

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

ΣΟΦΙΑ ΑΡΑΒΟΥ

**ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΦΟΒΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΦΟΒΙΚΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Επιβλέπων: Καθηγητής Σ. ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΥ

**ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ
ΑΝΑΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΝ. ΣΤΑΛΙΚΑΣ
ΑΝΑΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Γ. ΚΑΤΕΡΕΛΟΣ**

Αθήνα 2008

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

ΣΟΦΙΑ ΑΡΑΒΟΥ

***ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΦΟΒΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΦΟΒΙΚΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ***

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Επιβλέπων: Καθηγητής Σ. ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΥ

**ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ
ΑΝΑΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΝ. ΣΤΑΛΙΚΑΣ
ΑΝΑΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Γ. ΚΑΤΕΡΕΛΟΣ**

Αθήνα, 2008

Πίνακας εξωφύλλου:
«Υπέρβαση» από τη σειρά «Μειονότητες, Σπαρτοί Καινο-τομείς»,
της Σοφίας Αράβου, 2006 (ακρυλικό, 1 m x 1 m)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....Σελ.

Ευχαριστίες.....

A ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή 1

Κεφάλαιο – 1

*Κοινωνική Ψυχολογία. Διερεύνηση και μεθόδευση ανάδυσης του
αθέατου παρασκήνιου της κοινωνικής σκηνής 15*

Κεφάλαιο – 2

*Η Κοινωνική Επιρροή, κεφαλαιώδης συμβολή στη διαμόρφωση του
κοινωνιοψυχολογικού προφίλ, του κοινωνικού ελέγχου και της κοινωνικής
αλλαγής.....27*

2.1 Το Λειτουργικό Μοντέλο της ενδοτικότητας.....29

2.2 Το Μειονοτικό – Γενετικό Μοντέλο της ιδεολογικής
μεταστροφής34

2.3 Κοινωνική επιρροή μέσα στην κοινωνική πραγματικότητα50

2.4 Τα παράδοξα του ειδικού στην κοινωνική επιρροή53

2.5 Άρρητες θεωρίες κοινωνικής επιρροής.....59

Κεφάλαιο – 3

*Ψυχολογιοποίηση. Οι αποδόσεις της συμπεριφοράς και του λόγου
στα ατομικά χαρακτηριστικά 61*

Κεφάλαιο – 4

*Θεωρία Επεξεργασίας της Σύγκρουσης (ΘΕΣ). Ενεργοποίηση της
νοητικής διεργασίας μέσω αντιθέσεων 71*

Κεφάλαιο – 5

*Μηνύματα πρόκλησης φόβου στην Αγωγή Υγείας - **Fear appeal** 83*

5.1 Θεωρητικά μοντέλα του fear appeal. Πλεονεκτήματα-
Μειονεκτήματα87

5.2 Συγκερασμός των μοντέλων fear appeal. Παρουσίαση
σύγχρονων ερευνών96

Κεφάλαιο – 6

Το άγχος για τον οδοντίατρο 107

6.1 Επιπολασμός - συχνότητα εμφάνισης στους πληθυσμούς	109
6.2 Αιτιολογία	116
6.3 Αξιολόγηση.....	122
6.4 Συσχετίσεις του οδοντιατρικού άγχους	128
6.5 Η φύση του πόνου.....	132
6.6 Αντιμετώπιση του οδοντιατρικού άγχους.....	137

B ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο – 7

<i>Μεθοδολογικές σημειώσεις και πειραματικός σχεδιασμός</i>	143
7.1 Το ερωτηματολόγιο στάθμισης του οδοντιατρικού άγχους ΜΙΔΑΣ.....	148
7.2 Το ερωτηματολόγιο Μειονοκεντρισμού-Πλειονοκεντρισμού	150
7.3 Το Ερωτηματολόγιο γνώμης των σχέσεων οδοντίατρου- ασθενή, ΕΡΟΣ.....	151
7.4 Η σύγκρουση και τα κείμενα του πειραματικού χειρισμού	166
7.5 Το ερωτηματολόγιο της εικόνας της πηγής επιρροής	170

Κεφάλαιο – 8

<i>Η μετάφραση και η στάθμιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της κλίμακας MDAS (Modified Dental Anxiety Scale), για την ελληνική γλώσσα – Μεθοδολογία και υλικό</i>	173
8.1 Στάδιο I - Η Μετάφραση	179
8.2 Στάδιο II - Η Αξιοπιστία.....	181
8.3 Στάδιο III – Η Εγκυρότητα.....	185
8.4 Στάδιο IV – Τυποποίηση ελληνικών δεδομένων.....	189

Κεφάλαιο 9

<i>Διερεύνηση του ρόλου της ταυτότητας της πηγής επιρροής ως μειονότητα ή πλειονότητα, με επικέντρωση στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ή στο περιεχόμενο του μηνύματός της</i>	199
---	-----

Πείραμα I

9.1 Δείγμα και πειραματικός σχεδιασμός.....	201
9.2 Μεθοδολογία και Υλικό	203
9.3 Αποτελέσματα οδοντιατρικά φοβικών ασθενών	205
9.4 Αποτελέσματα οδοντιατρικά μη φοβικών ασθενών.....	207
9.5 Συγκρίσεις φοβικών -μη φοβικών οδοντιατρικών ασθενών	214
9.6 Συζήτηση.....	216

Κεφάλαιο 10

Η ταυτότητα της μειονοτικής πηγής (δημοκρατική ή με ηγέτη) και η επικέντρωση στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ή στο περιεχόμενο. Διαφοροποιήσεις στην επιρροή φοβικών και μη φοβικών οδοντιατρικών ασθενών-----221

Πείραμα II

10.1 Δείγμα και πειραματικός σχεδιασμός.....	223
10.2 Μεθοδολογία και Υλικό	227
10.3 Αποτελέσματα φοβικών-ιδεολογική συγγένεια.....	229
10.4 Αποτελέσματα μη φοβικών	234
10.5 Αποτελέσματα μη φοβικών- ιδεολογική συγγένεια	237
10.6 Εικόνα της πηγής επιρροής.....	241
10.7 Συζήτηση	252

Κεφάλαιο 11

*Μέση αλλαγή της τιμής του φόβου και του αριθμού, οδοντιατρικά περισσότερα φοβικών και μη φοβικών ασθενών. Σύγκριση θεωρητικής, στατιστικής και ατομικής (κλινικής) εγκυρότητας*257

Πείραμα III

11.1 Δείγμα και πειραματικός χειρισμός.....	259
11.2 Μεθοδολογία και υλικό	262
11.3 Αποτελέσματα.....	263
11.4 Ανάλυση I, βάσει του ΜΙΔΑΣ στο προτεστ.....	269
11.5 Ανάλυση II, βάσει του ΜΙΔΑΣ στο μετατεστ.....	276
11.6 Ανάλυση III, φοβικοί που μετατρέπονται σε μη φοβικούς και vs	281
11.7 Συζήτηση	284

Κεφάλαιο 12

*Ειδικό Ερωτηματολόγιο άρρητων θεωριών κοινωνικής επιρροής. Συνεκτικότητα μειονοκεντρικού προσανατολισμού οδοντιατρικά φοβικών ασθενών και λανθάνων πλειονοκεντρισμός των μη φοβικών.....*289

12.1 Εισαγωγή	290
12.2 Μεθοδολογία και Υλικό	292
12.3 Αποτελέσματα.....	295
12.4 Συζήτηση	302

Κεφάλαιο 13

Συνδυασμένα μοντέλα επιρροής στην Αγωγή Στοματικής Υγείας. Πρόκληση φόβου για την υγεία (fear appeal) και μειονοτική επιρροή (Πείραμα V).

Πιλοτικό πείραμα στάθμισης της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου για την Περιοδοντίτιδα ΕρΠε. Πληροφοριακή ισχύς και πειθώ, των μηνυμάτων μέτρου και χαμηλού φόβου(Πείραμα IV)..

<u>Πείραμα IV & Πείραμα V</u>	307
13.1 Μεθοδολογία και υλικό	310
13.2 Αποτελέσματα Πειράματος IV	317
13.3 Συζήτηση	329
13.4 Αποτελέσματα Πειράματος V για το σύνολο των υποκειμένων.....	334
13.5 Εικόνα της πηγής επιρροής.....	339
13.6 Συζήτηση	345
13.7 Αποτελέσματα για τα υποκείμενα που δεν έχουν άγχος για τον οδοντίατρο (ΜΙΔΑΣ Μ.Ο=5-12 Ν=87)	351
13.8 Εικόνα της πηγής επιρροής.....	356
13.9 Συζήτηση	361
Γενικά συμπεράσματα	367
Βιβλιογραφία	379
Παράρτημα	411
ΜΙΔΑΣ – Ερωτηματολόγιο οδοντιατρικής ανησυχίας.....	412
ΕΡΟΣ Ερωτηματολόγιο Οδοντιατρικών Σχέσεων	413
Κείμενο επιρροής.....	417
Μικρότερα κείμενα του πειραματικού χειρισμού	419
Εικόνα της πηγής επιρροής.....	422
Ερωτηματολόγιο Μειονοκεντρισμού– Πλειονοκεντρισμού	423
Ερωτηματολόγιο Περιοδοντίτιδας ΕρΠε.....	425
Κείμενο πειθούς Χαμηλού Φόβου (Χ.Φ)	426
Κείμενο πειθούς Μέτρου Φόβου (Μ.Φ).....	427

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Επιθυμώ να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή κ. Στάμο Παπαστάμου, καταρχάς για τις άβατες διανοητικές διαδρομές που ακολούθησε, ανοίγοντας καινούργιους δρόμους και προσφέροντάς μας το επιστημονικό του έργο. Για την καινοτόμο σκέψη και τη “διάπλατη ανοιχτή αγκαλιά” του προς τη διεπιστημονική συνεργασία, η οποία οδηγεί στην επιστημονική πληρότητα. Για την εμπιστοσύνη, κατά δεύτερο λόγο, που μου έδειξε με την πρώτη ματιά, ότι θα καταφέρω να φτάσω στο πέρας αυτής της διαδρομής. Ευχαριστώ, επίσης, τους αναπληρωτές καθηγητές κ.Αναστάσιο Σταλικά κ. Γιάννη Κατερέλο και κ. Γεράσιμο Προδρομίτη, για ό,τι μου πρόσφεραν με τις γνώσεις τους, για την υλοποίηση της διατριβής σε κλινικό ψυχολογικό και κοινωνιοψυχολογικό επίπεδο, αντίστοιχα. Τέλος, ευχαριστώ ιδιαίτερα όλους όσους συμμετείχαν στην έρευνα, αλλά και τους εκλεκτούς φίλους που βοήθησαν στην προσέγγισή τους.

Η διατριβή είναι αφιερωμένη με αγάπη στις κόρες μου Μάγκυ και Τίνα, στις οποίες, μέσα από τις συγκρούσεις μας και την απρόσκοπτη έκφραση των ιδεών και των πράξεών τους, διακρίνω με χαρά και ικανοποίηση την εξέλιξη και την ποιοτική καινοτομία της γενιάς τους – επικοινωνιακή, αισθητική, ιδιοσυγκρασιακή και διανοητική.

A ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με σεβασμό και συνείδηση της δυσκολίας του πονήματος της διεπιστημονικής συνεργασίας Βιολογικών και Κοινωνικών Επιστημών, επιχειρείται να τεκμηριωθεί στην παρούσα διατριβή, ένας απειροελάχιστος κόκκος της μέγιστης ωφέλειας που μπορεί να αντληθεί, εάν διαρθρωθούν με επιτυχία οι εκατέρωθεν υπάρχουσες θεωρίες. Ένας κόκκος που ευελπιστεί στο μέτρο των δυνατοτήτων του, να τεκμηριώσει κάποια ίχνη της ενορατικής σύλληψης φωτισμένων διανοητών αναφορικά με το γιγαντιαίο έργο του μέλλοντος, τον "Κολοσσό" που θα εδράζεται και θα ενώνει όμοιους όσο και αντίθετους επιστημονικούς πόλους. Που θα δημιουργεί απάνεμα, πλήρη και ασφαλή "λιμάνια" προς όφελος του ανθρώπου. Η προτεταμένη χείρα διεπιστημονικής συνεργασίας διευρύνει τους επιστημονικούς ορίζοντες. Επεκτείνεται και θάλλει εκεί που όλοι ελπίζουν και αποβλέπουν, στην πράξη όσο και στην ορθή, επωφελή εφαρμογή.

Πιθανότατα, η μεγαλύτερη δυσκολία μιας τέτοιας προσπάθειας είναι η "συνομιλία" με διαφορετικούς επιστημονικούς χώρους. Η προσπάθεια να γίνει κανείς κατανοητός από οδοντίατρους που δεν κατέχουν την κοινωνική ψυχολογία, αλλά και από ψυχολόγους που δεν κατέχουν τις βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος. Η λύση φαίνεται να είναι η απλούστευση των όρων. Η απόλυτα διδακτική και κατανοητή γλώσσα, από τους μη γνωρίζοντες εκατέρωθεν. Από τους μονοσήμαντα εκπαιδευμένους, τους "μη καλλιεργημένους", όπως αναφέρει ο Moscovici (1999). Εντούτοις, δεν μπορεί να αγνοηθεί το γεγονός ότι τόσο η Ιατρική όσο και η Ψυχολογία κατέχουν και οι δύο τη σημασία του στρες και τις νευροενδοκρινολογικές διαταραχές που μπορεί να πυροδοτήσει σε οξείες στρεσογόνους καταστάσεις, οι οποίες είναι σε θέση να οδηγήσουν μέχρι και στο θάνατο (Καλπάκογλου, 1997). Την

τροποποίηση από την άλλη μεριά του ανοσοποιητικού συστήματος, που δυνάμει μπορεί να προκαλέσει το άγχος, όταν παρατείνεται και μονιμοποιείται, με πιθανό αποτέλεσμα τις σωματοποιητικές διαταραχές και την εμφάνιση των ψυχοσωματικών ασθενειών (Στεφανής, 1990).

Οι οδοντιατρικές επεμβάσεις ανήκουν στις καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν εξαιρετικό άγχος και φόβο στους ασθενείς. Αυτό τους αποτρέπει από τη ζήτηση της οδοντιατρικής θεραπείας, με σοβαρές επιπτώσεις στη στοματική τους υγεία. Παράλληλα μπορεί να προκαλέσει βιολογικές μεταβολές έως και ανακοπή όταν η ανάγκη και ο πόνος αναγκάσουν τον ασθενή να επισκεφτεί τελικά τον οδοντίατρο. Στις περιπτώσεις αυτές, ακόμα και στην απλούστερη μορφή τους, αυξάνει το εργασιακό στρες του οδοντίατρου, στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει και να χειρισθεί αυτόν τον εξαιρετικά δύσκολο ασθενή. Αντιλαμβανόμαστε εκ τούτου ότι η μελέτη αυτής της "συμπεριφορικής παρέκκλισης" αποτελεί σημαντική συμβολή τόσο στη στοματική υγεία των οδοντιατρικών ασθενών, όσο και στη διευκόλυνση του έργου των οδοντιάτρων.

Μέχρι σήμερα η μελέτη και η προαγωγή των σχέσεων οδοντίατρου ασθενή έχει γίνει, όπως προκύπτει βιβλιογραφικά, με τη βοήθεια κυρίως των Συμπεριφορικών Επιστημών, ιδιαίτερα της Κλινικής Ψυχολογίας, αλλά και της Κοινωνιολογίας (Αράβου, 2001). Το ίδιο ισχύει και για την οδοντιατρική φοβία. Εντούτοις, όπως αναφέρει η Οδοντιατρική σχολή του Πανεπιστημίου του Σιάτλ, ένα ποσοστό 13,3% των οδοντιατρικά φοβικών παραμένει ακατηγοριοποίητο. Από την άλλη μεριά, η θεραπευτική αντιμετώπιση του φόβου για τον οδοντίατρο με τις ίδιες μεθόδους, έχει επιτυχία σε ποσοστό 46%. Το υπόλοιπο 54% παραπέμπεται συνήθως για γενική αναισθησία και ψυχοθεραπεία. Οι Επιστήμες της Συμπεριφοράς μελετούν αυτή την κλινική κατάσταση από

το 1960 (Corah, 1969), κυρίως σε επίπεδο ενδοατομικό (προσωπικότητα, ιδιοσυγκρασία), διατομικό (οικογένεια, φιλικό περιβάλλον, οδοντίατρος) και ελάχιστα στο διομαδικό και ιδεολογικό επίπεδο, με όποιες κοινωνικές επιπτώσεις μπορούν αυτά να επιφέρουν (Humphris και Kent, 1996). Χωρίς να μπορεί να αγνοηθεί η συμβολή τους στην αντιμετώπιση του οδοντιατρικού άγχους, δεν είναι δυνατόν να μην επισημανθεί ότι η κατάσταση εξετάζεται περιφερικά και κύρια περιγράφεται ό,τι μπορεί να παρατηρηθεί από άποψη στάσεων ή και απλών αιτιολογικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα η προηγούμενη κακή εμπειρία ή ο φόβος της οικογένειας για τον οδοντίατρο. Δεν υπάρχει εμπάθυνση και προβληματισμός στο "γιατί" πραγματικά οδηγούνται οι άνθρωποι στην κατάσταση αυτή. Πολλά άτομα αισθάνονται πόνο κατά την οδοντιατρική πράξη, προέρχονται από οδοντιατρικά φοβικές οικογένειες, χωρίς να οδηγούνται όμως σε φοβική συμπεριφορά. Με άλλα λόγια, δεν προσεγγίζεται ο πυρήνας των κοινωνικών τους αναπαραστάσεων για τον οδοντίατρο και τις οδοντιατρικές επεμβάσεις, που, εάν προσδιοριζόταν, θα οδηγούσε πιθανόν στη μόνιμη και σε βάθος αλλαγή σε ποσοστό 78,5%, έναντι του 26,7% που επιτυγχάνεται, όταν προσπαθούμε να αλλάξουμε τις περιφερικές στάσεις (Moscovici, 1999). Η Ψυχανάλυση με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες προχωρεί βαθύτερα, αλλά είναι λίγοι οι ασθενείς που ζητούν τέτοια αντιμετώπιση για να ξεπεράσουν το φόβο τους για τον οδοντίατρο, εκτός εάν συνυπάρχουν και άλλοι φόβοι.

Στο σημείο αυτό γίνεται αντιληπτό πού στοχεύει η παρούσα διατριβή, χρησιμοποιώντας τα θεωρητικά μοντέλα της κοινωνικής ψυχολογίας. **Σκοπός** είναι ο προσδιορισμός κάποιων προδιαθέσεων και τάσεων που εμφανίζουν οι Έλληνες που φοβούνται ή δεν φοβούνται τις οδοντιατρικές πράξεις, με απώτερο στόχο την αλλαγή της συμπεριφορά τους σχετικά με την αποδοχή και τη ζήτηση της οδοντιατρικής θεραπείας.

Κύρια όμως αναζητά τρόπους που θα βοηθήσουν την αρχική *υπέρβαση του φόβου για τον οδοντίατρο, στο επίπεδο της κοινωνικής επιρροής*. Αυτό το βήμα είναι που θα ενδυναμώσει τον ασθενή να βρει το "θάρρος" να περάσει το κατώφλι του οδοντιατρείου. Να ανακτήσει την εμπιστοσύνη του προς τον οδοντιατρικό χώρο και να φροντίσει τη στοματική του υγεία. Η συνέχεια και η συνολική επιτυχία, συμπληρώνεται με την κλινική ψυχολογία, την κοινωνική οδοντιατρική και την επανορθωτική οδοντιατρική. Ο ευρύς κοινωνιοψυχολογικός διαρθρωτικός χώρος όμως ανάμεσα στον ασθενή και τον οδοντίατρο, ανήκει αποκλειστικά στην κοινωνική ψυχολογία και την κοινωνική οδοντιατρική. Με την επιφύλαξη που αρμόζει σε πρωτόλεια εγχειρήματα, μέσα από την παρούσα έρευνα δίνεται απάντηση στο ερώτημα του "Ποιος" είναι καταλληλότερος να αλλάξει τις απόψεις αυτών των ασθενών και με "Ποιο Τρόπο". Αναζητούμε, δηλαδή, την ταυτότητα της πηγής επιρροής και την κατάλληλη προσέγγιση καθώς και την αποτελεσματική επικοινωνία με τους οδοντιατρικά ασθενείς, αλλά και με το περιβάλλον τους.

Η θεωρία της κοινωνικής ψυχολογίας του μειονοτικού γενετικού μοντέλου κοινωνικής επιρροής, κρίθηκε ότι μπορεί να αποτελέσει το κατάλληλο θεωρητικό υπόβαθρο για την τεκμηρίωση του στόχου που προαναφέρθηκε. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι η πειραματική. Όταν επιχειρείται κοινωνική επιρροή και αλλαγή συμπεριφοράς, είναι απαραίτητο να εντοπίζονται και οι όποιες στρατηγικές προβαλλόμενης αντίστασης στο εγχείρημα της επιρροής. Με αυτό το σκεπτικό, μία άλλη θεωρία που χρησιμοποιήθηκε είναι η ψυχολογιοποίηση (Παπαστάμου, 1989γ), που αποτελεί την ισχυρότερη στρατηγική αντίστασης στη μειονοτική επιρροή. Ψυχολογιοποίηση είναι η αιτιακή σύνδεση ανάμεσα στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τον ιδεολογικό λόγο ή τη συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας ομάδας, που εισάγει μια καινοτομία.

Ενεργοποιείται περισσότερο σε συνθήκες σύγκρουσης. Προκύπτει, επομένως, η αναγκαιότητα της θεωρίας επεξεργασίας της σύγκρουσης - Θ.Ε.Σ (Pérez και Mugny, 1996), στην οποία επίσης εδράζεται η έρευνα.

Η μεθοδολογική προσέγγιση απαίτησε ακόμα, τη χρήση των άρρητων θεωριών της κοινωνικής επιρροής, προκειμένου να αναδυθούν οι λανθάνουσες τάσεις ή η συνεκτικότητα των απόψεων των συμμετεχόντων(Παπαστάμου, Προδρομίτης, 2003)

Τα ευρήματα της εφαρμογής των ανωτέρω θεωριών, συνδυάστηκαν με το γνωστό μοντέλο πειθούς και επικοινωνίας στην Αγωγή Υγείας, Fear Appeal. Πρόκειται για την πρόκληση φόβου για την υγεία που επιχειρείται στην Αγωγή Υγείας, προκειμένου η πληροφόρηση και ο φόβος για την ασθένεια ή τη βλαπτική συνήθεια, να αλλάξουν την λανθασμένη συμπεριφορά του πληθυσμού. Στόχος είναι η πρόληψη της ασθένειας και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής (Chaiken, 1980; Chaiken & Eagly, 1983; Petty, Cacioppo & Schuman,1983). Το προαναφερόμενο όμως μοντέλο δεν έχει αποδώσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, όπως αποδεικνύεται μέσα από διάφορες καμπάνιες. Η εφαρμογή αφορά αντικαπνιστικές εκστρατείες, τη φθορίωση του πόσιμου νερού, τη στοματική υγιεινή, την πρόληψη του καρκίνου κ.α. Το παγκόσμια ζητούμενο και με απόπειρες υλοποίησης είναι η συνάρθρωση των θεωριών που υπάρχουν, γύρω από το fear appeal. Στη διατριβή επιχειρείται μία ακόμα συνθετότερη αντιμετώπιση. Ο συνδυασμός του ενιαίου μοντέλου fear appeal, με το γενετικό μοντέλο της κοινωνικής επιρροής. Το μοντέλο της κοινωνιογνωστικής σύγκρουσης και της κοινωνικής αλλαγής που εισηγείται από καινοτόμες μειονότητες.

Όλα τα ανωτέρω οδήγησαν στη διαμόρφωση των κεφαλαίων που απαρτίζουν τη συνολική δομή της παρούσας διατριβής και τα οποία

παρουσιάζονται από το ένα έως το δεκατρία (1-13), ως ομόκεντροι κύκλοι. Στον εξωτερικό και μεγαλύτερο κύκλο είναι τοποθετημένη η Κοινωνική Ψυχολογία και αμέσως μετά η θεμελιώδης θεωρία της Κοινωνικής Επιρροής, ενώ στους τελευταίους εσωτερικούς κύκλους αναπτύσσεται το ειδικό - ερευνητικό μέρος. Κάθε κύκλος καταλαμβάνεται από το αντίστοιχο κεφάλαιο και αναπαριστά τα περάσματα και τους επιλεγμένους σταθμούς διανοητικών διαδρομών.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μία συνολική αναφορά στην κοινωνική ψυχολογία, η οποία αποτελεί τη σύγκρουση του ατόμου με την κοινωνία (Παπαστάμου, 1989^α). Είναι η διάρθρωση Ψυχολογίας και Κοινωνιολογίας, του ατομικού με το συλλογικό. Με το ιδιαίτερο κοινωνιοψυχολογικό βλέμμα που υιοθετεί και μέσα από τα τέσσερα επίπεδα ανάλυσης που χρησιμοποιεί, ανατέμνει το κοινωνικό πεδίο σε όλες του τις διαστάσεις (Doise, 1982). Τα επίπεδα, ενδοατομικό, διατομικό, διομαδικό και ιδεολογικό-αναπαραστασιακό που διευκολυντικά επιστρατεύει, βοηθούν ώστε να υπερβεί την επιφάνεια και να ανιχνεύσει την κρυμμένη λογική της πραγματικότητας. Δε ρωτά ευθέως, όπως μας έχουν συνηθίσει άλλοι επιστημονικοί χώροι. Σαν μια άλλη "μαιευτική" αποκαλύπτει τις τάσεις και τα λανθάνοντα-αθέατα πιστεύω των ανθρώπων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η κοινωνική επιρροή, η ευρύτερη και θεμελιακή θεωρία της κοινωνικής ψυχολογίας. Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται το "γενετικό-αλληλεπιδραστικό" μειονοτικό μοντέλο κοινωνικής επιρροής καθώς και το λειτουργικό πλειοψηφικό μοντέλο. Η κοινωνική επιρροή, κορυφαίο ιδεολογικό επίπεδο της κοινωνιοψυχολογικής ανάλυσης, φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει ικανό και αποτελεσματικό θεωρητικό βοήθημα στην αλλαγή γνώμης και την ιδεολογική μεταστροφή των οδοντιατρικά φοβικών, πάντα με το γενετικό

μοντέλο της μειονοτικής επιρροής. Σύμφωνα με αυτό οι καινοτόμες μειονότητες που εισηγούνται πρωτοποριακά και νέα σχήματα, μπορούν να επηρεάσουν λιγότερους ανθρώπους, αλλά διαθέτουν την ικανότητα της ιδεολογικής μεταστροφής, καθώς και την αύξηση της επιρροής τους βραδυφλεγώς, με την πάροδο του χρόνου. Οι μειονότητες δημιουργούν λανθάνοντες οπαδούς, διότι η απροκάλυπτη υιοθέτηση των νέων ιδεών έχει κοινωνικό κόστος και απαιτεί γενναιότητα εκ μέρους των οπαδών. Η θεωρία της μειονοτικής επιρροής εμφανίζεται τη δεκαετία του 60, μαζί με τα ανατρεπτικά κοινωνικά κινήματα (Μάης του 68, Πανεπιστήμιο Μπέρκλεϋ στην Καλιφόρνια κ.α.). Το λειτουργικό μοντέλο πρωτοεμφανίζεται στην Αμερική μετά τον β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και αποσκοπεί στην ομογενοποίηση, στην κοινωνική συμμόρφωση και υποταγή. Ερευνά την επιρροή των καταξιωμένων ομάδων εξουσίας στον πληθυσμό, με τη μορφή της ενδοτικότητας και της εξάρτησης. Επηρεάζει περισσότερους ανθρώπους, αλλά πρόσκαιρα και επιφανειακά. Ο χρόνος λειτουργεί σε βάρος των πλειονοτικών-πλειοψηφικών ομάδων, οι οποίες όμως εξασφαλίζουν την ηρεμία και την κοινωνική αποδοχή στους οπαδούς τους. Αυτό συμβαίνει διότι οι άνθρωποι δεν υποχρεώνονται να υιοθετήσουν καινούργιες ιδέες. Καλούνται απλά να διαιωνίσουν τις ήδη παγιωμένες και κατεστημένες, εξασφαλίζοντας τη διατήρηση της εξουσίας στους ηγέτες τους (Παπαστάμου, 1989β).

Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσεται η Ψυχολογιοποίηση, η ισχυρότερη προβαλλόμενη αντίσταση στην επιρροή των καινοτόμων μειονοτικών ομάδων, όταν η προσοχή τού προς επιρροή στόχου οδηγείται να συνδέσει το καινοτόμο μήνυμα με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της μειονότητας (Παπαστάμου, 1989γ). Στόχος είναι η αποδυνάμωση του περιεχομένου του μηνύματός της και επομένως, στη συνέχεια, η μείωση της επιθυμητής επιρροής.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η Θεωρία της Επεξεργασίας της Σύγκρουσης - Θ.Ε.Σ (Pérez και Mugny, 1996), η οποία έρχεται αρωγός στο έργο της επιρροής των ενεργών μειονοτήτων. Η ΘΕΣ συνενώνει όλα τα μοντέλα επιρροής, με κύριο άξονα την κοινωνιογνωστική σύγκρουση. Το μειονοτικό μοντέλο πιστεύει στη σύγκρουση ως προαγωγό της επινοητικής σκέψης, σε αντίθεση με το λειτουργικό μοντέλο που προωθεί την ομοψυχία ως κύριο ζητούμενο στις ανθρώπινες σχέσεις.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα μοντέλα επικοινωνίας και πειθούς για την Υγεία με πρόκληση φόβου – Fear Appeal. Η πρόκληση φόβου αποτελεί μία μεθόδευση επικοινωνίας μέσα από τα μηνύματα πειθούς για την υγεία– fear appeal – που υιοθετείται από πολλά κράτη. Αφορά συνήθως την πρόληψη ή τη διακοπή της χρήσης ναρκωτικών, την εξάπλωση του AIDS, την πρόληψη της στοματικής ασθένειας, τις βλάβες από κακές διαιτητικές συνήθειες, τα τροχαία ατυχήματα, την διακοπή του καπνίσματος κ.α. (Federal Centre for Health Education – Bzga, 2000).

Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται αναλυτική παρουσίαση του οδοντιατρικού άγχους, αναφορικά με τον επιπολασμό του (συχνότητα εμφάνισης), την αιτιολογία, τις συσχετίσεις με άλλα νοσήματα ψυχικά και σωματικά, τους τρόπους αξιολόγησης, γενικά περί της φύσης του πόνου, αλλά και τις μεθόδους αντιμετώπισης του οδοντιατρικού φόβου. Η αναλυτική περιγραφή αυτού του κεφαλαίου κρίθηκε αναγκαία για να γίνει κατανοητή η χρησιμότητα της ενασχόλησης σε βάθος, με το οδοντιατρικό άγχος. Η μελέτη της οδοντιατρικής ανησυχίας στις χώρες που ερευνήθηκε, οδήγησε, αφενός, στη διδασκαλία των φοιτητών της Οδοντιατρικής, στην κλινικά εφαρμοσμένη Ψυχολογία και αφετέρου, στη

δημιουργία ειδικών κλινικών αντιμετώπισης. Οι κλινικές αυτές είναι πάντα συνδεδεμένες με κάποιο Πανεπιστήμιο ή Νοσοκομείο.

Το έβδομο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις μεθοδολογικές σημειώσεις και την περιγραφή του πειραματικού χειρισμού, που εφαρμόστηκε γενικά, για τα πειράματα που διεξήχθησαν. Πρώτη ενέργεια ήταν η στάθμιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας ενός αγγλόφωνου ερωτηματολόγιου που ανιχνεύει το άγχος για τον οδοντίατρο. Η στάθμισή του ερωτηματολόγιου ΜΙΔΑΣ (MDAS – Modified Dental Anxiety Scale), περιγράφεται αναλυτικά στο κεφάλαιο 8. Στο κεφάλαιο 13 περιγράφεται, επίσης αναλυτικά, η στάθμιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του ερωτηματολόγιου ΕρΠε (Ερωτηματολόγιο Περιοδοντίτιδας), που δημιουργήσαμε για τη διασύνδεση του γενετικού μοντέλου κοινωνικής επιρροής με τα μηνύματα πειθούς και επικοινωνίας για την υγεία με πρόκληση φόβου- Fear Appeal.

Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφεται η δημιουργία του ερωτηματολόγιου γνώμης **ΕΡΟΣ** (Ερωτηματολόγιο Οδοντιατρικών Σχέσεων), το κείμενο επιρροής με το οποίο εισάγεται η κοινωνιογνωστική σύγκρουση και τέλος, αναφέρονται τα μικρότερα κείμενα που εξασφαλίζουν τον πειραματικό χειρισμό της ταυτότητας της πηγής επιρροής, της ψυχολογιοποίησης ή μη, του ψυχολογιοποιημένου ή μη ηγέτη, καθώς και της δημοκρατικής μειονοτικής ομάδας, επίσης ψυχολογιοποιημένης ή μη. Το ΕΡΟΣ ανιχνεύει τις σχέσεις οδοντίατρου ασθενή, καλεί τα υποκείμενα μας να εκφράσουν τις απόψεις τους στο θέμα και δημιουργεί τις προϋποθέσεις που θα οδηγήσουν στη σύγκρουση. Σε γενικές γραμμές και χωρίς να υπεισέλθουμε στην προβληματική όλων των πειραμάτων, ανεξάρτητες μεταβλητές είναι η ταυτότητα και η ιεραρχική δομή της πηγής επιρροής ως μειονότητα ή πλειονότητα και η ψυχολογιοποίηση της ή μη. Εξαρτημένη μεταβλητή είναι η μέση αλλαγή

της γνώμης φοβικών και μη φοβικών οδοντιατρικών ασθενών, που πιστοποιείται από το δείκτη της κοινωνικής επιρροής. Η προαναφερόμενη πειραματική διαδικασία, με τη θεωρητική της υποστήριξη (Mugny και Papastamou, 1982), μας οδηγεί πιθανόν σε νέους θεωρητικούς χώρους, που απαιτούν σύνεση, σκεπτικισμό, κυρίως δε, περαιτέρω πολλαπλή διασταύρωση, για την πιθανή μελλοντική γενίκευση. Η αναφορά γίνεται κύρια, για τη σύνδεση της μείωσης του φόβου για τον οδοντίατρο, με τις συνθήκες μειονοτικής επιρροής και μη ψυχολογιοποίησης. Την αύξηση του φόβου σε συνθήκες ψυχολογιοποίησης, τόσο από την μειονότητα, όσο και από την ομάδα κύρους. Αφορά τέλος, τη συνεκτικότητα του μειονοκεντρισμού των οδοντιατρικά φοβικών και το λανθάνοντα πλειονοκεντρισμό των μη φοβικών.

Στο όγδοο κεφάλαιο εκπληρώνεται ένας κεφαλαιώδης τομέας της παρούσας έρευνας. Με όσα έχουν προαναφερθεί, αντιλαμβανόμαστε ότι είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός "εργαλείου" ικανού να διαχωρίσει τους πειραματικούς μας πληθυσμούς σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη. Παρουσιάζεται επομένως αναλυτικά πώς πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια και τη μεθοδολογία της Κλινικής Ψυχολογίας και της Ψυχομετρίας, η στάθμιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας για την ελληνική γλώσσα της αγγλόφωνης κλίμακας MDAS (Modified Dental Anxiety Scale – Τροποποιημένη Κλίμακα Οδοντιατρικού Άγχους), που μετρά τον οδοντιατρικό φόβο. Η ύπαρξή του είναι καθοριστική, διότι μας επιτρέπει να αντλήσουμε τον ομολογουμένως δύσκολο πληθυσμό των οδοντιατρικά φοβικών μέσα από το γενικό πειραματικό μας πληθυσμό. Η δυσκολία αυτού του εγχειρήματος σκιαγραφείται από το γεγονός ότι χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα 1747 άτομα, για να αντληθούν τελικά και να μελετηθούν, περίπου, 200 φοβικοί. Στην ελληνική γλώσσα το MDAS ονομάστηκε **ΜΙΔΑΣ** για να διατηρηθεί η συνήχηση με το

πρωτότυπο ερωτηματολόγιο και να διευκολυνθεί η διαπολιτισμική επικοινωνία.

Στο ένατο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Πείραμα I. «Διερεύνηση της ταυτότητας της πηγής επιρροής και η υιοθέτηση προς αυτήν ψυχολογιοποιητικών μηχανισμών». Ανιχνεύονται οι επιδράσεις στην αλλαγή συμπεριφοράς των οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών, τόσο από την ταυτότητα της πηγής επιρροής ως μειονότητα ή πλειονότητα, καθώς και η υιοθέτηση ή μη, προς αυτήν, ψυχολογιοποιητικών μηχανισμών (Παπαστάμου, 1989β). Είναι γνωστό ότι οι κρατούσες στρατηγικές κοινωνικής επιρροής που εκπορεύονται κύρια από το λειτουργικό μοντέλο, δεν κατάφεραν να πείσουν τους οδοντιατρικά φοβικούς ώστε έγκαιρα να φροντίζουν τη στοματική τους υγεία. Ίσως ήταν πλέον καιρός να δοκιμαστεί θεωρητικά σ' αυτούς τους ανθρώπους, το μειονοτικό μοντέλο κοινωνικής επιρροής και ιδιαίτερα η επιρροή της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας της πηγής (Mugny & Papastamou, 1982, Mugny & Παπαστάμου, 1989β, σελ 428), για να δούμε κατά πόσο και σε πιο βαθμό ανταποκρίνονται και αλλάζουν. Στα πλαίσια του καθορισμού της ταυτότητα της πηγής επιρροής, διατυπώνεται το ερώτημα 'Ή Ποιος' είναι καταλληλότερος να ασκήσει τη μεγαλύτερη επιρροή σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη. Μία ενεργή μειονότητα μεταπτυχιακών φοιτητών της κοινωνικής και προληπτικής οδοντιατρικής, ή μία αντίστοιχη ομάδα καταξιωμένων καθηγητών πανεπιστημίου, του ίδιου γνωστικού αντικείμενου, ψυχολογιοποιημένοι ή μη; Ποιος μπορεί να ασκήσει τη μεγαλύτερη επιρροή σε οδοντιατρικά φοβικούς, αλλά και μη φοβικούς που αποτελούν το περιβάλλον των φοβικών και μπορούν να τους επηρεάσουν ανάλογα; Ποια είναι η κοινωνική ταυτότητα της ομάδας που μπορεί, θεωρητικά, να επιφέρει τη σημαντικότερη αλλαγή γνώμης, με

τελικό στόχο τη χρονική διατήρηση και τη γενίκευση της νέας συμπεριφοράς.

Στο δέκατο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Πείραμα II – «Η ταυτότητα της ψυχολογιοποιημένης ή μη, μειονοτικής ομάδας επιρροής. Διαφοροποιήσεις στην επιρροή φοβικών και μη φοβικών οδοντιατρικών ασθενών, μεταξύ ηγετικής και δημοκρατικής ιεράρχησης». Διερευνάται πλέον αμιγώς, η ταυτότητα μόνο της μειονοτικής καινοτόμου ομάδας, στα πλαίσια της δομικής μορφής της. Τίθεται επομένως το ερώτημα: η ομάδα των μεταπτυχιακών φοιτητών της κοινωνικής και προληπτικής οδοντιατρικής πρέπει να είναι ιεραρχικά δομημένη και να διαθέτει κάποιον ηγέτη, ψυχολογιοποιημένο μη, ή να αποτελείται από ισότιμα μέλη που αποφασίζουν και ενεργούν με δημοκρατικές διαδικασίες; Ποια από τις δύο μορφές, εντέλει, πρέπει να έχει η μειονότητα, δημοκρατική ή με ηγέτη, ψυχολογιοποιημένους ή μη, για να ασκήσει την ισχυρότερη επιρροή σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς ασθενείς, προκειμένου να τους αλλάξει τη συμπεριφορά. Σύμφωνα με τη θεωρία, η αρνητική επενέργεια της ψυχολογιοποίησης μπορεί να αντιστραφεί, εάν η μειονότητα διαθέτει στους κόλπους της έναν ηγέτη, ο οποίος ψυχολογιοποιημένος αυξάνει την επιρροή της ομάδας του (Παπαστάμου, 1989β, σελ. 507).

Στο ενδέκατο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Πείραμα III- «Μέση αλλαγή της τιμής του φόβου και του αριθμού, οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών. Σύγκριση θεωρητικής, στατιστικής και ατομικής (κλινικής) εγκυρότητας». Το πείραμα σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε, λόγω κάποιων ισχυρών ενδείξεων που διαπιστώθηκαν στα δύο προηγούμενα πειράματα. Οι ενδείξεις αυτές αφορούν την παρατηρούμενη διαφορετική ποσοστιαία κατανομή των οδοντιατρικά φοβικών μέσα στις πειραματικές συνθήκες, αλλά και την

αυξομείωση του φόβου τους μετά τον πειραματικό χειρισμό. Διερευνήθηκε εάν αυτή η κατανομή και η αυξομείωση είναι τυχαίες ή αν όντως επηρεάζονται και προκαλούνται από τον πειραματικό χειρισμό.

Στο δωδέκατο κεφάλαιο αναπτύσσεται η εφαρμογή ενός ειδικού ερωτηματολογίου μειονοκεντρισμού - πλειονοκεντρισμού. «Η Συνεκτικότητα του μειονοκεντρικού προσανατολισμού των οδοντιατρικά φοβικών ασθενών και ο λανθάνων πλειονοκεντρισμός των οδοντιατρικά μη φοβικών». Με το ερωτηματολόγιο των άρρητων θεωριών της κοινωνικής επιρροής γίνεται διερεύνηση του μειονοκεντρισμού ή πλειονοκεντρισμού οδοντιατρικά φοβικών και μη, σε θέματα στοματικής υγείας, όσο και σε γενικές ιδεολογικοπολιτικές θέσεις. Ανιχνεύεται έτσι, εάν υπάρχει ταύτιση μεταξύ των κατά δήλωση θέσεων των υποκειμένων μας με τα ευρήματα των προηγούμενων πειραμάτων ή αν υπάρχουν λανθάνουσες τάσεις.

Στο δέκατο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται: το Πείραμα IV και το Πείραμα V. Το Πείραμα IV αποτελεί: «Πιλοτικό πείραμα στάθμισης της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου για την Περιοδοντίτιδα ΕρΠε. Στο ίδιο πείραμα σταθμίζεται η: «Πληροφοριακή ισχύς και πειθώ, των μηνυμάτων μέτριου και χαμηλού φόβου».

Στο Πείραμα V διερευνάται η: «Μέση αλλαγή γνώμης με πειραματική πρόκληση φόβου (*fear appeal*) στην Αγωγή Στοματικής Υγείας. Συγκρουσιακή εκφορά του μηνύματος πειθούς από μειονότητα ή πλειονότητα με την επίδραση ψυχολογιοποιητικών μηχανισμών». Στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται η συνθετική διερεύνηση της επιρροής με το μειονοτικό μοντέλο και με το μήνυμα πρόκλησης φόβου για την περιοδοντίτιδα.

Τέλος, αναφέρονται τα γενικά συμπεράσματα και η συζήτηση των αποτελεσμάτων σε επίπεδο πλέον εισηγητικής παρέμβασης, για την περαιτέρω κλινική και κοινωνική εφαρμογή των ευρημάτων.

Η πορεία αυτής της διδακτορικής διατριβής περνά μέσα από την κλινική εμπειρία, η οποία ξεκινά στο προπτυχιακό στάδιο της Οδοντιατρικής (1971-76) και συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Συμπληρώνεται με τις γνώσεις που αντλήθηκαν από το μεταπτυχιακό της Κοινωνικής Οδοντιατρικής (1998-2001). Με αυτόν τον τρόπο ολοκληρώνεται ένας κύκλος που κλείνει - ή ανοίγει - με το διδακτορικό στην Κοινωνική Ψυχολογία, μαζί με την ηλικιακή ωριμότητα της γράφουσας, κατά την Πλατωνική Πολιτεία.

“Διότι για όλα υπάρχει ο κατάλληλος καιρός” (Deconchy, 2003).

•

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

***Κοινωνική Ψυχολογία. Διερεύνηση και μεθόδευση ανάπτυξης
του αθέατου παρασκήνιου της κοινωνικής σκηνής***

Η Κοινωνική Ψυχολογία αποτελεί το σημείο συνάντησης, τη διάρθρωση ψυχολογίας και κοινωνιολογίας, το συνεχές – το continuum – ανάμεσα τους. Είναι η τομή, η συνάρθρωση του ατομικού με το συλλογικό (Παπαστάμου, 1989α, σελ.13). Δεν αποτελεί απλή ανάδευση ψηγγμάτων κοινωνιοκεντρισμού και ψυχοκεντρισμού (Παπαστάμου 2001, σελ 23), αλλά διαθέτει ξεχωριστή μεθοδολογία και “λογική” που την καθιστούν μοναδική. Μέσα από το ιδιαίτερο κοινωνιοψυχολογικό βλέμμα, το “τρίτο βλέμμα” που διαθέτει (ο.π. σελ 33), εισέρχεται δυναμικά στην κρυμμένη λογική της πραγματικότητας. Δεν ρωτά ευθέως για να μάθει, ούτε αρκείται να δει για να καταλάβει, όπως συμβαίνει στις δημοσκοπήσεις (ο.π. σελ 13). Αποσπά έντεχνα –πειραματικά την αληθινή αιτιότητα των κοινωνιοψυχολογικών μηχανισμών. Θα αποτελούσε υπεραπλούστευση και σφάλμα να τοποθετήσει κανείς από τη μία μεριά το άτομο και από την άλλη την κοινωνία (Moscovici, 1984). Ή ακόμα, από τη μία την ψυχανάλυση που ασχολείται με το άτομο και από την άλλη το μαρξισμό για παράδειγμα, που μελετά την κοινωνική διάσταση. Δεν είναι δυνατό να αγνοήσουμε την εμπλοκή του ατόμου μέσα στα κοινωνικά δρώμενα, ούτε μπορούμε να παραβλέψουμε τη σύσταση της κοινωνίας από διαφορετικές ατομικότητες. Ο διαχωρισμός τους θα σήμαινε ότι αποπειράται να παραγκωνίσει κανείς, την πείρα όλου του κόσμου (Παπαστάμου, 1989α, σελ. 12).

Ο Le Bon, γάλλος γιατρός, το 1895 έθεσε το θεμέλιο λίθο της κοινωνιοψυχολογικής σκέψης, λέγοντας ότι η συλλογική συμπεριφορά δεν υπακούει στους νόμους της ατομικής ψυχολογίας και ότι η ψυχολογία της ομάδας είναι εντελώς διαφορετική από την ψυχολογία του ατόμου. Είναι αδύνατο και ελλειμματικό να ερμηνεύσει κανείς συλλογικά φαινόμενα με τα εργαλεία της αποκαλούμενης ατομικής ψυχολογίας. Η κοινωνική ψυχολογία ακόμα, αποτελεί τη σύγκρουση του

ατόμου με την κοινωνία (ο.π σελ. 13). Ενώ η ψυχολογία και η κοινωνιολογία υιοθετούν το δυαδικό βλέμμα, υποκείμενο- αντικείμενο, εγώ - ο άλλος, εμείς - οι θεσμοί, στην κοινωνική ψυχολογία υφίσταται η τριαδική θεώρηση, κοινωνικό υποκείμενο – αντικείμενο - ατομικό υποκείμενο (Παπαστάμου, 2001).

Εντούτοις η παραδοσιακή κοινωνική ψυχολογία, σε θέματα κοινωνικής επιρροής, ασχολείται κύρια με την κοινωνική συμμόρφωση και την υποταγή των πολλών προς τους λίγους, με τη συμμόρφωση της ομάδας προς τον ηγέτη. Πρόκειται για το λειτουργικό μοντέλο της κοινωνικής επιρροής. Το αντίθετο συμβαίνει με το γενετικό μοντέλο της κοινωνικής επιρροής (Moscovici 1999, Παπαστάμου 1989β), για να αναφερθεί ως παράδειγμα ένα από τα μοντέλα, του άλλου ρεύματος, της “άλλης” κοινωνικής ψυχολογίας, της “ευρωπαϊκής”. Το γενετικό μοντέλο μελετά την εισαγωγή της σύγκρουσης και της καινοτομίας, για την επίτευξη της αλλαγής γνώμης των πολλών από τους λίγους. Εναντιώνεται στις καταξιωμένες ομάδες και αναζητά την επιρροή και την αναγνώριση του μειονοτικού λόγου.

Κύρια μεθοδολογία της κοινωνικής ψυχολογίας, αλλά όχι μοναδική, είναι το πείραμα, που την καθιστά διακριτή και αυτόνομη. Το πείραμα την διαχωρίζει από τις υπόλοιπες κοινωνικές επιστήμες. Μία επιπλέον διαφορά μεταξύ του παραδοσιακού- αμερικάνικου και αγγλοσαξονικού κυρίως ρεύματος και της ευρωπαϊκής “σχολής”, είναι η ανάλυση που χρησιμοποιεί η δεύτερη μέσα από τα τέσσερα επίπεδα της κοινωνιοψυχολογικής πραγματικότητας. Το ενδοατομικό, το διατομικό, το διομαδικό και το ιδεολογικό-αναπαραστασιακό (Doise, 1982). Η ευρωπαϊκή τάση αντιπροσωπεύεται από τη Γαλλία, το Πανεπιστήμιο της Γενεύης στην Ελβετία, της Βαλένθια στην Ισπανία, το Πάντειο Πανεπιστήμιο στην Ελλάδα κ.α.

Η ιστορική πλαισίωση της κοινωνικής ψυχολογίας, μπορεί να καυχάται ότι έχει δύο πόλους εκκίνησης. Την Ευρώπη, κύρια στη Γαλλία από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα και την Αμερική στα τέλη του 19^{ου} και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Αυτή η κατάταξη αποτελεί το γεωπολιτικό άξονα, ο οποίος όμως διασταυρώνεται με τον θεωρητικό. Κατά μία έννοια, η πειραματική μεθοδολογία είναι αυτή που κύρια επιτρέπει σε μια επιστήμη να ορίσει χρονολογικά την εμφάνιση και την έναρξη της. Αυτό, πιθανότατα, συμβαίνει λόγω της ευαισθησίας της μεθόδου, όσο και της εγκυρότερης < τεκμηρίωσης που παρέχει.

Η επιστημολογική επισκόπηση της κοινωνικής ψυχολογίας μας δίνει την ακόλουθη εικόνα. Στον ένα πόλο του θεωρητικού άξονα βρίσκεται η κοινωνιολογίζουσα κοινωνική ψυχολογία, κυρίως Ευρωπαϊκή. Στον άλλο πόλο βρίσκουμε την αντίστοιχη ψυχολογίζουσα Αμερικάνικη κοινωνική ψυχολογία. Και στις δύο περιπτώσεις δεν απουσιάζουν τα αντιθετικά παραδείγματα (Παπαστάμου, 2001, σελ.112). Μεταξύ τους, ψυχολογίζουσα και κοινωνιολογίζουσα, θεωρούνται συμπληρωματικές και όχι ανταγωνιστικές. Η Αμερικάνικη – Αγγλοσαξονική αναπτύσσεται κυρίως μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, όπου η ανάγκη για ανάπτυξη είναι επιτακτική, με αποτέλεσμα να ζητά συμμόρφωση και υποταγή του πληθυσμού, για τη λειτουργία και την εποικοδομητική αποδοτικότητα του κοινωνικού συνόλου. Η Ευρωπαϊκή, κοινωνιολογίζουσα κοινωνική ψυχολογία, εμφανίζεται περίπου κοντά στα γεγονότα του Μάη του 68, όπου πλέον το ζητούμενο είναι η κοινωνική αλλαγή.

Δύο επιπλέον άξονες, ένας επιστημολογικός και ένας ιδεολογικός, ορίζουν διαφορετικά τους πόλους τους. Ο πρώτος με τη θεωρία της Gestalt-της μορφής- από τη μια μεριά και τον αμερικάνικο συμπεριφορισμό από την άλλη. Ο δεύτερος άξονας συμπληρώνεται με

τον **μεθοδολογικό ατομικισμό** (Laurent, 1994) και τον **μεθοδολογικό ολισμό** (Helvetius, 2001). Στον ατομικισμό προηγείται το άτομο, οι διαπροσωπικές σχέσεις και έπεται η κοινωνία, ενώ στον ολισμό προηγείται η κοινωνία, το σύνολο, η ομάδα και ακολουθεί το άτομο. Πολλοί ισχυρίζονται ότι η μεθοδολογία του πειράματος ανήκει στον μεθοδολογικό ατομικισμό. Τα πενήντα πειράματα όμως του Deconchy (2003), στο βιβλίο του «τα υπέρ φύσιν ζώα.. Το νοητικό οικοδόμημα της ανθρώπινης ιδιαιτερότητας» ενδεικτικά αναφερόμενα, βεβαιώνουν για το αντίθετο. Οι διαχωρισμοί που προαναφέρθηκαν είναι πλασματικοί και διευκολυντικοί. Το μόνο που υπάρχει αληθινά, είναι η υφιστάμενη κοινωνιοψυχολογική πραγματικότητα (Doise, 1982, Guimelli, 1999).

Δύο έννοιες που φαίνεται να προέρχονται επίσης από αντιθετικούς πόλους είναι η **κοινωνική νόηση**, κύρια αμερικάνικη και η **κοινωνική σκέψη**, με πατρότητα προερχόμενη από την Ευρώπη και άμεσα συνδεδεμένη με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις (Moscovici, 1999). Η κοινωνική σκέψη και επομένως η ευρωπαϊκή κοινωνική ψυχολογία, εκλαμβάνει το άτομο ως ενεργό κοινωνικό υποκείμενο. Η κοινωνική νόηση, από την άλλη μεριά, υιοθετεί εννοιολογικές στρεβλώσεις. Ασχολείται με το ψυχολογιοποιημένο άτομο και την ποσοτική συλλογικότητα, αμβλύνει τις γνωστικές δεξιότητες, ενώ αφήνει αλώβητο τον ατομισμό. Στην Ευρώπη, η προαναφερόμενη νόηση, μετατρέπεται σε κοινωνική σκέψη στην οποία προβάλλει το κοινωνικό υποκείμενο και η κοινωνικότητα, που έχει ποιοτική διάσταση και κυρίως ποιοτική σκέψη. Στην περίπτωση αυτή, η ένταξη του ατόμου σε ομάδες προάγει το ομαδικό συμφέρον, χωρίς να παραγκωνίζεται ή να υποτιμάται η προσωπική ευημερία. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Deconchy (2003), ο άνθρωπός μας, το άτομο, ονομάζεται κοινωνικό υποκείμενο διότι απλά, δεν τον μεταχειριζόμαστε σαν αντικείμενο.

