωμάτων θα μπορούσαμε να ορίσουμε την ικανότητα που διακρίνει το κάθε άτομο στο να αντιλαμβάνεται τις αλλαγές που εκδηλώνονται στο σώμα του, στην ψυχή του και στα συναισθήματά του. γενικά οτιδήποτε φαίνεται στη συμπεριφορά του να μην είναι φυσιολογικό. Σημαντικό κομμάτι αποτελεί η συμπεριφορά και οι όλοι παράγοντες, καθώς και η εμπειρία που έχει αποκτήσει ο κάθε άνθρωπος για την υγεία στην πορεία της ζωής του. Επιρροή στην αντίληψη των συμπτωμάτων αποτελούν οι πληθυσμιακοί παράγοντες. Ακόμη το μορφωτικό επίπεδο και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης φαίνεται να ασκούν μεγάλη επιρροή. (Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijssbers van Wijk, 2002).

Άλλος παράγοντας που επηρεάζει την αντίληψη των συμπτωμάτων είναι οι ατομικές διαφορές. Κάθε άτομο φαίνεται να έχει διαφορετικές αντοχές στις σωματικές αλλαγές και μια διαφορετικό βαθμό ευαισθησίας στο να αντιληφθεί ένα σύμπτωμα. Αλλά σημαντικό είναι να αναφέρουμε πως και το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην αντίληψη των συμπτωμάτων. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μια μεγαλύτερη ευαισθησία όσον αφορά τα συμπτώματα μιας ασθένειας. Ακόμη σημαντικό παράγοντα αποτελεί το περιβάλλον, όπου ένα σύμπτωμα μπορεί να φανεί λιγότερο ή περισσότερο σοβαρό. Επίσης η μάθηση φαίνεται να ασκεί μεγάλη

επιρροή. Κάθε άτομο μαθαίνει από παιδί για το ποια συμπτώματα είναι σοβαρά και ποια όχι. Τελευταίο παράγοντα αποτελούν οι ψυχοκοινωνικές επιδράσεις. Παράγοντες όπως το συναίσθημα αλλά και οι γνωστικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την αντίληψη των σωματικών αισθήσεων. (Αναγνωστόπουλος, & Παπαδάτου, 1995).

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν πως η διεργασία αντίληψης των συμπτωμάτων επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες που καθορίζουν και την πορεία της ασθένειας. Ανάμεσα στους παράγοντες που αναφέραμε στην συγκεκριμένη εργασία, ήταν και το φύλο. Σύμφωνα με τον Martinez (2012) οι γυναίκες αντιλαμβάνονται πιο γρήγορα την εμφάνιση των σωματικών συμπτωμάτων στο σώμα τους σε σύγκριση με τους άνδρες. Δε θα μπορούσαμε να μην αναφερθούμε και στον τρόπο που εξωτερικεύουν τα δύο φύλα τις ανησυχίες τους για της ασθένειες. Οι γυναίκες και πάλι φαίνεται εδώ να διαφέρουν από τους άνδρες, οι οποίοι φαίνεται να δυσκολεύονται να εξωτερικεύσουν τις ανησυχίες τους και να αναφερθούν σε σωματικά συμπτώματα. (Gijssbers van Wijk & Kolk, 1995).

Σημαντικό κομμάτι αποτελεί η ψυχολογική αντίληψη των αισθητηριακών πληροφοριών. Πιο συγκεκριμένα η αντίληψη μιας σωματικής αίσθησης περιλαμβάνει τη φυσιολογική εκπροσώπηση των προσαγωγών πληροφοριών συμπεριλαμβανομένου τον εντοπισμό, την ένταση ή την ποιότητα της αίσθησης. Εκτός από τη φυσιολογική αναπαράσταση, η ψυχολογική αναπαράσταση μιας αίσθησης περιλαμβάνει μια διαδικασία αξιολόγησης, η οποία εξετάζει την εφαρμογή των αισθητηριακών πληροφοριών με γενικότερα υποκειμενικά μοντέλα για την υγεία και την ασθένεια. (Janssens, Petersen, Van den Berg, R., & Van den Bergh, T., 2011).

Έρευνα έχει δείξει ότι μόνο άτομα με επιλεκτική προσοχή στο σώμα είχαν προφανώς μια ιδιαίτερη προτίμηση στο να αποδώσουν ότι σχετίζεται με την ασθένεια, σε σωματικά συμπτώματα. Άτομα με χρόνια ασθένεια ή αρνητική συναισθηματικότητα δεν προτίμησαν να

αποδώσουν τα συμπτώματα τους σε σωματικά αίτια. (Gijssbers van Wijk, Kolk, Manewald, & Schagen, 2001). Σύμφωνα με τους Janssens et al (2011), πεποιθήσεις σχετικά με τις αισθήσεις, δηλαδή ένας υποκειμενικός σύνδεσμος μεταξύ μιας αίσθησης και μιας άλλης πτυχής του ατομικού κόσμου, μπορεί να καθοριστεί με διάφορες μορφές μάθησης.

Σύμφωνα πάλι με τους Janssens et al (2011), μια σημαντική πτυχή της ψυχικής αναπαράστασης της ασθένειας και των συμπτωμάτων είναι ο εγγενής πολυδιάστατος χαρακτήρας τους. Τα νοητικά μοντέλα για μια ασθένεια μπορούν να περιλαμβάνουν σκέψεις και ανησυχίες σχετικά με τη φύση της ασθένειας ή για τις αιτίες, τις συνέπειες, χρονοδιαγράμματα και τον έλεγχο. Η έρευνα για την αναπαράσταση της ασθένειας τονίζει τη συναισθηματική συνιστώσα της αντίληψης της ασθένειας, με την εισαγωγή ενός πλαισίου στο οποίο οι γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της ασθένειας υποβάλλονται σε παράλληλη επεξεργασία. Η γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία δεν αποτελούν ανεξάρτητες διαδικασίες μεταξύ τους. Υπάρχει μια αλληλεπίδραση των δύο τρόπων επεξεργασίας στη διαμόρφωση των νοητικών αναπαραστάσεων. Όσον αφορά το σχηματισμό της πεποίθησης μιας ασθένειας απαιτεί τη δημιουργία ενός συνδέσμου μεταξύ της ασθένειας και μια άλλη πτυχή του εσωτερικού ή εξωτερικού κόσμου του ατόμου. Αυτή η σύνδεση μπορεί να καθοριστεί με διάφορες μορφές μάθησης όπως η μάθηση μέσω παρατήρησης.

1.2 Μοντέλα αντίληψης συμπτωμάτων

Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων νοητικών διεργασιών και έχουν προταθεί αρκετά διαφορετικά μοντέλα, τα οποία εξηγούν τη διαδικασία της αντίληψης. (Petersen van den Berg, Janssens & van den Berg, 2011) . Το κάθε μοντέλο εξηγεί την αντίληψη με βάση τον τρόπο μελέτης που ακολουθεί, η ειδοποιός διαφορά των μοντέλων που αναπτύχθηκαν ενάγεται στις γνωστικές και συναισθηματικές

διαστάσεις, τον τρόπο που μελετούν την αλληλεπίδραση των συστατικών και τέλος διερευνούν κατά πόσο αυτές οι ενώσεις βασίζονται σε κάποιο θεωρητικό υπόβαθρο.

Με βάση τους Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου (1995), το βιοϊατρικό μοντέλο περιλαμβάνει τους ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τους τομείς της αρρώστιας και δίνει έμφαση σε βιολογικούς παράγοντες. Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, η ασθένεια αντιμετωπίζεται ως ένα οργανικό, σωματικό και μηχανικό πρόβλημα. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως ένα βιολογικό περιστατικό, και η ασθένεια απομονώνεται σε μεγάλο βαθμό από την υπόλοιπη ζωή του. Ο ασθενής αποτελεί παθητικό δέκτη της θεραπευτικής προσέγγισης και δίνεται μόνο στοιχειώδης έμφαση στον τρόπο ζωής του ασθενούς χωρίς να λαμβάνει ενεργό ρόλο στην αυτοϊαση του.

