ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: ΑΣΚΗΣΗ, ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Της Αγάθης Παλιού

Επιβλέπων καθηγητής
Ευάγγελος Καραδήμας

ΡΕΘΥΜΝΟ 2012-2013

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ…..……...……Σελ. 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Άγχος Υγείας……..……...…….…..…Σελ. 5-9

1.1.1. Υποχονδρίαση, σωματοποιητική διαταραχή, διαταραχή πανικού.Σελ. 9-10

1.2. Αντιλήψεις ασθένειας…….…….....…....Σελ. 10-19

1.3. Συμπεριφορές υγείας …….……..…...Σελ. 19-20

1.3.1. Συμπεριφορές υγείας που αποτελούν κίνδυνο…….....Σελ. 20-21

1.3.2. Κάπνισμα……...…...….…Σελ. 21-22

1.3.3. Αλκοόλ.……...……Σελ. 22-23

1.3.4. Η διατροφή και ο έλεγχος του βάρους…….Σελ. 23

1.3.5. Σωματική δραστηριότητα……..…….…Σελ. 23-24

1.4. Σκοπός και υποθέσεις της έρευνας……...……...……Σελ.25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Συμμετέχοντες……...……...…….Σελ. 26

2.2. Εργαλεία……...….…Σελ. 26-27

2.3. Διαδικασία…….…….Σελ.27-28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ- ΕΥΡΗΜΑΤΑ……..…..…Σελ. 28-38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ……..……..…Σελ. 39-43

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ……...……....Σελ. 44-48

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το πεδίο στο οποίο ασχολήθηκα στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας του Τμήματος Ψυχολογίας αφορά την θεματική « Άσκηση, άγχος υγείας και πεποιθήσεις υγείας σε δείγμα φοιτητών», όπου σκοπό έχει τη μελέτη της συμπεριφοράς των ατόμων σχετικά με την υγεία τους.

Η εργασία αποτελείται από μέρη, τα οποία έχουν ως σκοπό να οδηγήσουν στην καλύτερη βιβλιογραφική αναζήτηση, αλλά και στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε με σκοπό την παρατήρηση και την μελέτη των αποτελεσμάτων. Επιδίωξε την κατανόηση της συμπεριφοράς των ατόμων αναφορικά με την υγεία τους, και συγκεκριμένα μελετήσαμε τρεις μεταβλητές: το άγχος που έχουν τα άτομα για την υγεία τους, τις πεποιθήσεις τους σχετικά με την υγεία και τέλος την γυμναστική και κατά πόσο επηρεάζει την ζωή του ατόμου. Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε υπό την αιγίδα του Πανεπιστημίου Κρήτης, του Τμήματος Ψυχολογίας και υπό την επίβλεψη και την καθοδήγηση του καθηγητή μου κου Ευ. Καραδήμα, Αναπληρωτή Καθηγητή της Ψυχολογίας Υγείας, του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για το θεωρητικό πλαίσιο έγινε μέσα από βιβλιογραφική αναζήτηση σε επιστημονικά άρθρα καθώς και βιβλία. Για την διεξαγωγή του ερευνητικού πλαισίου κατασκευάστηκε μια σειρά ερωτηματολογίων, η οποία δόθηκε σε ένα δείγμα 100 φοιτητών και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η επεξεργασία των απαντήσεων στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Η εργασία χωρίζεται σε τέσσερα μέρη. Αναφορικά με το θεωρητικό κομμάτι του πρώτου κεφαλαίου, εξετάστηκαν οι θεματικές άγχος υγείας, αντίληψη ασθένειας, τρίτον συμπεριφορές υγείας και τέλος, το κεφάλαιο ολοκληρώθηκε με τους στόχους της έρευνας, τα ευρήματα, και τις ερευνητικές υποθέσεις που θα ληφθούν ως βασικός άξονας δόμησης και ανάλυσης της έρευνας. Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα αναλυθεί η μεθοδολογία του ερευνητικού πλαισίου αναφορικά με το δείγμα και τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και την ανάλυση του SPSS. Επίσης, θα καταγραφούν οι πληροφορίες του δείγματος όσον αφορά τα χαρακτηριστικά τους. Στο επόμενο κεφάλαιο, θα εκτεθούν τα ευρήματα βάσει της επεξεργασίας των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων. Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, θα παρατεθεί η επιστημονική συζήτηση, όπου θα περιλαμβάνει τους περιορισμούς της μελέτης, την ερμηνεία και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, θέτοντας προτάσεις για τη διεξαγωγή μελλοντικών σχετικών ερευνών που θεώρησα σημαντικό να ερευνηθούν.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Άγχος υγείας

Το άγχος υγείας επηρεάζει τους περισσότερους ανθρώπους κάποια στιγμή στην ζωή τους. Το «άγχος» ορίζεται στην ψυχική διάθεση του ατόμου, στην αντίδραση του δηλαδή σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες (Καραδήμας, 2005). Συγκεκριμένα το άγχος υγείας αναφέρεται στους φόβους και τις πεποιθήσεις ότι κάποιος έχει μια σοβαρή ασθένεια, παρερμηνεύοντας σωματικά συμπτώματα και πληροφορίες σχετικά με την υγεία ως απόδειξη της σοβαρότητας της νόσου. Η έναρξη αυτών των ανησυχιών μπορεί να είναι σε οποιαδήποτε ηλικία και μόλις συσταθεί τείνει να γίνεται χρόνια και επιμένει για πολλά χρόνια (Deale, 2007). Το μέγεθος του άγχους υγείας μπορεί να ποικίλει στη συνάρτηση του χρόνου για ένα δεδομένο άτομο, και τα επίπεδα μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των ανθρώπων (Asmundson et al., 2012). Σύμφωνα με έρευνες σοβαρή και επίπονη ανησυχία για την υγεία φαίνεται να επηρεάζει τους άνδρες και τις γυναίκες εξίσου (Koszegi, 2003).

Κατά τους Barsky και Klerman, (1983), το άγχος υγείας χαρακτηρίζεται από αρκετά βασικά γνωστικά, σωματικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά που εκδηλώνονται συνήθως από ακόλουθες περιόδους κατά τις οποίες το άτομο είναι αγχωμένο, σοβαρά άρρωστο ή έχει υποστεί απώλεια κάποιου κοντινού ατόμου ή όπως υποστήριξαν οι Taylor και Asmundson, (2004), μπορεί να εκδηλωθεί μετά από έκθεση σε δημοφιλή μέσα μαζικής ενημέρωσης (Asmundson et al., 2012). Σε καμία έρευνα δεν βρέθηκε άμεση σχέση με τα επίπεδα άγχους για την υγεία με διαφορετικές αγχώδεις διαταραχές (Abramowitz, Olatunji, & Deacon, 2007).

Πολλές αντιφατικές απόψεις έχουν λεχθεί από μελετητές σχετικά με το τι είναι το άγχος για την υγεία. Οι Ferguson, (2009), και Longley και άλλοι, (2010), έδειξαν μέσα από μελέτες ότι το άγχος για την υγεία είναι μια τρισδιάστατη δομή που κυμαίνεται ανάμεσα στους ασθενείς που στο ένα άκρο έχουν ελάχιστη ανησυχία για την ασθένεια τους και από την άλλη οι ασθενείς έχουν υπερβολική ανησυχία. Ο Asmundson και άλλοι, (2012), από την άλλη υποστήριξαν ότι είναι μια διχοτομική δομή η οποία χωρίζεται στα άτομα που έχουν υψηλό άγχος για την υγεία τους και στα άτομα που το άγχος τους είναι χαμηλό (Alberts et al., 2013). Ένα άλλο μοντέλο των Warwick και Salkovskis, (1990), το οποίο έχει επιβεβαιωθεί εμπειρικά από δύο ανεξάρτητες αναλύσεις ταξομετρικών μεθόδων, υποστήριξε ότι το άγχος για την υγεία αποτελεί ένα συνεχές κατασκεύασμα που κυμαίνεται από ήπια και παροδικά συμπτώματα σε πλήρη άνθηση της υποχονδρίασης (Jasper & Witthoft, 2011).

Οι φόβοι που προκύπτουν από τις προσδοκίες σχετικά με το μέλλον της φυσικής κατάστασης του ατόμου, βρέθηκε ότι δεν ορίζονται από τα φυσικά αποτελέσματα αλλά από τις πεποιθήσεις τους σχετικά με τα φυσικά αποτελέσματα (Koszegi, 2003). Σύμφωνα με τον Καραδήμα, (2005), το στρες είναι ένας προσαρμοστικός μηχανισμός που προετοιμάζει τον καθένα ώστε να αντιδράσει στην όποια κατάσταση. Παρόμοια και οι Ursin και Olff, (1993), υποστήριξαν ότι όταν αντιδρούμε με το στρες αυτό λειτουργεί ως ένα σηματοδοτικό σύστημα, να αντιδρούμε δηλαδή στις όποιες καταστάσεις θεωρούμε επικίνδυνες ή έστω άξιες προσοχής. Από την άλλη όμως, σύμφωνα με την θεωρία του Lazarus, μια πρόκληση είναι ένα πολύ πιο δημιουργικό είδος στρες σε σχέση με μια απειλή. Έτσι θεωρούν την κοινωνική υποστήριξη, τις ικανότητες, πεποιθήσεις και τα ατομικά χαρακτηριστικά του καθενός πολύ σημαντικά από την διαδικασία αντιμετώπισης, επιλογής και εφαρμογής στρατηγικών αντιμετώπισης (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα με το μοντέλο δυναμικής ισορροπίας, κάθε άτομο έχει ένα κανονικό επίπεδο στρες και ένα κανονικό επίπεδο υγείας, που βρίσκονται σε ισορροπία και είναι προβλέψιμα στην βάση των ατομικών σταθερών χαρακτηριστικών. Έτσι, όταν το στρες παραμένει σε σταθερά επίπεδα, τότε και η υγεία παραμένει σταθερή. Όπως επισήμαναν οι ερευνητές, οι όποιες αλλαγές υπάρχουν στην συμπεριφορά μας είναι προσωρινές καθώς η προσωπικότητα μας λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να επαναφέρει τα πράγματα στην συνηθισμένη τους λειτουργία (Καραδήμας, 2005).

Οι Salkovskis και Warwick, (2001), τόνισαν ότι το άγχος για την υγεία δεν αναστέλλεται, όταν ένα άτομο είναι πραγματικά άρρωστο, και οι υπερεκτιμήσεις της πιθανότητας και της σοβαρότητας των απειλών συνεχίζουν να λειτουργούν. Ανάμεσα στα άτομα τα οποία πάσχουν από ιατρικές ασθένειες και αντιμετωπίζουν άγχος για την υγεία τους, αυτό φαίνεται ότι τους βοηθά στο να έχουν προσαρμοστική λειτουργία καθώς τους παρακινεί στο να παρακολουθούν την κατάσταση της υγείας τους για να βεβαιωθούν ότι οι σοβαρές ενδείξεις και τα συμπτώματα αντιμετωπίζονται εγκαίρως. Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι άνθρωποι που διατρέχουν κίνδυνο, συχνά παρακολουθούν το σώμα τους για τα πιθανά προβλήματα. Κατά τον Suchman (1965) το 74% των ενηλίκων που βίωσαν ένα επεισόδιο ασθένειας είχαν συζητήσει τα συμπτώματα τους με τουλάχιστον έναν ειδικό (όπως αναφέρεται στους Conroy et al., 1999). Από την άλλη όμως υπάρχει και η ομάδα ατόμων η οποία έχει έντονη ανησυχία για την υγεία της με την απουσία κάποιας οργανικής παθολογίας, παρουσιάζοντας τον εαυτό τους ως σοβαρά άρρωστο (Abramowitz, Olatunji, & Deacon, 2007).

Ελάχιστο έως μέτριου βαθμού άγχους για την υγεία θεωρείται φυσιολογικό. Σύμφωνα με τους Taylor και Asmundson (2004) ελάχιστη ανησυχία για την υγεία συνδέεται με την αγνόηση ή ελαχιστοποίηση της δυνητικής σημασίας των σωματικών αισθήσεων και αλλαγών που μπορεί να είναι ενδεικτικά της ασθένειας. Τα άτομα δεν αναζητούν ιατρική φροντίδα, και μερικές φορές οδηγούνται σε εξέλιξη της νόσου ή σε θάνατο. Από την άλλη όμως, σύμφωνα με τους Taylor και Asmundson (2007) τα υψηλά επίπεδα άγχους οδηγούν το άτομο σε έγνοια και ανησυχία που τα οδηγεί σε αδικαιολόγητες προσωπικές ταλαιπωρίες, μειωμένη κοινωνική και επαγγελματική λειτουργία, καθώς και υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας. Κατά τον Asmundson και άλλους, (2010), οι άνθρωποι με υψηλά επίπεδα άγχους για την υγεία συχνά διαγιγνώσκονται με υποχονδρίαση, μια διαταραχή σωματοποίησης που χαρακτηρίζεται από παρουσιάσεις των βασικών χαρακτηριστικών του άγχους για την υγεία (Asmundson et al., 2012).

Ο κάθε άνθρωπος μπορεί να μάθει πολλές πληροφορίες σχετικά με την υγεία του για να λάβει τα κατάλληλα μέτρα προστασίας. Σύμφωνα με μελέτες, οι πληροφορίες που έχει το άτομο για την υγεία του προέρχονται από τις πεποιθήσεις του και για αυτό τον λόγο θα πρέπει να εξεταστεί με ποιο τρόπο οι πληροφορίες που συλλέγουν μπορούν να επηρεάσουν αυτές τις πεποιθήσεις. Εάν λοιπόν τα άτομα προτιμούν τα κακά νέα σε σχέση με τα καλά αυτό ονομάζεται αποστροφή πληροφοριών, και εμπορεύεται με τον φόβο της κακής είδησης στην αξία λήψης αποφάσεων να γνωρίζουν την κατάσταση της υγεία τους. Τα αποτελέσματα από μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα αρνούνται να μάθουν φτηνές πληροφορίες σχετικά με την υγεία τους ή να κάνουν εξετάσεις που είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη. Θα μπορούσε κάνεις να περιμένει ότι το ιατρικό ζήτημα που είχαν θα ήταν αρκετά σοβαρό για να καταπολεμήσουν το άγχος τους και για αυτό θα προσπαθούσαν να μάθουν φτηνές, διαθέσιμες πληροφορίες. Συνήθως όμως αυτό που συμβαίνει είναι ότι οι ασθενείς δεν θέλουν να πάνε στον γιατρό, εάν όμως αναγκαστούν να πάνε γιατί τα νέα που έχουν είναι πολύ σοβαρά, τότε θα προτιμήσουν να πάνε σε ένα γιατρό του οποίου θα ξέρουν ότι οι πληροφορίες θα είναι καλύτερες από άλλους γιατρούς (Koszegi, 2003).