Η ιδεολογία είναι ένας χώρος, όπου κανείς δε δικαιούται να αμφισβητεί τη διάρθρωση του επιστημονικού κριτικού λόγου με τον ιδεολογικό αναπαραστασιακό, ιδιαίτερα στις κοινωνικές επιστήμες. (Παπαστάμου, 2001 σελ.71). Η ιδεολογία είναι το άκρο αντίθετο της επιστήμης. Όσο η επιστήμη δεν ολοκληρώνεται -δηλαδή ποτέ- ιδεολογίες θα υπάρχουν και ας διατυμπανίζουν όλοι το τέλος των ιδεολογιών (Lacroix, 1972, Billig, 1982). Σταχυολογώντας αναφέρονται επιλεκτικά οι ιδεολογικές έννοιες, ελευθερία-ισότητα-αδελφосύνη, όπως διατυπώθηκαν στη Γαλλική Επανάσταση. Σήμερα, εξελικτικά, προστίθεται η έννοια της *parité* - ισάριθμη αντιπροσώπευση ανδρών και γυναικών στα κοινά (Αγκασενσκή, 2000). Ακόμα αξίζει να αναφερθεί η διαφορά ανάμεσα στην ιδεολογία και την ιδεογραφία, προσομοιαζόμενες με τις διαφορές γεωγραφίας-γεωλογίας, θεολογίας-θεογραφίας, ψυχολογίας-ψυχογραφίας και γενικά, σαν διαφορές επιφάνειας-βάθους. Ιδεολογία ακόμα-επιμένοντας- είναι ένα πολύπλοκο σύστημα αναπαραστάσεων, εξηγήσεων και τάσεων για δράση. Ένα σύστημα συνδεδεμένο με τα συμβάντα της ιστορίας ή και της ιδεογραφίας. (Deconchy, 1991).

Ένας άλλος ορισμός της ιδεολογίας κατά τους Μαρξ και Ένγκελς είναι ότι αποτελεί αγωνιστικό όπλο κατά των μυθευμάτων της θρησκείας που επινοούνται με τη σκέψη, χωρίς ίχνος ρεαλισμού, για να φαντάζονται οι άνθρωποι πως ξεφεύγουν από την πραγματικότητα (Παπαστάμου, 2001 σελ.204-227). Το σύνολο σχεδόν των θεωριών της Κοινωνικής Ψυχολογίας παραπέμπουν στην ιδεολογία, είτε εννοιολογικά είτε μέσα από την ιδεολογική τοποθέτηση των ερευνητών. Μελετά το πέρασμα από τις κοινωνίες του φόβου και της ενοχής, στις σύγχρονες της απόλαυσης και της ελαφρότητας, με τελικό στόχο τη δημιουργία των κοινωνιών της υπευθυνότητας (Καστοριάδης, 1986).

Το Zeitgeist - πνεύμα των καιρών - προηγείται της εποχής του (Pérez, Papastamou, Mugny, 1995). Στις εργασίες του Moscovici για τη μειονοτική επιρροή, η κυρίαρχη ιδεολογία έρχεται σε άμεση ρήξη με το πνεύμα των καιρών. Στις χρονολογικά αντίστοιχες πολιτικές καταστάσεις έχουμε το Μάη του 68 στη Γαλλία, όπου προβάλλει η συλλογική διαφορετικότητα, σε αντίθεση με την ατομικιστική διαφοροποίηση της αμερικάνικης κοινωνίας. Επιτέλους, η μειονοτική επιρροή, μέσα από την κοινωνιογνωστική σύγκρουση, επιτρέπει τη διαφορετικότητα, μέχρι τότε αποδιοπομπαία και θυσιασμένη στο βωμό της συμμόρφωσης, για την εξασφάλιση της συνοχής του κοινωνικού ιστού. Ακόμα, την ίδια εποχή, έχουμε την Ελλάδα των Συνταγματαρχών, τη Χιλή του Πινοσέτ και τη δολοφονία του Αλλιέντε, τα γεγονότα στην Πράγα της Τσεχοσλοβακίας και τις κινητοποιήσεις των φοιτητών στο Μπέρκλεϋ της Καλιφόρνιας.

Ο Doise (1982), διατυπώνει ότι ανάμεσα στις διπολικές αναλύσεις υπάρχει ένα "συνεχές" (continuum) της κοινωνικής ψυχολογίας, ενώ παράλληλα παρουσιάζει *τα τέσσερα επίπεδα στην ανάλυση των ψυχοκοινωνικών φαινομένων*. Η πραγματικότητα βέβαια σε καμία περίπτωση δε διαχωρίζεται σε επίπεδα. Αυτός ο τρόπος ανάλυσης αποτελεί απλά μία διευκολυντική μοντελική επινόηση, αποτελούμενη από το ενδοατομικό, διατομικό, διομαδικό και ιδεολογικό επίπεδο. Η σωστή διάρθρωση αυτών των επιπέδων μπορεί να οδηγήσει στη σωστή, όσο και περίπλοκη, ανάγνωση της πραγματικότητας (Παπαστάμου, 2001, σελ.345). Σύμφωνα με τον Doise (1982), στο ενδοατομικό επίπεδο, τα μοντέλα που χρησιμοποιούνται περιγράφουν τον τρόπο που τα άτομα οργανώνουν την πρόσληψη, την αξιολόγηση και την συμπεριφορά τους προς το κοινωνικό τους περιβάλλον. Στο διατομικό επίπεδο, τα άτομα είναι ανταλλάξιμα. Ερμηνεύεται η συμπεριφορά τους προς τρίτους σε κάποια συγκεκριμένη περίσταση, ανεξάρτητα από το κοινωνικό

περιβάλλον ή τα ατομικά τους χαρακτηριστικά. Κλασσικά παραδείγματα αποτελούν η θεωρία απόδοσης και το θεμελιώδες σφάλμα απόδοσης του Ross (1977). Στο *διομαδικό επίπεδο* παύει η ανταλλαξιμότητα των ατόμων διότι πλέον έχουν ενταχθεί σε ομάδες που τα καθορίζουν. Ερμηνεύονται οι στάσεις και οι συμπεριφορές όχι πλέον ανάλογα με την περίπτωση, όπως συμβαίνει στο διατομικό επίπεδο, αλλά σύμφωνα με την κοινωνική θέση που κατέχουν τα άτομα. Αναπτύσσεται η ενδοκατηγοριακή υποστήριξη, την οποία όμως ο Doise επεκτείνει και τροποποιεί ως εξής. Παρατηρεί και τεκμηριώνει την εξωκατηγοριακή υποστήριξη, όταν η εξωομάδα είναι κοινωνικά ανώτερη από την ομάδα υπαγωγής. Εάν όμως η υποδεέστερη ομάδα επιθυμεί να ανέβει κοινωνικά, τότε τα μέλη της συσπειρώνονται και αλληλοϋποστηρίζονται (Παπαστάμου, 2001, σελ. 352). Στο *ιδεολογικό επίπεδο* εμπλέκονται οι κοινωνικοί κανόνες και οι αξίες που έχουν υιοθετήσει τα υποκείμενα μας για τη συγκεκριμένη περίπτωση και τη δεδομένη χρονική στιγμή.

Η κοινωνική επιρροή εμφανίζει πολυεπίπεδη διάρθρωση εμπλέκοντας και τα τέσσερα επίπεδα ανάλυσης, διότι μεταβάλλει γνώμες, κρίσεις στάσεις και συμπεριφορές. Προκαλεί ατομικές και διατομικές αλλαγές, ιδεολογικές μεταστροφές και διομαδικές μετακινήσεις των ατόμων, υπό την επίδραση κάποιων άλλων ατόμων (Doise, 1982). Η κοινωνική επιρροή έχει περάσει χρονολογικά και επιστημονικά μέσα από τρία επίπεδα. Το πρώτο αφορά την **κανονικοποίηση**. Τη δημιουργία, με άλλα λόγια κοινωνικών κανόνων και την υιοθέτησή τους από τα κοινωνικά υποκείμενα. Πρέπει όμως να επισημανθούν κάποιες λανθασμένες ερμηνείες, για παράδειγμα στο κλασσικό πείραμα του "αυτοκινητικού" φαινομένου του Sherif (1935), ο οποίος εμπλέκει ενδοατομικές μεταβλητές αβεβαιότητας στη δημιουργία κοινωνικών κανόνων, όταν το άτομο βρίσκεται μόνο του σε σκοτεινό δωμάτιο και

προσπαθεί να μαντέψει τη φαινομενική απόσταση που διανύει ένα φωτεινό σημείο, που στην πραγματικότητα είναι ακίνητο. Όταν βρίσκονται πολλά άτομα μαζί συγκλίνουν προς μια συλλογική μέση τοποθέτηση για την υιοθέτηση ενός συλλογικού κανόνα, πάλι όμως ερμηνευμένο αμιγώς από ατομικές, γνωστικές διαδικασίες. Οι θέσεις των άλλων έχουν απλά πληροφοριακή αξία. Ερευνητές μεταγενέστεροι του Sherif, για το ίδιο πείραμα, κάνουν διαφορετικούς χειρισμούς διατομικού, διομαδικού και ιδεολογικού χαρακτήρα, δίνοντας παράλληλα τις ανάλογες ερμηνείες.

Στη συνέχεια χρονολογικά, εμφανίζεται το **λειτουργικό μοντέλο** κοινωνικής επιρροής, όπου περιγράφεται η συμμόρφωση και η υποταγή των πολλών στους λίγους και ισχυρούς. Στο πείραμα του Asch, (1989^a, σελ. 225), με τις άνισες σε μήκος ράβδους, λίγα ανυποψίαστα άτομα ακούν λανθασμένες απαντήσεις από κατάλληλα υποκρινόμενους πειραματικούς συνεργούς, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται στις απαντήσεις τους και να διαστρεβλώνουν την προφανή πραγματικότητα. Πρόκειται για επεξεργασία διατομικού επίπεδου. Ο Asch, ακόμα, μιλά για άτομα ανεξάρτητα και για άτομα συμμορφωμένα. Τα αυτόνομα άτομα διακρίνονται επιπρόσθετα σε τρεις κατηγορίες. Αυτά που εμφανίζουν μεγάλη αυτοπεποίθηση και ευλυγισία στη σύγκρουση με την ομάδα, στα υπεκφεύγοντα και τέλος σε αυτά που αισθάνονται μεγάλη ένταση. Τα συμμορφωμένα άτομα εντάσσονται επίσης σε τρεις κατηγορίες, με διαστρεβλώσεις αντίληψης, εκτίμησης και δράσης αντίστοιχα. Ο Asch δεν κατόρθωσε να παρακάμψει το σκόπελο της ενδοατομικής και ψυχολογίζουσας ερμηνείας αναφορικά με την πανίσχυρη έννοια της εξάρτησης. Επίσης, δεν κατανόησε ότι παρά την αριθμητική τους υπεροχή, οι πειραματικοί του συνεργοί, αποτελούν ουσιαστικά μία

μειονότητα διότι εισάγουν λανθασμένη μεν, αλλά καινοτόμο άποψη, όπως σωστά παρατήρησε ο Moscovici (1999).

Στη συνέχεια οι Moscovici, Faucheux, (1972), μελετούν το τρίτο επίπεδο με το **μειονοτικό γενετικό μοντέλο** κοινωνικής επιρροής. Είναι το δεύτερο στη σειρά μοντέλο αλλαγής αντίληψης, στάσης και συμπεριφοράς με τη συμβολή της καινοτομίας και της κοινωνιογνωστικής σύγκρουσης. Δεν καταφέρνουν να διασαφηνίσουν και να διακρίνουν, τις εντελώς διαφορετικές έννοιες της μειοψηφίας και της μειονότητας στις μελέτες τους πάνω στην καινοτομία. Η ελληνική γλώσσα παρέχει βέβαια αυτή τη δυνατότητα εννοιολογικής διάκρισης, πράγμα που δε συμβαίνει στην αγγλική και γαλλική, όπου οι δύο έννοιες εκφέρονται με την ίδια λέξη. Στα ίδια σφάλματα υποπίπτουν και οι έρευνες των Moscovici, Lage και Naffrechoux (1969), Moscovici, Personnaz (1980) κ.α από την άποψη της διάκρισης των εννοιών που προαναφέρθηκε, αλλά και από την άποψη χρησιμοποίησης για άλλη μια φορά αισθητηριακών ερεθισμάτων. Ζητούν, δηλαδή, από τα πειραματικά υποκείμενα να εκφέρουν την άποψή τους για το χρώμα πράσινων διαφανειών, όταν οι πλειοψηφούντες πειραματικοί συνεργοί εμμένουν λανθασμένα ότι το χρώμα είναι μπλε. Τα αποτελέσματα πιστοποιούν για την εμφανή επιρροή των πειραματικών υποκειμένων, αλλά επαναλαμβάνουμε, για θέματα αισθητικής αντίληψης.

Εντούτοις, ενεργοποιείται το τριαδικό σχήμα, εξουσία – πληθυσμός – μειονότητα, όπου η μειονότητα πρέπει να είναι σταθερή, αντιπαρατιθέμενη και ανταγωνιστική προς την εξουσία, διαπραγματευτική όμως προς τον πληθυσμό που απευθύνεται, με απώτερο στόχο να τον επηρεάσει και να αλλάξει τη συμπεριφορά και τις πάγιες αντιλήψεις του. Τέλος, η σχέση πληθυσμός – εξουσία σημαίνει συνήθως συμμόρφωση και υποταγή του πρώτου στη δεύτερη (Παπαστάμου, Μιούνυ, 1983). Η νέα διάσταση που αίρει θεωρητικά

αδιέξοδα είναι η είσοδος της συγχρονικής (όλα τα μέλη της μειονότητας διατηρούν την ίδια συμπεριφορά) και διαχρονικής σταθερότητας της μειονότητας (διατήρηση της ίδιας συμπεριφοράς μέσα στο χρόνο). Εξετάζοντας τα δύο τελευταία επίπεδα της κοινωνιοψυχολογικής ανάλυσης, δηλαδή το διομαδικό και το ιδεολογικό, αναφορικά με το γενετικό μοντέλο της κοινωνικής επιρροής παρατηρούμε ότι διαρθρώνονται μεταξύ τους και συμβάλλουν στη λεπτομερέστερη ανάλυση και την καλλίτερη ερμηνεία της πολύπλοκης πραγματικότητας. Στο διομαδικό επίπεδο, από το 1951 οι Hovland και Weiss αποδεικνύουν την άμεση επιρροή της αξιόπιστης ενδοομάδας (συνθήκη Orpenheimer), αλλά και την έμμεση επιρροή, χρονικά, κοινωνικά και γνωστικά, της αναξιόπιστης εξωομάδας (συνθήκη Pravda). Αποδεικνύουν με αυτό τον τρόπο το φαινόμενο sleeper effect, της έμμεσης βραδυφλεγούς επιρροής (Παπαστάμου, 2001).

Στα πλαίσια της αναφοράς της κοινωνικής επιρροής σαν κυρίαρχο θεωρητικό μοντέλο του ιδεολογικού επιπέδου, οι προηγούμενες μνείες έγιναν ακροθιγώς και με αδρή σταχυολόγηση. Στη συνέχεια θα αναπτυχθεί λεπτομερέστερα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η Κοινωνική Επιρροή, κεφαλαιώδης συμβολή στη διαμόρφωση του κοινωνιοψυχολογικού προφίλ, του κοινωνικού ελέγχου και της κοινωνικής αλλαγής.

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, δύο είναι τα μοντέλα των διαδικασιών επιρροής. Το "λειτουργικό" και το "γενετικό". Προηγουμένως, αναφέρθηκαν ως αντιπροσωπευτικά παραδείγματα των θεωριών της κοινωνικής ψυχολογίας και ιδιαίτερα όσον αφορά τη διάρθρωση ή μη που επιτυγχάνεται με αυτά, των τεσσάρων επιπέδων της κοινωνιοψυχολογικής ανάλυσης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο γενετικό μοντέλο, που κύρια χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα.

Ο Γάλλος κοινωνικός ψυχολόγος S. Moscovici (1976), ήταν ο πρώτος που έκανε κριτική ανασκόπηση των θεωριών επιρροής. Με αυτό τον τρόπο μορφοποίησε και έδωσε όνομα και υπόσταση στο λειτουργικό μοντέλο. Στη συνέχεια, εξασφαλίζοντας τη θεμελίωση, παρουσίασε τη νέα θεωρία του γενετικού μοντέλου κοινωνικής επιρροής.

2.1 Το Λειτουργικό μοντέλο της ενδοτικότητας

Τα πρώτα χρόνια της κοινωνιοψυχολογικής έρευνας σε θέματα κοινωνικής επιρροής, είναι κατελιημμένα κύρια από μελέτες που εδράζονται στο λειτουργικό μοντέλο. Στον τρόπο δηλαδή που οι ισχυροί επιβάλλονται στους ανίσχυρους, οι καταξιωμένοι στους απλούς ανθρώπους. Μελετώνται οι μηχανισμοί με τους οποίους επιτυγχάνεται η κοινωνική συμμόρφωση, χάριν της ομοιογένειας και της ομαλής λειτουργίας της κοινωνίας. Όλη η προσοχή της επιστημονικής κοινωνιοψυχολογικής κοινότητας είναι στραμμένη στην ανάλυση της πειθούς και της συμμόρφωσης της "μάζας", στις επιταγές της εξουσίας και των εκάστοτε ισχυρών. Το συγκεκριμένο μοντέλο εμφανίζεται με τα πειράματα του Asch (1989 β, σελ. 79), ο οποίος χρησιμοποιεί οπτικά ερεθίσματα προσδιορισμού του μήκους γραμμών. Παρατηρεί λοιπόν ότι

σε συνθήκες ελέγχου τα λάθη των συμμετεχόντων είναι ελάχιστα και στατιστικά ασήμαντα. Αντίθετα, υπό την επίδραση πλειοψηφούντων πειραματικών συνεργών που εκφράζουν λανθασμένες αντιλήψεις, οι απόψεις διαφοροποιούνται, με αποτέλεσμα η κοινωνική συμμόρφωση να φτάνει το ποσοστό του 36,8%.

Σε μεταγενέστερα πειράματα του ίδιου ερευνητή, αποδεικνύεται ότι όταν δημιουργείται διάσπαση και ρωγή στην ομοφωνία της πλειοψηφίας, τότε η επιρροή μπορεί να ελαττωθεί μέχρι και στο 5,5%. Άλλοι παράγοντες που επιδρούν και αυξάνουν τη συμμόρφωση είναι η ενδοομαδική συνοχή της πλειοψηφίας καθώς και ο αριθμός των ατόμων που την απαρτίζουν, με μέγιστο επιρροής τα τέσσερα άτομα. Εάν τα μέλη της πλειοψηφίας διατηρούν την ανεξαρτησία τους μπορούν να επηρεάσουν περισσότερο. Αντίθετα, εάν δείχνουν να αλληλοεπηρεάζονται, ελαττώνεται η συμμόρφωση που μπορούν να εξασκήσουν. Τα τρία στοιχεία που προαναφέρθηκαν, *ομοφωνία, συνοχή και μέγεθος* της πλειοψηφίας, αποτελούν τα ενισχυτικά χαρακτηριστικά της ομάδας που επιχειρεί να επηρεάσει κάποιο στόχο, όπως κύρια προσδιορίστηκαν από τα πειράματα του Asch. Πολλοί ερευνητές ισχυρίζονται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η πλειοψηφία τόσο μεγαλύτερη είναι και η επιρροή. Σε μεταγενέστερες έρευνες αποδείχτηκε ότι η σχέση, αύξηση επιρροής - αύξηση μελών της πλειοψηφίας, είναι λογαριθμική συνάρτηση. Αυξάνει μεν η επιρροή, αλλά για κάθε μέλος που προστίθεται η κοινωνική συμμόρφωση ελαττώνεται (Latané, Wolf, 1981). Η ρωγή που προκαλείται από τη διάσπαση της ομοφωνίας αφορά τα αισθητήρια ερεθίσματα, ενώ σε γνώμες, απόψεις, πολιτικές θέσεις κ.λ.π. μόνο η κοινωνική υποστήριξη του πειραματικού συνεργού που εκφράζει όμοιες θέσεις με το υποκείμενο, μπορεί να ελαττώσει την κοινωνική συμμόρφωση, ενώ η ακραία του τοποθέτηση δεν επιδρά

(Allen,1975).

Η ελάττωση της συμμόρφωσης οφείλεται στην εξάλειψη του φόβου του υποκειμένου για αντίποινα και απόρριψη εκ μέρους της ομάδας.

Ένα άλλο στοιχείο που παρεμβάλλεται και επιδρά στην επιρροή σύμφωνα πάντα με το λειτουργικό μοντέλο, είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά του στόχου επιρροής. Σε γενικές γραμμές υποστηρίζεται ότι, άτομα που συμμορφώνονται μία φορά, θα εξακολουθήσουν να συμμορφώνονται και σε άλλες συνθήκες (Hovland, Janis, Kelley, 1953). Στα πλαίσια των ατομικών χαρακτηριστικών, το λειτουργικό μοντέλο εξετάζει ακόμα το φύλο και την ηλικία των ατόμων, χωρίς να διερευνά καθόλου τις περιστάσεις κάτω από τις οποίες ένα άτομο μπορεί να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του. Οι γυναίκες υποστηρίζεται ότι εμφανίζουν μεγαλύτερη ροπή προς την κοινωνική συμμόρφωση (Mc Guire, 1969). Ακόμα, ότι εκτιμούν περισσότερο την κοινωνική συμμόρφωση. Τα πειράματα του Hollander (1977), αποδεικνύουν με το διαστρεβλωμένο ορθολογισμό του λειτουργικού μοντέλου, ότι εάν κάποιος συμμορφωθεί αρχικά με την ομάδα, στη συνέχεια μπορεί να διαφοροποιήσει τις θέσεις του και να εισηγηθεί κάτι διαφορετικό. Αργότερα αποδεικνύεται ότι αυτό ισχύει για τις γυναίκες, όχι όμως και για τους άνδρες (1989β). Η ηλικία στη συνέχεια, υποστηρίζεται ότι όσο αυξάνει ελαττώνεται η κοινωνική συμμόρφωση, σαν η επιρροή να αποτελεί ένδειξη ψυχολογικής ανωριμότητας (Harris et al, 1983).

Ένας άλλος παράγοντας που επιδρά στην άσκηση επιρροής, είναι οι σχέσεις του ατόμου με την ομάδα. Ο παράγοντας αυτός εμφανίζει τρεις διαβαθμίσεις. Το βαθμό αλληλεξάρτησης του ατόμου από την ομάδα, την έλξη που του ασκεί, καθώς και τη θέση που κατέχει το άτομο μέσα στην ομάδα. Όσον αφορά την αλληλεξάρτηση, σταθμίζεται κατά πόσο το άτομο αποσκοπεί σε μια συλλογική ή ατομική επιβράβευση. Εάν

υφίσταται η κανονιστική ή πληροφοριακή επιρροή στις ατομικές του κρίσεις (Deutch, Gerard, 1955). Η ατομική επιβράβευση ελαττώνει τη συμμόρφωση.

Σημαντική εμφανίζεται η έλξη που ασκεί η ομάδα στο άτομο, που μπορεί να εκφράζεται σαν *ενδοτικότητα-ταύτιση-εσωτερίκευση*. Στην ενδοτικότητα το άτομο αποσκοπεί στην κοινωνική αποδοχή. Στην ταύτιση έλκεται από την ικανότητα, το κύρος ή την αυθεντία, ενώ τέλος στην εσωτερίκευση υπάρχει ομοιότητα αρχών και αξιών επί της ουσίας (Kelman, 1958). Η θέση που κατέχει το άτομο μέσα στην ομάδα είναι καθοριστική για την επιρροή του. Συνήθως συμμορφώνονται τα άτομα της μεσαίας κοινωνικής τάξης, για να εξασφαλίσουν την αποδοχή. Τα άτομα ανώτερης θέσης δεν χρειάζονται την αποδοχή, ενώ τα κατώτερης, γνωρίζουν ότι δεν πρόκειται να την εξασφαλίσουν, οπότε και δεν την διεκδικούν με την επίδειξη συμμόρφωσης (Harvey και Consalvi, 1960). Σε όλες τις περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν, η ομάδα δεν ασκεί ιδιαίτερη πίεση στα άτομα. Στο κλασσικό πείραμα, όμως, του Milgram (1974), ασκείται από την ομάδα εξαιρετική πίεση στα υποκείμενα, τα οποία υπακούουν στην επιστημονική αυθεντία και κάνουν σε συνανθρώπους τους ηλεκτροσόκ αυξανόμενης έντασης, χωρίς να γνωρίζουν την εικονικότητα του πειράματος.

Κύρια σημεία του λειτουργικού μοντέλου

1. *Μονοσημαντικότητα και ανισότητα.* Υπάρχει άνιση αξιολόγηση μεταξύ της πηγής επιρροής και του στόχου. Η πλειοψηφική πηγή θεωρείται ότι κατέχει τη μόνη και αναμφισβήτητη αλήθεια. Είναι ανώτερη και αποτελεί την ομάδα

κύρους. Ο στόχος επιρροής είναι ασήμαντος, ισοπεδωμένος, δεν εισακούγεται και οποιαδήποτε καινοτομία του εκλαμβάνεται ως παρέκκλιση (Παπαστάμου, 1989^α).

2. *Κοινωνικός έλεγχος.* Αποτελεί την πλήρη υποταγή των ατόμων στους άγραφους κοινωνικούς νόμους, στις κυρίαρχες και πανίσχυρες κοινωνικές αξίες που λειτουργούν ως νόρμες. Με τη δύναμη νόμων τιμωρούν και αποβάλλουν τους καινοτόμους, τους διαφωνούντες, που προσπαθούν να καταλύσουν τα κατεστημένα και γενικώς αποδεκτά. Ο κοινωνικός έλεγχος αποτελεί την κυρίαρχη θεωρητική και επιστημολογική δικλείδα του λειτουργικού μοντέλου.

3. *Εξάρτηση.* Εξασφαλίζεται με αυτόν τον τρόπο η κοινωνική υποστήριξη και η αποδοχή του ατόμου από την ομάδα του. Παρά το γεγονός ότι αυτό είναι το ζητούμενο, οι κονφορμιστές – τυπολάτρες, κατακρίνονται και περιγράφονται με δυσμενή τρόπο από τους ερευνητές του λειτουργικού μοντέλου. Όσο λιγότερο σίγουρο είναι το άτομο για τον εαυτό του, για την κοινωνική πραγματικότητα και για τις εκτιμήσεις του, τόσο περισσότερο συμμορφώνεται, εξαρτάται και υπακούει στο περιβάλλον του.

4. *Αντικειμενικότητα.* Το λειτουργικό μοντέλο υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος αδυνατεί από μόνος του να αντλήσει εμπειρίες, να τις επεξεργαστεί και να αποκαταστήσει τις σχέσεις του με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Καταφεύγει επομένως στο δεκανίκι της συλλογικής συμπεριφοράς που του εξασφαλίζει μία έστω πλασματική αντικειμενική αντίληψη των πραγμάτων. Η αλήθεια απορρέει από το γεγονός ότι την υποστηρίζουν οι πολλοί.

5. *Πριμοδότηση της κοινωνικής συμμόρφωσης.* Παρέχεται από το λειτουργικό μοντέλο, το οποίο αδυνατεί να

μελετήσει την καινοτομία και την κοινωνική αλλαγή, με μόνη εξαίρεση όταν αυτή προέρχεται από τους ηγέτες. (Hollander, 1989β, σελ. 142).

Σύμφωνα με τον Cialdini, (1987), υπάρχουν έξι αρχές οι οποίες χαρακτηρίζουν την κοινωνική ενδοτικότητα του λειτουργικού μοντέλου. Η αρχή της *συνέπειας και λήψης υποχρέωσης* (η ανάληψη υποχρέωσης αναγκάζει τα άτομα να συμμορφωθούν για να μη φανούν ασυνεπή, ασταθή και ανέντιμα), η αρχή της *αμοιβαιότητας* (δίνεις για να πάρεις), η αρχή της *κοινωνικής επικύρωσης* (η υιοθέτηση συμπεριφορών από τους πολλούς σημαίνει ότι είναι και σωστές, επομένως αποτελούν κοινωνικά αλάνθαστες λύσεις για τα άτομα που αναζητούν στους άλλους την ανεύρεση της αλήθειας), η αρχή της *αυθεντίας* (το υψηλό κύρος της πηγής επιρροής οδηγεί και εξασφαλίζει τη συμμόρφωση των πολλών) η αρχή της *σπανιότητας* (κύρια αφορά την έρευνα αγοράς και την διαθεσιμότητα ή την έλλειψη προϊόντων) και η αρχή της *φιλίας ή έλξης* (είναι ευκολότερο να πεισθεί κανείς από φιλικό ή συμπαθητικό πρόσωπο) Παπαστάμου, (1989^α σελ. 322-339).

2.2 Το Μειονοτικό – Γενετικό μοντέλο της ιδεολογικής μεταστροφής

Με την εμφάνιση του γενετικού μοντέλου κοινωνικής επιρροής αρχίζει να σκιαγραφείται η ισχύς των μειονοτήτων. Των μη καταξιωμένων αλλά προικισμένων και ενορατικών ομάδων, οι οποίες εισηγούνται την καινοτομία σε διάφορους τομείς, δημιουργώντας το εκάστοτε πνεύμα των καιρών (*zeitgeist*), που οδηγεί στην κοινωνική αλλαγή και την εξελικτική διαφοροποίηση των παγιωμένων αξιών. Όπως

είναι γνωστό οι μειονότητες και ιδιαίτερα οι μειονότητες του ενός ατόμου, αυτό που μπορούν με βεβαιότητα να προκαλέσουν στην αρχή είναι το γέλιο (Moscovici, 1989β, σελ 255). Πάντα σε πειραματικό επίπεδο, αλλά και στον πραγματικό κόσμο. Μόνο που το πείραμα σταματά εκεί, ενώ η πραγματικότητα προχωρεί και ανατρέπει τα αρχικά δεδομένα. Οι άνθρωποι παρότι γελούν, ψάχνουν απεγνωσμένα την αιτιολόγηση της ύπαρξης των μειονοτικών ιδεών, όπως αναφέρει ο Heider. Έχει αποδειχτεί ακόμα, ότι οι άνθρωποι προτιμούν να συντάσσονται με τους άλλους ενάντια στην πραγματικότητα παρά το αντίθετο, διότι δεν εμπιστεύονται τις αντιλήψεις τους, με αποτέλεσμα να στρέφονται στο κοινωνικό περιβάλλον για να αποκτήσουν άποψη (Deutsch και Gerard, 1955). Το λειτουργικό μοντέλο διερεύνησε πως θα αποτραπεί η διαφορετικότητα των λίγων. Το γενετικό μοντέλο μελετά πως μπορεί να προωθηθεί η επιρροή των λίγων, των καινοτόμων. Των ανθρώπων που χαρακτηρίζονται αντινομιστές και όχι άνομοι, όπως οι παρεκκλίνοντες. Οι πρώτοι εισηγούνται λύσεις για την αναδιοργάνωση των πεπαλαιωμένων αντιλήψεων. Οι δεύτεροι, οι άνομοι, επισημαίνουν, αλλά λειτουργούν χαοτικά χωρίς παράλληλα να αναφέρονται στο “δια ταύτα” της επίλυσης, προκαλώντας αποδιοργάνωση. Από παλαιά επικρατεί η αντίληψη ότι η παιδεία και η θρησκεία αποτελούν τα *instrumenta regni* – τα βασιλικά όργανα που ασκούν τον εσωτερικό έλεγχο, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες μορφές εξουσίας (στρατός, αστυνομία, φοροεισπράκτορες), που ασκούν το λεγόμενο εξωτερικό έλεγχο. Συνήθως η καινοτομία, το νέο, αναβλύζει σε χώρους καλλιτεχνικούς, επιστημονικούς ή και πολιτικούς. Η συνήθης μεθοδολογία είναι η πειθώ με τη συμβολή της ρητορικής, **εφόσον απευθύνεται σε άτομα ευαίσθητοποιημένα στους τρόπους που λειτουργούν οι γλώσσες και οι πολιτισμοί** (Moscovici, 1976).

Εντούτοις, όλοι οι άνθρωποι εμφανίζουν μια δεκτικότητα απέναντι στη σταθερότητα, ακόμα και τη φραστική, που τους παρέχει απλές ερμηνείες του κόσμου που τους περιβάλλει. Για παράδειγμα, ο Κάτων ο πρεσβύτερος που έκλεινε όλες τις ομιλίες του με τη φράση <<Πρέπει να καταστρέψουμε την Καρχηδόνα>>, πείθοντας τελικά με αυτόν τον τρόπο τη Ρωμαϊκή Σύγκλητο. Η αλλαγή έρχεται αργά, ασυνείδητα. Πρόκειται για την ιδεολογική μεταστροφή, η οποία αποτελεί τη διαφορά ανάμεσα στο λειτουργισμό και τη μειονοτική επιρροή. Πρέπει όμως να επισημανθεί για άλλη μια φορά ότι η μειονότητα δεν ορίζεται αριθμητικά με όρους μειοψηφίας, αλλά ως εισηγήτρια νέων ιδεών. Ακόμα, είναι αναγκαίο να συνυπολογισθεί ότι οι καινοτόμες μειονότητες δημιουργούν οπαδούς αλλά σε λανθάνον επίπεδο που δε συνεπάγεται κοινωνικό κόστος στους ανθρώπους που οικειοποιούνται τις απόψεις τους (Mugny, 1982).

Ένα επιπλέον στοιχείο που χαρακτηρίζει τις μειονότητες είναι ότι το κέντρο ελέγχου του μειονοτικού ατόμου είναι εσωτερικό, σε αντίθεση με τις πλειοψηφίες που καθορίζονται από τον εξωτερικό έλεγχο, με άλλα λόγια την εξωστρέφεια. Οι πλειοψηφία στρέφεται προς την κοινωνική σύγκριση και απαρτίζεται από άτομα "ανασφαλή". Οι μειονότητες, αντίθετα, αποτελούνται από άτομα σίγουρα για τον εαυτό τους που επιζητούν την κοινωνική αναγνώριση μέσα από τη διαφορετικότητα (Gordon, 1966).

Η σημαντικότερη διαφορά ανάμεσα στα δύο μοντέλα κοινωνικής επιρροής είναι η έννοια της σύγκρουσης, η οποία αγνοείται παντελώς από το λειτουργικό μοντέλο (Παπαστάμου και Μιούνυ, 1983). Εντούτοις τα πειράματα του Asch (1989β) δημιουργούν μία μορφή σύγκρουσης στα υποκείμενα, εφόσον οι πειραματικοί συνεργοί εκφράζουν λανθασμένη άποψη σχετικά με το πασιφανές μήκος γραμμών.

Η δύναμη των μειονοτήτων που εναντιώνονται στην ομάδα τους και στις καταξιωμένες νόρμες χωρίς να αποκλειστούν από αυτές, είναι τεράστια και καταλυτική μέσα στο χρόνο (Moscovici, Ricateau, 1972). Οι μειονότητες όμως, για να επιτύχουν το σκοπό τους πρέπει να επιδείξουν σταθερότητα συμπεριφοράς και ευλυγισία στη διαπραγμάτευση με τον πληθυσμό που στοχεύουν να επηρεάσουν. Η σταθερότητα αποδεικνύει την πεποίθηση στην καινοτομία που εισηγούνται, ενώ παράλληλα εξαλείφει την αβεβαιότητα των υποκειμένων για τον περιβάλλοντα κόσμο, που δημιουργείται λόγω της σύγκρουσης που αναδύεται (Moscovici, 1976,1979). Η σταθερότητα προσλαμβάνεται από τα υποκείμενα με δύο μορφές, τη συγχρονική και τη διαχρονική. Η συγχρονική σταθερότητα εκφράζεται με την ομοφωνία των απόψεων μεταξύ των μελών της μειονοτικής ομάδας (Faucheux-Moscovici, 1967). Η διαχρονική σταθερότητα απαιτεί την έκφραση ίδιας άποψης και στάσης από τα μέλη της μειονότητας, μέσα στο χώρο και στο χρόνο (Moscovisi, Lage, Naffrechoux, 1969, Nemeth, Swedlund, Kanki, 1974). Η σταθερή απόκλιση, έστω και αν αφορά μέλος μιας ομάδας, εκτιμάται περισσότερο από την παλινδρόμηση και την επαναφορά στις αρχικές του θέσεις, που είναι σύμφωνες με τον κανόνα της ομάδας. Η σταθερότητα της απόκλισής του συνδέεται με την ικανότητά του, ιδιαίτερα εάν υπάρχει ισχυρή έλξη στην ομάδα. (Wolf, 1979). Η μειονότητα με σταθερή έκφραση απόψεων, εκτός από την κοινωνιογνωστική σύγκρουση και τη ρωγμή που δημιουργεί στην επικρατούσα κοινωνική συναίνεση, προσφέρει παράλληλα και την επίλυση της σύγκρουσης με την καινοτομία που εισηγείται. Παρατηρείται όμως το παράδοξο φαινόμενο ότι, ενώ η μειονοτική επιρροή επιβάλλει την ύπαρξη σύγκρουσης, η απότομη παρέκκλιση μέλους ομάδας από τους πάγιους κανόνες, δημιουργεί αντιστάσεις. Αντίθετα η σταδιακή παρέκκλιση πείθει περισσότερο (Doise, Moscovici, 1969-1970). Οδηγούμεθα επομένως στο συμπέρασμα ότι

πρέπει να παρεμβαίνει και κάποια άλλη μεταβλητή πλην της σταθερότητας, η οποία εάν ερμηνευτεί ως αδιαλλαξία δεν επιφέρει την επιθυμητή επιρροή. Οι Παπαστάμου και Μιούνυ (1983), θεωρούν ότι οι σχέσεις επιρροής περιλαμβάνουν τρεις πόλους, εξουσία – μειονότητα - σιωπηρή πλειοψηφία ή πληθυσμός, σύμφωνα με το ακόλουθο σχήμα και τις ανάλογες ερμηνείες

Εξουσία — Μειονότητα

Πληθυσμός

Εξουσία – Μειονότητα = σχέση ανταγωνισμού, με σταθερότητα και ακαμψία

Εξουσία – Πληθυσμός = σχέση εξουσίας

Μειονότητα – Πληθυσμός = σχέση επιρροής, με ευλύγιστη διαπραγμάτευση και σταθερότητα

Με άλλα λόγια, για να επηρεάσει η μειονότητα τον πληθυσμό, εκτός από σταθερότητα πρέπει να χρησιμοποιήσει διαλλακτικό και ευλύγιστο ύφος διαπραγμάτευσης. Πρέπει να δείξει διάθεση ανταλλαγής και αμοιβαίων υποχωρήσεων. Να πείσει ότι είναι έτοιμη κάτι να χάσει ή να διαπραγματευτεί υπό τη μορφή εναλλακτικών αξιών, με την προϋπόθεση να μην αλλάξει το ουσιαστικό περιεχόμενο των μηνυμάτων της. Επομένως, μπορεί να διατυπωθεί ότι η μεν συμπεριφορά μπορεί να πάρει δύο μορφές, σταθερότητα-αστάθεια, ενώ η διαπραγμάτευση μπορεί να είναι ευλύγιστη ή άκαμπτη.

Εντούτοις, ένας επιπλέον παράγοντας υπεισέρχεται για να διαταράξει ή αντίθετα να διευκολύνει τη μειονοτική επιρροή. Η μεταβλητή αυτή ονομάζεται *“ιδεολογία”*. Κατά πόσο δηλαδή οι

καινοτόμες εισηγήσεις της μειονότητας βρίσκονται πλησιέστερα με τις ιδεολογικές τοποθετήσεις των υποκειμένων που επιχειρείται να επηρεασθούν. Αυτό αποδεικνύεται περίτρανα στα πειράματα του Deconchy (1971, 1975, 1976, 1977, 1985) γύρω από θέματα της ορθοδοξίας. Επικαλείται δηλαδή τον καθοριστικό ρόλο των διομαδικών σχέσεων, **της κατηγοριοποίησης**. Ένας επιπλέον παράγοντας είναι η μορφή των **διαπροσωπικών σχέσεων** "μεσολαβητή" και πληθυσμού, που διευκολύνουν την επιρροή εάν χαρακτηρίζονται καλές. Τέλος η **ακύρωση** επιδρά αρνητικά στην επιρροή των μειονοτήτων. <<Η ακύρωση συνίσταται στην άρνηση της παραδοχής κάποιας αληθοφάνειας σε ένα γεγονός ή μία βεβαιότητα που εκφράζεται από μια μειονότητα>> (Moscovici, Mugny και Pérez, 1984- 1985).

Οι **κοινωνικές αναπαραστάσεις** των ενεργών μειονοτήτων, ο ψυχολογικός μηχανισμός δηλαδή που αναπτύσσεται κατά την αλληλόδραση μειονότητας – πληθυσμού, αποδείχτηκε ότι έχει άμεση συσχέτιση με την εικόνα που διαμορφώνει ο στόχος επιρροής για την πηγή επιρροής (Mugny, 1975). Οι απαντήσεις των πειραματικών υποκειμένων σε 40 ερωτήματα αναφορικά με τη σταθερότητα-αστάθεια συμπεριφοράς και την ευλυγισία-ακαμψία της διαπραγμάτευσης, απέδειξε ότι η αναπαράσταση της διαλλακτικής εικόνας διαπραγμάτευσης της πηγής επιρροής είναι σε θέση να αυξήσει την αλλαγή γνώμης που επιχειρείται. Ο δογματισμός και η αδιάλλακτη διαπραγμάτευση δημιουργεί φαινόμενα "επισκιασμού" των μειονοτικών θέσεων. Επισκιασμός είναι η συνολική αναδόμηση του τρόπου που κρίνεται η μειονότητα από το στόχο επιρροής, με αποτέλεσμα το μπλοκάρισμα της διαπραγμάτευσης.

Η **ακαμψία** της διαπραγμάτευσης ενεργοποιεί τον ιδεολογικό μηχανισμό της **ψυχολογιοποίησης**, όπου συνδέονται τα ψυχολογικά

χαρακτηριστικά της μειονότητας με το λόγο και τα έργα της και στη συγκεκριμένη περίπτωση με την ακαμψία της. Το αποτέλεσμα είναι η ελάττωση της επιρροής (Παπαστάμου, 1989β). Ο **αριθμός των πηγών επιρροής** φαίνεται επίσης να είναι καθοριστικός. Η ύπαρξη δύο άκαμπτων μειονοτήτων αποδείχτηκε ότι είναι σε θέση να ασκήσει μεγαλύτερη επιρροή έναντι μιας άκαμπτης, ή δύο ευλύγιστων μειονοτήτων (Παπαστάμου, Μιούνυ, 1983).

Ένας άλλος παράγοντας που επιδρά στη μειονοτική επιρροή είναι η **κατηγοριοποίηση** του κοινωνικού πεδίου. Με άλλα λόγια, η *“παραγοντική ανάλυση”* της κοινωνίας, που μας επιτρέπει να ομαδοποιήσουμε, να περιορίσουμε την υπερπληροφόρηση που μας κατακλύζει, με στόχο να διευκολυνθούμε στις ερμηνείες και συνακόλουθα στην υιοθέτηση νορμών. Εντελώς επιγραμματικά, μπορεί να λεχθεί ότι πέντε κοινές κατηγοριακές υπαγωγές του στόχου με την πηγή επιρροής, vs μιας, αυξάνουν την επιρροή των ενεργών μειονοτήτων. Παρατηρείται, δηλαδή, αλληλεξάρτηση μειονοτικής επιρροής και **κοινωνιοψυχολογικής ταύτισης**, μέσα από μία νέα διάσταση, την οπτική των μηχανισμών της κατηγοριοποίησης (Tajfel, 1982). Η ακαμψία που πιθανόν επιδεικνύει μια μειονότητα μπορεί να δημιουργήσει έντονη κατηγοριοποίηση του κοινωνικού πεδίου. Μπορεί να ερμηνευτεί από τον πληθυσμό σαν ιδεολογική διαφοροποίηση μείζονος σημασίας, η οποία αντίστοιχα είναι σε θέση, δυνάμει, να ελαττώσει την επιρροή της μειονότητας. Κατά κανόνα, οι άνθρωποι δεν επωμίζονται το κοινωνικό κόστος που συνεπάγεται η σύμπλευση με τις μειονοτικές θέσεις.

Η αποδοχή, όμως, των εισηγήσεων της μειονότητας σε συνθήκες ακαμψίας, υποδηλώνει ότι ο στόχος επιρροής αποτελεί πλέον **ενδοομάδα** με την πηγή επιρροής. Ακόμα, η επιρροή μιας άκαμπτης μειονότητας μπορεί να αυξηθεί, εάν στραφεί η προσοχή των υποκειμένων στις κοινές

κατηγοριακές τους υπαγωγές, στα κοινά κοινωνικά χαρακτηριστικά τους με την μειονότητα. Στην περίπτωση αυτή η ευλυγισία διαπραγμάτευσης αποτελεί μειονέκτημα όπως αποδείχτηκε στο πείραμα των Mugny και Papastamou (1982). Στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες που δημιούργησαν οι ερευνητές, τα υποκείμενα οδηγούνται να πιστέψουν ότι έχουν μία ή πέντε κοινές κατηγοριακές υπαγωγές με τη μειονότητα, με ευλύγιστη ή άκαμπτη διαπραγμάτευση αντίστοιχα. Αυξάνονται δηλαδή οι διομαδικές τους ομοιότητες. Η συνθήκη στην οποία παρατηρείται η μεγαλύτερη αλλαγή γνώμης είναι αυτή της ακαμψίας με πέντε κοινές υπαγωγές, πηγής και στόχου. Αντίθετα οι συνθήκες ευλυγισίας δεν έχουν διαφοροποίηση στη μία ή τις πέντε κοινωνικές ομοιότητες. Η ευλυγισία όμως κατά τα γνωστά, έχει καλλίτερη επιρροή έναντι της ακαμψίας, στη συνθήκη της μίας κοινής διομαδικής ομοιότητας. Με όλους τους ανωτέρω μηχανισμούς το άτομο επανορίζει την κοινωνιοψυχολογική του ταυτότητα, αντιστρέφοντας την θεωρία της επιρροής πληροφοριακής αναφοράς (Turner, 1991). Βάσει αυτής της θεωρίας οι άνθρωποι ορίζουν την κοινωνιοψυχολογική τους ταυτότητα σύμφωνα με κάποια στερεότυπα που τους κληροδοτούνται πληροφοριακά και τα οποία ενστερνίζονται για να υπαχθούν στην όποια κοινωνική ομάδα και να ορίσουν αντίστοιχα την κοινωνιοψυχολογική τους ταυτότητα. Η μειονοτική επιρροή τους καλεί να ανατρέψουν, να επανορίσουν αυτή την ταυτότητα. Στο σημείο αυτό βρίσκεται η τεράστια δυσκολία, αλλά και ο πλούτος της μειονοτικής επιρροής.

Ενδοτικότητα στο λειτουργισμό vs ιδεολογική μεταστροφή στη μειονοτική καινοτομία

Στις προηγούμενες ενότητες έγινε αναφορά στα δύο μοντέλα κοινωνικής επιρροής. Το λειτουργικό, όπου οι ισχυροί επιβάλλονται στον πληθυσμό, κατευθύνοντάς τον στη συμμόρφωση και το γενετικό, όπου

μια μειονότητα εισάγει συγκρουσιακά την καινοτομία, αλλάζοντας τις κατεστημένες και συνήθως ξεπερασμένες αξίες. Τα δύο αυτά μοντέλα κινητοποιούν δύο διαφορετικούς μηχανισμούς κατά την προσπάθεια της εφαρμογής τους. Το μεν πρώτο προκαλεί ενδοτικότητα, ενώ το δεύτερο έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει μόνιμη ιδεολογική μεταστροφή στον πληθυσμό που απευθύνεται. Η πείρα και τα πειράματα διδάσκουν και δείχνουν, ότι οι άνθρωποι επηρεάζονται παροδικά από ένα μήνυμα και σύντομα επανέρχονται στις αρχικές τους θέσεις, ξεχνώντας εντελώς το περιεχόμενο του μηνύματος που είχαν αποδεχτεί. Επιβεβαιώνεται διαρκώς ο κανόνας της διάστασης ανάμεσα στο "λέω" και στο "κάνω". Δημιουργούνται, με άλλα λόγια, δύο προβλήματα, η χρονική διατήρηση της αλλαγής και η γενίκευσή της. Το γεγονός βέβαια ότι κάποιοι άνθρωποι, θεωρητικά, εκφράζουν μία θετική στάση για ένα θέμα, υποδηλώνει τη σταθερή τους προδιάθεση για δράση, σε δεδομένη ευκαιρία (Campbell, 1957).

Χρονική διατήρηση και γενίκευση της αλλαγής

Η χρονική διατήρηση της αλλαγής, απαιτεί για την πιστοποίηση της ύπαρξής της, τουλάχιστον δύο καταμετρήσεις σε ικανοποιητική χρονική απόσταση. Διακρίνονται τέσσερα είδη χρονικής διατήρησης. α) Η μη διατήρηση, όπου η επιρροή εξαφανίζεται τελείως με την πάροδο του χρόνου και αποτελεί τη συνηθέστερη κατάσταση. β) Η απόλυτη διατήρηση, που είναι εξαιρετικά σπάνια και διαπιστώνεται σε μία δεύτερη ή και τρίτη καταμέτρηση. γ) Η μερική διατήρηση, όπου εν μέρει αλλάζουν οι απόψεις των υποκειμένων σύμφωνα με το μήνυμα επιρροής και τέλος, δ) Η βραδυφλεγής επενέργεια, όπου μέσα στο χρόνο αυξάνει η επιρροή που έχει ασκηθεί αρχικά. Η χρονική διατήρηση της αλλαγής έγινε

προσπάθεια να ερμηνευτεί από δύο διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα. Αυτό της *υπόμνησης*, που φαίνεται να είναι λογικό (Karpferrer, 1978) και το δεύτερο της *διάζευξης* (Hovland et al, 1949). Σε πολλές έρευνες εντούτοις η λογικοφανής ερμηνεία της υπόμνησης έχει ανατραπεί διότι, ενώ τα υποκείμενα θυμούνται πολύ καλά τα μηνύματα επιρροής, οι στάσεις τους δεν τροποποιούνται ανάλογα (Watts και McGuire, 1989α, σελ.314). Σύμφωνα με το δεύτερο μοντέλο της διάζευξης, η πειθώ είναι απόρροια μιας δοσολογίας δεικτών αποδοχής και απόρριψης ενός μηνύματος. Χρονική διατήρηση σημαίνει ότι μετά από κάποιο διάστημα ορισμένοι δείκτες διατηρούνται ενώ κάποιοι άλλοι εξαφανίζονται. Η ποιότητα και η αναλογία των δεικτών που εξακολουθούν να είναι παρόντες μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, καθορίζουν και την επιρροή που μπορεί να ασκηθεί (Kelman και Hovland, 1953). Η θεωρία όμως της διάζευξης υιοθετεί επιπλέον την *αδρανή επενέργεια* ως διαδικαστική μορφή επιρροής (Hovland, Lumsdain Sheffield, 1949). Παρά το γεγονός ότι προβάλλονται αντικρουόμενες απόψεις για το θέμα αυτό, η Κοινωνική Ψυχολογία αποδέχεται την ύπαρξη του φαινομένου (Παπαστάμου, 1989^α, σελ. 315). Για να πραγματοποιηθεί η βραδυφλεγής επενέργεια (sleeper effect) σύμφωνα με τους Gruder et al (1978), πρέπει να πληρούνται οι εξής τέσσερις συνθήκες:

- 1.Το μήνυμα αρχικά να είναι σε θέση να ασκήσει στατιστικά σημαντική επιρροή στο στόχο.
- 2.Το μήνυμα να αποδίδεται σε ανεχέγγρα πηγή που να ελαττώνει στατιστικά σημαντικά την άμεση επενέργεια του μηνύματος, συγκριτικά με τη συνθήκη όπου θα εκφερόταν από μόνο του.
- 3.Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα πρέπει να επέλθει διάζευξη ανάμεσα στην ανεχέγγρα πηγή και το περιεχόμενο του μηνύματος.

4. Η αρχική αποδοχή της επικοινωνίας να είναι κατώτερη από την υπάρχουσα σε μεταγενέστερο στάδιο.

Όπως και να αναπτυχθεί όμως το θέμα της χρονικής διατήρησης της αλλαγής, δεν συνυπολογίζεται στις υπάρχουσες έρευνες η κοινωνική συνιστώσα που εισάγεται από το γενετικό μοντέλο κοινωνικής επιρροής.

Η γενίκευση της αλλαγής αποτελεί τη "μετάφραση" της λεκτικά δηλωμένης στάσης σε συναισθηματική υιοθέτηση και εφαρμογή. Υπάρχουν δύο τάσεις. Στη μία οι άνθρωποι εμφανίζουν συνέπεια ανάμεσα στο λέω και το πράττω (π.χ. "Μου αρέσει το φαγητό και επομένως θα φάω πιθανόν και δεύτερη μερίδα"). Η δεύτερη τάση όμως χαρακτηρίζεται από ασυνέπεια και λανθάνουσες στάσεις. Οι άνθρωποι, για παράδειγμα, εκφράζουν αντιρατσιστικές απόψεις για τους μαύρους, αλλά δεν τους θέλουν στη γειτονιά τους ή πολύ περισσότερο δεν επιθυμούν να τους παντρέψουν με την κόρη τους (Davis και Triandis, 1989α). Παρά το γεγονός ότι οι άνθρωποι γενικά εκτιμούν την ομοιογένεια απόψεων και στάσεων, εντούτοις δεν δίνουν και τόσο μεγάλη βαρύτητα στις απόψεις τους, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους (Karferer, 1978).

