

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ
ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΧΡΥΣΤΑΛΛΑ (Α.Μ: 2689)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2013-14

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
1.1. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	4
1.1.1. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ	4
1.1.2. ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	7
1.1.3. ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ Ή ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	15
1.2. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	18
1.2.1. ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ	18
1.3. ΕΡΕΥΝΑ	24
1.3.1. ΒΑΣΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	24
Β. ΜΕΘΟΔΟΣ	25
2.1. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	25
2.2. ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	25
2.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	26
Γ. ΕΥΡΗΜΑΤΑ	28
Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	35
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	39
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	49

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας εκπονήθηκε η παρούσα ερευνητική εργασία η οποία είχε ως σκοπό να ανιχνεύσει την σχέση μεταξύ της αντίληψης των συμπτωμάτων και τον τρόπο αντίδρασης των ατόμων, δηλαδή από την στιγμή που ανιχνεύσουν τα σωματικά συμπτώματα θα προσπαθήσουν να αναζητήσουν βοήθεια από κάποιο ειδικό ή θα το αγνοήσουν. Επίσης, η συγκεκριμένη εργασία εξετάζει τις πιθανές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, καθώς και τις πιθανές διαφορές που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στον «εαυτό» και τον «άλλο». Την διαφορά που ενδεχομένως μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στην αντίληψη των συμπτωμάτων σε ένα άντρα ή μια γυναίκα και στον ίδιο μας τον εαυτό ή κάποιο άλλο. Επιπλέον, ελέγχει την πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος υγείας και την αντίληψη των συμπτωμάτων.

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει μια γενική ανασκόπηση παλαιότερων ερευνών σχετικά με την αντίληψη των συμπτωμάτων και την σχέση της με το άγχος υγείας, με σκοπό να διερευνήσει τα σχετικά αποτελέσματα και να είναι σε θέση να τα συνδυάσει με τα εν λόγω ευρήματα. Επιλέχθηκαν τα κυριότερα σημεία τα οποία σχετίζονται με την αντίληψη των συμπτωμάτων για να επισημανθούν, βάση βιβλιογραφίας, οι κυριότεροι προβλεπτικοί παράγοντες που σχετίζονται με αυτό το θέμα. Επιπρόσθετα το εισαγωγικό μέρος περιέχει και τις σημαντικότερες υποθέσεις της συγκεκριμένης έρευνας, με σκοπό να γίνουν ξεκάθαροι οι στόχοι της προτεινόμενης μελέτης.

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται ξεκάθαρα στον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας. Σε αυτό το σημείο επισημαίνονται οι σημαντικότερες διαδικασίες και λεπτομέρειες που ήταν απαραίτητες να αναφερθούν, για να μπορεί κάθε αναγνώστης να κατανοήσει εύκολα τον τρόπο συλλογής των δεδομένων. Επιπλέον ένα μεγάλο μέρος της μελέτης εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο αναλύθηκαν τα αποτελέσματα, όπως επίσης γίνεται αναφορά στις διαφορές και τις συσχετίσεις που αποκαλύφθηκαν, αυτό ανήκει στο τρίτο μέρος.

Εν κατακλείδι, στο τελευταίο κεφάλαιο ερμηνεύονται τα αποτελέσματα της προτεινόμενης μελέτης για να συγκριθούν με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών, με σκοπό να επισημανθούν τυχόν διαφορές ή ομοιότητες που προκύπτουν.

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

1.1.1. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ

Αρχικά πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να προσδιορίσουν την έννοια της υγείας, είτε αυτή είναι σωματική, είτε ψυχική. Ακόμη εμείς οι ίδιοι προσπαθούμε να ξεχωρίσουμε την υγεία με την κακή υγεία προκειμένου να αποφεύγουμε αυτά που μας βλάπτουν. Συχνά με τον όρο υγεία αναφερόμαστε στην απουσία συμπτωμάτων, δυσφορίας ή πόνου, όταν αυτά μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη κάποιας ασθένειας ή άλλου προβλήματος υγείας. Σύμφωνα με τον Herzlich (1973) η υγεία αποτελεί μια κατάσταση αρμονίας ή ισορροπίας με στατιστικά όπως: η οργανική και η ψυχολογική ευεξία, η ελευθερία κινήσεων, οι καλές σχέσεις με τους άλλους κ.λπ. (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) το 1948 όρισε την υγεία ως την *«κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»* (όπως αναφέρεται στον Καραδήμα, 2005). Αυτός ο ορισμός χρησιμοποιείται συχνά γιατί έγινε ευρύτερα αποδεκτός μιας και συμπεριλαμβάνει την προαγωγή και την διατήρηση της υγείας. Μπορεί να είναι ένας ορισμός που είναι διαδεδομένος αλλά δεν είναι ο μοναδικός.

Από την άλλη τι είναι αυτό που ορίζουμε ψυχική υγεία και τι είναι αυτό που την κάνει να διαφέρει από την σωματική υγεία; Με τον όρο αυτό εννοούμε την διατήρηση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο είναι απόλυτα εξοικειωμένο στο να εκφραστεί, να εργαστεί και να χαρεί με αυτά που έχει επιδιώξει να πετύχει μέχρι στιγμής. Αποτελεί μέρος της γενικής υγείας του ατόμου και αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως είναι η φυσική, ψυχική καθώς και η κοινωνική του κατάσταση. Το άτομο καθημερινά έρχεται αντιμέτωπο με μια σειρά παραγόντων που μπορεί να βλάψουν την υγεία του και το ίδιο το άτομο για να χαρακτηριστεί ως ψυχικά υγιές θα πρέπει να διαθέτει την ικανότητα απόλαυσης της ζωής και αντιμετώπισης των καθημερινών προκλήσεων (Καραδήμας, 2005). Σύμφωνα με τα λεγόμενα των Yartz, Zvolensky, Gregor, Feldner και Leen-Feldner (2005) αντίληψη για την υγεία ορίζεται ως η

πεποίθηση σχετικά με την κατάσταση υγείας ενός ατόμου και αποτελεί σημαντικό παράγοντα της φυσικής λειτουργίας για την υγεία.

Κάποιοι άνθρωποι θεωρούν πως η υγεία τους εξαρτάται από τον δικό τους προσωπικό έλεγχο και τις δικές τους αποφάσεις σε σύγκριση με κάποιους άλλους που αντιλαμβάνονται την υγεία ως τυχαίο παράγοντα. Έτσι τα άτομα που αντιλαμβάνονται την υγεία ως κάτι που καθορίζεται από τους ίδιους είναι πολύ πιο πιθανόν να ακολουθούν σωστές συμπεριφορές υγείας όπως για παράδειγμα είναι η υγιεινή διατροφή και η διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης (Helmer, Kramer, & Mikolajczyk, 2012). Μπορεί κάποιοι να αντιλαμβάνονται την υγεία ως μια πηγή εσωτερικού ή εξωτερικού ελέγχου, δηλαδή αποτέλεσμα της προσωπικότητας ή της τύχης αντίστοιχα, αλλά ο έλεγχος που προέρχεται από τους σημαντικούς άλλους μπορεί να διαφοροποιήσει το επίπεδο υγείας των ατόμων.

Εν τούτοις υπάρχουν μια σειρά άλλων παραγόντων που μπορούν να αλλάξουν τις αντιλήψεις των ατόμων για την υγεία. Οι Zvolensky και συν. (2006) βρήκαν πως η γνώση και η ενσυναίσθηση αποτελούν σημαντικοί παράγοντες της καλύτερης κατανόησης της φυσικής διεργασίας της υγείας. Η έρευνα διαπιστώνει πως τα υψηλά επίπεδα γνώσης και ενσυναίσθησης ακολουθούν μια θετική συσχέτιση με τις αξιολογήσεις της κατάστασης της υγείας. Ο Karademas (2009) παρατήρησε πως όταν τα άτομα εκτίθενται στο πόνο των άλλων μπορεί να αλλάξουν τις αντιλήψεις τους για την υγεία. Συγκεκριμένα η ομάδα ελέγχου είδε μια σειρά από εικόνες που απεικόνιζαν την ανθρώπινη χαλάρωση και ηρεμία, σε αντιπαράθεση με την πειραματική ομάδα που είδε φωτογραφίες που απεικόνιζαν τον ανθρώπινο πόνο. Όταν τα άτομα εκτίθενται σε ερεθίσματα που τους προκαλούν πόνο καταρρακώνονται κι αυτό αλλοιώνει την αντίληψη τους για την υγεία.

Το ίδιο συμβαίνει όταν τα αρνητικά συναισθήματα συνδέονται με την βλάβη της υποκειμενικής υγείας, τα οποία σχετίζονται με τις φυσιολογικές διαδικασίες, την νευρολογική λειτουργία, την αντίληψη των συμπτωμάτων και τις συμπεριφορές υγείας (Croyle & Urtecky, 1987 όπως αναφέρεται στους Karademas, Tsalikou & Tallarou, 2011). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι αρνητικές αξιολογήσεις για την υποκειμενική υγεία σχετίζονται με τα αρνητικά συναισθήματα, με περισσότερη καταπίεση των

συναισθημάτων και περισσότερη χρήση των στρατηγικών «περιορισμού» (Karademas, Tsalikou & Tallarou, 2011). Τα αρνητικά συναισθήματα σχετίζονται με στρατηγικές αντιμετώπισης που χαρακτηρίζονται ως παρηγορητικές. Έτσι ασθενείς με αρνητικά συναισθήματα για να λύσουν τα προβλήματα τους καταφεύγουν σε άλλες μεθόδους με αποτέλεσμα να επηρεάζουν την σωματική τους λειτουργία. Από την άλλη πλευρά, η συναισθηματική ευεξία έχει σχέση με την καταστολή της συγκίνησης, την επανεκτίμηση και τους ευσεβείς πόθους. Σε αυτές τις τρεις περιπτώσεις οι έμμεσες σχέσεις των αρνητικών συναισθημάτων για την συναισθηματική ευημερία ήταν επιζήμια, δεδομένου ότι σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα καταστολής του συναισθήματος και τους ευσεβείς πόθους. Με την σειρά τους αυτοί οι παράγοντες συνδέονται με χειρότερη ευημερία, καθώς και με μειωμένα επίπεδα επανεκτίμησης, τα οποία σχετίζονται θετικά με την ευημερία (Karademas, Tsalikou & Tallarou, 2011).

Τα ευρήματα άλλων ερευνητών δηλώνουν ότι οι αντιλήψεις για την υγεία διαμορφώνονται ανάλογα με το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο εκτίθενται οι άνθρωποι. Ο πυρήνας των αλλαγών για την αντίληψη της υγείας έγκειται στο γεγονός ότι η προσωπική ευημερία υπόκειται σε διάφορες πιθανές απειλές, καθώς οι άνθρωποι δεν μπορούν να ελέγξουν πλήρως τους παράγοντες που καθορίζουν την ευημερίας τους (Paschali, Mitsopoulou, Tsaggarakis & Karademas, 2012). Οι Claeson, Liden, Nordin και Nordin (2013) βρήκαν πως όταν τα άτομα εκτεθούν σε περιβάλλον με αυξημένη ρύπανση και δυσοσμία μπορεί οι αντιλήψεις τους για την υγεία να επηρεαστούν. Συγκεκριμένα η κακή ατμοσφαιρική πίεση θέτει σε κίνδυνο την υγεία των ατόμων και τους κάνει να κάνουν αρνητικές σκέψεις για την υγεία τους. Ωστόσο τα σοβαρά ψυχιατρικά συμπτώματα σχετίζονται αρνητικά με την ικανοποίηση για την γενική υγεία, την σωματική υγεία και την συναισθηματική ευεξία. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα σχετίζονται με τις γνωστικές εκτιμήσεις της υγείας και αυτές οι εκτιμήσεις προβλέπουν την ποιότητα ζωής τους (Matejkowski, Lee, Henwood, Lukens & Weinstein, 2013).

Για αυτό τον λόγο, σε περίπτωση που εμφανιστούν τα συμπτώματα το άτομο αποδιοργανώνεται και δεν προσαρμόζεται εύκολα, μέχρι την στιγμή που θα καταλάβει ότι αυτά έχουν διευθετηθεί. Είναι πολύ σημαντικό να διατηρούμε την σωματική μας υγεία και ευεξία για να νιώθουμε καλύτερα.

1.1.2. ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Κατά καιρούς, όλοι βιώσαμε μια σειρά συμπτωμάτων όπως είναι οι πονοκέφαλοι, οι πόνοι στις αρθρώσεις ή τους μύες, πόνοι στο στήθος ή την καρδιά. Ο τρόπος με τον οποίο αποδίδουμε νόημα σε αυτά τα συμπτώματα διαφέρει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την προσοχή που δίνουμε στις καταστάσεις του σώματος, της προσωπικότητας μας ή ακόμη την βίωση παρόμοιων εμπειριών. Μια λάθος ερμηνεία μπορεί να μας κάνει να αναζητήσουμε άμεσα και συστηματικά βοήθεια ή μπορεί να μας κάνει να καθυστερήσουμε να αναζητήσουμε βοήθεια. Ακόμη, η ερμηνεία μας μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το πρόσωπο που εμφανίζει τα συμπτώματα, μιας και μπορεί να ερμηνεύσουμε διαφορετικά κάτι που θα παρουσιαστεί σε εμάς και διαφορετικά όταν παρουσιαστεί σε άλλα άτομα τα οποία βρίσκονται στην καθημερινότητά μας.

Αρχικά, θα ήταν αναγκαίο να γίνει σαφές πως δεν υπάρχει ένας αποδεδειγμένος ορισμός που να προσδιορίζει την έννοια της αντίληψη των συμπτωμάτων. Παρολαυτά έχουν προταθεί πολλά μοντέλα τα οποία προσπαθούν να δώσουν μια σαφή εξήγηση σε αυτό που αποκαλούμαι αντίληψη των συμπτωμάτων. Η διαφορά των μοντέλων έγκειται στις γνωστικές και συναισθηματικές διαστάσεις, στον τρόπο με τον οποίο μελετούν την αλληλεπίδραση των συστατικών και τέλος βλέπουν κατά πόσο αυτές οι ενώσεις μεταξύ των ψυχολογικών αναπαραστάσεων, των σωματικών καταστάσεων, των συναισθηματικών και των συμπεριφοριστικών αντιδράσεων βασίζονται σε κάποιο θεωρητικό υπόβαθρο (Petersen, van den Berg, Janssens, & van den Berg, 2011).

