



Ο Ρόλος της Κοινωνικής Επιρροής στην Προσωπική Αντίληψη των Συμπτωμάτων

«Η σχέση της αντίληψης των συμπτωμάτων με τους παράγοντες της αντιληπτικής σοβαρότητας, της αναφοράς συμπτωματολογίας στον «εαυτό» ή στον «άλλο», της τωρινής ασθένειας του ατόμου και της σοβαρής ή χρόνιας ασθένειας κάποιου συγγενή»

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ειρήνη Μπαρουζή

(Α.Μ. 2525)

Επιβλέπων Καθηγητής

κος Ευάγγελος Χ. Καραδήμας

ΡΕΘΥΜΝΟ

2013 – 2014

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ..... | 2 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 5 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 6 |
| 1.1. Η Γέννηση Της Σύγχρονης Ιατρικής..... | 6 |
| 1.2. Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο..... | 7 |
| 1.3. Η Αντίληψη Για Τα Συμπτώματα..... | 9 |
| 1.4. Γνωστική Αναπαράσταση Της Ασθένειας..... | 12 |
| 1.5. Γνωστικές Διαστρεβλώσεις στην Αντίληψη της Συμπτωματολογίας..... | 15 |
| 1.6. Η Παρούσα Έρευνα..... | 17 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | |
| 2.1. Το Δείγμα..... | 18 |
| 2.2. Τα Εργαλεία..... | 19 |
| 2.3. Πίνακας Αντιστοιχίας Συμβολισμών..... | 21 |
| 2.4. Η Διαδικασία..... | 22 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | |
| 3.1. Η Ανάλυση των Δεδομένων στο SPSS..... | 23 |
| 3.2. Η «σοβαρότητα των συμπτωμάτων» και η σχέση της με την «τωρινή ασθένεια του συμμετέχοντα», την «ασθένεια συγγενή» και την «αναβλητικότητα»..... | 24 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.3. Η Σχέση του Παράγοντα «Εαυτός - Άλλος» με την «Αναβλητικότητα»..... | 24. |
| 3.4. Η Σχέση της «Γωρινής Ασθένειας του Συμμετέχοντα» με την «Αναβλητικότητα»..... | 25 |
| 3.5. Η Σχέση του Παράγοντα της «Ασθένειας Συγγενή» με την «Αναβλητικότητα»..... | 26 |
| 3.6. Σύγκριση και Ανάλυση των Μέσων Όρων των Επιπέδων της «Σοβαρότητας των Συμπτωμάτων»..... | 27 |
| 3.7. Η Σχέση του Παράγοντα «Εαυτός – Άλλος» με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων».... | 30 |
| 3.8. Η Σχέση της «Γωρινής Ασθένειας του Συμμετέχοντα» με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων»..... | 31 |
| 3.9. Η Σχέση της «Ασθένειας Συγγενή» με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων»..... | 33 |
| 3.10. Η Σχέση της «Γωρινής Ασθένειας του Συμμετέχοντα» με την «Ασθένεια Οικείου Προσώπου»..... | 34 |
| 3.11. Η «Σοβαρότητα Των Συμπτωμάτων» και η Σχέση της με την «Γωρινή Ασθένεια του Συμμετέχοντα», την «Ασθένεια Οικείου» και την «Δράση» προς Αναζήτηση Ιατρού..... | 35 |
| 3.12. Η Σχέση του Παράγοντα «Εαυτός – Άλλος» με την «Δράση» προς Αναζήτηση Ιατρού.... | 36 |
| 3.13. Η Σχέση της «Γωρινής Ασθένειας του Συμμετέχοντα» με την «Δράση» προς Αναζήτηση Ιατρού..... | 36 |
| 3.14. Η Σχέση της «Ασθένειας Συγγενή» με την «Δράση» προς Αναζήτηση Ιατρού..... | 36 |
| 3.15. Σύγκριση και Ανάλυση των Μέσων Όρων των Επιπέδων της «Σοβαρότητας των Συμπτωμάτων»..... | 37 |
| 3.16. Η Σχέση του Παράγοντα «Εαυτός – Άλλος» με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων»... | 39 |
| 3.17. Η Σχέση της «Γωρινής Ασθένειας του Συμμετέχοντα» με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων»..... | 41 |
| 3.18. Η Σχέση της «Ασθένειας του Άλλου» με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων»..... | 43 |
| 3.19. Η Σχέση της «Αναβλητικής» Συμπεριφοράς με την Συμπεριφορά «Δράσης» προς Αναζήτηση Ιατρού..... | 44 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....48

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....54

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι η αντίληψη των συμπτωμάτων αποτελεί μια συνήθεια με πολυπαραγοντικό χαρακτήρα, που ταυτοποιεί τόσο «το ανήκειν» του ατόμου σε ένα κοινωνικο-πολιτισμικό και χωροχρονικό γίγνεσθαι, όσο και την γνωστικο-συναισθηματική μοναδικότητα του. Βασίζεται σε μια βιοψυχοκοινωνική οπτική του παρόντος, η ανάλυση του οποίου, κατά περίπτωση, μπορεί να εξηγήσει το είδος των συμπτωμάτων, τη δυναμική τους, την αιτιολογία τους και τις μελλοντικές συνέπειες στην υγεία του ασθενή. Η έρευνα που ακολουθεί εξετάζει την επιρροή των γνωστικών αναπαραστάσεων, των συναισθηματικών διαδικασιών και συναφών μεταβλητών στα γνωστικά στάδια που οδηγούν σε μια συγκεκριμένη αντίληψη των συμπτωμάτων καθώς και των συμπεριφορών υγείας που ακολουθούν.

Η έρευνα που ακολουθεί εστιάζει στην κοινωνική πλευρά της αντίληψης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, διερευνώντας το πόσο, ένα προσωπικό βίωμα ασθένειας ή η συναναστροφή με άτομα του στενού διαπροσωπικού κύκλου που νοσούν, μπορεί να επηρεάσει την αυξομείωση της δράσης του ατόμου προς αναζήτηση ιατρικής γνώμης. Ζητήθηκε από τους φοιτητές-συμμετέχοντες να συμπληρώσουν, σε κλίμακα αντιδράσεων Likert, την πιθανή συμπεριφορά τους σε πέντε διαφορετικά σενάρια συμπτωμάτων, αύξουσας σοβαρότητας. Τα συμπτώματα αφορούσαν στους αυτούς ή κάποιον δικό τους. Το γενικότερο συμπέρασμα ήταν ότι τα νεαρά άτομα συνηθίζουν να παροτρύνουν κοντινά τους πρόσωπα να ενημερώσουν άμεσα κάποιον ιατρό, ενώ τα ίδια καθυστερούν, ειδικότερα όταν θεωρούν ήπια τα συμπτώματά τους. Επιπλέον, η αλληλεπίδραση της παρουσίας κάποιου συγγενή με χρόνια ή σοβαρή ασθένεια με την παροντική ασθένεια του συμμετέχοντα επηρεάζει την τάση για αναζήτηση ιατρού, αυξάνοντας την αναβλητικότητα.

Λέξεις και φράσεις κλειδιά : βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, αντίληψη συμπτωμάτων, επιρροή κοινωνικού περιγυρου, αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, αναβλητικότητα στην ιατρική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, χρόνια και σοβαρή ασθένεια συγγενή, σοβαρότητα συμπτωμάτων, ασθένεια «εαυτού», ασθένεια «άλλου».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αντιλήψεις των ανθρώπων για το τί υγιές ή άρρωστο ποικίλλουν σημαντικά από άτομο σε άτομο ή μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων, όπως εξίσου και στο εσωτερικό μίας και της αυτής κοινωνικής ομάδας. Η ευρύτητα των πεποιθήσεων αυτών καθιστούν ιδιαίτερα περίπλοκη την διατύπωση ενός ορισμού για την υγεία, παρόλο που όλοι οι άνθρωποι γνωρίζουν ή έχουν να πουν αρκετά για το τί θεωρούν υγεία στη ζωή τους. Ο καθένας από εμάς αντιλαμβάνεται αλλαγές στο σώμα του και τις ερμηνεύει σαν ειδικός «ιατρός» του εαυτού του. Η ερμηνεία, σχετικά με το τί είναι φυσιολογικό και τί παθολογικό, δίνεται μέσα από τις αναπαραστάσεις που του έχει εμφυσήσει ο κοινωνικός και πολιτιστικός του περίγυρος και από τη γνωστικο-συναισθηματική κατάσταση που τον χαρακτηρίζει είτε προσωρινά, λόγω συγκυριών, είτε ως κομμάτι της προσωπικότητας του.

1.1 Η Γέννηση της Σύγχρονης Ιατρικής

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) διατύπωσε το 1948 τον ορισμό της υγείας, σύμφωνα με τον οποίο υγεία είναι:

«Η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας».

Η διατύπωση αυτή αποτελεί εξέλιξη της κυριαρχικής δυτικής ιατρικής αντίληψης που αξιολογεί την ποιότητα της υγείας μονοδιάστατα, από την πλευρά των σωματικών εκφράσεων και συμπτωμάτων. Η οπτική αυτή που χαρακτηρίζει το Βιοϊατρικό Μοντέλο βασίζεται στην παθολογική ανατομία του σώματος υποστηρίζοντας την διασύνδεση συγκεκριμένων νοσημάτων με συγκεκριμένες αιτίες. Μέχρι τον 19^ο αιώνα, οι αρρώστιες στις δυτικές κοινωνίες προσεγγίζονταν κυρίως σύμφωνα με τις θεωρίες περί χυμών του Ιπποκράτη, σύμφωνα με τις οποίες η υγεία ήταν κατάσταση αρμονικής μίξης των υγρών του σώματος, ενώ η ασθένεια ήταν αποτέλεσμα διαταραχής αυτής της μίξης. Οι θεωρίες αυτές βασίζονταν στην εξαντλητική παρατήρηση, περιγραφή και

ταξινόμηση των συμπτωμάτων. Στο πλαίσιο αυτό η θεραπεία επικεντρωνόταν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων (Ackerknecht, 1998).

Η γέννηση της σύγχρονης ιατρικής τοποθετείται στα τέλη του 18^{ου} και τις αρχές του 19^{ου} αιώνα με την ανάπτυξη της βακτηριολογίας και της παθολογοανατομίας. Ο Louis Pasteur και ο Robert Koch, έφεραν επανάσταση στην ιατρική αποδεικνύοντας επιστημονικά ότι συγκεκριμένα μικρόβια προκαλούσαν συγκεκριμένες ασθένειες- μια ιδέα που σήμερα αποκαλείται «δόγμα της συγκεκριμένης αιτιολογίας». Ο Koch, που κέρδισε το 1905 το Βραβείο Νόμπελ για την ανακάλυψη του βακίλου που προκαλεί τη φυματίωση, είχε επίσης εντοπίσει το βάκιλο που προκαλεί τη χολέρα. Νωρίτερα, είχε διατυπώσει γενικές αρχές και μεθόδους για την εδραίωση της αρχής ότι ένα συγκεκριμένο βακτήριο προκαλούσε μία συγκεκριμένη ασθένεια, οι οποίες έμειναν γνωστές ως «αξιώματα του Koch». Βασισμένες σε λεπτομερείς και προσεκτικά ελεγχόμενες μελέτες, αυτές οι ιδέες προσέδωσαν μεγάλο κύρος στην ιατρική και το κύρος ήταν κάτι σημαντικό, ενώ οι σχέσεις ανάμεσα σε ψυχολογικές, κοινωνικές και σωματικές καταστάσεις αποτελούσαν γραφικές εκλαϊκευμένες επεξηγήσεις (Nutton, 2001).

Το νέο αυτό μοντέλο που ορίζει την ασθένεια συνδέει συγκεκριμένα νοσήματα με συγκεκριμένα όργανα, ενώ παραδέχεται ότι πίσω από κάθε νόσημα μπορεί να εντοπιστεί μια συγκεκριμένη αιτιολογία. Επίσης τα νοσήματα προκαλούν συγκεκριμένες βλάβες που μεταβάλλουν την ανατομία και τη φυσιολογία του σώματος με αποτέλεσμα την εμφάνιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων.

Βασισμένο στην θεώρηση του Descartes, περί δυϊστικής υπόστασης νου και σώματος, το συγκεκριμένο ιατρικό δόγμα θεωρεί το σώμα ως ένα διαιρετό μηχανισμό που συντίθεται από συγκεκριμένα τμήματα (οστά, μύες, φλέβες, αίμα, δέρμα) και έχει αυτόνομη λειτουργία με βάση την αλληλεπίδραση των οργάνων του. Το σώμα διακρίνεται από το πνεύμα και μπορεί να «επισκευαστεί» από τον ιατρό σε περίπτωση ασθένειας, με βάση γνώσεις ανατομίας, βακτηριολογίας και φυσιολογίας.

1.2. Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο

Οι ανεπάρκειες που προσέδωσαν στο βιοϊατρικό αυτό μοντέλο, που καθιστά τον ιατρό τον πρωταγωνιστή-γνώστη της αιτιολογίας, της έκβασης και της ίασης κάθε ασθένειας, βασίστηκαν στις απλουστευτικές παραδοχές στις οποίες στηρίχθηκε, δεδομένου ότι δεν λαμβάνει υπόψιν του. Στις παραδοχές αυτές δεν λαμβάνονται υπόψη η αιτιατή πολυπαραγοντικότητα στην εμφάνιση των νόσων, την κοινωνικο-πολιτισμική διάσταση και κατασκευή του χαρακτηρισμού μιας κατάστασης ως νοσήματος καθώς και το ευρύτερο πολιτικό πλαίσιο στο οποίο παράγεται η ιατρική γνώση. Επομένως, το πρόβλημα με το βιοϊατρικό μοντέλο έγκειται στο ότι παραβλέπει τη σημασία των εσωτερικών ψυχολογικών και γνωστικών διεργασιών του ατόμου καθώς και των ευρύτερων προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας και δεν τοποθετεί το ανθρώπινο σώμα στο γενικότερο κοινωνικό του περιβάλλον. (Blaxter, 2004).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, στο οποίο αναφέρεται ο Π.Ο.Υ, δεν εμμένει μονοδιάστατα στην μηχανιστική οπτική του σώματος για την επεξήγηση μιας ασθένειας, αλλά φέρνει στο προσκήνιο των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών υγείας μια ολιστική προσέγγιση στην εξήγηση και στον ορισμό της ασθένειας και της υγείας. Εντάσσει τους βιολογικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες στην σκιαγράφηση της περίπτωσης του κάθε ασθενή, αναγνωρίζοντας την πολλαπλότητα και πολυπλοκότητα των γενεσιουργών νοσογόνων αιτιών, και πολλές φορές, ιδιαίτερα σε μακροχρόνιες καταστάσεις, επιδιώκει την ανακούφιση και τον περιορισμό της επίδρασης των συμπτωμάτων και όχι την πλήρη ίαση. Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζεται πρώτα απ' όλα η ύπαρξη δύο παραμέτρων που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Αναγνωρίζεται επίσης, σε ότι αφορά την ευεξία, η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική. Η έννοια της ευεξίας που εισήγαγε ο ορισμός του Π.Ο.Υ αποτέλεσε το υπόβαθρο για να αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια πλούσιος προβληματισμός σχετικά με την έννοια της θετικής υγείας. Η θετική υγεία δεν ταυτίστηκε μόνο με την σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Ορισμένοι ερευνητές εξισώνουν τη θετική υγεία με τη δημιουργικότητα, το κέφι για ζωή, την αυτοπραγμάτωση και την ευημερία, ή ακόμα και με την ευτυχία, την πληρότητα και τη δράση. Άλλοι πάλι, ορίζουν τη θετική υγεία ως κατάσταση κατά την οποία το άτομο είναι σε θέση να επιδιώξει την εκπλήρωση των ρεαλιστικών του επιλογών, σε αντιστοιχία με τη βιολογική του δυνατότητα (Bury, 2005).

Όταν λοιπόν επιχειρείται να οριστεί η υγεία, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο τα φαινόμενα που σχετίζονται με την αρρώστια και το θάνατο, αλλά και τα φαινόμενα τα οποία αντανακλούν τη θετική υγεία (ψυχική και κοινωνική ευεξία, φυσική κατάσταση, δεξιότητες,

δυνατότητες, κ.ά.), όπως αυτά διαπλέκονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου «συστήματος». Ένα σύστημα που, σύμφωνα με την Γενική Θεωρία των Συστημάτων, αποτελείται από επιμέρους στοιχεία, τα οποία όλα μαζί παράγουν το χαρακτηριστικό προϊόν του συστήματος: την υγεία, είτε πρόκειται για την ατομική υγεία, είτε για την υγεία ενός πληθυσμού. Κανένα σύστημα δεν επιβιώνει απομονωμένο, αλλά εντάσσεται πάντα σε κάποιο άλλο. Στην θεώρηση αυτή βασίζεται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, καθώς και ο ολιστικός προσδιορισμός της υγείας. Οι επιμέρους πλευρές μετρούν μεμονωμένα και δίνουν ατελή, και συχνά διαστρεβλωμένη, εικόνα της συνθετότητας του συστήματος.

1.3. Η Αντίληψη για τα Συμπτώματα

Οι μηχανοδεκτικές μας αισθήσεις (αφή, πίεση, δόνηση, θέση του σώματος) που διεγείρονται από την μηχανική μετατόπιση των ιστών, οι θερμοδεκτικές αισθήσεις που ανιχνεύουν την περιβαλλοντική και σωματική θερμοκρασία και η αίσθηση του πόνου που προέρχεται από εξωτερικούς παράγοντες που προκαλούν τραυματισμούς στους ιστούς, η ισορροπία και η πίεση αποτελούν την οδό μέσω της οποίας ο άνθρωπος αφουγκράζεται και ανταπεξέρχεται στο περιβάλλον του. Ωστόσο, η διέγερσή τους δεν αποτελεί την μοναδική προϋπόθεση για την επιβίωση του οργανισμού. Ανάμεσα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, αντιλαμβανόμαστε διαφορετικά τα ερεθίσματα που δεχόμαστε από το εσωτερικό και εξωτερικό μας περιβάλλον. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την διαφορετικότητα στην αντίληψη των συμπτωμάτων είναι πολλαπλοί.