Η ιδεολογική μεταστροφή - προνόμιο των μειονοτήτων

Η ιδεολογική μεταστροφή αποτελεί τη μη συνειδητή, γνωστικά έμμεση, κοινωνικά υπολανθάνουσα και χρονικά βραδυφλεγή κοινωνική επιρροή (Moscovici, 1980). Οι πλειονότητες μπορούν να επηρεάσουν περισσότερους ανθρώπους σε άμεσο επίπεδο, οι μειονότητες όμως επηρεάζουν ποιοτικά και με διάρκεια, ιδιαίτερα στα έμμεσα μηνύματα που εκφέρονται με άκαμπτο ύφος. Κάποια πειράματα χρησιμοποιούν τις

γνωστικές μεταβολές των υποκειμένων για να προσδιορίσουν τους δείκτες κοινωνικής επιρροής, ενώ σε άλλα πειράματα χρησιμοποιούνται αισθητηριακές μεταβολές για τη στάθμιση της αλλαγής γνώμης. Το πείραμα που αναφέρεται στη συνέχεια ανήκει στην πρώτη κατηγορία. Χρησιμοποιεί ερωτηματολόγιο γνώμης γύρω από την ατμοσφαιρική ρύπανση και μετρά τις αλλαγές στην άποψη των υποκειμένων. Ανεξάρτητες μεταβλητές, για τον πειραματικό χειρισμό, είναι η ταυτότητα της πηγής επιρροής ως μειονότητα ή πλειονότητα, ενώ μια δεύτερη μεταβλητή είναι το **ύφος της διαπραγμάτευσης**, άλλοτε ευλύγιστο και άλλοτε άκαμπτο (Moscovici, Mugny και Παπαστάμου, 1989β). Παρατηρούμε ότι μετά από δύο χρονικά διαφορετικές πειραματικές μετρήσεις, η άκαμπτη μειονότητα είναι εκείνη που μπορεί να διατηρήσει την επιρροή της στα έμμεσα μηνύματα που εκφέρει, προκαλώντας ιδεολογική μεταστροφή με το φαινόμενο της αδρανής επενέργειας.

Σε άλλα πειράματα (Moscovici, Lage και Naffrechoux, 1969 - Moscovici και Lage, 1976) μετρούν τις οπτικές αισθητηριακές μεταβολές των υποκειμένων μετά από άσκηση πλειονοτικής ή μειονοτικής επιρροής. Συγκεκριμένα, προβάλλουν μπλε διαφάνειες και ζητούν από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν το χρώμα των διαφανειών. Στη συνθήκη ελέγχου σχεδόν όλοι απαντούν σωστά. Στις πειραματικές συνθήκες όμως, όπου πλειοψηφούντες ή μειοψηφούντες πειραματικοί συνεργοί αναφέρουν ότι οι μπλε διαφάνειες είναι πράσινες, παρατηρούνται αξιοσημείωτες μεταβολές. Συγκεκριμένα, στη συνθήκη όπου έχουμε πλειοψηφία των πειραματικών συνεργών, 40,16% των υποκειμένων απαντούν ότι οι διαφάνειες είναι πράσινες, σε αντίθεση με το 10,07%, όπου οι συνεργοί αποτελούν μειοψηφία έναντι των συμμετεχόντων στο πείραμα. Στη συνέχεια όμως παρατηρούμε ότι η μειονότητα έχει

προκαλέσει ιδεολογική μεταστροφή, ενώ η πλειονότητα απλή περιστασιακή ενδοτικότητα. Αυτό αποδεικνύεται από την οπτική επικέντρωση σε λευκή επιφάνεια μετά το πείραμα, όπου οι επηρεαζόμενοι από την πλειοψηφία βλέπουν το συμπληρωματικό χρώμα του μπλε, ενώ το 10,07% των επηρεασμένων από τη μειονότητα, βλέπει το συμπληρωματικό χρώμα του πράσινου. Αυτό αποδεικνύεται στη συνέχεια του πειράματος. Όταν κάποιος κοιτάζει ένα χρώμα, στη συνέχεια βρεθεί στο σκοτάδι και ακολούθως ξανακοιτάξει το ίδιο χρώμα, δεν βλέπει πλέον αυτό αλλά το συμπληρωματικό του στην μετα-εικόνα. Συμπληρωματικό του μπλε είναι το κίτρινο-πορτοκαλί και του πράσινου συμπληρωματικό είναι το κόκκινο-μωβ. Όταν λοιπόν τα υποκείμενα του προηγούμενου πειράματος βρεθούν στο σκοτάδι και στη συνέχεια ξανακοιτάξουν τις μπλε διαφάνειες παρατηρείται το εξής περίεργο. Το 40,16% που επηρεάστηκε από την πλειοψηφία και απάντησε ότι οι διαφάνειες είναι πράσινες, στη συνέχεια βλέπει το συμπληρωματικό χρώμα του μπλε. Αντίθετα το 10,07% της μειονοτικής επιρροής βλέπει το συμπληρωματικό χρώμα του πράσινου. Στην πρώτη περίπτωση έχουμε απλή ενδοτικότητα με ρηματική έκφραση, ενώ στη δεύτερη έχουμε όχι απλά ρηματική, αλλά μόνιμη ιδεολογική μεταστροφή, τεκμηριωμένο προνόμιο των ενεργών μειονοτήτων. Η ελαττωμένη ένταση της φωτεινότητας των χρωμάτων, επίσης αυξάνει τη μειονοτική επιρροή. Ο χρόνος έχει αποδειχτεί ότι ευνοεί τις μειονότητες, ενώ αντίθετα αποβαίνει σε βάρος της πλειονότητας.

Εντούτοις σε άλλο πείραμα με ανάλογο πειραματικό χειρισμό, βρέθηκε να μην υπάρχει διαφορά στην έμμεση επιρροή ανάμεσα στη μειονότητα και την πλειοψηφία (Doms και Van Avermaet, 1980). Αυτό δε σημαίνει ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ μειονοτικής βραδυφλεγούς επιρροής και πλειοψηφικής επενέργειας. Πιθανότατα το

δείγμα των φοιτητριών της Οδοντιατρικής και Φαρμακευτικής που χρησιμοποιήθηκε, να εμφανίζει **ιδιαιτερότητες** συγκριτικά με το δείγμα των Moscovici και Personnaz (1980), για παράδειγμα, που δε διευκρινίζεται, αλλά υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να προέρχεται από τις ανθρωπιστικές επιστήμες. Υπάρχει ακόμα η πιθανότητα να υπεισέρχεται παρασιτικά στην επιρροή, ο **βαθμός καχυποψίας** των πειραματικών υποκειμένων, διότι όπως αναφέρουν οι Sorrentino, King και Leo (1980), τα καχύποπτα άτομα επικεντρώνουν περισσότερο στο περιεχόμενο του μηνύματος με αποτέλεσμα να επηρεάζονται και περισσότερο. Αναμφισβήτητο παραμένει ότι οι μειονότητες για να ασκήσουν επιρροή πρέπει να εκλαμβάνονται σαν εναλλακτική λύση στο κοινωνικό πεδίο και όχι ως απλή εναντίωση. Ένας επιπλέον λόγος είναι η εσωτερική έδρα ελέγχου που εμφανίζουν τα άτομα που επηρεάζονται από τα μειονοτικά μηνύματα, συγκριτικά με τα εξωστρεφή που παρουσιάζουν πλειονοκεντρικό προσανατολισμό.

Γνωστικές διαδικασίες της ιδεολογικής μεταστροφής

Υπάρχουν κάποιες λέξεις - έννοιες κλειδιά και τα αντίθετά τους, οι οποίες μπορούν να σκιαγραφήσουν τις γνωστικές διεργασίες που κινητοποιούνται ώστε οι μειονότητες να προκαλέσουν ιδεολογική μεταστροφή και οι πλειονότητες ενδοτικότητα. Το πρώτο σκέλος αυτών των εννοιολογικών δίπολων αναφέρεται στις μειονότητες και το δεύτερο σκέλος στις πλειονότητες. Συγκεκριμένα οι έννοιες είναι,

1. Γνωστική επικύρωση – Κοινωνική σύγκριση

2. Γνωστική σύγκρουση – Προσοχή, Διαπροσωπική σύγκρουση

3. Ένα άτομο – Τρία άτομα

4. Επιχειρήματα – Αντεπιχειρήματα

5. Καινοτομία, δημιουργία νέων ιδεών – Συγκλίνουσα σκέψη

6. Λανθάνουσα στάση– Δημόσια στάση

7. Διακριτή θέση – Ουδέτερη θέση

8. Γενναιότητα – Κοινωνική κατοχύρωση,

9. Ανεχεγγυότητα – Εχεγγυότητα της πηγής,

10. Εξωομαδική - Ενδοομαδική κατηγοριοποίηση και σύγκρουση ταυτότητας (Αφορά τις διομαδικές σχέσεις μειονότητας, πλειονότητας και στόχου επιρροής, όπως αναφέρει ο Παπαστάμου, 1989^α, σελ.340-367).

Αναλύοντας λίγο περισσότερο αυτά τα εννοιολογικά δίπολα μπορούν να αναφερθούν τα ακόλουθα. Όσον αφορά τις έννοιες **γνωστική επικύρωση – κοινωνική σύγκριση**, ο Moscovici (1980), παρατήρησε ότι οι πλειοψηφίες οδηγούν τα άτομα σε διαδικασίες σύγκρισης στρέφοντας την προσοχή στα πρόσωπα και στη σχέση με τον άλλο, ενώ οι μειονότητες ενεργοποιούν ποιοτικά τη σκέψη στρέφοντας τα άτομα να επικεντρώσουν, στην ουσιαστική επεξεργασία του μηνύματος τους και αυξάνοντας την προσοχή τους με διαδικασίες κοινωνιογνωστικής σύγκρουσης (Guillon και Personnaz, 1983). Επιπλέον η προσοχή αυξάνει όταν το μήνυμα εκφέρεται από **ένα άτομο συγκριτικά με τρία άτομα** πειραματικούς συνεργούς (Tesser, Campbell και Mickler, 1983). Οι μειονότητες ενεργοποιούν τη σκέψη με αποτέλεσμα ο στόχος επιρροής να δημιουργεί **περισσότερα επιχειρήματα υπέρ και λιγότερα αντεπιχειρήματα** εναντίον τους, ενώ

το αντίθετο παρατηρείται στα πλειονοτικά μηνύματα (Maass και Clark, 1983). Επιπρόσθετα, η Nemeth (1987) απέδειξε ότι οι μειονότητες προωθούν την **επινοητική σκέψη, την ανακάλυψη νέων ιδεών** πέρα από την προτεινόμενη από τις ίδιες καινοτομία. Δημιουργούν ακόμα **λανθάνοντες οπαδούς** οι οποίοι δεν τολμούν να υποστηρίξουν δημόσια τις νέες τους στάσεις, ενώ η ιδιωτική τους στάση σε λανθάνον επίπεδο είναι σαφώς υπέρ των μειονοτήτων (Maass, West και Clark, 1985). Οι μειονοτικές ομάδες γίνονται **διακριτές** και τραβούν την προσοχή επάνω τους ώστε το μήνυμά τους να διατηρείται καλλίτερα και για περισσότερο χρόνο στη μνήμη των υποκειμένων – στόχων επιρροής. Η **ανεχεγγυότητα** των μειονοτήτων είναι αυτή που πριμοδοτεί την ιδεολογική μεταστροφή (Nemeth, 1987). Ακόμα χαρακτηρίζονται από **γενναιότητα**, διότι δεν υπολογίζουν το κοινωνικό, ψυχολογικό και πολιτικό κόστος που επιφορτίζονται, σε αντίθεση με τις πλειοψηφίες που είναι κατοχυρωμένες στους αντίστοιχους τομείς. Ένας ακόμα τομέας που μπορεί να ευνοήσει ή να αποτρέψει την μεταστροφή, σε άμεσο ή έμμεσο επίπεδο, είναι οι επικρατούσες **διομαδικές σχέσεις** ανάμεσα στη μειονότητα, την πλειονότητα και τον πληθυσμό, εφόσον εξετάζονται συνολικά και σε αλληλεξάρτηση (Mugny και Perez, 1986). *Επιγραμματικά αναφέρεται ότι η άμεση επιρροή αυξάνει, όταν μειονότητα και πλειονότητα αποτελούν εξωομάδα με τον πληθυσμό. Η έμμεση επιρροή αυξάνει όταν η μειονότητα είναι ενδοομάδα και η πλειονότητα εξωομάδα με τον πληθυσμό (Παπαστάμου, 1989^α σελ. 360). Όταν και τα δύο σκέλη αποτελούν ενδοομάδα δεν ασκούν καμία επιρροή, διότι ο πληθυσμός έχοντας την ίδια κατηγοριακή υπαγωγή και με τους δύο, αισθάνεται έντονα τη σύγκρουση ταυτότητας.*

Παρατηρήσαμε ότι υπάρχουν γνωστικές διεργασίες και μηχανισμοί που διευκολύνουν την ενδοτικότητα του πληθυσμού στα

πλειονοτικά μηνύματα, αλλά και την ιδεολογική μεταστροφή που μπορεί να προκαλέσει μία καινοτόμος μειονότητα. Ακολουθώντας αντίστροφες διανοητικές διαδρομές μπορεί να διατυπωθεί ότι αποτρέπεται η ιδεολογική μεταστροφή - όπλο των μειονοτήτων - σε τέσσερις περιπτώσεις, που μπορούν να αναφερθούν με τέσσερις αντίστοιχες λέξεις: **ακαμψία, κατηγοριοποίηση, ακύρωση, ψυχολογιοποίηση** (Παπαστάμου, 1989γ σελ. 260-281). Με άλλα λόγια, όταν το μήνυμα εκφέρεται αδιάλλακτα. Όταν υπάρχει κοινωνιοψυχολογική ταύτιση του δέκτη με την πηγή (Παπαστάμου και Μιούνυ, 1983). Όταν ακυρώνεται το περιεχόμενο του μηνύματος (Moscovici, 1987, Mugny και Perez, 1987, Perez, Mugny και Moscovici, 1986) και τέλος όταν υπάρχουν συνθήκες ψυχολογιοποίησης, αιτιακή σύνδεση δηλαδή του λόγου ή των πράξεων της μειονότητας με τα ψυχολογικά της χαρακτηριστικά (Παπαστάμου, 1989γ).

Επιπλέον πρέπει να αναφερθεί ότι οι τρεις πρώτες αντιστάσεις αποτρέπουν την άμεση επιρροή των μειονοτήτων, ενώ σε επίπεδο χρονικά, κοινωνικά και γνωστικά έμμεσο, εξαλείφονται με την κοινωνιογνωστική σύγκρουση, που εισάγει η μειονότητα με τη σταθερότητα της συμπεριφοράς της. Αντίθετα, η ενεργοποίηση της ψυχολογιοποίησης αποτελεί τη μόνη στρατηγική αντίστασης που μπορεί να εμποδίσει την ιδεολογική μεταστροφή άμεσα, αλλά και βραδυφλεγώς.

2.3 Κοινωνική επιρροή μέσα στην κοινωνική πραγματικότητα

Το μέλλον της Κοινωνικής Ψυχολογίας φαίνεται να είναι η μελέτη των μειονοτήτων. Των, διανοητικά και συναισθηματικά, διαφορετικών ομάδων ή και μεμονωμένων ατόμων. Των προχωρημένων, *avant gard*, με διαφορετική ιδιοσυγκρασία και εκκεντρικότητα. Των ατόμων που διαθέτουν την ικανότητα να μεταβάλλουν την πλειοψηφία, εκείνους

δηλαδή που έτσι κι αλλιώς προσεγγίζουν τα κοινωνικά τους έργα με έτοιμες ιδέες ή με ένα συντηρητικό πνεύμα. Η επιρροή των μειονοτήτων βασίζεται στην ψυχολογία τους, αλλά και στις κοινωνικές τους σχέσεις. «*Πάντα εκεί έλπιζα να φτάσω*», μας λέει ο Moscovici, (2001). Οι μειονότητες θα έπρεπε να αποτελούν στρατηγικά εργαλεία πειθούς για την εξουσία και όχι στρατηγικές χειρισμού, όπως συμβαίνει σε πολλές περιπτώσεις σήμερα.

Οι Butera & Mugny (2001), με σεβασμό και πεποίθηση στις ανωτέρω θέσεις, παρουσιάζουν το βιβλίο τους, με τίτλο «Social Influence in Social Reality - Η κοινωνική επιρροή μέσα στην κοινωνική πραγματικότητα». Μέσα σ' αυτό, βλέπουμε έρευνες κοινωνικής επιρροής που συνδυάζουν τη θεωρία με την πράξη, έξω από τα στενά πλαίσια του εργαστηρίου. Έρευνες που αποβλέπουν στην κοινωνική χρησιμότητα και την εφαρμογή. *Το πρώτο μέρος* του βιβλίου αναφέρεται στην επιρροή που μπορεί να ασκηθεί στο δικαστήριο, στην πολιτική επιλογή και την οικονομική συμπεριφορά. *Το δεύτερο μέρος* αφορά τις κοινωνικές διακρίσεις σχετικά με τους αλκοολικούς, τους καπνιστές (Falomir & Tomei, 2001), τους τσιγγάνους και τις γυναίκες. *Το τρίτο μέρος* πραγματεύεται αναλυτικά τη μετάδοση της γνώσης. Οι στόχοι της εκπαίδευσης από την «Διεθνή Επιτροπή για την Εκπαίδευση στον 21^ο αιώνα», παρουσιάστηκαν στην Unesco από τον J. Delors (1996).

Στηρίζεται σε τέσσερις (4) πυλώνες:

1. Μαθαίνω πώς να κατανοώ τη γνώση
2. Μαθαίνω πώς να ενεργοποιούμαι στη δράση
3. Μαθαίνω πώς να συνεργάζομαι
4. Μαθαίνω να ζω

Με άλλα λόγια, η γνώση πρέπει να αποτελεί ένα δρώμενο ζωής. Σήμερα που η τεκμηρίωση έχει λάβει αχανείς διαστάσεις, δεν θεωρείται πλέον η μετάδοση της γνώσης ως αντικείμενο προς φύλαξη. Βασίζεται, κύρια,

στις αναπαραστάσεις που δημιουργούνται στον εκπαιδευόμενο και στην αιτιολόγηση που παρέχουν για την αξία και την χρησιμότητα της γνώσης. Το έργο αυτό συνεπικουρεί η επιρροή των ομηλικών και των διδασκόντων, τα παράδοξα της επιρροής των ειδικών κ.α (Mugny et al, 2001). Η Αγωγή Υγείας είναι ένας πρωταρχικής σημασίας τομέας εκπαίδευσης, που έχει ανάγκη της ανωτέρω αντιμετώπισης.

Στο τέταρτο μέρος του βιβλίου, οι έρευνες που παρουσιάζονται, αφορούν την υγεία και ειδικότερα την διακοπή του καπνίσματος στους εφήβους, την πληροφόρηση για το AIDS, τους κινδύνους από τις μεταλλαγμένες τροφές και τέλος τους κινδύνους από τις περιβαλλοντικές επιβαρύνσεις και την οικολογική συνείδηση. Στις έρευνες για την υγεία κυριαρχεί η διαπίστωση ότι δεν επηρεάζει ο προβαλλόμενος φόβος της απειλής για την υγεία, που είναι αναποτελεσματικός στην επιρροή από μόνος του. Η υποβόσκουσα εμπιστοσύνη ή μη, εξαρτάται από τις αναπαραστάσεις που δημιουργεί η πηγή επιρροής στον στόχο, αλλά και η πρόσληψη της ίδιας της βλάβης. Σε πολλές περιπτώσεις, η κοινωνική ευθύνη (λ.χ. η μόλυνση του περιβάλλοντος) ενοχοποιείται περισσότερο από την ατομική ευθύνη. Τονίζεται η αιτούμενη εντιμότητα των υπευθύνων και η ηθική συνυπευθυνότητα των επιστημόνων, των ρυθμιστών και του πληθυσμού. Η δράση, τονίζουν οι συγγραφείς, δεν μπορεί να βασίζεται σε μεμονωμένους παράγοντες πρόκλησης της βλάβης, έστω και αν αυτοί είναι έντονα πρόδηλοι, διαθέσιμοι και σύγχρονοι.

Η κοινωνική επιρροή είναι ένα πλέγμα παραγόντων, όπου πρέπει να συνυπολογίζονται:

- α. Κοινωνικοί παράγοντες και παράγοντες κινητοποίησης*
- β. Περιεχόμενο της γνώσης και σχέσεις κατά την πληροφοριακή επεξεργασία*
- γ. Επιστημονικές θέσεις και απόψεις των απλών ανθρώπων*

Απλές συνταγές δεν υπάρχουν και σ' αυτό έγκειται η αξία της έρευνας στην κοινωνική επιρροή (Butera & Mugny, 2001).

Παρά τις ανωτέρω αναφερόμενες σύγχρονες διαπιστώσεις, η έρευνα στην κοινωνική ψυχολογία για την αλλαγή γνώμης και συμπεριφοράς σε θέματα υγείας, για πολλά χρόνια έχει εστιάσει μεμονωμένα στο fear appeal, την πρόκληση φόβου δηλαδή, μέσα από τα μηνύματα πειθούς. Φαίνεται ότι είναι πλέον καιρός να αποπειράται κανείς τη σύνθεση της υπάρχουσας τεκμηρίωσης, με στόχο την αρτιότερη εφαρμογή για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα παράδοξα του ειδικού και η σύγκρουση των ικανοτήτων στη μετάδοση της γνώσης (conflict competencies). Πρόκειται για τις πιο σύγχρονες έρευνες στον τομέα, όπου περιλαμβάνεται και το διακύβευμα της ταυτότητας, τόσο του στόχου, όσο και της πηγής επιρροής.

2.4 Τα παράδοξα του ειδικού στην κοινωνική επιρροή

Οι αρχικές έρευνες της κοινωνικής ψυχολογίας, στα πλαίσια του λειτουργικού μοντέλου της κοινωνικής επιρροής, ισχυρίζονται ότι: οι ειδικοί, οι αυθεντίες, είναι χρήσιμοι με πολλές έννοιες. Πρώτα απ' όλα για την ποιότητα των εργασιών τους που οφείλεται αναμφισβήτητα στις ικανότητές τους. Λειτουργούν όμως και ως πρότυπα για την μετάδοση της γνώσης και της ικανότητάς τους στα σχολεία και στην επαγγελματική εκπαίδευση. Υπάρχουν ακόμα οι ειδικοί της επικοινωνίας, όπως είναι οι δημοσιογράφοι ή οι άνθρωποι της τηλεόρασης. Υπάρχουν οι ειδικοί σύμβουλοι επίλυσης προβλημάτων, όπως συμβαίνει στο χώρο της πολιτικής, για παράδειγμα. Οι ειδικοί ασκούν επιρροή (Jones & Gerard, 1967), ακόμα και γενίκευση της γνώσης που προωθούν (Kelman, 1958).

Ασκούν περισσότερη επιρροή από τους μη ειδικούς (French & Raven, 1959).

Σήμερα, οι ανωτέρω θέσεις δεν αποτελούν πλέον εγγύηση. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών στην κοινωνική ψυχολογία, πιστοποιεί ότι οι πηγές υψηλού καθεστώτος ασκούν επιρροή σε ένα άμεσο επίπεδο (Moscovici & Mugny, 1987). Οι απόψεις των ειδικών γίνονται αποδεκτές ως μανιφέστα και όχι διότι έχουν επεξεργαστεί βαθύτερα από τους αποδέκτες, πράγμα που θα οδηγούσε στην υιοθέτηση και τη γενίκευση. Οι άνθρωποι έχουν απαντήσεις που όμως δεν προέρχονται από τα προσωπικά τους ερωτήματα και τις δικές τους διεργασίες. Αντιγράφουν απλά το μοντέλο που τους προτείνεται, όπως περιγράφουν οι Doise & Mugny (1984), στην κοινωνική ανάπτυξη της νοημοσύνης. Η Chaiken (1987), απέδειξε την υιοθέτηση ευριστικής- περιφερειακής επεξεργασίας του μηνύματος και την αλλαγή, με την συναναστροφή κάποιου ειδικού. Μόνο που η ευριστική επεξεργασία δεν οδηγεί σε μόνιμη αλλαγή. Πρόσφατες εργασίες για τη διακοπή του καπνίσματος αποδεικνύουν ότι οι καπνιστές γνωρίζουν πολύ καλά τα μηνύματα και τους κινδύνους που περιγράφουν οι ειδικοί, αλλά η συμπεριφορά τους για το κάπνισμα δεν αλλάζει (Falomir, Mugny & Perez, 1999). Αντίθετα, πηγές χαμηλού καθεστώτος μπορούν να επιφέρουν μακροχρόνια διατηρούμενη αλλαγή (De Dreu & De Vries, 2001. Moscovici, Mucchi-Faina, Maass, 1994. Mugny & Perez, 1991).

Οι Mugny, Butera & Falomir (2001) ισχυρίζονται ότι είναι απαραίτητο να διερευνώνται οι μηχανισμοί που ενεργοποιούνται και το είδος της επιρροής που ασκείται από την μειονοτική ή την πλειονοτική πηγή. Την ισορροπία μεταξύ της γνώσης και του διακυβεύματος της ταυτότητας του πληθυσμού στόχου, ενεργοποιημένα μέσα στο έργο επιρροής και με τις διαδικασίες σύγκρουσης. Εξαρτάται από την απόδοση του νοήματος που δίνουν τα πειραματικά υποκείμενα (Perez,

Mugny, 1996) και από την αναπαράσταση της γνώσης που επιχειρείται να μεταδοθεί. Σε ένα Έργο Ικανοτήτων (E.I.) η λύση είναι μία και αυτό είναι γνωστό στους ανθρώπους, οι οποίοι ενεργοποιούνται όχι μόνο για να απαντήσουν σωστά, αλλά και για να δώσουν την καλλίτερη εικόνα του εαυτού τους. Με αυτούς τους δύο όρους η σύγκρουση που δημιουργείται είναι *κοινωνιογνωστική*.

Το θεωρητικό μοντέλο που προέκυψε από τον ανωτέρω συνδυασμό ήταν απλό αρχικά. Ερευνούσε τους συνδυασμούς: πηγή υψηλού ή χαμηλού καθεστώτος, με στόχο επιρροής υψηλού ή χαμηλού κύρους (Butera, Gardair, Maggi & Mugny, 1998). Οι Mugny et al (2001), στις έρευνες που παρουσιάζουν, εισάγουν ως επιπλέον μεταβλητή την απειλή ή μη της ταυτότητας, τόσο του στόχου, όσο και της πηγής επιρροής. Όταν οι σκοποί της παράστασης και της απόδειξης της ικανότητας υπερτερούν έναντι των στόχων της μάθησης, τότε ελαττώνεται η επιρροή. Μία πηγή κύρους για παράδειγμα, που απειλεί την ταυτότητα του στόχου, δεν επιτυγχάνει να επηρεάσει. Οι θέσεις της πηγής πρέπει να εκλαμβάνονται ως *εναλλακτική λύση και όχι ως αντιπαλότητα και αντίθεση*.

Στον Πίνακα 1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ συμμετρικών ή ασύμμετρων κοινωνικών εταίρων, με απειλή ή χωρίς απειλή της ταυτότητάς τους.

Πίνακας 1: Επιρροή σε συμμετρικές και ασύμμετρες σχέσεις

Κοινωνική Σύγκριση ταυτότητας	Πηγή Υψηλού Καθεστώτος		Πηγή Χαμηλού Καθεστώτος	
	Απειλή	Χωρίς απειλή	Απειλή	Χωρίς απειλή
Στόχος υψηλού καθεστώτος	Σύγκρουση ικανοτήτων	Πληροφοριακή αλληλεξάρτηση	-----	Απουσία σύγκρουσης
Στόχος χαμηλού καθεστώτος	Πληροφοριακός αποκλεισμός	Πληροφοριακή εξάρτηση	Κατωφερής σύγκριση	Σύγκρουση ανικανοτήτων

Όσον αφορά την πηγή επιρροής χαμηλού καθεστώτος:

1-Στην απουσία σύγκρουσης, η πηγή χαμηλού καθεστώτος προσπαθεί να επηρεάσει έναν καταξιωμένο στόχο, χωρίς να θίγει την ταυτότητά του. Δεν καταφέρνει ούτε να εισακουστεί, ούτε να τραβήξει την προσοχή του στόχου για περαιτέρω επεξεργασία του μηνύματος (Allen, 1965).

2-Στο λευκό κελί,-----, η πηγή χαμηλού κύρους απειλεί την ταυτότητα του υψηλού κύρους στόχου. Δεν υπάρχει καμία αξιοσημείωτη αντίδραση. Όταν ο καταξιωμένος στόχος δεν έχει πεισθεί για την ικανότητα και την εγκυρότητα της πηγής, δεν ασχολείται μαζί της. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί η πηγή να εμφανίζεται όντως πολύ ικανότερη, στην προκειμένη περίπτωση όμως, όπως και στην προηγούμενη, ο στόχος δεν αφήνει περιθώρια ανάδυσης της πιθανής ικανότητας. Αυτό αποτελεί το πρώτο παράδοξο του ειδικού (Allen, 1965).

3-Στη σύγκρουση ανικανοτήτων (*conflict incompetencies*) χωρίς να διακυβεύεται η ταυτότητα, αμφισβητείται το κύρος της πηγής και τηρούνται αποστάσεις (Butera, Mugny, 1992). Υιοθετείται μία επαρκής

απάντηση με συγκερασμό των δύο μη ικανών θέσεων. Αυτό αποτελεί ένα νέο δομικό παράδοξο (Butera, 1996).

4-Στην κατωφερή σύγκριση, η πηγή χαμηλού καθεστώτος που απειλεί μη έγκυρο στόχο, προκαλεί την απαξίωσή της από τον στόχο (Butera, Mugny, 1992).

Όσον αφορά την πηγή επιρροής υψηλού καθεστώτος:

1-Στη σύγκρουση ικανοτήτων (*conflict competencies*), όπου απειλείται η ταυτότητα του καταξιωμένου στόχου, η σύγκρουση είναι περισσότερο κοινωνική παρά γνωστική. Ο στόχος προσπαθεί να απαξιώσει την έγκυρη πηγή και να αποκαταστήσει την εικόνα του. Αντικρούει την κριτική και ασχολείται με την αυτό-επιβεβαίωσή και όχι την αυτοβελτίωσή του (Tesser, Cornell, 1991). Πρόκειται για το δεύτερο παράδοξο της αυθεντίας.

2-Στην πληροφοριακή αλληλεξάρτηση δεν υπάρχει απειλή της ταυτότητας από τις δύο πηγές κύρους. Είναι η συνθήκη όπου πραγματικά λειτουργεί η συμπληρωματικότητα της γνώσης, έστω και αν οι δύο, πηγή και στόχος κύρους, υποστηρίζουν αντικρουόμενες θέσεις. Η σχέση δεν εκλαμβάνεται ως ανταγωνιστική. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται η νέα γνώση.

3-Στην πληροφοριακή εξάρτηση η πηγή υψηλού κύρους, που σέβεται και δεν θίγει την ταυτότητα του μη καταξιωμένου στόχου, προκαλεί μίμηση και υιοθέτηση της πληροφορίας, τουλάχιστον σε ένα άμεσο επίπεδο.

4-Στον πληροφοριακό αποκλεισμό η ταυτότητα του χαμηλού καθεστώτος στόχου, απειλείται από την καταξιωμένη πηγή. Ο στόχος αποδέχεται τη θέση της πηγής, αλλά δεν γενικεύει και κυρίως δεν εφαρμόζει (Butera, Mugny, Legrensi, Perez, 1996).

Όλα τα ανωτέρω, εκτός των άλλων, μπορούν να χρησιμοποιηθούν με επιτυχία στην εκπαίδευση. Για να επιτευχθεί ένα αξιόλογο συλλογικό έργο πρέπει να διατηρείται η κοινωνική ανεξαρτησία των ικανών πηγών

και να γίνεται αντιληπτή η αξία της συμπληρωματικότητας. Να μην απειλείται η ταυτότητα και το προφίλ κανενός από τους συμμετέχοντες (Butera, Mugny & Tomei, 2000).

Εντούτοις, η μειονότητα που έχει αντίθετη άποψη από μία ομάδα κύρους, εκλαμβάνεται από τα πειραματικά υποκείμενα ως ικανή. Δημιουργείται έτσι μία σύγκρουση ικανοτήτων (conflict competencies) (Butera et al, 1995), με εκβάσεις στην επιρροή όπως εμφανίζονται στον Πίνακα 1. Το παράδοξο που παρατηρείται είναι η επικέντρωση του στόχου σε θέματα σχέσεων και όχι στο ίδιο το έργο επιρροής, που προέρχεται από ισχυρή πηγή.

Παρατηρούμε ότι, η υψηλή ή χαμηλή εμπλοκή του στόχου στο έργο, όπως και η εκφορά του μηνύματος με αυταρχικό ή δημοκρατικό τρόπο, διαμορφώνουν το επίπεδο της επιρροής. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι αυξάνει η επιρροή όταν η πηγή κύρους είναι δημοκρατική και ο στόχος α) οδηγείται να πιστέψει ότι διαθέτει υψηλή ικανότητα και β) όταν εμπλέκεται σε μεγάλο βαθμό στο έργο που του παρουσιάζεται (Mugny, Quiamzade, Pigiére, Draculescu, Buchs, 2002). Εκτός αυτού, το δημοκρατικό ή αυταρχικό μήνυμα ικανής πηγής προς ικανό στόχο, για να περάσει τη νέα γνώση, πρέπει να συνυπολογίζει το επίπεδο της εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, οι τελειόφοιτοι φοιτητές προσλαμβάνουν καλλίτερα τη νέα γνώση όταν εκφέρεται με δημοκρατικό ύφος, ενώ οι πρωτοετείς πείθονται καλλίτερα με το αυταρχικό ύφος (Quiamzade, Mugny, Draculescu, Buchs, 2004).

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη μετάδοση της γνώσης είναι η αλληλεξάρτηση πηγής-στόχου και η συμπληρωματική πληροφόρηση στη συνεργατική μάθηση. Όταν σε πανεπιστημιακή εργασία, οι φοιτητές συνεργάζονται και παράλληλα δέχονται συμπληρωματική πληροφόρηση (complementary), προσλαμβάνουν καλλίτερα τη γνώση. Οι φοιτητές όμως που δεν έχουν την ίδια πρόσβαση στη γνώση, λόγω της

συμπληρωματικότητας, βρίσκονται σε μειονεκτική θέση. Όταν λαμβάνουν ταυτοποιημένη-ανεξάρτητη πληροφόρηση (identical), δημιουργείται απειλή της ταυτότητας, η οποία παρεμβαίνει στην επιρροή και η παρουσία των φοιτητών γίνεται φτωχότερη (Buchs, Butera, Mugny, 2004). Οι θέσεις αυτές έρχονται σε σύγκρουση με παλαιότερη εργασία των Buchs & Butera (2001), όπου η ανεξάρτητη πληροφόρηση φάνηκε να ευνοεί τη μετάδοση της γνώσης.

Διατηρώντας τις προαναφερόμενες μεταβλητές της συνεργασίας και της συμπληρωματικής πληροφορίας, η μετάδοση της γνώσης αυξάνει και οφελείται όταν η κοινωνιογνωστική σύγκρουση αφορά μόνον το επιστημολογικό μέρος και όχι το επίπεδο των σχέσεων που αφορά την ικανότητα. Η εργασία σε μικρές ομάδες προάγει την γνώση και την κοινωνική ανάπτυξη κατά την αλληλόδραση των συμμετεχόντων (Buchs, Butera, 2004. Buchs, Butera, Mugny, Darnon, 2004). Ακόμα, οι Darnon et al (2002), απέδειξαν ότι η επιστημολογική σύγκρουση και η απουσία κοινωνικής σύγκρουσης σε θέματα σχεσιολογικά, βοηθά στη διατήρηση της γνώσης και μετά από αρκετό διάστημα.

2.5 Άρρητες θεωρίες κοινωνικής επιρροής. Πρόκειται για τις κοινωνικές αναπαραστάσεις που έχουν οι άνθρωποι αναφορικά με τις μειονότητες ή τις καταξιωμένες ομάδες κύρους. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε διευκολυντικά στις έρευνες για την τρομοκρατία, από τους Παπαστάμου και Προδρομίτη (2003). Στην διατριβή αναζητήσαμε τη συνεκτικότητα μεταξύ της πειραματικής ανάδυσης και των κατά δήλωση απόψεων των υποκειμένων μας. Των οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ - 3

Ψυχολογιοποίηση. Οι αποδόσεις της συμπεριφοράς και του λόγου στα ατομικά χαρακτηριστικά.

Ψυχολογιοποίηση

Στα Αρχαιοελληνικά κείμενα παρατηρούμε συχνά να αποδίδεται η παρεκκλίνουσα συμπεριφορά των ανθρώπων σε κάποια θεϊκή παρέμβαση. Είναι θεόσταλτη μανία ο οίστρος που καταλαμβάνει την Ηώ στον Προμηθέα Δεσμώτη. Την κέντρισε η Ήρα και την μετέτρεψε σε αίγα, από ζήλια για τον έρωτά της με το Δία. Στη σημερινή εποχή οι άνθρωποι συνηθίζουν να αποδίδουν τις δικές τους κοινωνικές συμπεριφορές, όσο και των άλλων, στα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά, παραγνωρίζοντας συχνά το ίδιο το περιεχόμενο ενός μηνύματος που τους απευθύνεται. Η αιτιακή σύνδεση, η απόδοση με άλλα λόγια, των κοινωνικών συμπεριφορών ή του ιδεολογικού λόγου με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ατόμων ή ομάδων, αποτελεί τον ορισμό της ψυχολογιοποίησης. Η σύγχρονη έκφρασή της με όρους ψυχιατρικοποίησης ευθύνεται για το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής νόσου, μορμολύκειο τρόπο για όλους τους ανθρώπους.

Το αδιαμφισβήτητο της ύπαρξης και της ενεργοποίησης της ψυχολογιοποίησης, δεν αρκεί για να κατανοήσουμε τη σπουδαιότητα αυτού του φαινομένου. Είναι αναγκαίο να προσδιοριστούν τα αίτια που οδηγούν στην εμφάνιση της ψυχολογιοποίησης, τον τρόπο της λειτουργίας της, την κοινωνιοψυχολογική της σημασία, καθώς και τις κοινωνικές ή ακόμα και τις ιδεολογικές της επιπτώσεις (Παπαστάμου 1989^α σελ.430). Αποτελεί μια συλλογική στρατηγική αντίστασης στην κοινωνική επιρροή, ιδιαίτερα των μειονοτήτων, χωρίς καθόλου να συνιστά ένα ατομικό, περιστασιακό σφάλμα. Ενεργοποιείται με συγκεκριμένους μηχανισμούς και προκαλεί κοινωνικές διακρίσεις. Μπορεί να αντιμετωπιστεί ποικιλότροπα, όπως θα δούμε στη συνέχεια.

Ενεργοποίηση και επιδράσεις

1. Ενεργοποιείται μέσα από έντονες συγκρουσιακές διαδικασίες και ιδιαίτερα, όταν η επιρροή εμπεριέχει και ψυχοπολιτική- ιδεολογική διάσταση (Mugny και Papastamou, 1980).

2. Βλάπτει κύρια την επιρροή των μειονοτήτων, χωρίς αρνητικές επιδράσεις στις πλειονότητες ή στους "ηγέτες" έντονα ιεραρχικά δομημένων μειονοτήτων (Papastamou, 1985)

3. Δεν επιδρά αρνητικά σε ατομικό επίπεδο και με τους κανόνες της ατομικής ή της κλινικής ψυχολογίας, αλλά σε συλλογικό πλαίσιο και πάντα ενάντια στην κοινωνική αλλαγή που επιχειρείται από τις μειονότητες. Ασκεί έτσι μία έντονη μορφή κοινωνικού ελέγχου (Papastamou, Mugny και Kaiser, 1980. Mugny, Kaiser και Papastamou, 1984, Papastamou και Kaiser, 1986).

4. Η αρνητική της επίδραση μπορεί να φτάσει μέχρι την αναστολή της ιδεολογικής μεταστροφής και της βραδυφλεγούς επενέργειας (Moscovici και Personnaz, 1986).

Αυτό δεν παρατηρείται στις τρεις άλλες συνθήκες που είναι σε θέση να εμποδίσουν την άμεση και έκδηλη μειονοτική επιρροή, δηλαδή στην *ακαμψία* της διαπραγμάτευσης (Μιούνυ και Παπαστάμου, 1983), στην *κατηγοριοποίηση* της μειονότητας και στην *ακύρωση* του νεωτερικού της μηνύματος (Moscovici, Mugny και Perez, 1984-85). Στην περίπτωση της ακαμψίας η ψυχολογιοποίηση αντιβαίνει στην επιρροή που δυνάμει μπορεί να ασκήσει μια ευλύγιστη μειονότητα. Για το λόγο αυτό και εφόσον συνυπάρχει ψυχολογιοποίηση, είναι προτιμότερο μια μειονότητα να εμφανίζεται άκαμπτη (Papastamou, Mugny και Kaiser, 1980). Ακόμα μπορεί να προσδώσει στις πλειονότητες την ικανότητα της ιδεολογικής μεταστροφής, που αποτελεί προνόμιο των μειονοτήτων (Moscovici και Personnaz, 1986). Ο ευφυής χειρισμός εκ

μέρους των μειονοτήτων, είναι να "σπέρνουν" το λόγο τους όταν η "γη" είναι γόνιμη. Όταν υπάρχουν δηλαδή οι κατάλληλες κοινωνικές περιστάσεις.

Ένα σημείο εξαιρετικά σημαντικό που αφορά την ψυχολογιοποίηση είναι το *ψυχολογικό πορτραίτο* των ενεργών μειονοτήτων (Παπαστάμου, 1989^α σελ. 446-450). Συνοπτικά, παρατηρούμε ότι η ιδεολογική ταύτιση μεταξύ δύο μελών μειονότητας ή μεταξύ δύο ατόμων που προέρχονται από διαφορετικές μειονοτικές ομάδες, αυξάνουν την επιρροή τους σε συνθήκες μη ψυχολογιοποίησης. Αντίθετα, η ιδεολογική διαφοροποίηση στους ίδιους συνδυασμούς ατόμων, παρουσιάζει αυξημένη επιρροή σε συνθήκες ψυχολογιοποίησης. Στην πρώτη περίπτωση η ιδεολογική απόσταση εκλαμβάνεται ως έλλειμμα διανοητικής ωριμότητας, ενώ στη δεύτερη ως ελευθερία γνώμης. Η ιδεολογική τοποθέτηση των υποκειμένων σαν κοντινά ή απομακρυσμένα ως προς την πηγή επιρροής επίσης παρεμβαίνει στην ψυχολογιοποίηση. Συμπερασματικά μπορεί να αναφερθεί ότι οι ιδεολογικά απομακρυσμένοι επηρεάζονται περισσότερο σε συνθήκες ψυχολογιοποίησης από τη μειονότητα. Όσο περισσότερο διαφωνούμε με κάποιον τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει να πειστούμε από αυτόν. (Παπαστάμου, 1989^γ, σελ. 246).

Εντούτοις γεννιέται το ερώτημα, γιατί η ψυχολογιοποίηση να ελαττώνει την επιρροή των μειονοτήτων, έστω και αν η διασύνδεση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών με την ιδεολογία τους δεν παραπέμπει απαραίτητα στην ψυχοπαθολογία. Κάλιστα τα αποδιδόμενα ψυχολογικά χαρακτηριστικά μπορεί να είναι θετικότερα, όπως δραστηριότητα, ικανότητα, αποτελεσματικότητα και άλλα πολλά. Φαίνεται ότι δεν είναι μόνο το *γνωστικό-πληροφοριακό μέρος* των καινοτόμων θέσεων που εισηγείται μια μειονότητα, αλλά πολύ περισσότερο είναι η συμπεριφορά που υιοθετεί και μέσα από αυτή- καταλυτικό στοιχείο - η αναπαράσταση

που δημιουργεί στα υποκείμενα – στόχους. Με άλλα λόγια, οι *κοινωνικές αναπαραστάσεις* που ενεργοποιεί (Παπαστάμου και Μιούνυ, 1983). Ο Mugny (1974) απέδειξε ότι για τις ίδιες θέσεις που εκφέρονται από μια μειονότητα και με την ίδια διαπραγμάτευση, η επιρροή είναι διαφορετική εάν αναφερθεί με διάφορους χαρακτηρισμούς ότι η μειονότητα είναι ευλύγιστη ή άκαμπτη. Πως προσλαμβάνεται δηλαδή ο λόγος και η συμπεριφορά της. Αυτή είναι μια βασική αιτία που πυροδοτεί την ψυχολογιοποίηση, εκφρασμένη μέσα από τη διάσταση της *διαπροσωπικής πρόσληψης* και της *αυτονομίας* της. Εάν η μειονότητα δεν πείσει με την αναπαράσταση που θα δημιουργήσει για την αντικειμενικότητα και την αυτονομία της, δύσκολα θα διαφύγει από την διαβρωτική επίδραση της ψυχολογιοποίησης. Αναμένεται, επομένως, για να είναι αποτελεσματική η επιρροή της, να επιφέρει κάποιες *τροποποιήσεις* στο κοινωνικό πεδίο, μία *κοινωνική επιδοκιμασία* αναφορικά με τις αναπαραστάσεις και τα στερεότυπα των μειονοτήτων.

Στο πειραματικό πεδίο έχει βρεθεί ότι η ενεργοποίηση της ψυχολογιοποίησης υποβιβάζει τη θετική εικόνα της μειονότητας, ελαττώνοντας αντίστοιχα και την επιρροή της. Αυτό συνάγεται από την *εικόνα της πηγής* επιρροής και μετράται μέσα σε πολλά πειράματα του γενετικού μοντέλου (Παπαστάμου, 1989γ σελ.356). Προκύπτει ότι η ψυχολογιοποίηση στο επίπεδο των κοινωνικών αναπαραστάσεων της πηγής επιρροής, έχει διπλή επενέργεια. Υπερτονίζει την ψυχολογική ανισορροπία των μειονοτήτων, ενώ αυξάνει την αντικειμενικότητα των πλειονοτήτων, με ό,τι γνωστό συνεπάγεται αυτό, στην επιρροή τους αντίστοιχα. (ο.π σελ 367).

Σαν κατακλείδα στο θέμα των κοινωνικών αναπαραστάσεων των ενεργών μειονοτήτων, που διαφοροποιούνται από τη διαβρωτική επενέργεια της ψυχολογιοποίησης, πρέπει να αναφερθεί και η έννοια της *συμβατικής ανάγνωσης* των μειονοτικών συμπεριφορών (Παπαστάμου,

1989γ, σελ. 370-380). Στο σημείο αυτό φαίνεται να αντιπαρατίθενται η νόρμα της αντικειμενικότητας που χαρακτηρίζει και υποβαστάζει τις πλειονότητες, με τη νόρμα της πρωτοτυπίας που μπορεί να κάνει αποδεκτές τις μειονοτικές θέσεις. Η πρωτοτυπία μπορεί να γίνει ανεκτή στους καλλιτεχνικούς χώρους, όπως και σε κάποιους επιστημονικούς και πολιτικούς χώρους (Lemaine, 1974), στα πλαίσια της επιστημονο-ιδεολογίας (Mugny και Doise, 1979). Οι Papastamou και Mugny, (1985), μέσα από την εικόνα της πηγής επιρροής, βρίσκουν τις διαφορές μεταξύ μιας πρωτότυπης και μιας παρεκκλίνουσας μειονότητας. Η πρωτότυπη έχει την κοινωνική συναίνεση - επιδοκιμασία, η διαπραγμάτευση της θεωρείται ευλύγιστη και πλαισιώνεται με τα χαρακτηριστικά ενός "διανοούμενου της αριστεράς". Η παρεκκλίνουσα διαφέρει ως προς την κοινωνική συναίνεση, την οποία δεν αποσπά, ενώ προκαλεί αποδοκιμασία. Αυτά συμβαίνουν όταν ο πειραματικός πληθυσμός εκφράζεται ελεύθερα. Όταν εισάγεται πειραματικά η ψυχολογιοποίηση με παράλληλη κοινωνική συναίνεση ή όχι, αρχίζει να αναδύεται ο ιδιαίτερος κανονιστικός της χαρακτήρας, με συνέπεια τη συμβατική ανάγνωση των μειονοτικών συμπεριφορών. Προαπαιτεί βέβαια, οι μειονότητες, να παραπέμπουν σε έναν κυρίαρχο κοινωνικό κανόνα. Η συμβατική λοιπόν ανάγνωση, στην καλλίτερη περίπτωση, θέλει τις πρωτότυπες μειονότητες δημιουργικές και καθοριζόμενες από την ιδιοσυγκρασία τους.

Ο ρόλος των κοινωνικών διακρίσεων

Οι κοινωνικές διακρίσεις αποτελούν μία άλλη διάσταση, η οποία ενεργοποιείται κατά των μειονοτήτων και λειτουργεί επηρεαζόμενη από την ύπαρξη της ψυχολογιοποίησης. Οι κοινωνικές διακρίσεις για τις μειονότητες, αφορούν τα ιδεολογικά κοντινά ή απομακρυσμένα

υποκείμενα με την ιδεολογία της πηγής επιρροής, καθώς και την κοινή ή διαφορετική κατηγοριακή υπαγωγή, στόχου – πηγής. Η ιδεολογική τοποθέτηση του μειονοτικού μηνύματος πρέπει να φαίνεται – και να είναι – ως εναλλακτική πρόταση στις κυρίαρχες νόρμες. Αυτό πολλές φορές είναι εφικτό και επηρεάζει τον πληθυσμό-στόχο, αρκεί να μην αναπτυχθούν οι γνωστές στρατηγικές αντίστασης στην καινοτομία. Η ψυχολογιοποίηση έχει την ικανότητα να προκαλέσει κοινωνικές διακρίσεις για τις ενεργές μειονότητες και να ελαττώσει την επιρροή τους, εκεί που στην πραγματικότητα δε συντρέχει λόγος. Δηλαδή στα υποκείμενα που αφενός είναι ιδεολογικά κοντινά (Παπαστάμου, 1989γ, σελ. 392) και αφετέρου ανήκουν στην ίδια ομάδα με τη μειονότητα (Mugny, Kaiser, Papastamou, 1983).

Μεθόδευση αποφυγής

Οι τρόποι αποφυγής της ψυχολογιοποίησης θα μπορούσαν να οριστούν μέσα από τους τρόπους αποφυγής των παραγόντων που την ενεργοποιούν. Διάφορες παράμετροι όμως υπεισέρχονται παρασιτικά, ανατρέπουν δεδομένα και καθιστούν αυτήν τη μεθόδευση ανεπαρκή.

Ένας τρόπος είναι η επίκληση της *αντικειμενικότητας* της μειονοτικής ομάδας. Κατά πόσον δηλαδή βασίζει την εισήγηση της στην επιστημονική τεκμηρίωση. Στην περίπτωση αυτή πράγματι αποδυναμώνεται η ενεργοποίηση της ψυχολογιοποίησης και παρατηρούμε την επιρροή της μειονότητας να αυξάνει κάθετα (Παπαστάμου, 1989γ σελ. 476). Εντούτοις, είναι ελάχιστες οι μειονότητες που μπορούν να επικαλεστούν την επιστημονική εγκυρότητα των λόγων τους ή να διεκδικήσουν ανοιχτά την αντικειμενικότητα τους. Ακόμα και αν σε σπάνιες περιπτώσεις, διαθέτουν την τεκμηρίωση των καινοτόμων εισηγήσεών τους, είναι απρόσιτες οι προσβάσεις της παρουσιάσής τους. Στην περίπτωση αυτή το μοναδικό όπλο που

διαθέτουν είναι η *διαχρονική σταθερότητά* τους. Εάν η ενεργή μειονότητα έχει μόνο μία και μοναδική παρέμβαση στο κοινωνικό πεδίο, αυτό λειτουργεί εναντίον της και της αποδίδονται εσφαλμένες αντιλήψεις. Η συγχρονική σταθερότητα μεταξύ των μελών της μειονότητας δεν είναι αλώβητη από την ψυχολογιοποίηση. (ο.π. σελ. 481).

Δεν πρέπει να παραληφθεί η καταλυτικά θετική επίδραση του ψυχολογιοποιημένου μειονοτικού ηγέτη, στην άσκηση επιρροής. Συμπερασματικά, επομένως, μπορεί να λεχθεί ότι η αντικειμενική μειονότητα, οι σταθερές απόψεις της μέσα στο χρόνο και η ύπαρξη ενός ηγέτη στους κόλπους της, μπορούν να αντιπαλέψουν την διαβρωτική επίδραση της ψυχολογιοποίησης. Της ψυχολογιοποίησης που δρα ενάντια στην επιρροή των καινοτόμων και ενεργών μειονοτήτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ – 4

***Η Θεωρία Επεξεργασίας της Σύγκρουσης (ΘΕΣ).
Ενεργοποίηση της νοητικής διεργασίας με τη σύνθεση
των αντιθέτων***

Θεωρία Επεξεργασίας της Σύγκρουσης – (ΘΕΣ)

«Η Σύγκρουση είναι το βούκεντρο της σκέψης. Διεγείρει την παρατήρηση και τη μνήμη. Ωθεί στην εφευρετικότητα. Μας κάνει να βγούμε από την παθητικότητα του πρόβατου και μας ωθεί στην προσπάθεια. Η σύγκρουση είναι η sine qua non συνθήκη του συλλογισμού και της επινοητικότητας».

(J. Dewey 1930, αναφέρεται από τον Παπαστάμου, 1989β, σελ. 317)

Είναι πλέον τεκμηριωμένο ότι μόνο μέσα από συγκρουσιακές κοινωνιογνωστικές διαδικασίες είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε κοινωνική αλλαγή, κύρια όταν εμπλέκονται ενεργά κάποιες μειονότητες.