Οι Howren και Sulus (2011) αναφέρουν ότι οι Watson και Pennebaker (1989), στην κλασική υπόθεση τονίζουν τη σύνδεση μιας ποικιλίας αρνητικών συμπτωμάτων με την υπερβολική έκθεση των φυσικών συμπτωμάτων. Επίσης, αναφέρεται ότι η τάση της υπερβολής, η συχνότητα και η σοβαρότητα των σωματικών ενοχλήσεων προέρχονται από την αρνητική συναισθηματικότητα ή τη νεύρωση που παρουσιάζει το άτομο.

Με το βιοϊατρικό μοντέλο έρχεται να διαφωνήσει στο έργο του σχετικά με τα σωματικά συμπτώματα ο Pennebaker (1982), ο οποίος απορρίπτει το παραδοσιακό βιοϊατρικό μοντέλο το οποίο προϋποθέτει μία αιτιατή σχέση μεταξύ των βιολογικών καταστάσεων και των συμπτωμάτων. Αν και τα συμπτώματα βασίζονται γενικά στις πραγματικές φυσιολογικές αλλαγές, στην ίδια τη φυσιολογική δραστηριότητα, πιστεύει ότι είναι ανεπαρκής για να εξηγήσει την εμπειρία των συμπτωμάτων. Εκτός από τους βιολογικούς παράγοντες, επικεντρώνεται στους ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των συμπτωμάτων προσφέροντας μια ευρύτερη βιοψυχοκοινωνική προοπτική. (Kolk. & van Wijk 1997).

Σύμφωνα με το μοντέλο του Pennebaker (1982), ένα σύμπτωμα είναι αποτέλεσμα μιας αντιληπτικής διαδικασίας. Όπως τα αντιληπτικά φαινόμενα, έτσι και τα συμπτώματα μπορούν να γίνουν αντιληπτά σύμφωνα με τις ίδιες αντιληπτικές διαδικασίες που έχουν παραδοσιακά εμπλακεί στην αντίληψη του εξωτερικού ερεθίσματος (οπτικό, ακουστικό). Το αναφερόμενο μοντέλο αντίληψης των συμπτωμάτων, είναι σχεδιασμένο σύμφωνα με τις γενικές πληροφορίες ενός επεξεργαστικού μοντέλου και θεωρείται ότι καθοδηγεί την επεξεργασία των εξωτερικών πληροφοριών. (Kolk. & van Wijk 1997).

Από την άλλη παρουσιάζεται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο επίσης παρουσιάζεται ως αντίποδας του βιοϊατρικού μοντέλου. Αποτελεί λοιπόν συνδυασμό φυσικού και ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος. Η υγεία ορίζεται ως η αλληλεπίδραση της σωματικής, διανοητικής και συναισθηματικής υπόστασης του ατόμου που βρίσκονται σε μια ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1995). Πιο συγκεκριμένα το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αντιμετωπίζει την ασθένεια ως μια κατάσταση όπου η συμπεριφορά μπορεί να επηρεάσει πολύ πιο άμεσα την υγεία (είτε αρνητικά είτε θετικά). Ο κάθε ασθενής αποτελεί έναν μοναδικό συνδυασμό ατομικών διαφορών και χαρακτηριστικών, και η αγωγή προσαρμόζεται σύμφωνα με αυτό το ατομικό προφίλ. Ο ασθενής επικοινωνεί και με τη συμπεριφορά του και με τις εκφράσεις του σώματός του. Η ψυχολογική κατάσταση κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική στη θεραπευτική αγωγή.

Ένα θεωρητικό μοντέλο για να διερευνήσει τα σημαντικότερα πρότυπα, τα οποία συμβάλλουν στη διαμόρφωση των αναπαραστάσεων του εαυτού έχουν προταθεί από τη θεωρία κοινωνικής σύγκρισης και τη θεωρία χρονικής σύγκρισης. Αυτές οι θεωρίες προτείνουν ότι τα άτομα χρειάζονται πρότυπα σύγκρισης για την κατασκευή της αυτοαντίληψης τους, και την αξιολόγηση της άποψής τους, τις δεξιότητες, την κοινωνική θέση ή τη σωματική κατάσταση. (Janssens et al 2011).

Η αντίληψη της ασθένειας και της υγείας ως ευρύτερη έννοια ή πραγματικές εσωτερικές αισθήσεις παρουσιάζει μια τέτοια περίπτωση έλλειψης αντικειμενικών προτύπων, λόγω του σχετικού ουσιαστικού χαρακτήρα. Κατά την αξιολόγηση μιας σωματικής κατάστασης, τα άτομα πρέπει να χρησιμοποιούν πρότυπα αναφοράς, όπως η προσωπική εμπειρία ισχυρότερων ή ασθενέστερων συμπτωμάτων στο παρελθόν, ή πεποιθήσεις σχετικά με την αντίληψη των αισθήσεων από σχετικούς άλλους όπως ασθενείς ή υγιή άτομα. (Janssens et al 2011).

Σύμφωνα με άλλο μοντέλο αντίληψης το οποίο είναι το γνωστικό – ψυχολογικό μοντέλο αντίληψης των συμπτωμάτων σημαντική είναι η επίδραση της προσοχής, οι στρατηγικές διαδικασίες απόδοσης και οι παράγοντες προσωπικότητας στην καθημερινή εμπειρία των φυσικών συμπτωμάτων. (Cecile, Gijssbers van Wijk & Kolk 1996).

Όπως αναφέρουν οι Cecile et al (1996), το βασικό θέμα του μοντέλου είναι ότι οι σωματικές πληροφορίες προκύπτουν από φυσιολογικές σωματικές διεργασίες, περιβαλλοντικές επιρροές, ασθένειες ή συναισθήματα. Λόγω των περιορισμένων ικανοτήτων προσοχής μόνο ένα μέρος των διαθέσιμων πληροφοριών από το σώμα ή το περιβάλλον θα επεξεργαστεί συνειδητά: στρατηγικές προσήλωσης που θα αποφασίσουν σε ποιο βαθμό οι σωματικές πληροφορίες επιλέγονται για επεξεργασία. Το κατά πόσον αυτές οι σωματικές αισθήσεις συνεχώς επισημαίνονται ως φυσικά συμπτώματα, δηλαδή ως ενδεικτικό της ασθένειας ή ως ψυχολογικά συμπτώματα, εξαρτάται από την ερμηνεία τους από τον παρατηρητή. Ιδιαίτερα οι αιτίες που έχουν αποδοθεί στις σωματικές αισθήσεις, προσδιορίζουν αν στο τέλος τα σωματικά συμπτώματα των ψυχολογικών παραγόντων είναι εμπειρικά κι έχουν αναφερθεί. Τόσο η προσοχή όσο και οι στρατηγικές απόδοσης υπέθεσαν ότι επηρεάζονται από παράγοντες προσωπικότητας όπως η σωματοποίηση (δηλαδή την τάση να βιώνουν και να αναφέρουν φυσικά συμπτώματα απουσία οργανικής παθολογίας) και η

αρνητική συναισθηματικότητα (δηλαδή την τάση να βιώνουν και να αναφέρουν αρνητικές καταστάσεις της διάθεσης).