Τα βιώματα (Blaxter & Petterson, 1982) και οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας (Blaxter, 1983; Cornwell, 1984) επηρεάζουν το πώς το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται τις αλλαγές της σωματικής του ομοιοστασίας. Η μελέτη του Cowie (1976), για παράδειγμα, απέδειξε πως το καθημερινό περιβάλλον και τα βιώματα των συμμετεχόντων επηρέασαν την αναγνώριση των συμπτωμάτων καρδιακής προσβολής. Πολλοί από τους πάσχοντες δεν αναγνώρισαν αμέσως ότι επρόκειτο για την συγκεκριμένη πάθηση, ενώ άλλοι συνέδεσαν τη δεδομένη συμπτωματολογία με άλλες παθήσεις που επίσης μπορεί να παρουσιάζουν κοινές σωματικές ενοχλήσεις, όπως η δυσπεψία ή ο νευρόπονος. Σύμφωνα με την παραπάνω τοποθέτηση υπήρξαν οι Zola (1973) και Alonzo (1979, 1984), υποστηρίζοντας τον καίριο ρόλο της περιβαλλοντικής διαφορετικότητας μεταξύ των ασθενών για την αντίληψη της ασθένειας, και αποδεικνύοντας ότι η αλλαγή των σωματικών νορμών δεν αποτελεί την μόνη απαραίτητη προϋπόθεση για την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας και ασθένειας.

Ατομικές διαφορές ως προς την ανεκτικότητα και τα ανταγωνιζόμενα περιβαλλοντικά ερεθίσματα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αντίληψη του σωματικού γίνεσθαι. Η αντίληψη της έντασης των σωματικών αλλαγών διαφέρει από άτομο σε άτομο, καθότι πολλοί από εμάς τείνουμε να δείχνουμε μεγαλύτερη ευαισθησία και προσοχή σε εσωτερικές αλλαγές σε σύγκρισή με άλλους. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι τα άτομα που εστιάζουν σε εσωτερικές καταστάσεις έχουν μια ακριβέστερη αντίληψη των σωματικών μεταβολών. Κατά κύριο λόγο, συνηθίζουν να υπερεκτιμούν τις ομοιοστασιακές τους ανωμαλίες, ενώ εμφανίζουν λιγότερο σοβαρές ασθένειες και αντιλαμβάνονται βραδύτερα την ανάρρωσή τους από ότι τα άτομα με εξωτερική εστίαση. Όταν, λοιπόν, τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος παρουσιάζουν κάποιο αυξημένο ενδιαφέρον, συναρπάζουν, καταγιγίζουν με πληροφορίες και καλούν το άτομο να τις αφομοιώσει και να προσαρμοστεί επιτυχώς, τότε οι πιθανότητες παρατήρησης του εσωτερικού περιβάλλοντος μειώνονται. Αντίθετα, όταν το εξωτερικό περιβάλλον είναι πληκτικό και μονότονο, τότε επικεντρωνόμαστε περισσότερο στο σώμα μας (Watson & Pennebaker, 1989 ; Williams & Wiebe, 2000).

Οι Pennebaker (1982), Cioffi (1991), Kirmayer και Taillefer (1997) υποστηρίζουν ακόμα ότι ο μηχανισμός της προσοχής και η ευαισθησία στην άμεση αντίληψη των σωματικών αποκλίσεων εξαρτώνται από το αρνητικό συναίσθημα ή το νευρωτισμό του πάσχοντα, καθώς και την επιλεκτικότητα, εμμονή και συνεχής ενασχόληση με το ποιές βιολογικές διαδικασίες θεωρούνται υγιείς και θεμιτές. Συγκεκριμένα, όσον αφορά στο αρνητικό συναίσθημα, παρατήρησαν ότι το αυξημένο στρες και άγχος, η ένταση και ο φόρτος εργασίας, ή το αίσθημα μοναξιάς, αποξένωσης, απομόνωσης, και θλίψης ευνοούν την εμφάνιση ψυχοσωματικών εκδηλώσεων και επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει, ανέχεται και αντιμετωπίζει τα συμπτώματά του. Η κακή συναισθηματική διάθεση μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές σκέψεις για την υγεία και στην αναφορά περισσότερων συμπτωμάτων.

Η ηλικία επίσης διαδραμετίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο ερμηνείας της εκάστοτε συμπτωματολογίας. Η έρευνα των Kolk et al. (2002) απέδειξε πως οι νεαροί ασθενείς είναι επιλεκτικοί ως προς τα σωματικά συμπτώματα στα οποία θα δώσουν σημασία (συνήθως στρέφουν την προσοχή τους σε έντονες και πρωτόγνωρες ενοχλήσεις) και συνηθίζουν να τα ερμηνεύουν με βάση το αρνητικό συναίσθημα, ενώ οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα φοβούμενοι ότι πρόκειται για οιονούς κάποιας σοβαρής ή χρόνιας ασθένειας.

Σημαντικό ρόλο στις αντιλήψεις, στάσεις και συμπεριφορές του ατόμου παίζουν τα σημαντικά «πρότυπα» της ζωής του, στα οποία προσπαθεί να μοιάσει. Το άτομο διαμορφώνει ένα μεγάλο μέρος της συμπεριφοράς του παρατηρώντας την συμπεριφορά των άλλων, και των επιπτώσεων αυτής σε

περιβάλλον και εαυτό. Ανάλογα με τις συνέπειες της κάθε συμπεριφοράς το άτομο επιλέγει να την υιοθετήσει ή όχι, επιδιώκοντας την αποδοχή και την επιβράβευση από τον περίγυρό του. Η αποδοκιμασία των «σημαντικών άλλων» αποτρέπει την επανάληψη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς στο μέλλον.

Με βάση λοιπόν την «επιβράβευση», η θεωρία της κοινωνικής μάθησης στηρίζει πως ένα άτομο είναι πιθανότερο να προβεί σε μια προληπτική συμπεριφορά ή συμπεριφορά υγείας γρηγορότερα όταν :

- Επιδιώκει με την συμπεριφορά του ένα βέλτιστο αποτέλεσμα εξασφάλισης της υγείας, ειδικά αν έχει ιστορικό και εμπειρίες παρόμοιες με την παρούσα συμπτωματολογία και νόσο, καθώς και αν αποδίδει τον έλεγχο των θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία «εσωτερικά»(στον εαυτό του) ή «εξωτερικά»(σε συμπτώσεις ή σε έγκυρους άλλους).
- Θεωρεί σημαντική την αξία της «ενίσχυσης» που θέτει ως προτεραιότητα στη ζωή του την ικανοποίηση της αίσθησης της «καλής υγείας» και ευεξίας.
- Πιστεύει ότι η διατήρηση της υγείας είναι ελέγξιμη και όχι έρμαιο της τύχης. Γι' αυτό επαναλαμβάνει συμπεριφορές ικανές να επηρεάσουν την εξέλιξη μιας ασθένειας ήδη από το πρώιμο στάδιο της, ενώ ταυτόχρονα αποδέχεται την καθοδήγηση από «έγκυρους άλλους», όπως οι ιατροί ή οι έμπειροι συγγενείς και φίλοι που προσφέρουν συμβουλές (Rotter et al., 1972; Wallstone & Wallstone, 1983).

Σύμφωνα με τον Bandura (1989), σημαντική είναι η έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας, δηλαδή την πίστη του ατόμου στο αν και σε ποιο βαθμό μπορεί να εκδηλώσει μια συμπεριφορά πρόληψης και αυτοβελτίωσης με σκοπό την ίαση. Η έννοια αυτή βασίζεται σε γνωστικές και συναισθηματικές διαδικασίες, καθώς επίσης και σε κίνητρα και επιλογές που καθοδηγούν το άτομο.

Καθοριστικός, στον τρόπο που θα γίνονται αντιληπτά τα συμπτώματα, είναι και ο ρόλος της μάθησης. Κατά τον Bandura (1995), το παιδί, μέσω κυρίως της μίμησης βασικών προτύπων της ζωής του, «διδάσκεται» την σημασία και σοβαρότητα κάθε συμπτωματολογίας. Η αντιμετώπιση που δείχνουν οι γονείς προς τις σωματικές αλλοιώσεις και συμπτώματα θα καθορίσει την αντιληπτική σοβαρότητα και συμπεριφορά προς την αντιμετώπιση των σωματικών αυτών ενδείξεων. Αν οι γονείς δείξουν φαινομενική αδιαφορία ή υπερβολική ευαισθησία προς τον πονοκέφαλο, το παιδί θα αναπτύξει συγκεκριμένες συμπεριφορές προς το συγκεκριμένο σύμπτωμα, αντιμετωπίζοντάς το αντίστοιχα ως κάτι ήπιο ή ως κάτι σοβαρό που χρήζει παρακολούθησης.

Επιπλέον, η έκφραση σωματικών ενοχλήσεων μπορεί να λειτουργήσει ως δικλείδα επικοινωνίας, ικανοποιώντας την βαθύτερη ανάγκη του παιδιού να εξασφαλίσει την προσοχή, την

περιποίηση, την φροντίδα, τη στοργή και την συναισθηματική υποστήριξη που στερείται (Apple, 1960). Η επίσκεψη στο ιατρείο αποτελεί πολλές φορές αφορμή ικανοποίησης της ανάγκης αυτής. Οι ασθενείς μοιάζουν να εκμεταλλεύονται το γεγονός ότι ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να τους φερθεί με συμπάθεια, χωρίς να τους λογοκρίνει, και δεν θα τους αρνηθεί το διάλογο, την παροχή συμβουλών και φροντίδας οποιαδήποτε στιγμή.

Από την άλλη πλευρά, η υιοθέτηση συμπεριφορών ασθένειας συμβάλλει, αποτελεσματικά πολλές φορές, στην προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει καθημερινές σωματικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές πιέσεις, ικανοποιώντας την αποφυγή ανεπιθύμητων υποχρεώσεων. Έχει αποδειχθεί ότι η επίσκεψη σε κάποιον ιατρό και η υιοθέτηση συμπεριφοράς ασθενούς είναι ένας τρόπος έκφρασης της πίεσης ή της έλλειψης που βιώνει το άτομο και θέλει να την γνωστοποιήσει, προκειμένου να βρει ανταπόκριση και κατανόηση. Ο ρόλος του ιατρού είναι πολύ σημαντικός στην περίπτωση αυτή, καθότι ένας τέτοιος ασθενής επενδύει πάνω του την επικοινωνιακή του ανάγκη. Ο ιατρός είναι η αυθεντία που μπορεί να ορίσει το ποιός είναι άρρωστος και πώς πρέπει να τον αντιμετωπίζει το περιβάλλον του προκειμένου να αναρρώσει. Όταν το άτομο γίνεται αποδεκτό ως ασθενής, αυτό αυτομάτως αποτελεί εκφόρτιση. Η παθητική στάση που υιοθετεί το αποδεσμεύει από πολλές υποχρεώσεις και προκλήσεις, ενισχύοντας ταυτόχρονα μια στάση συμπάθειας, αποδοχής και υποστήριξης από τον κοινωνικό του περίγυρο (Antonovsky, 1972; Mechanic, 1989).

Οι Cohen και Hoberman (1983) θώρησαν ότι η κοινωνική αποδοχή του ατόμου ως ασθενή, καθώς επίσης η έκφραση και επικοινωνία του σωματικού του γίνεσθαι είναι πολύ πιο αποτελεσματική, άμεση και ενθαρρυντική στη ίαση της συναισθηματικής θλίψης. Η επιθυμία αυτή για επικοινωνία αποδείχθηκε πολύ πιο έντονη από την ανάγκη αναζήτησης πληροφοριών, καθότι η αίσθηση που προκαλείται στον ασθενή ως απόρροια της κοινωνικής ενσυναίσθησης και αποδοχής είναι πολύ πιο ικανοποιητική στο να χαλιναγωγεί το στρες και τη θλίψη που προκαλείται από την υπολειτουργία του σώματος.

1.4. Γνωστική Αναπαράσταση της Ασθένειας.

Μιλώντας για την αρρώστια στην ουσία μιλάμε για την ίδια την κοινωνία και τις σχέσεις αλληλεπίδρασης που αναπτύσσουμε σε αυτή. Οι πεποιθήσεις του καθενός από εμάς για την υγεία και την ασθένεια είναι απόρροια καθολικών ιδεών, η μελέτη των οποίων μαρτυρά μια συγκεκριμένη κοινωνικο-πολιτισμική οντότητα μέσα σε ένα συγκεκριμένο χωροχρόνο (Sontag, 1993).

Οι μελέτες της Herzlich (1999) έδειξαν ότι οι πεποιθήσεις για την υγεία λειτουργούν ως αποτέλεσμα κοινωνικών αναπαραστάσεων, συνδεδεμένων με τον πολιτισμό και τον τύπο των

κοινωνικών σχέσεων που έχουν θεσμοθετηθεί. Οι αναπαραστάσεις αυτές φυσικά εμπεριέχουν ιατρικές γνώμες σχετικά με την παθολογία και αιτιολογία μιας νόσου. Συνήθως όμως, πριν το άτομο αποφασίσει να συμβουλευτεί έναν γιατρό, οι πρώτοι του «σύμβουλοι» ανήκουν στον στενό διαπροσωπικό του κύκλο. Αναφερόμαστε στην οικογένεια, σε φίλους, συγγενείς και συνεργάτες. Ένα δίκτυο μη ειδικών στην επιστημονική υγεία, που βοηθούν και επηρεάζουν την αξιολόγηση των συμπτωμάτων, πληροφορούν και ερμηνεύουν τα συμπτώματα με βάση την δική τους εμπειρία, εκφράζουν την αναγκαιότητα της ιατρικής γνωμάτευσης, προτείνουν κατάλληλους θεραπευτές και συστήνουν αποτελεσματικές θεραπευτικές αγωγές. Ο περίγυρος αυτός βασίζει την γνώμη του κυρίως εστιάζοντας στις διαβαθμίσεις και την ένταση των συμπτωμάτων που παρουσιάζει ο ασθενής (Suls, Martin & Leventhal, 1997). Η Cameron και οι συνεργάτες (1993) της βρήκαν επίσης ότι η κοινωνική συμβουλή σε θέματα διαχείρισης και αιτιολόγησης της συμπτωματολογίας υπηρετούν αποτελεσματικά την βαθύτερη επικοινωνιακή ανάγκη, καταπραΰνοντας αισθήματα μοναξιάς, θλίψης και ανησυχίας που νιώθει ο πάσχων σε περίπτωση απειλής της υγείας του.

Δεύτερον, η παρουσία κάποιων που είναι ή υπήρξαν ασθενείς με εμφανείς διαταραχές ή σωματικές ανωμαλίες που προμηνύουν μια ήπια ή σοβαρή αρρώστια επηρεάζουν την προσωπική αντίληψη μιας όμοιας συμπτωματολογίας που τυχαίνει να παρουσιάζεται στον εαυτό. Κάθε άτομο συναναστρέφεται άλλους με τους οποίους μοιράζεται την καθημερινότητά του και το παρελθόν του. Έτσι, όταν εκτιμά το «σύννηθες» μιας συμπεριφοράς ή μιας ασθένειας, έχει στο νου του άτομα του κοινωνικού του περιβάλλοντος τα οποία συνθέτουν μη αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού. Για παράδειγμα, η συνύπαρξη με κάποιον που φέρει κάποια κολλητική ασθένεια (όπως ανεμοβλογιά ή γρίπη) αυξάνει την επιφυλακτικότητα του ατόμου ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να νοσήσει στο άμεσο μέλλον, αποδίδοντας την συμπτωματολογία του στην συναναστροφή αυτή. Το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό επίσης ευαισθητοποιεί τον τρόπο ερμηνείας κάποιων συμπτωμάτων και αλλαγών στο σώμα, αυξάνοντας την ανησυχία για πιθανότητα εμφάνισης μιας συγκεκριμένης νόσου. Επιπλέον, άτομα που με οικογενειακό ιστορικό ασθένειας, τείνουν να πιστεύουν ότι η πάθησή τους είναι πιο διαδεδομένη και πιο συχνή σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν ίδιο ιστορικό. Ο καθένας μας είναι πιθανότερο να αναζητήσει ιατρική φροντίδα αν κάποιο μέλος της οικογένειας υπέφερε στο παρελθόν από κάποια σοβαρή ασθένεια που παρουσίαζε κοινά χαρακτηριστικά με την παρούσα συμπτωματολογία που βιώνουμε (Turk, Litt, Salovey, & Walker, 1985).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την ασθένεια συνδέονται με την ανάπτυξη ενός ερμηνευτικού λόγου ενόρασης του κόσμου, στον οποίο η βιολογική τάξη συσχετίζεται με την κοινωνική και η επιστήμη συναντά την κοινή γνώμη (Herzlich, 1995). Ο άνθρωπος δεν είναι έρμαιο των ιατρικών και κοινωνικών υποδείξεων στο πώς να φέρεται και να αντιμετωπίζει τους ορισμούς

της υγείας και της αρρώστιας. Βιώνει, φιλτράρει, σταχυολογεί και αποκομίζει γνώσεις προσωπικές, οικογενειακές, πολιτισμικές, θρησκευτικές, φιλοσοφικές, επιστημονικές, επαγγελματικές, σκιαγραφώντας έτσι την ξεχωριστή του οντότητα μέσα στο ιδεολογικό κλίμα της εποχής του, υπό το πρίσμα της αυστηρής ηθικής και πολιτικής που την χαρακτηρίζει (Williams, 2001).

Οι πληροφορίες αυτές που συλλέγουμε χρησιμοποιούνται για την κατασκευή γνωστικών αναπαραστάσεων ή μοντέλων κοινής λογικής σχετικά με τις διάφορες ασθένειες. Σύμφωνα με τους Leventhal et al. (1980, 1984) οι συνιστώσες που καθορίζουν τις συμπεριφορές υγείας με βάση τα μοντέλα αυτά είναι :

- 1) Η ταυτότητα της ασθένειας, η οποία συνίσταται στην ονομασία της και τα προειδοποιητικά συμπτώματά της.
- 2) Τα αντιληπτικά αίτια και η υποκειμενική παθογένεια της ασθένειας.
- 3) Οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειές της.
- 4) Η εξέλιξη της ασθένειας που περιλαμβάνει τις αντιλήψεις σχετικά με την πορεία και διάρκειά της, την οξεία, περιοδική ή χρόνια φύση της και την πρόγνυσή της.
- 5) Η ίαση, που περιλαμβάνει τις ενέργειες του ατόμου προς ανάρρωση (Lau & Hartman, 1983).