Σύμφωνα με την κλασική υπόθεση της αντίληψης των συμπτωμάτων υπάρχει μια σύνδεση μιας ποικιλίας αρνητικών συμπτωμάτων με την υπερβολική έκθεση των φυσικών συμπτωμάτων (Watson & Pennebaker, 1989 όπως αναφέρεται στους Howren & Suls, 2011). Η αντίληψη ορίζεται ως η συμβατή άποψη της νεύρωσης ή της αρνητικής συναισθηματικότητας η οποία συνδέεται με την τάση της υπερβολής, την συχνότητα και την σοβαρότητα των σωματικών ενοχλημάτων (Howren & Suls, 2011).

Ακολούθως, στη βάση της βιοϊατρικής εξήγησης τα σωματικά συμπτώματα είναι αυτά που είναι άμεσα και μοναδικά και προέρχονται από παθοφυσιολογικές διεργασίες του σώματος (Gijssbers van Wijk & Kolk, 1995), εν συντομίας τα σωματικά συμπτώματα

παρουσιάζονται βάσει μιας παθολογικής κατάστασης. Ακολούθως, η γνωστικό – ψυχολογική εξήγηση έρχεται να επισκιάσει την προαναφερθέντα, η οποία ερμηνεύει τα συμπτώματα ως αποτέλεσμα των αντιληπτικών μας διεργασιών (Gijbbers van Wijk & Kolk, 1995). Σαφέστερα το μοντέλο προτείνει κάποιους σημαντικούς καθοριστικούς παράγοντες που συνεισφέρουν στην διαδικασία αντίληψης των συμπτωμάτων όπως είναι η προσοχή, οι διαθέσιμες διεργασίες και η προσωπικότητα του ατόμου.

Το μοντέλο αυτό ακολουθεί μια πορεία προκειμένου να ερμηνεύσει αυτή την εμπειρία (Gijbbers van Wijk & Kolk, 1995): (α) Υποθέτουμε πως πάντα έχουμε σωματικά συμπτώματα τα οποία είναι απόρροια των φυσιολογικών σωματικών διεργασιών, των επιδράσεων του περιβάλλοντος, της ασθένειας ή των συναισθημάτων. Λόγω της περιορισμένης ικανότητας μας για προσοχή, μόνο ένα μέρος αυτών των πληροφοριών επεξεργάζεται συνειδητά, δηλαδή μέσω των στρατηγικών της προσοχής φαίνεται σε πιο βαθμό έχουν επιλεγεί οι σωματικές πληροφορίες για μεταποίηση. (β) Ο συνδυασμός των εξωτερικών πληροφοριών μαζί με την τάση για επιλεκτική προσοχή αποτελούν τα σωματικά συναισθήματα, τα οποία ενισχύουν την επεξεργασία των εσωτερικών πληροφοριών και ανιχνεύουν τις σωματικές αισθήσεις. Οι σωματικές αισθήσεις μετατρέπονται σε σωματικά συμπτώματα, τα οποία είναι αποτέλεσμα μιας σωματικής ή ψυχολογικής κατάστασης κι αυτό εξαρτάται από την ερμηνεία του κάθε ατόμου. Η προσοχή και οι διαθέσιμες διεργασίες επηρεάζονται από την προσωπικότητα και την τάση των ατόμων να αναφέρουν ότι τους περικλείει μια αρνητικότητα.

Συγκεκριμένα η αντίληψη των συμπτωμάτων προηγείται των περιφερειακών φυσιολογικών αλλαγών. Οι φυσιολογικές διεργασίες μπορεί να προέλθουν από τις διακυμάνσεις των φυσιολογικών σωματικών διεργασιών, από κάποια οργανική νόσο, από τα συναισθήματα ή μπορεί να προκληθεί από τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Οι αλλαγές αυτές ενεργοποιούν τους υποδοχείς σε όλο το σώμα, δημιουργώντας τις πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση και την λειτουργία των εσωτερικών και συστηματικών οργάνων. Ωστόσο μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών ενεργοποιεί το σώμα για τις αλλαγές που υφίσταται. Η επιλογή γίνεται βάσει των πληροφοριών που επεξεργάζονται και η προσοχή αποφασίζει σε πιο βαθμό θα επιλεγούν οι πληροφορίες (Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijbbers van Wijk, 2003). Η διαδικασία αυτή εξαρτάται

από μια σειρά παραγόντων όπως είναι η προσοχή, η αρνητική συναισθηματικότητα και το περιβάλλον, οι οποίοι είναι αλληλένδετοι μεταξύ τους. Έρχονται σε σύγκρουση συνεχώς οι εξωτερικές πληροφορίες (περιβάλλον) με τις εσωτερικές (σώμα) λόγω της περιορισμένης ικανότητας για προσοχή. Για αυτό τα υγιή άτομα τείνουν να εναλλάσσονται μεταξύ των σωματικών και ψυχολογικών αποδόσεων. Αντίθετα τα άτομα που προτιμούν να ακολουθούν ένα από τα δύο κατατάσσονται στο πληθυσμό ως κλινικά ασθενείς (Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijssbers van Wijk, 2003).

Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα των Goodwin, Fairclough, και Poole (2013) οι οποίοι βασίστηκαν στο γνωστικό – αντιληπτικό μοντέλο αντίληψης των συμπτωμάτων των Kolk και συν. (2003) διαπίστωσαν πως τόσο οι ιατρικές όσο και οι ψυχοκοινωνικές προοπτικές υπογραμμίζουν την σημασία της επεξεργασίας της προσοχής και της εκτίμησης των συμπτωμάτων. Σε περίπτωση που υπάρξει αλλαγή στην φυσιολογική κατάσταση του ατόμου και δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως κατάλληλη φυσιολογική απόκριση από το περιβάλλον τότε θα χαρακτηριστεί ως παθολογική. Για να μπορέσει το άτομο να αναγνωρίσει τα συμπτώματα πρέπει να ενεργοποιήσει την επιλεκτική και να στρέψει την προσοχή του στον εσωτερικό «κόσμο» των αισθητικών ερεθισμάτων. Η αντίληψη των συμπτωμάτων μπορεί να επηρεαστεί από μια σειρά ψυχολογικών παραγόντων (Goodwin, Fairclough, & Poole, 2013).

Από την άλλη οι Banzett, Dempsey, ο' Donnell, και Wamboldt (2000) στην προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν την αντίληψη των συμπτωμάτων αναφέρουν πως είναι *«η συνειδητή εκτίμηση της αίσθησης ενός φυσιολογικού προβλήματος του ασθενούς, ο οποίος ακολουθεί μια σειρά από διαδικασίες όπως είναι η ενεργοποίηση των προσαγωγών απολήξεων από παθοφυσιολογικά ερεθίσματα, την διαβίβαση και επεξεργασία πληροφοριών σε νευρικές οδούς, την ερμηνεία του εγκεφαλικού φλοιού και την απόδειξη παραλαβής από τον ασθενή»*. Η αντίληψη μπορεί να μην είναι σωστή γιατί κάποια άτομα μπορεί να μην έχουν την δυνατότητα ερμηνείας ή η συσχέτιση κάποιων ερεθισμάτων με κάποια άλλα που συνέβησαν στο παρελθόν, δεν αποτελούν καταναγκαστικά σημάδι εμφάνισης των ίδιων ερμηνειών.

Η ανταγωνιστική θεωρία του Pennebaker (2010) προτείνει πως τα άτομα εμφανίζουν περιορισμένη ικανότητα επεξεργασίας των συμπτωμάτων, μέχρι την στιγμή

που θα βρεθούν σε ένα περιβάλλον που θα τους προκαλέσει βαρεμάρα και αυτοί θα στρέψουν την προσοχή τους στο σώμα τους (όπως αναφέρεται στους Ayers et al., 2007). Όταν βρισκόμαστε σε περιβάλλον που μας κινάει την προσοχή και το βρίσκουμε ενδιαφέρον είναι πιο δύσκολο να εστιάσουμε την προσοχή μας στην κατάσταση του σώματος μας. Το ίδιο συμβαίνει σε ένα αθλητή που παθαίνει ένα μικρό τράβηγμα κατά την διάρκεια ενός συναρπαστικού αγώνα. Καθ' όλη την διάρκεια αυτό δεν τον ενοχλεί ή κι αν έχει κάποιες μικρές ενοχλήσεις τις αγνοεί, με το τέλος όμως του αγώνα αυτός ο πόνος έρχεται στην επιφάνεια.

Για να είμαστε σε θέση να αξιολογήσουμε τις αισθήσεις μας, δηλαδή εάν αυτές είναι αποτέλεσμα μιας παθολογικής κατάστασης ή αποτελεί μια καλοήγη αίσθηση πρέπει να αποφασίσουμε για το πώς κάθε στιγμή αποκλίνει από τα νοητικά πρότυπα της υγείας και της ασθένειας. Αυτό διαφέρει από άτομα σε άτομα λόγω της δικής του συναισθηματικής αξιολόγησης. Ένα άτομο μπορεί να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες μιας νόσου αλλά να αμφισβητεί τα αίτια της, και το αντίθετο (Petersen, van de Berg, Janssens, & van de Berg, 2011).

Εν τούτοις υπάρχουν άνθρωποι που είναι σε θέση να αναγνωρίσουν την σωματική τους κατάσταση. Έχουν την ικανότητα να περιγράφουν με ακρίβεια αυτό που αισθάνονται και είναι σε θέση να αναγνωρίσουν το βαθμό αίσθησης τους για τα συμπτώματα που βιώνουν. Από την άλλη, υπάρχουν άτομα που δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να ερμηνεύσουν την φυσική τους κατάσταση (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011). Στην πραγματικότητα μπορεί να έχουν κάποιες ενδείξεις κόπωσης ή υπνηλίας, αλλά τις αγνοούν. Αυτό που είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί στην προκειμένη περίπτωση είναι ότι όταν και οι πολλοί κοντινοί τους άνθρωποι τους επισημαίνουν ότι κάτι δεν πάει καλά, οι ίδιοι χρειάζονται πολύ χρόνο για να το παραδεχθούν και να το αναγνωρίσουν. Μάλιστα δεν είναι σε θέση να το περιγράψουν με τις καταλληλότερες λέξεις (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011).

Σύμφωνα με κάποιες μελέτες, έχουν προταθεί πολλοί καθοριστικοί παράγοντες, που επηρεάζουν τις αντιδράσεις των ατόμων στην παρουσία των σωματικών συμπτωμάτων :

1. Οι άνθρωποι διαφοροποιούνται ανάλογα με το πόσο εστιάζουν την προσοχή τους σε απειλητικές καταστάσεις, όπως είναι τα σωματικά συμπτώματα (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011). Στη βάση αυτού του θέματος, το άγχος / αγωνία αποτελεί ένα σταθερό πρότυπο συναισθηματικής αντίδρασης και συνδέεται σε μεγαλύτερο βαθμό ενεργοποίησης στην παρουσία των σωματικών συμπτωμάτων (Back et al., 2008). Επίσης οι Martin και Leventhal (2004) επισημαίνουν πως ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ο νευρωτισμός, σχετίζεται με το βαθμό εστίασης της προσοχής και ερμηνείας των σωματικών συμπτωμάτων (όπως αναφέρεται στους Karademas, Karamvakalis, & Zarogiannos, 2009). Αυτά τα άτομα εμφανίζουν περισσότερο άγχος και υπερένταση με αποτέλεσμα να μεγαλοποιούν κάποιες καταστάσεις και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ερμηνεία και την αλλοίωση των καταστάσεων της υγείας τους (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011).
2. Ο τρόπος με τον οποίο εστιάζεται η προσοχή μας στα σωματικά συμπτώματα σχετίζεται με το πόσο οφθαλμοφανές είναι. Ο Mechanic (1972) διαπιστώνει πως όταν ένα σημαντικό πρόσωπο στην ζωή μας πεθαίνει ή νοσήσει από μια συγκεκριμένη ασθένεια τότε τείνουμε να εστιάζουμε την προσοχή μας σε αυτό το μέρος του σώματος μας, το οποίο πάσχει το αγαπημένο μας πρόσωπο (όπως αναφέρεται στους Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011).
3. Οι άνθρωποι που δίνουν μεγάλη σημασία στη πίστη/θρησκευτικότητα τείνουν να εμφανίσουν περισσότερες συναισθηματικές αντιδράσεις καθώς και ο τρόπος που αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα, χαρακτηρίζεται ως παρηγορητικός (Karademas & Petrakis, 2009). Στόχος της έρευνας ήταν να εξετάσει τον ρόλο των ασθενειών που σχετίζονται με τις στρατηγικές αντιμετώπισης σε συνδυασμό με την εγγενή θρησκευτικότητα και την υγεία. Συνοπτικά τα αποτελέσματα δείχνουν πως ένα άτομο που έχει προσωπικές θρησκευτικές πεποιθήσεις, οι οποίες βασίζονται στον φόβο ή προσδοκούν σε κάποια ανταμοιβή, τότε η εμφάνιση ενός αρνητικού γεγονότος, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως πράξη ματαίωσης ή τιμωρίας από τον ίδιο τον θεό (Karademas & Petrakis, 2009).