Επίσης, σύμφωνα με τις προβλέψεις του μοντέλου, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους για την υγεία τους είχαν περισσότερες πιθανότητες να συμβουλευτούν ένα άλλο πρόσωπο για το πρόβλημα τους, πριν να δουν γιατρό. Τα άτομα αυτά, είτε αναζητούν περισσότερες συμβουλές, είτε ζητούν περισσότερες διαβεβαιώσεις μιλώντας με φίλους και μέλη της κοινότητας, με αποτέλεσμα οι επισκέψεις σε ιατρικές υπηρεσίες να είναι πολύ περισσότερες. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς αυτοί ήταν πιο πιθανό να

πιστεύουν ότι το πρόβλημα τους θα απαιτούσε έρευνα από έναν ειδικό και ότι το επίπεδο του άγχους που είχαν για την υγεία τους θα ήταν άσχετο με την προσδοκία ότι θα χρειαζόταν μια συνταγή από το γιατρό (Conroy, 1999). Παρόμοια μια άλλη έρευνα υποστήριξε ότι οι άνθρωποι που έχουν φόβο για την υγεία τους αναζητούν επανειλημμένες εξηγήσεις από μια ποικιλία πηγών. Πολλοί κάνουν συχνές επισκέψεις σε γιατρούς και νοσοκομεία και υποβάλλονται σε πολλές διαφορετικές εξετάσεις και θεραπείες (Koszegi, 2003).

Η γνωστική συμπεριφορική θεωρία για το άγχος υγείας υποστηρίζει ότι η ανησυχία που έχουν τα άτομα για την υγεία τους, τους κάνει να αποφεύγουν πληροφορίες που αφορούν το σώμα τους ή καταστάσεις που προκαλούν άγχος. Παρόλα αυτά είναι ασαφές εάν η χρήση της γνωστικής αποφυγής, όπως η διάσπαση της προσοχής ή της καταστολής του άγχους προκαλούν σκέψεις, ώστε να αποφευχθεί το άγχος υγείας. Έτσι, εάν υπήρχε η γνωστική αποφυγή, τότε θα μπορούσε πραγματικά να συμβάλλει στην αύξηση τους άγχους για την υγεία σε βάθος χρόνου. Σύμφωνα με τον Leventhal, (1992), η γνωστική αποφυγή ως στρατηγική επιβίωσης φαίνεται να χάνει τα πλεονεκτήματα της μετά από ένα σύντομο χρονικό διάστημα και τείνει να συνδέεται με μεγαλύτερη ανικανότητα και πόνο σε αυτούς που ευνοούν αυτή την προσέγγιση. Η καταστολή των σκέψεων, όπως ανέφερε ο Holloway (1993) τείνει να χρειάζεται μεγαλύτερη περίοδο ανάρρωσης από τον πόνο και αυξάνει την πιθανότητα οι σωματικές αισθήσεις να γίνουν αντιληπτές ως δυσάρεστες (όπως αναφέρεται στουςHadjistavropoulos, Hadjistavropoulos, & Quine, 2000).

Επιπρόσθετα, ένα ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε για το άγχος υγείας, το οποίο βασίστηκε στο γνωστικό συμπεριφορικό μοντέλο ήθελε να δείξει κατά πόσο τα επίπεδα άγχους της υγείας σχετίζονται με την συχνότητα των επισκέψεων σε ιατρικές υπηρεσίες στις οποίες αναζητούν συμβουλές. Η ομάδα αυτή αναφερόταν στα άτομα που είχαν κάνει περισσότερες από 12 επισκέψεις το προηγούμενο έτος και είχαν προσδοκίες διαβούλευσης που χαρακτηρίζονταν από πολύ χαμηλότερα επίπεδα του άγχους. Ο Twaddle (1969) ανέφερε ότι οι άνθρωποι ήταν πιο πιθανό να συμβουλευτούν άλλα άτομα για τα συμπτώματα που προκαλούν λίγο πόνο ή αναπηρία. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις από την μία βοηθούν στο να πάρει το άτομο την κατάλληλη απόφαση για το αν πρέπει να μιλήσει για το πρόβλημα του σε ένα ειδικό η όχι, και από την άλλη, μπορεί να αντιπροσωπεύουν προσπάθειες για να μειώσουν το άγχος υγείας με την λήψη διαβεβαίωσης από τους άλλους (όπως αναφέρεται στους Conroy et al., 1999).

Αυτή η υποκλίμακα του άγχους για την υγεία έκανε δύο διακρίσεις: στα άτομα που έχουν υποχονδρίαση και στα άτομα που δεν έχουν. Οι ασθενείς που έχουν υποχονδρίαση

έχουν δείξει υψηλότερα επίπεδα προσοχής σε σωματικές αισθήσεις και μεγαλύτερη συχνότητα υποβολής τέτοιων συμπτωμάτων. Επίσης, σύμφωνα με τον Sensky και άλλους (1996) τα άτομα που είχαν κάνει περισσότερο από 12 επισκέψεις το προηγούμενο έτος, είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να ερμηνεύσουν μια σειρά κοινών σωματικών αισθήσεων. Με δεδομένη μια κοινή σωματική αίσθηση και μια συνοδευτική παθολογική εξήγηση, τα άτομα αυτά παρουσιάστηκαν λιγότερο ικανοί από ότι η ομάδα ελέγχου στο να εκφράσουν τις απόψεις τους. Κατά τον Speckens και άλλους (1996) τα άτομα που έδειξαν να έχουν άγχος για την υγεία τους έδειξαν σημαντική μείωση στις επισκέψεις στους γιατρούς τους. Δεν ήταν όμως σε θέση να καθορίσουν αν η ανησυχία για την υγεία τους συνέβαλε στην απόφαση να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα ή διαβούλευση του γιατρού για πιθανή ασθένεια (όπως αναφέρεται στους Conroy et al., 1999).

1.1.1. Υποχονδρίαση, σωματοποιητική διαταραχή, διαταραχή πανικού

Η υποχονδρίαση κατά το American Psychiatric Association (2000) ορίζεται στα άτομα των οποίων το άγχος για την υγεία τους είναι σοβαρό και δυσπροσαρμοστικό, αδιάφορο για την διαβεβαίωση, που παρουσιάζεται για παρατεταμένο χρονικό διάστημα και οδηγεί σε κλινικά επίπεδα δυσφορίας και βλάβης (όπως αναφέρεται στους Alberts et al., 2013). Δευτερευόντως, τα υποχονδριακά συμπτώματα συμβαίνουν σε μια ποικιλία άλλων ψυχιατρικών συνθηκών (Warwick & Salkovskis, 1990). Σύμφωνα με το DSM, για να δοθεί η διάγνωση, οι φόβοι πρέπει να διαρκούν για τουλάχιστον 6 μήνες παρά τις ιατρικές διαβεβαιώσεις για το αντίθετο από τους γιατρούς. Ο Barsky και άλλοι (1998) υποστήριξαν ότι εμφανίζεται για πρώτη φορά στην πρώιμη ενήλικη ζωή και τείνει να είναι χρόνια (όπως αναφέρεται στους Kring et al., 2007).

Παρόλα αυτά δεν έχει γίνει σαφές εάν η υποχονδρίαση θεωρείται ως μια ξεχωριστή διαταραχή ή εάν είναι ένα σύμπτωμα άλλων διαταραχών όπως η σωματοποιητική διαταραχή. Σύμφωνα με τον Salkovskis και Warwick (1986) το κεντρικό χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι η εμφάνιση των αρνητικών σκέψεων που προκύπτουν από την εσφαλμένη ερμηνεία των αβλαβών φυσικών συμπτωμάτων και σημείων. Αυτά τα συμπτώματα παρερμηνεύονται ως πιθανοί δείκτες της ασθένειας. Αν ένα άτομα πιστεύει ότι έχει μια σοβαρή ασθένεια, τότε θα έχει την εμπειρία του άγχους. Όταν το άγχος υγείας συμβαίνει, ένας αριθμός γνωστικών αλλαγών συμβαίνουν, που με την σειρά τους βοηθούν στο να διατηρηθεί το πρόβλημα (Warwick, 1995).

Σύμφωνα με το DSM IV, οι σωματόμορφες διαταραχές έχουν οριστεί ως η παρουσία σωματικών συμπτωμάτων που υποδηλώνουν μια γενική ιατρική κατάσταση που δεν εξηγείται πλήρως από τη γενική κατάσταση υγείας, την χρήση ουσιών ή άλλη ψυχική διαταραχή. Τα συμπτώματα που καθορίζουν ότι τα άτομο έχει αυτή την διαταραχή είναι τα σωματικά συμπτώματα, η υπερβολική ανησυχία για τα συμπτώματα και τέλος η ύπαρξη ασθένειας (Puri & Dimsdale, 2012). Η διαταραχή αυτή φαίνεται ότι προκαλεί σημαντική δυσφορία, ή έκπτωση στο κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας (Kallivayalil, & Punnoose, 2010). Για να πληροί ένα άτομο τα κριτήρια για την διάγνωση θα πρέπει να αναφέρει διαφορετικά είδη σωματικών συμπτωμάτων και τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να προκαλούν μείωση στην λειτουργικότητα του. Τα άτομα αυτά τείνουν να κάνουν πολλές επισκέψεις σε γιατρούς, να επισκέπτονται πολλούς γιατρούς για ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα και να δοκιμάζουν πολλά φάρμακα. Συχνές είναι οι νοσηλείες και οι χειρουργικές επεμβάσεις. Οι ασθενείς αυτοί τείνουν να μεγαλοποιούν αυτό που έχουν ενώ πολλοί πιστεύουν ότι πάσχουν από κάτι σε όλη τους την ζωή. Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται για πρώτη φορά στις αρχές της ενήλικης ζωής (Kring et al., 2010).

Από την άλλη, η διαταραχή πανικού είναι μια αγχώδης διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες και απροσδόκητες κρίσεις πανικού, μετά-ανησυχία και φοβική αποφυγή. Επικρατεί στο 1-3% του πληθυσμού και διαγιγνώσκεται διπλάσια στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Η διαταραχή παίρνει συχνά μια χρόνια πορεία με πολλές υφέσεις και υποτροπές. Γενετικοί καθώς και περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις παθογένειες της διαταραχής. Μελέτες αναφέρουν ότι πρώτου βαθμού συγγενείς των ατόμων έχουν περίπου πενταπλάσια αύξηση του κινδύνου και μελέτες με διδύμους εκτιμούν περίπου 40% στη γενετική ευθύνη απέναντι στη διαταραχή (Otowa et al., 2012).

1.2. Αντιλήψεις ασθένειας

Κατά τον Rotter (1966) η αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας του ατόμου αντιπροσωπεύει σε μεγάλο βαθμό την προσωπική ευθύνη σε σχέση με τα αποτελέσματα για την υγεία (Kong & Shen, 2011). Η αντίληψη φαίνεται να κατηγοριοποιείται σε εξωτερικούς παράγοντες, όπως είναι οι ισχυροί άλλοι, οι ευκαιρίες κ.α και σε εσωτερικούς, όπως είναι ο εαυτός, και οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ανθρώπου. Η αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας συσχετίζεται με την ποιότητα της ζωής, την υποκειμενική αίσθηση της

ευημερίας, την ψυχολογική ευεξία και τις συμπεριφορές που αφορούν την υγεία, όπως είναι η διατροφή και το κάπνισμα (Tigani et al., 2011). Σύμφωνα με τον King (1983) ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο εξηγεί και ερμηνεύει την αιτία της συγκεκριμένης ασθένειας, θα επηρεάσει ορισμένες πεποιθήσεις σχετικά με την ασθένεια, η οποία με την σειρά της θα επηρεάσει τις συμπεριφορές του ατόμου. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού ανέφεραν ο Chatzisarantis και άλλοι (2002) οι οποίοι υποστήριξαν την σύνδεση μεταξύ ατόμων που έχουν υψηλά επίπεδα στις πεποιθήσεις εσωτερικού ελέγχου με την υψηλή συμμετοχή σε σωματικές δραστηριότητες (Kong & Shen, 2011).

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με την πολυδιάστατη κλίμακα της αντίληψης του ελέγχου της υγείας βρέθηκε ότι βασίζεται σε τρείς διαστάσεις: 1. Την εσωτερική αντίληψη του έλεγχου της υγείας που θεωρεί την υγεία ως ένα προϊόν των προσωπικών αποφάσεων και ένα υγιεινό ή ανθυγιεινό τρόπο ζωής. Την εξωτερική αντίληψη του ελέγχου της υγείας που χωρίζεται σε 2. στον έλεγχο από τύχη και, 3. στον έλεγχο από τους ισχυρούς άλλους. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η αντίληψη του ελέγχου της υγείας προτείνει ότι η υψηλή εσωτερική αντίληψη του ελέγχου υγείας συνδέεται με την υγιεινή συμπεριφορά. Επίσης τα άτομα που πιστεύουν στην τύχη, θα πρέπει να αυξήσουν την πιθανότητα των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς για την υγεία, επειδή η υγεία θεωρείται ανεξάρτητη από την προσωπική συμπεριφορά (Helmer, Kramer, & Mikolajczkyk, 2012).

Η αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας του ατόμου φαίνεται να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Από την μια πλευρά έχει βρεθεί σύμφωνα με τον Tishelman (1997) ότι η αντίληψη για την υγεία είναι σταθερή διότι ο τρόπος που οι άνθρωποι εξηγούν και κατανοούν τις εμπειρίες τους σχετικά με την υγεία και την ασθένεια επηρεάζεται από συγκεκριμένα ιατρικά, κοινωνικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα. Από την άλλη όμως, έχει βρεθεί ότι μπορεί να είναι και εύπλαστη διότι η περίοπτη θέση της μπορεί να ποικίλει βάση της αιτιότητας που σχετίζεται με τις αντιλήψεις που γίνονται προσιτές στην κάθε κατάσταση (Kong & Shen, 2011).

Οι Steptoe και Wardle (2001) υποστήριξαν ότι τα αποτελέσματα του ελέγχου των πεποιθήσεων για την υγεία ήταν αρκετά ισχυρά σε αντίθεση με άλλους ψυχολογικούς παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη. Ωστόσο, οι υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα βρέθηκαν στην εσωτερική αντίληψη του ελέγχου της υγείας, η οποία σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα περισσότερης σωματικής δραστηριότητας κατά την διάρκεια μιας κανονικής εβδομάδας και με περισσότερη προσοχή στην υγιεινή διατροφή (όπως αναφέρεται στους Helmer, Kramer, & Mikolajczkyk, 2012). Σύμφωνα όμως με τα αποτελέσματα από μια

μελέτη που διεξήχθη στην Γερμανία το 2006-2007, η οποία μελέτησε τις συμπεριφορές υγείας των φοιτητών, έδειξε ότι τα άτομα πιστεύουν ότι ευθύνονται για ένα μικρό κλάσμα της διακύμανσης στη συμπεριφορά της υγείας τους. Ο Calnan (1989) πρότεινε ότι η συμπεριφορά της υγείας δεν μπορεί να συνδεθεί με τις πεποιθήσεις σχετικά με τον έλεγχο της υγείας, αλλά με την ανησυχία για επικίνδυνες συμπεριφορές όπως το κάπνισμα ή η κατανάλωση αλκοόλ (όπως αναφέρεται στους Helmer, Kramer, & Mikolajczkyk, 2012).