Άλλες παράμετροι που χαρακτηρίζουν τις γνωστικές αναπαραστάσεις διαφορετικών ασθενών είναι :

- 1) Η σοβαρότητα της νόσου, που καθορίζεται από την μεταδοτικότητά της, την διάρκεια της, την δυσκολία ίασης, την εντατικοποίηση ιατρικής παρακολούθησης.
- 2) Η προσωπική ευθύνη του πάσχοντος στην πρόκληση της αρρώστιας και της θεραπείας της.
- 3) Την ικανότητα ελέγχου της εξέλιξης της ασθένειας από τον ασθενή ή από τον ειδικό υγείας.
- 4) Η δυνατότητα επιρροής της λειτουργικότητας του ασθενή εξαιτίας των συμπτωμάτων της αρρώστιας, γεγονός που εξαρτάται από την απρόβλεπτη εξέλιξη της συμπτωματολογίας (Turk et al., 1986).

Όταν βιώνουμε ένα ή περισσότερα συμπτώματα δεν τα αντιλαμβανόμαστε απομονωμένα μεταξύ τους, αλλά επιδιώκουμε να τα οργανώσουμε νοητικά σε νοσολογικές οντότητες. Σύμφωνα με τους Lau, Bernard και Hartman (1989) οι άνθρωποι συνηθίζουν να αναζητούμε γνωστικά ένα απόλυτο «ταίριασμα» μεταξύ των εκδηλωμένων σωματικών ενοχλήσεων και των συγκεκριμένων γνωρισμάτων που διακρίνουν την γνωστική αναπαράσταση μιας ασθένειας. Τα συμπτώματα, λοιπόν, καταλήγουν σε μια συγκεκριμένη ασθένεια στο βαθμό που συμφωνούν με ένα προ υπάρχον μοντέλο που πληροφορεί για το πώς συνήθως εκδηλώνεται η ασθένεια. Για παράδειγμα, όταν βιώνουμε

συμπτώματα όπως υψηλό πυρετό, ισχυρό πονοκέφαλο, ρίγος, μυϊκούς πόνους σε πλάτη και άκρα, μη παραγωγικό βήχα, πονόλαιμο και ρινόρροια το πιο πιθανό είναι να σκεφτούμε ότι πρόκειται για τον ιό της γρίπης. Οι αναπαραστάσεις αυτές είναι προϊόντα πολιτισμικής κληρονομιάς και προσωπικής εμπειρίας του ατόμου, ενώ είναι δυνατόν να διαφέρουν τόσο μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών στρωμάτων, όσο και μεταξύ των ατόμων μιας ομάδας, καθώς και μεταξύ των διαφορετικών εξελικτικών σταδίων στη ζωή ενός ατόμου.

Επομένως, προκειμένου να βοηθηθούμε ώστε να ερμηνεύσουμε τις πληροφορίες του περιβάλλοντός μας και να δράσουμε αναλόγως, συγκροτούμε τα εξωτερικά αυτά δεδομένα σε σχήματα. Τα σχήματα αυτά αποτελούν υποθετικές, αφηρημένες γνωστικές δομές, δημιουργημένα με βάση παρελθούσες εμπειρίες, και αποθηκευμένα στη μνήμη, αναπαριστώντας γενικές γνώσεις, καταστάσεων, αντικειμένων, γεγονότων ή σχεδίων δράσης. Οι γνωστικές αυτές δομές δεν αποτυπώνονται παθητικά στη μνήμη. Οι εισερχόμενες πληροφορίες φιλτράρονται και αξιολογούνται ξανά, ενώ μπορεί να τροποποιήσουν μια υπάρχουσα μνημονική αναπαράσταση, προκειμένου να συμφιλιώσουν μέσω μιας «λογικής συμφωνίας» τις προϋπάρχουσες εμπειρίες με το υπάρχον σχήμα μιας έννοιας.

Σημαντικό είναι να επισημάνουμε το συμβολικό περιεχόμενο που αποδίδεται στην ονομασία κάθε ασθένειας στα πλαίσια ενός πολιτισμού. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η λέξη «καρκίνος». Η έννοια αυτή είναι συνυφασμένη και συμβολοποιημένη με αναπόφευκτο θάνατο, βασανιστικό πόνο, ακρωτηριασμό και αναπηρία. Μια ανίατη, οδυνηρή, μακροχρόνια αρρώστια που φθείρει και διαβρώνει αργά τον οργανισμό, οδηγώντας στη μοιραία κατάληξη. Το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο διαμορφώνουν την ταυτότητα της αναπαράστασης του καρκίνου, εκφράζοντας τις συμφορές και την κακοτυχία μέσα από την ταύτιση με τα δεινά ενός καρκινώματος. Τα Μ.Μ.Ε εκφράζουν και διαιωνίζουν αυτή την αντιληπτική διάσταση του καρκίνου, αντιμετωπίζοντάς τον ως θανατηφόρο εχθρό και προωθώντας «πολεμικές επιχειρήσεις» εναντίον του, επιστρατεύοντας την πολιτεία σε αντικαρκινικό αγώνα. Η θεραπεία του εξαρτάται από την άμεση διάγνωσή πριν γίνει μετάσταση των καρκινωμάτων, μέσω χημειοθεραπειών και ακτινοθεραπειών που καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα, βομβαρδίζοντάς τα με ραδιενεργά στοιχεία (Sontag, 1993).

1.5. Γνωστικές Διαστρεβλώσεις στην Αντίληψη της Συμπτωματολογίας.

Η αντίληψή μας, όσο ικανή κι αν είναι να εξασφαλίσει την επιβίωση και προσαρμογή μας στο περιβάλλον, υπόκειται σε πλάνες. Η αντίληψη της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και των επιπτώσεων μιας ασθένειας επίσης υφίσταται διαστρεβλώσεις. Για παράδειγμα, πολύ συχνά έχουμε

την τάση να αποδίδουμε μεγαλύτερα ποσοστά θανάτου σε ατυχήματα από ότι σε φυσικό θάνατο ή κατάληξη από κάποια σοβαρή ασθένεια, όπως το έμφραγμα ή ο καρκίνος. Εκτός, βέβαια, αν πρόκειται για κάποιο επώνυμο πρόσωπο. Οι Lichtentein et al. (1978) επισημαίνουν σε μεγάλο βαθμό την επιρροή των Μ.Μ.Ε στην παγιωμένη αυτή αντίληψη σχετικά με τους κινδύνους που απειλούν τη ζωή μας, αναμεταδίδοντας συνεχώς και επιλεκτικά συμφορές και δεινά που οφείλονται σε φυσικά φαινόμενα και ατυχήματα. Ίσως αυτή η επιλεκτικότητα να είναι και ένας λόγος που μας ωθεί να υπερεκτιμούμε την πιθανότητα θανάτου από ατύχημα σε σχέση με την πιθανότητα θανάτου από κάποια σοβαρή αρρώστια.

Επιπλέον, έχουμε συχνά την τάση να πιστεύουμε ότι όσο πιο σπάνια είναι μια αρρώστια, τόσο πιο σοβαρή και επικίνδυνη είναι. Γι' αυτό το λόγο αναζητούμε πολύ πιο άμεσα ιατρική γνώματευση, συμβουλή και θεραπευτική αγωγή από ότι συνηθίζουμε με παθήσεις που θεωρούμε τετριμμένες, όπως είναι μια γρίπη. Ακόμα, το γεγονός ότι μεγάλος αριθμός ατόμων παρουσιάζουν κοινή συμπτωματολογία με εμάς και έχουν να αντιμετωπίσουν όμοιες συνέπειες με εμάς, λειτουργεί καθησυχαστικά (Jemmott et al., 1988).

Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων επηρεάζεται επίσης από την μεροληψία επαλήθευσης, η οποία προκύπτει από την τάση μας να συγκρατούμε δεδομένα που συμφωνούν με της παρούσες πεποιθήσεις μας και να απορρίπτουμε ενδείξεις που ενδεχομένως θα διέψευδαν τις πεποιθήσεις αυτές (Baron, 1985). Είμαστε επιλεκτικοί και ερμηνεύουμε αναλογικά τα συμπτώματά μας, προσπαθώντας να τα ενσωματώσουμε σε ήδη υπάρχουσες γνωστικές αναπαραστάσεις προκειμένου να εφαρμόσουμε ήδη δοκιμασμένες διαδικασίες αντιμετώπισης. Για παράδειγμα, συμπτώματα όπως πονοκέφαλος, κρυάδες μυϊκοί πόνοι, πόνοι στα άκρα ή στις αρθρώσεις, πονόλαιμος, ρινική καταρροή, φτέρνισμα, πυρετός μπορεί να αξιολογηθούν ως γρίπη ή κρυολόγημα από κάποιον που πιστεύει ότι ο οργανισμός μπορεί να τα ξεπεράσει με αυτοθεραπεία, παραλείποντας την ένταση των συμπτωμάτων ή την διάρκειά τους. Επιλέγει να μην ερμηνεύσει διαφορετικά συμπτώματα όπως ο παραγωγικός βήχας, συριγμό και δυσχέρεια αναπνοής, και αίσθημα κόπωσης που δηλώνουν την εξέλιξη βρογχίτιδας.

Τα οικεία και γνώριμα συμβάντα τείνουν να έρχονται στο μυαλό μας πιο εύκολα. Κατά την διαδικασία εξαγωγής συμπερασμάτων, λοιπόν, σημαντικό ρόλο παίζει η διαθεσιμότητα. Επομένως, είναι πιθανότερο να ανησυχούμε για την πρόκληση καρκίνου του πνεύμονα λόγω καπνίσματος, παρά να σκεφτούμε ότι μπορεί η συνήθεια αυτή να προκαλέσει εμφύσημα, ακριβώς γιατί δεν είμαστε τόσο εξοικειωμένοι και ενημερωμένοι από τα Μ.Μ.Ε για την εμφάνιση αυτής της πάθησης από το τσιγάρο. Εάν όμως κάποιος συγγενής μας προσβληθεί από εμφύσημα, τότε δημιουργείται μέσα μας μια

ισχυροποιημένη αντίληψη για τα αίτια και τις πιθανότητες προσωπικής προσβολής από την συγκεκριμένη ασθένεια (Tversky & Kahneman, 1973).

Τέλος, αναφέρουμε ότι οι συναισθηματικά φορτισμένες αναπαραστάσεις ασθενειών συχνά οδηγούν σε μεροληπτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Άτομα που βίωσαν και συναισθάνθηκαν μέσα από την συναναστροφή τους με νοσούντα αγαπημένα πρόσωπα έντονα αρνητικά συναισθήματα, τείνουν καμιά φορά να γενικεύουν την συμπτωματολογία των αγαπημένων τους προσώπων, δίνοντας βάση πάντα σε συγκεκριμένες σωματικές ενδείξεις. Δηλαδή, υπάρχουν φορές που ανακαλούμε ευκολότερα ορισμένες παθολογικές αναπαραστάσεις, όχι επειδή τα γεγονότα με τα οποία σχετίζονται συμβαίνουν συχνότερα, αλλά επειδή μας παρακινούν έντονα συναισθήματα. Επίσης, συνηθίζουμε να δίνουμε έμφαση σε συμπτώματα που μας προκαλούν εντύπωση και ξεχωρίζουν. Πρόκειται για ερεθίσματα με τα οποία δεν είμαστε εξοικειωμένοι, και γι' αυτό τα θεωρούμε έντονα και όχι μονότονα (Nisbett & Ross, 1980).

1.6. Η Παρούσα Έρευνα

Τι μετέχει στο να αντιληφθεί το άτομο τα συμπτώματά του ως ακίνδυνα ή απειλητικά και να το οδηγήσει στο να υιοθετήσει άμεσα μια συμπεριφορά υγείας, η οποία του υπαγορεύει να απευθυνθεί σε κάποιον ιατρό για τις σωματικές αλλαγές και ενοχλήσεις που το ταλαιπωρούν ;

Στην έρευνά μας επιλέξαμε να εξετάσουμε το κατά πόσο ο παράγοντας της εμπειρίας από γνωστούς ή το βίωμα κάποιας παροντικής ασθένειας, είναι ικανά να επηρεάσουν την πιθανότητα «αναβλητικότητας» (ή αλλιώς, θα μπορούσαμε να πούμε, της «αδράνειας» του ατόμου προς κάποια συμπεριφορά υγείας, της μη ενημέρωσης του γιατρού για τα συμπτώματα, ή της προσπάθειας αυτοθεραπείας) που παρουσιάζει το άτομο καθώς και την πιθανότητα επιλογής δράσης, προτιμώντας να αναφέρει την συμπτωματολογία του σε κάποιον ειδικό υγείας. Μελετήσαμε, επίσης, αν υπάρχει διαφορά στις συμπεριφορές αναβλητικότητας ή δράσης όταν οι σωματικές αλλαγές αφορούν στο ίδιο το άτομο ή κάποιο φιλικό ή οικογενειακό του πρόσωπο, καθώς και το πώς η αντίληψη των συμπτωμάτων ως ακίνδυνα ή απειλητικά μπορεί να επηρεάζει τις παραπάνω συμπεριφορές. Αναμένουμε, λοιπόν, όλοι αυτοί οι παράγοντες να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους και να αναπτυχθεί σχέση μεταξύ αυτών με τις συμπεριφορές «αναβλητικότητας» και «δράσης».

Η εναλλακτική μας υπόθεση έχει ως εξής :

H₁ : Αναπτύσσεται αρνητική σχέση καθώς και αλληλεπίδραση μεταξύ των τεσσάρων ανεξάρτητων μεταβλητών και των συμπεριφορών αναβλητικότητας.

Στην περίπτωση της «δράσης» :

Η1 : Αναπτύσσεται θετική σχέση καθώς και αλληλεπίδραση μεταξύ των τεσσάρων ανεξάρτητων μεταβλητών και των συμπεριφορών δράσης.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές, των οποίων τη σχέση και αλληλεπίδραση θέλουμε να μελετήσουμε, είναι οι ίδιες που ισχύουν τόσο για τη μεταβλητή της «αναβλητικότητας» όσο και της «δράσης» προς υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιούμε την ανεξάρτητη μεταβλητή της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, η οποία διαθέτει πέντε (5) επίπεδα στα οποία κλιμακώνεται η ένταση και η επικινδυνότητα της συμπτωματολογίας, με το επίπεδο 1 να χαρακτηρίζεται από την πιο ήπια και το επίπεδο 5 από την πιο βαριά. Ο κάθε συμμετέχων καλείται να φανταστεί ότι βιώνει, τις συγκεκριμένες ενοχλήσεις του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια ζητείται από τον συμμετέχοντα να εκτιμήσει την ποιότητα της συμπτωματολογίας, να αναφέρει αν του θυμίζει ενδείξεις κάποιας συγκεκριμένης ασθένειας και ποιός, καθώς και το ποιά στάση θα κρατούσε απέναντι στα συμπτώματα και ποιούς τρόπους θα επέλεγε ώστε να ελέγξει την εξέλιξή τους. Η δεύτερη ανεξάρτητη μεταβλητή αναφέρεται στο αν τα συμπτώματα αφορούν στον ίδιο τον συμμετέχοντα ή σε κάποιο οικείο πρόσωπό του. Η τρίτη μεταβλητή σχετίζεται με το αν ο συμμετέχων ήταν ασθενής ή όχι τη δεδομένη στιγμή που συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο ενώ η τέταρτη, αφορά στο αν ο συμμετέχων έχει κάποιο στενό συγγενή που έχει προσβληθεί από κάποια σοβαρή ή χρόνια ασθένεια.

Σύμφωνα με όσα ειπώθηκαν στην εισαγωγή, υποθέτουμε ότι όσο αυξάνεται η σοβαρότητα των συμπτωμάτων η «αδρανοποίηση» μειώνεται ενώ η «δράση» αυξάνεται, είτε τα συμπτώματα αφορούν στον εαυτό είτε κάποιον οικείο. Το ίδιο ισχύει στην περίπτωση που ο συμμετέχων πιθανόν να είναι ασθενής κατά την διεξαγωγή της έρευνας ή να έχει κάποιον συγγενή σοβαρά ή χρόνια ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Το Δείγμα

Το δείγμα της έρευνάς μας αποτελείται συνολικά από 278 φοιτητές των τμημάτων Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης, ενώ από το τμήμα Ψυχολογίας ερωτήθηκαν μόνο πρωτοετείς φοιτητές, γιατί δεν θέλαμε να υποπτευθούν οι συμμετέχοντες (λόγω εμπειρίας από τα μαθήματα μεγαλύτερων ετών του τμήματος Ψυχολογίας) το σκοπό της έρευνας που αφορά στον τομέα της Ψυχολογίας της Υγείας. Συγκεκριμένα, το πρώτο ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 108 άτομα (30 άνδρες, 78 γυναίκες), το δεύτερο από 102 (32 άνδρες, 70 γυναίκες), και το τρίτο από 68 (20 άνδρες, 47 γυναίκες, 1 χωρίς δήλωση φύλου και ηλικίας). Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 18 έως 28 ετών, ενώ εννέα άτομα δεν ανέφεραν την ηλικία τους. Από το συνολικό δείγμα των 278 ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήσαμε στην ανάλυσή μας τα 210 που επικεντρώνονται στην φανταστική παρουσίαση συμπτωμάτων στους ίδιους-ες ή σε κάποιον κοντινό οικείο τους.

Σχετικά με την ανάλυση της υιοθέτησης αναβλητικής συμπεριφοράς, 98 συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο που αφορούσε στα συμπτώματα των ίδιων και 94 το ερωτηματολόγιο που αφορούσε στα συμπτώματα σε κάποιον οικείο. Οι 26 δήλωσαν ότι ήταν ασθενείς το διάστημα της έρευνας και οι 166 ότι ήταν υγιείς. Τέλος, 76 δήλωσαν ότι είχαν κάποιον κοντινό τους άνθρωπο που να νοσεί ή που νοσούσε στο παρελθόν από κάποια σοβαρή ή χρόνια ασθένεια, ενώ 166 ότι δεν είχαν κάποιον.