Η Θεωρία Επεξεργασίας της Σύγκρουσης (ΘΕΣ) εισηγείται τον τρόπο χειρισμού και την επίλυση της σύγκρουσης από τα κοινωνικά υποκείμενα. Ακόμα κατατάσσει με καινοτόμο συνθετικό τρόπο την υπάρχουσα έρευνα για την επιρροή, μέσα από τη διάσταση της σύγκρουσης. Η κατάταξη γίνεται με βάση το πειραματικό έργο και τη φύση των σχέσεων μεταξύ των υποκειμένων και της πηγής. Η αναφορά στη ΘΕΣ είναι εξαιρετικής σημασίας διότι η σύγκρουση αποτελεί έναν μηχανισμό κοινωνικής επιρροής ευρύτερο από αυτό της κανονιστικής ή της πληροφοριακής εξάρτησης. Η κοινωνιογνωστική σύγκρουση αποτελεί το σκληρό πυρήνα της θεωρίας του γενετικού μοντέλου κοινωνικής επιρροής (Moscovici, 1980). Το λειτουργικό μοντέλο εκφράζει τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να εξασφαλιστεί μια ισορροπία και μόνο σε κάποιες ακραίες περιπτώσεις εκφράζεται μία ασάφεια, μία αβεβαιότητα, μία κατάσταση προς επίλυση. Το γενετικό μοντέλο εκπροσωπεί την ανατροπή μέσα από την κοινωνιογνωστική σύγκρουση. Είναι ο τρόπος μετατροπής του homo simplex (απλός

άνθρωπος) σε homo duplex (σύνθετος άνθρωπος), όπου ένα τμήμα του "εγώ" γίνεται θεατής του "άλλου" και αυτό αποτελεί το βαθύτερο και ουσιαστικό νόημα της Κοινωνικής Ψυχολογίας. Τη μετάβαση με άλλα λόγια, από την ασυνείδητη στη συνειδητή προσωπικότητα (Moscovici, 1996, σελ. 21). Βέβαιο παραμένει ότι για να επιτευχθεί η ιδεολογική μεταστροφή απαιτείται η ύπαρξη ενός υπερδομημένου επίπεδου αφαίρεσης της κατηγοριοποίησης. Ενός επιπέδου, δηλαδή, όπου η κοινωνιοψυχολογική ταυτότητα του ατόμου, ορίζεται μόνο από το είδος, από την κατάταξη "άνθρωπος" (David και Turner, 1992). Από την άποψη των κατηγοριακών υπαγωγών, η κατηγοριοποίηση της μειονότητας ως ενδοομάδα ελαττώνει την πληροφοριακή επιρροή, ενώ η κατάταξη της σε εξωομάδα την αυξάνει. Μόνο η αφαίρεση, η απουσία κατηγοριοποίησης, το προαναφερόμενο υπερδομημένο επίπεδο, μπορεί να εντάξει την μειονότητα στην ενδοομάδα και να καταστεί εφικτή η ιδεολογική μεταστροφή.

Ο πίνακας που ακολουθεί δίνει σχηματικά τα είδη των πειραματικών έργων και τη φύση της πηγής επιρροής, που εμπλέκονται στη ΘΕΣ και σηματοδοτούν την επεξεργασία της σύγκρουσης. Τα επίπεδα της επιρροής που προκύπτουν από αυτή την επεξεργασία, θα παρουσιαστούν στη συνέχεια. (Pérez και Mugny, 1996, σελ. 38)

Υψηλή θεμελίωση λάθους

Έργα Κοινων. παγιωμέν	EI Έργα Ικανοτήτων	EAMΔ Έργα Αντικειμενικά Μη Διφορούμενα	Έργα μη Παγιωμένα κοινωνικά
	EΓ Έργα γνώμης	EME Έργα Μη Εμπλοκής	

Χαμηλή θεμελίωση λάθους

Η κάθετη και οριζόντια συντεταγμένη, του ανωτέρω πίνακα, μας δίνουν την ποιότητα των έργων, ως εξής:

Υψηλή θεμελίωση λάθους. Στα συγκεκριμένα έργα επιρροής μία απάντηση είναι σωστή ή τουλάχιστον πιο συμβατή από άλλες, που σημαίνει ότι οι επιλύσεις μπορούν να ιεραρχηθούν.

Χαμηλή θεμελίωση λάθους. Στα έργα αυτά μπορεί να εκτιμηθεί εάν οι προτεινόμενες λύσεις είναι σωστές ή λάθος.

Έργα κοινωνικά παγιωμένα. Αυτά τα έργα επιρροής μαζί με τα επόμενα, αποτελούν το δεύτερο συνθετικό προκατασκευάσμα που απαρτίζει τον οριζόντιο άξονα στον προαναφερόμενο πίνακα. Τα κοινωνικά παγιωμένα έργα εμπλέκουν τα υποκείμενα βάσει των

απαντήσεων τους και τα κατηγοριοποιούν, στις διαβαθμίσεις του κοινωνικού πεδίου

Έργα μη παγιωμένα κοινωνικά. Δεν εντάσσουν σε καμία κοινωνική κατηγοριακή υπαγωγή τα υποκείμενα που συμμετέχουν και απαντούν στο έργο επιρροής. Με άλλα λόγια, δεν εμπλέκουν κοινωνικά τα υποκείμενα.

Κάθε ένα από τα προηγούμενα τέσσερα είδη προκατασκευασμάτων, συνδυαστικά δίνει τέσσερα νέα είδη έργων, όπως αναφέρονται στη συνέχεια. Αυτή η νέα κατηγοριοποίηση καθορίζει τη σχέση της πηγής επιρροής με το στόχο.

(ΕΙ) Έργα Ικανοτήτων. Δημιουργούν αβεβαιότητα στα υποκείμενα. Εάν η πηγή επιρροής είναι *χαμηλού καθεστώτος* τα προκαλεί να επιδείξουν ικανότητα για να αντιπαρατεθούν κατά κάποιο τρόπο στην πραγματογνωσία της. Μία απάντηση είναι σωστή και το υποκείμενο καλείται να την ανακαλύψει επιδεικνύοντας τη γνωστική του δεξιότητα σε μία *σύγκρουση ανικανοτήτων*. Δημιουργούν αποστασιοποίηση από το στόχο, ο οποίος όμως επηρεάζεται σε λανθάνον και γνωστικά έμμεσο επίπεδο, πριμοδοτώντας την επινοητική σκέψη (Nemeth, 1987). Με άλλα λόγια, η μειονοτική πηγή είναι σε θέση να δημιουργήσει *αποκέντρωση* από τον μοναδικό εννοιολογικό πυρήνα και την *επικύρωση* που υπονοείται ή επινοείται. Η επεξεργασία της σύγκρουσης διαφοροποιείται εάν η πηγή επιρροής είναι *υψηλού καθεστώτος*. Δημιουργεί *σύγκρουση ικανοτήτων* στα υποκείμενα, τα οποία συγκλίνουν προς αυτή χωρίς να είναι σε θέση να αντιπαρατεθούν στην πραγματογνωσία της, παρά το γεγονός ότι τα έργα ικανοτήτων παραπέμπουν σε ανώτερες λειτουργίες της σκέψης και διεξαγωγή πολύπλοκων συλλογισμών. Οι πηγές υψηλού καθεστώτος όμως οδηγούν σε μίμηση, πληροφοριακή εξάρτηση και κοινωνιογνωστική οκνηρία με παράλληλη πρόκληση άμεσης και έκδηλης επιρροής. Στα έργα ικανοτήτων δεν έχει τόση σημασία η σχέση πηγής

στόχου, όσο η σχέση πηγής αντικειμένου. Έχει αποδειχτεί η ανάπτυξη των γνωστικών εργαλείων μέσα από κατάλληλες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Όπως αναφέρουν οι Doise και Mugny (1996), Butera, Legrenzi και Mugny, (1996, σελ. 117-141), μέσα από τρία πειράματα με επιρροή έργων ικανοτήτων, αποδεικνύονται οι προαναφερόμενες θέσεις.

(ΕΑΜΔ) Έργα Αντικειμενικά Μη Διφορούμενα. Η λύση στα έργα αυτά είναι μία και αδιαμφισβήτητη, χωρίς να παρέχεται κοινωνική παγίωση στα άτομα. Κλασικό παράδειγμα αποτελεί το υπόδειγμα της κοινωνικής συμμόρφωσης του Asch (1956). Τα υποκείμενα γνωρίζουν τη μία και μοναδική σωστή απάντηση, οπότε και αναμένεται απόλυτη συναίνεση. Η αριθμητική υπεροχή, *η πλειοψηφία της πηγής*, ενέχει καθοριστικό ρόλο στην επιρροή. Η σύγκρουση είναι κοινωνιογνωστική και η σχέση πηγής υποκειμένου έχει σημαίνουσα θέση. Στα ΕΑΜΔ, όπως και στα ΕΙ υπάρχει, διαφοροποίηση ανάμεσα στις πλειοψηφικές και μειονοτικές πηγές. Οι πλειοψηφικές προκαλούν *σχεσιολογική σύγκρουση* που οδηγεί στην *ενδοτικότητα* και την *ακολουθητική συμπεριφορά*. Εάν θα εκδηλωθεί άμεση ή έμμεση-λανθάνουσα επιρροή θα εξαρτηθεί από τις *θετικές ή αρνητικές φορτίσεις* που πλανώνται. Θετική φόρτιση σημαίνει ότι η ακολουθητική συμπεριφορά ερμηνεύεται από το υποκείμενο σαν δύσκολη κατάσταση που πέτυχε. Αντίθετα, στην αρνητική φόρτιση εμφανίζεται *ψυχολογική αναδραστικότητα*, διότι η ακολουθητική συμπεριφορά ερμηνεύεται σαν ενδοτικότητα στο προφανές. Στην περίπτωση αυτή και με στόχο την επανάκτηση της αυτονομίας του, το υποκείμενο σε λανθάνον επίπεδο αποσπάται από τις πιέσεις της πλειοψηφίας και υιοθετεί αντίθετες απόψεις. Οι *μειονότητες* δεν ασκούν περιοριστική εξουσία αλλά οδηγούν τα υποκείμενα σε *αντικειμενοποίηση και αποκέντρωση*. Αναγνώριση δηλαδή της καταλληλότητάς τους και της επάρκειας του μηνύματος τους αφ'ενός, και αφ'ετέρου, την πλουραλιστική παροχή επιλύσεων που αυξάνει τη γνωστική

δραστηριότητα. Με αυτό τον τρόπο επιλύεται η σύγκρουση, δημιουργείται επιρροή, αλλά σε λανθάνον επίπεδο. Η παραμικρή διαφωνία είναι αρκετή για να διασπασθεί η ομοφωνία των υποκειμένων και να προκληθεί αμηχανία. Τα πειραματικά παραδείγματα των Pérez et al, (1996 σελ. 85-115), συνοπτικά, καταλήγουν σε όλα τα ανωτέρω.

(ΕΓ) Έργα Γνώμης. Στα συγκεκριμένα έργα δεν υπάρχει μία μόνο σωστή απάντηση. Αναμένεται *πολλαπλότητα απαντήσεων* χωρίς να γίνεται άμεσα διακριτή η σωστή. Επιπλέον, εμπλέκεται η κοινωνιοψυχολογική ταυτότητα των υποκειμένων στις απαντήσεις τους. Το κύριο *χαρακτηριστικό* της πηγής επιρροής που εξετάζεται από το στόχο είναι η κοινωνική της ένταξη, η κατηγοριακή της υπαγωγή. Κατά πόσον δηλαδή ανήκει ή όχι στην ίδια κοινωνική κατηγορία με το στόχο. Η αριθμητική υπεροχή και η ικανότητα της πηγής είναι έννοιες ασήμαντες στα έργα γνώμης ή βρίσκονται σε δεύτερη μοίρα. Παρατηρούμε με άλλα λόγια στα ΕΓ, μία άμεση εμπλοκή των διομαδικών σχέσεων.

Η επεξεργασία της σύγκρουσης διαφοροποιείται ανάλογα με το εάν πρόκειται για ενδοομαδική ή εξωομαδική πηγή με τον στόχο επιρροής. Στην περίπτωση της *ενδοομάδας* υπάρχει *κανονιστική σύγκρουση*. Σε ακραίες περιπτώσεις *εξτρεμιστικών μελών της ενδοομάδας* που εισάγουν μία διαφοροποιημένη θέση από τον κανόνα της ομάδας, δημιουργείται *σύγκρουση ταύτισης*, όπου κινδυνεύει πλέον η θετική εικόνα του εαυτού (Mugny et al, 1983). Στην προκειμένη περίπτωση τα ζητούμενα είναι δύο. Η διατήρηση της θετικής εικόνας του εαυτού από τη μια και της συνοχής της ομάδας από την άλλη (Hogg, 1992).

Η *ένδοομαδική πηγή* μπορεί να δημιουργήσει τρεις καταστάσεις μετά από την ενεργοποίηση της σύγκρουσης: *ταύτιση, αυτοκατηγοριοποίηση* (Abrams και Hogg, 1990. Turner,1991) και τη

συνθήκη του *αδιαχώριστου* (Papastamou, Mugny και Pérez, 1991, 1992). Στην *αυτοκατηγοριοποίηση* έχουμε σαν αποτέλεσμα μία κανονιστική εξάρτηση από την πηγή. Η έμμεση επιρροή μπορεί να οδηγήσει σε εσωτερίκευση, αποδοχή και υιοθέτηση δηλαδή νέων αξιών. Η έντονη πόλωση από την άλλη μεριά, που μπορεί να δημιουργηθεί από την ενδοομάδα, αυξάνει την επιρροή της. Στη περίπτωση του *αδιαχώριστου* υπάρχει απόκρυψη που αποκλείει τόσο την άμεση όσο και την έμμεση επιρροή. Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα στις συνθήκες του "μαύρου πρόβατου" (Marques, 1990), των ακραίων δηλαδή αποκλίσεων στην ενδοομάδα. Επιπλέον, ενδοομαδικά, μπορεί να ενεργοποιηθεί μία *κοινωνιογνωστική παράλυση*, κατά την οποία δεν παρατηρείται καμία επιρροή, οφειλόμενη σε απουσία μετέπειτα επεξεργασίας της σύγκρουσης.

Όταν η διαφωνούσα πηγή αποτελεί *εξωομάδα*, δημιουργείται *διομαδική σύγκρουση*. Στην περίπτωση αυτή εύκολα μπορεί να απορριφθεί η εξωομάδα με την διαδικασία της κατηγοριοποίησης (Tajfel, 1972). Απαιτούνται ειδικές κοινωνιογνωστικές δομές για να ξεπεραστεί αυτή η δυσκολία. Στα πλαίσια της εξωομάδας εντάσσονται και οι *διπλές μειονότητες* (Maass και Clark, 1984), όπου δημιουργούνται πολιτιστικο-γνωστικές συγκρούσεις. Χαρακτηριστική περίπτωση, πάντα στα πλαίσια της εξωομάδας, είναι η απουσία διαφωνίας. Όταν δηλαδή πηγή και στόχος εκφέρουν την ίδια γνώμη, οπότε δημιουργείται μία *σύγκρουση ταυτότητας*.

Η ενεργοποίηση της σύγκρουσης στην περίπτωση της *εξωομάδας* δημιουργεί δύο δυνατότητες: είτε οξύνεται η κοινωνική διάκριση είτε, σε λανθάνον επίπεδο, επιτυγχάνεται *ιδεολογική μεταστροφή*. Η ανοιχτή-έκδηλη διάκριση σε περίπτωση πολιτιστικογνωστικής σύγκρουσης, μπορεί να οδηγήσει σε *τύψεις διάκρισης*, όπου υπεισέρχεται η κοινωνική λογοκρισία, που δεν ανέχεται διακρίσεις χωρίς σοβαρή αιτιολόγηση.

Η δεύτερη γνωστική επεξεργασία που μπορεί να οδηγήσει σε ιδεολογική μεταστροφή στην περίπτωση της εξωομάδας, είναι ο *διαχωρισμός* (Pérez και Mugny, 1996). Η επίλυση της σύγκρουσης στο διαχωρισμό, γίνεται σε δύο χρόνους. Πρώτα επιλύεται η διομαδική σύγκρουση, συνήθως σε βάρος της εξωομάδας. Μετά την επίλυση της κοινωνικής σύγκρουσης ακολουθεί η διευθέτηση της γνωστικής σύγκρουσης κατά την οποία ο στόχος επεξεργάζεται απερίσπαστος το περιεχόμενο του μηνύματος που εισηγείται η εξωομάδα. Είναι το καίριο σημείο που μπορεί να οδηγήσει στην ιδεολογική μεταστροφή.

(ΕΜΕ) Έργα Μη Εμπλοκής. Αναφέρονται σε έργα μικρής κοινωνικής θεμελίωσης, μη συγκρουσιακά από μόνα τους, που απλά ζητούν την άποψη και τη συμμετοχή των υποκειμένων, με απώτερο στόχο την τροποποίηση αυτής της άποψης. Κλασσικό παράδειγμα τέτοιου έργου είναι το αυτοκινητικό φαινόμενο του Sherif (1935), όπου ένα ακίνητο φωτεινό σημείο μέσα σε σκοτεινό χώρο, θεωρείται ότι κινείται και οδηγεί τα πειραματικά υποκείμενα σε συγκλίνουσες, συλλογικές θέσεις. Η αδύναμη σύγκρουση κύρια επιλύεται με στροφή προς την επεξεργασία του μηνύματος, όπως περιγράφεται σε διάφορα μοντέλα πειθούς (Chaiken, 1987. Petty και Cacioppo, 1986).

Τι εννοούμε με τους όρους πλειονότητα – μειονότητα. Υπάρχουν οι ακόλουθοι τέσσερις παράγοντες που μπορούν να ορίσουν μία πηγή ως πλειονοκεντρική ή μειονοκεντρική. 1) Η αριθμητική υπεροχή ή μη της ομάδας. 2) Ο βαθμός πραγματογνωσίας της ή μη 3) Η ανώτερη ή αδιάφορη κοινωνική της θέση 4) Το αντικανονιστικό ή συμβατικό μήνυμα που εισηγείται. Από κοινωνιογνωστική άποψη γενικά, εκλαμβάνεται ως μειονοτική μία πηγή επιρροής εάν αναπαριστάνεται σαν κατώτερη του στόχου, ενώ η πλειονοκεντρική πηγή εκλαμβάνεται ότι βρίσκεται σε θέση ισχύος έναντι του στόχου επιρροής (Pérez και Mugny, 1996 σελ. 73).

Προβληματισμοί γύρω από τη σύγκρουση (Maggi, Mugny και Pérez, 1996, σελ. 248). Ένα κεντρικό ερώτημα γεννιέται μέσα από τις προηγούμενες αναφορές για τη ΘΕΣ. Είναι τελικά καίριο σημείο η σύγκρουση για την επιρροή; Η επιστημονική κοινότητα που πραγματεύεται θεωρητικά τη σύγκρουση, διατείνεται πως ναι, είναι σημαντική. Ο Moscovici (1980), υποστηρίζει ότι όσο εντονότερη είναι η σύγκρουση τόσο μεγαλύτερη επιρροή επιτυγχάνεται. Οι Mugny, Kaiser και Papastamou (1983), υποστηρίζουν την αρχή της ελάχιστης σύγκρουσης και επίδειξη ευλυγισίας, στα οποία βασίζονται οι εκστρατείες των μειονοτικών ομάδων. Από την πλευρά των απλών ανθρώπων επικρατεί η αντίληψη ότι η σύγκρουση είναι αναποτελεσματική. Αυτό είναι εξάλλου και το παρελθόν τού προσηλυτισμού στις στρατηγικές κοινωνικής επιρροής. Αποφεύγεται η σύγκρουση και αναζητείται η συναίνεση.

Δύο μεθοδεύσεις χρησιμοποιούν πάντα οι άνθρωποι για να επιτύχουν τους στόχους τους, την πειθώ και την επικοινωνία. Με την πειθώ προσπαθεί κανείς να αποσπάσει κάποιο αντικείμενο, μία πληροφορία, μία άδεια, μία εξυπηρέτηση (Schank και Abelson, 1996) ή ακόμα να επιτύχει την αλλαγή της γνώμης του άλλου (Rule, Bisanz και Kohn, 1996). Η επικοινωνία γίνεται με δύο τρόπους, τον "καταναλώσιμο" και τον "οργανικό". Η καταναλώσιμη επικοινωνία γίνεται για να περνά η ώρα, να ανταλλάσσονται πληροφορίες και να διατηρείται η συζήτηση, συνήθως με "συμμόρφωση στον άλλο". Η οργανική επικοινωνία στοχεύει στην πειθώ και την αλλαγή της γνώμης του άλλου. Απαιτεί να είναι κανείς συνεκτικός με τον εαυτό του, αφενός και, αφετέρου, να στοχεύει να πείσει τον άλλο, αυτή τη φορά με "συμμόρφωση στον εαυτό".

Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι οι άνθρωποι προκειμένου να διατηρηθεί η ισορροπία και στα πλαίσια της ηρεμίας και της γνωστικής οικονομίας, αποφεύγουν κατά το δυνατόν τις συγκρούσεις. Εκφράζουν δε την άποψη ότι η σύγκρουση δε δίνει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Αυτή ακριβώς η πεποίθηση ίσως δίνει στη ΘΕΣ την ιδιαίτερη αξία της, βασισμένη στην επί των αποτελεσμάτων απόδειξη του αντιθέτου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ -5

Μηνύματα πρόκλησης φόβου στην Αγωγή Υγείας
FEAR APPEAL

*Μηνύματα πειθούς με πρόκληση φόβου στην Αγωγή Υγείας –
Fear Appeal*

Η Αγωγή της Υγείας και στη συγκεκριμένη περίπτωση της Στοματικής Υγείας, απαιτεί σωστή πληροφόρηση αλλά και κατάλληλες τεχνικές επικοινωνίας. Αυτό βοηθά την αφομοίωση της γνώσης και την αλλαγή συμπεριφοράς, μέσα από εκπαιδευτικές καμπάνιες, τόσο σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, όσο και προς το σύνολο του πληθυσμού με τη βοήθεια των ΜΜΕ. Στόχος είναι η Πρόληψη της ασθένειας και μέσα από αυτό η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του πληθυσμού.

Η πρόκληση φόβου αποτελεί μία μεθόδευση επικοινωνίας μέσα από τα μηνύματα πειθούς για την υγεία– fear appeal – που υιοθετείται από πολλά κράτη. Αφορά συνήθως την πρόληψη ή τη διακοπή της χρήσης ναρκωτικών, την εξάπλωση του AIDS, την στοματική ασθένεια, τις βλάβες από κακές διαιτητικές συνήθειες, τα τροχαία ατυχήματα, την διακοπή του καπνίσματος κ.α. (Federal Centre for Health Education – Bzga, 2000). Πρέπει να τονιστεί ότι τα μηνύματα πρόκλησης φόβου για την πρόληψη της στοματικής ασθένειας, κατέχουν ένα σημαντικό ποσοστό στο συγκεκριμένο ερευνητικό χώρο.

Εντούτοις οι θεωρίες του fear appeal είναι αρκετές, εμφανίζουν εμπειρικά συνήθως δεδομένα και είναι αντικρουόμενες. Η ανασκόπηση στον συγκεκριμένο τομέα είναι απαραίτητη για να οδηγηθούμε σε μία εποικοδομητική σύνθεση των μεθόδων της αλλαγής συμπεριφοράς με την εφαρμογή του fear appeal. Θα παρουσιαστούν συνοπτικά: α) τα πεδία που απαιτούν αγωγή πρόληψης, β) οι θεωρίες του fear appeal, με τη χρονολογική σειρά που δημιουργήθηκαν, από τους Janis, McGuire, Leventhal, Rogers, Petty και Eagly, γ) διάφορες ερευνητικές εργασίες μέχρι το 2006 και τέλος δ) τα γενικά συμπεράσματα και οι εισηγήσεις εφαρμογής που προτείνονται.

Πεδία που απαιτούν Προληπτική Αγωγή Υγείας

Είναι γεγονός ότι δεν υπάρχει μία γενικά αποδεκτή συνταγή-πρόταση, προληπτικών προγραμμάτων. Εντούτοις υπάρχουν κοινά σημεία που πρέπει να γίνονται σεβαστά, όπως τα ακόλουθα:

- Η Πρόληψη πρέπει να βελτιώνει την υγεία του γενικού πληθυσμού ή κάποιων ειδικών ομάδων ή κάποιων ειδικών ατόμων.
- Η Πρόληψη δεν αφορά αποκλειστικά την Ιατρική, αλλά εμπλέκει διεπιστημονικά την Ψυχολογία, την Κοινωνιολογία και την Εκπαίδευση. Συμμετέχουν ρεαλιστικά και ισόρροπα, η γνώση, η συμπεριφορά κ.α.
- Τα προληπτικά προγράμματα σχεδιάζονται με μακροχρόνιες προοπτικές για μεγάλες αλλαγές στην εμπειρία και την συμπεριφορά.

Υπάρχουν γενικές κατευθύνσεις που πρέπει να τηρούνται και που επιτρέπουν, χωρίς να αλλοιώνουν, τις διαφορετικές επιλογές στα προληπτικά προγράμματα. Η Πρόληψη διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες (Carlan, 1964). Στην πρωτοβάθμια που απευθύνεται σε άτομα υγιή για τη διατήρηση της υγείας τους, στην δευτεροβάθμια που αφορά την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία και τέλος, την τριτοβάθμια που αποσκοπεί στη διατήρηση κάποιου θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η πρόκληση φόβου (fear appeal) αφορά συνήθως τα μηνύματα υγείας που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό μέσα από τα ΜΜΕ και όχι την εξατομικευμένη πρόληψη. Οι δύο κατευθύνσεις όμως είναι συμπληρωματικές και καθόλου αντικρουόμενες. Κανένα πρόγραμμα για τον πληθυσμό δεν μπορεί να είναι αποδοτικό εάν δεν συνδυάζεται με την προσωπική επικοινωνία γιατρού-ασθενή και με δομικές στρατηγικές.

Η μαζική επικοινωνία στοχεύει στην προσέλκυση της προσοχής. Η θεωρία της μαζικής επικοινωνίας βασίζεται στην ιδέα του *μεμονωμένου αποστολέα προς πληθώρα παραληπτών*. Συνοψίζεται σε μία φράση-κλειδί

του Laswell (1948): «*Ποιος λέει Τι σε Ποιο κανάλι σε Ποιόν με Τι αποτέλεσμα*».

Τα μηνύματα πρόκλησης φόβου (fear appeal) είναι πειστικά μηνύματα που πληροφορούν τον παραλήπτη ότι απειλείται ή υγεία του ή η ζωή του, ενώ σε άλλες περιπτώσεις, η περιουσία του κ.λ.π.

5.1 Θεωρητικά μοντέλα του fear appeal. Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα

Μπορούμε να κάνουμε μία εισαγωγική αναφορά στο *drive-reduction model (Dollard & Miller, 1950)*, όπου χρησιμοποιήθηκε η ψυχαναλυτική μεθόδευση πρόκλησης φόβου, που κινητοποιεί τον άνθρωπο προς τη δράση. Το μοντέλο δημιούργησε κάποια επιστημονικά εναύσματα, αλλά δεν μπόρεσε να πείσει για την αποτελεσματικότητά του.

A - Το μοντέλο της καμπύλης γραμμής – Curvilinear model (Janis and Felbach, 1953). Η πρώτη μελέτη αυτού του μοντέλου, που δημοσιεύτηκε, εξέταζε την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς για τη στοματική υγιεινή. Η κινητοποίηση με τη βοήθεια του φόβου, βασίστηκε στο προαναφερόμενο μοντέλο *drive-reduction model*. Αυτό όμως που παρατηρήθηκε για πρώτη φορά, ήταν η μεγαλύτερη συμμόρφωση όταν χρησιμοποιούσαν την μικρότερη μορφή του φόβου (minimal fear arousing group). Οι δύο άλλες ομάδες, μέτριου και ισχυρού φόβου, που χρησιμοποιήθηκαν (moderate and strong fear group-), συμμορφώθηκαν λιγότερο με τις οδηγίες βουρτσίσματος των δοντιών, θεματολογία της έρευνας. Η μικρότερη κινητοποίηση ερμηνεύτηκε από τους ερευνητές ως αμυντικός μηχανισμός απέναντι στο έντονο στρες ή ακόμα και εχθρότητα προς τον εκφέροντα το μήνυμα, έως και γνωστική οικονομία, άρνηση δηλαδή επεξεργασίας του μηνύματος. Η στατιστική

γραμμή αλλαγής της συμπεριφοράς είναι καμπύλη (έτσι προέκυψε και το όνομα του μοντέλου), με μέγιστη τιμή ένα συγκεκριμένο μέγεθος φόβου. Μετά όσο και να αυξηθεί ο φόβος η αλλαγή συμπεριφοράς ελαττώνεται (Janis, 1967). Ο Janis ισχυρίζεται ακόμα ότι δεν μπορούν να ενταχθούν όλα τα συμμετέχοντα υποκείμενα σε μία καμπύλη φόβου. Προκύπτει ένα σύνολο καμπυλών, με διαφορετικά κέντρα κορύφωσης ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία, την τοπική και την προηγούμενη γνώση των ατόμων.

Ο MacGuire (1968α) χρησιμοποιεί το ίδιο μοντέλο ελαφρά τροποποιημένο. Αποδεικνύει ότι ο μέτριος φόβος (moderate fear appeal), ασκεί τη μεγαλύτερη επιρροή. Αντίθετα ο χαμηλός και ο υψηλός φόβος δεν ασκούν ικανοποιητική αλλαγή συμπεριφοράς. Διαχωρίζει το μοντέλο του σε δύο στάδια. Αυτό της υποδοχής του μηνύματος (reception) και της αποδοχής των επιχειρημάτων (yielding). Εισάγει την παράμετρο της ευφυΐας η οποία είναι ευθέως ανάλογη της επικοινωνιακής υποδοχής και αντιστρόφως ανάλογη της ευκολίας αποδοχής ενός μηνύματος (MacGuire 1968 α, 1968 β, 1978).

Τα μοντέλα των Janis και MacGuire τεκμηριώθηκαν από τους ίδιους και τους συνεργάτες τους και στο εμπειρικό επίπεδο. Επαναλήφθηκαν από πολλούς ερευνητές, χωρίς να αποδειχτεί από τους περισσότερους η καμπύλη U, της συσχέτισης του φόβου με την αλλαγή συμπεριφοράς. Πολλοί ερευνητές, αντίθετα, βρήκαν ευθύγραμμη συσχέτιση. Όταν αυξάνει δηλαδή ο φόβος, αυξάνει και η επιρροή (Sutton, 1982. Boster and Mongeau, 1984). Οι Ramirez και Lasater (1976), εφάρμοσαν τα τρία επίπεδα του φόβου σε οδηγίες στοματικής υγιεινής χωρίς θετικό αποτέλεσμα μετά από μία ημέρα ή μία εβδομάδα. Με τα σημερινά δεδομένα το μοντέλο θεωρείται ανεπαρκές, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν μεθοδολογικές ατέλειες στις μετέπειτα έρευνες, όσον αφορά το επίπεδο προσδιορισμού του φόβου (Allen and Preiss, 1990).

B - Το μοντέλο της παράλληλης απόκρισης- Parallel response model (Leventhal, 1970). Το νέο μοντέλο αποστασιοποιήθηκε από τις προηγούμενες θεωρίες, τα αποκαλούμενα μοντέλα καθοδήγησης (drive models). Κατά τον Leventhal, η μονοσήμαντη συσχέτιση του προκαλούμενου φόβου με την αλλαγή συμπεριφοράς είναι ανεπαρκής, διότι αγνοείται ο τρόπος επεξεργασίας των μηνυμάτων. Υποστηρίζει ότι μέσα σε ένα μήνυμα, αφ' ενός μεν περιγράφεται ο κίνδυνος από την ασθένεια που ενεργοποιεί τον φόβο και αφ' ετέρου προτείνονται οι λύσεις αντιμετώπισης της απειλής. Ο Leventhal επιμένει σ' αυτόν τον διαχωρισμό στο μεταγενέστερα αναθεωρημένο του μοντέλο (Leventhal, Safer & Panagis, 1983). Ορίζει τη διάσταση της διπλής επεξεργασίας (dual process), της υποκειμενικής-συναισθηματικής και της αντικειμενικής-γνωστικής επεξεργασίας (subjective-emotional vs objective-cognitive process).

Κατά τον Leventhal η αντιμετώπιση της απειλής αποτελεί μία συνθήκη επίλυσης προβλήματος (problem-solving process), που θα αντιμετωπιστεί και θα οδηγήσει στη δράση, από την επικοινωνιακή πληροφόρηση ή από την προσωπική εμπειρία του ατόμου. Το 1970 υποστηρίζει ότι πρόκειται για επεξεργασία που βαίνει παράλληλα, ενώ το 1983 αναθεωρεί και αποκαλεί τις δύο επεξεργασίες, συναισθηματική (fear appeal control) και γνωστική (risk control), διπλές (dual process model). Ο φόβος διαρκεί λίγο (maximum μία εβδομάδα), ενώ η γνωστική αναπαράσταση της επίλυσης της απειλής διαρκεί περισσότερο. Με αυτό το σκεπτικό δεν είναι αξιόπιστη ούτε η καμπυλόγραμμη ούτε η ευθύγραμμη συσχέτιση μεταξύ φόβου και αλλαγής συμπεριφοράς, διότι ο φόβος εξαφανίζεται σύντομα, ενώ ο έλεγχος της απειλής είναι μακροχρόνιος. Η συγκεκριμένη θεωρία υποστηρίζει και τεκμηριώνει ότι οι σαφείς οδηγίες αντιμετώπισης της απειλής (με ρεαλιστικές προτάσεις πρόληψης) μαζί με την πρόκληση φόβου, έχουν πολύ καλλίτερα

αποτελέσματα από την μεμονωμένα προβαλλόμενη απειλή της ασθένειας.

Ο Leventhal εισάγει επίσης την μεταβλητή της προσωπικότητας του ατόμου, ως προς την αυτό-εκτίμηση (self-esteem). Τα αποτελέσματά του είναι αντικρουόμενα και τελικά παραδέχεται ότι η κλίμακα μέτρησης της αυτό-εκτίμησης ήταν ανεπαρκής. Ο Bandura (1977) εισάγει την έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας (self-efficacy) την οποία οι Rosen, Terry και Leventhal (1982), αποδέχονται και υιοθετούν.

Το μοντέλο του Leventhal δεν μπόρεσε ποτέ να δώσει επαρκή τεκμηρίωση, διότι δεν κατάφεραν οι ερευνητές να διαχωρίσουν με ακρίβεια τον προκαλούμενο φόβο και τον έλεγχο της απειλής από την ασθένεια. Αυτό που κρατάμε όμως από τη συγκεκριμένη θεωρία είναι η αξία των προτάσεων επίλυσης της απειλής, που πρέπει να είναι σαφείς, επιστημονικά επαρκείς και δυνητικά εφαρμόσιμες από τους ανθρώπους.

Γ – Η Θεωρία Κινητοποίησης της Προστασίας της Υγείας - The Protection Motivation Theory (Rogers, 1975). Αυτή η θεωρία εστίασε στα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει ένα μήνυμα που προκαλεί φόβο fear appeal:

- 1 – Περιγραφή της σοβαρότητας της απειλής
- 2 – Πιθανότητα να συμβεί
- 3 - Δυνατότητα να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά

Αυτές οι τρεις παράμετροι κρίθηκε ότι μπορούν να επηρεάσουν και να κινητοποιήσουν τον πληθυσμό-στόχο. Στην πιο πρόσφατη εκδοχή της θεωρίας (Rogers, 1983; Maddux & Rogers, 1983) αυτή η τριαδική έκφραση τροποποιήθηκε διότι δεν μπόρεσε να αναπαραχθεί (Jonas, 1993). Ο Rogers έκανε τον διαχωρισμό ανάμεσα στην «ανάδυση της απειλής» και στην «ανάδυση της αντιμετώπισης». Αυτά βαίνουν παράλληλα και οδηγούν στην κινητοποίηση της πρόληψης. Η

αναθεωρημένη εκδοχή της θεωρίας περνά από την πρόκληση φόβου γύρω από την υγεία, στην γενικότερη θεωρία συμπεριφοράς υγείας, με τα ακόλουθα:

- 1 - Πρόσληψη της σοβαρότητας της απειλής
- 2 – Πρόσληψη του ατομικού κινδύνου
- 3 – Προσδοκία ύπαρξης τεχνικής για την επαρκή και αναγκαία μέτρηση
- 4 – Επιβεβαίωση για την αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης συμπεριφοράς
- 5 – Αποκλεισμός μεθόδων ακατάλληλης αντιμετώπισης ή ανταμοιβές για κάτι τέτοιο
- 6 – Παράγοντες που εμπυχώνουν για την αντιμετώπιση, ανεξάρτητα κόστους

Οι δύο πρώτοι παράγοντες διεγείρουν τον φόβο και την προσοχή των αποδεκτών (fear arousal), ενώ οι τελευταίοι προετοιμάζουν το έδαφος της κινητοποίησης και της αντιμετώπισης (coping appraisal). Εάν κριθεί από τους αποδέκτες ότι τουλάχιστον δύο από τους ανωτέρω παράγοντες δεν τους αφορούν ή είναι ανεπαρκείς, η μεθόδευση οδηγείται σε αποτυχία.

Η συναισθηματική διέγερση έχει απόλυτη προτεραιότητα στην παρούσα θεωρία. Συμβάλλουν εδώ οι πηγές πληροφόρησης που διακρίνονται σε:

- 1 - Περιβαλλοντικές (λεκτική πειθώ, παρατήρηση)
- 2 – Διαπροσωπικές (προσωπικότητα , προηγούμενη εμπειρία)

Η αντιμετώπιση γίνεται με στροφή προς τη δράση ή με ανάλογη πρόθεση, που μπορεί να είναι:

- 1 – Μεμονωμένη δράση
- 2 – Επαναλαμβανόμενες δράσεις
- 3 – Πολλαπλές δράσεις
- 4 – Επαναλαμβανόμενες πολλαπλές δράσεις

Η θεωρία της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας έχει πολλές εμπειρικές εφαρμογές. Οι Rogers και Prentice-Dunn (1997), σε μία εκτεταμένη ανασκόπηση, όπως και ο Rogers (1983), αναφέρονται σε αρκετές εργασίες που χρησιμοποίησαν το μοντέλο. Το κάπνισμα είναι ένας από τους κυρίαρχους χώρους (Rogers, 1975, Deckner & Mewborn, 1978). Το αλκοόλ είναι ένας άλλος τομέας (Stainback & Rogers, 1983), η άσκηση στη χαλάρωση (Bonfilio, 1982), η συναίνεση για την οδοντιατρική θεραπεία (Beck & Lund, 1981), όπου τεκμηριώθηκε η στροφή προς την πρόληψη. Ακόμα, η βελτίωση της οδοντικής πλάκας (Knapp, 1991), καθώς και η πρόσληψη της σοβαρότητας της εμφάνισης, της οδοντικής πλάκας, δυνητικά. Το βούρτσισμα των δοντιών και η χρησιμοποίηση οδοντικού νήματος (Tedesco, Keffer & Fleck-Kkandath, 1991) όπου χειρίστηκαν με επάρκεια την πρόσληψη της σοβαρότητας, αλλά όχι την μεταβλητή της αποτελεσματικότητας, Οι Madux & Rogers (1983) εφάρμοσαν την αναβαθμισμένη θεωρία σε καπνιστές και βρήκαν ότι η πρόθεση διακοπής του καπνίσματος είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινητοποίησης. Ο Bengel (1993, 1996) παρουσίασε μίαν επιτυχή έρευνα για την πρόληψη του HIV σε ενήλικες και όχι σε φοιτητές, όπως συνήθως γίνεται. Μία άλλη αξιολογη έρευνα είναι αυτή των Sturges & Rogers (1994), για τη διακοπή του καπνίσματος, με πρόκληση φόβου σε διάφορες ηλικιακές ομάδες. Τονίστηκε η δυσκολία της εφαρμογής και το δίλημμα που δημιουργείται όταν οι άλλοι μας προσφέρουν τσιγάρα. Ο συνδυασμός υψηλός φόβος-χαμηλή προσφορά είχε θετικά αποτελέσματα.

Παρά τον μεγάλο αριθμό ερευνητικών εργασιών που έγιναν επάνω στη θεωρία του Rogers, η ευρηματικότητα των μεταβλητών θεωρείται πτωχή. Το μοντέλο φαίνεται ότι χρειάζεται να υιοθετήσει πιο περίπλοκη μεθόδευση για να καλύψει την πιθανότητα αστάθμητων μεταβλητών. Τα

αποτελέσματα τόσο των προγνωστικών εφαρμογών του, όσο και της πρόληψης κρίνονται ικανοποιητικά, χωρίς όμως να υπάρχει πειραματικός χειρισμός για την αιτιολογική τεκμηρίωση των μεταβλητών. Οι έρευνες συνήθως αφορούν φοιτητές. Δεν υπάρχουν αρκετές έρευνες σε ενήλικες που θα επέτρεπαν τη γενίκευση στον πληθυσμό. Η αυτό-αποτελεσματικότητα (self-efficacy), αποδεικνύεται εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας επιρροής, όπως και στην προηγούμενη θεωρία του Leventhal (Bzga, 2000).

Δ – Το μοντέλο επεξεργασίας της πιθανότητας και το ευριστικό-συστηματικό μοντέλο – The Elaboration Likelihood Model (Petty & Cacioppo, 1986) and the Heuristic-Systematic Model HSM (Chaiken, Liberman & Eagly, 1989). Στις δύο θεωρίες κυρίαρχο ρόλο έχει η διαδικασία επεξεργασίας της πληροφορίας. Βασίζονται στο μοντέλο του McGuire που διαχωρίζει την επεξεργασία του μηνύματος σε πρόσληψη και αποδοχή. Στα δύο νέα μοντέλα η εστίαση γίνεται στο σκέλος της αποδοχής και μάλιστα με ποιοτικούς όρους ως προς την αλλαγή της συμπεριφοράς.

Τα δύο μοντέλα ερμηνεύουν την αλλαγή ως αποτέλεσμα της πειθούς. Οι δύο θεωρίες θα παρουσιαστούν μαζί διότι ακολουθούν τις ίδιες μεθοδεύσεις, της λεγόμενης διπλής επεξεργασίας που οδηγεί επικοινωνιακά στην αλλαγή. Στο μοντέλο των Petty & Cacioppo, (1986) οι δύο δρόμοι αποκαλούνται κεντρική και περιφερειακή οδός. Στο μοντέλο των Chaiken, Liberman & Eagly, (1989) ονομάζονται αντίστοιχα, συστηματική και ευριστική επεξεργασία. Τα δυο μοντέλα εξάλλου παρουσιάζονται σε κοινή ανασκόπηση από τους Eagly & Chaiken, (1993).

Η κεντρική ή συστηματική επεξεργασία αφορά τα ισχυρά επιχειρήματα του μηνύματος και προαπαιτεί:

1 – Κινητοποίηση των υποκειμένων

2 – Ικανότητα αντίληψης του μηνύματος

Οδηγεί σε μόνιμη και μακροχρόνια αλλαγή στάσης απέναντι στο θέμα. Είναι κεντρικής σημασίας η ποιότητα των επιχειρημάτων. Η αλλαγή στάσης οδηγεί συνήθως στην αλλαγή της συμπεριφοράς.

Η περιφερειακή ή ευριστική επεξεργασία δεν απαιτεί κινητοποίηση και ικανότητα επεξεργασίας. Εξαρτάται από περιφερειακά στοιχεία, όπως τα χαρακτηριστικά της πηγής επιρροής, για παράδειγμα (ελκυστικότητα, αξιοπιστία κ.α.). Επιτυγχάνεται βραχύχρονη αλλαγή στάσης, με μικρή επίδραση στην αλλαγή της συμπεριφοράς.

Στα πειράματα που έχουν γίνει προηγείται μία πηγή που δίνει ασθενή μηνύματα και ακολουθεί η κύρια πηγή επιρροής με τα ισχυρά επιχειρήματα. Εάν δεν τηρηθεί το προαπαιτούμενο της κινητοποίησης και της γνωστικής ικανότητας, τότε η επεξεργασία του μηνύματος θα είναι περιφερειακή και οι αποδέκτες θα εστιάσουν στην προσωπικότητα του ομιλητή, κατά πόσον δηλαδή είναι ευχάριστος ή όχι κ.α. Δεν θα υπάρξει περαιτέρω αλλαγή στάσης και πολύ περισσότερο αλλαγή της συμπεριφοράς. Εάν παράλληλα είναι ασθενή και τα μηνύματα, τότε δεν θα υπάρξει καμία επιρροή.

Τα μοντέλα είναι πειραματικά τεκμηριωμένα (Chaiken, 1980; Chaiken & Eagly, 1983; Petty, Cacioppo & Schuman, 1983). Οι τελευταίοι ερευνητές αρχικά δίνουν μικρή σημασία στην πρόκληση του φόβου. Στη συνέχεια όμως αναθεωρούν και επαναξιολογούν το fear appeal, αρκεί να μην είναι εξαιρετικά ισχυρό, που οδηγεί στο αντίθετο αποτέλεσμα με δημιουργία αντιστάσεων, όπως ανέφερε και ο Janis (1967).

Σε εργασία των *Baron, Logan, Lilly and Brennan (1994)*, σχετικά με τη φθορίωση του πόσιμου νερού και την επίδρασή του στην πρόληψη της τερηδόνας, αποδείχτηκε ότι η αύξηση του φόβου δεν άλλαξε περισσότερο τη στάση απέναντι στο θέμα. Εντούτοις επισημάνθηκε ότι η αύξηση του προκαλούμενου φόβου οδήγησε σε συστηματικότερη επεξεργασία του μηνύματος για την φθορίωση του πόσιμου νερού. Αντίθετα αποτελέσματα έδωσε η εργασία των *Gleicher & Petty (1992)*, που μελέτησαν τη βία στα πανεπιστημιακά campus. Εδώ η αύξηση των επιπέδων του φόβου είναι ευθέως ανάλογη με την αλλαγή της στάσης. Η διαφορποίηση αποδόθηκε στο γεγονός ότι η βία στους πανεπιστημιακούς χώρους δεν αφορά όλους, σε αντίθεση με τη στοματική υγεία, για την οποία όλοι οι άνθρωποι έχουν προηγούμενη σχετική εμπειρία.

Σε άλλη εργασία των *Jepson & Chaiken (1990)*, ο χρόνιος φόβος για τον καρκίνο δημιούργησε αντιστρόφως ανάλογη συσχέτιση του αυξανόμενου φόβου με την αλλαγή στάσης απέναντι στην πρόληψη για τον καρκίνο. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι το θέμα του φόβου δεν είναι μια απλή υπόθεση. Παρεμβαίνουν πολλές μεταβλητές με κυρίαρχους τους αμυντικούς μηχανισμούς απέναντι στην απειλή και την δημιουργία άγχους από την πληροφόρηση, όπως ισχυρίζεται το *curvilinear model* από το 1953.

Τα δύο μοντέλα των *Chaiken* και *Petty*, δίνουν ισχυρούς εναρκτήριοις επιστημονικούς προβληματισμούς, προσφέροντας όμως μερική πειραματική τεκμηρίωση με πολλά ερωτήματα εκκρεμή. Επιβεβαιώνουν και εισηγούνται την αναγκαία μίξη των υφισταμένων θεωριών, όσον αφορά την πειθώ. Προσέφεραν την θεαματική διάκριση μεταξύ της κεντρικής και της περιφερειακής επεξεργασίας του μηνύματος της πειθούς, χωρίς να ξεκαθαρίζεται το θέμα της συναισθηματικής διέγερσης ή να παρέχεται σαφής πρόταση περί πειστικού μηνύματος. Εντούτοις η εργασία των *Baron et al (1994)*, για

Rogers, Sutton. Τέλος δε γ) τις θεωρίες που εστιάζουν περισσότερο στην επεξεργασία του περιεχομένου του μηνύματος των Petty, Chaiken. Όλες οι κατηγορίες διαφέρουν στον χειρισμό των ανεξάρτητων μεταβλητών, στην έκβαση των εξαρτημένων μεταβλητών και στη μορφή της επιρροής που ασκείται. Στη συνέχεια θα αναφερθούν ενδεικτικά κάποια συμπληρωματικά στοιχεία, που θα φωτίσουν λίγο περισσότερο τον συγκεκριμένο χώρο.

Σε ορισμένες έρευνες τα μηνύματα πρόκλησης φόβου συνδυάζονται με χιουμοριστικές, ερωτικές και πραγματολογικές παρουσιάσεις. Στην έρευνα που θα αναφερθούμε, τα μηνύματα χρησιμοποιήθηκαν σε τηλεοπτικά σποτς για το AIDS (Struckman - Jonson, Struckman -Jonson, Gilliland and Ausman, 1994). Τα μηνύματα φόβου αποδείχτηκαν καλλίτερα από τα υπόλοιπα τρία που προαναφέρθηκαν και επηρεάζουν περισσότερο όταν συνδυάζονται με σεξουαλικά θέματα. Στην έρευνα του Brooker (1981) συνδυάστηκαν τα μηνύματα φόβου με χιουμοριστικά στοιχεία, σχετικά με την διαφήμιση για οδοντόβουρτσες και για την απομάκρυνση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εμπλοκή του χιούμορ αύξησε την επιρροή ως προς τα προτεινόμενα προϊόντα, αλλά όχι ως προς την οδοντική φροντίδα. Η επιρροή για την στοματική υγιεινή αυξήθηκε ανάλογα προς το επίπεδο του φόβου. Ένα επίσης σημαντικό στοιχείο που προέκυψε είναι ότι οι άνθρωποι με υψηλό μορφωτικό επίπεδο επηρεάζονται λιγότερο με τα μηνύματα πρόκλησης φόβου, τόσο για την στοματική υγιεινή, όσο και για την καταναλωτική συμπεριφορά.

Έρευνες που αφορούν το marketing δεν πριμοδοτούν την πρόκληση του φόβου ισχυριζόμενες ακόμα και τις κοινωνικές ανισότητες που πυροδοτούνται. Υποστηρίζουν το αντίθετο της προηγούμενης έρευνας, ότι δηλαδή από τα μηνύματα φόβου επηρεάζονται και

βελτιώνονται μόνο άτομα που προέρχονται από τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα (Hastings, Stead, Webb, 2004).

Αντίθετη, όσο και γενική άποψη, μας δίνει το κέντρο γενετικής και αντιμετώπισης του καρκίνου από το πανεπιστήμιο του Ohio USA: «Τα μηνύματα πρόκλησης φόβου “Fear appeal”, είναι μια θεωρία κινητοποίησης της συμπεριφοράς με υιοθέτηση της επικοινωνίας του ρίσκου μέσα από πειστικά μηνύματα φόβου, που αποσκοπούν στην αντιστροφή της αντίληψης προς θετικές στάσεις και στην αλλαγή της συμπεριφοράς». Εισηγούνται, η έκφραση «Γενετική Συμβουλευτική», να μετατραπεί σε: «Διάγνωση του καρκινικού ρίσκου» στα φυλλάδια επικοινωνίας, ώστε να ενεργοποιείται ο φόβος και να συνειδητοποιείται η διασύνδεση της διαγνωστικής γενετικής με τη συμβουλευτική διαδικασία. Για μία φορά ακόμα, επισημαίνεται η ανάγκη διεξαγωγής ερευνών πεδίου στα πλαίσια της κοινωνικής πραγματικότητας. Έρευνες που θα αφορούν, όχι μόνο δείγματα φοιτητών, αλλά διάφορες ομάδες του γενικού πληθυσμού, που θα επιτρέψουν τη γενίκευση και την ασφαλή εφαρμογή (Kevin, Willis, Ashida & Westman, 2003).

Οι Jones, Sinclair, Rhodes & Corneya (2004), σε έρευνα που διεξήγαγαν σε 450 φοιτητές ψυχολογίας, δεν είχαν θετικά αποτελέσματα επιρροής, ως προς την υιοθέτηση της φυσικής άσκησης. Η μικτή χρήση του elaboration likelihood model και της θεωρίας planned behaviour, όπου τα μηνύματα δόθηκαν με θετική και αρνητική πλαισίωση (systematic), από πηγή υψηλού και χαμηλού καθεστώτος (heuristic), δεν απέδωσε. Το αντίθετο αποτέλεσμα αναφέρουν σε προηγούμενες παρεμφερείς έρευνες. Οι ερευνητές πιθανολογούν και επισημαίνουν μεθοδολογικές και εννοιολογικές ατέλειες.

Παρατηρούμε την αντιφατικότητα των ερευνών, ακόμα και σήμερα, όσο και την ανάγκη τροποποιημένης και κυρίως εμπνευσμένης διερεύνησης.

Το ενιαίο μοντέλο πειθούς των *Kruglanski et al (2002)*, εισηγείται την τροποποίηση των μοντέλων πειθούς των *Petty & Cacioppo (1983)* και των *Eagly & Chaiken (1986)*. Ο απλός διαχωρισμός της πληροφορίας σε κεντρικά και περιφερειακά στοιχεία δεν προκάλεσε την αναμενόμενη πειθώ. Η κινητοποίηση και η γνωστική ικανότητα επεξεργασίας του μηνύματος, αποδίδουν καλλίτερα όταν συνδυάζονται με την δυσκολία της πληροφοριακής επεξεργασίας και με τη σειρά παρουσίασης των επιχειρημάτων.

Η *Keller (1999)*, εισάγει μία νέα μεταβλητή σε έρευνα χρήσης προφυλακτικών για τον κίνδυνο του AIDS. Την τάση που προϋπάρχει στα πειραματικά υποκείμενα. Η μεταβλητή διαχωρίζει αυτούς που ήδη χρησιμοποιούσαν προφυλακτικά, από τους ανθρώπους που δεν ακολουθούσαν την οδηγία. Ο υψηλός φόβος καθώς και η σειρά συνέπειες-οδηγίες, άσκησαν μεγαλύτερη επιρροή στους ήδη ακολουθούντες την οδηγία. Αντίθετα, ελαττώνοντας τον φόβο και αναστρέφοντας την σειρά οδηγίες-συνέπειες, ασκήθηκε μεγαλύτερη επιρροή στους «σκληροπυρηνικούς», που δεν είχαν εκ των προτέρων την τάση να χρησιμοποιούν προφυλακτικά. Οι ερευνητές δίνουν την ερμηνεία ότι η αναστροφή στην παρουσίαση των συνεπειών με τις οδηγίες, έκανε τους δύσπιστους να πιστέψουν στη σοβαρότητα των συνεπειών και στην αποτελεσματικότητα των οδηγιών, ενώ ο χαμηλότερος φόβος δεν δημιούργησε αντιστάσεις.

Οι *Witte, Meyer, Martell (2001)*, στο βιβλίο τους “*Effective health risk messages*”, παρουσιάζουν το *extended parallel process model*, ένα διευρυμένο μοντέλο του *Leventhal*. Σε άλλη εργασία των *Witte & Allen (2000)*, υπάρχει ο ισχυρισμός ότι τα μηνύματα υψηλού φόβου σε συνδυασμό με οδηγίες υψηλής αυτο-αποτελεσματικότητας, ασκούν την μεγαλύτερη επιρροή. Το αντίθετο σχήμα δημιουργεί αντιστάσεις. Παρατηρούμε την εμμονή κάποιων εργασιών στη σχεδόν μονοσήμαντη

χρήση υψηλού φόβου. Οι Cho, Witte (2005) χρησιμοποιούν πάλι το extended parallel process model, five step, σε νεαρό πληθυσμό από την Αιθιοπία. Ερευνούν τον χειρισμό των φόβων γύρω από την μόλυνση HIV. Επιμορφώνουν τον πληθυσμό μέσα από προγράμματα διασκέδασης και δημιουργούν κατάλληλα μηνύματα, για την πλαισίωση μιας ραδιοφωνικής σαπουνόπερας, διάρκειας 26 εβδομάδων.