1.3 Άγχος υγείας

Το άγχος υγείας αποτελεί πολύ συχνό φαινόμενο και η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα διερευνά τα αίτια, την προέλευση και τους παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται μαζί του. Ο ορισμός του άγχους παίρνει διαφορετικές έννοιες ανάλογα με την ερμηνεία που του δίνει το κάθε άτομο. Ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός του άγχους αναπτύχθηκε το 1978 από τους Lazarus και Launier, οι οποίοι θεωρούσαν το άγχος ως μια αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του πλαισίου που ανήκει. Το άγχος αντιλαμβάνεται ως μια αγχωτική κατάσταση και ως μια αντιληπτική ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει το στρεσογόνο γεγονός και ως εκ τούτου να μειώσει το στρες που βιώνει.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το περιορισμένο άγχος κάνει τον οργανισμό να κινητοποιείται και να αντιδρά άμεσα στον επερχόμενο κίνδυνο. Όμως το συνεχές άγχος δημιουργεί παρατεταμένη διέγερση και ως εκ τούτου είναι πολύ πιθανό να καταλήξει ένα άτομο ασθενής. (Cannon,1929).

Άγχος υγείας χαρακτηρίζεται το υπέρμετρο άγχος γύρω από τις συνθήκες υγείας. Ένα άτομο με άγχος υγείας, αποφεύγει ή εμμένει σε συμπεριφορές που βλάπτουν ή ευεργετούν αντίστοιχα την υγεία του. η συγκεκριμένη αγχώδης διαταραχή έχει διάφορες διαβαθμίσεις, με πιο αναπτυγμένη την υποχονδρίαση. (Warwick & Salkovskis,1989).

Το άγχος υγείας σύμφωνα με τα κριτήρια DSM –IV, ορίζεται ως η συνεχής ενασχόληση με το φόβο ή την ύπαρξη μιας σοβαρής ασθένειας. Ο φόβος ύπαρξης μιας ασθένειας αποτελεί

ένα πολυδιάστατο φάσμα το οποίο κυμαίνεται μεταξύ ήπιου φόβου και κλινικής υποχονδρίας. (Hitchcock & Mathews, 1991).

Ο Fergus (2014), σε μελέτη του, ασχολήθηκε με τη σχέση του άγχους υγείας και των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και υποστήριξε ότι το άγχος υγείας πιθανότατα ανήκει στις ψυχαναγκαστικές διαταραχές. Τα άτομα δηλαδή με ψυχαναγκαστικές διαταραχές, εμφανίζουν συχνά άγχος για την υγεία τους. (Wheaton, Berman, Franklin & Abramowitz, 2010).

Το άγχος υγείας φαίνεται να επηρεάζει τους ανθρώπους ανεξαρτήτως φύλου, θρησκείας ή άλλων πολιτισμικών παραγόντων. Τα άτομα με υποχονδρίαση νομίζουν ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια ακόμη και αν το έχει διαψεύσει ειδικός. (Warwick, 1989). Όλη αυτή η ενασχόληση με την υγεία παρακωλύει τα άτομα στο να ασχοληθούν εξ ολοκλήρου με τις καθημερινές τους δραστηριότητες, την εργασία τους, την οικογένειά τους και την κοινωνική τους ζωή.

Οι Salkovskis και Bass (1997), έκαναν λόγο για τρεις μηχανισμούς οι οποίοι φαίνεται να σχετίζονται με τη διατήρηση της διαταραχής. Αρχικά το άγχος, όπως είχαμε προαναφέρει, προκαλεί διέγερση όταν υπάρχει παραπάνω από το φυσιολογικό, κάτι το οποίο τα άτομα με υποχονδρίαση, αυτή τη διέγερση την αντιλαμβάνονται ως ασθένεια. Στη συνέχεια έκαναν λόγο για την επιλεκτική προσοχή των ατόμων σε πληροφορίες που σχετίζονται με σωματικά συμπτώματα και ασθένειες. Και ο τρίτος μηχανισμός αναφέρεται στις συμπεριφορές που επικεντρώνονται στον έλεγχο, την αποφυγή και την εξάλειψη μιας ασθένειας. Οι συνθήκες αυτές ενισχύουν τις λανθασμένες αντιλήψεις για την υγεία και εντείνουν το πρόβλημα.

1.4 Άνοια – Παρουσίαση ασθένειας

Ο λόγος της άνοιας έχει μια μακρά ιστορία. Ο Berrios (1994), κάνει μια υπόθεση για την αποφυγή της σύγχυσης της έννοιας και των συμπεριφορών που εμπλέκονται και την εμφάνιση του ιατρικού μοντέλου. Το επίκεντρο του ιατρικού μοντέλου είναι η άνοια ως ασθένεια και η απώλεια της «κανονικότητας» των ατόμων που πάσχουν από αυτήν. Η νευροπαθολογία κυριαρχεί στο ιατρικό μοντέλο με έμφαση στις πτωτικές γνωστικές ικανότητες του ατόμου. (Innes, 2002).

Η άνοια χαρακτηρίζεται από πολλαπλά γνωστικά ελλείμματα που περιλαμβάνουν και έκπτωση της μνήμης. Οι διάφορες άνοιες ταξινομούνται σύμφωνα με την αιτιολογία τους: άνοια τύπου Alzheimer, αγγειακή άνοια, άνοια οφειλόμενη σε άλλες γενικές ιατρικές καταστάσεις (π.χ. νόσο από HIV, τραύμα κεφαλής, νόσο του Parkinson, νόσο του Huntington), άνοια επίμονη προκαλούμενη από ουσίες (ουσίες κατάχρησης, φάρμακο ή τοξίνη), άνοια πολλαπλής αιτιολογίας και άνοια μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Βασικό χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, που περιλαμβάνουν έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον κάποια από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας. (Μάνου, 2008).

Η πλειοψηφία των μελετών συμφωνούν ότι υπάρχουν τρία κύρια σύνδρομα: η διέγερση, η ψύχωση και οι διαταραχές της διάθεσης. Ανησυχία προκαλούν τα συμπτώματα της επιθετικότητας, της ευερεθιστότητας και η νευρικότητα. Το 25% των ατόμων με άνοια (σε κλινικό περιβάλλον) παρουσιάζουν παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. (Ballard, Day, Sharp, Sorensen, & Wing, 2008).

Η διαχείριση της άνοιας θα πρέπει να ξεκινήσει με την αξιολόγηση του βαθμού της ανεπάρκειας αλλά και των κοινωνικών συνθηκών του ασθενούς. Ο σχεδιασμός της

συμβουλευτικής διαδικασίας θα πρέπει να στοχεύει -κατά το δυνατό- στη βελτίωση της λειτουργικότητας, στην ανακούφιση των στρεσογόνων συμπτωμάτων, στην παροχή βοήθειας, στο πρακτικό επίπεδο της καθημερινότητας και στην υποστήριξη της οικογένειας. (Κυριακίδης, 2011).

Διακρίνεται μια έλλειψη στην ευαισθητοποίηση και την κατανόηση της άνοιας σε κάποιο επίπεδο στις περισσότερες χώρες. Συχνά θεωρείται ότι είναι ένα φυσιολογικό μέρος της γήρανσης, ή μια κατάσταση για την οποία δε μπορεί να γίνει τίποτα. Αυτή η κατάσταση επηρεάζει όχι μόνο τους ίδιους τους ανθρώπους με άνοια, αλλά και τους φροντιστές και τις οικογένειές τους. Τα χαμηλά επίπεδα ευαισθητοποίησης συμβάλλουν στο στιγματισμό και στην απομόνωση. Λανθασμένη κατανόηση δημιουργεί εμπόδια για την έγκαιρη διάγνωση και την πρόσβαση σε συνεχή ιατρική και κοινωνική φροντίδα, που κατά συνεπεία οδηγεί και σε ένα μεγάλο κενό στη θεραπεία. (World Health Organization, 2012).