Στα ερωτηματολόγια που εξετάζουν τη «δράση» προς αναζήτηση ιατρικής γνωμάτευσης των συμπτωμάτων, για τη μεταβλητή «εαυτός – άλλος», 106 συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το πρώτο ερωτηματολόγιο στο οποίο η συμπτωματολογία αφορούσε στον εαυτό, και 100 συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το δεύτερο ερωτηματολόγιο όπου οι σωματικές ενοχλήσεις αφορούσαν κάποιο άτομο από τον κοντινό κοινωνικό περίγυρο. Από τα άτομα, συνολικά οι 29 απάντησαν ότι ήταν ασθενείς το διάστημα που συμμετείχαν στην έρευνα, ενώ 177 ήταν υγιείς. Επίσης, 82 φοιτητές δήλωσαν ότι είχαν κάποιον γνωστό τους ασθενή και 124 ότι δεν είχαν κάποιον δικό τους που να νοσεί.

2.2. Τα Εργαλεία

Για την αξιολόγηση των αντιδράσεων των συμμετεχόντων στην πιθανότητα μιας σοβαρής ασθένειας κατασκευάστηκε μια σειρά πέντε (5) σύντομων σεναρίων που αναφερόταν σε συμπτώματα μιας σοβαρής ασθένειας (καρκίνος του πνεύμονα), η οποία δεν κατονομάζεται. Κάθε σενάριο περιλάμβανε επιδεινούμενα συμπτώματα σε σχέση με τα προηγούμενα (ήπια στο πρώτο σενάριο ως πολύ βαριά στο πέμπτο σενάριο). 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. Επίσης, δέκα ερωτήσεις αναφέρονται σε πιθανούς τρόπους αντίδρασης σε κάθε σενάριο (π.χ., επίσκεψη σε γιατρό, λήψη φαρμάκων που υπάρχουν στο σπίτι, 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 συμμετέχοντες ζητήθηκε να απαντήσουν σκεπτόμενοι τα σενάρια για τον εαυτό τους. Από τους υπολοίπους, για κάποιον οικείο.

Στο τέλος του ερωτηματολογίου, ο συμμετέχων απαντάει σε ερωτήματα σχετικά με το φύλο, την ηλικία του, το ποσοστό που θεωρεί ότι είναι υγιής αυτή τη στιγμή. Επίσης παρατίθενται ερωτήματα των οποίων οι απαντήσεις θεωρήθηκαν ότι μπορούν να λειτουργήσουν επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα των απαντήσεων ολόκληρου του ερωτηματολογίου, και αφορούν την εμπειρία με νοσήματα (είτε που βίωσε ο ίδιος είτε κάποιος γνωστός ή συγγενής) που είχε ο συμμετέχων το τελευταίο διάστημα. Παραδείγματος χάριν, «έχετε τώρα κάποια ασθένεια ή άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας;», «έχετε αντιμετωπίσει στο παρελθόν κάποια ασθένεια ή άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας;», ή «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);». Οι ερωτήσεις αυτές αποτελούν πηγή καίριων απαντήσεων για το χτίσιμο της θεματικής που αφορά την έρευνά μας, την οποία και θα αναλύσουμε εκτενέστατα εν συνεχεία.

2.3. Πίνακας Αντιστοιγίας Συμβολισμών

| | |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>F</i> | Κριτήριο <i>F</i> , Στατιστική ή απόλυτη τιμή του κριτηρίου <i>F</i> (για τα στατιστικά κριτήρια Pillai's Trace και Wilks' Lambda (λ)). |
| <i>Df</i> | Βαθμοί ελευθερίας |
| <i>Value</i> | Στατιστική τιμή του κριτηρίου <i>F</i> για τα στατιστικά κριτήρια Pillai's Trace και Wilks' Lambda. |
| <i>P</i> | Συντελεστής προσδιορισμού στατιστικής σημαντικότητας. |
| <i>Mean</i> ή <i>M.O.</i> | Μέσος όρος. |
| <i>Std. Error</i> | Τυπικό σφάλμα απόδοσης. |
| <i>95% Confidence Interval</i> | Διάστημα εμπιστοσύνης, με πιθανότητα 95% οι πραγματικές τιμές των μέσων όρων να βρίσκονται μέσα στα όρια των διαστημάτων που βρήκαμε. |
| <i>R</i> | Στατιστική τιμή του συντελεστή συσχέτισης Pearson <i>r</i> . |
| <i>N</i> | Αριθμός συμμετεχόντων ή αριθμός απαντήσεων. |
| <i>P</i> | Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. |
| <i>Ns</i> | Στατιστικά μη σημαντικό αποτέλεσμα. |
| <i>H₀</i> | Μηδενική υπόθεση. |
| <i>H₁</i> | Εναλλακτική υπόθεση. |
| ANOVA | Ανάλυση διακύμανσης. |
| Pearson Correlation | Στατιστική τιμή του συντελεστή συσχέτισης <i>r</i> που δηλώνει το βαθμό και την ποιότητα της συσχέτισης. |

2.4. Η Διαδικασία

Η συμπλήρωση των δύο πρώτων ερωτηματολογίων διεξήχθη στους αμφιθεατρικούς χώρους του πανεπιστημίου Κρήτης, όπου γίνονται οι παραδόσεις των μαθημάτων των φοιτητών, με τους συμμετέχοντες να συμπληρώνουν μόνοι τους τις ερωτήσεις. Οι ώρες που διεξήχθη η έρευνα ήταν πρωινές ώστε να εξασφαλιστεί η διανοητική διαύγεια των συμμετεχόντων. Τόσο το «ερωτηματολόγιο 1» που αφορά τα συμπτώματα στον εαυτό τους, όσο και το «ερωτηματολόγιο 2» που αφορά τα συμπτώματα σε κάποιον οικείο, συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, μετά από διευκρινήσεις των ερευνητών. Για το τρίτο ερωτηματολόγιο ακολουθήθηκε μια διαφορετική διαδικασία, επειδή οι ερευνητές αναλάμβαναν ατομικά τον κάθε συμμετέχοντα. Μετά την συμπλήρωση των ερωτήσεων που αφορούν στο άγχος υγείας, που μπορεί να βιώνει το άτομο, καθώς και στην παρούσα ψυχική του υγεία (οι ερωτήσεις αυτές συμπληρώνονται από τον ίδιο τον συμμετέχοντα), ο ερευνητής αναλαμβάνει να καταγράψει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Η αμέσως επόμενη ενότητα ερωτήσεων αφορά στην αντίληψη συγκεκριμένων ασθενειών από την πλευρά του συμμετέχοντα, καθώς και το αν αυτός έχει συνδυάσει τις ασθένειες που του αναφέρει ο ερευνητής με συγκεκριμένη συμπτωματολογία, ερωτώμενος στο τέλος για την πηγή των γνώσεων του πάνω στην συγκεκριμένη νόσο και τις ενδείξεις της. Επίσης, στις δύο τελευταίες ενότητες του ερωτηματολογίου, που αφορούν στην δράση, συμπεριφορά, ψυχολογία, κοινωνική και προσωπική καθημερινότητα και εμφάνιση ενός υγιούς ατόμου και ενός ατόμου που αρχίζει να χάνει την υγεία του, ο ερευνητής συμπληρώνει ξανά ο ίδιος τις απαντήσεις του κάθε συμμετέχοντα στο ερωτηματολόγιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Η Ανάλυση των Δεδομένων στο SPSS

Για την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων, που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση μεικτής ANOVA επαναλαμβανόμενων μετρήσεων για ανεξάρτητα και εξαρτημένα δείγματα (επαναλαμβανόμενες μετρήσεις). Το συγκεκριμένο παραμετρικό στατιστικό κριτήριο επιτρέπει την μελέτη των επιδράσεων περισσότερων της μίας ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή, καθώς και την αλληλεπίδρασή τους. Ο σχεδιασμός αυτός χρησιμοποιείται όταν οι ερευνητές θέλουν να συγκρίνουν ανεξάρτητα μεταξύ τους δείγματα σε μια σειρά από δραστηριότητες.

Για να αποφανθούμε σχετικά με τα αποτελέσματα της ANOVA επικεντρωθήκαμε στην ανάλυση δεικτών κεντρικής τάσης, και συγκεκριμένα των μέσων όρων που προκύπτουν από τις σχέσεις και αλληλεπιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας 1% και 5%, που θα μας καθορίσουν την στατιστική σημαντικότητα. Τέλος, για την ανάλυση και διατύπωση της επίδρασης των παραγόντων στην εξαρτημένη μεταβλητή καθώς και την ανάλυση της ισχύος της αλληλεπίδρασης τους χρησιμοποιήθηκε η τιμή F του στατιστικού κριτηρίου Wilks' Lambda (Λ). Χρήσιμη για την διατύπωση συμπερασμάτων ήταν και η σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών που φανερώνουν τον βαθμό και την ποιότητα της αλληλεπίδρασης. Αφορούσε τόσο τα επίπεδα μιας ανεξάρτητης μεταβλητής όσο και επίπεδα μεταξύ ανεξάρτητων μεταβλητών. Επίσης, αναφορά έγινε σε κάποια διαστήματα εμπιστοσύνης τα οποία προσδιορίζουν το εύρος μέσα στο οποίο κυμαίνονται οι πιθανές 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.

Τελικά, προσδιορίστηκε ο βαθμός του συντελεστή συσχέτισης και η ποιότητα της συσχέτισης μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών (που όπως θα δούμε αναφέρονται στη λήψη δράσεων και υιοθέτησης στάσεων που δεν αλληλοαποκλείονται). Το παραμετρικό κριτήριο που

χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης των εξαρτημένων μεταβλητών της «αναβλητικότητας» και της «δράσης» είναι ο δείκτης *Pearson r*.

3.2. Η «σοβαρότητα των συμπτωμάτων» και η σχέση της με την «τωρινή ασθένεια του συμμετέχοντα», την «ασθένεια συγγενή» και την «αναβλητικότητα».

Τα αποτελέσματα μας έδωσαν ένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, επιβεβαιώνοντας ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων επηρεάζει την αναβλητικότητα για τη διευθέτηση των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα έχουμε από το κριτήριο Wilks' Lambda (*A*) για την ανάλυσή μας την τιμή του κριτηρίου *F* να ισούται με , $F(4, 181) = 0,581, p < 0,01$. Επίσης στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα βρήκαμε στην αλληλεπίδραση μεταξύ της σοβαρότητας των συμπτωμάτων με την παρούσα ασθένεια των συμμετεχόντων και με την εμπειρία σοβαρής ή χρόνιας ασθένειας κάποιου συγγενή, με την τιμή *F* του κριτηρίου Wilks Lambda (*A*) να ισούται με $F(4, 181) = 0,941, p < 0$.

3.3. Η Σχέση του Παράγοντα «Εαυτός - Άλλος» με την «Αναβλητικότητα».

Όσον αφορά στην πιθανότητα υιοθέτησης αναβλητικής στάσης μεταξύ της συμπτωματολογίας που αφορά στον «εαυτό» (ερωτηματολόγιο 1) και της συμπτωματολογίας που αφορά στον «άλλο» (ερωτηματολόγιο 2), το SPSS συγκρίνει τους μέσους όρους της εξαρτημένης μεταβλητής της «αναβλητικότητας» (Πίνακας 1).

Ο μέσος όρος που αφορά στην πιθανότητα της αναβλητικότητας όταν πρόκειται για το άτομο ισούται με 10,828 ενώ όταν πρόκειται για κάποιον άλλο ισούται με 8,829. Η διαφορά των μέσων όρων που προκύπτει είναι στατιστικώς σημαντική, με την τιμή του *F* να αντιστοιχεί σε $F(1, 184) = 8,977, p = 0,003$ για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05. Συγκεκριμένα, θα λέγαμε ότι από το αποτέλεσμα προκύπτει πως όταν η συμπτωματολογία αφορά το ίδιο το άτομο η πιθανότητα εμφάνισης αναβλητικής συμπεριφοράς είναι μεγαλύτερη (κατά 1,999 μονάδες) από την περίπτωση που τα συμπτώματα αφορούν κάποιον οικείο. Από τα διαστήματα εμπιστοσύνης που ακολουθούν στον πίνακα 1 μπορούμε να υποστηρίξουμε με βεβαιότητα 95% ότι η πραγματική διαφορά των μέσων όρων τόσο στην περίπτωση του εαυτού όσο και στην περίπτωση του οικείου ότι κυμαίνονται αντίστοιχα από 9,915 - 11,740 και 7,881 - 9,778. Από την στιγμή που τα συγκεκριμένα διαστήματα

τιμών δεν περιλαμβάνουν το μηδέν, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές. Επομένως, η αναβλητικότητα επηρεάζεται από το αν η συμπτωματολογία αφορά στον εαυτό ή κάποιον οικείο, και μάλιστα όταν πρόκειται για τον εαυτό η πιθανότητα να μην ανατρέξουμε άμεσα προς αναζήτηση ιατρικής φροντίδας είναι μεγαλύτερη.

Πίνακας 1

Αποτελέσματα μέσω των όρων Αναβλητικότητας για τα συμπτώματα που αφορούν στον «εαυτό» και τα συμπτώματα που αφορούν στον «άλλο»

| | <i>M.O.</i> | <i>Τυπικό Σφάλμα</i> | <i>df</i> | <i>F</i> | <i>p.</i> |
|--------|-------------|----------------------|-----------|----------|-----------|
| Εαυτός | 10,828 | 0,462 | 1, 184 | 8,977 | 0,003 |
| Άλλος | 8,829 | 0,481 | | | |

| <i>95% διάστημα εμπιστοσύνης</i> | | |
|----------------------------------|-----------------------|------------------------|
| | <i>Μικρότερο όριο</i> | <i>Μεγαλύτερο όριο</i> |
| Εαυτός | 9,915 | 11,740 |
| Άλλος | 7,881 | 9,778 |

3.4. Η Σχέση της «Τωρινής Ασθένειας του Συμμετέχοντα» με την «Αναβλητικότητα».

Αναλύσαμε την διαφορά των μέσων όρων που αντιστοιχούν στην πιθανότητα της αναβλητικότητας μεταξύ ασθενών και μη ασθενών συμμετεχόντων. Ο πίνακας 2 φανερώνει ότι η διαφορά των μέσων όρων είναι στατιστικώς σημαντική με την τιμή $F(1,184) = 4,228$, $p = 0,041$ για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05, ενώ οι τιμές των μέσων όρων αναβλητικότητας αντιστοιχούν σε 10,514 για τους ασθενείς συμμετέχοντες και 9,143 για τους μη ασθενείς. Από τα διαστήματα εμπιστοσύνης που ακολουθούν στον πίνακα 2 μπορούμε να υποστηρίξουμε με βεβαιότητα 95% ότι η πραγματική διαφορά των μέσων όρων τόσο στην περίπτωση του «είμαι

ασθενής» και στην περίπτωση «δεν είμαι ασθενής» κυμαίνονται αντίστοιχα από 9,290 – 11,739 και 8,660 – 9,625. Επομένως, η τωρινή ασθένεια του ατόμου επιδρά στην εξαρτημένη μεταβλητή. Συγκεκριμένα το να λειτουργήσει αναβλητικά το άτομο είναι πιθανότερο (κατά 1,371 μονάδες) όταν είναι ασθενής από ότι στην περίπτωση που δεν νοσεί.

Πίνακας 2

Τα αποτελέσματα της διαφοράς των μέσων όρων των ατόμων που είναι τώρα ασθενείς σε σχέση με τα άτομα που δεν είναι

| | <i>M.O.</i> | <i>Τυπικό Σφάλμα</i> | <i>df</i> | <i>F</i> | <i>p.</i> |
|----------------|-------------|----------------------|-----------|----------|-----------|
| Ασθενής Εαυτός | 10,514 | 0,621 | 1, 184 | 4,228 | 0,041 |
| Υγιής Εαυτός | 9,143 | 0,244 | | | |

| <i>95% διάστημα εμπιστοσύνης</i> | | |
|----------------------------------|-----------------------|------------------------|
| | <i>Μικρότερο όριο</i> | <i>Μεγαλύτερο όριο</i> |
| Ασθενής Εαυτός | 9,290 | 11,739 |
| Υγιής Εαυτός | 8,660 | 9,625 |

3.5. Η Σχέση του Παράγοντα της «Ασθένειας Συγγενή» με την «Αναβλητικότητα».

Από την ανάλυση του πίνακα 3, εφόσον το $p > 0,05$ ($p = 0,281$) οδηγούμαστε σε στατιστικά μη σημαντικό αποτέλεσμα, διατυπώνοντας $F(1, 184) = 1,170$, *ns*. Επομένως, η πιθανότητα «αναβλητικότητας» δεν επηρεάζεται από το αν το άτομο έχει κάποιον ασθενή στο συγγενικό του περιβάλλον. Από τα διαστήματα εμπιστοσύνης που ακολουθούν στον πίνακα 3 μπορούμε να υποστηρίξουμε με βεβαιότητα 95% ότι η πραγματική διαφορά των μέσων όρων τόσο στην περίπτωση του «είμαι ασθενής» και στην περίπτωση «δεν είμαι ασθενής» κυμαίνονται αντίστοιχα από -0,594 έως 2,038 και -2,038 έως 0,594.

Πίνακας 3

Η διαφορά των μέσων όρων μεταξύ των συμμετεχόντων που έχουν κάποιον συγγενή ασθενή και εκείνων που δεν έχουν

| | <i>M.O.</i> | <i>Τυπικό Σφάλμα</i> | <i>df</i> | <i>F</i> | <i>p.</i> |
|----------------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|----------|-----------|
| Συγγενής Ασθενής | 10,189 | 0,521 | 1, 184 | 1,170 | 0,281 |
| Συγγενής Μη Ασθενής | 9,468 | 0,416 | | | |
| <i>95% διάστημα εμπιστοσύνης</i> | | | | | |
| | <i>Μικρότερο όριο</i> | | <i>Μεγαλύτερο όριο</i> | | |
| Ασθενής Εαυτός | -0,594 | | 2,038 | | |
| Υγιής Εαυτός | -2,038 | | 0,594 | | |

3.6. Σύγκριση και Ανάλυση των Μέσων Όρων των Επιπέδων της «Σοβαρότητας των Συμπτωμάτων».

Όπως είδαμε παραπάνω, η επίδραση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων στην εξαρτημένη μεταβλητή «αναβλητικότητα» είναι στατιστικώς σημαντική ($F(4,736) = 72,199, p < 0,01$). Στον πίνακα 4 διατυπώνονται οι μέσοι όροι της πιθανότητας «αναβλητικότητα» για κάθε κλιμακωτό επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής της σοβαρότητας της φανταστικής συμπτωματολογίας που δίνεται στους συμμετέχοντες. Παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται η κλιμάκωση των επιπέδων, και τα συμπτώματα γίνονται όλο και πιο σοβαρά και απειλητικά, τόσο περισσότερο μειώνεται η πιθανότητα να αναπτυχθεί αναβλητική συμπεριφορά ως προς το να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στα συμπτώματα, και το άτομο να αναζητήσει τη γνώμη επαγγελματία υγείας.