Για τον λόγο αυτό, η αυξημένη συνειδητοποίηση των συνεπειών του καπνίσματος, πρέπει να συνδέεται με τις πεποιθήσεις του καπνιστή στην τύχη και αντίστροφα, με την πρόληψη του καπνίσματος, έχοντας την έφεση του φόβου ότι δεν θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική για τα άτομα με ισχυρές πεποιθήσεις, ότι η πιθανότητα καθορίζει την υγεία μας. Επιπρόσθετα, τα ευρήματα υπέδειξαν μια σχέση ανάμεσα στις πεποιθήσεις ότι η υγεία μας καθορίζεται από τους ισχυρούς άλλους και το κάπνισμα. Θα μπορούσε λοιπόν να υποστηριχθεί ότι η συμπεριφορά με βραχυπρόθεσμες συνέπειες επηρεάζεται περισσότερο από τις πεποιθήσεις ότι η υγεία μας καθορίζεται από τους ισχυρούς άλλους, σε σχέση με την συμπεριφορά με μακροπρόθεσμες συνέπειες. Το αλκοόλ και η χρήση φαρμάκου μπορεί να συνδέονται άμεσα με καταγγελίες που αφορούν την υγεία, όπως τραυματισμοί, απώλεια μνήμης κ.α. Από την άλλη, οι καπνιστές που πιστεύουν ότι η υγεία τους δεν βρίσκεται σε κίνδυνο είναι γιατί θεωρούν ότι το κάπνισμα δεν επηρεάζει άμεσα την κατάσταση της υγείας και των ασθενειών (Helmer, Kramer, & Mikolajczkyk, 2012). Έτσι πολύ σημαντικό ρόλο κατέχει η συνειδητοποίηση της επικινδυνότητας των λανθασμένων συμπεριφορών και η αναγκαιότητα ελεγξιμότητας της υγείας από το άτομο.

Όσο αφορά τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα στην αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας, μια έρευνα που έγινε σε Έλληνες και εξέτασε τη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και της αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας του ατόμου, έδειξε ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γυναικών εξαρτιόνταν περισσότερο από την ανταμοιβή και βρέθηκε να είναι πιο προσαρμόσιμα από τους άνδρες, ενώ οι άνδρες βρέθηκε να είναι πιο αισιόδοξοι από τις γυναίκες. Τα αποτελέσματα σχετικά με αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας, έδειξαν να υπερισχύει η αυτό-αμεσότητα στους άνδρες και η αισιοδοξία στις γυναίκες, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι δύο αυτοί παράγοντες είναι καθοριστικοί για την υγεία του ατόμου (Tigani et al., 2011).

Σε γενικές γραμμές, παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις στην αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας με την αυτό-αμεσότητα, βλάβη της φοροαποφυγής, την πνευματικότητα και την αισιοδοξία. Οι άνδρες έδειξαν πιο ισχυρές θετικές και αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ

αυτό-αμεσότητας και εσωτερικής και εξωτερικής αντίληψης για τον έλεγχο της υγείας, αντίστοιχα. Η αυτό-αμεσότητα βρέθηκε να συνδέεται με μεγαλύτερη προώθηση αυτό-αποδοχής, μεγαλύτερη αυτό-ευθύνη και αυτό-αποτελεσματικότητα σε συγκεκριμένους μεμονωμένους στόχους. Από την άλλη, η αισιοδοξία που σχετίζεται με την αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας στις γυναίκες, αναφέρει ότι αυτές που ήταν πιο αισιόδοξες, έχουν πιο υψηλή εσωτερική αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας τους. Επίσης η αισιοδοξία και η θετική διάθεση βρέθηκαν να έχουν έμμεση σχέση και αντίστοιχα η υψηλή πνευματικότητα στους άνδρες βρέθηκε να έχει ισχυρή συσχέτιση με την υψηλή εσωτερική αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας. Και στα δύο φύλα η κλίση της αναστολής, η αβεβαιότητα και η ανησυχία ενισχύουν την εξάρτηση της υγείας σε εξωτερικούς πόρους (Tigani et al., 2011).

Καταλήγοντας, η υψηλή εξάρτηση ανταμοιβής και η προσαρμοστικότητα στις γυναίκες θα μπορούσε να σχετίζεται με υψηλότερη κοινωνική ευαισθησία που οδηγεί σε πιο στενές και υποστηρικτικές σχέσεις και μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχούς προσαρμογής σε διαφορετικές καταστάσεις, που συνεπάγεται με λιγότερη δυσφορία κατά την διάρκεια ζωής. Από την άλλη, υψηλή ευαισθησία στους άνδρες θα μπορούσε να αντανακλά σε μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και έντονες προσπάθειες για αισιοδοξία, με αποτέλεσμα να υπάρχει πλεονέκτημα στην προσαρμοστικότητα, στη διαφορετικότητα και την αβεβαιότητα για αυτούς (Tigani et al., 2011).

Στην συνέχεια, μια άλλη έρευνα από τους Mirowsky και Ross (2003) που αναφέρεται στις αντιλήψεις για τον προσωπικό έλεγχο της κατάστασης της υγείας του ατόμου, υποστηρίζει ότι τα άτομα αυτά έχουν πολλά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με τα άτομα που αισθάνονται ανίσχυροι να ελέγχουν την υγεία τους. Αυτό συμβαίνει γιατί τα άτομα με αίσθηση του ελέγχου μαθαίνουν περισσότερα για την υγεία τους, και κατά συνέπεια είναι πιθανότερο να ξεκινήσουν προληπτικές συμπεριφορές όπως για παράδειγμα τη διακοπή του καπνίσματος, άσκηση κ.α με αποτέλεσμα να έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια ασθένεια στο μέλλον (όπως αναφέρεται στους Wolinsky et al., 2009). Αυτό έρχεται σε συμφωνία με άλλες έρευνες που αφορούν άτομα τρίτης ηλικίας, οι οποίες είναι πολύ ενδιαφέρον καθώς αποτελούν παράδειγμα εξαιρετικής μακροβιότητας και υγιούς γήρανσης, μιας και έχουν αποφύγει χρόνιες ασθένειες και απόλαυσαν μια μεγάλη, αυτόνομη ζωή. Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν αναφερθεί ότι επηρεάζουν την μακροζωία, και ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην διατροφή, την σωματική δραστηριότητα και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Σε γενικές γραμμές, αυτά τα άτομα βρέθηκε ότι ακολούθησαν

έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, ήταν πιο ανθεκτικοί στο στρες και τις αντιξοότητες και τέλος, έτειναν να έχουν πιο θετικές σκέψεις για τον εαυτό και τη ζωή τους (Tigani et al., 2011).

Επίσης μια άλλη έρευνα κατά τους Fung, Abeles, & Carstensen (1999) υποστήριξε ότι οι πεποιθήσεις σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο της ζωής διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία. Σύμφωνα με τον Mirowsky (1995) τα άτομα αισθάνονται ελαχιστοποίηση του προσωπικού τους ελέγχου μετά την ηλικία των 50 ετών. Μια πρόσφατη δουλειά από τους Eizenman και άλλους (1997), και Nesselroade (1988) που έχει αρχίσει να διερευνά τις βραχυπρόθεσμες ενδο-ατομικές διαφοροποιήσεις στον προσωπικό έλεγχο και σε άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έδειξε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διακύμανση από βδομάδα σε βδομάδα τόσο μεγαλύτερος θα είναι ο κίνδυνος για αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία (όπως αναφέρεται στους Wolinsky et al., 2009).

Οι αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας του ατόμου είναι πολύ σημαντικές έτσι ώστε το άτομο να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα και να έχει προσδοκίες. Ένα άτομο μπορεί να κατέχει ευνοϊκές προσδοκίες που είτε αφορούν στην προσωπική αυτό-αποτελεσματικότητα, είτε στην τύχη, είτε γιατί πιστεύει ότι ευνοείται από τον Θεό, ή για άλλους λόγους. Το αποτέλεσμα παρόλα αυτά θα πρέπει να είναι θετικό, δηλαδή να έχει γενικευμένες προσδοκίες ότι κάτι καλό θα συμβεί. Όπως ανέφεραν οι Boone και de Brabander (1993), ο Judge και άλλοι (1997) και Rotter (1975) κατά τον Bandura, οι γενικές πεποιθήσεις και η γενική αυτό-αποτελεσματικότητα είναι ιδιαίτερα χρήσιμες εάν αντικατοπτρίζουν τις διαφορές στην προσωπικότητα. Επίσης, έχει βρεθεί κατά τους Bryant και Cvengros (2004), Carver και Scheier (1991), και Karademas (2006) ότι τόσο η γενική αυτό-αποτελεσματικότητα όσο και η αντίληψη για την ασθένεια σχετίζονται με την δημιουργία επιχειρήσεων αλλά και με την επιτυχία, ενώ έχει βρεθεί ότι και τα δύο σχετίζονται θετικά με την προδιάθεση για αισιοδοξία. Επίσης, σύμφωνα με τον Bandura (1997) οι πεποιθήσεις σε συγκεκριμένο πλαίσιο δείχνουν ότι η σχέση μεταξύ της αυτό-αποτελεσματικότητας με τα προσδόκιμα αποτελέσματα μετριάζονται από τις πεποιθήσεις ελέγχου (όπως αναφέρεται στους Urbig & Monsen, 2012).

Σημαντικό επίσης για τις αντιλήψεις που έχουν τα άτομα για την υγεία τους είναι να πιστεύουν σε κάτι, όπως π.χ στους δυνατούς άλλους, και να μην δείχνουν αποστασιοποιημένοι από αυτό. Σύμφωνα με το γραμμικό μοντέλο παλινδρόμησης το οποίο υπέδειξε ότι η πιθανότητα αντίληψης για τον έλεγχο της υγείας μαζί με την αυτοεκτίμηση, ήταν προάγγελοι οι οποίοι είχαν σημαντικά θετικές και αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογική ευεξία των ατόμων, έδειξε ότι μια ισχυρή ή ασθενής πίστη στην τύχη, θα αλλάξει την κατάσταση της ψυχολογικής ευεξίας του ατόμου σε καλύτερη ή χειρότερη. Τα

αποτελέσματα με άλλα λόγια δείχνουν ότι με την αύξηση ή την μείωση της αυτοεκτίμησης και των προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου, η ψυχική κατάσταση του ατόμου θα αλλάξει (Moshki & Ashtarian, 2010).

Επιπρόσθετα, τα ευρήματα υπέδειξαν ότι υπάρχει μια σημαντικά θετική σχέση ανάμεσα στην ψυχολογική ευεξία και στην πιθανότητα αντίληψης ελέγχου για την υγεία. Αυτό σημαίνει ότι αυξάνοντας την πίστη στην τύχη, η ψυχολογική ευεξία θα αυξηθεί. Επίσης χαμηλή αντιληπτή εσωτερική αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας, αυτοεκτίμηση, και ψυχολογικά προβλήματα εντοπίστηκαν ανάμεσα σε φοιτητές. Αυτό που έχει βρεθεί είναι ότι η αυτοεκτίμηση είναι ένας ισχυρός και σημαντικός ψυχολογικός παράγοντας για την υγεία και την ποιότητα της ζωής του ατόμου. Επίσης, τα συναισθήματα της ύπαρξης της αξίας και εξουσίας συνδέονται με την ισχυρή αυτοεκτίμηση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε θετικές αλλαγές όπως επιτεύγματα, μεγαλύτερη προσπάθεια για να κερδίσουν, επιτυχία, να εργάζονται σκληρά, με αποτέλεσμα να έχουν μια καλύτερη κατάσταση της υγείας τους (Moshki & Ashtarian, 2010).

Μια άλλη μελέτη που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της αντίληψης για τον έλεγχο της υγείας, την αυτοεκτίμηση και την κατάσταση της ψυχικής υγείας στους Ιρανούς φοιτητές το 2010, έδειξε ότι υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ της εσωτερικής αντίληψης για τον έλεγχο της υγείας και την αυτοεκτίμηση με την ψυχολογική ευεξία. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι υπήρχε διαφορετική συχνότητα των ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ των δύο φύλων στην ψυχολογική ευεξία. Παρόλα αυτά όμως σύμφωνα με τον Ziaei και άλλους (2001), και Faraji (2000) τα ψυχολογικά προβλήματα άγχους και κατάθλιψης στις γυναίκες ήταν περισσότερα σε σύγκριση με τους άνδρες (όπως αναφέρεται στους Moshki & Ashtarian, 2010).

Η εσωτερική αντίληψη του έλεγχου της υγείας που θεωρεί την υγεία ως ένα προϊόν των προσωπικών αποφάσεων έρχεται σε συμφωνία με την κοινωνικό-γνωστική θεωρία του Bandura (1997) που υποστηρίζει ότι η ελεγξιμότητα επηρεάζει τον βαθμό στον οποίο οι αποτελεσματικές πεποιθήσεις διαμορφώνουν το προσδόκιμο αποτέλεσμα. Έτσι, αυτή η θεωρία του Bandura δείχνει ότι η γενική αυτό-αποτελεσματικότητα θα είναι πιο αισιόδοξη, εάν οι άνθρωποι πιστεύουν ότι τα αποτελέσματα τους εξαρτώνται τις περισσότερες φορές από τις δικές τους ενέργειες και τις επιδόσεις. Οι Rotter (1975), Skinner (1996), Judge, Locke, και Durham (1997) και Judge και άλλους (2002) υποστηρίζουν ότι το προσδόκιμο αποτέλεσμα, ο έλεγχος, οι πεποιθήσεις και η αποτελεσματικότητα μπορεί να αξιοποιηθούν αντιληπτά κατά μήκος μιας συνέχειας από το πολύ ειδικό πλαίσιο στο πολύ γενικό. Ενώ υπάρχει η

υποστήριξη για τις επιπτώσεις της μετριοπάθειας στην αντίληψη ασθένειας για την γενική αυτό-αποτελεσματικότητα και την γενική ευκαιρία αυτό-αποτελεσματικότητας, οι αντιλήψεις για την ασθένεια δεν μετριάζουν μεταξύ άλλων την αποτελεσματικότητα και την απαισιόδοξη όψη (όπως αναφέρεται στους Urbig & Monsen, 2012).

Έτσι, σύμφωνα με την θεωρία της κοινωνικής μάθησης στην εκδήλωση μιας συμπεριφοράς, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται και αναπαριστά εσωτερικά το περιβάλλον του. Κύρια θέση σε αυτό κατέχουν οι προσδοκίες του ατόμου, το πιο πιστεύει δηλαδή πως θα είναι το αποτέλεσμα της κατάστασης του στο άμεσο μέλλον. Οι προσδοκίες του ατόμου στηρίζονται τόσο στην προσωπική του εμπειρία όσο και στην παρατήρηση της συμπεριφοράς άλλων και των αποτελεσμάτων του. Όσο υψηλότερες προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας έχει ένα άτομο τόσο πιθανότερο είναι να εκτελέσει καλύτερα μια συμπεριφορά (Καραδήμας, 2005).

Κατά τον Skinner (1996) οι πεποιθήσεις για αυτό-αποτελεσματικότητα δεν μπορούν να καθορίζουν μόνο τον εαυτό μας, αλλά και άλλους παράγοντες που επηρεάζουν αυτά τα αποτελέσματα. Εάν ένα άτομο δεν πιστεύει ότι έχει έλεγχο σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εξωτερικών παραγόντων, θα επηρεαστούν γενικευμένες προσδοκίες έκβασης όπως η προδιάθεση αισιοδοξίας. Έτσι ορίζουμε άλλες γενικές πεποιθήσεις αποτελεσματικότητας καθώς το προσδόκιμο ότι στις καταστάσεις της ζωής, αυτοί που έχουν την δύναμη να βοηθήσουν ή να εμποδίσουν τα αποτελέσματα ενός ατόμου είναι πιο πιθανό να βοηθήσουν πραγματικά και να μην εμποδίζουν. Έτσι ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην κοινωνική υποστήριξη η οποία συμβάλλει άμεσα στην επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων (όπως αναφέρεται στους Urbig & Monsen, 2012).