4. Τα άτομα που κατακλίνονται από έντονα αρνητικά συναισθήματα τείνουν να αντιμετωπίζουν την υγεία τους, χρησιμοποιώντας στρατηγικές που χαρακτηρίζονται περισσότερο παρηγορητικές και με αυτό τον τρόπο ενισχύουν τις στρατηγικές αντιμετώπισεις για να λύσουν τα προβλήματα τους (Karademas, Tsalikou, & Tallarrou, 2011). Με λίγα λόγια τα άτομα που εμφανίζουν αρνητικά συναισθήματα και ανησυχούν περισσότερο για την υγεία τους, είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν πιο γρήγορα λύση. Ομοίως η έρευνα των Von Leupoldt και Dahme (2013) αναφέρει ότι τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την αντίληψη των συμπτωμάτων του αναπνευστικού. Ακόμη οι Jensen και συν. (2010) έδειξαν πως η αρνητική διάθεση επηρεάζει την αντίληψη της κατάστασης της υγείας του ατόμου.

5. Οι εμπειρίες που αποκτούμαι καθ' όλη την διάρκεια της ζωής μας συμβάλλουν στην διαμόρφωση βασικών προτύπων, βάσει των οποίων ερμηνεύονται τα σωματικά συμπτώματα. Μια δυσάρεστη οικογενειακή εμπειρία θα μας κάνει να αντιληφθούμε διαφορετικά τα πράγματα, σε σχέση με τα άτομα που δεν βιώνουν αυτή την εμπειρία. Ακόμη το ίδιο το άγχος που προκύπτει μέσα από το πλαίσιο της καθημερινότητάς μας, μπορεί να επηρεάσει την εμπειρία μας και ταυτόχρονα τον τρόπο αντιμετώπισης μας (Karademas, Karamvakalis, & Zarogiannos, 2009). Παρομοίως οι Karademas, Zarogiannos, και Karamvakalis (2010) σε μια έρευνα τους προσπάθησαν να εξετάσουν πως οι αντιλήψεις των ίδιων των ατόμων αλλά και των συζύγων τους (ρόλος τους σαν φροντιστές) στην παρουσία μίας χρόνιας ασθένειας συνδέονται με τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τόσο οι ίδιοι οι ασθενείς όσο και οι φροντιστές τους θα αντιληφθούν διαφορετικά μια κατάσταση λόγω της εμπειρίας που βιώνουν.

6. Ο εαυτός αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους παράγοντες ερμηνείας κάποιων καταστάσεων, για αυτό η αυτοεκτίμηση αποτελεί ένα προστατευτικό παράγοντα εκτίμησης των συμπτωμάτων (Eisenbarth, 2012). Εάν το ίδιο το άτομο δεν νιώθει καλά με τον εαυτό του, δεν τον θεωρεί κατάλληλο για την αντιμετώπιση κάποιων συμπτωμάτων τότε οι αντιλήψεις τους θα χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση.

7. Τα άτομα που ανησυχούν και εξετάζουν εξονυχιστικά την κατάσταση του σώματος τους είναι αυτά που χαρακτηρίζονται από αυξημένη συναισθηση και επαγρύπνηση (Bakal, 1999 όπως αναφέρεται στους Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011). Έχοντας ως αποτέλεσμα να εστιάζουν περισσότερο την προσοχή τους στο σώμα τους και να παρατηρούν πιο συχνά και συστηματικά μια αλλαγή που έχει επέλθει στο σώμα τους. Αυτή η τάση τους κάνει να εστιάζουν όλο και περισσότερο στις παραπλανητικές διαφημίσεις της σύγχρονης ιατρικής, με αποτέλεσμα να χάνουν την εμπιστοσύνη που είχαν για το σώμα τους. Αυτή η τάση τους κάνει να εστιάζουν όλο και περισσότερο την προσοχή τους σε θέματα υγείας και οι προσδοκίες τους για την «καλή» υγεία τείνουν να αποκλίνουν από το ιδανικό (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011).
8. Το πολιτιστικό υπόβαθρο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στις αντιδράσεις των σωματικών συμπτωμάτων. Η κλασική μελέτη του Zborowski (1952) εξέτασε τις αντιδράσεις των ασθενών για τα σωματικά συμπτώματα, από διαφορετικές εθνότητες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι συμμετέχοντες που κατάγονταν από την Ιταλία και το Ισραήλ αντιδρούσαν με πιο συναισθηματικό τρόπο, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που κατάγονταν από την Αμερική, οι οποίοι διατηρούσαν μια αντικειμενική στάση για τον πόνο τους. Σε μια άλλη έρευνα που εξετάστηκαν οι αντιλήψεις των ιατρών με των μεταναστών ασθενών τους για την υγεία, φάνηκε πως αυτές δεν συμφωνούσαν λόγω των διαφορετικών πολιτισμικών πλαισίων στα οποία έμαθαν να ζουν (Reiff, Zakult, & Weingarten, 1999).
9. Οι γνωστικοί παράγοντες αποτελούν ένα ακόμη παράγοντα όσο αφορά τον βαθμό προσοχής που θα δώσουμε στα συμπτώματα και στον τρόπο με τον οποίο θα τα ερμηνεύσουμε. Τα γνωστικά μας σχήματα μπορεί να καθοδηγήσουν τις πληροφορίες που έχουμε παρακολουθήσει και με τον τρόπο τους να μας κάνουν να τα ερμηνεύσουμε (Ayers et al., 2007). Σε περίπτωση που μπορεί να αλλάξει το γνωστικό σχήμα τότε θα αλλάξει και ο τύπος των σωματικών πληροφοριών.

10. Τέλος σημαντικός παράγοντας είναι το ίδιο το φύλο. Τα ευρήματα των Martinez και συν. (2007) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονται πιο γρήγορα την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων, σε σύγκριση με τους άντρες. Παρομοίως οι Katz και Criswell (1996) παρατήρησαν ότι οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα από τους άντρες, καθώς οι ίδιες οι γυναίκες έχουν τις διπλάσιες πιθανότητες να αναφερθούν στην υγεία τους, την οποία την αντιλαμβάνονται ως κακή, σε σύγκριση με τους άντρες. Οι Evangelista, Kagawa – Singer και Dracup (2001) όπου εξέτασαν τις διαφορές των δυο φύλων για τις αντιλήψεις τους για την υγεία και την ασθένεια, φάνηκε πως οι γυναίκες κατασκευάζουν μια πιο θετική εικόνα τόσο για την υγεία όσο και για την ασθένεια, σε σύγκριση με τους άντρες. Ακόμη οι Lee, Dedios, Fong, Simonette, και Lee (2013) αναφέρουν πως οι γυναίκες φροντιστές κινητοποιούν περισσότερο τους ασθενείς στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων, σε αντιπαράθεση με τους άντρες. Σύμφωνα με την έρευνα των Gijdsers van Wijk και Kolk (1995) οι γυναίκες τείνουν να κάνουν περισσότερες αυτό-αναφορές σε σωματικά συμπτώματα, συγκριτικά με τους άντρες. Με βάση το μοντέλο εξέτασης της συγκεκριμένης έρευνας, οι γυναίκες τείνουν να κάνουν περισσότερες αναφορές λόγω: (α) του αναπαραγωγικού τους ρόλου (β) του κοινωνικού τους ρόλου που βιώνουν περισσότερο στρες λόγω των καθημερινών τους υποχρεώσεων (γ) της τάσης να ασχολούνται περισσότερο επιλεκτικά με το σώμα τους και (δ) της τάσης να σωματοποιούν με περισσότερη ευκολία τις καταστάσεις. Αναφορικά με τις διαφορές των δύο φύλων, καλό θα ήταν οι μελλοντικές έρευνες να στρέψουν την προσοχή τους στα δείγματα ανδρών και γυναικών, λαμβάνοντας υπόψη τους ότι τα δύο φύλα αντιδρούν διαφορετικά στην εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων, έτσι θα πρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους σε αυτό και ειδικότερα στις ανησυχίες των γυναικών σε σχέση με την υγεία τους.

Σύμφωνα με τα όσα λέχθηκαν μέχρι στιγμής φαίνεται πως όλοι μας σε κάποια στιγμή της ζωής μας έχουμε βιώσει την εμφάνιση κάποιου συμπτώματος και με βάση την προσωπικότητα μας, το κοινωνικό μας περιβάλλον και μια σειρά άλλων παραγόντων αρχίζουμε να αποδίδουμε νόημα σε αυτά.

1.1.3. ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ Ή ΚΑΘΗΣΤΕΡΗΣΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Όλοι έχουμε νιώσει την αίσθηση εμφάνισης κάποιου συμπτώματος και πολλές φορές τα αγνοούμε γιατί θεωρούμε ότι είναι καθόλα «υγιές», κάποιες άλλες φορές όμως μπορεί να αποτελούν ένα είδος άρνησης, προκειμένου να προσπεραστούν. Με την πάροδο του χρόνου κάποια από αυτά περνούν, κάποια άλλα μένουν ή επιδεινώνονται. Ένα άτομο παύει να υπομένει τα συμπτώματα του από ένα σημείο και μετά, αρχίζει να αναζητεί την κατάλληλη βοήθεια και θεραπεία (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011).

Ποιοι είναι όμως αυτοί οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και ποιοι παράγοντες μας παρεμποδίζουν να αναζητήσουμε θεραπεία και ταυτόχρονα την γνώμη κάποιου ειδικού; Κατά βάση η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας εξαρτάται από τις πεποιθήσεις του ατόμου για (α) την εκτίμηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, (β) την δυνατότητα του ιατρού να παρέχει την κατάλληλη θεραπεία προκειμένου να ανακουφίσει τον πόνο του ασθενούς και (γ) τους παράγοντες που πιθανόν εμποδίζουν να λάβει βοήθεια (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011). Από την άλλη οι ασθενείς που δεν καταφέρνουν να λάβουν άμεσα κάποια βοήθεια ή θεραπεία γίνεται εξαιτίας (α) της λανθασμένης απόδοσης των συμπτωμάτων και (β) χρονοτριβούν άσκοπα ακόμη κι όταν αποφασίσουν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011).

Αναλυτικότερα, τα άτομα που βρίσκονται σε εγρήγορση αναζητούν ιατρική βοήθεια από την στιγμή που ένα σύμπτωμα είναι τόσο εμφανές που δεν μπορεί να αγνοηθεί, επομένως κάνουν περισσότερες αυτό-αναφορές για αυτά γιατί η προσοχή τους εστιάζει περισσότερο σε τέτοιες περιπτώσεις (Wells, 1991). Εάν ένα άτομο θεωρεί ότι απειλείται από ένα σύμπτωμα λόγω προηγούμενων του εμπειριών είναι περισσότερο πιθανό να αναζητήσει κάποια βοήθεια από ένα ειδικό. Με λίγα λόγια τα γνωρίσματα κάποιων παθολογικών καταστάσεων βασίζονται στις προηγούμενες εμπειρίες των ατόμων (Goff et al., 1998). Ακόμη οι άνθρωποι αποφασίζουν να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα προκειμένου να αντιμετωπίσουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων, τα οποία προήλθαν από έντονες διαπροσωπικές σχέσεις που διακατέχονταν από έντονο στρες (Cameron et al., 1995 όπως αναφέρεται στους (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011).

Σε μια κλασσική έρευνα των White και συν. (1961) όπου εξετάστηκαν οι σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων και του χώρου της υγειονομικής περίθαλψης, φάνηκε πως περισσότερο από το 50% των ατόμων είχαν ασθενήσει κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα, αλλά περίπου το 20% αυτών είχαν ζητήσει την γνώμη κάποιου ειδικού, όπως αναφέρεται στους Fryer et al., 2003. Χαρακτηριστικά οι Reidenberg και Lowenthal (1968) ζήτησαν από τους φοιτητές και το προσωπικό του νοσοκομείου να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο όπου καταγραφόταν επάνω μια σειρά συμπτωμάτων (όπως αναφέρεται στους Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011). Τα άτομα κλήθηκαν να αναφέρουν ποιο από αυτά είχαν βιώσει κατά τις τελευταίες τρεις μέρες. Ποσοστό μεγαλύτερο του 80% των συμμετεχόντων φάνηκε να παρουσιάζει τουλάχιστον ένα από αυτά τα συμπτώματα. Παρόλαυτά όμως μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών των ατόμων αναζητά την κατάλληλη ιατρική βοήθεια (Bruijnzeels, Foets, van der Wouden, van den Heuvel & Prins, 1998).

Αντίθετα, η εμφάνιση ψυχολογικών παραγόντων αποτρέπει τα άτομα να αναζητήσουν βοήθεια και κατά βάση άμεση θεραπεία. Τα άτομα λόγω φόβου ερμηνείας των συμπτωμάτων τους διστάζουν να αναζητήσουν βοήθεια. Νιώθουν άβολα γιατί δεν θέλουν να επιβαρύνουν τα κοντινά τους πρόσωπα για αυτό που ενδέχεται να προκύψει (Dracup & Moser, 1995 όπως αναφέρεται στους Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011). Αυτό που πρέπει να γίνει γνωστό είναι ότι κατά την τελευταία δεκαετία τα άτομα τείνουν ολοένα και περισσότερο να ιατροκοπούν τα συμπτώματα τους με αποτέλεσμα να αγχώνονται όλο και περισσότερο. Θεωρούν πως οι ιατροί έχουν τις λύσεις για όλα και δεν αναλογίζονται το γεγονός ότι η ζωή έγινε όλο και πιο δύσκολη και στόχος μας είναι να την εξισορροπούμε μέσω απλών, φυσικών λειτουργιών, με αποτέλεσμα να νιώθουμε καλύτερα (Baesky, 1988 όπως αναφέρεται στους Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011). Σύμφωνα με αυτά που αναγράφονται μπορούμε να συμπεράνουμε πως ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων αναγνωρίζουν τα συμπτώματα, παρότι μπορεί να μην δίνουν την ανάλογη σημασία και συνεχίζουν να λειτουργούν κανονικά στις καθημερινές τους απαιτήσεις. Ακόμη αυτό μπορεί να αποτελεί και ένα είδος μηχανισμού άμυνας, όπου τα άτομα αρνούνται να αναγνωρίσουν αυτά τα συμπτώματα. Σίγουρα κάποιες καταστάσεις δεν παραμένουν στάσιμες, κάποιες φορές βελτιώνονται και κάποιες άλλες φορές επιβραδύνονται. Από την στιγμή που η

κατάσταση επιδεινωθεί το άτομο αρχίζει να αναζητά την κατάλληλη βοήθεια ή καλύτερα αρχίζει να μιλάει σε κάποιον για αυτό. Αυτό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ψυχροσύνη του ατόμου αλλά και από την σοβαρότητα της κατάστασης.