Μηνύματα ισχυρού φόβου χρησιμοποιήθηκαν και επηρέασαν βελτιωτικά προπτυχιακούς φοιτητές (αποκαλούνται “Greeks” στην έρευνα), σχετικά με τη λήψη αλκοόλ. Χρησιμοποιήθηκε πάλι το προαναφερόμενο extended parallel process model (Moscato, Black, Blue, Mattson, Galer-Unti, Coster, 2001).

Η επικοινωνία του ρίσκου (risk communication), αποτελεί μια άλλη διάσταση, παρεμφερή με το γνωστό fear appeal. Έρευνα, γύρω από την επικινδυνότητα της ορμονικής υποκατάστασης κατά την εμμηνόπαυση και την μεταγενέστερη πρόκληση καρκίνου του μαστού, απέδειξε ότι: τα μηνύματα υψηλού ρίσκου, με παράλληλη δημιουργία αβεβαιότητας για το αποτέλεσμα και η σύγκρουση μεταξύ δύο αντικρουόμενων πηγών, έδωσαν ευνοϊκότερα αποτελέσματα ως προς την πρόσληψη του ρίσκου (Breakwell & Barnett, 2003).

Σε αντίθεση με τις αμέσως προηγούμενες έρευνες, οι Tay & Watson (2002), διαπίστωσαν ότι ήταν αποδοτικά στις διαφημίσεις οδικής ασφάλειας, τα μηνύματα χαμηλού φόβου από κοινού με τις λεπτομερείς οδηγίες στρατηγικής αντιμετώπισης. Οι έρευνα αφορά πληθυσμούς της Αυστραλίας και της Ν. Ζηλανδίας

Οι Southgate, Weatherall, Day & Dolan (2005), στο κέντρο αντιμετώπισης ναρκομανών στο Kings Cross στο Σίδνεϋ της Αυστραλίας, ερεύνησαν τις γνώσεις γύρω από την ηπατίτιδα C. Οι συμμετέχοντες διαπιστώθηκε ότι δεν γνώριζαν ούτε τους τρόπους μετάδοσης (αιματογενώς), ούτε την αντιμετώπιση της μόλυνσης. Πολλοί θεωρούσαν

ότι η ηπατίτιδα C προέρχεται από μολυσμένα τρόφιμα, πράγμα που αφορά την ηπατίτιδα A. Οι ερευνητές προτείνουν μηνύματα ελάττωσης του φόβου που θα μεταδώσουν τη γνώση και θα αλλάξουν την συμπεριφορά του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Οι Jenner, Jones, Fletcher, Miller & Scott (2005), σε posters για την υγιεινή των χεριών, απέδειξαν ότι τα μηνύματα χαμηλού επαναλαμβανόμενου φόβου, άσκησαν την μεγαλύτερη επιρροή στους αποδέκτες. Παρατηρούμε μια ποικιλότητα στην εφαρμογή των μηνυμάτων φόβου γύρω από την υγεία, ενώ σκιαγραφούνται και διάφορες «σχολές» εφαρμογών.

Το θέμα που διεκδικεί πιθανόν τη μερίδα του λέοντος στο χώρο, οι οδηγίες διακοπής του καπνίσματος, εμφανίζει μεγάλη έκταση. Εκ νέου διαπιστώνει κανείς να υιοθετούνται τεχνικές πρόκλησης ισχυρού, μέτριου ή χαμηλού φόβου, χωρίς να συνυπολογίζεται η επίδραση στην ταυτότητα των καπνιστών από τις οδηγίες (Falomir, J.M. Tomei, A. 2001). Η γενική διαπίστωση είναι ότι οι περισσότερες εκστρατείες των κρατών προς τους πληθυσμούς τους, οδηγούνται σε αποτυχία. Αντίθετα, η διάγνωση κάποιας ασθένειας στους ανθρώπους, για την οποία ενοχοποιείται το κάπνισμα, πυροδοτεί θετικά τις διαδικασίες διακοπής (Twardella, Lowew, Rothenbacher, Stemaier, Ziegler, Brenner, 2006). Οι βλάβες της υγείας από το κάπνισμα πρέπει να προβάλλονται προσωπικά από τους ίδιους τους γιατρούς προς τους ασθενείς. Ένας καλός τρόπος προσέγγισης είναι το εξατομικευμένο ενδιαφέρον προς ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί, μετά την επάνοδο στο σπίτι τους, με οδηγίες που προέρχονται από το νοσοκομείο. Επηρεάζονται διαφορετικά οι άνθρωποι που έχουν εμπειρία της ασθένειας, έναντι αυτών που δεν έχουν νοσήσει (McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow RE 2006). Εξακολουθεί όμως να παραμένει το ερώτημα του καλλίτερου τρόπου προσέγγισης.

Οι έρευνες στις οποίες βασίστηκε το Πείραμα V, που θα παρουσιαστεί στο κεφάλαιο 12, είναι αυτές των Baron et al (1994) και Ruiter et al (2001). Στην εργασία των πρώτων ερευνητών, όπως έχει προαναφερθεί, μελετήθηκε η επιρροή του επιπέδου φόβου στην αλλαγή γνώμης γύρω από τη φθορίωση του πόσιμου νερού που προέρχεται από φυσικές πηγές. Ο υψηλός φόβος δεν επέδρασε περισσότερο στην αλλαγή γνώμης, αλλά πριμοδότησε την προσεκτικότερη επεξεργασία του μηνύματος. Το υλικό πειθούς δεν ήταν άμεσα σχετιζόμενο με τον προκαλούμενο φόβο. Το μήνυμα ακόμα, ανάλογα με την πειραματική συνθήκη, ήταν ποιοτικό ή λιγότερο ποιοτικό, με υιοθέτηση, αντίστοιχα, ισχυρών ή αδύναμων επιχειρημάτων. Η έρευνα της ομάδας των δεύτερων ερευνητών (Ruiter et al, 2001), βασίστηκε σε αυτή των πρώτων, εισάγοντας την μεθοδολογική καινοτομία της άμεσης σχέσης του φοβικού μηνύματος με το υλικό πειθούς, πράγμα που δεν έκαναν μία πληθώρα ερευνητών πριν από αυτούς. Τονίζεται ιδιαίτερα η μεθοδολογική διαφοροποίηση από προηγούμενες έρευνες. Αναφέρεται ακόμα η ανεύρεση στατιστικής σημαντικότητας με τον αναφερόμενο και όχι με τον πειραματικά χειριζόμενο φόβο.

Οι επικρατούσες απόψεις ήταν ότι οι άνθρωποι που βρίσκονται υπό το κράτος συναισθηματικής διέγερσης (στρες, φόβος), επεξεργάζονται επιφανειακά τα μηνύματα πειθούς που τους απευθύνονται. Εστιάζουν στα περισσότερο πρόδηλα και κεντρικά, εκφράζονται με στερεότυπα, με δυο λόγια, εστιάζουν στην άμεσα διαθέσιμη αποθηκευμένη πληροφορία (Eysenck, 1976). Απορροφάται ένα μέρος γνωστικής ικανότητας από την διέγερση του συναισθήματος.

Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας για τη συναισθηματική διέγερση προέρχεται από τον χώρο της μνήμης, της προσοχής και της επιτέλεσης έργου. Μεταγενέστερα οι ερευνητές ασχολήθηκαν με την σχέση διέγερση-ικανότητα και μέσα από την κοινωνική συμπεριφορά.

Υποστήριζαν ότι η συναισθηματική διέγερση θα έπρεπε να οδηγεί σε περιφερειακή επεξεργασία, ευριστικού τύπου. Υποστηρίχθηκε ακόμα ότι η φυσική άσκηση – διέγερση, ελαττώνει την γνωστική επεξεργασία, ενώ ο Dienstieber (1989) ισχυρίζεται ότι άτομα που έχουν βιώσει στη ζωή τους ισχυρό στρες και έχουν σκληρύνει κάτω από στρεσογόνους συνθήκες, έχουν οξύτερη σκέψη όταν δέχονται φοβικά μηνύματα. Η αύξηση των ορμονών του στρες (αδρεναλίνη, νοραδρεναλίνη, κορτιζόλη), αυξάνει την πρόσληψη οξυγόνου και γλυκόζης από τον εγκέφαλο, με συνακόλουθη την αύξηση της γνωστικής ικανότητας.. Ο Baron, με άλλους συνεργάτες (1992), είχαν βρει ότι η συναισθηματική διέγερση οδηγούσε σε ελαττωμένη επεξεργασία του μηνύματος. Το δείγμα τους αποτελείτο από ασθενείς που περίμεναν για οδοντιατρική θεραπεία. Το ερωτηματολόγιο STAI (state-trait anxiety inventory) τους διαχώρισε σε αυτούς που είχαν και αυτούς που δεν είχαν άγχος για τον οδοντίατρο. Οι φοβικοί επεξεργάστηκαν το μήνυμα περιφερειακά και επιφανειακά ίσως και από αμυντική άρνηση ή γνωστική οικονομία από κούραση ή έλλειψη ενδιαφέροντος.

Όλες οι προαναφερόμενες ερευνητικές εργασίες είχαν το κοινό μεθοδολογικό χαρακτηριστικό της μη διασύνδεσης του φοβικού μηνύματος με το υλικό της πειθούς. Διαβάζοντας όλα αυτά τα αντιφατικά μηνύματα έχεις την εντύπωση ότι αντιμετωπίζεις ένα πολυδιάστατο λάθος ή ότι τα αποτελέσματα αποτελούν τα κομμάτια του ίδιου παζλ που αναμένει την μελλοντική **σύνθεση των αντιθέτων**. Την σύνθεση που οδηγεί πάντα στην ολοκληρωμένη μορφή ενός έργου.

Περνώντας στην τελευταία έρευνα όπου στηρίχτηκε το πείραμά μας, θα αναφερθούμε στη μεθόδευση και τα αποτελέσματα των Ruiters, Kok, Verplanken & Brug, (2001). Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι η πρόκληση φόβου μπορεί να βοηθήσει στις πρακτικές Αγωγής Υγείας, χωρίς να αγνοηθεί το γεγονός ότι οι υπερβολές (χρήση υπέρμετρου

φόβου), μπορεί να δώσουν αντίθετα αποτελέσματα. Τονίζεται εκ νέου η αδυναμία αλλαγής της συμπεριφοράς, σε ποσοστό 50% των ερευνών. παρά το μακροχρόνιο ενδιαφέρον για την πρόκληση φόβου (fear appeal) στην Κοινωνική Ψυχολογία και στην έρευνα για την Αγωγή Υγείας. Πολλές κρατικές καμπάνιες αποτυγχάνουν να επηρεάσουν τον πληθυσμό, όπως, για παράδειγμα, στην Αυστραλία σχετικά με το κάπνισμα (National Expert Advisory Committee on Tobacco, 1999). Αποτυχημένες επίσης καμπάνιες με πρόκληση φόβου, θεωρούνται οι αναφερόμενες στην πρόληψη του AIDS, τόσο στην Αυστραλία (Grim Paper), όσο και στην Μ. Βρετανία (Tomb Stones), (Rigby et al, 1989 Sherr, 1990).

Στην προαναφερόμενη έρευνα των Ruiter et al (2001), μελετήθηκε η επίδραση της πρόκλησης φόβου σε κάποιες προληπτικές δραστηριότητες, όπως η αυτοεξέταση του μαστού, ως προς την διάσταση της επεξεργασίας της πληροφορίας. Αποδείχτηκε ότι ο *εκλυόμενος μέτριος φόβος* για τον καρκίνο του μαστού, *συγκριτικά με τον εκλυόμενο χαμηλό φόβο*, άσκησε την μεγαλύτερη επιρροή για την προληπτική αυτοεξέταση του μαστού. Αντίθετα, ο πειραματικά χειριζόμενος φόβος δεν έδωσε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επιρροή. Οι ερευνητές μας αναφέρουν μία επιπλέον μεθοδολογική καινοτομία που εφάρμοσαν: μετρούν τον εκλυόμενο φόβο αμέσως μετά το μήνυμα πρόκλησης φόβου και πριν να δοθεί στα υποκείμενα η πειστική πληροφορία της προληπτικής αντιμετώπισης. Ο φόβος που μετρούν άλλοι ερευνητές μετά από το πειστικό μήνυμα, είναι ό,τι έχει απομείνει από τον φόβο και όχι ο αμιγής εκλυόμενος φόβος. Οι Ruiter et al (2001), ακολούθησαν τη μεθοδολογία των Baron et al (1994), όπου το φοβικό μήνυμα είναι απόλυτα συνδεδεμένο με την πειστική πληροφορία. Χειρίζονται επιπλέον την ισχύ και την ποιότητα των επιχειρημάτων στα οποία στηρίζεται το μήνυμα. Παρατηρούμαε τις διαφορετικές

μεθοδεύσεις που επινοούν οι ερευνητές προκειμένου να βοηθηθεί η αποτελεσματικότητα των εφαρμογών.

Το βέβαιο είναι ότι δεν μπορεί να προταθεί κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης, με το οποίο θα μπορεί να προβλεφθεί η αποτελεσματικότητά του με βεβαιότητα. Αυτό γίνεται δυνατόν μόνο εάν εφαρμοστεί, με όλα τα ρίσκα, ένα πιλοτικό πρόγραμμα στην πράξη. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι απαιτείται διερεύνηση του χώρου σε ομάδες ενηλίκων, όπως επίσης αναβαθμίσεις και συγκερασμοί των θεωριών. Οι έρευνες προέρχονται κυρίως από την Αγγλία και τις Η.Π.Α. Είναι απαραίτητο να γίνουν έρευνες και σε άλλες χώρες όπου θα συνυπολογισθούν τα ιδιαίτερα κοινωνιοψυχολογικά δεδομένα των λαών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ – 6

Το άγχος για τον οδοντίατρο

Το άγχος για τον οδοντίατρο

Το κεφάλαιο αυτό αποτελεί μία ανασκόπηση σχετικά με το οδοντιατρικό άγχος. Το φόβο με άλλα λόγια, που αισθάνονται οι άνθρωποι για τον οδοντίατρο. Έχει ερευνηθεί ευρύτατα, αφενός λόγω της έκτασης που παρουσιάζει η συγκεκριμένη κλινική κατάσταση σε πολλά άτομα παγκόσμια, αφετέρου λόγω της μεγάλης σημασίας του άγχους και των συσχετίσεών του με τη γενική υγεία . Ο οδοντίατρος μέχρι σήμερα, με τη βοήθεια των εφαρμοσμένων Συμπεριφορικών Επιστημών, αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει την οδοντιατρική ανησυχία, βοηθά τους ασθενείς του να αποκαταστήσουν τη στοματική τους υγεία, να ελέγξουν τους φόβους τους, ελαττώνοντας παράλληλα το εργασιακό στρες που του δημιουργούν αυτοί οι δύσκολοι στο χειρισμό τους ασθενείς. Αυτό συμβαίνει στις χώρες που έχουν ασχοληθεί επιστημονικά με το οδοντιατρικό άγχος. Η Ελλάδα δε συμπεριλαμβάνεται μεταξύ αυτών των χωρών μέχρι σήμερα, με αποτέλεσμα οι οδοντίατροι να προσεγγίζουν και να αντιμετωπίζουν ψυχολογικά τους ασθενείς τους με εμπειρικές μεθόδους.

6.1 Επιπολασμός- Συχνότητα εμφάνισης στους πληθυσμούς

Η οδοντιατρική ανησυχία (Dental Anxiety) είναι μία κατάσταση που ευθύνεται για παραμέληση της στοματικής υγείας, για δυσλειτουργίες του στοματογναθικού συστήματος, για μεγάλο ποσοστό υποτίμησης που αισθάνονται οι ασθενείς για τον εαυτό τους, αναφορικά με τους φόβους τους. Για την αντικοινωνική, τέλος, συμπεριφορά στην οποία οδηγούνται λόγω κακοσμίας, κακής εμφάνισης, αδυναμίας μάσησης σκληρών τροφών, με συνύπαρξη ισχυρού πόνου και

παραμόρφωσης λόγω αποστημάτων. Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες φοβίες, η οδοντιατρική ανησυχία που παρατηρείται, είναι μεν κοινωνικά αποδεκτή, δεν παύει όμως να υφίσταται και να ταλαιπωρεί ασθενείς και γιατρούς. Κατέχει την πέμπτη θέση στη λίστα των φόβων. Στη συνέχεια θα δοθούν ορισμοί για το φόβο, την ανησυχία και τη φοβία.

Φόβος χαρακτηρίζεται η συναισθηματική κατάσταση που δημιουργείται από κάποια άμεση απειλή ή κίνδυνο (Kent και Croucher R, 1998, Humphris και Ling, 1997, Milgrom et al, 1995). Προκαλεί βιολογικές, γνωστικές, συμπεριφορικές αντιδράσεις και μεταβολές. Από μία άποψη ο φόβος είναι ωφέλιμος διότι προφυλάσσει τους ανθρώπους από την έκθεση σε κινδύνους, ενώ παράλληλα δημιουργεί την αντίδραση "fight or flight". Πολεμάς και αμύνεσαι για μια κατάσταση που σε απειλεί ή οπισθοχωρείς βεβιασμένα. Η κρίση πανικού είναι μία μορφή φόβου, που πολλές φορές μεταφράζεται σαν "φόβος για τον φόβο" με απρόβλεπτες βιολογικές αντιδράσεις. Αυτή την αντίδραση μπορεί να βιώσει ένας φοβισμένος οδοντιατρικά ασθενής.

Η ανησυχία προκαλεί τις ίδιες αντιδράσεις σε ελαφρύτερη μορφή, αλλά για κάποιο επικείμενο μελλοντικό λόγο. Πολλοί συγγραφείς δε διαχωρίζουν τις δύο έννοιες. Η ανησυχία ορίζεται σαν κάτι το αόριστο και νεφελώδες, ενώ ο φόβος αφορά κάτι συγκεκριμένο. Ο ασθενής π.χ. αισθάνεται γενικά ανησυχία για την οδοντιατρική επίσκεψη, όμως φοβάται τις εξαγωγές.

Η φοβία τέλος δημιουργείται για πράγματα ή καταστάσεις που δεν ερμηνεύουν λογικά την υφιστάμενη κατάσταση, παρεμβαίνοντας και επηρεάζοντας την κοινωνική δραστηριότητα και την λειτουργικότητα του ατόμου.

Η ανησυχία για την οδοντιατρική πράξη εμφανίζεται με στοιχεία ανησυχίας, φόβου αλλά και φοβίας, προκαλώντας έντονα συναισθήματα ντροπής και στεναχώριας στους ασθενείς. Αποφεύγουν να

συζητούν το φαινόμενο, διότι όπως ισχυρίζονται, αισθάνονται "γελοίοι". Ο οδοντίατρος που υποστηρίζει ότι μόνο με προσωπική προσπάθεια μπορεί ο ασθενής να ξεπεράσει τους φόβους του, ουσιαστικά τον απαξιώνει και τον διαψεύδει, διότι οι ασθενείς όντως προσπαθούν, αλλά πολλές φορές χωρίς επιτυχία. Ένα πρώτο αξιόλογο βήμα είναι ο ασθενής να έρθει σε επικοινωνία με τον οδοντίατρο, να βρει το θάρρος να περάσει το κατώφλι του ιατρείου.

Η κλινική διαπίστωση της υψηλής οδοντιατρικής ανησυχίας, αλλά και η γενική στοματική υγεία του πληθυσμού, οδήγησε την Αμερικάνικη Κυβέρνηση την δεκαετία του '50, να προσλάβει Κοινωνικούς Επιστήμονες, οι οποίοι ασχολήθηκαν με την συμπεριφορά του πληθυσμού, πέτυχαν τη φθορίωση του πόσιμου νερού, την αποδοχή της οδοντιατρικής θεραπείας, τη βελτίωση του συστήματος οδοντιατρικής περίθαλψης και τη συνεχή επιμόρφωση των οδοντιάτρων (Milgrom et al, 1995).

Ένας άλλος πυρήνας νεωτερισμού άρχισε να διαφαίνεται στο μεταξύ, περίπου την ίδια εποχή. Ο επιτυχημένος, κατά γενική ομολογία, Καναδός οδοντίατρος Grand Phipps, κουρασμένος από την κλινική πράξη, επιστρέφει στο Πανεπιστήμιο και ανακαλύπτει το θαυμάσιο κόσμο της Ψυχολογίας. Παίρνει το PhD του στην Κλινική Ψυχολογία το 1960. Στη συνέχεια ιδρύει στο Πανεπιστήμιο του Pittsburg το πρώτο τμήμα Συμπεριφορικών Επιστημών μέσα στην Οδοντιατρική Σχολή του ιδρύματος.

Αργότερα, το 1964, πηγαίνει στο Buffalo και ιδρύει αντίστοιχο τμήμα στο εκεί πανεπιστήμιο. Στο τμήμα του Buffalo προσλαμβάνεται ο σημερινός καθηγητής Norman Corah, ο οποίος από το 1969 μας δίνει το ερωτηματολόγιο DAS – Dental Anxiety Scale, Ερωτηματολόγιο Οδοντιατρικού Άγχους - που χρησιμοποιείται με επιτυχία στην έρευνα μέχρι σήμερα.

Την ίδια περίπου εποχή στα Πανεπιστήμια Harvard, Tufts, Houston, New York City κ.α. γίνονται ερευνητικές εργασίες που ανιχνεύουν τομείς συσχέτισης της οδοντιατρικής ανησυχίας με γενικά νοσήματα, ψυχοσωματικές εκδηλώσεις και αντίστοιχες κοινωνικές επιπτώσεις. Ακολουθούν πολλά άλλα αμερικάνικα πανεπιστήμια, ενώ τη δεκαετία του '70 η νέα τάση στην έρευνα και την προπτυχιακή εκπαίδευση εμφανίζεται στην Ευρώπη και την Ασία. Πρωτοπόροι είναι η Αγγλία, η Ιρλανδία, η Ολλανδία, οι Σκανδιναβικές χώρες, η Ιαπωνία και τελευταία το Ισραήλ. Τη δεκαετία του '80 κάνουν την εμφάνισή τους ειδικές κλινικές αντιμετώπισης του οδοντιατρικού φόβου. Μία από αυτές είναι του Πανεπιστημίου Seattle στην πολιτεία Washington, η δεύτερη που λειτούργησε στον κόσμο το 1982. Το 1995 υπήρχαν παγκόσμια 15 κλινικές, πάντα συνδεδεμένες με κάποιο Πανεπιστήμιο ή Νοσοκομείο.

Στα τέλη της δεκαετίας του '60 άρχισαν να εμφανίζονται τα πρώτα αποτελέσματα της έρευνας. Το 1969 στον πληθυσμό της Ν. Αγγλίας βρέθηκε ποσοστό φόβου για τον οδοντίατρο 19.8 %. Στη Σουηδία το 1975 το ποσοστό ανέρχεται στο 14%. Οι συμμετέχοντες ομολόγησαν ότι ένοιωθαν τόσο άσχημα λόγω φόβου, που τους ήταν αδύνατον να κάνουν οδοντιατρική θεραπεία. Σε έρευνα του 1988 τεκμηριώθηκε σε δείγμα τυχαία επιλεγμένου ενήλικου πληθυσμού από την Ουάσινγκτον – Σηάτλ, ότι το 50 % τουλάχιστον των ερωτηθέντων, εμφάνιζε μικρό ποσοστό φόβου για τον οδοντίατρο, το 28 % λίγο, το 13,1 % μέτριο και το 4,3 % πολύ φόβο. Σε πληθυσμό Γερμανών το 1990, Ιαπώνων το 1988, σε παιδιά στη Φινλανδία το 1993 και σε φοιτητές στη Βραζιλία, πιστοποιήθηκαν περίπου τα ίδια ποσοστά όπως και ανωτέρω (Milgrom et al, 1995).

Ανιχνεύοντας περαιτέρω το φαινόμενο της οδοντιατρικής φοβίας, τόσο χρονικά, όσο και γεωγραφικά, τα αποτελέσματα είναι πραγματικά εντυπωσιακά. Στο Μπέλφαστ, το 1995, αποδείχτηκε ότι ο

φόβος για την οδοντιατρική πράξη οδηγεί σε παραμέληση της στοματικής υγείας και αποτρέπει τη ζήτηση της οδοντιατρικής φροντίδας. Ίσως σε αυτό οφείλεται το γεγονός ότι η Βόρειος Ιρλανδία εμφανίζει το μεγαλύτερο επιπολασμό τερηδόνας σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο (Long, 1995). Σε διαπολιτισμική έρευνα Δανών και Κινέζων το 1995, βρέθηκε ότι οι Δανοί εμφανίζουν 15% μέτριο οδοντιατρικό φόβο ενώ οι Κινέζοι 30%. Μόνο στους Κινέζους εμφανίζεται διαφορά φόβου ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά. Ο φόβος εμφανίζεται υψηλότερος στους νεώτερους. Στους πληθυσμούς αυτούς, ο φόβος οδηγεί σε παραμέληση της στοματικής υγείας και μη ζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας (Schwarz και Birn, 1995). Η μέτρηση σε Ολλανδούς φοιτητές της Ψυχολογίας το 1995, απέδειξε ότι το 98% ανέφερε τουλάχιστον μία καταστροφική σκέψη. Οι αρνητικές σκέψεις ήταν άμεσα συνυφασμένες με την οδοντιατρική ανησυχία (de Jong και ter Horst, 1995). Στη Δανία το 1995 εκ νέου, έγιναν μετρήσεις σε 40 άνδρες και 40 γυναίκες που εμφάνιζαν ακραία οδοντιατρική ανησυχία (Moore και Brodsgaard, 1995). Αποδείχτηκε ότι 40% εμφάνιζαν κοινωνική φοβία, 19% άλλες ειδικές φοβίες, στον πόνο, στην ένεση, στο τρόχισμα. Τέλος, 35% έπασχε από γενικευμένη ανησυχία και αγοραφοβία. Η ορθή διάγνωση διευκόλυνε την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Σε Αυστραλούς στη συνέχεια και σε ηλικίες 18 ετών και άνω, υπάρχει υψηλός φόβος, της τάξης του 14,9%. Οι γυναίκες είναι περισσότερο φοβισμένες, κυρίως στις ηλικίες 35-44 ετών. Ο φόβος απότρεψε τη ζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας, με όλες τις συνέπειες για την στοματική υγεία και το οδοντιατρικό επάγγελμα (Thomson et al, 1999). Ανάλογα αποτελέσματα εμφανίζονται στην Ταϊβάν (Moore, 1996) στο Τορόντο του Καναδά (Locker και Liddell, 1999) στην Ελβετία το 1997 (Portman και Padanov, 1997) στη Ν. Ζηλανδία (Poulton et al,

1997), στο Ρεϊκιαβίκ της Ισλανδίας (Ragnarsson, 1998). Στο Σηάτλ-Ουάσιγκτον το 1998, έγινε έρευνα στο επιστημονικό και μη επιστημονικό προσωπικό της Οδοντιατρικής Σχολής και βρέθηκε ότι το 13% των ερωτηθέντων, έπασχαν από υψηλή οδοντιατρική ανησυχία, αργούσαν να ζητήσουν περίθαλψη και εμφάνιζαν σωματοποιητική διαταραχή του άγχους. Δήλωσαν δε κακές οδοντιατρικές εμπειρίες και κατάθλιψη. Οι ερευνητές σημειώνουν ότι, από τους εργαζόμενους στο Πανεπιστήμιο, μπορούν να αντληθούν παραδείγματα ώστε να διδαχθούν οι φοιτητές και να εξασκηθούν στην αναγνώριση των οδοντιατρικά φοβισμένων ασθενών (Kaakko et al, 1998). Σε μία ακόμα έρευνα ενήλικων ατόμων από τον Καναδά, το 1999, έγινε αξιολόγηση του συστήματος στάθμισης της οδοντιατρικής ανησυχίας που προτείνει η Σχολή του Σηάτλ. Το ποσοστό των φοβικών ανήλθε στο 16,4% (Locker και Liddell, 1999).

Εντούτοις, παρά την εκτεταμένη έρευνα και τα αποτελέσματα, διατυπώνονται αντιρρήσεις αναφορικά με τη χρησιμότητα της διδασκαλίας τεχνικών αντιμετώπισης του οδοντιατρικού φόβου. Οι διαπιστώσεις όμως που ακολουθούν και που προκύπτουν από την υπάρχουσα τεκμηρίωση, πείθουν για την αναγκαιότητα της συστηματικής και υπεύθυνης αντιμετώπισης του φαινόμενου.

- Μόνο ο μισός Αμερικάνικος πληθυσμός επισκέπτεται τον οδοντίατρο μία φορά το χρόνο, σύμφωνα με τις επιταγές της πρόληψης. Ένα ποσοστό 6-14% του πληθυσμού (14-34.000.00 άτομα), ομολογεί ότι δεν ακολουθεί την οδηγία, αποκλειστικά λόγω φόβου. Ένα επιπλέον ποσοστό της τάξης του 20-30% είναι περιστασιακοί επισκέπτες, λόγω της ανησυχίας που αισθάνονται για την οδοντιατρική πράξη (Ayer et al, 1983, Woolfolk et al, 1999).

- Η εκμάθηση αυτών των τεχνικών και η βελτίωση του φόβου των ασθενών εξασφαλίζει σε μεγάλο ποσοστό την επαναπροσέλευσή τους.
- Ο οδοντίατρος βελτιώνει το εργασιακό του άγχος. Η έρευνα αποδεικνύει ότι ο χειρισμός του δύσκολου ασθενή είναι εξαιρετικά στρεσογόνος παράγοντας για το γιατρό (Ayer et al, 1983, Woolfolk et al, 1999, Milgrom et al, 1995).
- Επιπλέον, αντλεί προσωπική ικανοποίηση βοηθώντας τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν μία δύσκολη κατάσταση.
- Το επιχείρημα ότι η διαδικασία είναι χρονοβόρα και εις βάρος της οικονομικής ωφέλειας του οδοντίατρου δεν ευσταθεί. Αρκεί να σκεφθεί κανείς ότι οι εκτεταμένες αποκαταστάσεις προέρχονται από ανθρώπους που επί χρόνια εγκαταλείπουν το στόμα τους, συνήθως λόγω φόβου. Ακόμα και η αποφυγή της "ακύρωσης της τελευταίας στιγμής" των ραντεβού, λόγω δειλίας, είναι προς όφελος του γιατρού (Milgrom et al, 1995).

Από όλα αυτά προκύπτει ότι ο οδοντιατρικός φόβος εμφανίζει μεγάλη έκταση και έχει ερευνηθεί ευρύτατα σε πολλές χώρες του κόσμου, εδώ και πολλά χρόνια. Εμφανίζει επιπτώσεις τόσο στη στοματική υγεία, όσο και στο εργασιακό σκέλος του οδοντιατρικού επαγγέλματος, όπως έχει προαναφερθεί.

6.2 Αιτιολογία

Η ανησυχία για την οδοντιατρική πράξη στους πληθυσμούς, περνώντας σε έναν ευρύτερο ερευνητικό κύκλο, μελετάται και από άποψη αιτιολογικών παραγόντων (Kent και Croucher, 1998, Humphris και Ling, 2000, Kent, 1999). Ανεξάρτητα από την αιτιολογία που προκαλεί την οδοντιατρική ανησυχία, πρέπει να αναφερθεί ότι οι εξαγωγές κατέχουν την κορυφή, ακολουθούμενες από την ένεση και το τρόχισμα. Η στίλβωση των δοντιών προκαλεί το μικρότερο φόβο. Όμως οι άνθρωποι που βιώνουν υψηλά επίπεδα φόβου, αισθάνονται άσχημα όταν πηγαίνουν με το αυτοκίνητο τους προς στον οδοντίατρο ή περιμένουν στην αίθουσα αναμονής, έστω και αν είναι νωδοί (χωρίς κανένα δόντι) ή περιμένουν για καθαρισμό. Η πιθανότητα πόνου ευθύνεται κατά 76% για την πρόκληση ανησυχίας. Αυτό βέβαια δεν ερμηνεύει γιατί 46% των ανθρώπων αναφέρουν ότι θα νοιώσουν πόνο, αλλά δεν φοβούνται. Σε ασθενείς που ρωτήθηκαν πριν και μετά τη θεραπεία, να εκφράσουν τις εντυπώσεις τους για την ίδια θεραπευτική αγωγή, διαπιστώθηκε ότι η φοβική ομάδα ανέφερε περισσότερο πόνο από τη μη φοβική. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα φοβικά άτομα πιθανόν αισθάνονται περισσότερο πόνο ή ότι η ανησυχία αυξάνει τον πόνο.

Οι λόγοι που ευθύνονται για την ύπαρξη ανησυχίας και οι οποίοι θα αναπτυχθούν στη συνέχεια, είναι: η προετοιμασία, η αβεβαιότητα, η προηγούμενη μάθηση και οι βιολογικές διαφορές,

α - Προετοιμασία

Επιδημιολογικές έρευνες αποδεικνύουν ότι ορισμένοι άνθρωποι είναι προετοιμασμένοι να φοβηθούν με το πλησίασμα αράχνης, γάτας, σκύλου, παρά με άλλες καταστάσεις. Επίσης, πολλοί πάσχουν από

κλειστοφοβία. Αυτές τις δύο καταστάσεις, παρ' όλο που δεν περικλείουν ρεαλιστική απειλή για τη ζωή, υπάρχουν άνθρωποι που δεν τις ανέχονται. Αντίθετα, άλλες συνθήκες που είναι οφθαλμοφανώς επικίνδυνες, όπως για παράδειγμα η οδήγηση με υψηλές ταχύτητες στις εθνικές οδούς, έχει βρεθεί ότι υπάρχουν ελάχιστοι άνθρωποι που το φοβούνται (Kent και Croucher, 1998). Η μόνη εξήγηση που μπορεί να δοθεί είναι ότι οι άνθρωποι είναι "γενετικά προετοιμασμένοι" γι' αυτούς τους φόβους, που στο εξελικτικό μας παρελθόν πραγματικά αποτελούσαν απειλή. Τα μικρά ζώα μετέφεραν ασθένειες που μπορούσαν να οδηγήσουν στο θάνατο, ενώ οι κλειστοί χώροι παραπέμπουν σε "παγίδες". Η εξέλιξή μας ίσως περικλείει "γονίδια ανησυχίας", διότι αυτή ακριβώς η ανησυχία και ο φόβος αύξαναν τις πιθανότητες επιβίωσης. Επειδή στα γονίδιά μας πιθανόν δεν έχει καταγραφεί ακόμα ο φόβος και η επικινδυνότητα του να ταξιδεύεις με 100 χλμ / ώρα, η φοβία αυτή είναι σπάνια. Η οδοντιατρική πράξη, ακόμα, παραπέμπει σε παγίδα. Ο ασθενής αισθάνεται παγιδευμένος, ενώ ο γιατρός τοποθετεί στη στοματική του κοιλότητα οξύαιχμα εργαλεία. Ένας άγνωστος οδοντίατρος επίσης δημιουργεί ανησυχία, διότι δεν είναι γνωστό πόσο "άγριος" μπορεί να είναι στους χειρισμούς του. Ίσως αυτό να εξηγεί την ευρύτητα στην επικράτηση της οδοντιατρικής ανησυχίας.

β - Αβεβαιότητα

Η ανησυχία πολλές φορές χαρακτηρίζεται ως ο "φόβος του άγνωστου". Το ίδιο συμβαίνει και με τους οδοντιατρικά ανήσυχους ασθενείς. Δεν γνωρίζουν την πορεία, την εξέλιξη, την έκβαση της οδοντιατρικής πράξης, με αποτέλεσμα να αισθάνονται φόβο. Οι φοβικοί ασθενείς όμως, έχει αποδειχθεί ότι μεγαλοποιούν λίγο τις καταστάσεις.

γ - Προηγούμενη μάθηση- κλασσική εξαρτημένη μάθηση

Προηγούμενη κακή εμπειρία οδηγεί σε φοβία της οδοντιατρικής πράξης. Η συχνότερη τραυματική εμπειρία είναι ο αιφνίδιος πόνος, τον οποίο ατυχώς ο οδοντίατρος δεν μπορεί να αποτρέψει πάντα. Η έμπαρση της βελόνας κατά την τοπική αναισθησία, για παράδειγμα, ευθύνεται για αρκετή ενόχληση. Η αποτυχία πλήρους νάρκωσης σε ποσοστό 10%, επίσης, δημιουργεί πόνο στον ασθενή κατά την εξαγωγή, το τρόχισμα και τις προσθετικές εργασίες.

Οι ενέσεις δημιουργούν φόβο σε ποσοστό 25% για τους εξής τέσσερις λόγους:

- Πόνος από την έμπαρση της βελόνας
- Σωματικός τραυματισμός
- Μετάδοση ασθενειών
- Ανεπαρκής αναισθητοποίηση (Milgrom et al, 1997).

Παρατηρείται επίσης ότι, εάν έχουν προηγηθεί ανώδυνες επισκέψεις και ακολουθήσει επίσκεψη όπου ο ασθενής αισθάνεται πόνο, δεν αναπτύσσονται τα ίδια μακροχρόνια αποτελέσματα φοβικής αντίδρασης που δίνει η ύπαρξη της πρώτης επώδυνης εμπειρίας. Αυτό είναι γνωστό σαν *λανθάνουσα αναχαιτιστική υπόθεση* (Milgrom et al, 1997).

Η κλασσική – εξαρτημένη μάθηση σε καταστάσεις οδοντιατρικού άγχους, προσομοιάζει με τη διέγερση των αντανακλαστικών που παρατηρείται στα πειράματα του Pavlov. Ο οδοντίατρος που εμφανίζεται να κρατά μία σύριγγα, για παράδειγμα, προκαλεί φόβο στον ασθενή που γνωρίζει από προηγούμενη εμπειρία (άμεση εμπειρία) ότι η ένεση στα ούλα συνεπάγεται πόνο. Το αποτέλεσμα είναι η πρόκληση φόβου, απλά και μόνο με τη θέα της ενέσης.

Επίσης, η γραπτή επανάκληση της μνήμης (υπενθύμιση με γραπτή αναφορά) σε προσωπικές οδοντιατρικές εμπειρίες, δημιουργεί περισσότερη ανησυχία στον ασθενή, συγκριτικά με την παρακολούθηση βιντεοταινιών οδοντιατρικών επεμβάσεων ή την απλή συμπλήρωση ερωτηματολογίων που αναφέρονται στον οδοντιατρικό φόβο (Wilson και Sinisco, 1997).

Οι οσμές που αναδίδει το οδοντιατρείο, στα πλαίσια της μάθησης-μνήμης, αποτελούν μία άλλη παράμετρο που μπορεί να προκαλέσει ανησυχία για την οδοντιατρική πράξη. Οι οσμές όπως είναι γνωστό προκαλούν γνωστική, συμπεριφορική και συναισθηματική διέγερση. Η σχέση ανάμεσα στην οσμή των ευγενολούχων κονιών και στην προκαλούμενη ανησυχία οφείλεται στο γεγονός ότι ο ασθενής συνδέει τη συγκεκριμένη οσμή με τον πόνο. Αυτό γίνεται διότι η ευγενόλη χρησιμοποιείται κυρίως σε επώδυνες καταστάσεις του πολφού, για να προσφέρει ανακούφιση. Δημιουργείται με αυτό τον τρόπο η ανάλογη μνήμη στον ασθενή (Robin et al, 1998). Έχει ερευνηθεί επίσης, πώς εκλαμβάνεται η οσμή της μέντας και του μονομερούς της ακρυλικής ρητίνης. Σε φοβικούς και μη ασθενείς, η μέντα εκλαμβάνεται ως έχουσα ευχάριστη οσμή, ενώ το ακρυλικό είναι πολύ δυσάρεστο και στις δύο ομάδες. Η ευγενόλη όμως είναι ευχάριστη στους μη φοβισμένους οδοντιατρικά ασθενείς και δυσάρεστη στους φοβικούς. Όλα αυτά έχουν τεκμηριωθεί όχι μόνο με αυτοαναφορές αλλά και με μετρήσεις της ηλεκτρικής αγωγιμότητας του δέρματος, που πιστοποιεί βιολογικά τη δυσανεξία. (Robin et al, 1998).

Η γενίκευση επιπλέον, αφορά φοβίες με την ιατρική πράξη που επεκτείνονται και στον οδοντίατρο, όπως λευκή μπλούζα, ένεση και τραυματικές εμπειρίες παιδιών από νοσοκομειακή περίθαλψη. Μερικές φορές όμως, οι άνθρωποι δημιουργούν λανθασμένες συνδέσεις, αποδίδοντας και μεταβιβάζοντας πράγματα και καταστάσεις σε

εσφαλμένη κατεύθυνση, με αποτέλεσμα να γίνονται παρερμηνείες. Αυτή η εξήγηση αποτελεί μία ψυχοδυναμική ερμηνεία της οδοντιατρικής φοβίας. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να δοθεί μια λογική εξήγηση γιατί ίδιες καταστάσεις προκαλούν ποικίλες αντιδράσεις σε διάφορους ανθρώπους. Γιατί κάποιοι άνθρωποι φοβούνται την οδοντιατρική πράξη και άλλοι όχι, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν δυσάρεστες εμπειρίες και στις δύο κατηγορίες (Freeman, 1998).

Η ανησυχία στην οικογένεια στη συνέχεια (έμμεση εμπειρία), έχει αποδειχθεί μέσα από πολλές εργασίες, από το 1954 έως σήμερα, ότι έχει σημαντικό μερίδιο ευθύνης. Η οικογένεια λειτουργεί ως πρότυπο συμπεριφοράς για τα παιδιά αναφορικά με τον οδοντιατρικό φόβο. Φοβισμένες μητέρες έχουν παιδιά που φοβούνται τον οδοντίατρο τουλάχιστον στην πρώτη επίσκεψη. Στη συνέχεια αλλάζουν τα πράγματα και τα παιδιά λειτουργούν βάσει της προσωπικής τους εμπειρίας. Οι περιγραφές γονιών, παππούδων, φίλων ή η προβολή από τα ΜΜΕ δημιουργούν την έμμεση εμπειρία. Οι γονείς δεν πρέπει να συζητούν τους φόβους τους μπροστά στα παιδιά (Kent και Croucher, 1998, Freeman, 1999. Humphris και Ling, 2000).

Ο ρόλος του οδοντίατρου είναι καθοριστικός, κυρίως για τους φοβικούς ασθενείς. Οδοντίατρος που χαρακτηρίζεται από τους ασθενείς απρόσωπος, χωρίς ενδιαφέρον, ψυχρός, άστοργος δημιουργεί φόβο στον ασθενή, που αισθάνεται γι' αυτό το λόγο περισσότερο πόνο.

δ - Βιολογικές διαφορές

Η ύπαρξη οδοντιατρικής ανησυχίας μπορεί να οφείλεται σε βιολογικές διαφορές των ατόμων, τα οποία εμφανίζουν χαμηλό ουδό πόνου ή ακόμα και υψηλά ποσοστά διέγερσης συγκριτικά με κάποιους άλλους ανθρώπους. Η *ιδιοσυγκρασία*, η οποία αποδίδεται στην

κληρονομικότητα, ενέχει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της οδοντιατρικής φοβίας από κοινού με τον νευρωτισμό (Kent και Croucher, 1998, Kent, 1999). Το ταμπεραμέντο, προσδίδει έντονη διεγερσιμότητα και αντίληψη του πόνου (Kent και Croucher, 1998. Σαββάκη, 1997. Dess και Edelheit, 1998).

Ο νευρωτισμός αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Thomson et al, 1996, Δημητρίου, 1986, Αλεβίζος, 1981). Οφείλεται σε εσωτερικούς μηχανισμούς και είναι άμεσα συνδεδεμένος με την ανησυχία για την οδοντιατρική πράξη. Ο Eysenck δε δέχεται ότι το θέμα είναι αποκλειστικά γενετικό, αλλά μικτό. Οφείλεται και σε αυτόνομους μηχανισμούς που διεγείρονται κάποια στιγμή και διατηρούνται διεγερμένοι για μεγάλα χρονικά διαστήματα, στα πλαίσια της γνωστικής μάθησης. Βρέθηκε ότι η ομάδα των οδοντιατρικά μη φοβικών ασθενών, παρουσιάζει μικρότερα ποσοστά νευρωτισμού από το γενικό πληθυσμό. Αυτό τους διαφοροποιεί από την ομάδα των αρνούμενων την τακτική οδοντιατρική επίσκεψη, που συμμετείχαν στην έρευνα. Η διαφορά τους δηλαδή είναι υπαρκτή και έντονη, ανεξάρτητα από τον οδοντιατρικό φόβο.

Η φαντασία, η οποία επίσης αποδίδεται στα γονίδια, είναι ένας πολύ δυναμικός παράγοντας πρόκλησης της οδοντιατρικής ανησυχίας (Boorin, 1995, Baird και Harder, 2000). Η διαφορά ανάμεσα στη φαντασία και την πραγματικότητα οφείλεται στο γεγονός ότι η δεύτερη δημιουργεί εξακολουθητική επίδραση, ενώ η φαντασία όχι. Παρατηρείται ακόμα ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες (PTSD Posttraumatic Stress Disorder) αντιμετωπίζεται καλλίτερα από άτομα που ελέγχουν τις εικόνες της φαντασίας τους (Laor et al, 1999).

Παρά την αδιαμφισβήτητη επίδραση της φαντασίας και την επίδραση – αλληλόδραση των φυσιολογικών, συμπεριφορικών, γνωστικών, συναισθηματικών, σταθερών, περιστασιακών, άμεσων και

έμμεσων αιτίων που προκαλούν ανησυχία, ο ισχυρότερος παράγοντας είναι οι επικρατούσες συνθήκες στρες της δεδομένης στιγμής (Wilken et al, 1999).

6.3 Αξιολόγηση

Με σταδιακή και προσεκτική ανίχνευση είναι δυνατόν να καθοριστεί η οδοντιατρική ανησυχία, αλλά και η ψυχολογική υγεία του ασθενή (Kent και Croucher, 1998. Humphris και Ling, 2000. Milgrom et al, 1995). Πολλές φορές ο υψηλός φόβος του ασθενή και η επιτυχής του αντιμετώπιση, καθορίζουν και την επιτυχία ή μη του γιατρού. Εμφανίζει τέτοια έκταση ιδιαιτεροτήτων το θέμα, ώστε κάθε περίπτωση να απαιτεί εξαιρετικές ικανότητες εκ μέρους του γιατρού και οπωσδήποτε απαιτείται η γνώση κάποιων κοινών χαρακτηριστικών που αφορούν όλους τους φόβους. Επίσης, πρέπει να γνωρίζει ότι ο φόβος για την οδοντιατρική πράξη εκδηλώνεται με βιολογικές, γνωστικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις και μεταβολές.

Οι βιολογικές μεταβολές μπορεί να είναι άπνοια (Boorin, 1995, Barsby, 1997), εφίδρωση (άνω χείλος, μασχάλες, μέτωπο, παλάμες), αύξηση των καρδιακών παλμών (Brand et al, 1995), μυϊκός τρόμος, αύξηση της αρτηριακής πίεσης (Boorin, 1995), τάση μυών, νευρικότητα, ξηρότητα του στόματος, έκκριση των ορμονών του στρες στο πλάσμα και τα ούρα (Brand et al, 1995). Παρατηρούνται επίσης μεταβολές της κορτιζόλης του σάλιου, ιδιαίτερα κατά τις εξαγωγές (Miller et al, 1995). Μεταβολές τέλος δημιουργούνται στην αίσθηση του γλυκού, πικρού και του ήχου σε ανθρώπους που βιώνουν καταστάσεις στρες και οι οποίοι χαρακτηρίζονται από έντονο ταμπεραμέντο (Dess και Edelheit, 1998).

Οι γνωστικές αντιδράσεις μπορεί να αφορούν ανικανότητα συγκέντρωσης, υπερκινητικότητα - εγρήγορση, αδυναμία στη μνήμη για συγκεκριμένα πράγματα και φαντασία καταστροφικών καταστάσεων.

Οι συμπεριφορικές αντιδράσεις εκδηλώνονται με άρνηση, δηλαδή αναβολή ραντεβού στον οδοντίατρο ή απαίτηση ολοκλήρωσης της θεραπείας σε μία συνεδρία και, τέλος, με απόδραση από την κατάσταση που προκαλεί ανησυχία.

Λόγω των ανωτέρω παρατηρούμενων εκδηλώσεων, η αξιολόγηση της οδοντιατρικής ανησυχίας γίνεται μέσω προφορικών ή γραπτών αναφορών των ασθενών, με συμπεριφορικές μετρήσεις και, τέλος, με μέτρηση των εκδηλωμένων σωματικών συμπτωμάτων. Πολλές φορές οι τρεις αυτοί τρόποι δεν συμφωνούν μεταξύ τους, διότι κάποιοι άνθρωποι αρνούνται ενώ φοβούνται και άλλοι δεν φοβούνται, ενώ φραστικά ομολογούν φόβο. Ο συνδυασμός και των τριών μεθόδων αξιολόγησης, βοηθά στη συναγωγή σωστών συμπερασμάτων.

α-Αυτοαναφορές των ασθενών

Γίνονται με λήψη ιστορικού, με δομημένη συνέντευξη και με τη χρήση ερωτηματολογίων. Πολλές φορές θεωρούμε ότι το ιατρικό ιστορικό του ασθενή δεν μπορεί να έχει κάποια σχέση με τους φόβους του. Αυτό δεν είναι αλήθεια, διότι ασθένειες που οφείλονται σε διαταραχές του ανοσοποιητικού ή του ενδοκρινικού συστήματος, για παράδειγμα, έχουν άμεση συσχέτιση με την ψυχική σφαίρα.

Ως πρώτη μέθοδος αξιολόγησης εμφανίζεται η *δομημένη συνέντευξη*, στην οποία η Σχολή του Σηάτλ μέσα από 14 ερωτήσεις, κατάλληλες για κλινική εφαρμογή, ανιχνεύει το φόβο του ασθενή για την οδοντιατρική πράξη (Milgrom et al, 1995). Αυτές οι ερωτήσεις προσδιορίζουν την αιτία προσέλευσης στο ιατρείο, πόσο χρόνο έχει να

επισκεφθεί ο ασθενής τον οδοντίατρο, ευθέως εάν φοβάται και τι, εάν υπάρχουν άλλοι φόβοι και πως αντιμετωπίζονται, πιθανή φαρμακευτική αντιμετώπιση, κοινωνικές επιπτώσεις στις συναναστροφές και την εργασία, απόψεις του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος για την στοματική του κατάσταση κ.α.

Η Σχολή του Σηάτλ διαχωρίζει τους οδοντιατρικά φοβικούς ασθενείς σε τέσσερις κατηγορίες, με τελικό στόχο την ορθή θεραπευτική τους αντιμετώπιση (o.p.). Οι κατηγορίες αυτές είναι:

- 1. Ο φόβος κάποιας τεχνικής, όπως τρόχισμα, ενέσεις, εξαγωγές,*
- 2. Η έλλειψη εμπιστοσύνης προς το οδοντιατρικό προσωπικό,*
- 3. Η γενικευμένη ανησυχία και*
- 4. Οι καταστροφικές αντιλήψεις επί παντός.*

Πολλές φορές οι κατηγορίες συνυπάρχουν. Η αυξημένη συχνότητα καταστροφικών σκέψεων έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση οδοντιατρικής ανησυχίας και την αύξηση στην αίσθηση του πόνου (de Jongh et al, 1995, Sullivan et al, 1997).

Μία άλλη μέθοδος, πάντα στα πλαίσια των αυτοαναφορών, είναι η χρήση ερωτηματολογίων με τεκμηριωμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα. Αυτά αποτελούν ``εργαλεία `` που διευκολύνουν το έργο του γιατρού. Εκτός από την έρευνα, χρησιμοποιούνται και στην κλινική πράξη. Τα ερωτηματολόγια αυτά μπορεί να μετρούν γενικά την ανησυχία που παρατηρείται στους ανθρώπους για διάφορες καταστάσεις, όπως το επαγγελματικό στρες, η συμμετοχή σε εξετάσεις, η πτώση με αλεξίπτωτο, η οδοντιατρική πράξη κ.α. (Spielberger, 1983, Λιάκκος, 1984). Κάποια ερωτηματολόγια όμως μετρούν αποκλειστικά την οδοντιατρική ανησυχία και μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον κλινικό γιατρό, όπως και σε ερευνητικά προγράμματα. (Corah N., 1969, Humphris, 1995, Kvale et al, 1998, Peretz et al, 1999, Auerbach et al, 1976). Όλοι οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ως μια αρχική άποψη, η ερώτηση: ``Γενικά, πόσο

φοβάστε την οδοντιατρική επέμβαση'', μπορεί να σκιαγραφήσει τον ασθενή. Τα ερωτηματολόγια πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή διότι σε συγκριτική μελέτη που έγινε στον Καναδά, αποδείχτηκε ότι ανάμεσα σε 3 ερωτηματολόγια υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά της οδοντιατρικής ανησυχίας (Locker et al, 1996). Επισημαίνουν ότι το θέμα χρειάζεται περαιτέρω μελέτη και τονίζουν την αναγκαιότητα της δημιουργίας νέων ερωτηματολογίων που θα βοηθούν τον κλινικό οδοντίατρο και τον ερευνητή.

Η οδοντιατρική ανησυχία έχει και κοινωνικές επιπτώσεις. Αυτό οδήγησε στη δημιουργία ανάλογης κλίμακας για την μέτρηση των επιδράσεων στην κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου (Kent et al, 1996, Kent και Ling, 2000). Η κλίμακα περιλαμβάνει ερωτήσεις του τύπου: 'Αισθάνομαι ότι οι άνθρωποι θα γελάσουν μαζί μου, αν ομολογήσω την φοβία μου για τον οδοντίατρο', 'Σκέφτομαι συνέχεια ότι πρέπει να επισκεφθώ οδοντίατρο', 'Βάζω το χέρι μπροστά στο στόμα όταν γελώ', 'Αποφεύγω να συναντώ ανθρώπους λόγω της κατάστασης των δοντιών μου' κ.α. Η οδοντιατρική φοβία είναι μία ειδική φοβία με σοβαρές κοινωνικές προεκτάσεις (specific phobia) (Kent, 1999).