Πίνακας 4

Στον πίνακα διαφαίνεται ο συνολικός χρονικός μέσος όρος διάρκειας της

«αναβλητικότητας» για κάθε επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής

| Επίπεδα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων | Μ.Ο. Διάρκειας Αναβλητικότητας |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1 | 13,393 |
| 2 | 11,016 |
| 3 | 9,371 |
| 4 | 8,097 |
| 5 | 7,264 |

Δίνοντας περισσότερο βαρύτητα στους μέσους όρους και στο συντελεστή προσδιορισμού (r), γίνεται σύγκριση των επιπέδων της ανεξάρτητης μεταβλητής της «σοβαρότητας συμπτωμάτων» ως προς το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05. Παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων σχεδόν όλων των επιπέδων καθότι το $p < 0,01$, εκτός μεταξύ των επιπέδων 5 και 4 όπου το $p = 0,068$. Η μεγαλύτερη διαφορά μέσων όρων παρατηρείται μεταξύ των επιπέδων 1 και 5, όπου, η μεγαλύτερη τιμή αναβλητικότητας αντιστοιχεί στο επίπεδο 1, κάτι που ερμηνεύει πώς οι συμμετέχοντες αντιλήφθηκαν ως λιγότερο σοβαρά τα συμπτώματα του συγκεκριμένου επιπέδου.

Παρόλο που η πιθανότητα της αναβλητικότητας στο επίπεδο 4 είναι μεγαλύτερη από ότι στο επίπεδο 5, η διαφορά τους αποδείχθηκε στατιστικά μη σημαντική, πράγμα που σημαίνει ότι ο αριθμός 0,833 που προκύπτει από την μεταξύ τους αφαίρεση είναι αποτέλεσμα επίδρασης εξωτερικών παραγόντων πέραν της ανεξάρτητης μεταβλητής της αντιληπτικής σοβαρότητας των συμπτωμάτων.

Πίνακας 5

Διατυπώνεται η διαφορά των μέσων όρων για κάθε ζευγάρι επιπέδων της ανεξάρτητης μεταβλητής «σοβαρότητα συμπτωμάτων» για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 (p.)

| <i>Ζεύγη Επιπέδων Σοβαρότητας Συμπτωμάτων</i> | <i>Διαφορές Μέσων Όρων</i> | <i>p.</i> |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|-----------|
| 1-2 | 2,377 | 0,001 |
| 1-3 | 4,022 | 0,001 |
| 1-4 | 5,296 | 0,001 |
| 1-5 | 6,125 | 0,001 |
| 2-3 | 1,645 | 0,001 |
| 2-4 | 2,919 | 0,001 |
| 2-5 | 3,752 | 0,001 |
| 3-4 | 1,275 | 0,001 |
| 3-5 | 2,107 | 0,001 |
| 4-5 | 0,833 | 0,068 |

3.7. Η Σχέση του Παράγοντα «Εαυτός – Άλλος» με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων».

Στον πίνακα 6 αναλύεται η αλληλεπίδραση του παράγοντα «εαυτός – άλλος» με τον παράγοντα «σοβαρότητα συμπτωμάτων» και την επίδραση που παρουσιάζουν στην εξαρτημένη μεταβλητή της πιθανότητας επιλογής αναβλητικής στάσης προς τα συμπτώματα. Παρουσιάζονται οι μέσοι όροι πιθανότητας έκφρασης αναβλητικότητας.

Πίνακας 6

Αποτελέσματα μέσω των όρων της πιθανότητας αναβλητικής συμπεριφοράς για κάθε επίπεδο της σοβαρότητας των συμπτωμάτων για τον «εαυτό» και για τον «άλλο»

| Επίπεδα σοβαρότητας συμπτωμάτων | | <i>M.O.</i> | <i>Std. Error</i> | <i>95% Διάστημα Εμπιστοσύνης</i> |
|---------------------------------------|---|-------------|-------------------|--------------------------------------|
| Εαυτός | 1 | 14,675 | 0,554 | 13,582 – 15,768 |
| | 2 | 12,438 | 0,544 | 11,365 – 13,511 |
| | 3 | 10,529 | 0,608 | 9,329 – 11,728 |
| | 4 | 8,727 | 0,592 | 7,559 – 9,895 |
| | 5 | 7,769 | 0,618 | 6,550 – 8,989 |
| Άλλος | 1 | 12,111 | 0,576 | 10,974 – 13,248 |
| | 2 | 9,595 | 0,566 | 8,479 – 10,710 |
| | 3 | 8,214 | 0,632 | 6,967 – 9,462 |
| | 4 | 7,467 | 0,616 | 6,252 – 8,681 |
| | 5 | 6,759 | 0,643 | 5,491 – 8,027 |

Παρατηρούμε ότι στην περίπτωση που η συμπτωματολογία αφορά στον «εαυτό», όσο αυξάνεται η σοβαρότητα των συμπτωμάτων από το επίπεδο 1 στο επίπεδο 5, η πιθανότητα έκφρασης αναβλητικής συμπεριφοράς μειώνεται. Παρόμοια κλιμακούμενη μείωση της αναβλητικότητας ισχύει και στην περίπτωση που τα συμπτώματα αφορούν κάποιον γνωστό. Σε σύγκριση όμως με την περίπτωση του «εαυτού», οι μέσοι όροι της αναβλητικότητας είναι μικρότεροι. Για παράδειγμα, ο μέσος όρος αναβλητικότητας για τον «εαυτό» στο επίπεδο 1 της σοβαρότητας των συμπτωμάτων ισούται με 14,675 ενώ στην περίπτωση του «άλλου» ισούται με 12,111. Ακόμα και στο επίπεδο 5 $M.O.$ «εαυτού» = 7,769 και $M.O.$ «άλλου» = 6,759. Αυτό σημαίνει

ότι όταν το άτομο βιώνει κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα (ακίνδυνα ή ανησυχητικά, κατά τη γνώμη του) η πιθανότητα να καθυστερήσει να ζητήσει βοήθεια από κάποιον ειδικό είναι μεγαλύτερη από ότι όταν κάποιος κοντινό του πρόσωπο νοσεί με την ίδια συμπτωματολογία.

3.8. Η Σχέση της «Τωρινής Ασθένειας του Συμμετέχοντα» Με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων».

Στον πίνακα 7 αναλύεται ο παράγοντας της τωρινής ασθένειας των συμμετεχόντων με τον παράγοντα της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και η επίδραση αυτών στην μεταβλητή της αναβλητικότητας.

Πίνακας 7

Αποτελέσματα Μέσων Όρων Πιθανότητας Αναβλητικότητας για κάθε επίπεδο

Επιδείνωσης της Συμπτωματολογίας μεταξύ «ασθένειας» και «μη

ασθένειας» του συμμετέχοντα

| Επίπεδα σοβαρότητας συμπτωμάτων | | <i>M.O.</i> | <i>Std. Error</i> | <i>95% Διάστημα Εμπιστοσύνης</i> |
|---------------------------------------|---|-------------|-------------------|--------------------------------------|
| Ασθένεια | 1 | 14,560 | 0,744 | 13,093 – 16,028 |
| | 2 | 11,735 | 0,730 | 10,295 – 13,175 |
| | 3 | 9,949 | 0,816 | 8,339 – 11,560 |
| | 4 | 8,519 | 0,795 | 6,951 – 10,087 |
| | 5 | 7,807 | 0,830 | 6,170 – 9,444 |

| | | | | |
|-------------|---|--------|-------|-----------------|
| Μη Ασθένεια | 1 | 12,226 | 0,293 | 11,648 – 12,803 |
| | 2 | 10,298 | 0,287 | 9,731 – 10,865 |
| | 3 | 8,794 | 0,321 | 8,160 – 9,428 |
| | 4 | 7,675 | 0,313 | 7,057 – 8,292 |
| | 5 | 6,721 | 0,327 | 6,077 – 7,366 |

Στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες ήταν ασθενείς το διάστημα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, παρατηρούμε ξανά μια φθίνουσα κλιμάκωση στις τιμές των μέσων όρων της αναβλητικότητας όσο η συμπτωματολογία γίνεται πιο βαριά. Αν δεν ήταν ασθενείς, η ίδια φθίνουσα κλιμάκωση ισχύει και πάλι. Αυτό που αξίζει να επισημανθεί είναι ότι οι τιμές της αναβλητικής συμπεριφοράς είναι μεγαλύτερες όταν το άτομο είναι ασθενής παρά όταν δεν νοσεί, και μειώνονται όσο κλιμακώνεται η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας. Για παράδειγμα, για επίπεδο σοβαρότητας συμπτωμάτων 1 ο *M.O.* αναβλητικότητας «για ασθενείς» = 14,560 ενώ ο *M.O.* αναβλητικότητας «για υγιείς» = 12,226. Στο επίπεδο 5 ο *M.O.* «για ασθενείς» = 7,807 ενώ ο *M.O.* «για υγιείς» = 6,721. Τα δεδομένα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι είναι πιθανότερο το άτομο να δώσει μεγαλύτερη σημασία στα συμπτώματά του ως απειλητικά όταν δεν είναι ασθενής παρά όταν ήδη νοσεί.

3.9. Η Σχέση της «Ασθένειας Συγγενή» με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων».

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι πιθανότητας επιλογής αναβλητικής στάσης για κάθε επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής της σοβαρότητας της συμπτωματολογίας όταν οι συμμετέχοντες έχουν κάποιον συγγενή με σοβαρή ή χρόνια ασθένεια.

Πίνακας 8

Αποτελέσματα Μέσων Όρων Πιθανότητας Ενημέρωσης Ιατρού για κάθε επίπεδο

Επιδείνωσης της Συμπτωματολογίας μεταξύ «ασθένειας» και «μη

ασθένειας» κάποιου συγγενή

| Επίπεδα σοβαρότητας συμπτωμάτων | | <i>M.O.</i> | <i>Std. Error</i> | <i>95% Διάστημα Εμπιστοσύνης</i> |
|---------------------------------------|---|-------------|-------------------|--------------------------------------|
| Με οικείο ασθενή | 1 | 13,789 | 0,624 | 12,557 – 15,021 |
| | 2 | 10,856 | 0,613 | 9,646 – 12,065 |
| | 3 | 9,749 | 0,685 | 8,396 – 11,101 |
| | 4 | 8,643 | 0,667 | 7,327 – 9,960 |
| | 5 | 7,910 | 0,697 | 6,535 – 9,285 |
| Χωρίς οικείο ασθενή | 1 | 12,997 | 0,499 | 12,013 – 13,981 |
| | 2 | 11,177 | 0,490 | 10,211 – 12,143 |
| | 3 | 8,994 | 0,547 | 7,914 – 10,074 |
| | 4 | 7,551 | 0,533 | 6,499 – 8,602 |
| | 5 | 6,619 | 0,557 | 5,520 – 7,717 |

Αποδεικνύεται ότι όσο αυξάνεται η σοβαρότητα των συμπτωμάτων τόσο περισσότερο μειώνεται η αναβλητικότητα του συμμετέχοντα τόσο όταν έχει όσο και όταν δεν έχει κάποιον συγγενή σοβαρά ή χρόνια πάσχοντα. Συγκρίνοντας τους μέσους όρους της «αναβλητικότητας» συμπεραίνουμε ότι στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες δεν έχουν κάποιο συγγενή που να νοσεί η πιθανότητα να λειτουργήσουν αναβλητικά είναι μικρότερη. Για παράδειγμα, ο μέσος όρος της

αναβλητικότητας στο πρώτο επίπεδο 1 σοβαρότητας της συμπτωματολογίας για τους συμμετέχοντες που έχουν κάποιον οικείο ασθενή ισούται με 13,789 ενώ για τους συμμετέχοντες με οικείο ασθενή ο μέσος όρος ισούται με 12,997. Για το επίπεδο 5 ο *M.O.* «με οικείο ασθενή» = 7,910 ενώ ο *M.O.* «χωρίς οικείο ασθενή» = 6,619. Επομένως, οι συμμετέχοντες τείνουν να αναπτύξουν περισσότερο αναβλητική συμπεριφορά όταν δεν έχουν κάποιον άλλο ασθενή στην οικογένειά τους.

3.10. Η Σχέση της «Τωρινής Ασθένειας του Συμμετέχοντα» με την «Ασθένεια Οικείου Προσώπου».

Στον πίνακα 9 αναλύεται η αλληλεπίδραση του παράγοντα της τωρινής ασθένειας των συμμετεχόντων και του παράγοντα της σοβαρής ή χρόνιας ασθένειας κάποιου συγγενή. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο μεγαλύτερος μέσος όρος πιθανότητας προτίμησης αναβλητικής στάσης (*M.O.* = 11,160) προκύπτει όταν οι συμμετέχοντες είναι ήδη ασθενείς και διαθέτουν κάποιον συγγενή ασθενή. Η πιθανότητα της αναβλητικότητας μειώνεται όταν οι συμμετέχοντες είναι ασθενείς παροντικά αλλά δεν έχουν κάποιον γνωστό ασθενή (*M.O.* = 9,868). Η ύφεση της αναβλητικότητας είναι εντονότερη όταν οι συμμετέχοντες δεν είναι οι ίδιοι ασθενείς αλλά έχουν κάποιο γνωστό ασθενή (*M.O.* = 9,218) και ακόμα μεγαλύτερη όταν δεν είναι οι ίδιοι ασθενείς και δεν έχουν κάποιο γνωστό που να νοσεί (*M.O.* = 9,067).

Πίνακας 9

Αποτελέσματα μέσω των όρων αναβλητικότητας από την αλληλεπίδραση των παραγόντων της πιθανής τωρινής ασθένειας του συμμετέχοντα και της πιθανής ασθένειας κάποιου γνωστού του συμμετέχοντα

| Τωρινή ασθένεια Συμμετέχοντα | Ασθένεια Γνωστού | <i>M.O.</i> | <i>Std. Error</i> | 95% Διάστημα εμπιστοσύνης |
|---------------------------------|---------------------|-------------|-------------------|---------------------------|
| Ναι* | Ναι** | 11,160 | 0,971 | 9,245 – 13,075 |
| Ναι* | Όχι** | 9,868 | 0,774 | 8,342 – 11,394 |
| Όχι* | Ναι** | 9,218 | 0,379 | 8,470 – 9,967 |
| Όχι* | Όχι** | 9,067 | 0,308 | 8,459 – 9,674 |

*Τα «ναι» αναφέρονται στους συμμετέχοντες που τύχαινε να είναι ασθενής το διάστημα που συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια, και το «όχι» για όσους ήταν υγιείς.

**Τα «ναι» αναφέρονται στους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι είχαν κάποιον κοντινό φίλο ή συγγενή που νοσούσε το διάστημα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο, και τα «όχι» για όσους δεν είχαν.

3.11. Η «Σοβαρότητα Των Συμπτωμάτων» και η Σχέση της με την «Τωρινή Ασθένεια του Συμμετέχοντα», την «Ασθένεια Οικείου» και την «Δράση» προς Αναζήτηση Ιατρού.

Με πιθανότητα 1% το αποτέλεσμα που βρήκαμε να οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01), η επίδραση του παράγοντα σοβαρότητας της συμπτωματολογίας, είναι στατιστικώς σημαντική. Συγκεκριμένα, για την επίδραση της σοβαρότητας η στατιστική τιμή του F ισούται με 20,052, και οι τιμές των στατιστικών κριτηρίων Pillai's Trace και Wilks' Lambda (λ) αντιστοιχούν στις τιμές $F(4,195) = 0,373$, $p < 0,01$ και $F(4,195) = 0,627$, $p < 0,01$. Επίσης, στατιστικώς σημαντική καταλήγει και η αλληλεπίδραση της έντασης των σωματικών αλλαγών και ενδείξεων με το αν οι ενδείξεις αυτές αφορούν το ίδιο το άτομο ή κάποιον γνωστό του. Εδώ, η στατιστική τιμή του F ισούται με 7,331 για το στατιστικό κριτήριο Wilks' Lambda (λ) το οποίο ισούται με $F(4,195) = 0,869$, $p < 0,01$.

3.12. Η Σχέση του Παράγοντα «Εαυτός – Άλλος» με την «Δράση» προς Αναζήτηση Ιατρού.

Η τιμή του F σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01 είναι στατιστικά σημαντική, καθότι $F(1, 198) = 15,152, p = 0,000$. Τα διαστήματα εμπιστοσύνης δηλώνουν ότι οι τιμές του μέσου όρου που αφορά τον «εαυτό» κυμαίνονται από 10,727 – 11,915, ενώ για την περίπτωση του «άλλου» 12,329 – 13,609, με πιθανότητα 95% τα διαστήματα αυτά ισχύουν. Επομένως, η μεταβλητή «εαυτός – άλλος» όντως επηρεάζει την εξαρτημένη μεταβλητή της αναφοράς των συμπτωμάτων στον ιατρό. Αναλύοντας τους μέσους όρους παρατηρούμε ότι στην περίπτωση που η συμπτωματολογία αφορά τον «εαυτό», η πιθανότητα άμεσης αναζήτησης ιατρικής εκτίμησης και συμβουλής είναι μικρότερη ($M.O.$ για εαυτό = 11,321) από ότι όταν πρόκειται για τα συμπτώματα ενός γνωστού ($M.O.$ για άλλον = 13,000).

3.13. Η Σχέση της «Τωρινής Ασθένειας του Συμμετέχοντα» με την «Δράση» προς Αναζήτηση Ιατρού.

Σύμφωνα με τα δεδομένα που προκύπτουν από την ανάλυση του SPSS, το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες ήταν ή δεν ήταν ασθενείς το διάστημα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια δεν ασκεί, στατιστικώς, σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή της υιοθέτησης ενεργητικής και στάσης προς ανεύρεση ιατρικής διάγνωσης. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζεται από την τιμή του F για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, με $F(1, 198) = 0,357, p = 0,551$.