1.2. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.2.1. ΑΓΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΧΟΝΝΔΡΙΑΣΗ

Έχοντας ως βάση τα προαναφερθέντα γίνεται γνωστό ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες, εκ των οποίων μπορούν να παρερμηνευθούν κάποια ερεθίσματα και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ενασχόληση των ατόμων όλο και περισσότερο με το σώμα τους. Έτσι το αυξημένο άγχος αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους προβλεπτικούς παράγοντες ερμηνείας. Για να μπορούμε να μιλάμε ξεκάθαρα για αυτό τον όρο θα μπορούσαμε να πούμε ότι το άγχος υγείας σχετίζεται με τις πεποιθήσεις των ατόμων που χαρακτηρίζονται από έντονους φόβους, καθώς τα άτομα παρερμηνεύουν τα σωματικά συμπτώματα και τις πληροφορίες που έχουν να κάνουν με την υγεία τους, χρησιμοποιώντας το ως ένδειξη μιας σοβαρής ασθένειας (Deale, 2007).

Ο Ferguson (2009) επιβεβαιώνει με την έρευνα του ότι το άγχος υγείας αποτελεί μια συνεχή κατάσταση όπου στην μια πλευρά εμφανίζεται μια φυσιολογική – ήπια ανησυχία για την υγεία και στην άλλη πλευρά εμφανίζεται η σοβαρή ανησυχία για την υγεία. Η ανησυχία φαίνεται να κάνει αισθητή την παρουσία της σε κάποια άτομα, αν και τις περισσότερες φορές λειτουργεί ως προσαρμοστικός παράγοντας. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα των Alberts, Sharpe, Kehler και Hadjistavropoulou (2011) όπου εξέτασαν την ανησυχία των ατόμων σχετικά με την υγεία τους σε ένα ιατρικό δείγμα. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι αντιλήψεις σχετικά με την ανησυχία κυμαίνονται σε δύο άξονες. Ο ένας χαρακτηρίζεται από την τάση των ατόμων να αξιολογούν τις σκέψεις τους για την υγεία και ο άλλος αναφέρεται στους φόβους του ατόμου στην εμφάνιση μιας σοβαρής ιατρικής κατάστασης. Από την άλλη το μοντέλο των Warwick και Salkovskis (1990) υποστηρίζει πως το άγχος για την υγεία αποτελεί ένα συνεχές κατασκεύασμα το οποίο περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων, τα οποία θεωρούνται ήπια και παροδικά (όπως αναφέρεται στους Jasper & Witthoft, 2011).

Το άγχος εμφανίζεται συχνά στους ανθρώπους με την μορφή σωματικών αισθήσεων, παρόλα αυτά η αναγνώριση του είναι δύσκολη λόγω συνυπαρχουσών παθήσεων. Οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα άγχους είναι πιθανό να έχουν μια σειρά περισσότερων συμπτωμάτων όπως είναι η κεφαλαλγία, η οστεοαρθρίτιδα, το κοιλιακό

άλγος και ο σακχαρώδης διαβήτης (Wu, Parkerson & Doraiswamy, 2002). Μερικές φορές δεν έχουν την ικανότητα να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα του άγχους γιατί είναι χαρακτηριστικά ιατρικών παθήσεων. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν πως οι συμμετέχοντες που παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα άγχους αξιολογούσαν με περισσότερη σοβαρότητα τα προβλήματα της σωματικής υγείας. Ακόμη τα άτομα που έκαναν περισσότερες αυτό-αναφορές σε συμπτώματα άγχους παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα αντίληψης για την κατάσταση της υγείας τους, σε σύγκριση με τα άτομα που έκαναν λιγότερες αυτό-αναφορές σε συμπτώματα άγχους (Wu, Parkerson & Doraiswamy, 2002).

Οι Salkovskis και Warwick (1986) υποστηρίζουν πως τα άτομα που ανησυχούν για την υγεία τους αποφεύγουν να βιώσουν καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος (όπως αναφέρεται στους Hadjistavropoulos, Hadjistavropoulos & Quine, 2000). Για αυτό το λόγο άτομα που ανησυχούν για την υγεία τους είναι πιο πιθανό να σημειώσουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, με το να ανησυχούν περισσότερο για την υγεία τους κάνουν περισσότερες αρνητικές σκέψεις, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς άγχος υγείας. Καθώς επίσης τα άτομα που είναι ανήσυχα για την υγεία τους είναι περισσότερο πιθανό να βιώσουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον πόνο (Hadjistavropoulos, Hadjistavropoulos & Quine, 2000). Από την άλλη οι McCracken, Zayfert και Gross (1992) βρήκαν πως ασθενείς που εκτίθενται σε καταστάσεις πόνου ή που αντιμετωπίζουν καταστάσεις με χρόνια πόνο είναι πιθανότερο να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους για την υγεία τους.

Επιπλέον, υπάρχει μια κατηγορία ανθρώπων όπου στην παρουσία κάποιων συμπτωμάτων δεν τα εκτιμούν ως απειλή για τα ίδια και τα προσπερνούν, από την άλλη όμως υπάρχουν και άτομα που ανησυχούν και προτρέχουν να αναζητήσουν την ανάλογη βοήθεια (Warwick, 1989). Συγκεκριμένα τα άτομα με άγχος υγείας ανησυχούν περισσότερο κατά την διάρκεια παρακολούθησης ενός συμπτώματος και είναι σε θέση να ανησυχούν ή να παρερμηνεύουν τις αισθήσεις τους συχνότερα, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν παρουσιάζουν άγχος υγείας. Αυτό όμως που επισημαίνουν οι Hadjistavropoulos, Hadjistavropoulos και Quine (2000) είναι πως ακόμη και οι ασθενείς με άγχος υγείας όταν στρέψουν την προσοχή τους στις αισθήσεις τους, υπάρχει πιθανότητα να μειώσουν το άγχος τους.

Επιπρόσθετα τα άτομα με αυξημένο άγχος για την υγεία τους είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν πιο εύκολα βοήθεια. Για παράδειγμα μέσα από μια μελέτη διαπιστώθηκε πως άτομα με υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων άγχους τείνουν να βουρτσίζουν πιο συχνά τα δόντια τους και αναζητούν πιο εύκολα θεραπεία, σε σύγκριση με άτομα που δεν εμφανίζουν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων άγχους (Anttila, Knuuttila, Ylostalo & Joukamaa, 2006). Βλέπουν πως το άγχος για την υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα ερμηνείας και τρόπου αντίδρασης των ατόμων. Από την άλλη η έρευνα των Hadjistavropoulos, Craig και Hadjistavropoulos (1998) αναφέρει ότι τα άτομα που ανησυχούν για την υγεία τους δεν έχουν μόνο μια αρνητική προκατάληψη να παρακολουθήσουν και να ερμηνεύσουν τις σωματικές αισθήσεις αλλά διαθέτουν μη επαρκείς στρατηγικές προκειμένου να προστατευτούν από το άγχος την υγεία.

Για να κατανοήσουμε καλύτερα την στάση των ατόμων απέναντι σε αυτό, καλό θα ήταν να δούμε την εξήγηση που δίνει η γνωστικό – συμπεριφορική θεωρία, ότι δηλαδή μερικά άτομα είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην επεξεργασία κάποιων ερεθισμάτων που σχετίζονται με την υγεία. Συγκεκριμένα τα παρεμβατικά ερεθίσματα εκτιμώνται αναφορικά με το περιεχόμενο της εισβολής (Warwick, 1989). Σε περιπτώσεις όπου οι πεποιθήσεις του ατόμου για την υγεία δεν είναι σωστές, τότε είναι πιθανό να υπάρξει σφάλμα στην εκτίμηση. Ακόμη η κλινική εμπειρία δείχνει ότι όταν ένα άτομο έχει εμπειρία στην εμφάνιση μιας ασθένειας μπορεί πιο εύκολα να οδηγηθεί σε λανθασμένη εκτίμηση. Οι αρνητικές σκέψεις και εικόνες αναπόφευκτα σχετίζονται με το άγχος, το οποίο συνδέεται με αυξημένη φυσιολογική δραστηριότητα και μια σειρά από συμπεριφορές αποφυγής, προκειμένου να ξεφύγει από το πρόβλημα (Warwick, 1989).

Το αιτιολογικό μοντέλο των Clark και Wells (1995), παρομοίως, καταδεικνύει τους αιτιολογικούς παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην επεξεργασία της σωματικής διέγερσης στην ανάπτυξη και την εκδήλωση της κοινωνικής φοβίας: δηλαδή τα άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο της κοινωνικής φοβίας έρχονται αντιμέτωποι με μια κατάσταση κοινωνικής αξιολόγησης, αρχίζουν να αισθάνονται έντονο άγχος και αρχίζουν να εκδηλώνουν μια σειρά συμπτωμάτων όπως είναι το τρέμουλο, η εφίδρωση κ.ά (όπως αναφέρεται στους Schmitz, Blechert, Kramer, Asbrand και Caffier (2012). Τα άτομα ανησυχούν πολύ περισσότερο για την ορατότητα των σωματικών συμπτωμάτων,

με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα επίπεδα του άγχους τους που σχετίζονται με την εμφάνιση των συμπτωμάτων (Schmitz, Blechert, Kramer, Asbrand & Caffier, 2012). Αυτό που θέλει να επισημάνει η εν λόγω έρευνα είναι ότι τα κοινωνικά ανήσυχα άτομα γίνονται πολύ πιο εύκολος στόχος εμφάνισης άγχους με αποτέλεσμα να αυξάνεται και ο αριθμός των σωματικών συμπτωμάτων.

Τα ευρήματα των Stein και συν. (2004) αποτελούν ένα ακόμη παράδειγμα αύξησης των σωματικών συμπτωμάτων σε συγκεκριμένη κατηγορία πληθυσμού. Συγκεκριμένα παρατήρησαν πως γυναίκες με κάποιο ιστορικό σεξουαλικής επίθεσης τείνουν να σωματοποιούν τα συμπτώματά τους. Αυτή η παρατήρηση συνδέεται με την σημαντική αύξηση του επιπέδου άγχους υγείας. Οι αυτό – αναφορές των ατόμων που έχουν κάποια μορφή σεξουαλικής κακοποίησης συνδέεται σημαντικά με τα αυξημένα επίπεδα σωματοποίησης, το άγχος υγείας και την συχνή χρήση της υγειονομικής περίθαλψης (Stein et al., 2004).

Ακόμη ενδιαφέρουσα είναι και η μελέτη των McGrady και συν. (2010) όπου εξέτασαν τον ρόλο της ασθένειας σε σχέση με το άγχος και τα συμπτώματα του άσθματος σε εφήβους. Γενικά φάνηκε πως οι έφηβοι με άσθμα έχουν διπλάσιες πιθανότητες από τους υγιείς εφήβους να παρουσιάσουν κλινικά συμπτώματα άγχους. Στη μελέτη των Paschalides και συν. (2004) όπου εξέτασαν τις προσωπικές αναπαραστάσεις της ασθένειας σε σχέση με τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης, αναδείχθηκε πως οι αρνητικές πεποιθήσεις συνδέονται με περισσότερο άγχος και με την μειωμένη ποιότητα ζωής για την υγεία.

Σε μια άλλη μελέτη των Oliveira και συν. (2013), που αναφερόταν σε ενήλικες, μετρήθηκαν τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε ένα δείγμα ασθενών με βρογχεκτασίες προκειμένου να αξιολογήσουν την υγεία τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τόσο τα συμπτώματα άγχους όσο και τα συμπτώματα της κατάθλιψης αποτελούν κακοί προβλεπτικοί παράγοντες της υγείας. Αυτό συνάδει και με τα αποτελέσματα των Katon, Lin και Kroenke (2007), όπου αποδείχθηκε ότι η κατάθλιψη και το άγχος για την υγεία σχετίζεται με την αντίληψη της κακής υγείας και τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ψυχολογικές παθήσεις (όπως άγχος και κατάθλιψη) τείνουν να εμφανίζουν περισσότερα ιατρικά συμπτώματα (όπως αναφέρεται στους Oliveira et al.,

2013). Επομένως βλέπουμε πως το άγχος για την υγεία αποτελεί ένα ισχυρό παράγοντα αντίληψης της κακής υγείας και τείνουν να αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα.

Έτσι το άγχος υγείας επισκιάζει σε μεγάλο βαθμό τους ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές ιατρικές ασθένειες. Στην προκειμένη περίπτωση το άγχος έχει προσαρμοστική λειτουργία, μιας και με αυτό τον τρόπο το άτομο παρακινείται να εξετάζει συχνά τις σωματικές του αισθήσεις για να αντιμετωπίσει εγκαίρως τα σοβαρά σημεία και συμπτώματα (Abramowitz, Olatunji & Deacon, 2007). Ασθενείς με σοβαρές ιατρικές ασθένειες αρνούνται να έχουν πρόσβαση σε μη αξιόπιστες πληροφορίες και πρωταρχικό τους μέλημα είναι η αναζήτηση αξιόπιστων παρεμβάσεων προκειμένου να ελέγχουν την κατάσταση της υγείας τους (Koszegi, 2003).