Παρατηρούμε ότι χωρίς τη βοήθεια και τη γνώση των Συμπεριφορικών Επιστημών, τόσο ο ερευνητής όσο και ο κλινικός οδοντίατρος, δεν μπορούν να ωφεληθούν από τη χρήση αυτών των ερωτηματολογίων, για τη στάθμιση του φόβου των ασθενών.

β - Συμπεριφορική αξιολόγηση

Το μοντέλο της προσέγγισης - άρνησης αποτελεί μία μέθοδο συμπεριφορικής αξιολόγησης της οδοντιατρικής ανησυχίας. Μετρά τη σύγκρουση που εμφανίζεται ανάμεσα στην αναγκαιότητα της επίσκεψης στον οδοντίατρο, λόγω του κινδύνου της απώλειας των δοντιών και στο φόβο που υπάρχει για την όλη διαδικασία της θεραπείας. (Milgrom et al, 1995).

Υπάρχουν πέντε τύποι φοβικών ασθενών βάσει αυτής της θεώρησης.

α. Ασθενείς στους οποίους η σύγκρουση αυξάνει με τάση επικράτησης της άρνησης, όσο πλησιάζει η ημερομηνία του ραντεβού. Περίπου στο μέσο της χρονικής απόστασης υπάρχει ισοτιμία ανάμεσα στην επιθυμία για επίσκεψη και στην επιθυμία αποφυγής. Σ' αυτή την κατηγορία οφείλεται μεγάλος αριθμός ακυρωμένων ραντεβού της τελευταίας στιγμής, δημιουργώντας πρόβλημα στους γιατρούς, αλλά και στους ασθενείς, αισθήματα αυτό-υποτίμησης για την δειλία τους. Αυτή η ισοτιμία μπορεί να ανατραπεί, εάν υπάρξει αντικειμενικό πρόβλημα, όπως είναι ο πόνος ή εάν ο ασθενής έχει κάποια ουδέτερη κοινωνική συνάντηση με οδοντίατρο που δίνει την εντύπωση στον ασθενή ότι ``νοιάζεται`` και είναι ``ζεστός σαν άνθρωπος``, εν αντιθέσει με την εικόνα που είχε σχηματίσει για άλλους οδοντιάτρους μέχρι τότε.

β. Ασθενείς που χαρακτηρίζονται από μέτριο-ελεγχόμενο φόβο. Παρατηρείται ισόποση κατανομή ανάμεσα στην άρνηση και την προσέγγιση, πλησιέστερα στην ημέρα του ραντεβού συγκριτικά με την προηγούμενη κατηγορία. Ο φόβος εκδηλώνεται όταν ο ασθενής εμφανίζεται στο ιατρείο και εκφράζεται ποικιλότροπα. Με την ελπίδα λ.χ. ότι δεν θα βρεθούν πολλά τερηδονισμένα δόντια, ότι η θεραπεία θα

τελειώσει σύντομα και, τέλος, με νευρικό χιούμορ για την όλη ιστορία και τον οδοντίατρο μαζί, που ``τους μισεί θανάσιμα``.

γ. Ασθενείς που δεν εκδηλώνουν το φόβο τους, διότι έντεχνα δεν βγάζουν την ``μάσκα`` τους, με αποτέλεσμα ο γιατρός να μην το αντιληφθεί καθόλου. Αυτοί όμως οι ασθενείς, εάν νοιώσουν πόνο, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αλλάξουν οδοντίατρο. Το προσωπικό πρέπει να είναι εκπαιδευμένο στην αναγνώριση των ανθρώπων: ``Πάω αλλά το Μισώ- Goers but Haters``. Είναι κακή εμπειρία για τον ασθενή, αλλά και για το γιατρό επίσης.

δ. Ασθενείς μερικά αρνούμενοι. Εμφανίζουν πολλές ομοιότητες με την προηγούμενη κατηγορία. Αργούν χρόνια να πάνε στον οδοντίατρο και το καθυστερούν όσο μπορούν. Πιέζονται τελικά από το περιβάλλον τους ή από πόνο. Απαιτούν περισσότερο χρόνο θεραπείας λόγω εκτεταμένης καταστροφής των δοντιών.

ε. Ασθενείς, τέλος, πλήρως αρνούμενοι. Δεν πηγαίνουν καθόλου στον οδοντίατρο έως ότου καταλήγουν σε κάποια ειδική κλινική, με μεγάλες οδοντικές καταστροφές. Εμφανίζονται στην κλινική αντιμετώπισης οδοντιατρικά φοβικών ασθενών με μεγάλες καταστροφές και με εμφανή σημεία προσπάθειας αυτό-ίασης – ανακούφισης του πόνου με τοπική χρήση αλκοόλ. Σε πολλούς ασθενείς αυτής της κατηγορίας εφαρμόζεται γενική αναισθησία. Ο ασθενής πρέπει να παροτρύνεται να εκφράζει τους φόβους του, για να μπορεί να βοηθηθεί ανάλογα και, όταν το κάνει, να τον ευχαριστούμε για την εμπιστοσύνη και τη διευκόλυνση που μας παρέχει.

Η συμπεριφορά στην αίθουσα αναμονής μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τη στάθμιση της οδοντιατρικής ανησυχίας, όπως και η συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Στη πρώτη περίπτωση παρατηρείται νευρικότητα στα χέρια ή με διάφορα αντικείμενα, γρήγορο ξεφύλλισμα περιοδικών, βηματισμός, τρομαγμένες αντιδράσεις σε

κανονικούς θορύβους του γραφείου κ.α. Οι παρατηρήσεις της γραμματέα μπορεί να βοηθήσουν το έργο του οδοντίατρου.

Στη δεύτερη περίπτωση, σε παιδιά για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της θεραπείας κλαίνε έντονα, σπρώχνουν τον γιατρό, κλωτσάνε κ.α (Kent και Croucher, 1998).

γ - Στάθμιση με μέτρηση της μεταβολής των φυσιολογικών λειτουργιών

Όπως προαναφέρθηκε, η ανησυχία και ο φόβος δημιουργούν κάποιες βιολογικές μεταβολές, η μέτρηση των οποίων μπορεί να τεκμηριώσει ότι πράγματι ο ασθενής αισθάνεται φόβο για τις διάφορες επεμβάσεις. Καταγράφεται ο αριθμός των παλμών, το επιφανειακό γαλβανικό ρεύμα στο δέρμα και ο ιδρώτας. Επίσης μπορεί να προσδιοριστεί η τιμή των κατεχολαμινών στα ούρα και το σάλιο. Το βέβαιο είναι ότι αυτές οι μετρήσεις δίνουν σίγουρη πιστοποίηση και για το λόγο αυτό αποκαλούνται "σκληρά δεδομένα". Εντούτοις εμφανίζουν και τα ακόλουθα μειονεκτήματα. Υπάρχει δυσκολία στη μέτρηση διότι απαιτούνται κάποιες συσκευές που πρέπει να εφαρμοστούν επάνω στον ασθενή, οι οποίες έχουν κόστος και πολυπλοκότητα. Οι άνθρωποι επηρεάζονται από τις καταγραφές, με αποτέλεσμα να αλλοιώνονται τα αποτελέσματα.

6.4 – Συσχετίσεις του οδοντιατρικού άγχους

Ο φόβος για την οδοντιατρική πράξη έχει αποδειχτεί ότι εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με διάφορες καταστάσεις. Αυτές μπορεί να είναι ορισμένες μορφές ψυχικών διαταραχών, η ηλικία

κατά την οποία εισβάλλει και πρωτοεμφανίζεται η ανησυχία, η επιθυμία κοινωνικής αποδοχής και, τέλος, οι εμπειρίες φυσικής και συναισθηματικής παρενόχλησης και εγκατάλειψης.

Ο προσδιορισμός των συσχετίσεων κρίνεται απαραίτητος για την ορθή αντιμετώπιση αυτών των ασθενών και την αποφυγή δυσάρεστων θεραπευτικών εκβάσεων.

α - Οι ψυχικές διαταραχές, που έχει τεκμηριωθεί ότι συσχετίζονται, είναι καταρχάς η σωματοποιητική διαταραχή του στρες, η οποία ως γνωστό οδηγεί στην εμφάνιση ψυχοσωματικών ασθενειών. Ο οδοντιατρικός φόβος σε ποσοστό 46% αντιμετωπίστηκε ικανοποιητικά με συμπεριφορικές μεθόδους (Aartman et al, 1999, Abrahamson et al, 2000). Οι ερευνητές όμως επισημαίνουν την αναγκαιότητα προσδιορισμού της οδοντιατρικής ανησυχίας πέρα από την ψυχοπαθολογία (Derogatis et al, 1973, Ντώνιας και συν, 1991). Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό είναι ότι ο βαθμός της ψυχοπαθολογικής διαταραχής, μικρός ή μεγάλος, δε φαίνεται να επηρεάζει ανάλογα και το μέγεθος της οδοντιατρικής ανησυχίας. Η κατάθλιψη, επίσης, συνδέεται με τον οδοντιατρικό φόβο (Berggren et al, 1997). Στην Αγγλία αποδείχτηκε πως η ψυχιατρική δυσανεξία, ο πόνος και ο φόβος ανάμεσα στους ασθενείς γενικών οδοντιατρείων έχουν υψηλή συσχέτιση. Βρέθηκε ότι 27% των ασθενών εμφανίζει ψυχιατρικά προβλήματα, που είναι αντίστοιχα του γενικού πληθυσμού. Οι γυναίκες διεκδικούν το 57% από το ανωτέρω ποσοστό. Μέση ηλικία των περισσότερων περιστατικών τα 39 χρόνια. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα επισημαίνουν οι ερευνητές, για να αποδειχθεί εάν η παρατηρούμενη αδυναμία προσέλκυσης πελατείας στα νέα οδοντιατρεία οφείλεται στη μη ικανότητα των νέων οδοντιάτρων να αντιμετωπίσουν τους ανωτέρω τομείς. Γεγονός πάντως παραμένει ότι οι άνθρωποι που φοβούνται τον οδοντίατρο έχουν χειρότερες σχέσεις με

την οικογένεια, τους φίλους και το αντίθετο φύλο (Abrahamson et al, 2000).

Αντιφατικά αποτελέσματα ανάμεσα σε παλαιές και νεώτερες έρευνες εμφανίζονται και στη συσχέτιση της οδοντιατρικής φοβίας με τη φοβία για αίμα, τραυματισμό, ένεση και λιποθυμικές τάσεις. Η οδοντιατρική φοβία ακόμα μία φορά αποδεικνύεται ότι είναι ειδική φοβία (De Jong et al, 1998). Συσχέτιση όμως εμφανίζεται ανάμεσα στην οδοντιατρική ανησυχία και σε διάφορα είδη φοβίας, στα πλαίσια της αντιφατικότητας που παρουσιάζει το φαινόμενο και που αποδεικνύει την πολυπλοκότητά του (Berggren et al, 1995). Οι φόβοι αυτοί αφορούν την ασθένεια και το θάνατο, τους φυσικούς τραυματισμούς, τα ζώα και τα φυσικά φαινόμενα, την αποτυχία και την ενόχληση από αυτή τη κατάσταση και, τέλος, εμφανίζεται σύνδεση με φοβίες κοινωνικών συνθηκών.

β - Η ηλικία προσβολής. Αφορά την χρονική περίοδο της ζωής κατά την οποία εγκαθίσταται η οδοντιατρική φοβία στους ανθρώπους (Locker et al, 1999). Ποσοστό 16,4% εμφανίζει οδοντιατρική ανησυχία, 50,9% εξ αυτών αναφέρουν προσβολή στην παιδική ηλικία, 22% στην εφηβεία και 27,1 στην ενήλικη ζωή. Οι αρνητικές οδοντιατρικές εμπειρίες ευθύνονται για την προσβολή όλων των ηλικιών.

Η οικογένεια που φοβάται τον οδοντίατρο είναι υπεύθυνη για τον φόβο των παιδιών, ενώ η εισβολή του οδοντιατρικού φόβου στην έφηβεία συνδυάζεται με περιστασιακή ανησυχία (state anxiety). Στους ενήλικες συνήθως συνυπάρχει και με άλλες ψυχικές διαταραχές. Οι προσβεβλημένοι στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή εμφανίζονται πιο εχθρικοί και με λιγότερη εμπιστοσύνη προς τον οδοντίατρο. Η προσβολή στη παιδική ηλικία, συνήθως εντάσσει τους οδοντιατρικά φοβικούς στην εξωγενή κατηγορία, όπου ο φόβος προκαλείται από εξωγενείς παράγοντες. Η προσβολή στην ενήλικη ζωή τους κατηγοριοποιεί στην

ενδογενή ομάδα, στους οποίους ο φόβος υπάρχει λόγω εσώτερων διαταραχών. Οι χειρισμοί που υιοθετεί ο οδοντίατρος, καθώς και η όλη του συμπεριφορά προς τον ασθενή, ευθύνονται για την θετική ή αρνητική αντιμετώπιση της οδοντιατρικής πράξης από τους ανθρώπους.

γ - Επιθυμία κοινωνικής αποδοχής. Οι οδοντιατρικοί ασθενείς διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες, όσον αφορά την ομολογία τους για τον οδοντιατρικό φόβο και τον τρόπο που ανταπεξέρχονται και αντιμετωπίζουν αυτό το γεγονός (coping style) (Fox, 1989). Είναι οι ευαίσθητοι, οι οποίοι φοβούνται και το ομολογούν (~38%). Οι πραγματικά θαρραλέοι, που δεν φοβούνται (~15%). Οι πεισμένοι (repressors), που φοβούνται αλλά το αρνούνται, διότι επιζητούν κοινωνική αποδοχή (~30%) και, τέλος, οι αδιάφοροι επιδημιολογικά, οι οποίοι φοβούνται και το ομολογούν ενώ παράλληλα επιζητούν κοινωνική αναγνώριση (~15%). Η διάκριση μεταξύ τους πραγματοποιείται, για να μπορέσουν οι γιατροί να τους βοηθήσουν ανάλογα (συμπεριφορική ή φαρμακολογική αντιμετώπιση), *προλαμβάνοντας τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, την καθυστέρηση της επούλωσης και τον πόνο, που επιδεινώνονται όταν συνυπάρχει ανησυχία.* Προλαμβάνοντας παράλληλα και τις απρόβλεπτες συμπεριφορικές αντιδράσεις που παρατηρούνται στις κρίσιμες στιγμές, των ανθρώπων που υποκρίνονται τους θαρραλέους (π.χ. φωνές, χειρονομίες κ.α., κατά την εξαγωγή έγκλειστου σωφρονιστήρα).

δ - Φυσική και συναισθηματική παρενόχληση και εγκατάλειψη. Τα άτομα που βιώνουν κατά την παιδική ηλικία ή κατά την ενήλικη ζωή τέτοιες καταστάσεις, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά οδοντιατρικής ανησυχίας. Η φυσική παρενόχληση μπορεί να είναι βιασμός, απόπειρα βιασμού, σεξουαλική παρενόχληση ή χειροδικία. Η εγκατάλειψη μπορεί να είναι φυσική ή συναισθηματική (Walker et al, 1996).

ε - Ανησυχία και συχνότητα επισκέψεων. Εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση, ενώ η αύξηση του αριθμού των επισκέψεων, βελτιώνει την ανησυχία (Doerr et al, 1998). Όταν ο ασθενής αλλάζει οδοντίατρος χωρίς να απευθύνεται σε κάποιον μόνιμα, αυξάνει επίσης την ανησυχία του. Αυξημένα ποσοστά εμφανίζονται στις γυναίκες, στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, στους νεώτερους, στους ανθρώπους που είναι δυσαρεστημένοι από την στοματική τους κατάσταση και στα άτομα με επίπεδο σπουδών κάτω από 12 χρόνια.

6.5 - Η φύση του πόνου

Όπως ήδη έχει αναφερθεί σε προηγούμενα σημεία, ο πόνος είναι κύριος αιτιολογικός παράγοντας πρόκλησης της οδοντιατρικής ανησυχίας. Αυτή η βεβαιότητα δημιουργεί την ανάγκη να αναφερθούν ορισμένα στοιχεία για τον πόνο που φαίνεται απαραίτητο να κατέχει ο οδοντίατρος, πέρα από το αμιγές βιολογικό μοντέλο (Litt, 1996).

Σκέψεις και συναισθήματα, έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν την αίσθηση της οδονταλγίας. Η ανησυχία είναι η πλέον σημαντική εξωαισθητηριακή αιτία πρόκλησης του οδοντιατρικού πόνου. Ο ουδός του πόνου ελαττώνεται κατά 28% όταν συνυπάρχει ανησυχία. Το χιούμορ έχει βρεθεί ότι αυξάνει τον ουδό του πόνου. Πονάμε λιγότερο όταν γελάμε (Kent και Croucher, 1998). Η ιδιοσυγκρασία του κάθε ανθρώπου, με τις θετικές και όχι τις ακραίες της εκδηλώσεις, μπορεί να επηρεάσει θετικά και την αντίληψη του πόνου. Εβδομήντα επτά τοις εκατό (77%) των ασθενών αναφέρουν ότι αισθάνονται πόνο στον οδοντίατρο. Οι οδοντίατροι όμως υποστηρίζουν το αντίθετο, λόγω της ευρείας χρήσης αναισθητικών και σύγχρονων τεχνικών, χαρακτηρίζοντας τους ασθενείς αναξιόπιστους.

Η αποτυχία που παρατηρείται αναφορικά με τη μελέτη του πόνου, οφείλεται στο διαχωρισμό ανάμεσα στο σώμα και στην ψυχή. Στο ένα στρατόπεδο βρίσκονται οι Βιολογικές Επιστήμες- Ανατομία, Βιοχημεία, Φυσιολογία - και στο άλλο οι Συμπεριφορικές Επιστήμες - Ψυχολογία, Κοινωνιολογία. Η μεταξύ τους συνεργασία θα μπορούσε να δώσει άριστα αποτελέσματα (Kent και Croucher, 1998, Humphris και Ling, 2000). Εκλαμβάνοντας τον πόνο απλά ως βιολογικό φαινόμενο, πολλές παρατηρήσεις δεν ερμηνεύονται. Με αυτή τη θεώρηση, η έκταση ενός τραύματος θα έπρεπε να καθορίζει και το μέγεθος του πόνου, πράγμα που δε συμβαίνει. Στην Οδοντιατρική για παράδειγμα, έχει αποδειχτεί ότι ανεξαρτήτως μεγέθους, οι βελόνες προκαλούν τον ίδιο πόνο.

Ασθενείς αναφέρουν πόνο στην στοματοπροσωπική περιοχή λ.χ., σε περιοχές παλαιών εξαγωγών, ο οποίος είναι μακροχρόνιος, επίμονος και δύσκολα ανακουφιζόμενος (Marbach, 1996). Αυτός ο αποκαλούμενος πόνος - φάντασμα, μπορεί να είναι, οδοντόπονος – φάντασμα, ενδοστοματικός υπολειπόμενος πόνος σε ανόδοντες ή το σύνδρομο – φάντασμα του δαγκώματος. Αυτό το τελευταίο, αφορά αδυναμία προσαρμογής σε συγκλεισιακές μεταβολές και μπορεί να μεταπέσει σε άτυπο στοματοπροσωπικό πόνο. Εμφανίζεται μετά από εκτεταμένες προσθετικές αποκαταστάσεις. Ο οδοντίατρος για να ανακουφίσει τον ασθενή και να βελτιώσει την κατάσταση, προβαίνει σε συνεχείς αντικαταστάσεις των προσθετικών εργασιών. Αυτό συνεπάγεται ταλαιπωρία του ασθενή και του γιατρού, άσκοπες υψηλές δαπάνες, αλλά και επαγγελματική δυσφήμιση. Ο οδοντίατρος πρέπει να είναι εκπαιδευμένος για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων, κυρίως για την έγκαιρη διάγνωση των ψυχολογικών διαταραχών που συνυπάρχουν.

Θεωρία της Πύλης (Gate theory)

Παρατηρήσεις όπως οι προηγούμενες, ελάχιστα ερμηνεύουν τον πόνο αποκλειστικά από άποψη ανατομίας ή φυσιολογίας. Η πιο επιτυχημένη ερμηνεία είναι ``η θεωρία της πύλης`` (Kent και Croucher, 1998. Humphris και Ling, 2000, Milgrom et al, 1995). Σύμφωνα με αυτή, η εμπειρία του πόνου περιλαμβάνει όχι μόνο τις αισθήσεις που διεγείρονται από ένα τραυματισμό, αλλά επίσης τις συναισθηματικές καθώς και τις αντιδράσεις εκτίμησης σ' αυτές τις αισθήσεις. Σήματα από μια τραυματισμένη περιοχή διατρέχουν το νωτιαίο κέρασ του περιφερειακού νεύρου, το οποίο λειτουργεί σαν πύλη ανάμεσα στις περιφερειακές ίνες και στον εγκέφαλο. Η πύλη είναι ανοικτή μέσω μικρών ινών από την θέση του τραυματισμού και κλειστή από άλλες μεγάλες ανασταλτικές ίνες, από την ίδια θέση. Αυτές οι ίνες δεν είναι τα μόνα σημεία που επηρεάζουν την πύλη. Επηρεάζεται επίσης από την αντίθετη πλευρά, από ίνες του πληροφοριακού στελέχους του εγκεφάλου, το οποίο λειτουργεί για να διεγείρει ή να αναστέλλει τα περιφερειακά κύτταρα του νωτιαίου κέρατος. Αυτό το πληροφοριακό δίκτυο επηρεάζεται και από την φλοιώδη δραστηριότητα, έτσι ώστε προηγούμενες εμπειρίες, ανησυχία, προσήλωση και υφιστάμενη κατάσταση, επηρεάζουν το άνοιγμα ή το κλείσιμο της πύλης. Με αυτό το μοντέλο ερμηνεύεται γιατί ένας ασθενής, που έχει βιώσει επώδυνες οδοντιατρικές επεμβάσεις ή περιμένει περισσότερο πόνο, δυνητικά βιώνει περισσότερη ανησυχία.

Οξύς και χρόνιος πόνος

Ο πόνος διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο. Οξύς χαρακτηρίζεται ο πόνος που έχει εμφανιστεί πρόσφατα, ενώ χρόνιος αυτός που επιμένει πάνω από 6 μήνες. Ανάμεσά τους υπάρχουν διαφορετικά ψυχολογικά

ευρήματα. Στον οξύ πόνο υπάρχει διέγερση του Α.Ν.Σ (Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα), όπως αύξηση παλμών, πίεση αίματος, τάση μυών και δημιουργία της αντίδρασης πολεμάς ή φεύγεις (fight or flight response) (Kent και Croucher, 1998, Boorin, 1995).

Στο χρόνιο πόνο έχουν καταλαγιάσει οι αυτόνομες νευρικές αντιδράσεις, όμως υπάρχει κίνδυνος κατάθλιψης και διαρκούς προσκόλλησης του ασθενή στο θέμα, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του πόνου. Από την άλλη μεριά, οι συγγενείς αναπτύσσουν υπερπροστατευτική συμπεριφορά, η οποία αυξάνει τα παράπονα του ασθενή.

Στην Οδοντιατρική για παράδειγμα, αντιμετωπίζεται το χρόνιο σύνδρομο του στόματος που ``καίει`` - B.M.S.-Burning Mouth Syndrom - το οποίο προσβάλλει συνήθως το 1-2% ενός πληθυσμού και δεν ανταποκρίνεται σε φάρμακα (Kent και Croucher, 1998, Humphris, 2000). Αναφέρεται ότι άτομα με B.M.S βοηθήθηκαν με ψυχολογική υποστήριξη. Το ιστορικό απέδειξε ότι το σύνδρομο εμφανίστηκε για πρώτη φορά μαζί με κάποιο δυσάρεστο γεγονός, όπως θάνατος, διαζύγιο, οικονομικές δυσκολίες κ.α. Οι βιολογικές εξετάσεις ήταν όλες φυσιολογικές. Οι ερευνητές συνέστησαν την τήρηση ημερολογίου και διαγραμματοποίηση του πόνου. Εφαρμόστηκαν τεχνικές βελτίωσης του στρες και αλλαγής συμπεριφοράς στην αρνητική σκέψη. Οι ασθενείς μετά από αυτό εμφάνισαν γρήγορη και σημαντική βελτίωση της αίσθησης του καύσου και το σπουδαιότερο, με διάρκεια. Οι καταστροφικές σκέψεις επίσης αυξάνουν την αίσθηση του πόνου (Sullivan, 1997).

Οι δυσκολία μέτρησης του πόνου υποδηλώνει την πολυπλοκότητα του φαινομένου. Δυσκολίες παρουσιάζονται επίσης αναφορικά με τον έλεγχο του πόνου. Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι η μικρή συνάφεια ανάμεσα στις συμπεριφορικές, σωματικές και

προσωπικές αναφορές. Όπως και με την μέτρηση της ανησυχίας, το ίδιο και στο πόνο πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη και οι τρεις παράμετροι, εάν θέλουμε να εφαρμόσουμε τεχνική αντιμετώπισης και ελάττωσης. Σύμφωνα με την Gate theory, οι τρεις διαστάσεις του πόνου είναι:

- αίσθηση-διευκρίνιση
- ενσυναίσθηση- κινητοποίηση
- γνωστικό μέρος-εκτίμηση

Κάποιες μέθοδοι, όπως η ύπνωση και η χαλάρωση, μπορούν να εφαρμοσθούν από κοινού σε ανησυχία-πόνο για την ανακούφισή τους.

Όπως προαναφέρθηκε, οι τρεις διαστάσεις της φύσης του πόνου λαμβάνονται υπόψη για την ορθή αντιμετώπιση και την ανακούφισή του. Χειρουργικές και Φαρμακολογικές μέθοδοι απομονώνουν μια περιοχή ώστε να μην μεταδίδει τον πόνο (αίσθηση). Η Νοβοκαΐνη π.χ. δρα μπλοκάροντας τις νευρικές συνδέσεις, ενώ η Μορφίνη είναι αποτελεσματική λόγω της ομοιότητάς της με τις εγκεφαλίνες-ενδορφίνες, ενδογενείς εκκρίσεις προσομοιάζουσες με ναρκωτικά (Ayer et al, 1983). Η δράση του placebo, του ψευδοφάρμακου, ακόμα και στην ανακούφιση του πόνου στον καρκίνο, έχει τεκμηριωθεί σε πολλές μελέτες ότι δρα σαν υποκατάστατο της μορφίνης κατά 50%. Έχει την ικανότητα δηλαδή, λόγω της θετικής ψυχολογικής επίδρασης που εξασκεί στον ασθενή, να μειώσει την αίσθηση του πόνου στο μισό. Μια εξήγηση είναι η θεωρία της πύλης, που είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ανησυχία. Το γεγονός ότι ο οδοντίατρος που τον εμπιστεύεται ο ασθενής, βεβαιώνει πως το συγκεκριμένο φάρμακο θα ανακουφίσει τον μετεξακτικό πόνο, είναι αρκετό για να ηρεμήσει ο ασθενής και να κλείσει η ``πύλη`` (ενσυναίσθηση). Ωστόσο παραμένει άγνωστο με ποιο τρόπο η σύσταση του οδοντίατρου μεταφράζεται σε έκκριση ευεργετικών ενδορφινών. Η ενημέρωση του ασθενή και η υπόδειξη της υιοθέτησης θετικής σκέψης, βοηθά στην αντιμετώπιση και την ελάττωση του πόνου

(γνωστική διαδικασία). Στους ενημερωμένους ασθενείς παρατηρείται 25% πόνος, ενώ στους μη ενημερωμένους το ποσοστό ανεβαίνει στο 50% (Ayer et al, 1983).

6.6 Αντιμετώπιση του οδοντιατρικού άγχους

Εκτός από τις κοινωνικές επιπτώσεις που βελτιώνονται με την αντιμετώπιση της οδοντιατρικής ανησυχίας, η απάλειψη των οργανικών μεταβολών όπως ο υπεραερισμός και η αίσθηση πνιγμού για παράδειγμα που αισθάνονται οι φοβισμένοι ασθενείς, αποτελεί μία εξαιρετική προσφορά προς τη γενική υγεία αυτών των ανθρώπων (Boorin, 1995, Barsby et al, 1997).

Ο αποτελεσματικότερος τρόπος αντιμετώπισης της ανησυχίας βέβαια είναι η πρόληψη. Αυτός είναι ένας επιπλέον λόγος που αυξάνει τη σημαντικότητα στο θέμα της φθορίωσης του πόσιμου νερού, της Αγωγής Στοματικής Υγείας και της ενημέρωσης και εξασφάλισης συνεργασίας εκ μέρους της οικογένειας στη στοματική υγιεινή των παιδιών. Μη έχοντας τραυματικές εμπειρίες για την οδοντιατρική πράξη στην παιδική ηλικία, όπως αποδεικνύει η έρευνα, δημιουργούμε πιο συνεργάσιμους ενήλικες. *Η εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον γιατρό του είναι ανώτερη και από την προσφερόμενη θεραπεία.* Η ενημέρωση των ασθενών με ειδικά φυλλάδια έχει βρεθεί ότι δεν επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα όταν δεν εμπλέκεται επικοινωνιακά ο ίδιος ο οδοντίατρος με τον ασθενή του (Griffiths et al, 1998).

Ο τρόπος που ανταπεξέρχεται και αντιμετωπίζει ο κάθε άνθρωπος τους φόβους του εξατομικεύεται, αλλά υπάρχουν τεχνικές που μπορούν να εφαρμοστούν σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων.

Γενικές μέθοδοι

Η αντιμετώπιση της οδοντιατρικής ανησυχίας αρχικά γίνεται με κάποιες γενικές μεθόδους που μπορούν να εφαρμοσθούν σε όλους τους ασθενείς. Για να εξοικειώνονται και να αποδέχονται το ρυθμό της οδοντιατρικής επέμβασης οι ασθενείς, δοκιμάζονται σταδιακά οι τεχνικές, ενώ παράλληλα αποφεύγονται οι επικρίσεις, διότι ήδη αισθάνονται άσχημα για τους φόβους τους. Επίσης, βοηθά ιδιαίτερα η παρατήρηση άλλων ανθρώπων που λειτουργούν σαν πρότυπα και η επιβεβαίωση ότι δεν θα υπάρχει πόνος. Παιδιά ή μέλη της οικογένειας που δεν φοβούνται, συμβάλλουν στην δημιουργία άνεσης προς αυτούς που αισθάνονται ανησυχία. Η αύξηση του έλεγχου εκ μέρους του ασθενή, με υιοθέτηση σινιάλων σταματήματος (ανύψωση του χεριού, κουμπιά συνδεδεμένα με κόκκινο, κίτρινο και πράσινο λαμπτήρα), είναι μία ακόμα γενική μέθοδος που μπορεί να δημιουργήσει αίσθηση άνεσης.

Η χρησιμοποίηση ενημερωτικών ταινιών και έντυπων βοηθά επίσης στη χαλάρωση του ασθενή (Jackson και Lindsay, 1995). Η πληροφόρηση με την μέθοδο λέω-δείχνω- κάνω (tell-show-do) για τη βελτίωση της αβεβαιότητας, πρέπει να φτάνει μέχρι το στάδιο της χρησιμοποίησης των εργαλείων (Peretz et al, 1996). Η έκταση της πληροφόρησης, όπως έχει προαναφερθεί, εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενή.

Αναφέρονται επίσης ειδικές μέθοδοι αντιμετώπισης, που αποτελούνται από γνωστικές και συμπεριφορικές μεθόδους.

Γνωστικές προσεγγίσεις

Οι γνωστικές προσεγγίσεις διακρίνονται στην διάσπαση της προσοχής και στην υιοθέτηση θετικών απόψεων. Η διάσπαση της προσοχής μπορεί να γίνει για παράδειγμα, με βίντεοταινίες και ταιριάζει

περισσότερο στους άνδρες. Η χαλάρωση ταιριάζει στις γυναίκες. Στα παιδιά αποδίδουν τα κινούμενα σχέδια-cartoons. Η γνωστική κινητοποίηση παραπέμπει στην υιοθέτηση θετικών σκέψεων και αποβολή του αρνητισμού (Kent και Croucher, 1998). Η διάσπαση της προσοχής, εκτός από τη χρήση βιντεοταινιών, μπορεί να γίνει και με την λεγόμενη αναισθησία ακοής. Καλύπτουμε τον ήχο του τροχού με ``λευκό`` ήχο ή μουσική. Είναι αποτελεσματικό κατά 63% και η μέθοδος αποτυγχάνει στο 12% των περιπτώσεων. Πρέπει να τονισθεί στους ασθενείς ότι η μέθοδος θα τους βοηθήσει στην ανακούφιση του πόνου. Άλλη μέθοδος διάσπασης είναι να συνιστάς στους ασθενείς να φαντάζονται ευχάριστα πράγματα ή ακόμα να κάνουν και κάποιες αριθμητικές πράξεις με το μυαλό τους, που αποδεικνύεται και το λιγότερο αποτελεσματικό. Βοηθά πολύ στο χώρο του ιατρείου να είναι αναρτημένοι πίνακες με χαλαρωτικά θέματα ή να ακούγεται ευχάριστη μουσική. Η κατεύθυνση της σκέψης του ασθενή προς τα θετικά σημεία της επικείμενης επέμβασης, όπως η βελτίωση της υγείας και της εμφάνισης, υποβοηθά στην αντιμετώπιση του πόνου, αλλά και στην μετεγχειρητική πορεία.

Ηρεμία- χαλάρωση

Με δεδομένο ότι η ανησυχία αυξάνει τους παλμούς, την εφίδρωση και δημιουργεί μυϊκή τάση, εάν αυτά βελτιωθούν, αυτόματα βελτιώνεται και η ανησυχία. Ένα από τα αρχικά στάδια χαλάρωσης είναι ο έλεγχος της αναπνοής (Naini et al, 1999). Κράτημα της αναπνοής, μέτρηση μέχρι το 5 και αργή εκπνοή, βοηθά στη χαλάρωση των μυών. Ο ασθενής ξαπλώνει σε ένα δωμάτιο μόνος του, με τα μάτια κλειστά, σε ανακλεινόμενη καρέκλα. Μία μαγνητοταινία του εξηγεί πως θα χαλαρώσει τους μυς του (Kent και Croucher, 1998). Αυτό παίρνει χρόνο

περίπου ένα τέταρτο. Όλη η διαδικασία διαρκεί 15-25 λεπτά συν 10 επιπλέον λεπτά που συνιστούμε στον ασθενή να παραμείνει στην καρέκλα (Smyth, 1997).

Η Βιοανάδραση είναι μία άλλη μέθοδος, αλλά απαιτεί ειδικό εξοπλισμό χωρίς καλλίτερα αποτελέσματα συγκριτικά με τις εναλλακτικές μεθόδους χαλάρωσης. Μετά από κάποιες συνεδρίες ο ασθενής επιτυγχάνει γρήγορα τη χαλάρωση χωρίς να χρειάζεται την παρουσία του θεραπευτή. Η χαλάρωση πριν από την οδοντιατρική πράξη βελτιώνει κατακόρυφα την ανησυχία του ασθενή. Στη βιοανάδραση ο ασθενής εκπαιδεύεται να ελέγχει τις φυσιολογικές του λειτουργίες. Τοποθετείται στο αυτί ή στο δάκτυλο του συσκευής, που μετρά τους καρδιακούς παλμούς. Από μόνος του ο ασθενής βελτιώνει τον αριθμό των παλμών (Naini et al, 1999).

Συστηματική απευαισθητοποίηση

Είναι δεδομένο το γεγονός ότι, δοκιμάζοντας ο ασθενής διάφορες συνθήκες στο οδοντιατρείο, πείθεται τελικά ότι δεν είναι τόσο τρομερά τα πράγματα. Αυτό όμως μπορεί να πάρει πολύ χρόνο, πέραν του ότι ορισμένοι δεν περνούν ποτέ το κατώφλι του οδοντιατρείου. Στην υψηλή ανησυχία έχει βρεθεί ότι αποδίδει η συστηματική απευαισθητοποίηση (Σταλίκας, Μπούτρη, 2004). Για την καλλίτερη κατανόηση της μεθόδου αναφέρεται η περίπτωση άνδρα 32 ετών με εξαιρετικό φόβο για την οδοντιατρική πράξη. Στις δύο πρώτες συνεδρίες του έγινε αγωγή χαλάρωσης, λήψη ιστορικού και ιεραρχική καταγραφή των οδοντιατρικών φόβων, από τον απλούστερο στον σοβαρότερο, π.χ. σκέψη μετάβασης στο οδοντιατρείο έως...αμφίπλευρη αναισθησία. Στην τρίτη συνεδρία του ζητήθηκε να ιεραρχήσει τους φόβους του για τις εξαγωγές. Οι επόμενες 6 συνεδρίες αφιερώθηκαν στη συστηματική

απευαισθητοποίηση ως εξής. Του ζητήθηκε να οραματιστεί τη λιγότερο στρεσογόνο κατάσταση βάσει της ιεράρχησης. Μόλις άρχιζαν τα συμπτώματα ανησυχίας, έκανε αγωγή χαλάρωσης, συνδέοντας την άσχημη κατάσταση με ηρεμία. Όταν το ξεπερνούσε, πήγαινε σιγά-σιγά στα επόμενα στάδια, μέχρι που έφτασε με εναλλαγή ενόρασης-χαλάρωσης μέσα στις 9 συνεδρίες, στο τελευταίο και πιο αγχωτικό στάδιο χωρίς να νοιώθει ανησυχία. Μετά από αυτό έφτιαξε τα δόντια του και ομολόγησε ότι αισθανόταν άνετα (Kent και Croucher, 1998).

Ύπνωση

Η ύπνωση είναι ένα στάδιο συνειδητότητας, κατά το οποίο αποκόπτεται η προσοχή από το άμεσο περιβάλλον και απορροφάται ο άνθρωπος από εσωτέρες εμπειρίες, όπως είναι τα συναισθήματα, οι γνωστικές διαδικασίες και η φαντασία. Είναι ένα υπερβατικό στάδιο, πιθανόν, στο οποίο περιέρχονται κάποιοι άνθρωποι, που διαθέτουν την ικανότητα της αυτο-ύπνωσης. Χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι αφενός μεν χαλαρώνει, αφετέρου μπορεί να αυξήσει την κριτική ικανότητα του ατόμου

Η ύπνωση μπορεί ακόμα να προκληθεί από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα, σε ανθρώπους που συναινούν να δοκιμάσουν αυτή την τεχνική για θεραπευτικούς σκοπούς. Η μέθοδος θεωρείται ακίνδυνη. Ασθενείς και θεράποντες βελτιώνονται με την πράξη, όμως οι καλά τεκμηριωμένες εργασίες στο θέμα είναι λίγες (Patel et al, 2000).

Υπάρχουν πολλές αναφορές περιπτώσεων που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η ύπνωση βοηθά τους ασθενείς να χαλαρώσουν και να πεισθούν ότι θα τα βγάλουν πέρα με την οδοντιατρική επέμβαση. Η ανησυχία, όπως και πολλές άλλες φοβίες, οφείλεται σε κρυμμένους-ασυνείδητους φόβους. Εάν αυτοί οι φόβοι περάσουν στο συνειδητό του ασθενή με τη βοήθεια της ύπνωσης, μπορεί και να θεραπευτούν.

Το βασικό σημείο είναι η εμπιστοσύνη του ασθενή προς το θεραπευτή, για να προκληθεί η κινητοποίησή του. Με αυτόν τον τρόπο το στρες μπορεί να καταπολεμηθεί στη ρίζα του. Η μέθοδος όμως (Μεσμερισμός), που ήταν στο αποκορύφωμά της τον 19^ο αιώνα, αντιμετωπίζεται από τον κόσμο με δυσπιστία, διότι στο χώρο εμφανίζονται πολλοί απατεώνες που υποκρίνονται τους υπνωτιστές με τη βοήθεια ατόμων που υποκρίνονται τους υπνωτισμένους (o.p.).

Ανησυχία που επιμένει

Η αντιμετώπιση της οδοντιατρικής ανησυχίας που επιμένει γίνεται με φάρμακα ή με ψυχοθεραπεία. Η σχετική αναλγησία με N₂O (Πρωτοξείδιο του Αζώτου ή ιλαρυντικό αέριο) για παράδειγμα, μπορεί να δράσει και ως βελτιωτικό της συμπεριφοράς, αφού βοηθά στην εξοικείωση του ασθενή για τα πρώτα κρίσιμα ραντεβού. Ο χειρισμός της συσκευής N₂O από τον ασθενή, απαιτεί 29,8% λιγότερο φάρμακο για την επιθυμητή χαλάρωση, συγκριτικά με το χειρισμό από τον κλινικό γιατρό. Ο ασθενής εκφράζει μεγαλύτερη ικανοποίηση, όταν έχει τον έλεγχο της συσκευής (Girdler et al, 2000). Η γενική αναισθησία εφαρμόζεται όπου υπάρχει σοβαρή ανησυχία, αλλά οι οδοντίατροι την αποφεύγουν διότι εμπεριέχει κινδύνους και δεν επιτρέπει στους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους μακροχρόνια. Εάν καμία μέθοδος δεν αποδώσει, ο ασθενής παραπέμπεται σε κλινικό ψυχολόγο.

B ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Μεθοδολογικές σημειώσεις και πειραματικός σχεδιασμός

Το ερωτηματολόγιο γνώμης ΕΡΟΣ

Μεθοδολογικές σημειώσεις και πειραματικός σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε από τον Ιανουάριο του 2002 έως τον Αύγουστο του 2003, στην Αθήνα, στην Κεφαλονιά και στην Κρήτη. Συμμετείχαν 2010 υποκείμενα, από τα οποία αποκλείστηκαν 263, είτε διότι δεν απάντησαν σε όλα τα ερωτήματα, είτε διότι έδιναν αυτοσχέδιες απαντήσεις. Παρέμειναν 1747 υποκείμενα, κατανεμημένα στα διάφορα στάδια της έρευνας ως εξής: Στο πρώτο μέρος, που περιλαμβάνει τη στάθμιση του ερωτηματολόγιου οδοντιατρικού άγχους ΜΙΔΑΣ, πήραν μέρος 170 άτομα. Πρόκειται για 30 ασθενείς από ιδιωτικό οδοντιατρείο των Αθηνών, 30 οδοντιατρικά φοβικούς από την Οδοντιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στο Ηράκλειο της Κρήτης, θεραπευμένους με γενική αναισθησία και 110 άτομα προσερχόμενα στη διαγνωστική κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στη συνέχεια, συμμετείχαν 409 φοιτητές από ιδιωτικά κολέγια της Αθήνας (NY College, LaVerne), 832 φοιτητές από τη Φιλοσοφική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, 125 φοιτητές του τμήματος Βιολογικής Γεωργίας των ΤΕΙ Κεφαλονιάς, 359 μαθητές από λύκεια της Αθήνας και 135 καθηγητές Μέσης Εκπαίδευσης.

Η παρουσίαση μιας ερευνητικής διαδικασίας ακολουθεί συγκεκριμένη διαδρομή. Η σκέψη όμως και η παρατήρηση που πυροδοτούν την υλοποίηση της, έχουν προηγηθεί και είναι ακριβώς ανάστροφα. Πρώτα ενεργοποιείται το ενδιαφέρον του ερευνητή για ένα ιδιαίτερο και ξεχωριστό κοινωνικό φαινόμενο. Στη συνέχεια επιθυμεί να διερευνήσει κάποιο ελάχιστο δομικό του μόριο, που δεν έχει ερευνηθεί από άλλους, μέσα από τη δική του οπτική θεώρηση και την ερμηνεία της παρατήρησής του. Είναι το σημείο όπου αρχίζει ο προβληματισμός, για το πώς θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση της υπόθεσης. Εάν αποφασίσει

κανείς να ακολουθήσει την πειραματική μεθοδολογία, πρέπει να διατυπώσει την υπόθεση του, η οποία συνδέει τη γενεσιουργό αιτία με το αποτέλεσμα, την ανεξάρτητη με την εξαρτημένη μεταβλητή, αντίστοιχα. Με το πείραμα μπορεί να γίνει ο έλεγχος της υπόθεσης, αναπαράγοντας κοινωνικές αλληλεπιδράσεις σε μικροεπίπεδο. Αυτή είναι η οργανωτική αρχή του πειράματος στην κοινωνική ψυχολογία (Μαντόγλου και Προδρομίτης, 2003). Σε γενικές γραμμές, μπορούμε να διατυπώσουμε ότι το θέμα είναι τρισδιάστατο. Απαιτεί την επιλογή της κατάλληλης θεωρίας, τη χρήση των ενδεδειγμένων μεθοδολογικών "εργαλείων" και τη διενέργεια των ανάλογων πειραματικών χειρισμών.

Η ερευνητική "ανησυχία" της παρούσας έρευνας, όπως έχει προαναφερθεί, αφορά τους οδοντιατρικά φοβικούς, αλλά και τους μη φοβικούς, ως προς την αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που αναφέρεται εκτενώς στο κεφάλαιο πέντε, οι φοβικοί αποφεύγουν, όσο μπορούν, την οδοντιατρική θεραπεία. Οι μη φοβικοί, πολλές φορές, δεν ακολουθούν την προληπτική αγωγή που προτείνεται από τους οδοντίατρους. Χρειάζεται επομένως να προσδιοριστούν νέα στοιχεία, που η εφαρμογή τους θα βοηθήσει και τις δύο πληθυσμιακές ομάδες να αλλάξουν συμπεριφορά και να βελτιώσουν τη στοματική τους υγεία. Επιπλέον, στο διομαδικό επίπεδο, η μεταξύ τους αλληλόδραση, η επιρροή που μπορούν να ασκήσουν οι μεν στους δε και που κατατίθεται ως μελλοντική ερευνητική σκέψη, πιθανόν να είναι σε θέση να βελτιώσει και τις δύο ομάδες, προς ένα κοινό και ισορροπημένο σημείο σύγκλισης, ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην έρευνα, είναι κυρίως **πειραματική**. Αυτό αφορά τον κεντρικό πυρήνα της διατριβής, ο οποίος απαρτίζεται από πέντε πειράματα.. Τα ερωτηματολόγια, έρχονται να πλαισιώσουν και να συνεπικουρήσουν τον κεντρικό ερευνητικό στόχο, ως

επιβεβλημένη αναγκαιότητα. Τα πειράματα ακολούθησαν το σχεδιασμό προτεστ – πειραματική φάση – μετατεστ. Στο προτεστ, τα υποκείμενά μας εκφράζουν τη γνώμη τους ή γενικά τοποθετούνται σε ότι έχουμε ορίσει ως εξαρτημένη μεταβλητή, ως έκβαση. Στην πειραματική φάση χειριζόμαστε τις ανεξάρτητες μεταβλητές, δηλαδή την αιτιότητα. Τέλος, στο μετατεστ επανατοποθετούνται τα υποκείμενα ως προς την εξαρτημένη μεταβλητή. Οι διαφορές των μέσων τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής, από το προ στο μετατεστ, υποδηλώνουν την αλλαγή της γνώμης των ατόμων που συμμετέχουν στο πείραμα. Είναι οι *δείκτες της κοινωνικής επιρροής*. Το πείραμα αποτελεί την κατ' εξοχήν μεθοδολογική επιλογή που, δυνάμει, μπορεί να ενεργοποιήσει το ιδιαίτερο κοινωνιοψυχολογικό βλέμμα. Παρέχει τη δυνατότητα της αιτιολογικής διάρθρωσης και της αποκάλυψης των οργανωτικών αρχών ενός κοινωνικού φαινομένου, καθώς και των ευάλωτων διόδων του, που υπαναχωρούν και μεταβάλλονται από την κοινωνική επιρροή.

Η πορεία της παρουσίασης της μεθοδολογίας, ακολουθεί τη λογική, περιφέρεια – πυρήνας. Προέκυψε βάσει των "εργαλείων" και του τρόπου που χρησιμοποιήθηκαν, αλλά και από τη συλλογιστική που τα ενεργοποίησε. Οι έξι επί μέρους ενότητες του παρόντος κεφαλαίου, που δημιουργήθηκαν με αυτό το σκεπτικό, είναι: **α)** Το ερωτηματολόγιο στάθμισης του οδοντιατρικού άγχους, ΜΙΔΑΣ, **β)** το ερωτηματολόγιο μειονοκεντρισμού - πλειονοκεντρισμού, που χρησιμοποιείται στο προτελευταίο κεφάλαιο της διατριβής, **γ)** το ερωτηματολόγιο γνώμης των σχέσεων οδοντίατρου – ασθενή, ΕΡΟΣ, **δ)** Η σύγκρουση και τα κείμενα του πειραματικού χειρισμού, **ε)** Το ερωτηματολόγιο της εικόνας της πηγής και **στ)** Το ερωτηματολόγιο περιοδοντίτιδας ΕρΠε. Οι τρεις τελευταίες ενότητες, αποτελούν τον κινητήριο μηχανισμό της πυρηνικής

δομής της έρευνας, δηλαδή, των πέντε κεντρικών πειραμάτων. Όλα τα μεθοδολογικά βοηθήματα περιλαμβάνονται στο παράρτημα.

7.1 Το ερωτηματολόγιο στάθμισης του οδοντιατρικού άγχους, ΜΙΔΑΣ.

Αρχίζοντας από την περιφέρεια, βασικό προαπαιτούμενο σε όλη την έρευνα, ήταν η ύπαρξη ενός ερωτηματολογίου, ικανού να διαχωρίσει τους πειραματικούς μας πληθυσμούς, σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς. Η διανοητική πορεία σύλληψης της έρευνας, περνά αρχικά, μέσα από την Κλινική Ψυχολογία. Αυτό ήταν αναμενόμενο, διότι το σύνολο, σχεδόν, της έρευνας για το οδοντιατρικό άγχος, προέρχεται από αυτόν το χώρο. Ο σταθμός στην κλινική ψυχολογία, οδήγησε στην αναζήτηση μιας σύγχρονης κλίμακας μέτρησης του οδοντιατρικού άγχους, την οποία σταθμίσαμε. Πρόκειται για το MDAS (Modified Dental Anxiety Scale), ενός παγκόσμια αναγνωρισμένου και ευρύτατα χρησιμοποιούμενου ερωτηματολογίου μέτρησης του οδοντιατρικού άγχους, που στα ελληνικά το ονομάσαμε ΜΙΔΑΣ, (Humphris et al, 1995). Η μετάφραση και η στάθμιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητάς του για την ελληνική γλώσσα, παρουσιάζεται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο (8), λόγω της έκτασης που καταλαμβάνει η αξιολόγησή του για τα ελληνικά δεδομένα.

Το ΜΙΔΑΣ δίνεται στα υποκείμενα μας σε όλα τα στάδια της έρευνας, προκειμένου να διαχωριστούν οι οδοντιατρικά φοβικοί από τους μη φοβικούς. Η δημιουργία των πειραματικών συνθηκών, οδήγησε στη χρησιμοποίηση πολλών πειραματικών πληθυσμών. Οι ομάδες που συμμετείχαν ήταν πολύ μεγάλες, ώστε με τη βοήθεια του ΜΙΔΑΣ, να αντλήσουμε τους οδοντιατρικά φοβικούς, που το ποσοστό τους είναι

μεγαλύτερο από το 10% του ενήλικου πληθυσμού. Στα παιδιά και τους εφήβους είναι ακόμα πιο αυξημένο. Προκειμένου να μελετηθούν οι οδοντιατρικά μη φοβικοί, έγινε τυχαία επιλογή στα δείγματα, ώστε ο αριθμός τους να περιοριστεί και να είναι συγκρίσιμος με τον αριθμό των φοβικών.

Εκτός από την ανωτέρω χρήση, στο τρίτο πείραμα, η μέση τιμή του φόβου που προκύπτει από το ΜΙΔΑΣ, παίζει έναν επιπλέον ξεχωριστό ρόλο. Από το ρόλο της διαχωριστικής και, κατά μία έννοια, ανεξάρτητης μεταβλητής, μεταπηδά σε αυτόν της εξαρτημένης. Οι πειραματικοί χειρισμοί της κοινωνικής επιρροής της ταυτότητας της πηγής και της ψυχολογιοποίησης, καλούνται σ' αυτό το πείραμα, να αποδείξουν την υπαιτιότητά τους στη θεωρητική αυξομείωση του οδοντιατρικού φόβου. Έχουμε, έτσι, τη δυνατότητα να διατυπώσουμε την υπόθεση και να θέσουμε την υπόνοια του κοινωνιοψυχολογικού μεριδίου ευθύνης, στη δημιουργία του οδοντιατρικού άγχους, από τη μια μεριά, αλλά και τη συμβολή του σε ένα νέο και, πιθανόν, αποτελεσματικότερο θεραπευτικό σχήμα, από την άλλη.

Η θεωρία της εξαρτημένης μάθησης, αναφορικά με τον οδοντιατρικό φόβο, πιθανόν, να μπορεί να τεθεί σε έναν ευρύτερο κύκλο από αυτόν της ενδοατομικής και διατομικής ερμηνείας. Με τις θεωρίες που χρησιμοποιούνται στην έρευνα και βάσει των αποτελεσμάτων που προέκυψαν, ίσως δημιουργηθούν νέα και αποτελεσματικότερα θεραπευτικά σχήματα, στην πράξη. Ο σκεπτικισμός τίθεται λόγω του πρωτογενούς και μέχρι στιγμής μονογενούς του ευρήματος.

7.2 Το ερωτηματολόγιο Μειονοκεντρισμού - Πλειονοκεντρισμού

Μετά τη διενέργεια των τριών πρώτων πειραμάτων και πάντα αναφερόμενοι στον περιρρέοντα χώρο της περιφέρειάς τους, δίνουμε στα υποκείμενά μας το ερωτηματολόγιο μειονοκεντρισμού – πλειονοκεντρισμού (Παπαστάμου, Προδρομίτης, 2003). Αυτό το ερωτηματολόγιο διερευνά τις γενικές ιδεολογικοπολιτικές τοποθετήσεις των υποκειμένων μας, ως προς τις μειονοτικές-καινοτόμες ιδέες, αφενός, και, αφετέρου, ως προς τις παγιωμένες και κατεστημένες αξίες, που εκφέρονται από την εξουσία. Η διασύνδεση του οδοντιατρικού άγχους με το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, έγινε μέσω κάποιων προβληματισμών, υπό μορφή διαλόγου, που θέσαμε στα υποκείμενα μας περί στοματικής υγείας, αλλά και περί πολιτικής της υγείας γενικότερα. Ο χειρισμός αυτός εξάλειψε την καχυποψία των υποκειμένων και εξασφάλισε τη λογική αλληλουχία μεταξύ δύο άσχετων μεταξύ τους, με την πρώτη ματιά, ερωτηματολογίων.