3.14. Η Σχέση της «Ασθένειας Συγγενή» με την «Δράση» προς Αναζήτηση Ιατρού

Σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα, η συγκεκριμένη μεταβλητή επίσης δεν ασκεί επιρροή στην πιθανότητα άμεσης αναζήτησης ιατρικής εκτίμησης των συμπτωμάτων, καθότι $F(1, 198) = 0,207, ns$, εφόσον το $p = 0,650$ σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Επομένως, η παρουσία κάποιου στενού συγγενή στο περιβάλλον του συμμετέχοντα δείχνει να μην επηρεάζει την επιλογή του να αναφέρει σε κάποιον επαγγελματία υγείας τα συμπτώματα και τις σωματικές αλλαγές που καλείται να φανταστεί στην έρευνα.

3.15. Σύγκριση και Ανάλυση των Μέσων Όρων των Επιπέδων της «Σοβαρότητας των Συμπτωμάτων».

Από την αρχική ανάλυση προέκυψε πως το επίπεδο της αντιληπτικής απειλής και επικινδυνότητας των σωματικών ενδείξεων ασκεί σημαντική επιρροή στην ανάπτυξη της ενεργητικής στάσης των συμμετεχόντων προς ανεύρεση ιατρικής γνωμάτευσης ($F(4,195) = 0,131, p < 0,01$ και $F(4,195) = 0,869, p < 0,01$).

Στο πίνακα 10, παρατίθενται οι μέσοι όροι της πιθανότητας αναζήτησης ιατρικής βοήθειας για κάθε επίπεδο της σοβαρότητας των σωματικών αλλαγών και ενδείξεων, είτε αφορούν τον ίδιο είτε κάποιον οικείο. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι οι τιμές των μέσων όρων αυξάνονται κλιμακωτά, καθότι το πρώτο επίπεδο χαρακτηρίζεται από την μικρότερη πιθανότητα $M.O. = 9,856$ (με πιθανότητα 95% η τιμή αυτή να είναι η πραγματική μέσα σε ένα εύρος τιμών από 9,168 – 10,545), και το πέμπτο επίπεδο να χαρακτηρίζεται από την υψηλότερη πιθανότητα αναφοράς των συμπτωμάτων σε κάποιον ιατρό ($M.O. = 13,552$), μέσα σε ένα εύρος τιμών από 13,160 – 13,944.

Στον πίνακα 11 απεικονίζεται η διαφορά των μέσων όρων για κάθε ζεύγος επιπέδων της αντιληπτικής επικινδυνότητας των συμπτωμάτων. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι όλες οι τιμές που προκύπτουν στον πίνακα είναι στατιστικά σημαντικές, εφόσον δεν παρουσιάζεται κάποια τιμή του συντελεστή προσδιορισμού ($p.$) που να ξεπερνάει το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Η μικρότερη διαφορά προκύπτει μεταξύ των επιπέδων τέσσερα (4) και πέντε (5), όπου η τιμή της διαφοράς του μέσου όρου ισούται με - 0,395. Η μεγαλύτερη διαφορά μέσων όρων προκύπτει από την αφαίρεση του επιπέδου πέντε (5) από το επίπεδο ένα (1) της συμπτωματολογίας. Καθότι η διαφορά της αφαίρεσης αρνητική (- 3,696) συμπεραίνουμε ότι η πιθανότητα του ατόμου να απευθυνθεί σε ιατρό για να αναφέρει τα συμπτώματά που αντιπροσωπεύουν το επίπεδο ένα (1) είναι πολύ χαμηλή.

Πίνακας 10

Αποτελέσματα των Μέσων Όρων της Πιθανότητας Αναφοράς των Συμπτωμάτων σε

Γιατρό εξαιτίας της Επίδρασης του παράγοντα της Σοβαρότητας των Συμπτωμάτων.

| Επίπεδα σοβαρότητας συμπτωμάτων | <i>M.O.</i> | <i>Std. Error</i> | <i>95% Διάστημα Εμπιστοσύνης</i> |
|---------------------------------------|-------------|-------------------|----------------------------------|
| 1 | 9,856 | 0,349 | 9,168 – 10,545 |
| 2 | 11, 669 | 0,299 | 11,080 – 12,258 |
| 3 | 12,569 | 0,254 | 12,069 – 13,069 |
| 4 | 13,157 | 0,231 | 12,701 – 13,613 |
| 5 | 13,552 | 0,199 | 13,160 – 13,944 |

Πίνακας 11

Αποτελέσματα διαφοράς μέσω των όρων για κάθε ζεύγος της μεταβλητής της σοβαρότητας των συμπτωμάτων προς την επιρροή στην επιλογή αναζήτησης ιατρικής γνώμης.

| Ζεύγη επιπέδων σοβαρότητας συμπτωμάτων | <i>Διαφορά M.O.</i> | <i>Std. Error</i> | <i>p.</i> | <i>95% Διάστημα Εμπιστοσύνης</i> |
|----------------------------------------------|-------------------------|-------------------|-----------|--------------------------------------|
| 1 – 2 | -1,813 | 0,289 | 0,001 | -2,633 – -0,993 |
| 1 – 3 | -2,713 | 0,333 | 0,001 | -3,659 – -1,767 |
| 1 – 4 | -3,301 | 0,335 | 0,001 | -4,252 – -2,350 |
| 1 – 5 | -3,696 | 0,345 | 0,001 | -4,676 – -2,715 |
| 2 – 3 | -0,900 | 0,209 | 0,001 | -1,492 – -0,308 |
| 2 – 4 | -1,488 | 0,249 | 0,001 | -2,194 – -0,782 |
| 2 – 5 | -1,883 | 0,265 | 0,001 | -2,634 – -1,131 |
| 3 – 4 | -0,588 | 0,160 | 0,003 | -1,042 – -0,134 |
| 3 – 5 | -0,983 | 0,188 | 0,001 | -1,517 – -0,448 |
| 4 – 5 | -0,395 | 0,128 | 0,023 | -0,757 – -0,032 |

3.16. Η Σχέση του Παράγοντα «Εαυτός – Άλλος» με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων».

Στον πίνακα 12 αναλύεται η αλληλεπίδραση του παράγοντα «εαυτός – άλλος» με την αντίληψη της σοβαρότητας των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται στον κάθε συμμετέχοντα. Παρουσιάζονται οι μέσοι όροι πιθανότητας επιλογής συζήτησης των σωματικών ενδείξεων με τον ιατρό για κάθε ένα από τα επίπεδα της ανεξάρτητης μεταβλητής που αναφέρεται στην αντιληπτική επικινδυνότητα της φανταστικής συμπτωματολογίας, τόσο για τον «εαυτό» όσο και για κάποιο οικείο πρόσωπο.

Στην περίπτωση του «εαυτού», παρατηρείται μια κλιμακούμενη αύξηση της πιθανότητας αναζήτησης ιατρικής γνώμης όσο τα επίπεδα αντιληπτικής επικινδυνότητας των συμπτωμάτων αυξάνονται. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση που οι σωματικές ενδείξεις που αναφέρονται σε κάποιον οικείο του συμμετέχοντα. Αξίζει να επισημάνουμε σε αυτό το σημείο την ποιότητα της διαφοράς των μέσων όρων μεταξύ της συνθήκης του «εαυτού» και της συνθήκης του «άλλου». Για το επίπεδο ένα(1) της σοβαρότητας των συμπτωμάτων ο μέσος όρος που αφορά το ίδιο το άτομο ισούται με 7,981, ενώ στην περίπτωση του «άλλου» ισούται με 11,731. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι όταν τα συμπτώματα δεν εκλαμβάνονται ως απειλητικά, η πιθανότητα του ατόμου να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό για τις σωματικές του ενοχλήσεις είναι πολύ μικρότερη σε σύγκριση με το αν κάποιος φίλος ή συγγενής βιώνει τα ίδια συμπτώματα. Όταν ισχύει το τελευταίο, η πιθανότητα να προτρέψει τον ασθενή-γνωστό να συμβουλευτεί κάποιο γιατρό για τα συμπτώματα του είναι πολύ μεγαλύτερη.

Παρατηρούμε γενικότερα ότι σε όλα σχεδόν τα επίπεδα της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, η πιθανότητα άμεσης αναφοράς τους σε ιατρό είναι υψηλότερη όταν οι συμμετέχοντες φαντάζονται κάποιο οικείο τους πρόσωπο να ασθενεί παρά όταν φαντάζονται τον «εαυτό» τους.

Πίνακας 12

Αποτελέσματα Μέσων Όρων Πιθανότητας Ενημέρωσης Ιατρού για κάθε επίπεδο

Επιδείνωσης της Συμπτωματολογίας μεταξύ «Εαυτού» και «Άλλου»

| Επίπεδα σοβαρότητας συμπτωμάτων | | <i>M.O.</i> | <i>Std. Error</i> | <i>95% Διάστημα Εμπιστοσύνης</i> |
|---------------------------------------|---|-------------|-------------------|--------------------------------------|
| Εαυτός | 1 | 7,981 | 0,488 | 7,019 – 8,944 |
| | 2 | 10,444 | 0,417 | 9,621 – 11,266 |
| | 3 | 11,883 | 0,354 | 11,185 – 12,582 |
| | 4 | 12,961 | 0,323 | 12,324 – 13,598 |
| | 5 | 13,336 | 0,278 | 13,336 – 13,884 |
| Άλλος | 1 | 11,731 | 0,500 | 10,745 – 12,716 |
| | 2 | 12,894 | 0,427 | 12,052 – 13,737 |
| | 3 | 13,255 | 0,363 | 12,540 – 13,970 |
| | 4 | 13,353 | 0,331 | 12,701 – 14,005 |
| | 5 | 13,768 | 0,285 | 13,207 – 14,329 |

3.17. Η Σχέση της «Τωρινής Ασθένειας του Συμμετέχοντα» με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων».

Παρουσιάζεται μια αύξουσα προτίμηση της γνώμης ενός ειδικού για τα συμπτώματα και την αντιμετώπισή τους καθώς οι σωματικές αλλαγές και ενδείξεις μοιάζουν να προμηνύουν μια σοβαρή ασθένεια, όταν το άτομο φαντάζεται την συγκεκριμένη συμπτωματολογία του ερωτηματολογίου.

Αξιοσημείωτη, στην περίπτωση αυτή, είναι η παρατήρηση της ελάχιστης διαφοράς των μέσων όρων, μεταξύ των συνθηκών της παρούσας ασθένειας ή μη ασθένειας των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, βλέπουμε ότι για το επίπεδο ένα (1) της αντιληπτικής σοβαρότητας της συμπτωματολογίας που αφορά τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ασθενείς, ο μέσος όρος πιθανότητας επικοινωνίας με ιατρό για τα συμπτώματα που κλήθηκαν να φανταστούν ισούνται με 9,921. Στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες δεν νοσούσαν το διάστημα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, ο μέσος όρος ισούται με 9,722. Επομένως, η πιθανότητα που αναφέραμε είναι ελάχιστα μεγαλύτερη στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες νοσούν. Το ίδιο ισχύει για τα επίπεδα δύο (2) και τρία (3) με τους μέσους όρους να ισούνται αντίστοιχα με $M.O.ασθένειας = 11,750$ ενώ $M.O.υγείας = 11,588$ και $M.O.ασθένειας = 12,637$ ενώ $M.O.υγείας = 12,502$.

Προσέχουμε, όμως, ότι για τα επίπεδα τέσσερα (4) και πέντε (5) τα άτομα δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση στο να συμβουλευτούν κάποιον ιατρό για τα συμπτώματά που τους δίνονται όταν τύχαινε να νοσούν το διάστημα που συμμετείχαν στην έρευνα. Συγκεκριμένα, για το επίπεδο τέσσερα (4) των συμπτωμάτων, ο μέσος όρος πιθανότητας επικοινωνίας με ιατρό ισούται με 13,368 για τους ήδη ασθενείς συμμετέχοντες, ενώ για τους μη ασθενείς ο $M.O. = 12,946$. Τέλος, περίπου όμοιο συμπέρασμα ισχύει για το επίπεδο πέντε (5) όπου ο $M.O.ασθένειας = 13,773$ ενώ ο $M.O.υγείας = 13,331$.

Πίνακας 13

*Αποτελέσματα Μέσων Όρων Πιθανότητας Ενημέρωσης Ιατρού για κάθε επίπεδο
Επιδείνωσης της Συμπτωματολογίας μεταξύ «ασθένειας» και «μη
ασθένειας» του συμμετέχοντα*

| Επίπεδα σοβαρότητας συμπτωμάτων | | <i>M.O.</i> | <i>Std. Error</i> | <i>95% Διάστημα Εμπιστοσύνης</i> |
|---------------------------------------|---|-------------|-------------------|--------------------------------------|
| Ασθένεια | 1 | 9,921 | 0,649 | 8,641 – 11,200 |
| | 2 | 11,750 | 0,555 | 10,656 – 12,844 |
| | 3 | 12,637 | 0,471 | 11,708 – 13,566 |
| | 4 | 13,368 | 0,430 | 12,520 – 14,215 |
| | 5 | 13,773 | 0,370 | 13,044 – 14,502 |
| Μη Ασθένεια | 1 | 9,792 | 0,258 | 9,283 – 10,301 |
| | 2 | 11,588 | 0,221 | 11,153 – 12,023 |
| | 3 | 12,502 | 0,187 | 12,132 – 13,871 |
| | 4 | 12,946 | 0,171 | 12,609 – 13,283 |
| | 5 | 13,331 | 0,147 | 13,041 – 13,621 |

3.18. Η Σχέση της «Ασθένειας του Άλλου» με την «Σοβαρότητα των Συμπτωμάτων».

Και για την συγκεκριμένη αλληλεπίδραση παρατηρείται ότι ισχύει μια αύξουσα πιθανότητα αναζήτησης ιατρικής γνώμης όταν τα επίπεδα σοβαρότητας των συμπτωμάτων κλιμακώνονται, τόσο για κάποιο πρόσωπο της οικογένειας που νοσεί όσο και όταν δεν νοσεί. Παρόλα αυτά, όταν οι συμμετέχοντες έχουν στην πραγματικότητα κάποιο γνωστό τους σοβαρά ή χρόνια ασθενή, η πιθανότητα να ωθήσουν έναν φίλο ή συγγενή (που φαντάζονται να εμφανίζει την συμπτωματολογία που αναφέρεται στο ερωτηματολόγιο) να συμβουλευτεί κάποιον ιατρό είναι αρκετά μικρότερη από την περίπτωση που δεν έχουν κάποιο ασθενή στον κοντινό τους περίγυρο (*M.O.με γνωστό ασθενή* = 9,369 ενώ *M.O.χωρίς γνωστό ασθενή* = 10,344).

Το ίδιο ισχύει και στο επίπεδο δύο(2) των συμπτωμάτων όπου ο μέσος όρος παρότρυνσης ενός γνωστού σε έναν ιατρό είναι ελάχιστα υψηλότερος όταν δεν έχουν στην πραγματικότητα κάποιον οικείο που να νοσεί ήδη (*M.O.με ασθένεια γνωστού* = 11,608 ενώ *M.O.χωρίς ασθένεια γνωστού* = 11,730). Στα επίπεδα, όμως, τρία(3), τέσσερα(4) και πέντε(5) παρατηρούμε ότι η πιθανότητα παρότρυνσης σε ιατρό είναι ελάχιστα υψηλότερη στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες έχουν εμπειρία από γνωστό που νοσεί σοβαρά ή χρόνια.

Πίνακας 14

Αποτελέσματα Μέσων Όρων Πιθανότητας Ενημέρωσης Ιατρού για κάθε επίπεδο

Επιδείνωσης της Συμπτωματολογίας μεταξύ παροντικής «ασθένειας» και «μη

ασθένειας» κάποιου οικείου του συμμετέχοντα

| Επίπεδα σοβαρότητας συμπτωμάτων | | <i>M.O.</i> | <i>Std. Error</i> | <i>95% Διάστημα Εμπιστοσύνης</i> |
|---------------------------------------|---|-------------|-------------------|--------------------------------------|
| Με οικείο ασθενή | 1 | 9,369 | 0,545 | 8,294 – 10,443 |
| | 2 | 11,608 | 0,466 | 10,689 – 12,527 |
| | 3 | 12,421 | 0,396 | 11,640 – 13,201 |
| | 4 | 13,303 | 0,361 | 12,592 – 14,015 |
| | 5 | 13,612 | 0,311 | 12,999 – 14,224 |
| Χωρίς οικείο ασθενή | 1 | 10,344 | 0,437 | 9,483 – 11,205 |
| | 2 | 11,730 | 0,373 | 10,994 – 12,466 |
| | 3 | 12,718 | 0,317 | 12,093 – 13,343 |
| | 4 | 13,011 | 0,289 | 12,440 – 13,581 |
| | 5 | 13,492 | 0,249 | 13,001 – 13,983 |

3.19. Η Σχέση της «Αναβλητικής» Συμπεριφοράς με την Συμπεριφορά «Δράσης» προς Αναζήτηση Ιατρού

Στο κεφάλαιο αυτό αναπτύσσεται η συσχέτιση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών της πιθανότητας ανάπτυξης αναβλητικής στάσης προς αναζήτηση ιατρικής γνώμης περί των συμπτωμάτων και της πιθανότητας επιλογής δράσης προς αναζήτηση ιατρικής γνωμάτευσης για την βελτίωση της υγείας.

Η μελέτη του επιπέδου συσχέτισης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών στηρίζεται στην άποψή μας ότι πρόκειται για δύο συμπεριφορές μεταξύ των οποίων η παρουσία της μίας δεν αποκλείει την εξέλιξη της άλλης. Η αναβλητική στάση προς την αναζήτηση ιατρικής άποψης για τα συμπτώματα δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το άτομο δεν αναπτύσσει συμπεριφορές υγείας για να προστατέψει τον οργανισμό του από την κακή εξέλιξη της συμπτωματολογίας. Από την άλλη πλευρά, η άμεση επικοινωνία με κάποιον ειδικό υγείας για την ερμηνεία των σωματικών ανωμαλιών δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το άτομο θα ακολουθήσει κατά γράμμα την ιατρική αγωγή, ούτε επίσης ότι θα συμφωνήσει απόλυτα με την γνωμάτευση.

Σε αυτό το σημείο, θεωρώ σκόπιμο να επισημάνω ότι η έννοια της συσχέτισης δεν συμπεριλαμβάνει και δεν ταυτίζεται με την έννοια της αιτιότητας. Ο συντελεστής συσχέτισης μας πληροφορεί καθαρά και μόνο για την συμμεταβολή των δύο μεταβλητών που μελετώνται και όχι αν υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ τους. Αν υπάρξει συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών, αυτή μας πληροφορεί πως κάθε μεταβολή των τιμών της μιας μεταβλητής συνοδεύεται από τη συστηματική μεταβολή των τιμών της άλλης (Ρούσσος & Τσαούσης, 2011).