1.5 Παρούσα έρευνα

Στην παρούσα έρευνα θα διερευνήσουμε πως ορισμένοι παράγοντες επηρεάζουν την αντίληψη των συμπτωμάτων. Ακόμη θα ασχοληθούμε με το άγχος υγείας και πώς σχετίζεται με την αντίληψη των συμπτωμάτων, αλλά και πιο συγκεκριμένα με τα συμπτώματα που αφορούν στην άνοια. Από όλα τα συμπτώματα που ανέφεραν οι συμμετέχοντες επέλεξα να ασχοληθώ με δύο από αυτά (απώλεια μνήμης και αποπροσανατολισμός), τα οποία και θεώρησα περισσότερο αντιπροσωπευτικά για την ασθένεια της άνοιας. Θα αναφερθούμε στο πώς σχετίζονται τα συμπτώματα με την άνοια, τι ρόλο παίζει το άγχος υγείας στον αριθμό των συμπτωμάτων, αν επηρεάζεται η αντίληψη των συμπτωμάτων για την άνοια από τους τρεις παράγοντες οι οποίοι είναι αν τα άτομα βιώνουν κάποια ασθένεια τη δεδομένη στιγμή,

αν έχουν βιώσει στο παρελθόν ή αν κάποιο κοντινό τους άτομο έχει βιώσει. Τέλος θα ασχοληθούμε και με τις επιδράσεις που έχει το φύλο στην αντίληψη των συμπτωμάτων.

Υποθέσεις έρευνας:

- Υποθέτουμε ότι το άγχος υγείας θα σχετίζεται με μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων.
- Υποθέτουμε ότι αν κάποιο συγγενικό πρόσωπο των ερωτηθέντων έχει βιώσει κάποια σοβαρή ασθένεια, τότε οι συμμετέχοντες στην έρευνα θα είναι περισσότερο ενημερωμένοι για τα συμπτώματα.
- Υποθέτουμε ότι σε ότι αφορά το φύλο, οι γυναίκες λόγω μεγαλύτερης ενασχόλησής τους με ιατρικά θέματα, θα αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα από τους άντρες.

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 82 άτομα εκ των οποίων οι 30 ήταν άντρες και οι 51 γυναίκες, δηλαδή το 37% και το 63% αντίστοιχα. (Στο ένα ερωτηματολόγιο δεν έχει συμπληρωθεί το φύλο, γι αυτό το σύνολο αντρών και γυναικών είναι 81). Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονται μεταξύ 18 έως 29 χρόνων. Το 6,2% ανέφερε ότι παρουσιάζει τη συγκεκριμένη στιγμή κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας και το 32,1% ότι έχει παρουσιάσει στο παρελθόν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας. Τέλος το 56,8% ανέφερε ότι κάποιο κοντινό άτομο αντιμετώπισε ή αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας.

2.2 Εργαλεία

Προκειμένου να μελετήσουμε τις αντιλήψεις που σχετίζονται με το άγχος υγείας χρησιμοποιήσαμε την υποκλίμακα άγχους υγείας από το Multidimensional Health Questionnaire (Snell & Johnson, 1997). Οι ερωτούμενοι απάντησαν με μια κλίμακα τύπου Likert από το 1(=καθόλου αντιπροσωπευτικό) μέχρι το 5(=απόλυτα αντιπροσωπευτικό). Ενδεικτικά θέματα της υποκλίμακας: I)Αισθάνομαι άγχος όταν σκέφτομαι την υγεία μου, II)Ανησυχώ για το πόσο υγιές είναι το σώμα μου.

Έπειτα προκειμένου να μελετηθεί η αντίληψη των συμπτωμάτων μιας ασθένειας και πιο συγκεκριμένα της άνοιας, αναπτύξαμε για τους σκοπούς της έρευνας ένα ερωτηματολόγιο το οποίο ρωτούσε το εξής: «Ακούγοντας το πρόβλημα υγείας άνοια, υπάρχουν κάποιο ή κάποια συμπτώματα που σας έρχονται στο μυαλό και θεωρείτε σχετικά με το πρόβλημα αυτό; Ή κάποιος συνδυασμός συμπτωμάτων;», όπου οι ερωτώμενοι μπορούσαν να δώσουν 7 πιθανές

απαντήσεις ή συνδυασμό απαντήσεων. Στη συνέχεια κάτω από την ερώτηση, τους ζητούσαν να αναφέρουν την προέλευση των γνώσεών τους με 5 πιθανές επιλογές, δηλαδή αν η γνώση τους προέρχεται από προσωπική εμπειρία, από ασθένεια συγγενούς/γνωστού, τύπο/διαδίκτυο, από κάποιον επαγγελματία υγείας ή από κάποια άλλη πηγή.

Επιπλέον στα δημογραφικά στοιχεία τους τέθηκε η εξής ερώτηση προκειμένου να μελετήσουμε το άγχος υγείας: « Πόσο καλή είναι κατά τη γνώμη σας η υγεία σας σήμερα με μια κλίμακα από το 0 ως το 100. Το «0» είναι η χειρότερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε και «100» η καλύτερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε». Ακόμη ρωτήθηκαν τα εξής: I)Έχετε τώρα κάποια ασθένεια ή άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας, II)Έχετε αντιμετωπίσει στο παρελθόν κάποια ασθένεια ή άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας και III)Αντιμετωπίζει ή αντιμετώπισε στο παρελθόν κάποιος από τη στενή οικογένεια σας (γονείς, αδέρφια) κάποιο σοβαρό ή χρόνια πρόβλημα ασθένειας (π.χ. καρδιαγγειακή νόσο, άνοια, νεοπλασία).

2.3 Ερευνητική διαδικασία

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων έγινε με τη χορήγηση ερωτηματολογίων σε ανθρώπους γενικού πληθυσμού και σε φοιτητές. Τα δύο πρώτα σκέλη του ερωτηματολογίου, δηλαδή σχετικά με την παρούσα κατάσταση της υγείας του αλλά και με την υγεία του τέσσερις εβδομάδες πριν από την έρευνα, συμπληρώθηκαν από τον ίδιο υπό την καθοδήγηση του ερευνητή. Οι δύο επόμενες ενότητες οι οποίες σχετίζονται με την αντίληψη των συμπτωμάτων για κάποιες ασθένειες (έμφραγμα μυοκαρδίου, άνοια και καρκίνος του πνεύμονα), αλλά και με την αντίληψη του κάθε συμμετέχοντα για την εικόνα ενός υγιούς και ενός μη υγιούς ατόμου, συμπληρώθηκαν από τον ερευνητή. Στο τελευταίο σκέλος του ερωτηματολογίου, συμπληρώθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του συμμετέχοντα με

Μέσο Όρο (Μ.Ο.) ηλικίας τα 22 έτη καθώς και διευκρινιστικές ερωτήσεις για το αν έχει τώρα κάποια ασθένεια, αν είχε στο παρελθόν και αν αντιμετωπίζει ή αντιμετώπισε στο παρελθόν κάποιος από τη στενή οικογένεια (γονείς, αδέρφια) κάποιο σοβαρό ή χρόνιο πρόβλημα ασθένειας.

Σχετικά με την ενημέρωση των συμμετεχόντων, υπήρξε στην πρώτη σελίδα σχετική αναφορά όπου ανακοινώνει ότι οι ερωτήσεις σχετίζονται με πιθανά συμπτώματα κάποιων ασθενειών. Παρακινούνται να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο αυθόρμητοι και ενημερώνονται ότι η όλη διαδικασία θα διαρκέσει λίγο. Τους ανακοινώνεται ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική αλλά πολύ σημαντική για την έρευνα και ότι τα δεδομένα των απαντήσεων θα είναι εντελώς εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά για επιστημονικούς σκοπούς.