Από την άλλη ο Bandura (1997) υποστήριξε ότι οι πεποιθήσεις για αυτό-αποτελεσματικότητα, επηρεάζουν το προσδόκιμο αποτέλεσμα, όταν ένα άτομο πιστεύει ότι αυτός ή αυτή έχει τον έλεγχο των πράξεων του, ή τουλάχιστον σε μεγάλο βαθμό (όπως αναφέρεται στους Urbig & Monsen, 2012). Βέβαια, όσο πιο καλές γνώσεις έχει το άτομο σχετικά με την συμπεριφορά του τόσο περισσότερο θα κατέχει τις απαραίτητες δεξιότητες με αποτέλεσμα να αναπτύξει τις υψηλότερες προσδοκίες (Καραδήμας, 2005).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα ευρήματα, οι πεποιθήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εξωτερικών παραγόντων, θεωρούνται οι πιο σημαντικές, εάν τα άτομα αντιλαμβάνονται λιγότερο τον εσωτερικό έλεγχο. Δηλαδή εάν πιστεύουν περισσότερο ότι οι εν λόγω εξωτερικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση των μειονεκτικών

αποτελεσμάτων τους. Αυτό το διαπιστώνουμε στη σχέση της γενικής αποτελεσματικότητας άλλων και τη διάθεση αισιοδοξίας, που είναι λιγότερο θετική εάν τα άτομα αντιλαμβάνονται περισσότερο τον εσωτερικό έλεγχο των εξωτερικών παραγόντων. Επίσης το βλέπουμε και στην σχέση γενικής ευκαιρίας αποτελεσματικότητας με την διάθεση αισιοδοξίας που είναι λιγότερο θετική εάν τα άτομα αντιλαμβάνονται περισσότερο τον εσωτερικό έλεγχο, και πιο θετικά, αντιλαμβάνονται περισσότερο τον εξωτερικό έλεγχο (Urbig & Monsen, 2012).

Σημαντικό επίσης είναι το ότι η αισιοδοξία ενός ατόμου μπορεί να προκληθεί από μια ποικιλία παραγόντων, όπως η διαφορετική αυτό-αποτελεσματικότητα και η καλή πίστη στην τύχη. Συνεπώς, ενώ δύο άτομα μπορεί να είναι εξίσου αισιόδοξα όσο αφορά το επίπεδο της αισιοδοξίας τους, η προέλευση αυτής της αισιοδοξίας τους όμως μπορεί να διαφέρει σημαντικά. Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2006) παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την αισιοδοξία περιλαμβάνουν γενικές πεποιθήσεις για την αυτό-αποτελεσματικότητα, όπως υποστήριξε οι Day και Maltby (2003, 2005) την καλή τύχη, την κοινωνική υποστήριξη σύμφωνα με τους Doeglas και άλλους (1996) και Καραδήμας (2006) και τέλος, κατά τους Abramson, Seligman, & Teasdale (1978) τον έλεγχο. Έχει βρεθεί επίσης, ότι η γενική αυτό-αποτελεσματικότητα και οι πεποιθήσεις ελέγχου συμβάλλουν σύμφωνα με τους Judge και άλλους (1998) και Spector (1997) στην ικανοποίηση από την ζωή, κατά τους Judge και Bono (2001) στην απόδοση στην δουλειά, στις δημιουργικές επιχειρήσεις, καθώς και στην επιτυχία και αποτυχία, όπως ανέφεραν οι Rauch και Frese (2007) (όπως αναφέρεται στους Urbig & Monsen, 2012).

Παρά το γεγονός ότι η αισιοδοξία έχει βρεθεί να είναι ένας προστατευτικός παράγοντας όσον αφορά την ευημερία και την σωματική και ψυχική υγεία, ορισμένες έρευνες έχουν δείξει ότι η αισιοδοξία δεν προβλέπει χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Επίσης μελέτες που αφορούν το ανοσοποιητικό σύστημα βρέθηκαν να έχουν αντιφατικά αποτελέσματα σχετικά με το εάν επηρεάζει η αισιοδοξία ή όχι. Αυτά τα αντιφατικά αποτελέσματα εξήγησε ο Segerstrom (2005) ο οποίος υποστήριξε δύο υποθέσεις. Αρχικά, υποστήριξε την υπόθεση της απογοήτευσης, σύμφωνα με την οποία, επίμονοι και ανεξέλεγκτοι στρεσογόνοι παράγοντες μειώνουν τις θετικές προσδοκίες που είναι χαρακτηριστικές των αισιόδοξων και κατά συνέπεια, τον έλεγχο επί των παραγόντων στρες, που οδηγεί σε μείωση άμυνας του ανοσοποιητικού. Η δεύτερη υπόθεση αφορά τη θεωρία εμπλοκής, η οποία υποστηρίζει ότι τα πιο αισιόδοξα άτομα προσπαθούν να επιλύσουν ένα πρόβλημα πιο εύκολα, ενώ αντίθετα, τα απαισιόδοξα, αφήνουν ένα θέμα να περάσει, καταλήγοντας έτσι περισσότερο εκτεθειμένοι στο στρες και κατά συνέπεια ανήμποροι να

έχουν έλεγχο στην κατάσταση της υγείας τους (όπως αναφέρεται στους Conversano et al., 2010).

Σε Αφρικό-Αμερικάνικο πληθυσμό μια άλλη έρευνα έδειξε ότι άτομα με υψηλή εσωτερική θέση για την αντίληψη του ελέγχου της υγείας πιστεύουν ότι ελέγχουν την υγεία τους μέσω της συμπεριφοράς τους. Ένα παράδειγμα αυτού είναι η ανάκτηση των τοξικομανών που έχουν υψηλή εσωτερική θέση ελέγχου και πιστεύουν ότι μπορούν να ελέγξουν τον εθισμό τους μέσω της συμπεριφορά τους (Debnam et al., 2012). Παρόμοια, μια μελέτη που χρησιμοποίησε την πολυδιάστατη κλίμακα ελέγχου για την υγεία ήθελε να εξετάσει την σχέση μεταξύ της αντίληψης που έχουν τα άτομα για την υγεία τους και την αντίληψη του κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι γυναίκες με υψηλή περιεκτικότητα στην εσωτερική θέση των πεποιθήσεων ελέγχου για την υγεία είχαν περισσότερες πιθανότητες σε σχέση με τις γυναίκες με υψηλή περιεκτικότητα στην εξωτερική θέση να πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να ελέγχουν κατά πόσο ή όχι θα αναπτυχθεί ο καρκίνος του μαστού.

Στην συγκεκριμένη έρευνα υπάρχει και η ομάδα ατόμων που πιστεύουν ότι μια ανώτερη δύναμη ελέγχει την κατάσταση υγείας τους. Η πνευματική αντίληψη του ελέγχου της υγείας και η αντίληψη του ελέγχου της υγείας που προέρχεται από τον Θεό χρησιμοποιείται για την κατανόηση τέτοιων πηγών ελέγχου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι γυναίκες που πίστευαν ότι η κατάσταση της υγείας τους καθορίζεται από τον Θεό ήταν λιγότερο πιθανό να τηρούν την κλινική εξέταση του μαστού. Παρόμοια, η πνευματική αντίληψη του ελέγχου της υγείας εκφράζει την πεποίθηση ότι μια ανώτερη δύναμη έχει τον έλεγχο της υγείας. Αυτή η κατασκευή προτείνεται ότι περιλαμβάνει μια ενεργή και μια παθητική διάσταση. Στην ενεργή διάσταση, κάποιος μπορεί να πιστεύει ότι ένα υψηλότερο ον εξουσιοδοτεί ένα πρόσωπο για να είναι δυναμικό ή ότι κάποιος εργάζεται σε συνεργασία με μια ανώτερη δύναμη για να παραμείνει σε μια καλή υγεία. Η παθητική διάσταση υποστηρίζει την πεποίθηση ότι, επειδή μόνο μια ανώτερη δύναμη έχει τον έλεγχο των αποτελεσμάτων της υγείας δεν υπάρχει κανένας λόγος να εμπλακούν τα άτομα σε συμπεριφορές υγείας (Debnam et al., 2012).

Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι γυναίκες που κατέχουν ενεργό πνευματική αντίληψη στις πεποιθήσεις του ελέγχου της υγείας ήταν λιγότερο πιθανό σε σχέση με τις γυναίκες που κατέχουν παθητική πνευματική αντίληψη να αλλάξουν περισσότερο την πρόσληψη διατροφικού λίπους, την σωματική τους δραστηριότητα, το βάρος και το δείκτη μάζας του σώματος τους μετά από 12 εβδομάδες παρέμβασης. Επίσης, βρέθηκε σημαντική σχέση

ανάμεσα στην θρησκευτική κοινωνική υποστήριξη και στην μέτρια σωματική δραστηριότητα ανάμεσα στις Αφρικανόαμερικάνες γυναίκες. Αύξηση ή προαγωγή της σωματικής δραστηριότητας μπορεί να απαιτήσει περισσότερο εξωγενείς πεποιθήσεις ή συμπεριφορές όπου αντανακλώνται από τις πεποιθήσεις του ελέγχου (Debnam et al., 2012).

1.3. Συμπεριφορές υγείας

Αναπόσπαστος θεωρείται ο ρόλος της συμπεριφοράς που αφορά την υγεία και την ασθένεια καθώς μάλιστα σύγχρονες αιτίες θανάτου αυτών των συμπεριφορών είναι οι χρόνιες ασθένειες. Έτσι ο καθένας από εμάς λαμβάνει κάποια μέτρα ώστε να προστατέψει την υγεία ή να αποφύγει την ασθένεια. Η προστατευτική αυτή συμπεριφορά που ανήκει στην ευρύτερη ομάδα των συμπεριφορών υγείας περιλαμβάνει κάθε δραστηριότητα του ατόμου που ασκεί με σκοπό να διατηρήσει αλλά και να προάγει την υγεία του. Τέτοιες συμπεριφορές είναι για παράδειγμα ο επαρκής ύπνος, η σωστή διατροφή, η άσκηση, οι προληπτικοί ιατρικοί έλεγχοι κ.α. (Καραδήμας, 2005).

Τουλάχιστον 5 κατηγορίες συμπεριφοράς υγείας έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με την αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα: (1) κατανάλωση μιας δίαιτας υψηλής σε θερμίδες, λίπος και νάτριο, χαμηλή περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά, (2) χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και υψηλά επίπεδα καθιστικής ζωής, (3) κάπνισμα, (4) κατάχρηση ουσιών, και (5) εμπλοκή σε ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές. Αντίθετα, προστατευτικές συμπεριφορές υγείας μπορούν να μειώσουν την εμφάνιση ασθενειών και να αποκαταστήσουν την υγεία του ατόμου. Τρεις προστατευτικές συμπεριφορές συνδέθηκαν με καλύτερη υγεία και αποκατάσταση από ασθένεια: (1) σωματική δραστηριότητα, (2) φρούτα και λαχανικά και (3) προσκολλημένοι με προβλεπόμενες θεραπείες. Έχει προταθεί ότι η εξάλειψη των συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία θα αποτρέψει το 80% των καρδιακών νόσων, εγκεφαλικού επεισοδίου, και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, και των 40% των καρκίνων (Spring, Moller, & Coons, 2012).

Σε σύγκριση με τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία, οι προστατευτικές συμπεριφορές είναι σπάνιες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου 2 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονται σε φυσική αδράνεια. Τα αποτελέσματα από μια μεγάλη έρευνα έδειξαν ότι το 20% αυτών που ερωτήθηκαν ανέφεραν ότι κάνουν βόλτες τουλάχιστον 20 λεπτά λιγότερο από μια φορά το χρόνο ή ποτέ. Η υγιεινή διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά είναι προστατευτική για τα άτομα και περιλαμβάνει άφθονη πρόσληψη φρούτων,

λαχανικών και ψαριών και χαμηλή πρόσληψη επεξεργαστικών κρεάτων και γαλακτοκομικών προϊόντων. Ωστόσο, μόνο το 23,5% των ενηλίκων στις ΗΠΑ καταναλώνουν καθημερινά φρούτα και λαχανικά, και ανησυχητικά το 35% δεν τρώνε καθόλου λαχανικά, και το 57% δεν τρώνε φρούτα. Το ποσοστό των Άγγλων ενηλίκων που τρώνε πέντε μερίδες φρούτων και λαχανικών ανά ημέρα αντιστοιχεί στο 25% των ανδρών και στο 28% των γυναικών. Επίσης έχει παρατηρηθεί σχεδόν διπλάσια ποσότητα νατρίου ανά ημέρα (Spring, Moller, & Coons, 2012).

Υπάρχουν διάφορες ομάδες ατόμων που για διάφορους λόγους δεν αρχίζουν αυτές τις συμπεριφορές υγείας. Πολλά άτομα αντιμετωπίζουν τον ανταγωνισμό στις απαιτήσεις του χρόνου τους, μερικοί μπορεί να μην αισθάνονται επαρκώς αρμόδιοι ώστε να ξεκινήσουν μια φυσική δραστηριότητα, είτε δεν αισθάνονται αρκετά ικανοί να ασκηθούν, ή ακόμη μπορεί να έχουν περιορισμούς στην υγεία τους που τους εμποδίζει να παρουσιάσουν αυτή την δραστηριότητα. Έτσι, τα δεδομένα μας για συμμετοχή σε δραστηριότητες δείχνουν ότι πολλά άτομα έχουν το κίνητρο για να ξεκινήσουν μια δραστηριότητα, άλλοι δεν έχουν την πρόθεση να είναι σωματικά δραστήριοι ή δεν έχουν τα κίνητρα για να το αντιμετωπίσουν ή δεν έχουν χρόνο λόγω των πολλών καθημερινών απαιτήσεων που έχουν (Teixeira et al., 2012).

1.3.1. Συμπεριφορές υγείας που αποτελούν κίνδυνο

Κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο 22 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν από ασθένειες. Το 83% των θανάτων συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Ωστόσο οι καταναλωτές της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες ώστε να αποτρέψουν την εμφάνιση πολλών από αυτές τις κύριες αιτίες της θνησιμότητας. Σύμφωνα με τα ευρήματα, δέκα χρόνια μετά την διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα ήταν ο μισός από αυτούς που συνέχισαν το κάπνισμα. Επιπλέον, 15 χρόνια μετά την διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος για καρδιοαγγειακή νόσο είναι παρόμοιος με τα άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ. Το HIV μπορεί να προληφθεί με την υιοθέτηση ασφαλέστερων σεξουαλικών πρακτικών και τέλος, σε ανθρώπους που είναι παχύσαρκοι, η απώλεια βάρους μπορεί να μειώσει την συχνότητα εμφάνισης του διαβήτη (Free et al., 2013).

Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα έχει βρεθεί ότι το 2012 στις ΗΠΑ τα 2/3 του πληθυσμού υπερβαίνουν το υγιές βάρος, το 27,2% των Αμερικάνων ενήλικων είναι παχύσαρκοι και ο αριθμός των παχύσαρκων παιδιών έχει διπλασιαστεί αν όχι τριπλασιαστεί. Με άλλα λόγια το υπερβολικό βάρος είναι ένας αντιπροσωπευτικός δείκτης που αντανακλά

χρόνια υπερκατανάλωση τροφής. Παρόμοια δεδομένα έχουν βρεθεί και στην Αγγλία το 2009, με το 25% των ενηλίκων να είναι παχύσαρκοι. Παρά το γεγονός ότι το κάπνισμα τσιγάρων είναι λιγότερο συχνό παραμένει υπεύθυνο για τον μεγαλύτερο αριθμό θανάτων. Στις ΗΠΑ το 21% των ενήλικων καπνίζουν, το 20% των μαθητών του γυμνασίου, και το 6% των μαθητών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην Αγγλία. Όσο αφορά την επικράτηση της βαριάς χρήσης οινοπνεύματος, φαίνεται να είναι κάπως μεγαλύτερη στις ΗΠΑ από ότι στην Αγγλία. Επίσης έχει βρεθεί ότι οι έφηβοι χρησιμοποιούν το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά σε υψηλά ποσοστά, και είναι πιο πιθανό να κάνουν σεξ χωρίς προφυλάξεις υπό την επήρεια φαρμάκων ή αλκοόλ (Spring, Moller, & Coons, 2012).

1.3.2. Κάπνισμα

Μια ανθυγιεινή συμπεριφορά που μπορεί να προκαλέσει κίνδυνο στο άτομο είναι το κάπνισμα. Κατά τον Harisson (1986) το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, τη γέννηση ενός λιποβαρούς βρέφους και την καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου. Επίσης, ευθύνεται για την αύξηση του κινδύνου του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου και κακοήθειας στο νεογέννητο. Γενικότερα, έχει βρεθεί σύμφωνα με τον Tucker (1985) ότι οι καπνιστές είναι λιγότερο υγιείς σε σχέση με αυτούς που δεν καπνίζουν και διατρέχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες για κίνδυνο θανάτου (DiMatteo & Martin, 2011).

Σύμφωνα με έρευνες, ένα άτομο για να γίνει καπνιστής μπορεί να οφείλεται στο ότι τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειας του καπνίζει, οι γονείς δεν κατέχουν αρνητική στάση σε αυτό, κοντινά άτομα καπνίζουν, έχει έντονη κοινωνική ζωή, υφίσταται πίεση από την παρέα του για να αρχίσει αυτή την συμπεριφορά, έχει θετική γνώμη για αυτό και τέλος, πιστεύει πως δεν θίγεται η υγεία του. Ένας άλλος ρόλος εξίσου σημαντικός για να ξεκινήσει αυτή την συμπεριφορά το άτομο είναι το στρες. Το άτομο θεωρεί την χρήση του με αυτό ως τρόπος διαχείρισης του στρες που σιγά σιγά εξελίσσεται ως μια συνήθεια. Σημαντικό όμως ρόλο συντελεί και η νικοτίνη, η οποία βοηθά το άτομο στην ενδυνάμωση της μνήμης, της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής και της ευχαρίστησης (Καραδήμας, 2005).

Μια καθιερωμένη επίδραση στην συμπεριφορά του καπνίσματος είναι η ψυχολογική δυσφορία. Σύμφωνα με τους Chaiton και άλλους (2009), Kassel, Stroud, & Paronis (2003), και Morell & Cohen (2006) οι αρνητικές ψυχολογικές και συναισθηματικές καταστάσεις και τα υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας βρέθηκαν να σχετίζονται με τα υψηλότερα επίπεδα του καπνίσματος και την αυξημένη δυσκολία στη διακοπή του. Κατά τους Covey,

Glassman, & Stetner (1998), και McClave και άλλους (2009), τα ποσοστά της κατάθλιψης βρέθηκαν να είναι σημαντικά υψηλότερα σε καπνιστές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ενώ οι Zvolensky και Bernstein (2005) υποστήριξαν ενώσεις μεταξύ αγχώδους διαταραχής και καπνίσματος (όπως αναφέρεται στους Kiviniemi, Orom, & Giovino, 2011).

Μια μελέτη εξέτασε κατά πόσον η σχέση της ψυχολογικής δυσφορίας στην καπνιστική συμπεριφορά διαφέρει σε συνάρτηση με το φύλο και την εθνικότητα. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι ο μεταβολισμός της νικοτίνης διαφέρει σε συνάρτηση της φυλής. Για παράδειγμα ο μεταβολισμός στους μαύρους καπνιστές είναι πιο αργός σε σχέση με τους λευκούς. Αυτή η διαφορά στον μεταβολισμό σύμφωνα με τον Caraballo και άλλους (1998) οδηγεί σε διαφορές στο πόσα τσιγάρα καταναλώνουν. Δεδομένου ότι μια φυσιολογική επίδραση της νικοτίνης είναι η ενεργοποίηση της ντοπαμίνης, οι διαφορές στον μεταβολισμό της νικοτίνης μπορεί να επηρεάσει τις συναισθηματικές επιδράσεις από την κατανάλωση της νικοτίνης. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης το κάπνισμα μπορεί να αυξήσει τις αρνητικές επιπτώσεις και την ψυχολογική δυσφορία στο άτομο. Ως κίνητρο για την ρύθμιση των συναισθηματικών και ψυχολογικών καταστάσεων το οφείλουν στη στέρηση της νικοτίνης (όπως αναφέρεται στους Kiviniemi, Orom, & Giovino, 2011).

Μια επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία του ανθρώπου είναι η κοινωνικόοικονομική κατάσταση. Σύμφωνα με τα ευρήματα, στα χαμηλότερα κοινωνικόοικονομικά επίπεδα, οι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη τάση να καπνίζουν. Γενετικοί παράγοντες μπορεί επίσης να επηρεάσουν την καπνιστική συμπεριφορά. Σύμφωνα με μελέτες, δεν είναι μόνο ο εθισμός της νικοτίνης αλλά και συμπεριφορές που σχετίζονται με το κάπνισμα έχουν γενετική συνιστώσα. Παρόλα αυτά όμως οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορεί να έχουν μεγαλύτερες επιπτώσεις από ότι οι γενετικοί παράγοντες. Τα δεδομένα δείχνουν ότι ένα υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται με ένα κατώτερο ποσοστό του καπνίσματος (Kim et al., 2012).

1.3.3. Αλκοόλ

Κατά τους Finney και Moos (1991) η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει κίρρωση του ήπατος, αλκοολικό εμβρυικό σύνδρομο και αύξηση του κινδύνου για εμφάνιση κάποιων μορφών καρκίνου. Η πιο συχνή διαταραχή που εμφανίζεται στα άτομα με υπερβολική κατανάλωση είναι η αλκοολική τοξίκωση που χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, ευμετάβλητη διάθεση έκπτωση της κρίσης κ.α. δύο σημαντικότερες επιπλοκές της κατάχρησης είναι η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke και το

σύνδρομο Korsakoff. Σύμφωνα με το NCSH (1998) οι άνδρες αναφέρουν ότι καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ, τουλάχιστον τρεις φορές περισσότερο από ότι οι γυναίκες (DiMatteo & Martin, 2011).

Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες έδειξε ότι κατά την διάρκεια των τελευταίων 15 ετών, τα άτομα αυτά έκαναν χρήση του αλκοόλ ετησίως 90 – 92% και σε καθημερινή βάση μέχρι και 7%. Τα πιο συχνά προβλήματα που βρέθηκαν να συνδέονται με το αλκοόλ περιλαμβάνουν τις σωματικές βλάβες, τα ατυχήματα, νομικές δυσκολίες, βιασμό, σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους, απρογραμμάτιστη εγκυμοσύνη και κακή ακαδημαϊκή επίδοση. Οι παράγοντες κινδύνου από την χρήση στα άτομα αυτά περιλαμβάνουν την πρόωρη χρήση αλκοόλ, κακές σχέσεις με τους γονείς, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη κοινωνικής συμμόρφωσης, ψυχοπαθολογία και κακή ακαδημαϊκή επίδοση. Έτσι βλέπουμε ότι οι γνωστικοί καθώς και οι φαρμακολογικοί παράγοντες καθορίζουν τις συμπεριφορικές επιδράσεις του αλκοόλ (Werner, Walker, & Greene, 1993).

1.3.4. Η διατροφή και ο έλεγχος του βάρους

Η διατροφή καθώς και ο έλεγχος του βάρους είναι πολύ σημαντικά για το άτομο ώστε να υιοθετεί ένα υγιεινό τρόπο ζωής. Δυστυχώς όμως λόγο των λιγότερων υγιεινών τροφών που είναι σήμερα διαθέσιμα επειδή το άτομο τα βρίσκει λιγότερο νόστιμα και πιο ακριβά προωθείται το έτοιμο φαγητό το οποίο είναι και ανθυγιεινό για το άτομο. Επίσης συναφές είναι και ο έλεγχος του βάρους του ατόμου. Γενετικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αλλά και η υπερβολική κατανάλωση θερμίδων συντελούν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας (Καραδήμας, 2005). Η παχυσαρκία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα και έχει συσχετισθεί με προβλήματα όπως η υπέρταση, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο διαβήτης. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει στην Ευρώπη, Βρετανία και Αμερική, βρέθηκε ότι πάνω από τον μέσο όρο του πληθυσμού δεν τρώνε αρκετά φρούτα και λαχανικά και δεν έκαναν φυσική δραστηριότητα. Επίσης στην δυτική κοινωνία, έχουν καθοριστεί οι τάσεις της καθιστικής ζωής και οι συνήθειες της ανθυγιεινής διατροφής. Μια πρόσφατη μελέτη αποκάλυψε ότι τα άτομα που συμμετείχαν στη φυσική δραστηριότητα και ακολουθούσαν την σωστή διατροφή οδήγησαν σε σημαντική μείωση του κινδύνου χρόνιας ασθένειας σε σύγκριση με εκείνα τα άτομα που δεν έκαναν (Sweet & Fortier, 2010).

1.3.5. Σωματική δραστηριότητα

Η σωματική δραστηριότητα και άσκηση, όταν γίνονται τακτικά, τότε είναι ιδιαίτερα ευεργετικά για την υγεία, και για την σωματική και ψυχολογική ευεξία. Σύμφωνα με τον

Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα ποσοστά σωματικής αδράνειας θεωρούνται ως μια από τις κύριες αιτίες πρόωρου θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες και εμπλέκονται στην αιτιολογία πολλών χρόνιων ασθενειών όπως ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης και η παχυσαρκία. Αν και τα αποτελέσματα από την σωματική δραστηριότητα είναι πολύ γνωστά μόνο η μειοψηφία των ενηλίκων κάνουν σωματική άσκηση (Buchan et al., 2012). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2009, το 60% των ενηλίκων στην Ευρώπη δεν συμμετέχουν σε καμία σωματική άσκηση ή σπορ. Στις ΗΠΑ, λιγότερο από το 50% φαίνεται να είναι σωματικά δραστήριοι, ενώ στον Καναδά, πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι μόνο το 15% των ενηλίκων ανταποκρίνονται σε σωματικές δραστηριότητες. Τα ευρήματα από μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα δεν έχουν επαρκή κίνητρα για να συμμετέχουν σε μέτρια έντασης άσκηση που συνιστάται ανά βδομάδα. Παρόλα αυτά όμως, αν και μπορεί να μην ενδιαφέρονται αρκετά για την άσκηση, η αξία των αποτελεσμάτων είναι ένα σημαντικό κίνητρο για αυτούς ώστε να το θέσουν ως προτεραιότητα (Teixeira et al., 2012).

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα είχε ως σκοπό να μελετήσει τρεις μεταβλητές που αφορούν την υγεία του άτομου. Αρχικά εξέτασε το άγχος που έχουν τα άτομα σχετικά με την υγεία τους, ως δεύτερον τις αντιλήψεις για τον έλεγχο επί της υγείας και τέλος τις συμπεριφορές υγείας. Σκοπός της μελέτης ήταν να δείξει κατά πόσο το άγχος υγείας επηρεάζει τους ανθρώπους στην καθημερινότητα τους, ποιες είναι οι αντιλήψεις που έχουν τα άτομα για τον έλεγχο της υγείας τους, εάν δηλαδή θεωρούν ότι (α) η υγεία είναι προϊόν των προσωπικών τους αποφάσεων (β) ότι είναι θέμα τύχης ή (γ) αφορά τους ισχυρούς άλλους (οικογένεια, γιατρός). Τέλος, εξετάστηκαν οι συμπεριφορές υγείας που χρησιμοποιούν σήμερα τα άτομα και κατά πόσο επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την υγεία τους.

Υπόθεση 1η: Υποθέτουμε ότι το άγχος για την υγεία των ατόμων θα είναι ίδιο και για τους άνδρες και για τις γυναίκες.

Υπόθεση 2η: Υποθέτουμε ότι τα άτομα που έχουν έντονο άγχος για την υγεία τους θα ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με τις σωστές συμπεριφορές υγείας όπως π.χ., σωστή διατροφή, σωματική δραστηριότητα κ.α.

Υπόθεση 3η: Υποθέτουμε ότι τα άτομα που είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν θα έχουν περισσότερο άγχος για την υγεία τους σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν.

Υπόθεση 4η: Υποθέτουμε ότι τα άτομα που πιστεύουν ότι θα νοσήσουν με κάποια ασθένεια στο μέλλον θα έκαναν άσκηση και θα χρησιμοποιούσαν σωστά τις συμπεριφορές υγείας που θα βοηθούσαν στην προαγωγή της υγείας τους.

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν 100 φοιτητές (n=100) διάφορων ηλικιακών ομάδων από τους οποίους οι 14 ήταν άνδρες και οι 86 γυναίκες. Τα ποσοστά που αντιπροσώπευαν ήταν 14% και 86% αντίστοιχα. Το εύρος των ηλικιών τους κυμαίνεται από 18 έως 30 έτη. Το μορφωτικό επίπεδο όλων των συμμετεχόντων ήταν φοιτητές προπτυχιακού επιπέδου του Πανεπιστημίου Κρήτης. Επίσης, από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα μας οι 13 φαίνεται ότι έπασχαν ή πάσχουν από κάποια ασθένεια ενώ τα άτομα που δεν είχαν κάποια ασθένεια ήταν 87.

2.2. Εργαλεία

Αντιλήψεις που σχετίζονται με την υγεία

Το άγχος υγείας εκτιμήθηκε με την αντίστοιχη κλίμακα από το Multidimensional Health Questionnaire. Η κλίμακα αποτελείται από 5 στοιχεία (π.χ., αισθάνομαι άγχος όταν σκέφτομαι την υγεία μου; Cronbach a= .84). Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε μια 5-βάθμια κλίμακα του Likert που κυμαίνεται από το 1 ("καθόλου χαρακτηριστικό για εμένα") έως το 5 ("πολύ χαρακτηριστικό για εμένα").

Αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας

Οι αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας μετρήθηκαν με το Multidimensional Health Locus of Control Scale. Η κλίμακα αποτελείται από 18 αντικείμενα που προβλέπει μετρήσεις για 3 διαστάσεις των αντιλήψεων για τον έλεγχο της υγείας: την εσωτερική (6 στοιχεία π.χ., Έχω τον έλεγχο της υγείας μου; Cronbach α= .69), της τύχης (6 στοιχεία π.χ., Η καλή υγεία μου είναι σε μεγάλο βαθμό θέμα της καλής τύχης) και οι δυνατοί άλλοι (6 στοιχεία π.χ., επαγγελματίες της υγείας ελέγχουν την υγεία μου; Cronbach α= .60). Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε μια κλίμακα με 6-βάθμια κλίμακα του Likert που κυμαίνεται από το 1 ("διαφωνώ απόλυτα") έως το 6 ("συμφωνώ απόλυτα").

Συμπεριφορές υγείας - άσκηση

Οι συμπεριφορές υγείας που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο της έρευνας έγιναν βάση αυτοσχέδιας κλίμακας. Οι κλίμακες αυτές περιγράφουν το πόσες φορές γυμνάζονται τα

άτομα με μέτρια και έντονη άσκηση βάση 6 στοιχείων. Η πρώτη κλίμακα που αναφέρεται στην μέτρια άσκηση κυμαίνεται από το "ποτέ" μέχρι "5 φορές και περισσότερο την εβδομάδα" και η δεύτερη κλίμακα που αφορά την έντονη άσκηση κυμαίνεται από το "ποτέ" μέχρι "3 φορές ή περισσότερο την εβδομάδα".

Πεποιθήσεις για εμφάνιση ασθένειας

Οι πεποιθήσεις των ατόμων για την εμφάνιση κάποιας ασθένειας έγιναν αυτοσχέδια με βάση το ερωτηματολόγιο. Οι κλίμακες αυτές περιγράφουν 3 αντικείμενα: (α) τις πεποιθήσεις των ατόμων ότι θα νοσήσουν από κάποια μορφή καρκίνου ως την ηλικία των 60 ετών (β) ότι θα νοσήσουν από κάποια καρδιαγγειακή νόσο ως την ηλικία των 60 ετών, και (γ) ότι θα νοσήσουν από κάποια άλλη σοβαρή χρόνια ασθένεια ως την ηλικία των 60 ετών.

2.3. Διαδικασία

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χορήγηση 100 ερωτηματολογίων σε φοιτητές του Πανεπιστημίου Κρήτης. Αρχικά, έγινε μια ενημέρωση για το σκοπό που είχε η έρευνα αυτή, ότι δηλαδή είναι μια έρευνα που πραγματοποιείται στα πλαίσια της πτυχιακής μου εργασίας και εξετάζονται το άγχος που έχουν τα άτομα για την υγεία τους, τις αντιλήψεις που είχα για την υγεία τους (δηλαδή εάν θεωρούσαν ότι η δική τους συμπεριφορά θα καθορήσει την υγεία τους ή εάν πίστευαν ότι οφείλεται στους ισχυρούς άλλους όπως π.χ., η οικογένεια, γιατρός. Επίσης εξετάζονταν οι πεποιθήσεις που είχαν για την υγεία τους, κατά πόσο χρησιμοποιούσαν κάποιες συμπεριφορές υγείας, περιγράφονταν κάποιες καταστάσεις που αφορούσαν την υγεία και κάποιες αντίστοιχες σκέψεις και έπρεπε να καταγράψουν κατά πόσο σχετίζεται με αυτό που θα σκέφτονταν οι ίδιοι, και τέλος, παρατίθενται 3 ερωτήσεις γενικής κατανόησης κάποιων πληροφοριών και τους ζητούταν να απαντήσουν όσο πιο γρήγορα μπορούσαν. Επίσης έγινε σαφές ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και ότι όλες οι πληροφορίες θα ήταν εμπιστευτικές και ανώνυμες. Στο ερωτηματολόγιο αυτό έπρεπε να απαντήσουν και σε κάποια δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, κατά πόσο θεωρούσαν ότι η υγεία τους σήμερα είναι καλή σε μια κλίμακα από το 0 ως το 100. Επίσης, εάν έχουν τώρα κάποια ασθένεια, εάν αντιμετώπιζαν στο παρελθόν κάποια ασθένεια ή κάποια διαταραχή, πόσο πιθανό θεωρούσαν ότι θα νοσήσουν από κάποια μορφή καρκίνου μέχρι την ηλικία των 60 ετών, πόσο πιθανό θεωρούσαν ότι θα νοσήσουν από κάποια καρδιαγγειακή νόσο ως την ηλικία των 60 ετών και τέλος, πόσο πιθανό θεωρούσαν ότι θα νοσήσουν από κάποια άλλη σοβαρή ασθένεια ως την ηλικία των 60 ετών. Το ερωτηματολόγιο αυτό διαρκούσε περίπου 20

λεπτά. Καθ' όλη την διάρκεια των ερωτηματολογίων αν χρειαζόταν οποιαδήποτε βοήθεια, διευκρινήσεις, παραπάνω χρόνος ή διακοπή δινόταν.

3. ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήσαμε για να ελέγξουμε τις υποθέσεις και τα αποτελέσματα μας είναι το SPSS. Το στατιστικό κριτήριο που χρησιμοποιήθηκε είναι ο δείκτης συσχέτισης Pearson r, που είναι ο πιο διαδεδομένος παραμετρικός στατιστικός δείκτης προκειμένου να αξιολογηθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών (Κατσής, Σιδερίδης, & Εμβαλωτής, 2010). Επιπλέον, μας δίνει πληροφορίες για το είδος της συσχέτισης, δηλαδή για το κατά πόσο είναι θετική ή αρνητική. Τέλος, μας παρέχει και πληροφορίες για το βαθμό της συσχέτισης, δηλαδή εάν είναι υψηλή, μέτρια ή χαμηλή. Επίσης χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα, το οποίο ενδιαφέρεται να μελετήσει φαινόμενα που περιλαμβάνουν συγκρίσεις μεταξύ δύο ομάδων στις οποίες το κάθε στοιχείο συμμετέχει μόνο σε μία ομάδα (Ρούσσος και Τσαούσης, 2002).

Στην έρευνα μας συγκεκριμένα μελετήσαμε το άγχος που έχουν τα άτομα για την υγεία τους, τις αντιλήψεις που έχουν για τον έλεγχο της υγείας τους και τέλος τις συμπεριφορές υγείας, και πιο συγκεκριμένα την μέτρια και έντονη άσκηση. Όσο αφορά τον μέσο όρο που είχαν οι άνδρες σχετικά με το άγχος που είχαν για την υγεία τους ήταν 14,3 και στις γυναίκες 16,60 με τυπική απόκλιση 4,8 και 4,3 αντίστοιχα. Επίσης, ο μέσος όρος των ανδρών που πίστευαν ότι η δική τους συμπεριφορά επηρεάζει τον έλεγχο της υγείας τους είναι 26 και των γυναικών 26,60 με τυπική απόκλιση 4,7 και 3,5 αντίστοιχα. Οι άνδρες που θεωρούσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι θέμα τύχης έχουν μέσο όρο 15,57 και οι γυναίκες 16,7 με τυπική απόκλιση 3,7 και 4,6. Ο μέσος όρος των ανδρών και γυναικών που απάντησαν εάν κάνουν μέτρια άσκηση, κάτι που διαρκεί 30 λεπτά ή περισσότερο και τους κάνει να ιδρώνουν λίγο όπως για παράδειγμα το βάδισμα ήταν 3,8 και 4,23 αντίστοιχα με τυπική απόκλιση 1,47 και 1,35. Από την άλλη ο μέσος όρος των ανδρών και γυναικών που απάντησαν πόσο συχνά κάνουν έντονη άσκηση, δηλαδή κάτι που διαρκεί 20 λεπτά ή περισσότερο και τους κόβει την ανάσα όπως το τρέξιμο, ποδήλατο, γυμναστήριο, κάποιο άθλημα κλπ ήταν 3 και 3,2 αντίστοιχα, με 1,75 και 1,51 τυπική απόκλιση.

Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς το άγχος υγείας, τις αντιλήψεις ασθένειας (αυτό- αποτελεσματικότητα, πίστη στην τύχη) και κατά πόσο κάνουν μέτρια ή έντονη άσκηση

Στην έρευνα μας θέλαμε να δούμε τις διαφορές των δύο φύλων σχετικά με τις αντιλήψεις που έχουν τα άτομα για την υγεία τους, τις αντιλήψεις που έχουν για τον έλεγχο της υγείας τους και κατά πόσο κάνουν μέτρια ή έντονη άσκηση. Για αυτό το λόγο χρησιμοποιήσαμε το t-test, το οποίο είναι κριτήριο κατάλληλο όταν θέλουμε να υπολογίσουμε εάν υπάρχουν τυχόν διαφορές ανάμεσα σε δύο ομάδες (εδώ είναι τα δύο φύλα) (Ρούσσος & Τσαούσης, 2011). Τα ευρήματα έδειξαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες όσο αφορά το άγχος υγείας, τις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας τους που υποθέτουν ότι η κατάσταση της υγείας τους καθορίζεται από τους ίδιους, τις αντιλήψεις των ατόμων που θεωρούσαν ότι ο έλεγχος της υγείας τους είναι θέμα τύχης. Σχετικά με τις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας στα άτομα που πιστεύουν ότι η κατάσταση της υγείας τους αφορά τους δυνατούς άλλους όπως για παράδειγμα τον γιατρό και την οικογένεια, ο συντελεστής είναι 0,518. Το αποτέλεσμα αυτό είναι χαμηλό οπότε δεν το χρησιμοποιήσαμε στις αναλύσεις μας, και αυτό δείχνει ότι είναι ένας τύπος που χρειάζεται περεταίρω εξέταση. Τέλος, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες που κάνουν μέτρια και έντονη άσκηση.

Από τα αποτελέσματα λοιπόν φάνηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα όσο αφορά τις αντιλήψεις για το άγχος της υγείας τους: $t(98)= ,067$, $p> ,05$, όσο αφορά τις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας που θεωρούσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους καθορίζεται από τους ίδιους: $t(98)= , 583$, $p> ,05$, όσο αφορά τις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας τους που θεωρούσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι θέμα τύχης: $t(98)= ,393$, $p> ,05$, τα άτομα που έκανα μέτρια άσκηση: $t(98)= ,260$, $p> ,05$, και τέλος, τα άτομα που έκαναν έντονη άσκηση: $t(98)= ,641$, $p> ,05$.

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικότερα στον πίνακα 1.

Πίνακας 1

Αποτελέσματα της επίδρασης του φύλου ως προς το άγχος υγείας, τις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας και την άσκηση N=(98)

		M.O	T.A	t	p
Άγχος υγείας				-1,850	,067
	Άνδρες	14,28	4,82		
	Γυναίκες	16,60	4,27		
Αντιλήψεις ασθένειας-εσωτερικές				-,550	,583
	Άνδρες	26,00	4,73		
	Γυναίκες	26,59	3,56		
Αντιλήψεις ασθένειας-Θέμα τύχης				-,858	,393
	Άνδρες	15,57	3,69		
	Γυναίκες	16,68	4,62		
Μέτρια άσκηση				-1,132	,260
	Άνδρες	3,78	1,47		
	Γυναίκες	4,23	1,35		
Έντονη άσκηση				-,468	,641
	Άνδρες	3,00	1,75		
	Γυναίκες	3,20	1,51		

Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς τις πεποιθήσεις των ατόμων για την υγεία τους

Επιπρόσθετα, στην παρούσα έρευνα θέλαμε να δούμε τις διαφορές των δύο φύλων σχετικά με τις πεποιθήσεις τους για την υγεία τους. Για αυτό το λόγο χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό κριτήριο t-test. Τα ευρήματα έδειξαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες όσο αφορά τις πεποιθήσεις τους ότι θα νοσήσουν από κάποια μορφή καρκίνου μέχρι την ηλικία των 60 ετών, από κάποια καρδιαγγειακή νόσο μέχρι την ηλικία των 60 ετών ή από κάποια άλλη σοβαρή χρόνια ασθένεια. Από την σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ των δύο ομάδων, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι άνδρες είχαν σε μεγαλύτερο βαθμό πεποιθήσεις ότι θα νοσήσουν από κάποια μορφή καρκίνου (46,92 έναντι 39,63), από κάποια καρδιαγγειακή νόσο (47,69 έναντι 37,93) ή από κάποια άλλη σοβαρή χρόνια ασθένεια (45,30 έναντι 37,87) μέχρι την ηλικία των 60 ετών.

Συγκεκριμένα από τα αποτελέσματα λοιπόν φάνηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες όσο αφορά τις πεποιθήσεις τους ότι θα νοσήσουν από κάποια μορφή καρκίνου μέχρι την ηλικία των 60 ετών t (97)= ,255, $p>$,05, από κάποια καρδιαγγειακή νόσο μέχρι την ηλικία των 60 ετών t (97)= ,138, $p>$, 05, και τέλος, από κάποια άλλη σοβαρή χρόνια ασθένεια μέχρι την ηλικία των 60 ετών t (97)= ,238, $p>$,05.

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικότερα στον πίνακα 2.

Πίνακας 2

Αποτελέσματα της επίδρασης του φύλου ως προς τις πεποιθήσεις τους για την υγεία τους N=(97)

		M.O	T.A	t	p
Πεποιθήσεις για εμφάνιση κάποιας μορφής καρκίνου μέχρι την ηλικία των 60 ετών				1,144	,255
	Άνδρες	46,92	25,29		
	Γυναίκες	39,63	20,78		
Πεποιθήσεις για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου μέχρι την ηλικία των 60 ετών				1,497	,138
	Άνδρες	47,69	27,50		
	Γυναίκες	37,93	21,01		
Πεποιθήσεις για εμφάνιση κάποιας άλλης σοβαρής χρόνιας ασθένειας μέχρι την ηλικία των 60 ετών				1,187	,238
	Άνδρες	45,30	27,10		
	Γυναίκες	37,87	20,05		

Διαφορές μεταξύ των ατόμων που είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν ασθένεια, ως προς το άγχος υγείας, αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας (αυτό- αποτελεσματικότητα, πίστη στην τύχη) και κατά πόσο κάνουν μέτρια ή έντονη άσκηση

Επίσης, θέλαμε να ελέγξουμε τις διαφορές μεταξύ των ατόμων που είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν, με τα άτομα που δεν είχαν ως προς το άγχος υγείας, τις αντιλήψεις τους για τον έλεγχο της υγείας και την άσκηση. Έτσι, χρησιμοποιήσαμε το t-test, γιατί θέλαμε να ελέγξουμε αν υπάρχουν τυχόν διαφορές στις απόψεις των ατόμων σχετικά με αυτές τις μεταβλητές.

Από τα αποτελέσματα λοιπόν φάνηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις αντιλήψεις τους για το άγχος υγείας $t(69)= ,955$, $p> ,05$, τις αντιλήψεις τους για τον έλεγχο της υγείας τους που πίστευαν ότι η δική τους συμπεριφορά θα καθορίσει την υγεία τους: $t(69)= ,079$, $p> ,05$, την μέτρια άσκηση: $t(69)= ,393$, $p> ,05$, και την έντονη άσκηση: $t(69)= ,584$, $p> ,05$. Σχετικά όμως με τις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας που πίστευαν ότι είναι θέμα τύχης το εάν θα νοσήσουν ή όχι, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που είχαν ασθένεια στο παρελθόν και τα άτομα που δεν είχαν: $t(69)= ,048$, $p< ,05$.