Πολλοί τείνουν να παρερμηνεύουν το άγχος υγείας με το φαινόμενο της υποχονδρίας. Με τον όρο υποχονδρίαση εννοούμε το φαινομενικά χαμηλό όριο για την αντίληψη και την έκθεση των σωματικών αισθήσεων και την συχνή αναζήτηση μετά από την κατάδειξη της κατάστασης υγείας με ιατρική γνωμάτευση (Salkovskis & Warwick, 1986). Είναι άτομα που ασχολούνται υπερβολικά με την υγεία τους και μεγαλοποιούν ασήμαντα συμπτώματα παρά τις διαβεβαιώσεις των ιατρών τους (Lucock & Morley, 1996). Σύμφωνα με την γνωστικό – συμπεριφορική θεωρία η υποχονδρίαση ορίζεται ως μια κατάσταση που περιλαμβάνει μια σειρά σωματικών αισθήσεων που μπορούν να παρερμηνευθούν, συμπεριλαμβανομένων των φυσιολογικών σωματικών μεταβολών και τις αναφορές των σωματικών ασήμαντων συμπτωμάτων, τα οποία οφείλονται σε καταστάσεις άγχους (Warwick, 1989).

Τα άτομα με υποχονδρίαση εμφανίζουν κάποιες χαρακτηριστικές συμπεριφορές όπως είναι: (α) η αποφυγή μιας σειράς καταστάσεων που σχετίζονται με την έννοια της ασθένειας, όπως είναι τα νοσοκομεία ή αποφεύγουν να παρακολουθούν οτιδήποτε σχετίζεται με την ενημέρωση της ασθένειας, (β) άλλοι προσπαθούν να βρουν αποδείξεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους π.χ. μέσα από τα ιατρικά βιβλία, (γ) επαναληπτικός έλεγχος των σχετικών μερών του σώματος, συμπεριλαμβανομένων και των συχνών εξετάσεων και (δ) λειτουργούν με ένα ψυχαναγκαστικό τρόπο (Warwick, 1989). Ακόμη ασθενείς με υποχονδρίαση έχουν περισσότερους φόβους για μια

ασθένεια, οι πεποιθήσεις τους σχετικά με την νόσο είναι περισσότερο αναξιόπιστες, αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, έχουν περισσότερους φόβους για τον θάνατο, δεν εμπιστεύονται ερμηνείες των ιατρών και αναζητούν περισσότερο τις συμβουλές τους, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς υποχονδρίαση.

Η υποχονδρίαση αναγνωρίζεται ως μια κλινική κατάσταση που εμφανίζεται συχνά ως πρωτογενή διαταραχή. Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς με υποχονδρίαση εμφανίζουν παράλληλα και κάποια καταθλιπτική διαταραχή ή διαταραχή πανικού (Daele, 2007). Οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή μετατρέπουν όλη την συναισθηματική δυσφορία που αισθάνονται σε σωματική (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011). Τα άτομα αυτά είναι απόλυτα σίγουρα ότι τα συμπτώματα τους αποτελούν ένδειξη κάποιας σοβαρής ασθένειας (Αναγνωστόπουλος & Ποταμιάνος, 2011). Δεν καθησυχάζονται ποτέ, νιώθουν πραγματική δυσφορία και για τα σωματικά συμπτώματα τους δεν έχουν βρεθεί να σχετίζονται με κάποια οργανική νόσο. Το άγχος για την ασθένεια και την υγεία τους είναι εξαιρετικά έντονο καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους.

Στόχος αυτού του κεφαλαίου ήταν να εισάγει κάποιους σημαντικούς όρους που σχετίζονται με την αντίληψη των συμπτωμάτων και το άγχος υγείας προκειμένου να είναι σε θέση κάθε αναγνώστης να κατανοεί με περισσότερη ευκολία τις υποθέσεις και τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας.

1.3. ΕΡΕΥΝΑ

1.3.1. ΒΑΣΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ο σκοπός της εν λόγω έρευνας αναφέρεται στην προσπάθεια διερεύνησης μιας σειράς μεταβλητών που σχετίζονται με την αντίληψη των σωματικών συμπτωμάτων. Αρχικά εξετάστηκε ο τρόπος αντίδρασης των ατόμων στην εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων, δηλαδή από την στιγμή που ένα άτομο αναγνωρίζει τα συμπτώματα (1) θα παρακινηθεί να αναζητήσει την κατάλληλη ιατρική βοήθεια (2) θα το αναφέρει σε κάποιο γνωστό του ή συγγενή του ή (3) θα το αγνοήσει. Ακόμη η μελέτη διερευνά τον τρόπο αντίδρασης των ατόμων σε σχέση με το εάν εμφάνιζαν (1) οι ίδιοι τα σωματικά συμπτώματα ή (2) κάποιο σημαντικό άτομο στη ζωή τους. Σε δεύτερο επίπεδο ελέγχει την διαφορά των δυο φύλων αναφορικά με την αντίληψη των συμπτωμάτων. Σε τελευταίο επίπεδο εξετάζει το άγχος των ατόμων σε σχέση με την υγεία τους. Οι σημαντικότερες υποθέσεις της συγκεκριμένης έρευνας είναι οι ακόλουθες:

- 1) Υποθέτουμε ότι από την στιγμή που οι γυναίκες αναγνωρίζουν ένα σωματικό σύμπτωμα θα αναζητήσουν με περισσότερη ευκολία την βοήθεια ενός ειδικού ή θα το αναφέρουν σε κάποιο γνωστό τους, σε σύγκριση με τους άντρες. Συγκεκριμένα θα το παραδεχθούν πιο εύκολα, επομένως είναι πιθανόν να κάνουν κάτι για αυτό.
- 2) Υποθέτουμε ότι από την στιγμή που οι γυναίκες αναγνωρίσουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων σε κάποιο κοντινό τους πρόσωπο θα τους παρακινήσουν με περισσότερη ευκολία να κάνουν κάτι για αυτό, σε αντίθεση με τους άντρες. Καθώς επίσης, από την στιγμή που οι άντρες αναγνωρίσουν ένα σωματικό σύμπτωμα σε κάποιο κοντινό τους πρόσωπο θα τους παρακινήσουν να κάνουν κάτι για αυτό, σε σύγκριση με το εάν το αναγνώριζαν στο δικό τους σώμα.
- 3) Υποθέτουμε ότι τα άτομα από την στιγμή που αναγνωρίζουν την εμφάνιση κάποιων σωματικών συμπτωμάτων θα αρχίσουν να ανησυχούν για την κατάσταση της υγείας τους.

B. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Στη συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν 210 άτομα διάφορων ηλικιακών ομάδων, από τους οποίους οι 62 ήταν άντρες (30%) και 148 γυναίκες (70%). Όσο αφορά τον τύπο του ερωτηματολογίου οι 108 από αυτούς συμπλήρωσαν αυτό που αναφερόταν στον «εαυτό» (51%) και οι υπόλοιποι 102 αυτό που αναφερόταν στον «σημαντικό άλλο» (49%). Το εύρος των ηλικιών τους κυμαίνεται από το 18 έως τα 28 έτη. Επίσης το 15% των ατόμων ανέφεραν ότι πάσχουν από κάποια σοβαρή ασθένεια ή άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας, καθώς επίσης και το 28% αυτών ανέφεραν ότι παρουσίασαν κάποια σοβαρή ασθένεια ή πρόβλημα υγείας στο παρελθόν. Τέλος το 38% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι κάποιο κοντινό τους άτομο αντιμετώπισε ή αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό ή χρόνιο πρόβλημα ασθένειας.

2.2. ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Αντιλήψεις και αντιδράσεις στην παρουσία μιας ασθένειας

Με σκοπό να ελεγχθούν οι αντιλήψεις και οι αντιδράσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την παρουσία της ασθένειας, αναπτύχθηκαν για τους σκοπούς της εν λόγω έρευνας μια σειρά πέντε σεναρίων. Αυτά τα σεναρία περιέγραφαν πιθανά σωματικά συμπτώματα μιας συγκεκριμένης ασθένειας, του καρκίνου του πνεύμονα, τα οποία παρουσιάζονται ξεχωριστά σε ακολουθία από το λιγότερο προς το περισσότερο δυσάρεστο. Προκειμένου να κατανοήσουμε το περιεχόμενο των σεναρίων, παρατίθεται το πρώτο σενάριο ως εξής: «Ένα άτομο ένιωθε κατά τις δυο τελευταίες εβδομάδες αδυναμία και είχε ανεβάσει πυρετό. Παράλληλα, είχε βήχα που κάποιες στιγμές γινόταν έντονος». Ενώ το πέμπτο σενάριο είχε ως εξής: «Ένα άτομο ένιωθε κατά τις τελευταίες δυο εβδομάδες μεγάλη αδυναμία, ανορεξία και έχασε βάρος. Πονούσε επίμονα στο στήθος και σε άλλα σημεία του σώματος είχε υψηλό πυρετό. Παράλληλα, είχε πολύ έντονο βήχα, δυσκολία στην αναπνοή και κάποιο πρήξιμο στο λαιμό και το πρόσωπο. Επίσης, είχε αιμόπτυση κάποιες φορές, ενώ μια ή δύο φορές φάνηκε να χάνει τον ειρμό της σκέψης του».

Μετά το τέλος κάθε σεναρίου, οι συμμετέχοντες έπρεπε να συμπληρώσουν μια σειρά τριών ερωτήσεων που σχετίζονται με τον αντιληπτό βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων που αναφέρονται σε κάθε σενάριο (π.χ. πόσο επικίνδυνα θεωρούσαν τα συμπτώματα αυτά), καθώς περιλάμβανε και μια ερώτηση για το ποια πιθανή ασθένεια σκεφτόταν εκείνη τη στιγμή ο συμμετέχων και γιατί σκέφτηκε αυτή. Επιπρόσθετα, υπήρχαν και μια σειρά από δέκα ερωτήσεις, ίδιες για κάθε σενάριο όπου ο συμμετέχων καλείτο να αναφέρει τις πιθανές αντιδράσεις του, στην περίπτωση που ο ίδιος (ή κάποιο άλλο σημαντικό άτομο) παρουσιάζει αυτά τα συμπτώματα, κατά τρόπο που η ερώτηση περιέγραφε πόσο πιθανόν ήταν να μην δώσει σημασία, να μιλήσει σε κάποιο γνωστό ή να επισκεφτεί κάποιο ειδικό. Οι συμμετέχοντες απαντούσαν στις ερωτήσεις βασιζόμενοι σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (=καθόλου/απίθανο) ως το 7 (=πάρα πολύ/βέβαιο).

Αντιλήψεις που σχετίζονται με την υγεία

Για να αξιολογήσουμε το άγχος υγείας χρησιμοποιήσαμε το Multidimensional Health Questionnaire (Snell & Johnson, 1997). Η κλίμακα αποτελείται από πέντε στοιχεία που αναφέρονται για παράδειγμα στην εξής υπόθεση: «Αισθάνομαι άγχος όταν σκέφτομαι την υγεία μου; Cronbach α =.84». Οι συμμετέχοντες απάντησαν στις συγκεκριμένες ερωτήσεις, στηριζόμενοι σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (=καθόλου αντιπροσωπευτικό για εμένα) μέχρι το 5 (=απόλυτα αντιπροσωπευτικό για εμένα).

2.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων έγινε με την χορήγηση ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν από άτομα μεταξύ της ηλικία 20-30 ετών, τα οποία βρίσκονταν στην Κρήτη. Η διαδικασία αυτή μέχρι να ολοκληρωθεί διήρκεσε περίπου 4 μήνες, χωρίς την απρόοπτη παρεμβολή κάποιων παραγόντων.

Αρχικά, τα άτομα ενημερώθηκαν σχετικά με τον σκοπό της συγκεκριμένης διαδικασίας, ότι δηλαδή γίνεται με αφορμή την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, όπου τα άτομα κλήθηκαν να απαντήσουν μια σειρά ερωτήσεων που σχετίζονται με την υγεία τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και γενικότερα. Συγκεκριμένα εξετάστηκαν οι πεποιθήσεις των ατόμων αναφορικά με την αναγνώριση κάποιων

σωματικών συμπτωμάτων καθώς και την σχέση που μπορεί να έχουν αυτά με σειρά άλλων παραγόντων, όπως είναι ο τρόπος αντίδρασης και το άγχος υγείας. Επιπλέον έγινε ξεκάθαρο στους συμμετέχοντες πως τα στοιχεία τους θα παραμείνουν ανώνυμα, πως η συμμετοχή τους είναι εθελοντική, καθώς και πως τα δεδομένα αυτά θα χρησιμοποιηθούν καθαρά για τους σκοπούς της έρευνας. Στο τέλος του ερωτηματολογίου ζητείτο από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν κάποια δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, η ηλικία και κατά πόσο θεωρούσαν ότι η υγεία τους σήμερα είναι καλή, σε μια κλίμακα που κυμαινόταν από το 0-100. Ακόμη, τους ζητήθηκε να σημειώσουν εάν αντιμετώπισαν ή αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας ή εάν έχουν ή είχαν κάποια ασθένεια. Καθώς το ίδιο τους ζητήθηκε να αναφέρουν για κάποιο άλλο κοντινό τους πρόσωπο.

Η χορήγηση έγινε με την παρουσία μας ώστε να επισημάνουμε τυχόν απορίες των συμμετεχόντων και για να είμαστε σίγουροι ότι τα άτομα ήταν απόλυτα συγκεντρωμένοι κατά την διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Σίγουρα προσπαθήσαμε να είμαστε όσο πιο διακριτικοί μπορούσαμε ώστε να μην φέρουμε σε δύσκολη θέση τους συμμετέχοντες. Τέλος μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας, ευχαριστήσαμε τους συμμετέχοντες για την βοήθεια και την ώρα που μας αφιέρωσαν, προκειμένου να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Γ. ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Για να ελέγξουμε τις υποθέσεις στην συγκεκριμένη έρευνα, χρησιμοποιήσαμε το λογισμικό πακέτο SPSS 19.0. Για τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν από τους δείκτες της περιγραφικής στατιστικής: (α) ο πιο γνωστός και ευρέως διαδεδομένος δείκτης κεντρικής τάσης που είναι ο αριθμητικός μέσος όρος (Mean) και (β) από τους δείκτες διασποράς η μέση αριθμητική απόκλιση (Standard Deviation). Το στατιστικό κριτήριο που χρησιμοποιήθηκε είναι ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r ή Pearson product – moment, προκειμένου να ελέγξουμε τις συσχετίσεις μεταξύ δυο μεταβλητών. Επίσης για να μετρήσουμε τις διαφορές μεταξύ δυο δειγμάτων χρησιμοποιούμε το στατιστικό κριτήριο t (Ρούσσος & Τσαούσης, 2011).