Στην τελευταία σελίδα του ερωτηματολογίου αναφέρονται τα δημογραφικά στοιχεία που οι συμμετέχοντες καλούνται επίσης να συμπληρώσουν καθώς και να αξιολογήσουν την υγεία τους τη συγκεκριμένη στιγμή. Η αυτό-αξιολόγηση έγινε με κλίμακα 0-100, και ακόμη τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν αν αντιμετώπισαν ή αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας οι ίδιοι ή κάποιο κοντινό τους πρόσωπο. Στο τέλος τους ευχαριστούμε για τη βοήθεια που μας προσέφεραν ώστε να ολοκληρωθεί η παρούσα μελέτη.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Ξεκινώντας την ανάλυση έγινε η αξιολόγηση των δεδομένων προκειμένου να ελεγχθούν οι υποθέσεις. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, λοιπόν, χρησιμοποιήσαμε το λογισμικό πακέτο Statistical Package for the Social Sciences 19.0 (SPSS). Επίσης τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων στην παρούσα έρευνα είναι το χ^2 και το T-test και ο δείκτης που επιλέχθηκε για τη συσχέτιση των μεταβλητών είναι ο Pearson Correlation.

3.2 Συχνότητα εμφάνισης των δυο συμπτωμάτων της άνοιας

Στην παρούσα έρευνα, από τα συμπτώματα της άνοιας τα οποία αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, επιλέξαμε να ασχοληθούμε με δύο εξ' αυτών. Συγκεκριμένα ασχοληθήκαμε με την απώλεια μνήμης και με τον αποπροσανατολισμό. Παρατηρούμε λοιπόν, με βάση τον πίνακα στην ανάλυση των δεδομένων, ότι η απώλεια μνήμης, εκτός από το γεγονός ότι αναφέρθηκε από όλους τους συμμετέχοντες, σε μεγάλο ποσοστό αναφέρθηκε ως πρώτο σύμπτωμα. Πιο συγκεκριμένα τα 58 από τα 82 άτομα το ανέφεραν πρώτα απ' όλα τα συμπτώματα της άνοιας. Ποσοστό δηλαδή που φτάνει το 70,7%. Ο αποπροσανατολισμός από την άλλη, αναφέρθηκε από τα 71 άτομα και πρώτος στην κατάταξη εμφανίστηκε από 5 συμμετέχοντες. Μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είχε ως δεύτερο σύμπτωμα όπου εμφανίστηκε 16 φορές.

3.3 Συσχέτιση αντίληψης συμπτωμάτων και πηγών πληροφόρησης

Με βάση την ανάλυση των δεδομένων που σχετίζονται με την πηγή πληροφόρησης από εμπειρία, από ασθένεια γνωστού, από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε., από κάποιον ειδικό επαγγελματία ή από κάτι άλλο των αναφερόμενων συμπτωμάτων της άνοιας, παρατηρούμε μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων στην πηγή πληροφόρησης από κάποιον γνωστό και από τα Μ.Μ.Ε.

Πιο συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει καμία θετική απάντηση ως προς την εμπειρία. Ακόμη παρατηρούμε ότι το 43,9% απάντησε πως η πηγή πληροφόρησής του είναι από ασθένεια γνωστού και το 47,6% από τα Μ.Μ.Ε., οι δύο αυτές πηγές διαπιστώνουμε ότι έχουν και τα υψηλότερα ποσοστά. Ένα μικρότερο ποσοστό της τάξης του 9,8% αναφέρει την ενημέρωσή του από κάποιον ειδικό επαγγελματία.

Χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό κριτήριο Chi – Square (χ^2), προκειμένου να μελετήσουμε αν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των πηγών πληροφόρησης και της αντίληψης των συμπτωμάτων. Διαπιστώσαμε σχετικά με το σύμπτωμα της απώλειας της μνήμης ότι και στις τρεις περιπτώσεις (γνωστός, Μ.Μ.Ε. και ειδικός/ επαγγελματίας) το $p > 0.05$, δηλαδή το $p = .080$, $p = .115$, $p = .252$ αντίστοιχα. Όσον αφορά το δεύτερο σύμπτωμα που είναι ο αποπροσανατολισμός, επίσης δεν υπήρξε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των πηγών πληροφόρησης και της αντίληψης του συμπτώματος με $p > 0.05$, δηλαδή $p = .375$, $p = .469$, $p = .243$ για γνωστό, Μ.Μ.Ε. και ειδικό/ επαγγελματία αντίστοιχα.

Πίνακας 1

Συσχέτιση αντίληψης συμπτωμάτων και πηγών πληροφόρησης για απώλεια μνήμης

Chi – Square Test (χ^2)

Απώλεια μνήμης (σύμπτωμα 1)	N	M.O	P
Γνωστός	82	12,681	,080
M.M.E.	82	11,579	,115
Ειδικός/Επαγγελματίας	82	9,012	,252

Πίνακας 2

Συσχέτιση αντίληψης συμπτωμάτων και πηγών πληροφόρησης για αποπροσανατολισμό

Chi – Square Test (χ^2)

Αποπροσανατολισμός (σύμπτωμα 2)	N	M.O	P
Γνωστός	71	7,535	,375
M.M.E.	71	6,628	,469
Ειδικός/Επαγγελματίας	71	9,133	,243

3.4 Συσχέτιση άγχους υγείας με αριθμό συμπτωμάτων

Ας δούμε τώρα κατά πόσο σχετίζεται το άγχος υγείας με τον αριθμό των συμπτωμάτων που αναφέρει ο κάθε συμμετέχοντας. Παρατηρούμε λοιπόν με βάση τον δείκτη συσχέτισης Pearson Correlation (Pearson r) δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του άγχους υγείας και του αριθμού των συμπτωμάτων, $r = -.050$, $p > 0.05$.

3.5 Συσχέτιση αντίληψης συμπτωμάτων με ασθένεια τώρα, ασθένεια στο παρελθόν και ασθένεια άλλου ατόμου από το στενό περιβάλλον

Σε ότι αφορά τη συσχέτιση μεταξύ της ασθένειας τώρα και της αντίληψης των συμπτωμάτων παρατηρούμε ότι υπάρχει μικρός αριθμός ατόμων που απάντησαν θετικά και αυτό που μας ενδιαφέρει είναι να παρατηρήσουμε τα αποτελέσματα ατόμων οι οποίοι είναι υγιείς τη δεδομένη στιγμή της έρευνας οπότε και δεν θα ασχοληθούμε με τη συγκεκριμένη παράμετρο.

Παρατηρήσαμε λοιπόν τα αποτελέσματα σχετικά με το αν το άτομο είχε ασθενήσει κάποια στιγμή στο παρελθόν και κατά πόσο επηρέασε την αντίληψη των συμπτωμάτων. Παρατηρήθηκε λοιπόν στατιστική σημαντικότητα, αλλά όχι αρκετά υψηλή, $t(79)=1,94$, $p<.06$, ενώ σε ότι αφορά την ασθένεια κάποιου άλλου δεν παρατηρήθηκε στατιστική σημαντικότητα, $t(79)=0.95$, $p>.06$.

Πίνακας 3

Συσχέτιση αντίληψης συμπτωμάτων με ασθένεια _ πριν και ασθένεια _ άλλος

	N	M.O	T.A	Βαθμοί ελευθερίας	P
Ασθένεια πριν ναι	26	2,9231	,89098	79	,057
όχι	55	2,4909	,95980		
Ασθένεια άλλος ναι	46	2,7174	1,00362	79	,346
όχι	35	2,5143	,88688		

3.6 Αντίληψη συμπτωμάτων και παράγοντας φύλου

Σύμφωνα με τα δημογραφικά στοιχεία που αναφέραμε και στην αρχή της παρούσας εργασίας, τον αντρικό πληθυσμό αποτελούν 30 άτομα και το γυναικείο 51 άτομα. Όσον αφορά τα συμπτώματα που εξετάζουμε από το σύνολο των ατόμων που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, και τα 82 άτομα ανέφεραν την απώλεια της μνήμης ως σύμπτωμα της άνοιας και τον αποπροσανατολισμό 70 από τα 82.