Ως ένα σημείο, η πολιτική της υγείας αποτελεί έναν από τους αιτιολογικούς παράγοντες πρόκλησης του οδοντιατρικού άγχους, εφόσον εμπλέκεται η βιοηθική, η εκπαίδευση και η δια βίου επιμόρφωση των οδοντιάτρων σε θέματα επικοινωνίας, χειρισμού του άγχους των ασθενών κ.α. Η διασύνδεση ήταν αληθοφανής και το θέμα απόλυτα υπαρκτό μέσα στην καθημερινότητα των ανθρώπων. Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίστηκε ο πειραματικός και ο εγκόσμιος ρεαλισμός, που απαιτούν οι πειραματικοί χειρισμοί. Χειρισμοί που πρέπει να προκαλούν το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων και να εμπεριέχονται στην κοινωνική πραγματικότητα. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δόθηκε στα υποκείμενά μας, προκειμένου να διαπιστώσουμε, κατά πόσον, οι κατά δήλωση θέσεις τους συμφωνούν με τα προηγηθέντα πειραματικά μας ευρήματα. Διερευνάται η συνεκτικότητα ή η λανθάνουσα αντίφαση, μεταξύ του λέγειν και της

ισχυρής προδιάθεσης του πράττειν, των υποκειμένων μας. Αποτελεί, επιπρόσθετα, διπλή επιβεβαίωση για την ορθά και a priori διατυπωμένη υπόθεση, η οποία δεν προέκυψε a posteriori, από την ερευνητική διαδικασία. Απομένει να δούμε τη μεθόδευση και τους τρόπους διενέργειας των πειραμάτων.

7.3 Το Ερωτηματολόγιο Οδοντιατρικών Σχέσεων - ΕΡΟΣ.

Η παρούσα εργασία είναι μία πειραματική έρευνα πεδίου και όχι εργαστηρίου, διότι τα υποκείμενά μας παραμένουν στο φυσικό τους χώρο, κατά τη διεξαγωγή των πειραμάτων. Σύμφωνα με τον Moscovici (1984), κάθε πείραμα πρέπει να είναι μια καλοστημένη παράσταση. Απαιτεί τους ηθοποιούς, που είναι τα πειραματικά μας υποκείμενα. Απαιτεί ένα σκηνοθέτη, το ρόλο του οποίου κατέχει ο πειραματιστής. Τέλος δε, είναι απαραίτητο ένα καλό σενάριο που θα εδράζεται στη θεωρία και θα ενεργοποιεί τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των υποκειμένων μας, βοηθώντας να διερευνήσουμε το θέμα που μας ενδιαφέρει. Στο πρώτο από τα τρία πειράματα, ανεξάρτητες μεταβλητές είναι η μειονοτική ή πλειονοτική ταυτότητα της πηγής επιρροής και η ψυχολογιοποίησή της ή μη. Στο δεύτερο πείραμα μελετάται η λειτουργική δομή της μειονοτικής πηγής επιρροής ως δημοκρατική ομάδα με ισότιμα μέλη ή ως έχουσα ηγετική παρουσία μεταξύ των μελών της, εκ νέου ψυχολογιοποιημένη ή μη. Και στα δύο πειράματα, εξαρτημένη μεταβλητή, είναι η μέση αλλαγή της γνώμης των υποκειμένων, που προκύπτει από τις μεταβολές του δείκτη της κοινωνικής επιρροής, όπως θα εξηγήσουμε παρακάτω. Η φιλοσοφία του τρίτου πειράματος μετατρέπει τη μέση τιμή του οδοντιατρικού άγχους σε εξαρτημένη μεταβλητή, ενώ οι ανεξάρτητες μεταβλητές παραμένουν

ίδιες με αυτές του πρώτου πειράματος. Με άλλα λόγια, μελετούμε την πειραματική αυξομείωση του οδοντιατρικού φόβου, σε συνθήκες κοινωνικής επιρροής που προέρχονται από ψυχολογιοποιημένη ή μη μειονότητα ή πλειονότητα, αντίστοιχα. Στην επί μέρους παρουσίαση των πειραμάτων, γίνονται λεπτομερέστερες αναφορές.

Όπως στα πειράματα των βιολογικών επιστημών ελέγχονται οι διάφορες επιδράσεις στις μεταβολές των ιστών, το ίδιο και στις κοινωνικές επιστήμες και ιδιαίτερα στην ψυχολογία, ελέγχεται η σχέση μεταξύ των γεγονότων (Μαντόγλου, Προδρομίτης, 2003). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί πώς μπορούμε να επιτύχουμε την αλλαγή συμπεριφοράς των υποκειμένων μας, φοβικών και μη φοβικών, ως προς την αντιμετώπιση της στοματικής τους υγείας, με απώτερο στόχο τη ζήτηση οδοντιατρικής θεραπείας. Επειδή η κοινωνική ψυχολογία δε ρωτά ευθέως (Παπαστάμου, 1989^a), αλλά εκμαιεύει την υποβόσκουσα πραγματικότητα, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να προσδιοριστεί ένα στοιχείο στο οποίο είναι ευαισθητοποιημένοι οι πληθυσμοί μας, για να διαπιστώσουμε, στη συνέχεια, την αλλαγή που υφίσταται από τον πειραματικό χειρισμό. Ένα τέτοιο στοιχείο, το οποίο αιτείται από όλους, αποτελούν οι σωστές σχέσεις οδοντίατρου-ασθενή (Lahti et al, 1995, 1996, Kulich et al, 1998). Όλοι οι οδοντιατρικοί ασθενείς, ζητούν ο οδοντίατρος να έχει ενσυναίσθηση, να συνυπολογίζει τον ασθενή του στο θεραπευτικό σχήμα, να σέβεται τον πόνο και το άγχος του. Ακόμα, επιθυμούν να είναι ακέραιος και ηθικός, να αποτρέπει τη μετάδοση ασθενειών στο οδοντιατρείο, να μην εκμεταλλεύεται οικονομικά τους ασθενείς και, τέλος, να είναι ενημερωμένος στις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις, υιοθετώντας κριτικά, την επωφελή, αναγκαία και μη κερδοσκοπική βιοτεχνολογία (Αράβου, 2001).

Βάσει όλων των ανωτέρω, δημιουργήθηκε το ΕΡΟΣ (Ερωτηματολόγιο Οδοντιατρικών Σχέσεων). Πρόκειται για ένα

ερωτηματολόγιο γνώμης, με το οποίο ανιχνεύονται οι απόψεις των υποκειμένων μας αναφορικά με τις σχέσεις οδοντίατρου-ασθενή. Με το ΕΡΟΣ καλούμε τους πειραματικούς μας πληθυσμούς να "συνευρεθούν" και να ενεργοποιήσουν τις κοινωνικές αναπαραστάσεις που έχουν για το θέμα. Δημιουργούμε, γνωστικά, το υπόστρωμα, το κοινωνιοψυχολογικό θρεπτικό υλικό "άγαρ-άγαρ", πάνω στο οποίο θα μελετήσουμε την επίδραση του πειραματικού χειρισμού. Απομονώνουμε το "μικροοργανισμό", τις υιοθετημένες και παγιωμένες αναπαραστάσεις, και τον καλλιεργούμε για να αναπτυχθεί. Με το πείραμα, δημιουργούμε την "καρικατούρα", την καλλιεργημένη "μικροβιακή αποικία" (Παπαστάμου 1989^α), που σκιαγραφεί και προβάλλει έντονα την πραγματικότητα. Ο στόχος είναι να ανακαλύψουμε το κατάλληλο "αντιβιοτικό", την ιδανική συνθήκη, προς την οποία είναι ευαισθητοποιημένα τα υποκείμενα μας, ώστε να χρησιμοποιηθεί για την αλλαγή της λανθασμένης τους συμπεριφοράς. Την κατάλληλη συνθήκη, με άλλα λόγια, που θα υποδείξει τη συμβολή της κοινωνιοψυχολογικής διάστασης στη "θεραπεία" και την αλλαγή της λανθασμένης στάσης. Το πείραμα, ακόμα, θα μας οδηγήσει στην κοινωνιοψυχολογική συνθήκη ή τις συνθήκες που ευθύνονται, πιθανόν, για την λανθασμένα υιοθετημένη συμπεριφορά.

Το έργο γνώμης, ΕΡΟΣ αποτελείται από τριάντα έξη (36) ερωτήσεις, οι οποίες κινούνται στις τέσσερις (4) εννοιολογικές διαστάσεις: Επικοινωνία οδοντίατρου – ασθενή, Χειρισμός του άγχους του ασθενή, Βιοηθική, Επάρκεια του οδοντίατρου. Δημιουργήθηκε βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για τους οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς, όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο 6, μέσα από συνεντεύξεις ασθενών και από την πολυετή κλινική παρατήρηση της ερευνήτριας. Τα τριάντα έξη ερωτήματα, εκφράζουν θέσεις υπέρ και κατά των ασθενών, όπως επίσης, υπέρ και κατά των οδοντιάτρων. Όπως προκύπτει από το

διάγραμμα I, η κατανομή των ερωτημάτων καλύπτει και δημιουργεί δύο κάθετους, μεταξύ τους, νοερούς άξονες. Κάθε ένας από τους νοερούς άξονες, διαθέτει δύο πόλους. Στον κάθετο, οι πόλοι είναι τοποθετημένοι άνω και κάτω, ενώ στον οριζόντιο, δεξιά και αριστερά, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 7.I.

Στον επάνω πόλο του κάθετου άξονα βρίσκεται ο ασθενής και στον κάτω, ο οδοντίατρος. Κάθε πόλος έχει δύο όψεις, υπέρ και κατά των ασθενών, υπέρ και κατά των οδοντιάτρων. Όσον αφορά τους πόλους του οριζόντιου άξονα, ο αριστερός καταλαμβάνεται από τα άμεσα ερωτήματα, που απαρτίζονται από τις θέσεις υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων, ενώ στο δεξιό πόλο του οριζόντιου άξονα, βρίσκονται τα έμμεσα ερωτήματα, κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων.

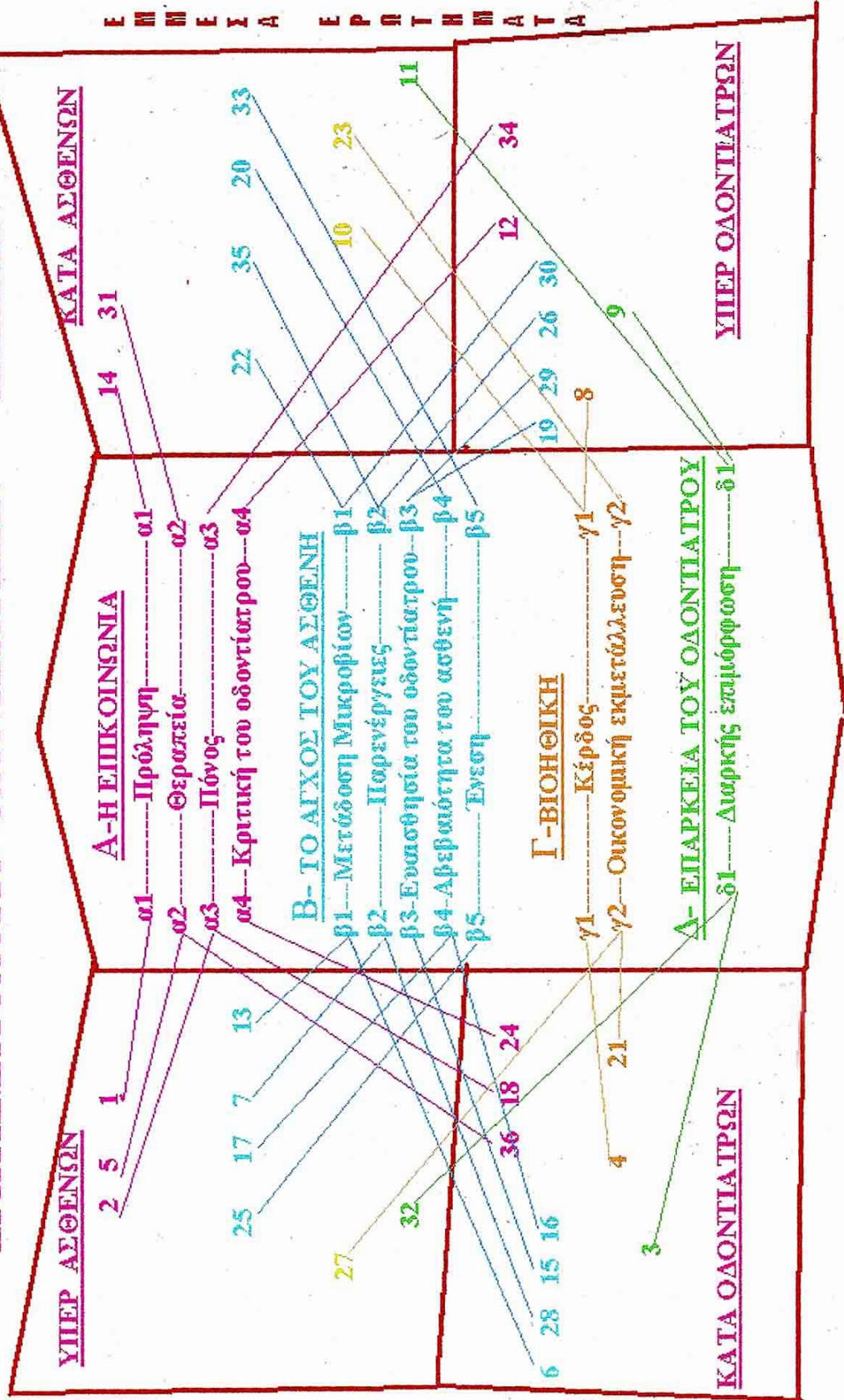
Τα 19 ερωτήματα αριστερά (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 24, 25, 27, 28, 32, 36), χαρακτηρίζονται άμεσα, διότι προτείνονται και υποστηρίζονται άμεσα από την πηγή επιρροής κατά το συγκρουσιακό πειραματικό χειρισμό. Τα 17 ερωτήματα δεξιά κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων (8, 9, 10, 11, 12, 14, 19, 20, 22, 23, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35) ονομάζονται έμμεσα, διότι αποτελούν τις έμμεσα προβαλλόμενες θέσεις της πηγής επιρροής.

Τα ερωτήματα του ΕΡΟΣ, διαθέτουν επταβάθμια απαντητική κλίμακα Guttman, όπου το ένα (1) εκφράζει την απόλυτη διαφωνία και το επτά (7) την απόλυτη συμφωνία προς την εκάστοτε ερώτηση, όπως βλέπουμε στο παράρτημα. Κατά τη στατιστική επεξεργασία, η κλίμακα των έμμεσων ερωτημάτων αντιστρέφεται, για να ακολουθούν την ίδια κατεύθυνση με τα άμεσα ερωτήματα, να μπορούν να συγκριθούν και να προσθαφαιρεθούν κατά τις ανάγκες της επεξεργασίας, με σκοπό τη δημιουργία των τιμών των εξαρτημένων μεταβλητών (Κατερέλος, 2001, σελ. 433-475).

ΕΡΟΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Ε Μ Μ Ε Σ Α Ε Ρ Ω Τ Η Μ Α Τ Α



Α Μ Μ Ε Σ Α Ε Ρ Ω Τ Η Μ Α Τ Α

Όλα τα πειράματα, όπως προαναφέρθηκε, ακολουθούν το σχεδιασμό: Προτεστ – Πειραματικός Χειρισμός – Μετατεστ. Το ΕΡΟΣ δίνεται στα υποκείμενα μας, τόσο στο προτεστ όσο και στο μετατεστ, με διαφορά μιας εβδομάδας. Ο πειραματικός χειρισμός πραγματοποιείται τη δεύτερη εβδομάδα, με τη βοήθεια ειδικών κειμένων που θα παρουσιαστούν στην επόμενη ενότητα. Χειριζόμαστε πειραματικά τις ανεξάρτητες μεταβλητές και, στη συνέχεια, τα υποκείμενα απαντούν ξανά στο ΕΡΟΣ, στα πλαίσια του μετατεστ. Η διαφορά μετατεστ – προτεστ, των μέσων τιμών του ΕΡΟΣ αποτελεί την εξαρτημένη μεταβλητή, το **δείκτη κοινωνικής επιρροής**, στα πειράματα I & II. Οι μεταβολές του δείκτη εκφράζουν την πρόθεση των υποκειμένων μας για αλλαγή συμπεριφοράς.

Με το ΕΡΟΣ, εκτός από τη δημιουργία του δείκτη επιρροής και τη μέτρηση της αλλαγής γνώμης, διαχωρίζουμε τα υποκείμενα μας, σε ιδεολογικά κοντινά και απομακρυσμένα, με τις θέσεις της πηγής επιρροής. Κοντινά χαρακτηρίζονται τα άτομα που η διαφορά των μέσων τιμών των έμμεσων και άμεσων ερωτημάτων του ΕΡΟΣ στο προτεστ, τα εμφανίζει να συγκλίνουν περισσότερο με τις άμεσες θέσεις της πηγής επιρροής. Το αντίθετο συμβαίνει με τα απομακρυσμένα υποκείμενα. Αναλυτικότερα, αφαιρούμε τη μέση τιμή των έμμεσων ερωτημάτων από τα άμεσα ερωτήματα του προτεστ. Στο δείκτη που προκύπτει, με την εντολή του στατιστικού προγράμματος, *descriptives* και την υποεντολή *median-minimum-maximum*, καθορίζουμε δύο διαστήματα. Τα υποκείμενα που εντάσσονται στο διάστημα *minimum-median*, χαρακτηρίζονται απομακρυσμένα. Τα υποκείμενα, που εντάσσονται στο διάστημα, *median-maximum*, χαρακτηρίζονται κοντινά. Με την προαναφερόμενη κοινωνική διάκριση, ανατέμνουμε ακόμη περισσότερο το κοινωνικό πεδίο, επιτυγχάνοντας ακριβέστερο προσδιορισμό της

κοινωνικής επιρροής και της αλλαγής γνώμης, σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η ανάλυση αξιοπιστίας και η παραγοντική ανάλυση του ΕΡΟΣ, σύμφωνα με τα δεδομένα του Πειράματος Ι. Έγινε τυχαία επιλογή του 20% των 364 μη φοβικών υποκειμένων, προκειμένου ο αριθμός τους να πλησιάζει αυτόν των φοβικών. Έχουμε, έτσι, 64 οδοντιατρικά μη φοβικά υποκείμενα και 45 φοβικά, σύνολο 109 άτομα. Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 7.1 που ακολουθεί, ο δείκτης Cronbach α είναι 0.78. Το ΕΡΟΣ μπορεί να χαρακτηριστεί αξιόπιστο στις μετρήσεις του.

Πίνακας 7.1

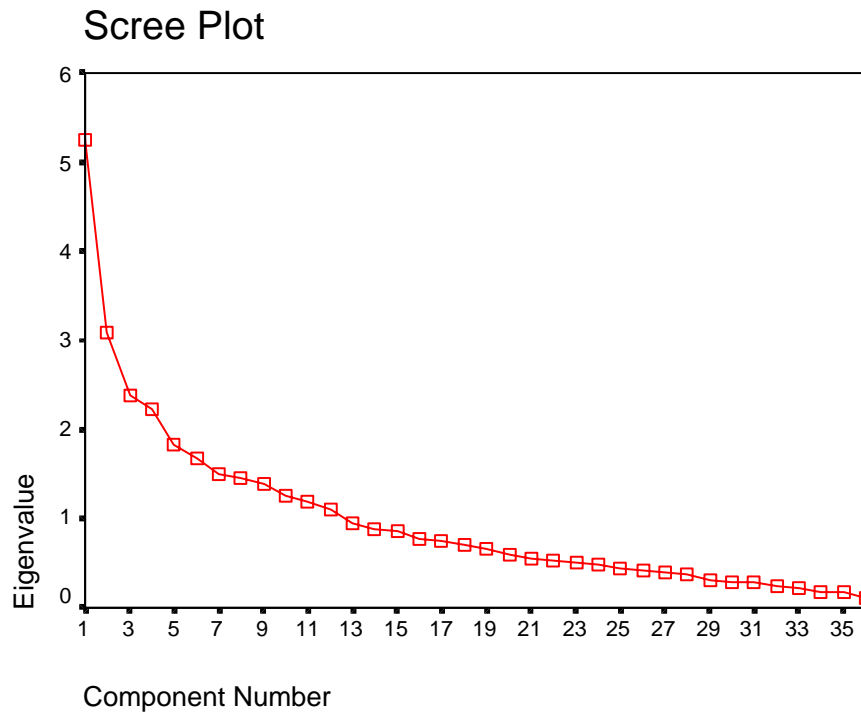
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ του ερωτηματολογίου ΕΡΟΣ

N=109 45 οδοντιατρικά φοβικοί και 64 μη φοβικοί (τυχαία επιλογή 20% των 364 μη φοβικών, του Πειράματος Ι).

Cronbach $\alpha=0.78$

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η παραγοντική ανάλυση του ΕΡΟΣ. Στο Διάγραμμα 7.Π, παρατηρούμε ότι τα 36 ερωτήματα του ΕΡΟΣ οργανώνονται γύρω από τέσσερις (4) παράγοντες, με προεξάρχοντες τους δύο πρώτους. Στον Πίνακα 7.2 γίνεται η αναλυτική παρουσίαση των τεσσάρων παραγόντων.

Διάγραμμα 7.Π



ΠΙΝΑΚΑΣ 7.2 - ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΕΡΟΣ

ΕΡΟΣ Αριθμ. Ερώτησης	Παράγοντες		1-Άμεσα Υπέρ ασθενών και κατά οδοντιάτρων	2-Έμμεσα- Κατά ασθενών και υπέρ οδοντιάτρων	3-Υπέρ οδοντιάτρων κατάασθενών Επάρκειαι – Άγχος	4-Κτά ασθενών Άγχος Βιοηθική
	Σύνολο 36.417%	διακύμανσης Ιδιοτιμή %διακύμανσης				
	M.O		5.250 14.583	3.098 8.606	2.390 6.638	2.228 6.590
1	4.2		0.49			
2	5.3				0.44	
3	4.4				-0.53	
4	4.5		0.50			
5	4.06		0.61			
6	3.89		0.49			
7	3.46		0.61*			
8	4.79					
9	4.54			0.41	0.56	
10	3.72					0.51
11	4.76		0.43			
12	3.30		0.50	0.40		
13	4.55					
14	4.80					
15	3.46					
16	3.50		0.63			
17	5.06		0.41		0.45	
18	3.98		0.69			
19	4.41					
20	4.44				0.44	
21	3.51		0.43			
22	4.29					0.47
23	5.03					0.51
24	3.99		0.49			
25	5.45					
26	4.95			0.62		
27	4.55				-0.40	
28	5.57		0.45			
29	4			0.59		
30	6.1					
31	5.05					
32	5.16		0.42		-0.49	
33	4.5					0.50
34	4.34			0.67		
35	4.44					
36	3.69	*Φορτίσεις>0.40	0.61			

Στον Πίνακα 7.2 παρατηρούμε ότι οι τέσσερις παράγοντες, γύρω από τους οποίους κατηγοριοποιούνται τα 36 ερωτήματα του ΕΡΟΣ, ερμηνεύουν το 36.417% της συνολικής διακύμανσης και είναι οι ακόλουθοι: *Ο πρώτος παράγοντας* ερμηνεύει το 14.583% της συνολικής διακύμανσης και οργανώνεται γύρω από ένα μεγάλο αριθμό ερωτημάτων, που αφορούν τις *άμεσες θέσεις της πηγής επιρροής, υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων*. Συγκεκριμένα, τα υποκείμενά μας θέλουν να ενημερώνονται γύρω από την Πρόληψη της στοματικής ασθένειας, αλλά θεωρούν ότι δεν υπάρχει ανάλογος χρόνος στα οδοντιατρεία (0.49). Πιστεύουν ότι οι οδοντίατροι προτείνουν πανάκριβες θεραπείες που δε χρειάζονται, με μόνο γνώμονα το κέρδος (0.50). Ομολογούν ότι δεν τους δίνεται η δυνατότητα να συναποφασίζουν με τον οδοντίατρο για τη θεραπεία τους (0.61) και δεν τους καθησυχάζουν σχετικά με τη μετάδοση μικροβίων (0.49). Πιστεύουν ότι οι οδοντίατροι δεν μπορούν να τους βοηθήσουν σε περίπτωση λιποθυμίας, ταχυκαρδίας, αλλεργικής κρίσης κ.α.(0.61). Εντούτοις δέχονται ότι οι ασθενείς είναι υπερβολικά καχύποπτοι για οδοντίατρους που δε γνωρίζουν καλά, αναφορικά με την επιστημονική και την τεχνική τους επάρκεια (0.43). Συμφωνούν ότι οι οδοντίατροι ακούν με προσοχή τις εξομολογήσεις των ασθενών τους (0.50), αλλά δε συναισθάνονται ότι ο τροχός πονάει (0.63). Ομολογούν οι ασθενείς ότι αισθάνονται αβεβαιότητα και απουσία ελέγχου κατά την οδοντιατρική πράξη (0.41), χωρίς οι οδοντίατροι να τους διαβεβαιώνουν ότι δε θα πονέσουν (0.69). Θεωρούν ότι οι οδοντίατροι υποβαθμίζουν τη δουλειά τους, λόγω του ανταγωνισμού που υπάρχει (0.43), κριτικάρουν με υπεροψία τους ασθενείς για τη στοματική τους κατάσταση (0.49) και, επιπλέον, ότι θα έπρεπε να έχουν εξειδικευμένο προσωπικό για την πρόληψη των πιθανών παρενεργειών (0.45). Ακόμα οι ασθενείς εκφράζουν αμφιβολία για την ενημέρωση των οδοντιάτρων στα σύγχρονα δεδομένα (0.42) και

πιστεύουν ότι οι οδοντίατροι είναι αλαζόνες, μη λαμβάνοντας υπόψη τις τοποθετήσεις και τις απόψεις των ασθενών τους (0.61). Παρατηρούμε ότι στον πρώτο παράγοντα ενσωματώνονται ερωτήσεις και από τους τέσσερις θεματολογικούς άξονες του ΕΡΟΣ. Αυτοί αφορούν την επικοινωνία, το χειρισμό του άγχους του ασθενή, την επιστημονική και τεχνική επάρκεια των οδοντιάτρων, καθώς και τους κανόνες της βιοηθικής που θα έπρεπε να τηρούν. Η κατεύθυνση των ερωτημάτων, κύρια στρέφεται κατά των οδοντιάτρων, ενώ παράλληλα υποστηρίζει τους ασθενείς, σ' αυτή την πανάρχαια σχέση γιατρού-ασθενή.

Ο δεύτερος παράγοντας ερμηνεύει το 8.606% της συνολικής διακύμανσης και εμφανίζει ισχυρότερα φορτισμένα στοιχεία για τα έμμεσα ερωτήματα, κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς πιστεύουν ότι οι οδοντίατροι παρακολουθούν τις εξελίξεις της επιστήμης τους (0.41). Ακούνε και προσέχουν τους ασθενείς σε βαθμό εξομολόγησης (0.40). Έχουν επαρκείς ιατρικές γνώσεις για την αντιμετώπιση κάθε παρενέργειας, που μπορεί να εμφανιστεί στους ασθενείς τους (0.62). Σέβονται το φόβο των ασθενών και σταματούν ανάλογα τις επεμβάσεις τους (0.59), ενώ, τέλος, αφιερώνουν πολύ χρόνο στην επικοινωνία με τους ασθενείς τους (0.67). Παρατηρούμε ότι ο δεύτερος παράγοντας, κινούμενος πάλι ανάμεσα στους οργανωτικούς – εννοιολογικούς άξονες του ΕΡΟΣ, τάσσεται σαφώς υπέρ των οδοντιάτρων

Ο τρίτος παράγοντας ερμηνεύει το 6.638% της συνολικής διακύμανσης και παρουσιάζει κορεσμό σε στοιχεία, υπέρ των οδοντιάτρων, που πριμοδοτούν κυρίως την επιστημονική τους επάρκεια, όσο και κατά των ασθενών, που σκιαγραφούν το υπερβολικό τους άγχος, που δυσχεραίνει την οδοντιατρική πράξη. Αναλυτικότερα, παρατηρούμε στον Πίνακα 2 ότι οι ασθενείς επιθυμούν να επικοινωνούν με τον

οδοντίατρό τους (0.44). Πιστεύουν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία οδοντίατροι παρακολουθούν τις εξελίξεις της επιστήμης τους (-0.53, 0.56). Ομολογούν οι ασθενείς, την αβεβαιότητα και την ανασφάλεια που τους δημιουργεί η απουσία ελέγχου επί των οδοντιατρικών πράξεων (0.45) και παραδέχονται ότι δεν ελέγχουν τις αντανακλαστικές τους κινήσεις κατά το τρόχισμα (0.44). Στη συνέχεια, οι ασθενείς δηλώνουν ότι πιστεύουν στην εντιμότητα των οδοντιάτρων (-0.40), ενώ τέλος, δηλώνουν σίγουροι ότι οι οδοντίατροι φροντίζουν για τη διαρκή και διαβίου επιμόρφωση τους (-0.49).

Ο τέταρτος παράγοντας εμφανίζει ισχυρές φορτίσεις για στοιχεία κατά των ασθενών, κύρια σε θέματα άγχους και βιοηθικής. Οι ασθενείς παραδέχονται πως απευθύνονται σε οδοντίατρους με πτυχία αμφίβολης προέλευσης, προκειμένου να εξοικονομήσουν χρήματα (0.51). Ομολογούν, τόσο τον ψυχαναγκασμό και τη μικροβιοφοβία τους (0.47), όσο και τις υψηλές τους απαιτήσεις, χωρίς να αποδέχονται, αντίστοιχα, το προκύπτον υψηλό κόστος των οδοντιατρικών πράξεων (0.51). Τέλος, ομολογούν ότι δεν προσπαθούν για τον αυτοέλεγχο του φόβου τους προς την αναισθητική ένεση (0.50)

Η ανάλυση διακύμανσης στους τέσσερις παράγοντες που προαναφέρθηκαν, μας δίνει τις μέσες παραγοντικές τιμές, τόσο για τους οδοντιατρικά φοβικούς, όσο και για τους μη φοβικούς ασθενείς, όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 7.3 που ακολουθεί.

Πίνακας 7.3

Μέσοι παραγοντικοί δείκτες του ερωτηματολογίου ΕΡΟΣ για οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς ασθενείς. Το θετικό πρόσημο υποδηλώνει αυξημένη πρόσληψη του παράγοντα. N=109

Παράγοντες	1 - υπέρ ασθενών και κατά οδοντιάτρων	2 - κατά ασθενών και υπέρ οδοντιάτρων	3 - υπέρ οδοντιάτρων κατά ασθενών Επάρκεια- Άγχος	4 - κατά ασθενών Άγχος Βιοηθική
Φοβικοί	0.55	-0.001	0.001	-0.18
Μη φοβικοί	-0.34	0.001	-0.001	0.11
Anova one -way 0.55>-0.34, p<0.001		0.11>-0.18, p<0.1		

Οι μέσες παραγοντικές βαθμολογίες, όπως τις βλέπουμε στον Πίνακα 7.3, μας οδηγούν σε κάποια συμπεράσματα. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών, μόνο για τον πρώτο και τον τέταρτο παράγοντα. Όσον αφορά τον πρώτο, βλέπουμε να υιοθετείται αυτούσιος, από τους οδοντιατρικά φοβικούς (**0.55**). Αντίθετα, οι μη φοβικοί εναντιώνονται στις θέσεις του, τασσόμενοι υπέρ των οδοντιάτρων και κατά των ασθενών (**-0.34**, $F_{1/96}=22.342$, $p<0.001$).

Ο τέταρτος παράγοντας παρατηρούμε ότι απορρίπτεται από τους οδοντιατρικά φοβικούς, όπως καταμαρτυρεί το αρνητικό πρόσημο της μέσης παραγοντικής τους βαθμολογίας (**-0.18**), ενώ γίνεται αποδεκτός

από τους μη φοβικούς (0.11, $F_{1/96}=2.166$, $p<0.1$), με στατιστικά οριακή σημαντικότητα. Διαπιστώνουμε ότι οι οδοντιατρικά φοβικοί παραδέχονται λιγότερο για τον εαυτό τους, την ύπαρξη "καβουριών" στην τσέπη τους για την οδοντιατρική πράξη, κατά την έκφραση της λαϊκής σοφίας. Πιστεύουν ότι δεν είναι τόσο ψυχαναγκαστικοί, ούτε μικροβιοφοβικοί και ότι προσπαθούν για τον έλεγχο των φόβων τους. Αντίθετα, οι μη φοβικοί, σε μια κρίση ειλικρίνειας, αποδέχονται περισσότερο τη φιλαργυρία τους σε βάρος της στοματικής τους υγείας. Ακόμα, αποδέχονται στατιστικά σημαντικότερα, την ψυχαναγκαστική τους συμπεριφορά και τους φόβους τους για τα μικρόβια.

Στο δεύτερο και τον τρίτο παράγοντα δε διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά, οι απόψεις μεταξύ οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών.

Αναφέρονται, στη συνέχεια και μέσα στον Πίνακα 4 που ακολουθεί, οι μέσες τιμές των ερωτημάτων που απαρτίζουν κάθε παράγοντα του ΕΡΟΣ.

Πίνακας 7.4

Μέσες τιμές του ερωτηματολογίου ΕΡΟΣ για οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς ασθενείς, για κάθε ένα από τους τέσσερις παράγοντες. N=109

Παράγων	1 - υπέρ ασθενών και κατά οδοντιάτρων	2 - κατά ασθενών και υπέρ οδοντιάτρων	3 – υπέρ οδοντιάτρων κατά ασθενών Επάρκεια- Άγχος	4 – κατά ασθενών Άγχος Βιοηθική
Φοβικοί	4.16	4.14	4.86	4.11
Μη φοβικοί	3.19	4.36	4.75	4.62

4.16>3.19

4.62>4.11 p<0.029

p<0.001

Παρατηρούμε στον Πίνακα 7.4, στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για τις μέσες τιμές των ερωτημάτων του πρώτου και του τέταρτου παράγοντα, όπως συμβαίνει και στις μέσες παραγοντικές βαθμολογίες. Οι οδοντιατρικά φοβικοί, στον πρώτο παράγοντα συμφωνούν και τάσσονται υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων (M.O=4.16). Αντίθετα, οι μη φοβικοί βρίσκονται να διαφωνούν με το σύνολο αυτών των θέσεων, τασσόμενοι κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων (M.O=3.19, F1/101=16.461, p<0.001). Υπενθυμίζουμε ότι η απαντητική επταβάθμια κλίμακα του ΕΡΟΣ, εκφράζει στο ένα (1) την απόλυτη διαφωνία, ενώ στο επτά (7) την απόλυτη συμφωνία. Οι μέσες τιμές των ερωτημάτων του τέταρτου παράγοντα, εμφανίζουν τους μη φοβικούς να υποστηρίζουν στατιστικά σημαντικότερα τις θέσεις του

(**M.O=4.62**), συγκριτικά με τους οδοντιατρικά φοβικούς (**M.O=4.11**, $F1/101=4.902$, $p<0.029$)

Ο τρίτος και ο τέταρτος παράγοντας, γίνονται ισοδύναμα αποδεκτοί από φοβικούς και μη φοβικούς, όπως βλέπουμε και από τις μέσες τιμές των ερωτημάτων που τους συνθέτουν, μέσα στον Πίνακα 3.

Εάν μπορούμε να παραθέσουμε κάποιες συνδυαστικές, τεκμηριωμένα ερμηνευτικές και κλινικές παρατηρήσεις, οφείλουμε να αναφέρουμε τα ακόλουθα: Είναι γνωστό ότι μέσα στις οικογένειες συνυπάρχουν άτομα οδοντιατρικά φοβικά και μη φοβικά (Αράβου, 2001). Βάσει των αντιθέσεων που προκύπτουν από την ανάλυση του ΕΡΟΣ μεταξύ φοβικών και μη φοβικών, αντιλαμβανόμαστε την αντιπαράθεση που πρέπει να αναφέρεται μεταξύ τους, την υποτίμηση που αισθάνονται και απευθύνουν, πιθανόν, οι μη φοβικοί προς τους φοβικούς μας ή και αντίθετα. Η συνθήκη αυτή, περνώντας σε έναν ευρύτερο κοινωνικό κύκλο, ίσως να δυσχεραίνει την επικοινωνία και τις σχέσεις μεταξύ αυτών των ομάδων, επηρεάζοντας ακόμα και τον ιδεολογικό χώρο της υγείας, αν όχι και ευρύτερα. Εάν η κλινική παρατήρηση ενός ανθρώπου, μιας οδοντιάτρου, μπορεί να προσθέσει κάτι, αν δεν το έχει ήδη κάνει με την επιλογή των ερωτημάτων, κατατίθεται ότι ΝΑΙ, έτσι συμβαίνει! Βλέπεις συνεχώς κάποιους μη φοβικούς να αντιτίθενται, να υποτιμούν και να προσβάλλουν τους φοβικούς. Βλέπεις μη φοβικούς να λυπούνται τα χρήματα που θα διαθέσουν για τη στοματική τους υγεία. Βλέπεις την ύπαρξη της βαθιάς και φιλοσοφικής σκέψης σε πολλούς φοβικούς, να επισκιάζεται από την επίδειξη θάρρους των μη φοβικών. Καλύπτουν πολλές φορές την, ως επί το πλείστον, επιφανειακή τους σκέψη, με φλυαρία, επικριτική διάθεση και χλευασμό προς τους φοβικούς. Παράλληλα, βλέπεις την έντεχνα συγκαλυμμένη τους προσπάθεια, να κατανοήσουν και να οικειοποιηθούν τη σκέψη των

φοβικών πριν καλά-καλά την εκφράσουν. Είναι αλήθεια, επιδεικνύουν πολλές φορές έντονα και προκλητικά, `` το άλλο σκέλος´´, την ανδρεία..

Φαίνεται πως είναι καιρός. Της εκατέρωθεν αποδοχής, της αμοιβαίας παραδοχής, με διεργασίες σύγκλεισης. Οι φοβικοί πρέπει να ενδυναμωθούν και οι μη φοβικοί ίσως θα έπρεπε να διδαχτούν να ασχολούνται περισσότερο με την αυτογνωσία τους, όπως κάνουν οι φοβικοί (Economidou, 2003) Αναδύεται, όπως αντιλαμβανόμαστε, μία πολλαπλή, μελλοντική, ερευνητική αναγκαιότητα, στο χώρο της, επωφελεία όλων, κοινωνικής επιρροής στο χώρο της στοματικής υγείας.

7.4 Η σύγκρουση και τα κείμενα του πειραματικού χειρισμού

Το κείμενο επιρροής, καθώς και κάποια μικρότερα κείμενα, που εμπεριέχονται στο παράρτημα, χρησιμοποιούνται για τη διενέργεια του πειραματικού χειρισμού. Τα μικρά κείμενα που προαναφέρθηκαν, ορίζουν την ταυτότητα της πηγής επιρροής, ενεργοποιούν την ψυχολογιοποίηση ή στρέφουν την προσοχή των υποκειμένων στο περιεχόμενο του μηνύματος, που εκφέρεται από την εκάστοτε πηγή επιρροής. Αρχικά, το κείμενο επιρροής εισάγει την κοινωνιογνωστική σύγκρουση, προαπαιτούμενο για την ενεργοποίηση της μειονοτικής επιρροής (Παπαστάμου και Μιούνυ, 1983). Υιοθετεί τις άμεσες θέσεις του ΕΡΟΣ, υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων. Τέμνει το ΕΡΟΣ, στην πορεία του νοερού κάθετου άξονα (σχεδιάγραμμα I) και αναπτύσσει το αριστερό του τμήμα. Το κείμενο επιρροής, αποτελείται από τέσσερις παραγράφους και τέσσερα σλόγκαν. Η θεματολογία των παραγράφων είναι όμοια με την κεντρική δομή του ΕΡΟΣ. Αναφέρεται, δηλαδή, στην επικοινωνία οδοντίατρου-ασθενή, στο χειρισμό του άγχους

των ασθενών, στη βιοηθική και στην επάρκεια των οδοντιάτρων. Κάθε παράγραφος ακολουθείται από το αντίστοιχο σλόγκαν, το οποίο αναφέρει με γλώσσα έντονη και δυναμική, την καινοτομία που εισηγείται η πηγή επιρροής, για την επίλυση της σύγκρουσης. Πραγματώνεται, με άλλα λόγια, η τριλογία- κοινωνιογνωστική σύγκρουση - καινοτόμος εισηγήση - πραξιολογικά εφικτή λύση - μοναδική ελπίδα για αλλαγή συμπεριφοράς, μέσω της μειονοτικής επιρροής (Παπαστάμου, 1989β).

Στην πρώτη παράγραφο του κειμένου επιρροής, επισημαίνεται η ανεπάρκεια των οδοντιάτρων για την ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών τους και η άγνοιά τους στην ορθή επικοινωνία, παρά την αντίθετη επιθυμία των ασθενών. Το σλόγκαν που ακολουθεί, προτείνει στιβαρά, τη διδασκαλία των φοιτητών της Οδοντιατρικής στον αντίστοιχο τομέα, κατακρίνοντας, παράλληλα, τη μονοδιάστατη βιολογικο-τεχνική εκπαίδευσή τους. Ανάλογα κινούνται και οι υπόλοιπες τρεις παράγραφοι, όπου με τα σλόγκαν που τις συνοδεύουν, προτείνεται η διδασκαλία των φοιτητών, στην ψυχολογία, τη βιοηθική, την εργασιακή διαχείριση και δεοντολογία. Η τελευταία παράγραφος έχει εντονότερη πολιτική χροιά. Επισημαίνει και σκιαγραφεί τις λύσεις για τα κακώς κείμενα του υπερκορεσμένου οδοντιατρικού επαγγέλματος, ζητώντας παράλληλα, την επιμόρφωση και τη δια βίου εκπαίδευση, των εν ενεργεία οδοντιάτρων.

Τα μικρότερα κείμενα του πειραματικού χειρισμού που δημιουργήθηκαν, αποτελούν την επόμενη απαραίτητη ενέργεια. Εξυπηρετούν τη διαφορετική γνωστική εμπλοκή των υποκειμένων μας σε κάθε πειραματική συνθήκη. Δημιουργούνται για να μορφοποιήσουν, στη σκέψη των συμμετεχόντων, τις ανεξάρτητες μεταβλητές και τις συνθήκες κάθε πειράματος. Συγκεκριμένα, όπως παρουσιάζεται στο παράρτημα, τα δύο πρώτα κείμενα εισάγουν τη μειονοτική ή πλειονοτική ταυτότητα της πηγής επιρροής. Τα υπόλοιπα δύο, στρέφουν την προσοχή των

υποκειμένων προς την ψυχολογιοποίηση της εκάστοτε πηγής επιρροής ή προς το περιεχόμενο του μηνύματος που αυτή εκφέρει, ανάλογα με την πειραματική συνθήκη που διαμορφώνουν.

Το πρώτο και το τρίτο πείραμα, έχουν ως ανεξάρτητες μεταβλητές, γενεσιουργούς αιτίες δηλαδή των μεταβολών της εκάστοτε εξαρτημένης μεταβλητής, την ταυτότητα της πηγής επιρροής, ως μειονότητα ή πλειονότητα και την ψυχολογιοποίησή της ή μη. Η διαδικασία ακολουθεί τη μεθοδολογία του πειράματος του Παπαστάμου (1989β, 1980). Σ' αυτό, οι ίδιες καινοτόμες θέσεις, εισηγούνται από δύο ομάδες, υψηλού και χαμηλού καθεστώτος, αντίστοιχα, για να αναδειχθεί η ισχύς της κοινωνικής θέσης και της ψυχολογιοποίησης στη μειονοτική επιρροή. Με αυτή τη συλλογιστική, γίνεται ο χειρισμός των ανεξάρτητων μεταβλητών μέσω των δύο πρώτων μικρών κειμένων που προαναφέρθηκαν. Στα κείμενα αυτά, η μειονότητα, η ομάδα χαμηλού κύρους, αποτελείται από *μεταπτυχιακούς φοιτητές* της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής. Η καταξιωμένη ομάδα απαρτίζεται από *καθηγητές* της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής. Η δεύτερη ανεξάρτητη μεταβλητή, της ψυχολογιοποίησης ή μη, ενεργοποιείται μέσω του τρίτου και τέταρτου μικρού κείμενου. Οδηγούμε τα πειραματικά υποκείμενα να προσδιορίσουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των καινοτόμων ομάδων, ή να εστιάσουν την προσοχή τους στο κείμενο επιρροής, αντίστοιχα. Αναλυτικότερα, στην πρώτη περίπτωση, απαντούν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις ψυχολογικής υφής, ενώ στη δεύτερη, οδηγούνται να επικεντρωθούν στο περιεχόμενο του καινοτόμου μηνύματος, κάνοντας μία μικρή περίληψη στο κείμενο επιρροής. Αυτά τα τέσσερα μικρά κείμενα, εναλλάσσονται συνδυαστικά στις πειραματικές συνθήκες, που προκύπτουν από τον 2Χ2 παραγοντικό σχεδιασμό και των δύο πειραμάτων.

Το δεύτερο πείραμα, έχει ως ανεξάρτητες μεταβλητές, μόνο τη μειονότητα των προαναφερόμενων φοιτητών και την ψυχολογιοποίηση. Κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή έχει δύο τιμές. Η μειονότητα εκφέρεται ως δημοκρατική ομάδα ή ως διαθέτουσα στους κόλπους της κάποιον ηγέτη. Είναι θεωρητικά γνωστό, ότι ο ψυχολογιοποιημένος ηγέτης μειονοτικής ομάδας μπορεί να ασκήσει μεγαλύτερη επιρροή (Papastamou, 1985). Αποτελεί μία από τις συνθήκες που, δυνάμει, κάνουν μία μειονότητα έντονα διακριτή. Σ' αυτό το πείραμα, η ψυχολογιοποίηση, ανάλογα με την πειραματική συνθήκη, υφίσταται ή απουσιάζει. Ανάλογο εννοιολογικό περιεχόμενο εξυπηρετούν και τα τέσσερα αντίστοιχα μικρά κείμενα του πειραματικού χειρισμού. Τα δίνουμε στα υποκείμενά μας, συνδυάζοντάς τα, εκ νέου, για να δημιουργήσουμε τις 2X2 πειραματικές συνθήκες.

Το τέταρτο και πέμπτο πείραμα, αποτελούν τη γέφυρα μεταξύ των προηγούμενων πειραμάτων του γενετικού μοντέλου της κοινωνικής επιρροής, με τα μηνύματα πειθούς πρόκλησης φόβου για την υγεία, fear appeal. Στο τέταρτο πείραμα γίνεται η στάθμιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του *ερωτηματολόγιου ΕρΠε*, για την περιοδοντίτιδα. Τεκμηριώνεται επίσης, η πληροφοριακή ισχύς και η ικανότητα πειθούς δύο κειμένων μέτριου και χαμηλού φόβου αντίστοιχα. Τα κείμενα πειθούς και το ΕρΠε χρησιμοποιούνται μαζί με την ταυτότητα της πηγής επιρροής και την ψυχολογιοποίηση, για τον πειραματικό χειρισμό του πέμπτου πειράματος. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η διασύνδεση των προαναφερόμενων μοντέλων.

7.5 Το ερωτηματολόγιο της εικόνας της πηγής επιρροής

Στο δεύτερο πείραμα υπήρχε η δυνατότητα να διερευνηθεί και η εικόνα της πηγής επιρροής. Αυτό οφείλεται στο γεγονός, ότι τα υποκείμενα που συμμετέχουν είναι μαθητές λυκείου. Τα πειράματα διενεργούνται με τη διακριτική παρουσία των καθηγητών, οπότε τα παιδιά δεν αντιδρούν έντονα στις άφθονες σελίδες των ερωτηματολογίων που καλούνται να απαντήσουν. Ίσως ήταν λανθασμένη εκτίμηση, αλλά δεν επιχειρήθηκε κάτι ανάλογο στους φοιτητές. Εκ των υστέρων, πιθανολογείται, ότι, ούτε οι φοιτητές θα εξέφραζαν αντιρρήσεις. Αυτό συνάγεται από το γεγονός ότι, η παρουσία της ίδιας της ερευνήτριας σε όλα τα πειράματα και σε όλες τις πειραματικές συνθήκες, δημιούργησε ιδιαίτερο ενδιαφέρον στα υποκείμενα. Δεν υπήρξε συνθήκη χωρίς την ερώτηση, *“είσθε οδοντίατρος;”*. Την καταφατική απάντηση, ακολουθούσαν άλλες ερωτήσεις γύρω από οδοντιατρικά θέματα, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα κλίμα ενδιαφέροντος και καλής επικοινωνίας. Αυτό δε σημαίνει ότι όλα ήταν ιδανικά. Οι εξαιρέσεις όμως μπορούν να θεωρηθούν αμελητέες. Κάτι που παρατηρήθηκε στους μαθητές και αξίζει να σημειωθεί, είναι, ότι, δεν αντιδρούσαν μεν εμφανώς, αλλά από τους 550 συμμετέχοντες, χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα 359 πακέτα ερωτηματολογίων. Τα υπόλοιπα, περιείχαν αυτοσχέδιες φράσεις και σχήματα, οπότε και αχρηστεύτηκαν. Τα ανάλογα ποσοστά στους φοιτητές ήταν ελάχιστα.

Κλείνοντας την προηγούμενη παρένθεση, επανερχόμαστε στο ερωτηματολόγιο της εικόνας της πηγής επιρροής, που προέρχεται από τις έρευνες των Μιούννυ και Παπαστάμου (1983), Παπαστάμου, (1989β). Αποτελείται από 21 διπολικές κλίμακες Guttman (Κατερέλος, 2001), που δίνουν το προφίλ της πηγής, στις διαστάσεις ισορροπία-ανισορροπία, σταθερότητα-αστάθεια, ευλυγισία-ακαμψία, ικανότητα-ανικανότητα κ.α.

Τα υποκείμενά μας απαντούν στο τέλος της όλης διαδικασίας και στο, εν λόγω, ερωτηματολόγιο. Οι πειραματικές συνθήκες διαφοροποιούν την αναπαράσταση της εικόνας της πηγής, διαμορφώνοντας και αποδίδοντας το προφίλ, των ομάδων κοινωνικής επιρροής, ανάλογα με τον πειραματικό χειρισμό. Στο δεύτερο πείραμα επελέγησαν τα ερωτήματα για την εικόνα της πηγής, όπως εμπνεύστηκαν από την Adjective Check List του Gough (1960). Δόθηκαν στους πειραματικούς μας πληθυσμούς, όπως χρησιμοποιήθηκαν στα άφθονα πειράματα που μελετούν την επίδραση της ψυχολογιοποίησης στην εικόνα της πηγής επιρροής (Παπαστάμου και Μιούνυ, 1983 - Παπαστάμου, 1989γ, Papastamou, 1986, Mugny, Kaiser και Papastamou, 1983). Έγιναν όμως κάποιες απαραίτητες τροποποιήσεις. Συγκεκριμένα, τα 21 ερωτήματα που επελέγησαν, είναι όμοια με αυτά που χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση της ξενοφοβίας (Παπαστάμου, 1989γ, σελ. 210). Εξαιρέθηκαν οι διαστάσεις, οικολόγοι-μη οικολόγοι και μειονοτικοί-πλειονοτικοί. Η πρώτη, διότι δεν ταίριαζε εννοιολογικά, ενώ η δεύτερη, διότι ερευνούμε την ταυτότητα και τη δομή μειονοτικής ομάδας, με ηγέτη ή με δημοκρατική δομή ισοτίμων μελών. Επιπλέον, προστέθηκε η διάσταση, ανθρωπιστές-ατομιστές, που θεωρούμε ότι αποτελεί καθοριστικό ποιοτικό δίπολο, που προσδοκάται να υιοθετηθεί ή να απορριφθεί, αντίστοιχα, από ανθρώπους που εισηγούνται νεωτερικά σχήματα στο χώρο της υγείας.

Η σύλληψη της θεματολογίας του ΕΡΟΣ, του κειμένου επιρροής, καθώς και των υπόλοιπων μικρότερων κειμένων του πειραματικού χειρισμού, εκτός από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, αντλείται και εμπνέεται, μέσα από τρεις επιπλέον χώρους. Από την Κοινωνική Οδοντιατρική του Πανεπιστημίου της Αθήνας, όπου διδάσκονται τα ξένα Συστήματα Υγείας και οι θέσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

(ΠΟΥ). Από την έρευνα του 1998, της Πανελλήνιας Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ΠΟΟ), όπου επισημαίνονται τα τρωτά σημεία του οδοντιατρικού επαγγέλματος. Τρίτος χώρος, είναι οι συνεντεύξεις που πάρθηκαν από φοβικούς και μη φοβικούς οδοντιατρικούς ασθενείς. Ακόμα, συνέβαλλε η μακρά κλινική εμπειρία της ερευνήτριας, κατά την οποία, θέλει να πιστεύει ότι, δεν αρκέστηκε στην απλή επανόρθωση των οδοντικών ιστών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΜΙΔΑΣ

Η μετάφραση και η στάθμιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της κλίμακας MDAS (Modified Dental Anxiety Scale), για την ελληνική γλώσσα

Μεθοδολογία και υλικό

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει την αξιόπιστη και έγκυρη μετάφραση για την ελληνική γλώσσα, της αγγλόφωνης κλίμακας MDAS (Modified Dental Anxiety Scale). Να τυποποιήσει δεδομένα που αφορούν την Ελλάδα, συγκρίνοντάς τα με στοιχεία της Μεγάλης Βρετανίας, της Β. Ιρλανδίας, της Φινλανδίας, των Ηνωμένων Αραβικών Εμιράτων και της Νορβηγίας. Οι προαναφερόμενες χώρες έχουν ερευνήσει τους πληθυσμούς τους, σχετικά με το οδοντιατρικό άγχος, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο MDAS. Ο Humphris G. (1995) στην Αγγλία, τροποποίησε το αμερικάνικο ερωτηματολόγιο DAS, του Corah N. (1969) και στάθμισε την επάρκειά του σε 2.500 Άγγλους. Τη μεθοδολογία του Άγγλου ερευνητή εφαρμόσαμε και για την ελληνική γλώσσα. Το αγγλικό ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά (forward translation) και στη συνέχεια ξαναμεταφράστηκε στα αγγλικά (back translation). Στα ελληνικά ονομάστηκε ΜΙΔΑΣ, αποσκοπώντας στη συνήχηση με την αγγλική κλίμακα. Κατόπιν, δόθηκε σε 45 άτομα, στα οποία έγιναν δύο μετρήσεις με διαφορά τριών εβδομάδων ($p < 0.001$) και τεκμηριώθηκε η σταθερότητα και η αξιοπιστία του. Η κλίμακα, στη συνέχεια, χορηγήθηκε σε 140 άτομα, 110 "υγιείς" και 30 οδοντιατρικά φοβικούς. Η διαφορά των μετρήσεων ανάμεσα στις δύο ομάδες για κάθε ερώτημα αλλά και για το συνολικό δείκτη οδοντιατρικού άγχους (9.9 vs 20.3 αντίστοιχα, $p < 0.001$, cronbach $\alpha = 0,9$), όπως επίσης και η σύγκριση με κάποια χαρακτηριστικά των εξεταζόμενων ατόμων (νευρικότητα κατά τις οδοντιατρικές επεμβάσεις $p < 0.001$), απέδειξαν την εγκυρότητα της κλίμακας. Οι συγκρίσεις μεταξύ της Ελλάδας και των προαναφερομένων χωρών, προβάλλουν πολλές ομοιότητες, όπως και ορισμένες διαφορές, λόγω των πολιτισμικών διαφορών.