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΝ ΚΑΤΙ ΓΙΑ ΑΥΤΟ

Ένας από τους σημαντικότερους στόχους της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να εξετάσει τις διαφορές μεταξύ των δυο φύλων σχετικά με την αναγνώριση των σωματικών συμπτωμάτων και κατά πόσο οι ίδιοι αποφασίζουν να κάνουν κάτι για αυτό ή θα προτιμήσουν να το αγνοήσουν. Για αυτό τον λόγο αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε το κριτήριο t -test, το οποίο είναι κατάλληλο για να εντοπίσουμε τυχόν διαφορές ανάμεσα σε δυο ομάδες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων σχετικά με την εμφάνιση κάποιων σωματικών συμπτωμάτων και την αναβολή. Για κάθε σενάριο φάνηκε πως δεν υφίσταται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα. Από την άλλη βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες σχετικά με την εμφάνιση κάποιων σωματικών συμπτωμάτων και την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Με λίγα λόγια τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γυναίκες στην παρουσία κάποιου σωματικού συμπτώματος θα αναζητήσουν με περισσότερη ευκολία ιατρική βοήθεια, σε σύγκριση με τους άντρες.

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 1 και Πίνακα 2.

Πίνακας 1

Διαφορές μεταξύ των δυο φύλων ως προς την αντίληψη συμπτωμάτων και την αναβολή

<i>Τρόπος αντίδρασης</i>	<i>Φύλο</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Σενάριο 1_αναβολή				0.346	0.730
	Άντρες(N=62)	7.1452	3.45390		
	Γυναίκες(N=148)	6.9726	3.22479		
Σενάριο 2_αναβολή				0.853	0.395
	Άντρες(N=62)	5.7903	2.97606		
	Γυναίκες(N=147)	5.4150	2.87846		
Σενάριο 3_αναβολή				0.757	0.450
	Άντρες(N=62)	4.7258	2.89810		
	Γυναίκες(N=146)	4.3904	2.93463		
Σενάριο 4_αναβολή				1.450	0.149
	Άντρες(N=61)	4.1803	2.98054		
	Γυναίκες(N=142)	3.5915	2.49867		
Σενάριο 5_αναβολή				1.095	0.275
	Άντρες(N=62)	3.6935	2.81442		
	Γυναίκες(N=146)	3.2603	2.51904		

Πίνακας 2

Διαφορές μεταξύ των δυο φύλων ως προς την αντίληψη συμπτωμάτων και την αναζήτηση της κατάλληλης ιατρικής βοήθειας

<i>Τρόπος αντίδρασης</i>	<i>Φύλο</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Σενάριο 1_γιατρός	Άντρες(N=62)	8.9194	3.89324	-2.437	0.016
	Γυναίκες(N=148)	10.2973	3.67092		
Σενάριο 2_γιατρός	Άντρες(N=62)	10.5968	3.43778	-2.947	0.004
	Γυναίκες(N=147)	11.9527	2.86032		
Σενάριο 3_γιατρός	Άντρες(N=62)	11.8065	3.06668	-2.909	0.004
	Γυναίκες(N=146)	12.8581	2.04377		
Σενάριο 4_γιατρός	Άντρες(N=61)	12.0000	3.00273	-4.485	0.000
	Γυναίκες(N=142)	13.4257	1.58261		
Σενάριο 5_γιατρός	Άντρες(N=62)	12.7419	2.58581	-3.334	0.001
	Γυναίκες(N=146)	13.6689	1.41608		

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ «ΕΑΥΤΟ» ΚΑΙ ΤΟΝ «ΆΛΛΟ» ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ Ή ΤΗΝ ΑΝΑΒΟΛΗ

Ακόμη στην συγκεκριμένη έρευνα θέλαμε να δούμε τις διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα όσο αφορά την αναγνώριση των σωματικών συμπτωμάτων στον «εαυτό» και τον σημαντικό «άλλο» σχετικά με την αναζήτηση της ιατρικής βοήθειας ή την αναβολή. Για αυτό τον λόγο χρησιμοποιήσαμε τον σχεδιασμό ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, μιας και πήραμε μετρήσεις από τους ίδιους συμμετέχοντες για περισσότερες από δυο μεταβλητές (Ρούσσοι & Τσαούσης, 2011). Για να ελεγχθούν οι διαφορές ανάμεσα στις μεταβλητές που περιλαμβάνονται πιο κάτω χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Wilks λ.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ του «εαυτού» και του «άλλου» όσο αφορά την αναγνώριση των σωματικών συμπτωμάτων και την αναβολή. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι όταν τα άτομα εντοπίσουν ένα σωματικό σύμπτωμα στο σώματος θα το αγνοήσουν με περισσότερη ευκολία, αλλά από την στιγμή που θα το δουν σε κάποιο άλλο θα του πουν να κάνει κάτι για αυτό. Με λίγα λόγια θεωρούν ότι από την στιγμή που δουν κάτι στο σώμα τους δεν σημαίνει κάτι, αλλά όταν το εμφανίσει κάποιος άλλος τότε τα πράγματα είναι περισσότερο σοβαρά. Αυτό επιβεβαιώνετε και στην δεύτερη περίπτωση όπου ελέγξαμε εάν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στον «εαυτό» και τον «άλλο» σχετικά με την αναγνώριση των σωματικών συμπτωμάτων και την αναζήτηση της ιατρικής βοήθειας. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι τα άτομα από την στιγμή που αναγνωρίσουν ένα σωματικό σύμπτωμα θα παρακινήσουν με περισσότερη ευκολία κάποιο να επισκεφτεί ένα γιατρό, σε σύγκριση με τον να τον επισκεφτούν οι ίδιοι. Τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες θα παρακινήσουν τους άλλους να κάνουν κάτι όταν εντοπίσουν ένα σύμπτωμα στο σώμα τους, σε σχέση με τον ίδιο τους τον εαυτό. Παρόλα αυτά οι γυναίκες θα το κάνουν με περισσότερη ευκολία, σε σύγκριση με τους άντρες.

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνονται στο Πίνακα 3 και Πίνακα 4.

Πίνακας 3

Διαφορές μεταξύ των δυο φύλων σχετικά με την αναγνώριση των συμπτωμάτων στο εαυτό ή σε κάποιο άλλο και την αναβολή

	<i>Εαυτός_ Άλλος</i>	<i>Φύλο</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Σενάριο 1_αναβολή	Εαυτός	Άντρες	8.1379	3.60282	
		Γυναίκες	8.1806	2.98978	
	Άλλος	Άντρες	6.1250	3.04536	
		Γυναίκες	5.5846	2.88797	
Σενάριο 2_αναβολή	Εαυτός	Άντρες	6.7241	3.08101	
		Γυναίκες	6.2639	2.80338	
	Άλλος	Άντρες	4.8750	2.64880	
		Γυναίκες	4.4615	2.56221	
Σενάριο 3_αναβολή	Εαυτός	Άντρες	5.3448	3.03875	
		Γυναίκες	4.7500	2.92030	
	Άλλος	Άντρες	4.1250	2.72089	
		Γυναίκες	3.7385	2.60574	
Σενάριο 4_αναβολή	Εαυτός	Άντρες	4.7931	3.23352	
		Γυναίκες	3.8889	2.58138	
	Άλλος	Άντρες	3.6250	2.66095	
		Γυναίκες	3.3846	2.45390	
Σενάριο 5_αναβολή	Εαυτός	Άντρες	4.3103	2.91674	
		Γυναίκες	3.5694	2.73643	
	Άλλος	Άντρες	3.0313	2.59633	
		Γυναίκες	2.7692	2.19921	
			<i>V</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Εαυτός_ Άλλος	Wilks λ	0.955	2.247	0.066	

Πίνακας 4

Διαφορές μεταξύ των δυο φύλων σχετικά με την αναγνώριση των συμπτωμάτων στο εαυτό ή σε κάποιο άλλο και την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας

	<i>Εαυτός_ Άλλος</i>	<i>Φύλο</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Σενάριο 1_γιατρός	Εαυτός	Άντρες	7.2667	3.77773
		Γυναίκες	8.6795	3.77102
	Άλλος	Άντρες	10.4687	3.36954
		Γυναίκες	12.1000	2.56594
Σενάριο 2_γιατρός	Εαυτός	Άντρες	9.3000	3.75224
		Γυναίκες	10.8974	3.27759
	Άλλος	Άντρες	11.8125	2.63277
		Γυναίκες	13.1286	1.66743
Σενάριο 3_γιατρός	Εαυτός	Άντρες	11.1667	3.37418
		Γυναίκες	12.4487	2.39939
	Άλλος	Άντρες	12.4062	2.66227
		Γυναίκες	13.3143	1.44004
Σενάριο 4_γιατρός	Εαυτός	Άντρες	11.5000	3.32960
		Γυναίκες	13.2821	1.80114
	Άλλος	Άντρες	12.4687	2.62721
		Γυναίκες	13.5857	1.29091
Σενάριο 5_γιατρός	Εαυτός	Άντρες	12.2333	2.93238
		Γυναίκες	13.5513	1.68760
	Άλλος	Άντρες	13.2188	2.15128
		Γυναίκες	13.8000	1.02999

		<i>V</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Εαυτός_ Άλλος	Wilks λ	0.858	8.374	0.000

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥΣ

Τέλος χρησιμοποιήσαμε τον συντελεστή συσχέτισης Pearson r γιατί θέλαμε να ελέγξουμε σε ποιο βαθμό η μια μεταβλητή (=αντίληψη συμπτωμάτων) σχετίζεται με την άλλη μεταβλητή (=άγχος υγείας). Ουσιαστικά θέλαμε να συγκρίνουμε κατά πόσο με την αναγνώριση κάποιων συμπτωμάτων εκφράζουν άγχος για την υγεία τους, μέσω της περιγραφής μιας ασθένειας η οποία εξελίσσεται σε πέντε σενάρια.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο άγχος υγείας και την αντίληψη των συμπτωμάτων για κάθε σενάριο στην περίπτωση αναβολής και αναζήτησης ιατρικής βοήθειας.

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5

Συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος υγείας και την αντίληψη των σωματικών συμπτωμάτων

	Αναβολή Σενάριο 1	Αναβολή Σενάριο 2	Αναβολή Σενάριο 3	Αναβολή Σενάριο 4	Αναβολή Σενάριο 5
Άγχος υγείας Pearson Correlation	-0.111	-0.039	-0.028	0.016	0.100
P	0.112	0.579	0.687	0.819	0.151
N	208	209	208	203	208

	Γιατρός Σενάριο 1	Γιατρός Σενάριο 2	Γιατρός Σενάριο 3	Γιατρός Σενάριο 4	Γιατρός Σενάριο 5
Άγχος υγείας Pearson Correlation	0.117	0.094	0.055	0.065	-0.012
P	0.092	0.176	0.431	0.350	0.866
N	210	210	210	210	210

Α. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να ελέγξει κατά πόσο τα άτομα αναγνωρίζοντας την εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων στο σώμα τους ενεργοποιούνται να κάνουν κάτι για αυτό, αναζητώντας την κατάλληλη βοήθεια από τις ιατρικές υπηρεσίες ή από τους ανάλογους ειδικούς, ή προσπαθούν να το αγνοήσουν. Με λίγα λόγια από την στιγμή που παραδέχονται την εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων τι κάνουν για αυτό. Επιπρόσθετα εξετάζει τις διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα όσο αφορά τον τρόπο αντίδρασης τους στην αναγνώριση των σωματικών συμπτωμάτων. Καθώς επίσης, μελετά τις διαφορές ανάμεσα στον «εαυτό» και τον «άλλο» στην παρουσία κάποιων συμπτωμάτων στο σώμα τους. Σε τελευταίο επίπεδο εξετάζει την σχέση μεταξύ του άγχους υγείας και την εμφάνιση των σωματικών συμπτωμάτων. Εν μέρει κάποιες από τις υποθέσεις της έρευνας επιβεβαιώνονται, καθώς και ένα μεγάλο μέρος των αποτελεσμάτων συνάδουν και με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών.

Με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση, έχει αποδειχθεί ότι το φύλο επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τα συμπτώματα, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αντιδρούμε από την στιγμή που τα αναγνωρίσουμε. Τόσο παλαιότερες (Katz & Criswell, 1996) όσο και πιο πρόσφατες (Martinez et al., 2007) έρευνες διαπιστώνουν πως οι γυναίκες αντιλαμβάνονται πιο γρήγορα την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων, σε σύγκριση με τους άντρες. Παρόλα αυτά η παρούσα μελέτη, φαίνεται να επιβεβαιώνει μερικώς τα ευρήματα των προηγούμενων ερευνών. Συγκεκριμένα στην πρώτη περίπτωση που ελέγξαμε τις διαφορές των δυο φύλων ως προς την αναγνώριση των συμπτωμάτων βρέθηκε να μην υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ τους. Στην δεύτερη όμως περίπτωση φάνηκε να επιβεβαιώνονται τα παραπάνω αποτελέσματα μιας και υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες. Αυτό που αποδεικνύουν τα αποτελέσματα στην δεύτερη περίπτωση είναι ότι οι γυναίκες αναγνωρίζουν με περισσότερη ευκολία την εμφάνιση των σωματικών συμπτωμάτων, σε αντίθεση με τους άντρες. Ο λόγος για τον οποίο πιθανόν να μην συμφωνούν τα ευρήματα μας και στις δυο περιπτώσεις οφείλεται μάλλον στο μικρό αριθμό του δείγματος μας. Λόγω του περιορισμένου αριθμού των συμμετεχόντων της εν λόγω έρευνας, καλό θα ήταν, να επανεξεταστεί η συγκεκριμένη υπόθεση με ένα μεγαλύτερο

αριθμό συμμετεχόντων προκειμένου να ελεγχθεί η παραπάνω υπόθεση ώστε να μπορούν να γενικευθούν τα αποτελέσματα.