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνονται πιο αναλυτικά στον πίνακα 3.

Πίνακας 3

Αποτελέσματα της επίδρασης των ατόμων με ασθένεια στο παρελθόν και των ατόμων χωρίς ασθένεια ως προς το άγχος υγείας, τις αντιλήψεις για την ασθένεια και την άσκηση (N=69)

	M.O	**T.A**	**t**	**p**
Άγχος υγείας			,057	,955
Ασθένεια στο παρελθόν	16,72	4,06		
Δεν υπήρχε ασθένεια	16,66	4,78		
Αντιλήψεις ασθένειας-εσωτερικές			1,783	,079
Ασθένεια στο παρελθόν	27,54	3,14		
Δεν υπήρχε ασθένεια	25,96	4,31		
Αντιλήψεις ασθένειας-Θέμα τύχης			-2,013	,048
Ασθένεια στο παρελθόν	15,40	4,67		
Δεν υπήρχε ασθένεια	17,55	3,79		
Μέτρια άσκηση			-,859	,393
Ασθένεια στο παρελθόν	4,11	1,46		
Δεν υπήρχε ασθένεια	4,40	1,27		
Έντονη άσκηση			-,550	,584
Ασθένεια στο παρελθόν	3,02	1,43		
Δεν υπήρχε ασθένεια	3,22	1,55		

Συσχέτιση ανάμεσα στην έντονη και μέτρια άσκηση και τις πεποιθήσεις των ατόμων για την υγεία τους

Στην συνέχεια χρησιμοποιήσαμε τον συντελεστή Pearson r γιατί θέλαμε να προσδιορίσουμε σε πιο βαθμό η μια μεταβλητή σχετίζεται με μια άλλη (Ρούσσος & Τσαούσης, 2011). Συγκεκριμένα θέλαμε συγκρίνουμε κατά πόσο τα άτομα που κάνουν μέτρια ή έντονη άσκηση θεωρούν ότι θα νοσήσουν μέχρι την ηλικία των 60 ετών.

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που έκανα μέτρια άσκηση δεν είχαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις σχετικά με τις πεποιθήσεις τους ότι θα νοσήσουν από καρκίνο μέχρι την ηλικία των 60 ετών r (99)= -,167, p>0.05, τις πεποιθήσεις τους ότι θα νοσήσουν από κάποια καρδιαγγειακή νόσο μέχρι την ηλικία των 60 ετών r (99) = -,219, p>0.05, τις πεποιθήσεις τους ότι θα νοσήσουν από κάποια άλλη σοβαρή ασθένεια μέχρι την ηλικία των 60 ετών r (99) = -,209, p>0.05.Επίσης, τα άτομα που έκαναν έντονη άσκηση έδειξαν να μην έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσο αφορά τις πεποιθήσεις τους ότι θα νοσήσουν από κάποια καρδιαγγειακή νόσο μέχρι την ηλικία των 60 ετών. Στατιστικά σημαντικές διαφορές όμως βρέθηκαν από τα άτομα που κάνουν έντονη άσκηση στις πεποιθήσεις τους ότι θα νοσήσουν από κάποια μορφή καρκίνου μέχρι την ηλικία των 60 ετών r (99) = -,112, p<0.05, και με τις πεποιθήσεις τους ότι θα νοσήσουν από κάποια άλλη σοβαρή ασθένεια μέχρι την ηλικία των 60 ετών r (99) = -,158, p<0.05.

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικότερα στον πίνακα 4.

Πίνακας 4

Δείκτης συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας (N=99)

		Μορφή καρκίνου	Καρδιαγγειακή νόσο	Άλλη χρόνια ασθένεια
Μέτρια άσκηση	Perason Correlation P	-,167 ,099	-,219* ,030	-,209* ,038
Έντονη άσκηση	Pearon Correlation P	-,112 ,271	-,191 ,059	-,158 ,118

*Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.05

Συσχέτιση ανάμεσα στην μέτρια και έντονη άσκηση με το άγχος υγείας και τις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας

Επίσης χρησιμοποιήσαμε τον συντελεστή Pearson r γιατί θέλαμε να συσχετίσουμε κατά πόσο τα άτομα που έχουν άγχος για την υγεία τους, τα άτομα που πιστεύουν ότι ο έλεγχος της υγείας τους είναι θέμα τύχης και τα άτομα που πιστεύουν ότι ο έλεγχος της υγείας τους οφείλεται στους ίδιους κάνουν μέτρια και έντονη άσκηση.

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που έκανα μέτρια άσκηση δεν είχαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις σχετικά με το άγχος για την υγεία τους *r* (100)= -,001, p> 0.01, και τις αντιλήψεις τους ότι ο έλεγχος της υγείας τους είναι θέμα τύχης *r* (100)= -,044, p> 0.01. Σχετικά όμως με τις αντιλήψεις τους ότι ο έλεγχος της υγείας τους αφορά τους ίδιους βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις *r* (100)= ,111, p< 0.01, Επίσης, τα άτομα που έκαναν έντονη άσκηση έδειξαν ότι έχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις όσο αφορά το άγχος υγείας r (100)= -,156, p< 0.01. Στατιστικά μη σημαντικές σχέσεις όμως βρέθηκαν στις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας που αφορά τους ίδιους r (100) = ,029, p> 0.01, και τις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας που πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι θέμα τύχης r (100) = ,079, p> 0.01.

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικότερα στον πίνακα 5.

Πίνακας 5

Δείκτης συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας (N=100)

		Άγχος υγείας	Αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας - εσωτερικές	Αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας - τύχη
Μέτρια άσκηση	Perason Correlation p	-,001 ,990	,111 ,270	-,044 ,662
Έντονη άσκηση	Pearon Correlation P	-,156 ,121	,029 ,771	,079 ,435

*Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο στόχος της συγκεκριμένης εργασίας ήταν να εξετάσει κατά πόσο τα άτομα έχουν άγχος για την κατάσταση της υγείας τους, τις αντιλήψεις τους για τον έλεγχο της υγείας τους, εάν κάνουν μέτρια και έντονη άσκηση και τις πεποιθήσεις τους σχετικά με το εάν θα αποκτήσουν κάποια ασθένεια στο μέλλον. Συγκεκριμένα θέλαμε να ελέγξουμε τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα σχετικά με το άγχος υγείας, τις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας αναφορικά με τις πεποιθήσεις τους ότι ευθύνονται οι ίδιοι για την κατάσταση της υγείας τους ή ότι είναι θέμα τύχης. Επιπλέον, τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα όσο αφορά τις πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με την υγεία τους. Επίσης, ελέγξαμε τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα άτομα που είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν και στα άτομα που δεν είχαν, με το άγχος υγείας τους, τις αντιλήψεις που έχουν για τον έλεγχο της υγεία τους (εάν δηλαδή πιστεύουν ότι ευθύνονται οι ίδιοι για το εάν θα νοσήσουν η όχι ή εάν είναι θέμα τύχης), και κατά πόσο κάνουν μέτρια ή έντονη άσκηση. Τέλος, θέλαμε να ελέγξουμε κατά πόσο τα άτομα σήμερα χρησιμοποιούν σωστές συμπεριφορές υγείας όπως για παράδειγμα η σωστή άσκηση, η διατροφή κτλ. Σε αυτό το τρίτο μέρος, συγκεκριμένα συσχετίσαμε την μέτρια και έντονη άσκηση με τις πεποιθήσεις των ατόμων που πιστεύουν ότι θα νοσήσουν είτε από κάποια ασθένεια του καρκίνου μέχρι την ηλικία των 60 ετών, είτε από κάποια καρδιαγγειακή νόσο, είτε από κάποια άλλη χρόνια ασθένεια. Τέλος, συχετίσαμε την μέτρια και έντονη άσκηση με το άγχος υγείας και τις αντιλήψεις ασθένειας.

Τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας μας είναι ότι το άγχος υγείας εμφανίζεται και στους άνδρες και στις γυναίκες με τον ίδιο περίπου βαθμό. Επιπλέον, βρέθηκε να αποτελεί σημαντικό ρόλο η αντίληψη για τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας του ατόμου που θεωρούν ότι η υγεία τους αφορά τους ίδιους. Αυτό τα εύρημα θεωρείται πολύ σημαντικό καθώς το κάθε άτομο μπορεί να προστατέψει την υγεία του χρησιμοποιώντας σωστές συμπεριφορές υγείας. Και τέλος, το ότι η έντονη άσκηση δείχνει να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με τις πεποιθήσεις των ατόμων ότι θα νοσήσουν από κάποια μορφή καρκίνου ή από κάποια άλλη σοβαρή ασθένεια. Σύμφωνα με αυτό, φαίνεται ότι τα άτομα που γυμνάζονται σε μεγάλο βαθμό, φοβούνται ότι θα νοσήσουν με κάποια ασθένεια στο μέλλον. Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα έχει τεράστια αξία καθώς πολλά από τα ευρήματα μας έρχονται σε συμφωνία με άλλες έρευνες. Θεωρώ ότι παίζει τεράστιο ρόλο στην κλινική πράξη καθώς μπορεί να κινητοποιήσει το κάθε άτομο ώστε να προλαμβάνει τον οποιονδήποτε κίνδυνο αφορά την υγεία του.

Όσο αφορά τα ευρήματα μας σχετικά με τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων βρέθηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με το άγχος υγείας. Αυτό το αποτέλεσμα μας δείχνει ότι τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες έχουν παρόμοιες αντιλήψεις για την υγεία τους. Τα ευρήματα μας έρχονται σε συμφωνία με την βιβλιογραφία καθώς πολλές έρευνες υποστήριξαν ότι, σοβαρή και επίπονη ανησυχία για την υγεία φαίνεται να επηρεάζει τους άνδρες και τις γυναίκες εξίσου (Koszegi, 2003). Επίσης, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με την αντίληψη για τον έλεγχο της υγείας ανάμεσα στα δύο φύλα. Αυτό το εύρημα φαίνεται να επαληθεύεται και από άλλες έρευνες οι οποίες έχουν δείξει παρόμοια αποτελέσματα.

Αν και στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες όσο αφορά τις αντιλήψεις τους για τον έλεγχο της υγείας, παρόλα αυτά σε αναλυτική επισκόπηση της βιβλιογραφίας παρατηρούμε ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γυναικών εξαρτιόνταν περισσότερο από την ανταμοιβή, και επίσης βρέθηκε να είναι πιο προσαρμόσιμα από τους άνδρες, ενώ οι άνδρες βρέθηκε να είναι πιο αισιόδοξοι για την υγεία τους σε σχέση με τις γυναίκες (Tigani et al., 2011). Συνεπώς, είναι σημαντικό σε μελλοντική έρευνα να ανιχνευθούν οι διαφορές αυτές στις οποίες ασκείται τόσο σημαντική επίδραση.

Σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας βρέθηκε επίσης ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες. Επίσης από τα αποτελέσματα άλλων ερευνών προκύπτει ότι οι γυναίκες ασχολούνται σε μεγαλύτερο βαθμό με θέματα υγείας από ότι οι άνδρες και κατά συνέπεια υπάρχει περισσότερη κινητοποίηση από τον γυναικείο πληθυσμό. Με βάση την συγκεκριμένη έρευνα αλλά και βάση άλλων ερευνών βρέθηκε λίγο μεγαλύτερη επίδραση στις γυναίκες, οι οποίες φαίνεται ότι παρουσιάζουν λίγο περισσότερο άγχος για την υγεία τους σε σχέση με τους άνδρες, τις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας τους, καθώς και τις συμπεριφορές υγείας.

Στην έρευνα μας επίσης ελέγξαμε κατά πόσο οι πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με την υγεία τους διαφέρουν ανάμεσα στα δύο φύλα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες. Από την σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ των δύο ομάδων, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι άνδρες είχαν σε μεγαλύτερο βαθμό πεποιθήσεις ότι θα νοσήσουν από κάποια μορφή καρκίνου, από κάποια καρδιαγγειακή νόσο ή από κάποια άλλη σοβαρή χρόνια ασθένεια μέχρι την ηλικία των 60 ετών. Αυτά τα ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με στατιστικά δεδομένα τα οποία δείχνουν ότι οι άνδρες χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό λανθασμένες

συμπεριφορές υγείας από ότι οι γυναίκες, και κατά συνέπεια οι περισσότερες ασθένειες να εμφανίζονται στους άνδρες (DiMatteo & Martin, 2011).

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι θα πρέπει να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση του ανδρικού πληθυσμού αλλά και του γυναικείου καθώς τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι και τα δύο φύλα δεν ασχολούνται σε επαρκή βαθμό με τις σωστές συμπεριφορές υγείας. Για αυτό τον λόγο είναι αναγκαία η αναγνώριση της σοβαρότητας των αρνητικών συνεπειών έτσι ώστε να προλαμβάνετε οποιοσδήποτε κίνδυνος αφορά την υγεία του ατόμου. Τα ευρήματα μας έρχονται σε συμφωνία με τις υποθέσεις της έρευνας μας καθώς όλοι οι άνθρωποι ανεξαιρέτως φύλου αισθάνονται άγχος για την υγεία τους, έχουν αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας τους και χρησιμοποιούν με τον ίδιο περίπου βαθμό τις συμπεριφορές υγείας. Αυτό το αποτέλεσμα πιθανώς να προέκυψε για τον λόγο ότι το περιβάλλον επιδρά σε μεγάλο βαθμό στο άτομο και δεν παίζει ρόλο το φύλο, αλλά ο τρόπος με τον οποίο ζει και μεγαλώνει το άτομο μέσα στο περιβάλλον. Έτσι, τα αποτελέσματα αυτά έχουν τεράστια αξία και θα πρέπει να διερευνώνται συνεχώς.

Από την άλλη, οι αναλύσεις σχετικά με τα άτομα που είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν και τα άτομα που δεν είχαν, έδειξαν ότι τα άτομα που είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν αντιλαμβάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό την σοβαρότητα που έχει η συμπεριφορά του ατόμου στην εμφάνιση η όχι μιας ασθένειας σε αντίθεση με τα άτομα που δεν είχαν κάποια ασθένεια. Αυτό το συμπέρασμα επαληθεύεται με τα ευρήματα ερευνών στα οποία υποστηρίζεται ότι οι γενικές πεποιθήσεις και η γενική αυτό-αποτελεσματικότητα είναι ιδιαίτερα χρήσιμες εάν αντικατοπτρίζουν τις διαφορές στην προσωπικότητα του ατόμου (Urbig & Monsen, 2012).

Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι τα άτομα που είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν είχαν περισσότερο άγχος υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν (16,72 έναντι 16,66). Επίσης, σχετικά με τις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας στα άτομα που πίστευαν ότι η δική τους συμπεριφορά θα καθορίσει την υγεία τους, φάνηκε ότι τα άτομα που είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν θεωρούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν κάποια ασθένεια, ότι η δική τους συμπεριφορά θα καθορίσει την υγεία τους. Στις αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας, στα άτομα που θεωρούσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι θέμα τύχης, βρέθηκε ότι τα άτομα που δεν είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν πίστευαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι θέμα τύχης (17,55 έναντι 15,40). Αναφορικά με τα άτομα που δεν είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν βρέθηκε ότι ασχολούνταν περισσότερο με την μέτρια άσκηση σε σχέση με τα άτομα που είχαν κάποια

ασθένεια (4,40 έναντι 4,11). Τέλος, παρόμοια αποτελέσματα φάνηκαν στα άτομα που έκαναν έντονη άσκηση καθώς βρέθηκε ότι τα άτομα που δεν είχαν κάποια ασθένεια στο παρελθόν έκαναν περισσότερο έντονη άσκηση σε σχέση με τα άτομα που είχαν κάποια ασθένεια.

Επιπρόσθετα, σχετικά με την συσχέτιση της μέτριας και έντονης άσκησης και τις πεποιθήσεις των ατόμων εάν θα αποκτήσουν κάποια ασθένεια στο μέλλον τα ευρήματα μας δείχνουν ότι τα περισσότερα άτομα δεν ασχολούνται με την σωματική δραστηριότητα για την προαγωγή της υγείας τους, αλλά και οι πεποιθήσεις τους σχετικά με το εάν θα αποκτήσουν κάποια ασθένεια στο μέλλον, δείχνει ότι τα άτομα αυτά δεν γνωρίζουν την σοβαρότητα που μπορεί να προκαλέσουν οι λανθασμένες συμπεριφορές προς το άτομο. Η πρόληψη αποτελεί εξαιρετικά σημαντική για τον καθένα ώστε να αναπτύξει συγκεκριμένες ενέργειες με στόχο την αποφυγή έκθεσης του ατόμου σε παράγοντες επικινδυνότητας, στη διάγνωση των ασθενειών που βρίσκονται στο αρχικό στάδιο ώστε να γίνει η καλύτερα δυνατή αντιμετώπιση και τέλος, να στοχεύει στην μείωση των επιπτώσεων μιας ασθένειας για τον ίδιο αλλά και για τα άτομα που βρίσκονται γύρω του, στην αποκατάσταση της υγείας τους και στην διατήρηση της ποιότητας ζωής τους. Κατά τον Marks και άλλους (2000) για την προαγωγή της υγείας του ατόμου, το άτομο πρέπει να παρεμβαίνει σε επίπεδο συμπεριφοράς μέσω αλλαγών στις γνωστικές δομές, στην ενδυνάμωση του, που στόχο έχει την ενίσχυση του ώστε να μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις που προάγουν την υγεία του και τέλος, στις συλλογικές δράσεις που βελτιώνουν την υγεία του ατόμου μεταβάλλοντας τα κοινωνικό-οικονομικά και περιβαλλοντικά αίτια της ασθένειας (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005).

Σχετικά με τις συσχετίσεις του άγχους υγείας και της αντίληψης για τον έλεγχο της υγείας με την μέτρια και έντονη άσκηση έδειξαν να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στα άτομα που κάνουν έντονη άσκηση και έχουν περισσότερο άγχος για την υγεία τους και τα άτομα που έχουν αντιλήψεις ότι ο έλεγχος της υγείας τους οφείλεται στους ίδιους και έκαναν μέτρια άσκηση. Πιθανώς αυτά τα ευρήματα βρέθηκαν γιατί τα άτομα που έχουν έντονο άγχος για την υγεία τους ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με τις συμπεριφορές υγείας έτσι ώστε να λιγοστέψουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας ασθένειας. Σχετικά με τα ευρήματα που έδειξαν ότι τα άτομα που πιστεύουν ότι ο έλεγχος της υγείας τους καθορίζεται από τους ίδιους και έκαναν μέτρια άσκηση πιστεύω πως αυτό εμφανίζεται γιατί τα άτομα έχουν μεγαλύτερο βαθμό αυτοπεποίθησης και λιγότερο άγχος, και για αυτό τον λόγο δεν ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με την άσκηση. Τα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τις υποθέσεις της έρευνας μας καθώς υποθέσαμε ότι τα άτομα που έχουν άγχος για την υγεία τους θα ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με τις σωστές συμπεριφορές υγείας.

Η παρούσα έρευνα είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι έχει ορισμένους περιορισμούς. Ο πρώτος περιορισμός είναι ότι η έρευνα βασίζεται μόνο στα ερωτηματολόγια που απάντησαν οι ασθενείς, δηλαδή πληροφορίες από αυτοαναφορές και όχι από άλλες πηγές, που σημαίνει ότι τα αποτελέσματα ίσως να μην είναι αντικειμενικά και να μην αντιπροσωπεύουν την πραγματική κατάσταση. Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός είναι ότι το δείγμα μας είναι μικρό και κατά συνέπεια, δεν είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού, και έτσι δεν μπορούμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα μας. Τέλος, ένας ακόμα περιορισμός είναι ότι το δείγμα μας πραγματοποιήθηκε μόνο σε φοιτητές.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να επαναλάβουν την έρευνα αυτή και σε άλλες ηλικιακές ομάδες έτσι ώστε να επαληθεύσουμε τα ευρήματα μας. Αυτό αποτελεί εξαιρετικά σημαντικό καθώς τα ευρήματα μας υποστηρίζουν ότι οι πεποιθήσεις σχετικά με τον προσωπικό έλεγχο της ζωής είναι γνωστό ότι διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία (Wolinsky et al., 2009). Επίσης, θα πρέπει να γίνει περαιτέρω μελέτη για τις αντιλήψεις του ελέγχου της υγείας του ατόμου που υποστηρίζουν ότι η υγεία μας αφορά τους δυνατούς άλλους (οικογένεια, γιατρός) καθώς δεν είχαμε αξιοπιστία στην ανάλυση μας, και κατά συνέπεια δεν χρησιμοποιήσαμε αυτές τις μεταβλητές. Επιπρόσθετα, θα έπρεπε να γίνουν περισσότερες έρευνες που να δείχνουν τους λόγους που τα άτομα σήμερα χρησιμοποιούν περισσότερο λανθασμένες συμπεριφορές σε σχέση με τις συμπεριφορές που προάγουν την υγεία και να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ της άσκησης με τις πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με την υγεία τους. Θα ήταν εξίσου σημαντικό να γίνουν συσχετίσεις με όλες τις συμπεριφορές που προκαλούν κίνδυνο στο άτομο, αλλά και που προάγουν την υγεία του, με τις πεποιθήσεις των ατόμων, για να διερευνηθούν περαιτέρω οι λόγοι που τα περισσότερα άτομα σήμερα δεν χρησιμοποιούν σωστά τις συμπεριφορές υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

DiMatteo, M. R., & Martin, L. R. (2011). *Εισαγωγή στην ψυχολογία υγείας.* Αθήνα, εκδόσεις Πεδίο.

Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: θεωρία και κλινική πράξη.* Αθήνα, τυπωθήτω – Γιώργος Δάρδανος.

Κατσής, Α., Σιδερίδης, Γ. & Εμβαλώτης, Α. (2010). *Στατιστικές Μέθοδοι στις Κοινωνικες Επιστήμες.* Αθήνα: Πεδίο.

Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2010). *Ψυχοπαθολογία.* Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg.

Ρούσσος, Π.Λ. & Τσαούσης, Γ. (2002). Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες (β' αναθεωρ. Εκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Heatlh anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior therapy, 38*(1), 86-94.

Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Jones, S. L., & Sharpe, D. (2013). The short health anxiety inventory: a systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders, 27*(1), 68-78.

Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Carleton, R., Weeks, J. W., & Hadjistavropoulos, H. D. (2012). Should health anxiety be carved at the joint? A look at the health anxiety construct using factor mixture modeling in a non-clinical sample. *Journal of anxiety disorders, 26*(1), 246-251. doi:10.1016/j.janxdis.2011.11.009

Buchan, D. S., Ollis, S., Thomas, N. E., & Baker, J. S. (2012). Physical activity behaviour: an overview of current and emergent theoretical practices. *Journal of obesity, 2012*. doi:10.1155/2012/546459

Conroy, R. M., Smyth, O., Siriwardena, R., & Fernandes, P. (1999). Health anxiety and characteristics of self-initiated general practitioner consultations. *Journal of psychosomatic research, 46*(1), 45-50.

Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Vista, O. D., Arpone, F., & Reda, M. A. (2010). Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical practice & epidemiology mental health, 6*, 25-29.

Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry, 6*(6), 240-246.

Debnam, K., Holt, C. L., Clark, E. M., Roth, D. L., Foushee, H. R., Crowther, M., Fouad, M., & Southward, P. L. (2012). Spiritual health locus of control and health behaviors in African Americans. *Am J Health Behavior, 36*(3), 360-372. doi:10.5993/AJHB.36.3.7

Free, C., Phillips, G., Galli, L., Watson, L., Felix, L., Edwards, P., Patel, V., & Haines, A. (2013). The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. *Public library of science medicine, 10*(1). doi: 10.1371/journal.pmed.1001362

Jasper, F., &Witthoft, M. (2011). Health anxiety and attentional bias: The time course of vigilance and avoidance in light of pictorial illness information. *Journal of anxiety disorders, 25*(8), 1131-1138. doi:10.1016/j.janxdis.2011.08.004

Jepson, R. G., Harris, F. M., Platt, S., & Tannahill, C. (2010). The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC public health, 10,* 538-554. doi:10.1186/1471-2458-10-538

Kallivayalil, R. A., & Punnoose, V. P. (2010). Understanding and managing somatoform disorders: Making sense of non-sense. *Indian journal of psychiatry, 52*(1), S240-S245. doi: 10.4103/0019-5545.69239

Kim, Y. S., Ko, H., Yoon, C., Lee, D. H., & Sung, J. Social determinants of smoking behavior: the healthy twin study, Korea. *Journal of preventine medicine and public health, 45*(1), 29-36.

Kiviniemi, M. T., Orom, H., & Giovino, G. A. (2011). Psychological distress and smoking behavior: the nature of the relation differs by race/ethnicity. *Nicotine & tobacco research, 13*(2), 113-119. doi: 10.1093/ntr/ntq218

Kong,Y., & Shen, F. (2011). Impact of locus of control on health message effectiveness. *Health marketing quarterly, 28*(4), 354-371. DOI: 10.1080/07359683.2011.623114

Koszegi, B. (2003). Health anxiety and patient behavior. *Journal of health economics, 22*(6), 1073-2084. doi:10.1016/j.jhealeco.2003.06.002

Lippke, S., Nigg, C. R., & Maddock, J. E. (2012). Health-promoting and health risk-behaviors: theory-driven analyses of multiple health behavior change in three international samples. *International journal of behavioral medicine, 19*(1), 1-13. doi: 10.1007/s12529-010-9135-4

Moitra, E., Dyck, I., Beard, C., Bjornsson, A. S., Sibrava, N. J., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2012). Impact of stressful life events on the course of panic disorder in adults. *J. Affect. Disord, 134*(1-3), 373-376. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.029

Mosh`ki, M., & Ashtarian, H. (2010). Perceived health locus of control, self-esteem, and its relations to psychological well-being status in Iranian students. *Iranian Journal of Public Health, 39*(4), 70-77.

Otowa, T., Kawamura, Y., Nishida, N., Sugaya, N., Koike, A., Yoshida, E., Inoue, K., Yasuda, S., Nishimura, Y., Liu, X., Konishi, Y., Nishimura, F., Shimada, T., Kuwabara, H., Tochigi, M., Kakiuchi, C., Umekage, T., Miyagawa, T., Miyashita, A., Shimizu, E., Akiyoshi, J., Someya, T., Kato, T., Yoshikawa, T., Kuwano, R., Kasai, K., Kato, N., Kaiya, H., Tokunaga, K., Okazaki, Y., Tanii, H., &Sasaki, T. (2012). Meta-analysis of genome-wide association studies for panic disorder in the Japanese population. *Trans Psychiatry, 2,* 186-194. doi:10.1038/tp.2012.89

Puri, P. R., & Dimsdale, J. E. (2012). Healthcare utilization and poor reassurance: potentional predictors of somatoform disorders. *The psychiatric clinic of north America, 34*(3), 525-544. doi: 10.1016/j.psc.2011.05.011

Hadjistavropoulos, H. D., Hadjistavropoulos, T., & Quine, A. (2000). Health anxiety moderates the effects of distraction versus attention to pain. *Behaviour research and therapy, 38*(5), 425-438.

Haftgoli, N., Favrat, B., Verdon, F., Vaucher, P., Bischoff, T., Burnand, B., & Herzig, L. (2010). Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC Family Practice, 11,* 67-75. doi:10.1186/1471-2296-11-67

Hu, D.,Taylor, T., Blow, J., & Cooper, T. V. (2012). Multiple health behaviors: patterns and correlates of diet and exercise in a Hispanic college sample. *Eating behaviors, 12*(4), 296-301. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.07.009

Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour research and therapy, 50*(7-8), 502-512. doi:10.1016/j.brat.2012.05.001

Snell, W. E., & Johnson, G. (1997). The Multidimensional Health Questionnaire. *American Journal of Health Behavior, 21,* 33-42.

Spring, B., Moller, A. C., & Coons, M. J. (2012). Multible health behaviours: overview and implications. *Journal of public health, 34*(S1), i3-i10. doi:10.1093/pubmed/fdr111

Sweet, S. N., & Fortier, M. S. (2010). Improving physical activity and dietary behaviours with single or multiple health behaviour interventions? A synthesis of meta-analyses and reviews. *International journal of environmental research and public health, 7*(4), 1720-1743. doi: 10.3390/ijerph7041720

Teixeira, P. J., Carraca, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *International journal of behavioral nutrition and physical activity, 9,* 78-108. doi:10.1186/1479-5868-9-78

Urbig, D., & Monsen, E. (2012). The structure of optimism: controllability affects the extent to which efficacy beliefs shape outcome expectancies. *Journal of economic psychology, 33*(4), 854-867.

Tigani, X., Artemiadis, A. K., Alexopoulos, E. C., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2011). Gender differences in Greek centenarians. A cross-sectional nation-wide study, examining multiple socio-demographic and personality factors and health locus of control. *BMC Geriatrics, 11*(87). doi:10.1186/1471-2318-11-87

Helmer, S. M., Kramer, A., & Mikolajczyk, R. T. (2012). Heallth-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Research notes, 5,* 703-711. doi:10.1186/1756-0500-5-703

Wallston, K. A., Wallston, B. S., & Devellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs, 6,* 161-170.

Warwick, H. M. C. (1995). Assessment of Hypochondriasis. *Behaviour Research and therapy, 33*(7), 845-853.

Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and therapy, 28*(2), 105-117.

Werner, M. J., Walker, L. S., & Greene, J. W. (1993). Alcohol expectancies, problem drinking, and adverse health consequences. *Journal of adolescent health, 14*(6), 446-452.

Wolinsky, F. D., Vander Weg, M. W., Martin, R., Unverzagt, F. W., Willis, S. L., Marsiske, M., Rebok, G. W., Morris, J. N., Ball, K. K., & Tennstedt, S. L. (2009). Does cognitive training improve internal locus of control among older adults?. *Journal of Gerontology: social sciences, 65B*(5), 591-598. doi:10.1093/geronb/gbp117