Το ότι το πρώτο σύμπτωμα αναφέρθηκε και από τα 82 άτομα, συνεπάγεται ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες εφόσον αναφέρθηκε από όλους. Πράγμα το οποίο φανερώνεται και από τον πίνακα, όπου τα στατιστικά στοιχεία σύμφωνα με το στατιστικό κριτήριο χ^2 δεν είναι στατιστικώς σημαντικά, με $p=,835$, δηλαδή $p>0.05$. Παρόμοιο αποτέλεσμα προκύπτει και στο δεύτερο σύμπτωμα της άνοιας που εξετάζουμε, το οποίο είναι ο αποπροσανατολισμός, όπου πάλι βρίσκουμε στατιστικώς μη σημαντικό αποτέλεσμα με $p=.679$, δηλαδή $p>0.05$. Παρατηρούμε λοιπόν ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερη διαφοροποίηση ανάμεσα στα φύλα όσον αφορά τα δύο αυτά συμπτώματα. Και οι άνδρες και οι γυναίκες αναγνωρίζουν τα δύο αυτά συμπτώματα ως συμπτώματα της άνοιας.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να περιγράψει το κατά πόσο η αντίληψη των συμπτωμάτων επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως είναι το άγχος υγείας, η πηγή πληροφόρησης των συμπτωμάτων αλλά και ο παράγοντας φύλο. Αλλά και πιο συγκεκριμένα μελετήσαμε πώς επηρεάζεται η αντίληψη για τα συμπτώματα της άνοιας από τους συγκεκριμένους παράγοντες. Μελετήσαμε τον παράγοντα άγχους υγείας αλλά και τον παράγοντα φύλο και την επίδραση που ασκούν στην αντίληψη. Κάποιες από τις υποθέσεις της έρευνας αν και με χαμηλή στατιστική σημαντικότητα, έδειξαν να εμφανίζουν βαθμό συμφωνίας με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, κάποιες άλλες ήρθαν σε αντίθεση.

Αναλυτικότερα, κατά τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση διαπιστώσαμε ότι βασικό σύμπτωμα της άνοιας αποτελεί η έκπτωση της μνήμης. Τα γνωστικά ελλείμματα είναι κατά κύριο λόγο το βασικό σύμπτωμα που βασανίζει τα άτομα που πάσχουν από την ασθένεια της άνοιας. Τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να συμφωνούν, καθώς όπως παρατηρήσαμε, όλα τα άτομα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, στην ερώτηση: «Ακούγοντας το πρόβλημα υγείας άνοια, υπάρχουν κάποιο ή κάποια συμπτώματα που σας έρχονται στο μυαλό και θεωρείτε σχετικά με το πρόβλημα αυτό; Ή κάποιος συνδυασμός συμπτωμάτων;», ανέφεραν την απώλεια μνήμης και μάλιστα το 70,7% το ανέφερε πρώτο.

Όσον αφορά την πηγή πληροφόρησης για την αντίληψη των συμπτωμάτων της άνοιας, σε ένα μεγάλο ποσοστό προέρχεται από γνωστό και στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (43,9% και 47,6% αντίστοιχα), ωστόσο όμως δεν φαίνεται να επηρεάζει την αντίληψη των συμπτωμάτων η πηγή της πληροφόρησης.

Σχετικά με τον παράγοντα άγχος υγείας, ενώ στις υποθέσεις περιμέναμε να υπάρχει κάποια συσχέτιση, δηλαδή άνθρωποι με άγχος για την υγεία τους περιμέναμε ότι θα αναφέρουν αρκετά συμπτώματα, ωστόσο κάτι τέτοιο δεν συνέβη. Αντίθετα βρήκαμε

αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών που εξετάσαμε κάτι δηλαδή που έρχεται σε αντίθεση με την βιβλιογραφία.

Σχετικά με το αν επηρεάζει την αντίληψη των συμπτωμάτων το γεγονός ότι το άτομο έχει βιώσει στο παρελθόν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας ή αν κάποιος από το κοντινό του περιβάλλον έχει βιώσει στο παρελθόν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, διαπιστώσαμε στην παρούσα έρευνα ότι ο πρώτος παράγοντας, έστω και με χαμηλό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, φαίνεται να επηρεάζει την αντίληψη των συμπτωμάτων. Κάτι που δεν το διαπιστώσαμε για τον δεύτερο παράγοντα.

Τελευταία συσχέτιση που πραγματοποιήσαμε αφορά το γεγονός αν υπάρχει κάποια επίδραση από τον παράγοντα φύλο. Από τη σχετική βιβλιογραφία που χρησιμοποιήσαμε και με βάση τις υποθέσεις που κάναμε περιμέναμε οι γυναίκες να είναι, λόγω ενασχόλησής τους με τα ιατρικά, περισσότερο ενημερωμένες για την αντίληψη των συμπτωμάτων από τους άντρες και ως εκ τούτου να αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα. ωστόσο κάτι τέτοιο δεν συνέβη.

Το αποτέλεσμα λοιπόν έρχεται σε σύγκρουση με τις μελέτες σχετικά με την αναφορά των συμπτωμάτων όσον αφορά τις γυναίκες. Σύμφωνα με μελέτες λοιπόν οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά αυτό-αναφορών σωματικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους άνδρες. Αυτή η συνέπεια των γυναικών στα συμπτώματα μπορεί να εξηγηθεί πρώτον σε διαφορές σχετικές με το φύλο σε έναν ή περισσότερους παράγοντες της έκθεσης των συμπτωμάτων, δεύτερον οι διαφορές σχετικές με το ρόλο του γένους και τρίτον το χρονικό πλαίσιο του συμπτώματος που χρησιμοποιείται ως μέτρο.(Cecile, Wijk, Kolk, 1996).

Οι διαφορές φύλου που παραδοσιακά απαντούν στην έρευνα σχετικά με την αναφορά των συμπτωμάτων, μπορούν να καλύψουν μια υποκειμενική επίδραση του ρόλου των φύλων. Οι Amandale & Hunt (1990), διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές των φύλων σε μια αυτό-αναφορά της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των φυσικών συμπτωμάτων. Αυτή η επίδραση

του φύλου στα συμπτώματα εξαφανίστηκε τελείως, ωστόσο όταν ο ρόλος του γένους προσανατολίστηκε ελήφθη υπόψη. Έτσι η διαφορά του φύλου που παρατηρείται σε ένα απλό αρσενικό/θηλυκό συγκαλύπτει μια προφανή συσχέτιση του ρόλου του γένους με σωματικά/φυσικά συμπτώματα. Ομοίως ο ρόλος του γένους σχετίζεται με τις διαφορές σε καθοριστικούς παράγοντες της αναφοράς των συμπτωμάτων και μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση των ποσοστών του αριθμού των συμπτωμάτων στις γυναίκες. (Cecile, Wijk, Kolk, 1996).