Επιπρόσθετα ένα μεγάλο μέρος της προκειμένης μελέτης εστιάζει στις διαφορές ανάμεσα στην εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων στο ίδιο μας το σώμα, σε σύγκριση με το εάν το εμφάνιζε κάποιος γνωστός μας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στον «εαυτό» και τον «άλλο» σχετικά με την αναγνώριση των σωματικών συμπτωμάτων. Με λίγα λόγια τα άτομα θα παρακινήσουν με περισσότερη ευκολία ένα γνωστό τους, τον σημαντικό «άλλο», να αναζητήσει βοήθεια, σε σύγκριση με τον ίδιο τους τον εαυτό. Θεωρούν ότι από την στιγμή που οι ίδιοι αναγνωρίσουν ένα σωματικό σύμπτωμα δεν είναι κάτι σημαντικό, επομένως προτιμούν να το αγνοήσουν. Από την στιγμή όμως που το παρουσιάσει ένας άλλος τότε τα πράγματα είναι περισσότερο σοβαρά, αρά είναι καλύτερα να απευθυνθεί σε κάποιο ειδικό. Παρόμοια αποτελέσματα περιγράφονται και στους Αναγνωστόπουλος και Ποταμιάνος (2011) όπου αναφέρουν ότι τα ίδια τα άτομα τείνουν να αγνοούν τα σωματικά συμπτώματα, παρά τις επισημάνσεις των δικών τους ατόμων. Έχοντας υπόψη τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αλλά και άλλων ερευνών που έγιναν πιο πριν βλέπουμε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στον «εαυτό» και τον «άλλο».

Παρόλα αυτά η μελέτη επικεντρώνεται και στις πιθανές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα όσο αφορά τον «εαυτό» και τον «άλλο» και την εμφάνιση των συμπτωμάτων στο σώμα. Οι αναλύσεις των δεδομένων αποδεικνύουν πως οι γυναίκες θα παρακινήσουν με περισσότερη ευκολία κάποιο να επισκεφτεί ένα ιατρό από την στιγμή που αναγνωρίσουν ένα σύμπτωμα στο σώμα τους, σε αντίθεση με τους άντρες. Οι Lee, Dedios, Fong, Simonette, και Lee (2013) αποκαλύπτουν με τα ευρήματα τους ότι οι γυναίκες κινητοποιούν πιο γρήγορα τους σημαντικούς άλλους να κάνουν κάτι από την στιγμή που εντοπίσουν ένα σωματικό σύμπτωμα. Βλέπουμε για ακόμη μια φορά την επίδραση του ισχυρού φύλου στην αντίληψη των συμπτωμάτων και την ενεργοποίησή τους σε αυτό. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί πως μελλοντικές έρευνες πρέπει να στρέψουν την προσοχή τους στα δείγματα ανδρών και γυναικών, έχοντας υπόψη τους ότι τα δυο φύλα αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο στην παρουσία κάποιων συμπτωμάτων, για αυτό πρέπει

να εστιάσουν περισσότερο εκεί. Με αυτό τον τρόπο θα έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με τις διαφορές των αντρών και των γυναικών αναφορικά με την αντίληψη των σωματικών συμπτωμάτων.

Επιπρόσθετα η σχετική βιβλιογραφία φαίνεται να αποδεικνύει μια αρνητικώς συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος για την υγεία και την αντίληψη των συμπτωμάτων. Δηλαδή, από την στιγμή που τα άτομα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους για την υγεία τους είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αντίληψης της υγείας τους, αλλά και ειδικότερα των σωματικών συμπτωμάτων (Wu, Parkerson & Doraiswamy, 2002). Ωστόσο η δική μας έρευνα δεν φάνηκε να επιβεβαιώνει τα παραπάνω αποτελέσματα, μιας και δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος της υγείας και στην αντίληψη των συμπτωμάτων. Ούτε στην μια περίπτωση, δηλαδή αυτή της αναβολής, ούτε στην άλλη, αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση. Ένας από τους λόγους για τους οποίους ίσως τα αποτελέσματα να μην συμφωνούν με αυτά της διεθνής βιβλιογραφίας είναι το ηλικιακό εύρος του δείγματος. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν μεταξύ της ηλικίας 18 – 22 ετών, επομένως ήταν περισσότερο πιθανόν να μην γνώριζαν για την σοβαρότητα των εν λόγω συμπτωμάτων και ασθένειας, λόγω της εμπειρίας τους (Goff et al., 1998).

Αυτό που πρέπει να κρατήσουμε από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι οι γυναίκες θα ανησυχίσουν περισσότερο όταν αναγνωρίσουν ένα σύμπτωμα και θα παρακινήσουν με περισσότερη ευκολία τους γνωστούς τους να κάνουν κάτι για αυτό σε σχέση με τον ίδιο τους τον εαυτό, σε αντίθεση με τους άντρες. Αυτό το βλέπουμε και στην πράξη μιας και οι γυναίκες από την στιγμή που εντοπίσουν ένα σωματικό σύμπτωμα σε ένα σημαντικό μέλος της οικογένειάς τους, αμέσως θα τον παρακινήσουν να πάνε στο γιατρό. Με αποτέλεσμα κάποιες φορές να ανησυχούν και να ιατροκοποούν κάποια συμπτώματα περισσότερο από ότι θα έπρεπε. Αποτελεί ενδιαφέρον να δούμε τους λόγους για τους οποίους παρουσιάζουν αυτές τις συμπεριφορές τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες. Τι είναι τελικά αυτό που τους κάνει να διαφέρουν τόσο στην αναγνώριση όσο και στον τρόπο αντίδρασης; Η εμπειρία, η ηλικία ή υπάρχει κάτι άλλο;

Ακόμη, όπως κάθε έρευνα έχει τους δικούς της περιορισμούς και η δική μας είχε κάποιους περιορισμούς. Ο πρώτος περιορισμός αναφέρεται στο αριθμό του δείγματος, ο οποίος ήταν σχετικά περιορισμένος και κατά συνέπεια, δεν είναι αντιπροσωπευτικός του γενικού πληθυσμού, έτσι δεν έχουμε την δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Επιπλέον κυμαίνεται μόνο σε ένα καθορισμένο εύρος ηλικιακών ομάδων, επομένως δεν μπορούμε να έχουμε εικόνα για τις ηλικίες που δεν περιλαμβάνονται στο δείγμα μας. Το δείγμα απευθυνόταν και σε νεαρότερα άτομα επομένως ήταν περισσότερο φυσικό να μην αντιμετωπίζουν κάποια σοβαρή χρόνια ασθένεια, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να δούμε τι θα γινόταν εάν το δείγμα μας αποτελείτο από ασθενείς.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν κάλλιστα να επαναλάβουν την συγκεκριμένη έρευνα και σε μεγαλύτερες ηλικίες ώστε να επαληθευθούν τα ευρήματα. Καθώς επίσης, μπορεί να αναφέρεται και σε ένα δείγμα ασθενών προκειμένου να δούμε τις δικές τους αντιλήψεις για τα συμπτώματα, μιας και η εμπειρία φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην αντίληψη των συμπτωμάτων (Goff et al., 1998). Σε αυτό το σημείο, θα ήταν εξίσου σημαντικό να γίνει συσχέτιση του άγχους υγείας και της αντίληψης των συμπτωμάτων, σε ένα δείγμα ασθενών και μεγαλύτερης ηλικίας. Τέλος, θα ήταν καλό να γίνουν κάποιες μελέτες που θα αναφέρονται στην αντίληψη της υγείας και της ασθένειας σε σχέση με τον «εαυτό» και τον σημαντικό «άλλο».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναγνωστόπουλος, Φ. & Ποταμιάνος, Γ. (Επιμ.). (2011). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Πεδίο.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86–94. doi:10.1016/j.beth.2006.05.001
- Alberts, N. M., Sharpe, D., Kehler, M. D., & Hadjistavropoulos, H. D. (2011). Health anxiety: comparison of the latent structure in medical and non-medical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 612–614. doi:10.1016/j.janxdis.2011.01.011
- Anttila, S., Knuuttila, M., Ylöstalo, P., & Joukamaa, M. (2006). Symptoms of depression and anxiety in relation to dental health behavior and self-perceived dental treatment need. *European Journal of Oral Sciences*, 114(2), 109–114. doi:10.1111/j.1600-0722.2006.00334.x
- Ayers, S. et al. (2007). *Psychology, health and medicine* (2^η έκδ.). New York: Cambridge university press.
- Back, M., Krabbendam, L., Delespaul, P., Huistra, K., Walraven, W., & van Os, J. (2008). Executive function does not predict coping with symptoms in stable patients with a diagnosis of schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 8(39), 1-9. doi:10.1186/1471-244X-8-39

Banzett, R. B., Dempsey, J. A., Donnell, D. E. O., & Wamboldt, M. Z. (2000). NHLBI workshop summary symptom perception and respiratory sensation in asthma. *Am J Respir Crit Care Med*, *162*, 1178-1182.

Bruijnzeels, M. A., Foets, M., van der Wouden, J. C., van den Heuvel, W. J., & Prins, A. (1998). Everyday symptoms in childhood: occurrence and general practitioner consultation rates. *The British Journal of General Practice* : *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, *48*(426), 880–884. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1409911&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Claeson, A. S., Lidén, E., Nordin, M., & Nordin, S. (2013). The role of perceived pollution and health risk perception in annoyance and health symptoms: a population-based study of odorous air pollution. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *86*(3), 367–374. doi:10.1007/s00420-012-0770-8

Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, *6*(6), 240–246. doi:10.1016/j.mppsy.2007.03.005

Eisenbarth, C. (2012). Does self-esteem moderate the relations among perceived stress, coping, and depression? *College Student Journal*, *46*(1), 149–157. <http://0-content.ebscohost.com.library.ucc.ie/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=73951026&S=R&D=s3h&EbscoContent=dGJyMNLe80SeprI4v+bwOLCmr0uep65Ssae4S7eWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGpsk21qa9LuePfgex44Dt6fIA\nhttp://searc>

h.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2012-18560-016&site=ehost-live&scope=cite

- Evangelista, L. S., Kagawa-Singer, M., & Dracup, K. (2001). Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*, 30(3), 167–176. doi:10.1067/mhl.2001.114893
- Ferguson, E. (2009). A taxometric analysis of health anxiety. *Psychological Medicine*, 39(2), 277–285. doi:10.1017/S0033291708003322
- Fryer, G. E. Green, L. A., Dovey, S. M., Yawn, B. P., Philips, R. L., & Lanier, D. (2003). Variation in the ecology of medical care. *The Annals of Family Medicine*, 1(2), 81–89. doi:10.1370/afm.52
- Gijsbers, C. M. T. & Kolk, A. M. (1996). Psychometric evaluation of symptom perception related measures. *Pergamon*, 20(1), 55-70.
- Goff, D. C. et al. (2014). Knowledge of heart attack symptoms in a population survey in the united states. *Original Investigation*, 158, 2329–2338.
- Goodwin, L., Fairclough, S. H., & Poole, H. M. (2013). A cognitive-perceptual model of symptom perception in males and females: the roles of negative affect, selective attention, health anxiety and psychological job demands. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 848–857. doi:10.1177/1359105312456321
- Hadjistavropoulos, H. D., Craig, K. D., & Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. *Behaviour*

Research and Therapy, 36(2), 149–164. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9613022>

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

Helmer, S. M., Krämer, A., & Mikolajczyk, R. T. (2012). Health-related locus of control and health behaviour among university students in north Rhine Westphalia, Germany. *BMC Research Notes*, 5, 703-710. doi:10.1186/1756-0500-5-703

Howren, M. B., & Suls, J. (2011). The symptom perception hypothesis revised: depression and anxiety play different roles in concurrent and retrospective physical symptom reporting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 182–95. doi:10.1037/a0021715

Jasper, F., & Witthöft, 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

Jensen, K. B., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., Marcus, H., Williams, S. C. R., Choy, E., Mainguy, Y., Gracely, R., Ingvar, M., & Kosek, E. (2010). Anxiety and depressive symptoms in fibromyalgia are related to poor perception of health but not to pain sensitivity or cerebral processing of pain. *Arthritis and Rheumatism*, 62(11), 3488–3495. doi:10.1002/art.27649

Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα :
Τυπωθητώ.