Οι υποθέσεις μας έχουν ως εξής :

H₀ : Η πιθανότητα έκφρασης αναβλητικής στάσης προς αναζήτηση ιατρικής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων δεν σχετίζεται με την πιθανότητα απόφασης αναζήτησης ιατρικής συμβουλής για τα συμπτώματα.

H₁ : Η πιθανότητα έκφρασης αναβλητικής στάσης προς αναζήτηση ιατρικής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων σχετίζεται με την πιθανότητα απόφασης αναζήτησης ιατρικής συμβουλής για τα συμπτώματα.

Στον τελευταίο πίνακα από την ανάλυση του SPSS , προκύπτει η ποιότητα και ο βαθμός της συσχέτισης μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών που αναφέραμε για κάθε επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής που σχετίζεται με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Ο συντελεστής προσδιορισμού της συσχέτισης ($p.$) για κάθε επίπεδο της μεταβλητής της σοβαρότητας των συμπτωμάτων ισούται με $p=0,001$. Η πιθανότητα, λοιπόν, τα αποτελέσματα της συσχέτισης να οφείλονται σε τυχαίους παράγοντες είναι σχεδόν μηδενική. Επομένως, απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση, η οποία δεν προβλέπει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών που αναφέραμε.

Πίνακας 15

Αποτελέσματα του συντελεστή συσχέτισης Pearson r μεταξύ της αναβλητικότητας και της δράσης προς ιατρική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων για κάθε επίπεδο σοβαρότητας της συμπτωματολογίας

| Επίπεδα σοβαρότητας συμπτωμάτων | <i>Pearson Correlation</i> | <i>p.</i> | <i>N (βαθμοί Ελευθερίας)</i> |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------|----------------------------------|
| 1 | -0,457 | 0,001 | 208 |
| 2 | -0,390 | 0,001 | 209 |
| 3 | -0,279 | 0,001 | 206 |
| 4 | -0,310 | 0,001 | 202 |
| 5 | -0,306 | 0,001 | 208 |

Η ποιότητα της συσχέτισης είναι αρνητική για κάθε επίπεδο της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η πιθανότητα υιοθέτησης μιας αναβλητικής στάσης προς αναζήτηση ιατρικής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων η πιθανότητα επικοινωνίας με έναν ιατρό μειώνεται. Ή αντιστρόφως, όσο αυξάνεται η πιθανότητα οι συμμετέχοντες να επικοινωνήσουν με έναν ιατρό, τόσο μειώνεται η πιθανότητα υιοθέτησης αναβλητικής στάσης προς άμεση ιατρική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, για το επίπεδο ένα(1) της αντιληπτικής σοβαρότητας των σωματικών ενδείξεων έχουμε $r(208) = -0,457, p < 0,01$. Η συγκεκριμένη συσχέτιση είναι χαμηλή, πράγμα που σημαίνει όταν οι συμμετέχοντες λειτουργούν αναβλητικά θα μειωθεί η πιθανότητα να ενημερώσουν κάποιον ειδικό υγείας για τα συμπτώματά τους, ή και το ανάποδο. Αυτή όμως η πιθανότητα είναι πολύ χαμηλή, λόγω της χαμηλής συσχέτισης που αναφέραμε. Για το επίπεδο δύο(2) η συσχέτιση είναι ακόμα πιο χαμηλή, καθότι $r(209) = -0,390, p < 0,01$. Στο επίπεδο τρία(3) το r κυμαίνεται κάτω από το όριο της χαμηλής συσχέτισης, καθότι $r(206) = -0,279, p < 0,01$. Στην περίπτωση αυτή θεωρούμε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο παραγόντων που θίγουμε. Στο επίπεδο τέσσερα(4), παρατηρούμε ξανά μια χαμηλή συσχέτιση με $r(202) = -0,235, p < 0,01$, και στο επίπεδο πέντε(5) μια ακόμα πιο χαμηλή συσχέτιση με $r(208) = -0,306, p < 0,01$.

Το γεγονός ότι ο βαθμός των συσχετίσεων είναι τόσο χαμηλός σημαίνει ότι εν τέλει δεν υπάρχει τόσο μεγάλη επιρροή της μιας μεταβλητής στην άλλη. Θα μπορούσαμε, λοιπόν, να υποθέσουμε ότι το «επιλέγω να περάσει κάποιος καιρός για να δω πώς θα εξελιχθεί ή κατάσταση» ή «επιλέγω την αυτό-θεραπεία» δεν σημαίνει απόλυτα ότι «δεν αναφέρω τα συμπτώματα σε κάποιον ιατρό για να έχω και την δική του γνώμη». Επιπλέον, το «επιλέγω να ενημερώσω άμεσα έναν γιατρό για τις σωματικές αλλαγές που παρουσιάζω» δεν σημαίνει αυτόματα ότι «συμφωνώ απόλυτα με την διάγνωση και αρχίζω αμέσως εντατική θεραπεία».

Τα σενάρια που μόλις αναφέραμε, φαίνεται να επιβεβαιώνονται στο επίπεδο τρία(3) όπου η συμπτωματολογία που δίνεται στους συμμετέχοντες αρχίζει να γίνεται λίγο πιο έντονη, και εν τέλει μας δίνει μια μηδενική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της αναβλητικότητας και της ιατρικής παρέμβασης. Αντίστοιχα, οριακά μεταξύ μικρής και μηδενικής μοιάζει να είναι η συσχέτιση του επιπέδου πέντε(5) όπου η σοβαρότητα των συμπτωμάτων είναι μείζονος σημασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας επιβεβαιώνουν ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων επηρεάζει και επισπεύδει την αναζήτηση ιατρικής γνώμης και βοήθειας για την αντιμετώπιση τους, τόσο όταν οι σωματικές ενοχλήσεις αφορούν στον εαυτό όσο και σε κάποιον οικείο. Όσο πιο βαριά και απειλητική για την υγεία και τη ζωή γίνεται αντιληπτή η συμπτωματολογία, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα καθυστέρησης προς αναζήτηση ιατρού και η πιθανότητα αναβλητικότητας αποδοχής της παθολογίας.

Παρόλα αυτά, προκύπτει ότι όταν οι σωματικές ενοχλήσεις αφορούν στο ίδιο το άτομο, καθυστερεί πολύ περισσότερο να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό υγείας από ότι όταν αφορούν κάποιον δικό του άνθρωπο. Κάνοντας μια προσπάθεια ερμηνείας του αποτελέσματος αυτού θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η καθυστέρηση που προκύπτει στην περίπτωση που η συμπτωματολογία δεν είναι βαριά και αφορά τον συμμετέχοντα συνδέεται με την επιλογή του ατόμου να δώσει χρόνο στα συμπτώματα, η εξέλιξη των οποίων θα του αποκαλύψει αν πρόκειται για κάποια ακίνδυνη και συνηθισμένη παθολογία ή όχι. Πρόκειται ίσως για το αρχικό στάδιο στο οποίο το άτομο κάνει υποθέσεις για την ταυτότητα της ασθένειας μέσα από την αξιολόγηση του είδους και της ποιότητας της συμπτωματολογίας, ψάχνοντας ένα απόλυτο ταίριασμα μεταξύ των βιωμάτων και του ιστορικού των γνωστικών του αναπαραστάσεων. Η αναβλητικότητα, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε, ότι χαρακτηρίζεται από δύο παραμέτρους: οι ασθενείς δέχονται μόνο την γνώριμη συμπτωματολογία και απορρίπτουν τυχόν νέες ενδείξεις, ή εστιάζουν στις νέες αυτές ενδείξεις δίνοντας τους χρόνο και παρατηρώντας την εξέλιξή τους, δρώντας ίσως ταυτόχρονα αυτοθεραπευτικά.

Οι υγιείς άνθρωποι, όταν αρρωσταίνουν, αναγνωρίζουν ότι είναι άρρωστοι με την εμφάνιση των συμπτωμάτων και στη συνέχεια αποφασίζουν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια και φροντίδα. Η πραγματικότητα όμως δεν επαληθεύει πάντα την συγκεκριμένη αλληλουχία δράσης από την πλευρά των ασθενών. Στατιστικές δείχνουν ότι στο 70-90% του γενικού πληθυσμού υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας το οποίο μπορεί να διαγνωστεί ιατρικά και να αντιμετωπιστεί συνήθως αποτελεσματικά. Εντούτοις στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν αναζητείται ιατρική βοήθεια ή τα άτομα δεν απευθύνονται έγκαιρα στο γιατρό, ακόμα και αυτά που αναγνωρίζουν το πρόβλημα

υγείας τους. Τα περισσότερα σημεία ένδειξης μιας αρρώστιας αγνοούνται ή αυτοθεραπεύονται. Για 10 από τα συνηθέστερα συμπτώματα, η σχέση αναζήτησης ιατρικής φροντίδας και αριθμού συμπτωμάτων κυμαίνεται από 1:74 (για άγχος, κατάθλιψη) έως 1:9 (για πονόλαιμο). Συνολικά η αναλογία είναι 1: 18 (μια αναζήτηση ιατρικής φροντίδας για κάθε 18 συμπτώματα) (Scambler et al., 1981). Από τα παραπάνω αλλά και από άλλες μελέτες (Wadsworth et al., 1971) φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος της ιατρικής φροντίδας λαμβάνει χώρα μέσα στην κοινότητα. Στην κλασική μελέτη των Wadsworth και των συνεργατών του, παρόλο που το 91% του δείγματος ανέφερε ότι είχε συμπτώματα κάποιας αρρώστιας, ποσοστό άνω του 25% του δείγματος δεν εκδήλωσε καμία απολύτως ενεργοποίηση για τα συμπτώματα αυτά, ενώ ποσοστό άνω του 50% δραστηριοποιήθηκε προτιμώντας την αυτοθεραπεία και μόλις ένα ποσοστό μικρότερο του 20% αναζήτησε επαγγελματική ιατρική βοήθεια, επισκεπτόμενο κάποιο παθολόγο ή τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων.

Επιπλέον, το γεγονός πως οι συμμετέχοντες ήταν ασθενείς ή όχι κατά τη διάρκεια της έρευνας απεδείχθη ότι δεν επηρεάζει την δράση προς αναζήτηση ιατρικής γνώμης, όπως επίσης δεν την επηρεάζει η παρουσία κάποιου οικείου ασθενή. Οι δύο αυτές μεταβλητές από μόνες τους δεν είναι ικανές να οδηγήσουν το άτομο να συμπεριφερθεί ως ασθενής. Ο συνδυασμός όμως και η αλληλεπίδραση τούς οδηγεί σε μια στατιστικά σημαντική επιρροή. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη πιθανότητα αναβλητικότητας προς υιοθέτηση συμπεριφοράς ασθενούς παρουσιάζεται στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες έχουν κάποιο οικείο ασθενή και οι ίδιοι ήταν ασθενείς την περίοδο που διεξήχθη η έρευνα. Αντίθετα, η μικρότερη πιθανότητα παρουσιάζεται στην περίπτωση που οι συμμετέχοντες δεν έχουν στο περιβάλλον τους κάποιον που να αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό ή χρόνιο πρόβλημα υγείας αλλά και οι ίδιοι δεν ήταν ασθενείς όταν συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Μεγάλη πιθανότητα αναβλητικότητας έχουμε στην περίπτωση που ο συμμετέχων είναι ασθενής αλλά δεν έχει κάποιον οικείο ασθενή, και μικρότερη στην περίπτωση που δεν είναι ασθενής αλλά έχει κάποιον στο στενό διαπροσωπικό του κύκλο που να νοσεί. Σε αυτό το σημείο, καθότι η έρευνά μας διεξήχθη σε νεαρό πληθυσμό, θεωρώ ότι είναι σχετικό να αναφέρουμε ξανά τα αποτελέσματα της έρευνας των Kolk et al. (2003) που αφορά τον παράγοντα της ηλικίας στην νόσηση των συμπτωμάτων. Η έρευνα αυτή απέδειξε πως οι νεαροί ασθενείς αντιλαμβάνονται περισσότερο τα σωματικά συμπτώματα με γνώμονα την επιλεκτική προσοχή και το αρνητικό συναίσθημα, ενώ οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα μέσω του φόβου ή της ανησυχίας μιας προφητείας κάποιας σοβαρής χρόνιας ασθένειας.

Αναζητώντας την πιθανότητα κοινωνικής επιρροής στην επιλογή αδρανούς ή ενεργητικής συμπεριφοράς προς αναζήτηση ιατρού μετά την αντίληψη των συμπτωμάτων, πολύ ενδιαφέρον

παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, αποδεικνύοντας πως η αναζήτηση ιατρού είναι πολύ πιο άμεση όταν οι συμμετέχοντες δεν έχουν στο περιβάλλον τους κάποιον οικείο με σοβαρή ή χρόνια ασθένεια. Αντιθέτως, όταν κάποιος δικός τους νοσεί η πιθανότητα αναβλητικής στάσης είναι μεγαλύτερη. Ίσως αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι υπό αυτές τις συνθήκες οι συμμετέχοντες διαθέτουν ένα ισχυρό πρότυπο ασθένειας στο περιβάλλον τους. Επίσης ένας κοντινός συγγενής που υποφέρει από μια χρόνια και σοβαρή ασθένεια αποτελεί μόνος του μια πολύ δυνατή αναπαράσταση για το ποια συμπτωματολογία προμηνύει πραγματική απειλή για την υγεία, και ποια μπορεί να αυτοθεραπευτεί. Τα έντονα συναισθήματα που έχουν αποτυπωθεί στη μνήμη και χαρακτηρίζουν κάποιο προσωπικό βίωμα του ατόμου επίσης παίζουν καίριο ρόλο στο ποια συμπτώματα θα αντιληφθεί ως άξια προσοχής και ιατρικής περίθαλψης. Συνηθίζουμε όταν εκτιμάμε το «σύνηθες» στην εξέλιξη μιας πάθησης, να φέρνουμε στο μυαλό μας άτομα του κοινωνικού μας περιγύρου τα οποία συνθέτουν μη αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον, το ιστορικό υγείας και η κοντινή συναναστροφή ενός ατόμου με ασθενείς μια κολλητικής ασθένειας επηρεάζουν την αντίληψή του για τον επιπολασμό της νόσου. Οι Safer, Tharps, Jackson και Leventhal (1979) επισήμαναν το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της συνειδητοποίησης των συμπτωμάτων και της ανάληψης δράσης για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, και το οποίο αντιστοιχεί σε τρία μέρη :

«στο χρόνο που απαιτείται, για να καθορίσει το άτομο, εάν τα συμπτώματα που το απασχολούν, αποτελούν ενδείξεις ασθένειας, στο χρόνο που χρειάζεται, για να καθορίσει, εάν απαιτείται ιατρική ή άλλη παρέμβαση, καθώς και στο χρόνο που μεσολαβεί ως την ανάληψη δράσης και την επίτευξη κάποιου αποτελέσματος (π.χ, να κλείσει ένα ραντεβού με ένα γιατρό και να πάει σε αυτό)» (Καραδήμας, 2005, σελ. 46).

Σύμφωνα με το μοντέλο της κοινής λογικής, η πρόθεση του ατόμου να υιοθετήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά εξαρτάται από την πρόβλεψή του για τις συνέπειες της συμπεριφοράς αυτής. Αν θεωρήσει ότι η συμπεριφορά ενδέχεται να επιφέρει δυσάρεστα αποτελέσματα για το ίδιο, τότε αναπτύσσει μια αρνητική στάση και συναισθήματα προς την συμπεριφορά αυτή.

Οι υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς που διαμορφώνει το κάθε άτομο αποτελούν αντανάκλαση της κοινωνικής επιρροής και πίεσης κατά την διάρκεια της διαμόρφωσης τους. Εξαρτώνται από τις πεποιθήσεις του ατόμου για το τί είναι αυτό που θέλουν να δουν οι «σημαντικοί άλλοι» να συμβαίνει καθώς και από την επιθυμία και τα κίνητρα του ίδιου του ατόμου να συμμορφωθεί με αυτό που οι άλλοι θεωρούν σωστό να κάνει (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα λοιπόν με την παρούσα έρευνα το κοινωνικό πλαίσιο μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη των συμπτωμάτων. Η συναναστροφή με ασθενείς και η εμπειρία μιας ασθένειας,

συμβαίνοντας παράλληλα στην ζωή του ατόμου επηρεάζουν και συγκεκριμένα επιβραδύνουν την απόφαση να αναφέρει τα συμπτώματά του σε κάποιον ιατρό. Η δυνατότητα αναγνώρισης των συμπτωμάτων που βασίζεται κυρίως στην ευαισθητοποίηση, την εξοικείωση ή την πείρα των ατόμων με συγκεκριμένες συμπτωματολογίες και τις συνέπειες αυτών αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα, παρόλο που όλες οι εν δυνάμει ενδείξεις δεν αναγνωρίζονται πάντα ως σημεία εκδήλωσης νόσου. Η δυνατότητα αυτή επίσης διαφέρει σημαντικά μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, ένας παράγοντας με τον οποίο δεν ασχοληθήκαμε στην συγκεκριμένη έρευνα, όμως η σημασία του αξίζει να διερευνηθεί σε επόμενες.