Σύμφωνα πάλι με τους Cecile, Wijk, & Kolk, (1996) σε άλλη έρευνα που διεξήχθη, ανακαλύφθηκε ότι μεταξύ των ασθενών, οι γυναίκες συγκέντρωσαν υψηλότερα ποσοστά όσον αφορά την επιλεκτική προσοχή του σώματος, στη σωματοποίηση και στην αρνητική σωματικότητα. Μεταξύ των φοιτητών οι γυναίκες είχαν υψηλότερα ποσοστά στη σωματοποίηση από τους άνδρες και οι γυναίκες φοιτήτριες ήταν πιο πιθανό να υποστηρίξουν ένα ψυχολογικό στυλ σε σχέση με τους άνδρες φοιτητές. Ούτε οι φοιτήτριες, ούτε οι γυναίκες ασθενείς ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα των εξωτερικών πληροφοριών στην καθημερινή τους ζωή σε σχέση με τους άνδρες.

Ακόμη μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι οι γυναίκες έχουν απλώς περισσότερες και πιο ασταθείς σωματικές πληροφορίες σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναικείες αναπαραγωγικές διαδικασίες, όπως ο εμμηνορροϊκός κύκλος, η εγκυμοσύνη και η εμμηνόπαυση παράγουν μια σειρά από εσωτερικές πληροφορίες οι οποίες είναι απύσες στους άνδρες. (Kolk & Wijk, 1997).

Ακόμη μέσα από έρευνες διαπιστώνουμε ότι οι γυναίκες αναφέρουν μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων και αναφέρουν τα συμπτώματα ως πιο σοβαρά απ' ό τι τα αναφέρουν οι άντρες. Ως προς τη συμπεριφορά της ασθένειας, η συσχέτιση μεταξύ των σωματικών συμπτωμάτων και της συμπεριφοράς της ασθένειας είναι σημαντικά υψηλότερη στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες. (Cecile, Van Wisk, Huisman, Kolk, 1999).

Το γεγονός ότι τα ευρήματα της έρευνάς μας δεν συμφωνούν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία οφείλεται πιθανόν στον περιορισμένο αριθμό του δείγματός μας, καθώς και στο περιορισμένο εύρος της ηλικίας των συμμετεχόντων. Προκειμένου να γενικευτούν τα αποτελέσματά μας, καλό θα ήταν να επανεξεταστούν οι παραπάνω υποθέσεις σε ένα πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, το οποίο θα περιλαμβάνει έναν μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων όλων των ηλικιών.

Εν κατακλείδι το πιο φρόνιμο θα ήταν, πριν προβούμε σε οποιοδήποτε συμπέρασμα από τη συγκεκριμένη έρευνα, να μελετήσουμε όλους τους παράγοντες ανάμεσά τους και τους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς. Να λάβουμε υπόψη μας όλες τις παραμέτρους καθώς και την ισότητα στον αριθμό όσον αφορά το φύλο, με ίσο αριθμό αντρών και γυναικών αλλά και να χρησιμοποιηθεί ένας μεγαλύτερος αριθμός δείγματος που θα περιλαμβάνει μεγαλύτερο εύρος ηλικιών. Στο μέλλον θα μπορούσε να υπάρξει έρευνα όπου θα εξετάζει πιο διεξοδικά τη σχέση του άγχους υγείας και του φύλου σε ότι αφορά την αντίληψη για τα συμπτώματα των ασθενειών σε ένα γενικότερο πλαίσιο. Όλα αυτά θα συντελούσαν σε μια πιο ολοκληρωμένη έρευνα με περισσότερα έγκυρα αποτελέσματα.

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abramowitz, J., Berman, N., C., Noah, C., M., & Wheaton, M., G., (2010). The Contribution of Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity in the Prediction of Health Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 229 - 239.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ., (2008). *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ballard, C., Day, S., Sharp, S., Sorensen, S., & Wing, G., (2008). Neuropsychiatric Symptoms in Dementia: Importance and Treatment Considerations. *International Review of Psychiatry*, 20(4), 339 – 404.
- Bentkover, J., D., Beresford, J., Curtis, J., L., Giardino, N., D., Han, M., K., Martinez, C., H., Martinez, F., J., et al. (2012). Gender differences in symptoms and care delivery for chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Women's Health (2002)*, 21(12), 1267 – 74. doi:10.1089/jwh.2012.3650
- Cannon, W., B., (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: Appleton.
- Cecile, M., T., Van Wijk, G., Huisman, H., & Kolk, A., M., (1999). Gender Differences in Physical Symptoms and Illness Behavior. A Health Diary Study. *Social Science and Medicine*, 49, 1061 – 1074.
- Johnson, G., M., A., & Snell, Jr., (1998). The Multidimensional Health Questionnaire (MHQ). Ανακτήθηκε από ιστοσελίδα <http://www4.semo.edu/snell/scales/MHQ.htm>.
- Hitchcock, P., B., & Mathews, A., (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 30(3), 223 - 34.

- Howren, M., B., & Suls, J., (2011). The symptom perception hypothesis revised: depression and anxiety play different roles in concurrent and retrospective physical symptom reporting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 182 – 95. doi:10.1037/a0021715.
- Innes, A., (2002). The social and political context of formal dementia care provision. *Ageing & Society*, 22, 483 – 499.
- Janssens, T., Petersen, S., Van den Berg, R., A., & Van den Bergh, O., (2011). Illness and Symptom Perception: A Theoretical Approach Towards an Integrative Measurement Model. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 428 – 439.
- Kolk, A., M., Hanewald, G., J., Schagen, S., & Van Wijk, G., C., M., (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2343 – 2354. Ανακτήθηκε από ιστοσελίδα <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14572841>
- Kolk, A., M., Hanewald, G., J., Schagen, S., & Van Wijk, G., C., M., (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms: A symptom perception approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(1), 35 – 44.
- Kolk, A., M., & Van Wijk, C., M., (1997). Sex Differences in Physical Symptoms: the Contribution of Symptom Perception Theory. *Social Science & Medicine*. 45(2), 231 – 46.
- Κυριακίδης, Σ., (2011). *Ανάπτυξη στην Τρίτη Ηλικία*. Αθήνα: Σχολές Γονέων.
- Μάνος, Ν., (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών

- Petersen, S., Van den Berg, R., A., Janssens, T., & Van den Bergh, O., (2011). Illness and symptom perception: a theoretical approach towards an integrative measurement model. *Clinical Psychology review*, 31(3), 428 – 439. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.002
- Salkovskis, P., M., & Bass, C., (1997). Hypochondriasis. In D. M., Clark & C., G., Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 313-339). Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P., M., & Warwick, H., M., (1986). Case histories and shorter communications. *Pergamon Journals*, 24(5), 597 – 602.
- World Health Organization and Alzheimer 's disease International, (2012). *Dementia: A Public Health Priority*. Switzerland: World Health Organization.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Αγαπητέ συμμετέχοντα,

οι ερωτήσεις που θα σας τεθούν στη συνέχεια από τον ερευνητή ή την ερευνήτρια αναφέρονται στα πιθανά συμπτώματα κάποιων ασθενειών.

Παρακαλούμε, απαντήστε στις ερωτήσεις προσπαθώντας να είστε όσο πιο αυθόρμητοι μπορείτε. Η όλη διαδικασία παίρνει λίγο χρόνο.

Η συμμετοχή σας είναι απολύτως εθελοντική αλλά πολύ σημαντική για τους σκοπούς της έρευνας. Η ανταπόκριση στις ερωτήσεις που θα σας τεθούν υποδηλώνει τη συμφωνία σας για προσωπική συμμετοχή στην έρευνά μας. Σημειώνουμε ότι τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν είναι εντελώς εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο από τους ερευνητές για αυστηρά επιστημονικούς σκοπούς.

Εάν έχετε οποιαδήποτε ερώτημα, ένσταση ή παράπονο παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον κ. Ε. Καραδήμα στο 28310 77532 ή στο karademas@uoc.gr.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμβολή σας στην έρευνά μας.