Karademas, E. C. (2009). Effects of exposure to the suffering of unknown persons on health-related cognitions, and the role of mood. *Health, 13*(5), 491–504. doi:10.1177/1363459308336793

Karademas, E. C., Karamvakalis, N., & Zarogiannos, A. (2009). Life context and the experience of chronic illness : is the stress of life associated with illness perceptions and coping ? *Stress and Health, 25*(2009), 405–412. doi:10.1002/smi.1252

Karademas, E. C., & Petrakis, C. (2009). The relation of intrinsic religiousness to the subjective health of Greek medical inpatients: the mediating role of illness-related coping. *Psychology, Health & Medicine, 14*(4), 466–475. doi:10.1080/13548500902923185

Karademas, E. C., Tsalikou, C., & Tallarou, M. C. (2011). The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health. *Journal of Health Psychology, 16*(3), 510–519. doi:10.1177/1359105310392093

Karademas, E. C., Zarogiannos, A., & Karamvakalis, N. (2010). Cardiac patient-spouse dissimilarities in illness perception: Associations with patient self-rated health and coping strategies. *Psychology & Health, 25*(4), 451–463. doi:10.1080/08870440802652089

- Katz, P. P., & Criswell, L. A. (1996). Differences in symptom reports between men and women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 9(6), 441–448. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9136287>
- Kolk, A. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S., & Gijsbers van Wijk, C. M. T. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2343–2354. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14572841>
- Koszegi, B. (2003). Health anxiety and patient behavior. *Journal of Health Economics*, 22(6), 1073–1084. doi:10.1016/j.jhealeco.2003.06.002
- Lee, E., Dedios, S., Fong, M. W. M., Simonette, C., & Lee, G. K. (2013). Gender differences in coping among spousal caregivers of persons with multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation*, 79(4), 46–54.
- Lucock, M. P., & Morley, S. (1996). The health anxiety questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1(2), 137–150. doi:10.1111/j.2044-8287.1996.tb00498.x
- Martinez, C. H. et al. (2012). Gender differences in symptoms and care delivery for chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Women's Health (2002)*, 21(12), 1267–74. doi:10.1089/jwh.2012.3650
- Matejkowski, J., Lee, S., Henwood, B., Lukens, J., & Weinstein, L. C. (2013). Perceptions of health intervene in the relationship between psychiatric symptoms and quality of life for individuals in supportive housing. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(4), 469–475. doi:10.1007/s11414-013-9346-y

- McCracken, L. M., Zayfert, C., & Gross, R. T. (1992). The pain anxiety symptoms scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain, 50*(1), 67–73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1513605>
- McGrady, M. E., Cotton, S., Rosenthal, S. L., Roberts, Y. H., Britto, M., & Yi, M. S. (2010). Anxiety and asthma symptoms in urban adolescents with asthma: the mediating role of illness perceptions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*(4), 349–356. doi:10.1007/s10880-010-9214-3
- Olveira, C., Olveira, G., Gaspar, I., Dorado, A., Cruz, I., Soriguer, F., Quittner, A. L., & Espildora, F. (2013). Depression and anxiety symptoms in bronchiectasis: associations with health-related quality of life. *Quality of Life Research, 22*(3), 597–605. doi:10.1007/s11136-012-0188-5
- Paschali, A. A, Mitsopoulou, E., Tsaggarakis, V., & Karademas, E. C. (2012). Changes in health perceptions after exposure to human suffering: using discrete emotions to understand underlying processes. *Plos One, 7*(4), 1-8. e35854. doi:10.1371/journal.pone.0035854
- Paschalides, C., Wearden, A. J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R., & Dickens, C. M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(6), 557–564. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.03.006

- Petersen, S., van den Berg, R. A., Janssens, T., & Van den Bergh, O. (2011). Illness and symptom perception: a theoretical approach towards an integrative measurement model. *Clinical Psychology review, 31*(3), 428–439. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.002
- Ρούσσοι, Π. Α. & Τσαούσης, Γ. (2011). *Στατιστική στις επιστήμες της συμπεριφοράς με τη χρήση του SPSS*. Αθηνά: Τόπος.
- Reiff, M., Zakut, H., & Weingarten, M. A. (1999). Illness and treatment perceptions of Ethiopian immigrants and their doctors in Israel. *American Journal of Public Health, 89*(12), 1814–1818.
- Salkovskis, P. M. & Warwick, H.M. (1986). Case histories and shorter communications. *Pergamon Journals, 24*(5), 597–602.
- Schmitz, J., Blechert, J., Krämer, M., Asbrand, J., & Tuschen-Caffier, B. (2012). Biased perception and interpretation of bodily anxiety symptoms in childhood social anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 53, 41*(1), 92–102. doi:10.1080/15374416.2012.632349
- Snell, W.E. & Johnson, G. (1997). The multidimensional health questionnaire. *American Journal of Health Behavior, 21*, 33-42.
- Stein, M. B., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Lenox, R. J., & Dresselhaus, T. R. (2004). Relationship of sexual assault history to somatic symptoms and health anxiety in women. *General Hospital Psychiatry, 26*(3), 178–183. doi:10.1016/j.genhosppsy.2003.11.003

- Von Leupoldt, A., & Dahme, B. (2013). The impact of emotions on symptom perception in patients with asthma and healthy controls. *Psychophysiology*, 50(1), 1–4. doi:10.1111/j.1469-8986.2012.01480.x
- Warwick, H. M. C. (1989). A cognitive – behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(6), 705–711.
- Wells, A. (1991). Effects of dispositional self-focus, appraisal and attention instructions on responses to a threatening stimulus. *Anxiety Research*, 3(4), 291–301. doi:10.1080/08917779108248758
- Wu, L. R., Parkerson, G. R., & Doraiswamy, P. M. (2002). Health perception, pain, and disability as correlates of anxiety and depression symptoms in primary care patients. *Journal of the American Board of Family Practice*, 15(3), 183–190. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12038724>
- Yartz, A. R., Zvolensky, M. J., Gregor, K., Feldner, M. T., & Leen-Feldner, E. W. (2005). Health perception is a unique predictor of anxiety symptoms in non-clinical participants. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(2), 65–74. doi:10.1080/16506070510010611
- Zborowski, M. (1952). Cultural components in response to pain. *J Soc Issues*, 8(4), 16–30.
- Zvolensky, M. J., Solomon, S. E., McLeish, A. C., Cassidy, D., Bernstein, A., Bowman, C. J., & Yartz, A. R. (2006). Incremental validity of mindfulness-based attention in

relation to the concurrent prediction of anxiety and depressive symptomatology and perceptions of health. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(3), 148–158.

doi:10.1080/16506070600674087

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Γ'

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

Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	
5	4	3	2	1

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

Ερωτηματολόγιο Ε'

1) Παρακαλώ, διαβάστε με προσοχή το παρακάτω κείμενο που αφορά σε κάποια συμπτώματα.

Ένα άτομο ένωθε κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες αδυναμία και είχε ανεβώσει πυρετό. Παράλληλα, είχε βήχα που κάποιες στιγμές γινόταν έντονος.

Τώρα, φανταστείτε παρακαλώ ότι εσείς προσωπικά έχετε τα συμπτώματα που περιγράφονται αμέσως παραπάνω.

Αν, λοιπόν, είχατε εσείς τα συμπτώματα αυτά...

1. Πόσο πιθανό θα θεωρούσατε ότι κάτι δεν πάει καλά με την υγεία σας; (κυκλώστε την απάντησή σας)

Καθόλου Πιθανό			Μέτρια πιθανό			Βέβαιο ότι κάτι δεν πάει καλά
1	2	3	4	5	6	7

2. Σε ποιο βαθμό θα θεωρούσατε τα συμπτώματα αυτά επικίνδυνα για την υγεία σας;

Καθόλου			Μέτρια			Πάρα πολύ
1	2	3	4	5	6	7

3. Αν είχατε εσείς τα παραπάνω συμπτώματα, σε ποιο βαθμό θα τα θεωρούσατε ενδεικτικά μιας σοβαρής ασθένειας;

Καθόλου			Μέτρια			Πάρα πολύ
1	2	3	4	5	6	7

4. Ποια πιθανή ασθένεια (ή ασθένειες) σας έρχεται στο μυαλό;

- Καμία []
- Η εξής ασθένεια (ή ασθένειες): _____

Αν αναφέρατε κάποια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο σκεφτήκατε αυτή την ασθένεια.

Αν δεν αναφέρατε κάποια ασθένεια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο θεωρείτε ότι τα συμπτώματα αυτά δεν σχετίζονται με κάποια ασθένεια.

5. Αν είχατε εσείς τα παραπάνω συμπτώματα, όπως αυτά περιγράφονται ακριβώς (προσπαθήστε να φανταστείτε τον εαυτό σας έτσι: *νιώθατε κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες αδυναμία και είχατε ανεβάσει πυρετό. Παράλληλα, είχατε βήχα που κάποιες στιγμές γινόταν έντονος*), πόσο πιθανό θεωρείτε ότι θα προβαίνατε σε κάθε μία από τις παρακάτω ενέργειες; (Βάλτε σε κύκλο την κατάλληλη για σας απάντηση)

<i>Αν είχατε τα συμπτώματα αυτά, πόσο πιθανό θεωρείτε...</i>	Απίθανο		Μέτρια πιθανό			Βέβαιο	
	1	2	3	4	5	6	7
1) να μην δώσετε σημασία;	1	2	3	4	5	6	7
2) να μιλήσετε με κάποιο γνωστό ή συγγενή σας;	1	2	3	4	5	6	7
3) να συγκεντρώσετε πληροφορίες (π.χ., από το διαδίκτυο, γνωστούς κλπ.);	1	2	3	4	5	6	7
4) να προσπαθήσετε να ξεκουραστείτε ή ηρεμήσετε για να περάσουν;	1	2	3	4	5	6	7

5) να αφήσετε να περάσουν από μόνα τους;	1	2	3	4	5	6	7
6) να αφήσετε να περάσει κάποιος καιρός ώστε να δείτε πώς θα εξελιχθεί η κατάσταση;	1	2	3	4	5	6	7
7) να πάρετε κάποιο φάρμακο από αυτά που έχετε ήδη στο σπίτι (π.χ., παυσίπονα);	1	2	3	4	5	6	7
8) να αναζητήσετε κάποιο φάρμακο από άλλους ή το φαρμακείο (χωρίς συνταγή);	1	2	3	4	5	6	7
9) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, αν κάτι τέτοιο ήταν εύκολο;	1	2	3	4	5	6	7
10) να επισκεφτείτε ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, ακόμα και αν κάτι τέτοιο δεν ήταν εύκολο (π.χ., μένετε μακριά, δεν έχετε χρόνο, έχετε άλλες δυσκολίες);	1	2	3	4	5	6	7

5) Παρακαλώ, διαβάστε με προσοχή το παρακάτω κείμενο που αφορά σε κάποια συμπτώματα.

Ένα άτομο ένωθε κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες μεγάλη αδυναμία, ανορεξία και έχασε βάρος. Πονούσε επίμονα στο στήθος και σε άλλα σημεία του σώματος και είχε υψηλό πυρετό. Παράλληλα, είχε πολύ έντονο βήχα, δυσκολία στην αναπνοή, και κάποιο πρήξιμο στο λαιμό και το πρόσωπο. Επίσης, είχε αιμόπτυση κάποιες φορές, ενώ μία ή δύο φορές φάνηκε να χάνει τον ειρμό της σκέψης του.

Τώρα, φανταστείτε παρακαλώ ότι κάποιος γνωστός σας έχει τα συμπτώματα που περιγράφονται παραπάνω.

Αν, λοιπόν, κάποιος γνωστός σας είχε τα συμπτώματα αυτά...

1. Πόσο πιθανό θα θεωρούσατε ότι κάτι δεν πάει καλά με την υγεία του; (κυκλώστε την απάντησή σας)

Καθόλου Πιθανό				Μέτρια πιθανό			Βέβαιο ότι κάτι δεν πάει καλά
1	2	3	4	5	6	7	

2. Σε ποιο βαθμό θα θεωρούσατε τα συμπτώματα αυτά επικίνδυνα για την υγεία του;

Καθόλου			Μέτρια		Πάρα πολύ
1	2	3	4	5	6
					7

3. Αν είχε κάποιος γνωστός σας τα παραπάνω συμπτώματα, σε ποιο βαθμό θα τα θεωρούσατε ενδεικτικά μιας σοβαρής ασθένειας;

Καθόλου			Μέτρια		Πάρα πολύ
1	2	3	4	5	6
					7

4. Ποια πιθανή ασθένεια (ή ασθένειες) σας έρχεται στο μυαλό;

- Καμία []
- Η εξής ασθένεια (ή ασθένειες): _____

Αν αναφέρατε κάποια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο σκεφτήκατε αυτή την ασθένεια.

Αν δεν αναφέρατε κάποια ασθένεια, πείτε παρακαλώ με δυο λόγια για ποιο λόγο θεωρείτε ότι τα συμπτώματα αυτά δεν σχετίζονται με κάποια ασθένεια.

5. Αν είχε κάποιος γνωστός σας τα παραπάνω συμπτώματα, όπως αυτά περιγράφονται ακριβώς (προσπαθήστε να τον φανταστείτε έτσι: *ένιωθε κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες μεγάλη αδυναμία, ανορεξία και έχασε βάρος. Πονούσε επίμονα στο στήθος και σε άλλα σημεία του σώματος και είχε υψηλό πυρετό. Παράλληλα, είχε πολύ έντονο βήχα, δυσκολία στην αναπνοή, και κάποιο πρήξιμο στο λαιμό και το πρόσωπο. Επίσης, είχε αιμόπτυση κάποιες φορές, ενώ μία ή δύο φορές φάνηκε να χάνει τον ειρμό της σκέψης του*), πόσο πιθανό θεωρείτε ότι θα του προτείνατε εσείς κάθε μία από τις παρακάτω ενέργειες; (Βάλτε σε κύκλο την κατάλληλη για σας απάντηση)

Αν κάποιος γνωστός σας είχε τα συμπτώματα αυτά, πόσο πιθανό θα ήταν να του προτείνετε...	Απίθανο		Μέτρια πιθανό			Βέβαιο	
	1	2	3	4	5	6	7
1) να μην δώσει σημασία;	1	2	3	4	5	6	7
2) να μιλήσει με κάποιο γνωστό ή συγγενή;	1	2	3	4	5	6	7
3) να συγκεντρώσει πληροφορίες (π.χ., από το διαδίκτυο, γνωστούς κλπ.);	1	2	3	4	5	6	7
4) να προσπαθήσει να ξεκουραστεί ή να ηρεμήσει για να περάσουν;	1	2	3	4	5	6	7
5) να αφήσει να περάσουν από μόνα τους;	1	2	3	4	5	6	7
6) να αφήσει να περάσει κάποιος καιρός ώστε να δει πώς θα εξελιχθεί η κατάσταση;	1	2	3	4	5	6	7
7) να πάρει κάποιο φάρμακο από αυτά που έχει ήδη στο σπίτι (π.χ., παυσίπονα);	1	2	3	4	5	6	7

8) να αναζητήσει κάποιο φάρμακο από άλλους ή το φαρμακείο (χωρίς συνταγή);	1	2	3	4	5	6	7
9) να επισκεφτεί ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, αν κάτι τέτοιο ήταν εύκολο;	1	2	3	4	5	6	7
10) να επισκεφτεί ένα γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας, ακόμα και αν κάτι τέτοιο δεν ήταν εύκολο (π.χ., μένει μακριά, δεν έχει χρόνο, έχει άλλες δυσκολίες, δεν θέλει);	1	2	3	4	5	6	7