Η αναβλητική στάση του ατόμου προς αποδοχή της σωματικής παθολογίας και αναζήτηση ιατρικής γνώμης δεν αναιρεί σε καμία περίπτωση την πιθανότητα να αναπτύξει συμπεριφορές υγείας προκειμένου να θεραπεύσει τις σωματικές ανωμαλίες που παρουσιάζει. Αντίστοιχα, τίποτα δεν εξασφαλίζει ότι ο ασθενής θα δείξει απόλυτη εμπιστοσύνη στην ιατρική άποψη, ακολουθώντας πιστά κάθε ιατρική υπόδειξη. Δεν υφίσταται σχέση αιτίου - αιτιατού μεταξύ αναβλητικότητας και συμπεριφορών ασθένειας. Σύμφωνα με το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία, η απόφαση ενός ατόμου να δράσει ως ασθενής δεν εξαρτάται μόνο από την εμπιστοσύνη στην επαγγελματική αυθεντία του ειδικού υγείας, τις ιατρικές γνωματεύσεις και υποδείξεις για την επανάκτηση της σωματικής του ομοιόστασης. Δεν εξαρτάται μόνο από γενικές σχετικές πληροφορίες που μπορεί το ίδιο το άτομο να έχει σχετικά με την αναπαράσταση μιας ασθένειας, τα αίτια, την εκδήλωση, το κόστος στη ζωή του, την πρόληψη ή αντιμετώπισή της. Η αναπαράσταση μιας απειλής εξαρτάται από :

- την υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας, δηλαδή της αντίληψη που έχει κάποιος για την πιθανότητα να νοσήσει από μία ασθένεια, την αντίληψη για την προσωπική ικανότητα αυτοθεραπείας καθώς και
- την υποκειμενική αίσθηση σοβαρότητας, δηλαδή την αντίληψη για το πόσο σοβαρή είναι η ασθένεια. Αυτή η αίσθηση σοβαρότητας περιλαμβάνει αξιολογήσεις και για τις ιατρικές-κλινικές συνέπειες (θάνατος, ανικανότητα, πόνος) αλλά και για τις κοινωνικές συνέπειές της (επίδραση στην εργασία, στην οικογενειακή ζωή, στις κοινωνικές σχέσεις) (Καραδήμας, 2005).

Αυτοί οι δύο παράγοντες διαμορφώνουν την υποκειμενική αντίληψη για την απειλή από την νόσο και κινητοποιούν το άτομο σε δράση. Ορισμένα ερεθίσματα που παρακινούν την δράση,

εσωτερικά (π.χ. συμπτώματα), εξωτερικά (π.χ. Μ.Μ.Ε, συμβουλές από γιατρό, εμφάνιση αρρώστιας σε κάποιο γνωστό πρόσωπο).

Άλλος παράγοντας τη δράση του οποίου δεν επισημάναμε στην παρούσα έρευνα και θα μπορούσε να θεωρηθεί σημαντικός είναι το φύλο. Σε πολλές έρευνες επισημαίνεται η αυξημένη προτίμηση των γυναικών να συμβουλευονται πολύ πιο τακτά τον ιατρό σε όποια συμπτωματολογία παρουσιάζουν και επιδεικνύουν υψηλότερη χρήση φαρμάκων (Macintyre & Hunt, 1997). Οι γυναίκες φαίνεται να εστιάζουν πολύ περισσότερο από τους άνδρες σε θέματα που αφορούν τη συναισθηματική διάθεση. Έχουν την τάση να χρησιμοποιούν περισσότερα γνωστικά σχήματα που αφορούν την ασθένεια ενώ η εστίαση στο σώμα και τις αλλαγές που παρουσιάζει είναι πολύ πιο έντονη σε σχέση με τους άνδρες (Καραδήμας, 2003). Επίσης, η ηλικία (ένα ηλικιωμένο άτομο, του οποίου κάποιοι στενοί φίλοι πάσχουν από ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας, είναι πιθανότερο να αντιληφθεί ότι απειλείται από μια αρρώστια από ότι ο νέος του οποίου οι φίλοι είναι υγιείς), κοινωνικο-ψυχολογικές και φυλετικές παράμετροι (κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, πίεση του περιγύρου, προσωπικότητα), καθώς και δομικοί παράγοντες (η γνώση μιας αρρώστιας, ιστορικό και προηγούμενη εμπειρία από αρρώστια. Το δείγμα των φοιτητών που χρησιμοποιήσαμε σίγουρα δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό ενός ολόκληρου Ελληνικού πληθυσμού, οπότε θα χρειαστούν περαιτέρω έρευνες που να αναφέρονται και σε άλλα ελληνικά κοινωνικο-ταξικά και ηλικιακά επίπεδα.

Άλλη μια σημαντική παράμετρος αφορά στη βίωση κάποιας συμπτωματολογίας από τον συμμετέχοντα. Στην παρούσα έρευνα αναφερόμαστε στο αν τυχόν οι συμμετέχοντες ήταν ασθενείς το διάστημα διεξαγωγής της έρευνας. Ενδιαφέρον θα ήταν να μελετηθεί το κατά πόσο επηρεάζει την αντίληψη των συμπτωμάτων, την αναβλητικότητα και την δράση, σε σύγκριση με την κοινωνική επιρροή, η προσωπική παρελθοντική αντιμετώπιση κάποιας σοβαρής ασθένειας του συμμετέχοντα. Η υπόθεση κάποιας τωρινής ήπιας ή και μεταδοτικής ασθένειας κάποιου οικείου επίσης θα μπορούσε να μελετηθεί, εν συνεχεία της υπόθεσης που αφορά την αντιμετώπιση σοβαρής ή χρόνιας ασθένειας κάποιου κοντινού προσώπου που μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα. Τέλος, άλλος ένας παράγοντας που δεν εξετάστηκε αφορά στην επίδραση της γνώσης των συμμετεχόντων πάνω στις συμπτωματολογίες που τους δόθηκαν και πώς αυτή επηρεάζει την δράση τους και την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας και ασθένειας.

Η αδυναμία αναγνώρισης της σημασίας σημαντικών συμπτωμάτων αποτελεί την κύρια αιτία για την αναβολή και την καθυστερημένη αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, με αποτέλεσμα αυτό να έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία. Η καθυστέρηση και η αναβολή στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας μπορεί να οφείλεται και σε υπερβολικό άγχος για τη διάγνωση και τη σοβαρότητα ή το μη ιάσιμο

της κατάστασης. Από την άλλη πλευρά, το υπερβολικό τους άγχος και το αίσθημα της απειλής μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς να καταφεύγουν συχνά στο γιατρό και να υποβάλλονται σε εξετάσεις ακόμα και για συμπτώματα ήπιων ασθενειών, ή ακόμα και για σωματικές ενοχλήσεις που δεν προμηνύουν κάποια ασθένεια (Taylor, 1995; Καλατζή-Αζίζι, 1996; Ποταμιάνος, 2005)

Η ερμηνεία των πεποιθήσεων, προθέσεων, στάσεων και συμπεριφορών που υιοθετεί κάθε άνθρωπος σε θέματα υγείας προϋποθέτει την κατανόηση του ρόλου που παίζουν ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες και της επίδρασης που ασκούν πάνω στην συμπεριφορά. Οι «σημαντικοί άλλοι» παίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή του καθενός μας, συμβάλλοντας στην διαμόρφωση της σκέψης και της δράσης μας σε θέματα υγείας, όπως και σε κάθε άλλη πτυχή της προσωπικότητας και καθημερινότητάς του. Η συναναστροφή του κάθε ατόμου με «σημαντικούς άλλους» ασθενείς που είτε ζει μαζί τους είτε το επηρεάζουν εξ αποστάσεως (όπως τα σημαντικά πρότυπα και οι διασημότητες), η γαλουχία στην ερμηνεία των συμπτωμάτων και τη συμπεριφορά που θεωρούν πρόποσα για την προστασία και αντιμετώπιση μιας συγκεκριμένης ασθένειας παίζουν καθοριστικό ρόλο για την δράση που θα ακολουθήσει το άτομο που ανήκει σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο, όταν η «γεωγραφία» των περιστάσεων επιτρέπει την έκφρασή της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adam Ph., Herzlich C., (1999). *Κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, pp. 60 – 67.
- Ackerknecht, E.,H. (1998). *Ιστορία της ιατρικής* (μτφρ., Γ. Πασχάλης, Β.Ηλιάδης, &Καρατζούλης), Μαραθιά, Αθήνα.
- Alonzo, A. A. (1979). Everyday illness behaviour: A situational approach to health status deviations. *Social and Medicine*, 13, 397 – 404.
- Alonzo, A. A. (1984). An illness behaviour paradigm : A conceptual exploration of a situational – adaptation perspective. *Social Science and Medicine*. 19, 499 – 510.
- Antonovsky, A. (1972). A Model to Explain Visits to the Doctor: With Specific Reference to the Case of Israel, *Journal of Health and Social Behavior*, 13(4), 446-454.
- Apple, D. (1960). How laymen define illness, *Journal of Health and Human Behavior*, 1:219 – 250.
- Αγραφιώτης, Δ. (1988). *Υγεία και Αρρώστια, Κοινωνικο – Πολιτιστικές Διαστάσεις*. Λίτσας, Αθήνα.
- Bandura, B. (1995). What is and what determines health ?, in U. Laaser, , E. de Leeuw , C. Stock, (Eds.), *Scientific foundations for a public health policy in Europe* , Juventa-Verlag, Weinheim: 162-172.
- Baron, J. (1985). *Rationality and Intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Belloc, N., Breslow, L. (1972). *Relation of physical health status and health practices*. 1: 409 – 415.
- Bishop, G.D. & Converse, S.A. (1986). Illness representations : A prototype approach. *Health Psychology*, 5, 96 – 114.
- Blaxter, M. & Petterson, E. (1982). *Mothers and Daughters: A Three Generational Study of Health Attitudes and Behaviour*, Heinemann Educational, London,.
- Blaxter, M. (1983). The cause of disease: Women talking. *Social Science and Medicine*, 17, 59-69.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Tavistock/Routledge,.
- Blaxter, M. (2004). *Health*, Polity, Cambridge.
- Bury, M. (2005). *Health and illness*, Polity, Cambridge.
- Calnan, M. (1987). *Health and Illness: The Lay Perspective*. London: Tavistock.
- Cameron, L., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1993). Symptom representation and affect as determinants of care seeking in a community – dwelling, adult sample population. *Health Psychology*, 12, 171 – 179.

- Cartwright, A. (1967). *Patients and Their Doctors – A Study of General Practice*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive – perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109, 25–41.
- Cohen, S. & Hoberman, H. (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99 – 125.
- Colligan, M., Pennebaker, J.W., & Murphy, L. (Eds.) (1982). *Mass psychogenic illness: A social psychological perspective*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cornwell, J. (1984). *Hard Earned Lives: Accounts of Health and Illness from East London*. London: Tavistock.
- Cowie, B. (1976). The cardiac patient's perception of his heart attack. *Social Science and Medicine*, 10, 87-96.
- Dunnell, K. & Cartwright, A. (1972). *Medicine – Takers, Prescribers and Hoarders*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Freund, P.E.S. & McGuire, M.B. (1991). *Health, Illness and the Social Body: A Critical Sociology*, New Jersey: Prentice Hall.
- Hannay, D.R. (1979). *The Symptom Iceberg: A Study of Community Health*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness*, London: Academic Press.
- Herzlich, C. & Pierret, J. (1987). *Illness and Self in Society*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Herzlich, C. (1995). Η Κοινωνική αναπαράσταση της υγείας και της ασθένειας και η δυναμική τους στο κοινωνικό επίπεδο, In Σ. Παπαστάμου, Α. Μαντόγλου, (eds.), *Σύγχρονες έρευνες στην κοινωνική ψυχολογία: Κοινωνικές αναπαραστάσεις*, Οδυσσέας, Αθήνα, pp. 163 – 176.
- Hilbert, R. (1984). The Acultural Dimension of Chronic Pain: Flawed Reality Construction and the Problem of Meaning, *Social Problems*, 31, 4: 365 – 78.
- Jemmott, J.B., Croyle, R.T. & Ditto, P.H. (1988). Commonsense epidemiology: Self – based judgments from laypersons and physicians. *Health Psychology*, 7(1): 55 – 73.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1972). Subjective probability: A judgment of representativeness. *Cognitive Psychology*, 3: 430 – 454.

- Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. (1997). Somatoform disorders. In: S. M. Turner, M. Hersen, et al. (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (3rd ed.) (pp. 333–383). New York, NY, USA: Wiley.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420–430.
- Kisely, S., Goldberg, D., & Simon, G. (1997). A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: Results of an international study. *Psychological Medicine*, 27, 1011–1019.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, New York: Basic Books.
- Kolk, A. M. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S., & Gijbbers van Wijk, C. M. T. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms: A symptom perception approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 35–44.
- Καλατζή – Αζίζι, Α. (1996). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*, Αθήνα, Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Η Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*, Αθήνα, Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2003, Νοέμβριος). *Φύλο και υγεία: Είναι οι γυναίκες «ασθενέστερες» από τους άνδρες*; Ανακοίνωση στο 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Κλάδου Συμβουλευτικής Ψυχολογίας της ΕΛΨΕ, «Η Συμβουλευτική Ψυχολογία στα γυναικεία θέματα: Σύγχρονες προσεγγίσεις». Αθήνα.
- Lau, R.R. & Hartman, K.A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2: 167 – 185.
- Lau, R.R., Bernard, T.M. & Hartman, K.A. (1989). Further explorations of common – sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8(2): 195 – 219.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.) *Contributions to Medical Psychology* (Vol.2). Oxford: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. & Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health treats. Στο A. Baum, S.E. Taylor & J.E. Singer (Eds.) *Handbook of Psychology and Health: Social Psychological Aspects of Health*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Lichtenstein, S., Slovic, P., Fischhoff, B. & Layman, M. (1978). Judged frequency of lethal events. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 4: 551 – 578.
- Macintyre, S. & Hunt, K. (1997). Socio – economic position, gender and health. How do they interact? *Journal of Health Psychology*, 2, 315 – 334.

- Marbach, J.J. & Lipton, J.A. (1978). «Aspects of Illness Behaviour in Patients with Facial Pain», *Journal of the American Dental Association*, 96: 630 – 8.
- McKinlay, J. (1972). Social networks, lay consultation and help seeking behaviour. *Social Forces*, 51,275-281.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology*. Free Press, 2nd edn., London.
- Mechanic, D. (1989). Medical Sociology: Some Tensions Among Theory, Method, and Substance, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 30, No. 2 (Jun., 1989), pp. 147-160 Published.
- Meyer, D. (1981). *The effects of patients' representation of high blood pressure on behavior in treatment*. (Unpublished Doctoral Dissertation), University of Wisconsin – Madison.
- Meyer, D., Leventhal, H. & Gutmann, M. (1985). Common sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4: 115 – 135.
- Mihill, C. (1994). GPs Support Fines for Trivial Call Outs, *Guardian*, 17 February.
- Morgan, M., Calnan, M. & Manning, N. (1985). *Sociological Approaches to Health and Medicine*. London: Croom Helm.
- Nisbett, R. & Ross, L. (1980). *Human Inference: Strategies and Shortcomings of Social Judgement*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice – Hall.
- Nutton, V. (2001). The rise of medicine, In Porter, R., (ed.), *The Cambridge illustrated history of medicine*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer- Verlag.
- Prout, A. (1986). “Wet Children” and “Little Actresses”: Going Sick in Primary School», *Sociology of Health and Illness*, 8: 111 – 36.
- Ποταμιάνος, Γρ. (2005). *Κλινική Ψυχολογία στην Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα*, Αθήνα, Λιβάνης.
- Robinson, I. (1988b). Reconstructing Lives: Negotiating the Meaning of Multiple Sclerosis, In R. Anderson & M. Bury (eds.), *Living with Chronic Illness: The Experiences of Patients and their Families*, London: Unwin Hyman.
- Rotter, J.B., Chance, J. & Phares, E.J. (Eds.). (1972). *Applications of Social Learning Theory of Personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Ρούσσο, Π.Α., Τσαούσης, Γ. (2011). *Στατιστική στις Επιστήμες της Συμπεριφοράς με τη Χρήση το SPSS*, Αθήνα, Εκδόσεις Τόπος.
- Scambler, A., Scambler, G. & Craig (1981). Kinship and friendship networks and Women's Demand for Primary Care, *Journal of Royal College of General practitioners*, 26: 746 – 750.
- Sontag, S. (1993). *Η Νόσος ως Μεταφορά – Το AIDS και οι Μεταφορές του*. (Μτφρ, Γ. Λυκιαρδόπουλος & Σ. Ροζάνης). Αθήνα: Εκδόσεις Ύψιλον/Βιβλία.

- Suls, J., & Goodkin, F. (1994). Medical gossip and rumor: Their role in the lay referral system. Στο R.F. Goodman & A. Ben – Zeev (Eds.), *Good gossip* (pp. 169 – 179). Lawrence: Unoversity Press of Kansas.
- Suls, J., Martin, R., & Leventhal, H. (1997). Social comparison, lay refferal, and the decision to seek medical care. Στο B.P. Buunk & F.X. Gibbons (Eds.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 195 – 226). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S.E. (1995), *Health Psychology* (3rd ed.), New York, McGraw-Hill.
- Turk, D.C., Litt, M.D., Salovey, P., & Walker, J. (1985). Seeking urgent pediatric treatment: Factors contributing to frequency, delay, and appropriateness. *Health Psychology*, 4, 43 – 59.
- Turk, D.C., Rudy, T.E. & Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9:453–474.
- Turner, J. C. (1991). *Social Influence*. Milton Keynes: Open University Press.
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D. & Wetherell, M. (1987). *Rediscovering the Social Group: A Self-Categorisation Theory*. Oxford and New York: Blackwell.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic fot judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5: 207 – 232.
- Ustundag-Budak, M. & Mocan-Aydin, G. (2005). The role of personality factors in predicting the reported physical health symptoms of Turkish college students. *Adolescence*, 40 (159), 559-572.
- Wadworth, M., Butterfield, W., Blaney, R. (1971). *Health and Sickness : The Choice of Treatment*. London: Tavistock.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health-the construct of health locus of control. Στο G. S. Sanden & J. Suls (Eds), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1983). Who is responsible for your health? The contrast of health locus of control. In G. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Watson,D.,& Pennebaker,J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234–254.
- Williams,P. G.,& Wiebe,D. J. (2000). Individual differences in self-assessed health: Gender, neuroticism and physical symptom reports. *Personality and Individual Differences*, 28,823–835.
- Williams, G., Popay, J., (2001). Lay health knowledge and the concept of the lifeworld, In Scambler G., (ed.), *Habermas, critical theory and health*, Routledge, London, pp. 25 – 44.

WHO (1958). The First Ten Years of WHO, *Annex Constitution of the WHO*, Geneva.

Χατήρα, Κ. (2013). Ψυχοσωματικές και σωματόμορφες διαταραχές. (προσωπικές σημειώσεις από τις παραδόσεις των μαθημάτων). Χειμερινό εξάμηνο 2013-2014, Ρέθυμνο: Κρήτη.

Zola, I.K. (1973). Pathways to the doctor: From person to patient. *Social Science and Medicine*, 7,677-689.