Ερωτηματολόγιο Α' [Συμπληρώνεται από τους συμμετέχοντες]

Παρακαλώ σημειώστε πόσο συμφωνείτε τώρα, αυτή τη στιγμή με κάθε μία από τις ακόλουθες προτάσεις, χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα. Γράψτε τον αριθμό που αντιστοιχεί στην κατάλληλη για σας απάντηση πάνω στη γραμμή που βρίσκεται δεξιά από κάθε πρόταση.

Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως		Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ
5	4	3	2	1

1. Αισθάνομαι άγχος όταν σκέφτομαι την υγεία μου..... _____
2. Ανησυχώ για το πόσο υγιές είναι το σώμα μου..... _____
3. Όταν σκέφτομαι την φυσική μου υγεία μένω με ένα αίσθημα ανησυχίας..... _____
4. Συνήθως ανησυχώ για το εάν είμαι υγιής..... _____
5. Αισθάνομαι νευρικός όταν σκέφτομαι το επίπεδο της φυσικής μου υγείας..... _____

Ερωτηματολόγιο Β' [Συμπληρώνεται από τους συμμετέχοντες]

Παρακαλούμε σημειώστε πόσο ισχύει κάθε μία από τις ακόλουθες προτάσεις, υπογραμμίζοντας ή βάζοντας σε κύκλο την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Θα θέλαμε να αναφερθείτε στα ενοχλήματα που είχατε κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Παρακαλούμε, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

ΚΑΤΑ ΤΙΣ 4 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ:

- | | | | | |
|---|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Μπορούσατε να συγκεντρωθείτε σε ό,τι κάνατε. | Περισσότερο από ό,τι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο από ό,τι συνήθως | Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως |
| 2. Δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε επειδή ανησυχούσατε για κάτι. | Όχι. Καθόλου | Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως | Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως | Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως |
| 3. Νιώθατε ότι παίζατε χρήσιμο ρόλο στα πράγματα γύρω σας. | Περισσότερο από ό,τι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο από ό,τι συνήθως | Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως |
| 4. Νιώθατε ότι μπορούσατε να πάρετε αποφάσεις για διάφορα πράγματα. | Περισσότερο από ό,τι συνήθως | Το ίδιο όπως συνήθως | Λιγότερο από ό,τι συνήθως | Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως |

5. Νιώθατε ότι είστε συνεχώς κάτω από πίεση.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
6. Νιώθατε ότι δεν μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
7. Μπορούσατε να ευχαριστηθείτε τις καθημερινές σας δραστηριότητες.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
8. Μπορούσατε να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
9. Νιώθατε δυστυχής και θλιμμένος.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
10. Νιώθατε ότι χάνετε την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
11. Σκεφτόσασταν τον εαυτό σας ως ένα πρόσωπο χωρίς αξία.	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
12. Νιώθατε μια λογική ευτυχία, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα δεδομένα.	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Περίπου τόσο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως

Ερωματολόγιο Γ'

Συμπληρώνεται από τον ερευνητή/ερευνήτρια

- i. Σημειώστε με μια κάθετο (/) το σημείο όπου οι συμμετέχοντες σταματούν να αναφέρουν συμπτώματα, πριν την 'ενθάρρυνση'.
- ii. Συμπληρώστε το «Συνδυασμό» μόνο αν οι συμμετέχοντες αναφέρουν συμπτώματα συνδυαστικά.

I) Ακούγοντας το πρόβλημα υγείας «**έμφραγμα μυοκαρδίου**», υπάρχουν κάποιο ή κάποια συμπτώματα που σας έρχονται στο μυαλό και θεωρείτε σχετικά με το πρόβλημα αυτό; Ή κάποιος συνδυασμός συμπτωμάτων;

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____

Συνδυασμός: _____

Iβ) Από πού προέρχονται οι γνώσεις σας για τα συμπτώματα αυτού του προβλήματος υγείας;

Προσωπική εμπειρία [] Ασθένεια συγγενούς/γνωστού [] Τύπο/διαδίκτυο []
 Επαγγελματία υγείας [] Άλλο (σημειώστε): _____

II) Ακούγοντας το πρόβλημα υγείας «**άνοια**», υπάρχουν κάποιο ή κάποια συμπτώματα που σας έρχονται στο μυαλό και θεωρείτε σχετικά με το πρόβλημα αυτό; Ή κάποιος συνδυασμός συμπτωμάτων;

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____

Συνδυασμός: _____

Πβ) Από πού προέρχονται οι γνώσεις σας για τα συμπτώματα αυτού του προβλήματος υγείας;

Προσωπική εμπειρία [] Ασθένεια συγγενούς/γνωστού [] Τύπο/διαδίκτυο []

Επαγγελματία υγείας [] Άλλο (σημειώστε): _____

ΠΙ) Ακούγοντας το πρόβλημα υγείας «**καρκίνος πνεύμονα**», υπάρχουν κάποιο ή κάποια συμπτώματα που σας έρχονται στο μυαλό και θεωρείτε σχετικά με το πρόβλημα αυτό; Ή κάποιος συνδυασμός συμπτωμάτων;

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

Συνδυασμός: _____

ΠΙβ) Από πού προέρχονται οι γνώσεις σας για τα συμπτώματα αυτού του προβλήματος υγείας;

Προσωπική εμπειρία [] Ασθένεια συγγενούς/γνωστού [] Τύπο/διαδίκτυο []

Επαγγελματία υγείας [] Άλλο (σημειώστε): _____

Ερωτηματολόγιο Δ'

Συμπληρώνεται από τον ερευνητή/ερευνήτρια

Αφού απαντήσουν οι συμμετέχοντες, ενθαρρύνετέ τους να δώσουν απάντηση σε επίπεδο σωματικό, ψυχολογικό, συμπεριφοράς και κοινωνικό-ρόλων, αν δεν το έχουν κάνει.

I) Παρακαλώ φέρτε στο μυαλό σας την εικόνα ενός υγιούς ατόμου...

Τώρα, περιγράψτε με λίγα λόγια πως είναι το άτομο αυτό, τα χαρακτηριστικά του, τι κάνει και τι όχι, πώς νιώθει, τι συμβαίνει σε σωματικό επίπεδο κλπ.

Π) Παρακαλώ φέρτε στο μυαλό σας την εικόνα ενός ατόμου που παύει πια να είναι υγιής, αλλά όχι την εικόνα ενός πάσχοντος ή ενός χρόνιου ασθενούς. Την εικόνα ενός ατόμου που αρχίζει να αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα υγείας...

Τώρα, περιγράψτε με λίγα λόγια πώς είναι το άτομο αυτό, τα χαρακτηριστικά του, τι κάνει και τι όχι, πώς νιώθει, τι συμβαίνει σε σωματικό επίπεδο, συμπτώματα και δυσκολίες, αλλαγές που παρατηρούνται κλπ.

Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα , 2. Ηλικία: _____ (σε έτη)

3. Πόσο καλή είναι κατά τη γνώμη σας η υγεία σας σήμερα σε μια κλίμακα από το 0 ως το 100. Το «0» είναι η χειρότερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε και «100» η καλύτερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε.

Γράψτε το βαθμό που σας εκφράζει δίπλα: _____ (0 – 100).

4. Έχετε τώρα κάποια ασθένεια ή άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] Αν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε τη:.....

5. Έχετε αντιμετωπίσει στο παρελθόν κάποια ασθένεια ή άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] Αν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε τη:.....

6. Αντιμετωπίζει ή αντιμετώπισε στο παρελθόν κάποιος από την στενή οικογένειά σας (γονείς, αδέρφια) κάποιο σοβαρό ή χρόνιο πρόβλημα ασθένειας (π.χ., καρδιαγγειακή νόσο, άνοια, νεοπλασία);

ΝΑΙ [] ΟΧΙ [] Αν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε τη:.....