Εισαγωγική παρουσίαση

Το άγχος για την οδοντιατρική πράξη εμφανίζεται σε ποσοστό περίπου 10% στους ενήλικους πληθυσμούς του κόσμου. Αυτό δε σημαίνει ότι απουσιάζουν και πολύ υψηλότερα ποσοστά. Στην Ιρλανδία, για παράδειγμα, ο φόβος για τον οδοντίατρο, ανέρχεται στο επίπεδο του 19%, στον πληθυσμό των ενηλίκων (Humphris et al, 2000). Έχει καταδειχθεί ότι αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες που αποτρέπει τους ανθρώπους από τη ζήτηση οδοντιατρικής θεραπείας (Milgrom et al, 1995, Long, 1995), ενώ παράλληλα δημιουργεί εξαιρετικό άγχος στον οδοντίατρο, που έχει να αντιμετωπίσει και να θεραπεύσει φοβικούς ασθενείς (Ayer et al, 1983, Woolfolk et al, 1999). Ανάλογες κλινικές παρατηρήσεις από το 1960, δημιούργησαν την αναγκαιότητα στάθμισης της οδοντιατρικής ανησυχίας, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αρκετών κλιμάκων, όπως είναι το DAS - Dental Anxiety Scale – κλίμακα μέτρησης του οδοντιατρικού άγχους (Corah, 1969, Corah et al, 1978), το DFS – Dental Fear Survey – ερωτηματολόγιο οδοντιατρικού φόβου (Milgrom et al, 1995) κ.α.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε είναι το DAS. Αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις και έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα, τόσο στην έρευνα όσο και στην κλινική πράξη. Η πρώτη ερώτηση μετράει το άγχος που αισθάνεται ο ασθενής, όταν, την επόμενη μέρα, πρόκειται να επισκεφθεί τον οδοντίατρο του. Η δεύτερη ερώτηση, μετράει το άγχος, όταν ο ασθενής βρίσκεται πλέον στην αίθουσα αναμονής. Η τρίτη, το φόβο του τροχίσματος και η τέταρτη την ανησυχία που αισθάνεται ο ερωτώμενος κατά τον καθαρισμό των δοντιών του. Το MDAS - Modified Dental Anxiety Scale – τροποποιημένη κλίμακα μέτρησης του οδοντιατρικού άγχους - αποτελεί την εξελιγμένη του μορφή και έναντι του DAS εμφανίζει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα (Humphris et al, 1995).

1- Περιλαμβάνει μία επιπλέον πέμπτη ερώτηση αναφορικά με το φόβο των ασθενών για την αναισθητική ένεση.

2- Οι απαντήσεις στα πέντε ερωτήματα έχουν ομοιογενή μορφή (πενταβάθμια κλίμακα Likert), με αποτέλεσμα να υπάρχει δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ τους. Αντίθετα, οι τέσσερις ερωτήσεις του DAS, διαθέτουν περιγραφικές και διαφορετικές μεταξύ τους απαντήσεις

3- Το ΜΙΔΑΣ μετρά με επάρκεια όλες τις διαβαθμίσεις του οδοντιατρικού άγχους. Το C-DAS μετρά με ακρίβεια τη μικρή και μεγάλη ανησυχία, όχι όμως και τις ενδιάμεσες διακυμάνσεις της.. Οι παραπάνω λόγοι, οδήγησαν στην επιλογή του MDAS για την παρούσα έρευνα.

Η απαντητική κλίμακα Likert του ΜΙΔΑΣ, έχει πέντε διαβαθμίσεις – καθόλου ανήσυχος-η, λίγο, αρκετά, πολύ, υπερβολικά – οι οποίες αντίστοιχα παίρνουν τις τιμές 1,2,3,4,5. Ως εκ τούτου, μπορεί να δώσει συνολική τιμή, το δείκτη του οδοντιατρικού άγχους, από πέντε έως εικοσιπέντε (5-25). Οι δημιουργοί του (Humphris et al, 1995), προσδιόρισαν την τιμή δεκαεννέα (19), ως οριακό σημείο πάνω από το οποίο, ο οδοντιατρικός ασθενής, χαρακτηρίζεται φοβικός. Τα άτομα, δηλαδή, που έχουν σύνολο ΜΙΔΑΣ δεκαεννέα έως εικοσιπέντε (19-25), είναι φοβικά (Πίνακας 8.1). Αυτό το δεδομένο, προέκυψε από μετρήσεις σε οδοντιατρικά φοβικούς στη Μ. Βρετανία, οι οποίοι προσέρχονται σε ειδικές κλινικές αντιμετώπισης του φόβου για τον οδοντίατρο.

Πίνακας 8.1 ΜΙΔΑΣ

ΜΙΔΑΣ	Συνολική τιμή
Γενικός πληθυσμός	5 - 25
Οδοντ. φοβικοί	19 - 25
Οδοντ. μη φοβικοί	5 - 18

Σε αντίθεση με άλλα ερωτηματολόγια, που αποτελούν ακρωνύμια μεταφρασμένων στα ελληνικά κλιμάκων, στο MDAS ακολουθήθηκε διαφορετική λογική. Ονομάστηκε ΜΙΔΑΣ αποσκοπώντας στη συνήχηση και όχι στην ακριβή μετάφραση. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί ίσως να επιτευχθεί καλλίτερη διακρατική - διαπολιτισμική επικοινωνία.

Σύμφωνα με την ψυχομετρία (Αλεξόπουλος, 1998), στα μεταφρασμένα τεστ πρέπει να συνυπολογίζεται η πολιτισμική ιδιαιτερότητα και η γλωσσική έκφραση κάθε λαού, ώστε να επιτυγχάνεται σωστή προσαρμογή. Τα μεταφρασμένα τεστ, κυρίως από Αμερική και Αγγλία, προτιμώνται για λόγους οικονομικούς, αλλά και διότι διευκολύνουν τις διακρατικές έρευνες. Αυξάνουν την επικοινωνία και γίνονται καλλίτερα αποδεκτά εκ μέρους της επιστημονικής κοινότητας.

Δεν αρκεί, όμως, η απλή μετάφραση και χορήγηση των κλιμάκων στα συμμετέχοντα υποκείμενα. Είναι απαραίτητο, το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο να σταθμιστεί ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του. Η αξιοπιστία της διπλής αξιολόγησης, απαιτεί σταθερότητα ανάμεσα σε δύο διαδοχικές μετρήσεις με χρονική απόσταση, στα ίδια άτομα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες, με χρήση των ίδιων ψυχομετρικών εργαλείων. Στη συνέχεια, γίνεται πολλαπλή συγκριτική στατιστική μελέτη των δύο μετρήσεων.

Η εγκυρότητα, προβλεπτική και συγχρονική, περιεχομένου και εννοιολογικής κατασκευής, απαιτεί, είτε σύγκριση μεταξύ συναφών τεστ, είτε συγκρίσεις μεταξύ ατόμων που διαφέρουν σημαντικά ως προς το βαθμό εκδήλωσης, του χαρακτηριστικού που μετρά το τεστ, για παράδειγμα στη συγκεκριμένη περίπτωση, μεταξύ υγιών και φοβικών. Με αυτόν τον τρόπο, αποδεικνύεται ότι το τεστ πράγματι μετρά αυτό το

οποίο προορίστηκε να μετρά. Η απλή μετάφραση ενός ερωτηματολογίου δεν αρκεί για να χρησιμοποιηθεί σε άλλη γλώσσα.

Στην ελληνική γλώσσα υπάρχουν ανάλογες σταθμίσεις, όπως για το ερωτηματολόγιο Beck, μέτρησης της κατάθλιψης (Ντώνιας, Δεμερτζής, 1983), του STAI, μέτρησης του άγχους (Λιάκος & Γιαννίση, 1984) του EPI, ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck (Δημητρίου, 1986), του SCL-90, μέτρησης της ψυχοπαθολογίας (Ντώνιας και συν., 1991), του MBTI, που σταθμίζει και αξιολογεί την προσωπικότητα και την ιδιοσυγκρασία (Stalikas & Fitopoulos, 1998), του EAT-26, ερωτηματολόγιο συνηθειών διατροφής, για τη διερεύνηση και τη στάθμιση της βελτίωσης, βουλιμίας και νευρικής ανορεξίας (Βάρσου, Τρίκκας, 2001) κ.α.

Μεθοδολογία και Υλικό -- Συνοπτικά

Η στάθμιση του ΜΙΔΑΣ έγινε σε τέσσερα στάδια.
Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει τη μετάφραση της αγγλόφωνης κλίμακας στην ελληνική γλώσσα.
Το δεύτερο στάδιο αποτελεί την τεκμηρίωση της αξιοπιστίας του.
Το τρίτο εξασφαλίζει την εγκυρότητα του.
Το τέταρτο παρέχει την τυποποίηση για συγκεκριμένα στοιχεία. Η μελέτη ολοκληρώνεται με τις συγκρίσεις μεταξύ Ελλάδας, Μ. Βρετανίας, Ηνωμένων Αραβικών Εμιράτων, Φινλανδίας, Β. Ιρλανδίας και Νορβηγίας

Το δείγμα

- 110 άτομα από το διαγνωστικό τμήμα της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (ζητούν θεραπεία = «υγιείς»)**
- 30 άτομα από ιδιωτικό οδοντιατρείο των Αθηνών («υγιείς»)**
- 30 φοβικοί από την οδοντιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στο Ηράκλειο της Κρήτης, θεραπευμένοι, λόγω φόβου, με γενική αναισθησία (ασθενείς μάρτυρες)**

Το δείγμα δημιουργήθηκε από τις προαναφερόμενες ομάδες. Για να είναι επαρκές το δείγμα, απαιτούνται 5-10 άτομα για κάθε ερώτημα της κλίμακας (Αλεξόπουλος, 1998). Με άλλα λόγια, για την κλίμακα ΜΙΔΑΣ, που αποτελείται από πέντε ερωτήματα, απαιτούνται κατ'ελάχιστο, 25-50 άτομα, για κάθε κατηγορία.

Οι 410 φοιτητές ΑΕΙ που συμμετείχαν, έχουν μέση ηλικία 22.5 χρόνια και αποτελούνται από 195 άνδρες και 214 γυναίκες.

Οι 359 μαθητές λυκείων, έχουν μέση ηλικία 16.5 χρόνια και αποτελούνται από 142 αγόρια και 217 κορίτσια.

Τα 110 «υγιή» άτομα, 42 άνδρες και 68 γυναίκες, αντλήθηκαν από ασθενείς που προσέρχονται στη διαγνωστική κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Παρά το γεγονός ότι μεταξύ τους υπάρχουν άτομα οδοντιατρικά φοβικά, εντούτοις χαρακτηρίζονται «υγιείς», διότι ζητούν οδοντιατρική θεραπεία, με τις συνήθεις θεραπευτικές μεθόδους, χωρίς γενική αναισθησία, για παράδειγμα.

Οι 30 τακτικοί ασθενείς από αθηναϊκό ιδιωτικό οδοντιατρείο, έχουν μέση ηλικία 36.5 χρόνια – 15 άνδρες και 15 γυναίκες. Το μορφωτικό τους επίπεδο είναι της μέσης εκπαίδευσης (λύκειο). Οι δύο τελευταίες ομάδες αποτελούν τους «υγιείς μάρτυρες», σύμφωνα με την επιδημιολογία.

Οι 30 φοβικοί αποτελούν την ομάδα των «ασθενών μαρτύρων», διότι λόγω του φόβου τους για τις οδοντιατρικές πράξεις, ζήτησαν και θεράπευσαν τα δόντια τους με γενική αναισθησία, στην οδοντιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Κρήτης.

Όλες οι αναλύσεις, που παρουσιάζονται στη συνέχεια, έγιναν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-10 για Windows (Statistical Package for Social Siences), (Howitt και Dunkan, 2003, Μακράκης, 2000).

Αναλυτική μεθοδολογία και αποτελέσματα

8.1 Στάδιο I – Η Μετάφραση

Η μετάφραση έγινε από δύο έλληνες καθηγητές της αγγλικής γλώσσας, με τη βοήθεια της ερευνήτριας στην οδοντιατρική ορολογία. Ο πρώτος καθηγητής, μετάφρασε την αγγλική κλίμακα στα ελληνικά (forward translation). Ο δεύτερος, μετάφρασε ξανά την κλίμακα από τα ελληνικά στα αγγλικά, χωρίς να γνωρίζει την αρχική μορφή της (back translation). Έγιναν συγκρίσεις, κατάλληλες τροποποιήσεις και προσαρμογή στα ελληνικά γλωσσικά δεδομένα, έτσι ώστε να προκύψει η τελική μορφή του ΜΙΔΑΣ. Με αυτό τον τρόπο, ολοκληρώθηκε η μετάφραση της κλίμακας στην ελληνική γλώσσα, καθώς και η επιτυχής αντιστοιχία της με την αγγλική.

8.2 Στάδιο II – Η Αξιοπιστία

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ΜΙΔΑΣ τεκμηριώνεται με τη στάθμιση της σταθερότητας δύο μετρήσεων του μέσα στο χρόνο, καθώς και με την τεκμηρίωση της εσωτερικής συνοχής των πέντε ερωτημάτων που το αποτελούν.

α – Σταθερότητα. Το ερωτηματολόγιο ΜΙΔΑΣ συμπληρώθηκε δύο φορές, με απόσταση τριών εβδομάδων, στα πλαίσια της συγκριτικής μελέτης για την τεκμηρίωση της σταθερότητας του. Συμμετείχαν σαράντα πέντε (45) άτομα, τριάντα (30) τακτικοί ασθενείς από ιδιωτικό οδοντιατρείο των Αθηνών και δεκαπέντε (15) οδοντιατρικά φοβικοί, από το νοσοκομείο της Κρήτης. Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι οι μετρήσεις που επιτυγχάνονται, είναι σταθερές μέσα στο χρόνο, βάσει των υψηλών τιμών του δείκτη συσχέτισης pearson r για κάθε ερώτημα, αλλά και για το σύνολο του ΜΙΔΑΣ, όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 8.2.

Πίνακας 8.2

Μέτρηση της εσωτερικής αξιοπιστίας. Προσδιορισμός των συντελεστών συσχέτισης pearson r , των 5 ερωτήσεων και του συνόλου του ΜΙΔΑΣ, σε δύο διαδοχικές μετρήσεις με απόσταση τριών εβδομάδων, σε δείγμα 45 ατόμων (30 υγιείς και 15 φοβικοί).

Ερωτήσεις	Pearson r	p
1	0,937	0,001
2	0,895	0,001
3	0,913	0,001
4	0,882	0,001
5	0,927	0,001
Σύνολο	0,965	0,000
N	45	

Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας των δύο μετρήσεων, για κάθε ερώτημα ($r=0.882-0.937$, $p<0.001$) και για το σύνολο του ΜΙΔΑΣ ($r=0.965$, $p<0.000$), έχει υψηλή τιμή και στατιστικά σημαντική.

β - Εσωτερική συνοχή. Τεκμηριώνεται με την παραγοντική ανάλυση στις απαντήσεις των 110 «υγιών» ατόμων, την ίδια χρονική στιγμή, στα 5 ερωτήματα της κλίμακας. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.3. Εμφανίζονται υψηλές φορτίσεις και κορεσμός των ερωτημάτων για έναν παράγοντα, το οδοντιατρικό άγχος. Η ιδιοτιμή είναι 3.641, ενώ η διακύμανση του παράγοντα, καλύπτει το ποσοστό του 72.841%, που θεωρείται πολύ ικανοποιητικό (Γναρδέλης, 2003).

Παραγοντική Ανάλυση

Πίνακας 8.3

Παραγοντικός Πίνακας (N=110)
Σύνολο των ερωτήσεων από την αρχική συμπλήρωση

Ερωτήσεις	Παράγοντας 1
1	.918
2	.921
3	.846
4	.825
5	.744

Τα φορτία του πρώτου παράγοντα είναι υψηλά για όλες τις ερωτήσεις
 Ιδιοτιμή: 3.641, Συνολική ερμηνεύσιμη διακύμανση: 72.821%

Η εσωτερική συνοχή, περαιτέρω, πιστοποιείται και με το υψηλό διάστημα αξιοπιστίας του δείγματος των «υγιών» N=110, Cronbach a=0.85 και των οδοντιατρικά φοβικών N=30, Cronbach a=0.75 όπως φαίνεται, αντίστοιχα, στους Πίνακες 8.4 και 8.5, που ακολουθούν. Επιπλέον, στους ίδιους πίνακες, αναφέρονται οι μέσες τιμές και η τυπική

απόκλιση, για κάθε ερώτημα και για το σύνολο του ΜΙΔΑΣ. Παρατηρούμε ότι για τους υγιείς, Πίνακας 8.4, την υψηλότερη μέση τιμή εμφανίζει το ερώτημα 3, που αναφέρεται στο φόβο που αισθάνονται οι ασθενείς για το τρόχισμα των δοντιών ($m=2.30$ $SD=1.19$) και ακολουθεί το ερώτημα 5, που διερευνά το φόβο για την ένεση ($m=2.14$ $SD=1.15$). Στους υγιείς, η μέση τιμή του φόβου, για το σύνολο του ΜΙΔΑΣ, είναι σχετικά χαμηλή, με μεγάλη σταθερή απόκλιση ($m=9.93$ $SD=4.30$).

Όσον αφορά τους οδοντιατρικά φοβικούς του Πίνακα 8.5, η υψηλότερη μέση τιμή αφορά το ερώτημα 5, που διερευνά το φόβο για την ένεση ($m=4.47$ $SD=0.97$) και ακολουθεί το ερώτημα 3, ο φόβος για τον τροχό ($m=4.37$ $SD=0.89$). Ο δείκτης, τέλος, του οδοντιατρικού άγχους για τους φοβικούς είναι πολύ υψηλός ($m=20.3$ $SD=2.91$). Παρατηρούμε επομένως ότι το ερωτηματολόγιο διαχωρίζει τους οδοντιατρικά φοβικούς από τους μη φοβικούς, με στατιστικά σημαντικές τιμές.

Πίνακας 8.4

Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις για κάθε ερώτημα και για το σύνολο του ΜΙΔΑΣ. Διάστημα αξιοπιστίας Cronbach α , για τα 110 "υγιή" υποκείμενα της διαγνωστικής κλινικής

N=110 Έλληνες, οδοντιατρικά «υγιείς»

Ερωτήσεις	ΜΙΔΑΣ	
	Mean	SD
1	1.92	1.07
2	2.02	1.10
3	2.30	1.19
4	1.55	0.91
5	2.14	1.15
Σύνολο ΜΙΔΑΣ	9.93	4.30
Εσωτερική αξιοπιστία (α)	0.85	

Οι Έλληνες οδοντιατρικά «υγιείς», έχουν δείκτη οδοντιατρικού άγχους $m=9.93$ ($SD=4.30$) και φοβούνται περισσότερο τον τροχό (ερώτηση3).

Πίνακας 8.5

Μέσες τιμές και σταθερές αποκλίσεις των οδοντιατρικά φοβικών στην Ελλάδα.

N=30 Έλληνες οδοντιατρικά φοβικοί

No Ερώτ,	ΜΙΔΑΣ	
	Mean	SD
1	3.67	(1.18)
2	4.00	(0.87)
3	4.37	(0.89)
4	3.70	(1.15)
5	4.47	(0.97)
Σύνολο ΜΙΔΑΣ	20.3	(2,91)
Cronb. a	0.75	

Οι Έλληνες φοβικοί έχουν δείκτη οδοντιατρικού άγχους $m=20.3$ ($SD=2.91$) και φοβούνται περισσότερο την αναισθητική ένεση (ερώτηση 5, $m=4.47$).

8.3 Στάδιο III – Η Εγκυρότητα

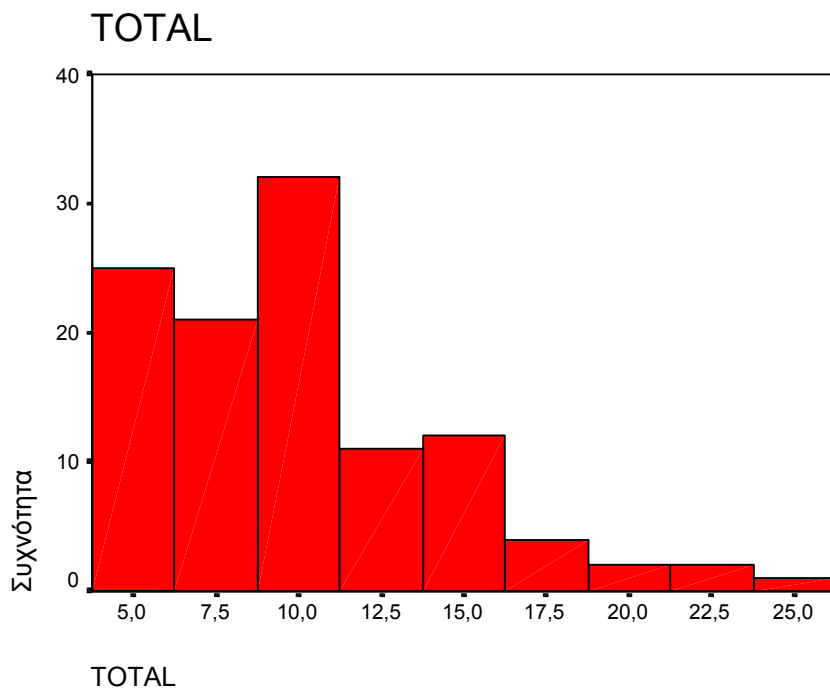
Στο τρίτο στάδιο πιστοποιείται ότι το ΜΙΔΑΣ μετρά αυτό το οποίο προορίστηκε να μετρά. Η τεκμηρίωση της εγκυρότητας πραγματοποιήθηκε με τη σύγκριση του δείκτη οδοντιατρικού άγχους, μεταξύ της ομάδας των 110 «υγιών» ατόμων και των 30 φοβικών. Προκύπτει από τους προηγούμενους πίνακες 3 και 4, $m=9.9$ και $m=20.3$, αντίστοιχα. Το στατιστικό κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα που χρησιμοποιήθηκε, μας δίνει υψηλή στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δύο ομάδων, $t/138=11.88$, $p<0.001$ (Γναρδέλης, 2003). Το ερωτηματολόγιο ΜΙΔΑΣ κρίνεται έγκυρο, διότι μπορεί να διαχωρίσει τους οδοντιατρικά μη φοβικούς, από τους φοβικούς.

Στα διαγράμματα συχνοτήτων 8.1 και 8.2, που ακολουθούν, βλέπουμε την κατανομή των οδοντιατρικά «υγιών» και των φοβικών,

αντίστοιχα. Παρατηρούμε ότι στο διάγραμμα 8.1, των μη φοβικών, οι μέσες τιμές είναι μετατοπισμένες αριστερά, στις χαμηλές κλίμακες του ΜΙΔΑΣ. Κάποια άτομα, έχουν οδοντιατρική φοβία, με δείκτη μεγαλύτερο του δεκαεννέα (19). Στο διάγραμμα 8.2, των φοβικών, οι μέσες τιμές μετατοπίζονται δεξιά, στις υψηλές κλίμακες. Παρατηρούμε και στη συγκεκριμένη ομάδα, κάποια ελάχιστα άτομα (2), έχουν δείκτη πολύ χαμηλότερο του δεκαεννέα, παρά το γεγονός ότι, λόγω φόβου, θεραπεύτηκαν με γενική αναισθησία. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός, είτε ψεύδονται, είτε ότι ποτέ δεν τόλμησαν να προσέλθουν σε οδοντιατρείο και επομένως δεν είναι σε θέση να απαντήσουν σωστά στο ΜΙΔΑΣ.

Διάγραμμα 8.1

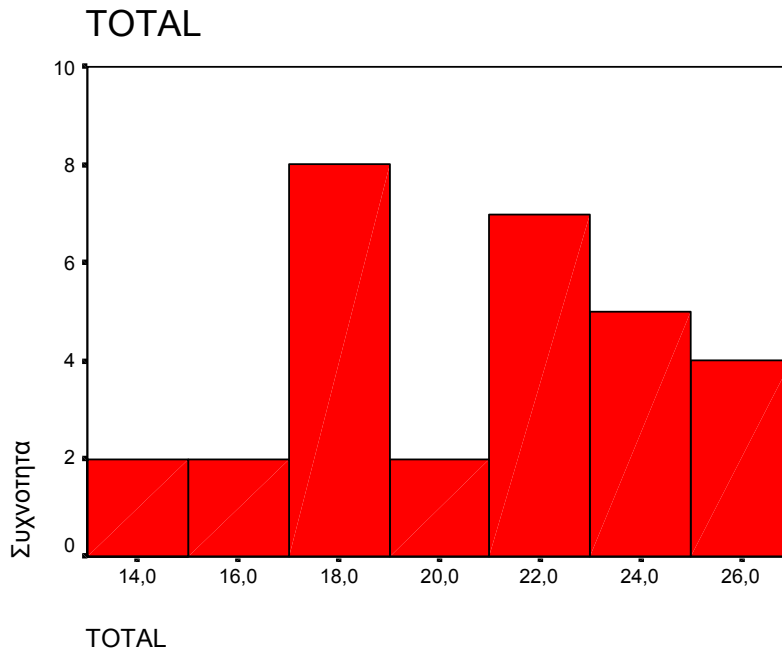
Ιστόγραμμα συχνοτήτων των τιμών του συνολικού δείκτη οδοντιατρικής ανησυχίας στο δείγμα «υγιείς» N=110



Μέση τιμή ΜΙΔΑΣ στους 110 υγιείς m= 9.93

Διάγραμμα 8.2

Ιστόγραμμα συχνοτήτων των τιμών του συνολικού δείκτη οδοντιατρικής ανησυχίας στο δείγμα «φοβικοί» N=30



Μέση τιμή ΜΙΔΑΣ στους 30 φοβικούς $m = 20.3$

$t / 138 = 11.88$, $p < 0.001$

Περαιτέρω τεκμηρίωση της εγκυρότητας έγινε, μέσω του ακόλουθου ερωτήματος που τέθηκε στους 110 υγιείς "Αισθάνεστε άγχος κατά την οδοντιατρική πράξη;". Οι απαντήσεις "καθόλου, κατά κάποιο τρόπο, οπωσδήποτε ναι", εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση, με την, αντίστοιχα αυξανόμενη, μέση τιμή του ΜΙΔΑΣ, όπως φαίνεται στον Πίνακα 8.6 και στο Διάγραμμα 8.3. Η ανάλυση διακύμανσης δίνει υψηλή στατιστική σημαντικότητα $F_{2/107} = 69.9$, $p < 0.001$ (Γναρδέλης, 2003).

Πίνακας 8.6

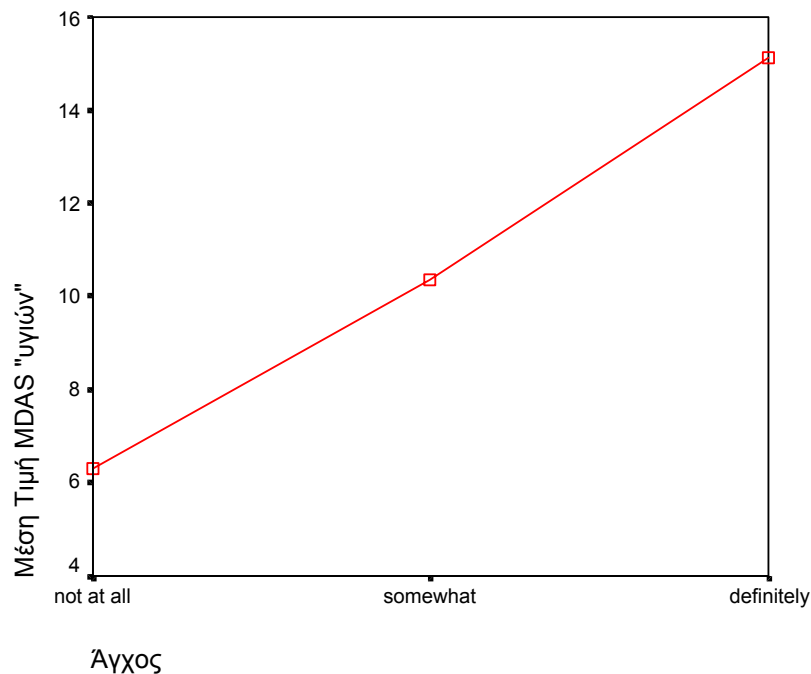
Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων του ΜΙΔΑΣ των 110 «υγιών» υποκειμένων, σε σύγκριση με το άγχος που ομολογούν ότι αισθάνονται κατά την οδοντιατρική πράξη.

Άγχος	ΜΙΔΑΣ		
	N	Mean	SD
Καθόλου	39	6.31	1.54
Κατά κάποιο τρόπο	48	10.38	2.61
Οπωσδήποτε ναι	23	15.13	4.58

Οι δείκτες οδοντιατρικού άγχους 6.31, 10.38 και 15.13, αντίστοιχα συνδέονται, με τις απαντήσεις των υποκειμένων, καθόλου, κατά κάποιο τρόπο και οπωσδήποτε ναι.

Διάγραμμα 8.3

Γραφική παράσταση που εμφανίζει τις μέσες τιμές του συνολικού δείκτη οδοντιατρικού φόβου, που αντιστοιχούν στην κάθε κατηγορία άγχους.



Ανάλυση διακύμανσης ANOVA $F_{2/107} = 69.968, p < 0.001$

8.4 Στάδιο IV – Τυποποίηση ελληνικών δεδομένων και συγκρίσεις μεταξύ κρατών

Η τυποποίηση περιλαμβάνει σταθερές μετρήσεις που αφορούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού, καθώς και διακρατικές συγκρίσεις (Humphris et al, 1995, Humphris et al, 2000).

Το δεδομένο που προέκυψε για την Ελλάδα και μπορεί να τυποποιηθεί, είναι η διαφορά του οδοντιατρικού φόβου, μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι περαιτέρω συγκρίσεις, πραγματοποιούνται για δεδομένα που τεκμηριώθηκαν στην Ελλάδα, με στοιχεία των χωρών που έχουν ήδη αναφερθεί.

Αποδείχτηκε ότι, στην Ελλάδα οι γυναίκες φοβούνται τον οδοντίατρο, περισσότερο από τους άνδρες. Ο δείκτης οδοντιατρικού άγχους στο δείγμα των 110 «υγιών», είναι 8.71% και 10.68%, σε άντρες και γυναίκες, αντίστοιχα, όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 8.7. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα $t/105 = 2.55$ $p < 0.012$.

Πίνακας 8.7

**Μέσες τιμές και σταθερές αποκλίσεις του ΜΙΔΑΣ, σε άνδρες και γυναίκες
t test για τις μεταβλητές φύλου
N=110 «υγιείς»**

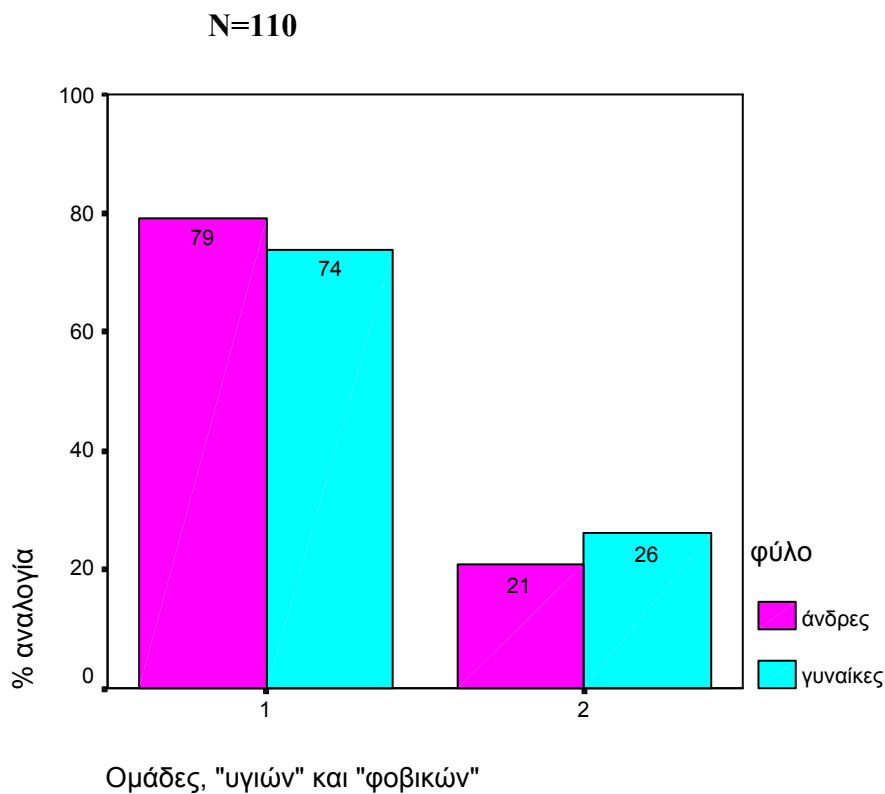
	Mean	SD	t	df	p
άνδρες	8.71	3.40			
γυναίκες	10.68	4.64			
			2.55	105	0.012

$t/105 = 2.55$, $p < 0.012$

Στο διάγραμμα 8.4 που ακολουθεί, βλέπουμε την ποσοστιαία κατανομή φοβικών και μη φοβικών, ανδρών και γυναικών, από το δείγμα των «υγιών». Υπάρχουν 106 μη φοβικοί (ΜΙΔΑΣ<19) και 4 φοβικοί (ΜΙΔΑΣ>19, m=4.6%). Στη συγκριτική ποσοστιαία αναλογία, στους πρώτους υπερτερούν οι άνδρες, ενώ στους φοβικούς, υπερτερούν οι γυναίκες.

Διάγραμμα 8.4

Ποσοστιαία αναλογία φοβικών και μη φοβικών, γυναικών και ανδρών, από το δείγμα « υγιείς »



Συγκρίσεις μεταξύ κρατών

Συγκρίνοντας δεδομένα της χώρας, στη γλώσσα της οποίας μεταφράζεται ένα διεθνώς αναγνωρισμένο ερωτηματολόγιο, με αυτά άλλων χωρών που έχουν προηγηθεί σε ανάλογες έρευνες, επιτυγχάνεται μία περαιτέρω πιστοποίηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της εν λόγω κλίμακας. Οι συγκρίσεις, που τυποποιούν ομοιότητες ή και διαφορές, επιβεβαιώνουν ότι το ερωτηματολόγιο είναι επαρκές και αξιόπιστο εργαλείο, για να χρησιμοποιηθεί στη γλώσσα που μεταφράστηκε. Με αυτόν τον τρόπο εξυπηρετούνται, αφενός, κλινικές και ερευνητικές ανάγκες της χώρας, αφετέρου, τα δεδομένα κρίνονται αξιόπιστα να συμπεριληφθούν, σε διακρατικές-διαπολιτισμικές έρευνες.

Οι συγκρίσεις που πραγματοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις ομάδες. Η **πρώτη ομάδα (α)**, αναφέρεται σε περιγραφικές συγκρίσεις μεταξύ Ελλάδας και Μ. Βρετανίας, για στοιχεία που υπάρχουν μόνο για τις δύο αυτές χώρες. Αφορούν δεδομένα ως προς το φύλο, τους οδοντιατρικά φοβικούς και τους φοιτητές (Humphris et al, 1995). Στη **δεύτερη ομάδα (β)**, γίνονται συγκρίσεις μεταξύ Ελλάδας, Μ. Βρετανίας, Φινλανδίας (δύο πόλεις, Γιβασκίλα και Ελσίνκι), Ηνωμένων Αραβικών Εμιράτων (Ντουμπαϊ) και Β. Ιρλανδίας (Μπέλφαστ), (Humphris et al, 2000). Τα δεδομένα που παρουσιάζονται, είναι οι μέσες τιμές για κάθε ερώτημα και ο δείκτης οδοντιατρικού άγχους, που προκύπτουν από το ΜΙΔΑΣ. Το διάστημα αξιοπιστίας Cronbach α και το επί της % ποσοστό του ΜΙΔΑΣ, για τιμές άνω του ορίου δεκαεννέα (19), που καθορίζει τους οδοντιατρικά φοβικούς. Στην **τρίτη ομάδα (γ)**, συγκρίνονται δεδομένα μεταξύ Ελλήνων και Νορβηγών, ηλικίας 16-25 ετών (Haugejorden και Klock, 2000).

α – Συγκρίσεις μεταξύ Ελλήνων και Βρετανών

(φύλο – φοβικοί - φοιτητές)

Στον Πίνακα 8.8 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι διαφορές της μέσης τιμής του φόβου ως προς το φύλο, σε οδοντιατρικά «υγιείς» ασθενείς, στην Ελλάδα και τη Μ. Βρετανία. Το δείγμα των Ελλήνων, προέρχεται από ασθενείς προσερχόμενους στη διαγνωστική κλινική, της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Αθήνας. Το δείγμα των Βρετανών, προέρχεται από την κοινότητα και πρόκειται για ασθενείς που προσέρχονται σε γιατρούς παθολόγους, του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παρατηρούμε ότι και στις δύο χώρες, οι γυναίκες φοβούνται τον οδοντίατρο περισσότερο από τους άντρες. Ο δείκτης οδοντιατρικού άγχους για τους Έλληνες, άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα, είναι, 8.7 vs 10.68, $t/105= 2.55$, $p < 0.012$ και για τους Βρετανούς, 8.96 vs 11.07.

Πίνακας 8.8

Μέσες τιμές και σταθερές αποκλίσεις του φόβου σε άνδρες και γυναίκες, οδοντιατρικά «υγιείς», στην Ελλάδα και τη Μ. Βρετανία

	N	Άνδρες		Γυναίκες	
Ελλάδα	110	42	8.7 (3.56)	68	10.68 (4.64)
Μ. Βρετ.	525	350	8.96 (4.39)	175	11.07 (5.45)

Οι γυναίκες φοβούνται περισσότερο από τους άνδρες και στις δύο χώρες

Ελλάδα, άνδρες-γυναίκες $t/105= 2.55$, $p < 0.012$

Στον επόμενο Πίνακα 8.9, παρουσιάζονται οι διαφορές μεταξύ Ελλήνων και Βρετανών, αναφορικά με το φόβο του τροχού και της αναισθητικής ένεσης. Οι διαφορές αφορούν *οδοντιατρικά φοβικούς* ασθενείς. Αποδεικνύεται ότι, οι Έλληνες, φοβούνται περισσότερο την ένεση και λιγότερο τον τροχό (4.47 vs 4.37) Το αντίθετο παρατηρείται στη Μεγάλη Βρετανία (4.68 vs 4.71). Ο δείκτης οδοντιατρικού άγχους για τους Έλληνες φοβικούς είναι 20.3 (2.91), για δε τους Βρετανούς είναι 21.51 (2.94). Το διάστημα αξιοπιστίας α , είναι παρεμφερές και στους δύο πληθυσμούς (0.75 vs 0.72.). Το δείγμα των Ελλήνων οδοντιατρικά φοβικών, υπενθυμίζουμε ότι προέρχεται από την οδοντιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στο Ηράκλειο της Κρήτης, όπου θεραπεύτηκαν με γενική αναισθησία. Οι Βρετανοί φοβικοί, προέρχονται από ειδική κλινική αντιμετώπισης του οδοντιατρικού άγχους, όπου θεραπεύονται με από κοινού παρέμβαση, οδοντίατρου και κλινικού ψυχολόγου.

Πίνακας 8.9

Μέσες τιμές και σταθερές αποκλίσεις των φοβικών, για τα 5 ερωτήματα, το σύνολο του ΜΙΔΑΣ και το διάστημα αξιοπιστίας Cronbach α , στην Ελλάδα (N=30) και τη Μ. Βρετανία (N=41).

No Ερώτ,	N=30 Ελλάδα		N=41 Μ. Βρετανία	
	M	SD	M	SD
1	3.68	(1.18)	4.39	(0.92)
2	4.00	(0.87)	4.07	(0.72)
3	4.37	(0.89)	4.71	(0.62)
4	3.70	(1.15)	3.66	(1.24)
5	4.47	(0.97)	4.68	(0.72)
ΜΙΔΑΣ	20.3	(2,91)	21, 51	(2,94)
Cronb. α .	0.75		0.72	

Οι Έλληνες οδοντιατρικά φοβικοί, αισθάνονται περισσότερο άγχος για την αναισθητική ένεση (ερώτηση 5) και λιγότερο για τον τροχό (ερώτηση 3). Οι Βρετανοί φοβικοί, vice versa.

Στον Πίνακα 8.10 παρουσιάζεται η μέση τιμή του φόβου και οι σταθερές αποκλίσεις σε Έλληνες φοιτητές ΑΕΙ και μαθητές λυκείων, καθώς και σε Βρετανούς φοιτητές της Ιατρικής και της Ψυχολογίας. Οι φοιτητές στην Ελλάδα και τη Μ. Βρετανία, έχουν περίπου τον ίδιο δείκτη άγχους για τον οδοντίατρο (11.45 οι Έλληνες φοιτητές vs 10.97 και 11.73 των Βρετανών). Οι Έλληνες μαθητές, εμφανίζουν μεγαλύτερο φόβο και σε μεγαλύτερο ποσοστό, από τους φοιτητές, Έλληνες και Βρετανούς. Οι Έλληνες μαθητές 12.6, vs 11.45 των Ελλήνων φοιτητών και 10.97 και 11.73 των Βρετανών φοιτητών. Τα ποσοστά των φοβικών είναι μεγαλύτερα στους Έλληνες μαθητές, συγκριτικά με τους Έλληνες φοιτητές ΑΕΙ, 16.2% vs 11%, αντίστοιχα.

Πίνακας 8.10

Μέση τιμή του φόβου και σταθερές αποκλίσεις σε Έλληνες φοιτητές ΑΕΙ και μαθητές λυκείων καθώς και σε Βρετανούς φοιτητές Ιατρικής και Ψυχολογίας. Ποσοστιαία αναλογία φοβικών στα ελληνικά δείγματα

		N	ΜΙΑΑΣ	SD	% >19
Ελλάδα	φοιτητές ΑΕΙ	409	11.45	4.86	11%
Ελλάδα	μαθητές λυκείων	356	12.6	5.01	16.2%
Μ. Βρετανία	φοιτητές ιατρικής	116	10.97	4.14	
Μ. Βρετανία	φοιτητές ψυχολογίας	102	11.73	4.84	

Οι φοιτητές στην Ελλάδα και τη Μ. Βρετανία, εμφανίζουν περίπου τον ίδιο φόβο για τον οδοντίατρο. Οι Έλληνες μαθητές λυκείων, φοβούνται περισσότερο και σε μεγαλύτερο ποσοστό

β - Συγκρίσεις μεταξύ Ελλάδας, Μ. Βρετανίας, Φινλανδίας (δύο πόλεις Γιβασκίλα και Ελσίνκι), Ενωμένα Αραβικά Εμιράτα (Ντουμπάϊ) και Β. Ιρλανδία (Μπέλφαστ)

Στον Πίνακα 8.11 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι συγκρίσεις «υγιών» ατόμων (κριτήριο η επίσκεψη στον οδοντίατρο) μεταξύ των προαναφερομένων χωρών. Αφορούν:

1-Το φόβο για την ένεση συγκριτικά με τον τροχό.

Στην Ελλάδα, στη Φινλανδία και στη Β.Ιρλανδία, παρατηρείται περισσότερος φόβος για τον τροχό και λιγότερο για την ένεση. Στη Μ. Βρετανία και τα Ε.Α.Ε, αντίθετα, φοβούνται περισσότερο την ένεση και λιγότερο τον τροχό.

2-Τη μέση τιμή του οδοντιατρικού άγχους, ΜΙΔΑΣ.

Κυμαίνεται μεταξύ 9.93 (Ελλάδα) και 12.40 (Μπέλφαστ).

3-Το επί τοις % ποσοστό άνω του δεκαεννέα (>19), των φοβικών.

Εμφανίζεται υψηλότερο στο Μπέλφαστ της Β. Ιρλανδίας (19.5%) και χαμηλότερο στο Ελσίνκι της Φινλανδίας (3%). Αξιοσημείωτη είναι η διαφορά μεταξύ των δύο πόλεων της Φινλανδίας. Στη Γιβασκίλα το ποσοστό των οδοντιατρικά φοβικών είναι 8.8%. Η Μ. Βρετανία δεν δίνει αυτό το δεδομένο.

4-Την εσωτερική συνοχή του ΜΙΔΑΣ

Σε όλες τις προαναφερόμενες χώρες, είναι περίπου ίδιο (Cronbach $\alpha=0.85-0.90$).

Πίνακας 8.11

«Υγιή» υποκείμενα στις κοινότητες. Μέσες τιμές και σταθερές αποκλίσεις για όλα τα ερωτήματα. Ποσοστά του δείκτη οδοντιατρικού άγχους, με τιμές >19. Μέσες τιμές και σταθερές αποκλίσεις για το σύνολο του ΜΙΔΑΣ και Cronbach a για την Ελλάδα, Μ.Βρετανία, Γιβασκίλα, Ελσίνκι, Ντουμπάϊ και Μπέλφαστ

Ερωτήσ.	N=110		N=525		N=200		N=200		N=200		N=200	
	Ελλάδα		Μ. Βρετανία		Γιβασκίλα		Ελσίνκι		Ντουμπάϊ		Μπέλφαστ	
1	1.92	(1.07)	1.93	(1.27)	1.81	(1.00)	1.72	(0.91)	1.66	(0.82)	2.43	(1.42)
2	2.02	(1.10)	1.99	(1.24)	1.94	(1.02)	1.80	(0.93)	1.81	(1.01)	2.44	(1.35)
3	2.30	(1.19)	2.43	(1.36)	2.51	(1.36)	2.25	(1.12)	2.29	(1.28)	2.92	(1.48)
4	1.55	(0.91)	1.58	(1.03)	1.84	(0.99)	1.87	(1.04)	2.27	(1.08)	1.90	(1.35)
5	2.14	(1.15)	2.46	(1.43)	2.44	(1.21)	1.81	(0.65)	2.83	(1.18)	2.76	(1.45)
ΜΙΔΑΣ	9.93	(4.30)	10.36	(5.36)	10.54	(4.65)	9.44	(3.91)	10.90	(4.28)	12.40	(5.98)
% >19	4.58		-----		8.80		3		6		19.50	
a	0.85		0.90		0.88		0.89		0.86		0.90	

Τα "υγιή" άτομα στην Ελλάδα, Γιβασκίλα και Ελσίνκι (Φινλανδία), καθώς και στη Β. Ιρλανδία φοβούνται περισσότερο τον τροχό (ερώτηση 3), συγκριτικά με την αναισθητική ένεση (ερώτηση 5). Στη Μ. Βρετανία και το Ντουμπάϊ (Ενωμένα Αραβικά Εμιράτα), vice versa

Το διάστημα αξιοπιστίας Cronbach a, είναι παρόμοιο σε όλες τις χώρες, ενώ το % ποσοστό του ΜΙΔΑΣ>19, διαφέρει

Το σύνολο του ΜΙΔΑΣ κυμαίνεται από 9.93 (Ελλάδα) – έως 12.40 (Β. Ιρλανδία).

γ – Συγκρίσεις μεταξύ Ελλάδας -Νορβηγίας

Στον Πίνακα 8.12 γίνονται συγκρίσεις μεταξύ Ελλάδας και Νορβηγίας. Το δείγμα των Ελλήνων αποτελείται από 409 φοιτητές, μέσης ηλικίας 22.5 έτη. Το δείγμα των Νορβηγών, από 357 νέους, μέσης ηλικίας 25 έτη. Οι αναφορές αφορούν τη μέση τιμή του ΜΙΔΑΣ ≥ 17 . Οι μέσες τιμές 17&18, αφορούν τα άτομα που έχουν άγχος για την οδοντιατρική πράξη, αλλά όχι φοβία. Οι τιμές του Πίνακα 11, συμπεριλαμβάνουν τα άτομα με άγχος και φοβία (17-25) για τον οδοντίατρο, αλλά και τα άτομα με αμιγή φοβία ΜΙΔΑΣ >19 . Στην Ελλάδα, το ποσοστό των φοιτητών, που έχουν άγχος για τον οδοντίατρο, είναι περίπου όμοιο με της Νορβηγίας, 16.6% vs 17%, αντίστοιχα. Το ποσοστό των οδοντιατρικά φοβικών νέων, είναι μεγαλύτερο στη Νορβηγία από αυτό της Ελλάδας (12% vs 11%, αντίστοιχα).

Πίνακας 8.12

Ποσοστά με άγχος και φόβο για τον οδοντίατρο ΜΙΔΑΣ, ≥ 17 (17-25)

Ελλήνων N=409, μέση ηλικία 22.5 έτη και Νορβηγών N=357, μέση ηλικία 25

Χώρα	Ηλικία	N	MDAS≥ 17	MDAS≥ 19
Νορβηγία	25	357	17 %	12 %
Ελλάδα	22.5	409	16.6%	11 %

Έλληνες και Νορβηγοί έχουν άγχος για τον οδοντίατρο περίπου στο ίδιο ποσοστό (16.6% vs 17%, αντίστοιχα). Περισσότεροι Νορβηγοί έχουν φοβία για τον οδοντίατρο από τους Έλληνες (12% vs 11%, αντίστοιχα).

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα που προαναφέρθηκαν πιστοποιούν ότι το ΜΙΔΑΣ είναι αξιόπιστο, διότι οι μετρήσεις του είναι σταθερές μέσα στο χρόνο ($p < 0.001$), τα πέντε ερωτήματα από τα οποία αποτελείται έχουν εσωτερική συνοχή (Cronbach $\alpha = 0.965$) και στην παραγοντική ανάλυση δίνει υψηλές φορτίσεις της τάξης του 0.9, για έναν παράγοντα. Ακόμα, κρίνεται έγκυρο διότι μπορεί να διαχωρίσει τους οδοντιατρικά φοβικούς από τους μη φοβικούς ($p < 0.001$).

Οι συγκρίσεις του με μετρήσεις άλλων χωρών, τυποποιούν τον αυξημένο φόβο των γυναικών έναντι των ανδρών ($p < 0.012$). Στην Ελλάδα, τεκμηριώθηκε περαιτέρω ότι οι μη φοβικοί εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία για τον τροχό και λιγότερη για την αναισθητική ένεση, σε αντίθεση με τους οδοντιατρικά φοβικούς, που λειτουργούν αντίστροφα. Τα δύο τελευταία στοιχεία μπορούν να αποτελέσουν βοήθημα στην κλινική πράξη.

Τα δεδομένα που προκύπτουν από τη στάθμιση της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και της τυποποίησης, τεκμηριώνουν την ψυχομετρική επάρκεια του ΜΙΔΑΣ για την ελληνική γλώσσα. Οι συγκρίσεις μεταξύ Ελλάδας, Μ.Βρετανίας, Η.Α.Ε., Φινλανδίας, Β. Ιρλανδίας και Νορβηγίας, επισημαίνουν τις ομοιότητες, αλλά και τις διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των χωρών, όσον αφορά το οδοντιατρικό άγχος και το φόβο. Το ΜΙΔΑΣ, ως εκ τούτου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από κλινικούς οδοντίατρους για τον καθορισμό του δείκτη του οδοντιατρικού άγχους των ασθενών τους. Μπορεί, ακόμα, να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα του οδοντιατρικού φόβου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Διερεύνηση του ρόλου της ταυτότητας της πηγής επιρροής ως μειονότητα ή πλειονότητα, με επικέντρωση στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ή στο περιεχόμενο του μηνύματός της

ΠΕΙΡΑΜΑ I

Τίτλος. «Ταυτότητα της πηγής επιρροής, ως προς το μειονοτικό ή πλειονοτικό της καθεστώς, ψυχολογιοποιημένη ή με επικέντρωση στο περιεχόμενο του μηνύματός της». **Επιδράσεις στην αλλαγή συμπεριφοράς φοβικών και μη φοβικών οδοντιατρικών ασθενών**

Πίνακας 9.1

9.1 Δείγμα και Πειραματικός σχεδιασμός

Υπόθεση

Οδοντιατρικά Φοβικοί: Επηρεάζονται και Αλλάζουν Γνώμη από μία Μη Ψυχολογιοποιημένη Μειονότητα

Οδοντιατρικά Μη Φοβικοί: Επηρεάζονται και Αλλάζουν Γνώμη από μία Ψυχολογιοποιημένη Πλειονότητα

Ανεξάρτητες Μεταβλητές: 1-Ταυτότητα της πηγής επιρροής

2- Ψυχολογιοποίηση

Εξαρτημένη Μεταβλητή: Η μέση αλλαγή της γνώμης φοβικών και μη φοβικών οδοντιατρικών ασθενών

Μεθοδολογία - Υλικό

Το δείγμα : N=409 φοιτητές ΑΕΙ 195 άνδρες και 214 γυναίκες

Μέση ηλικία 22.2 έτη

Προτέστ: Ερωτηματολόγια ΜΙΔΑΣ (m=11.6) & ΕΡΟΣ

Πειραματική φάση: Ταυτότητα της πηγής- κείμενο επιρροής- ψυχολογιοποίηση

Μετατέστ: Ερωτηματολόγιο ΕΡΟΣ, εκ νέου

Επεξεργασία δεδομένων: με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS –10,

με την πολυμεταβλητή ανάλυση διασποράς - MANOVA

Στο πρώτο πείραμα διερευνάται η ταυτότητα της πηγής επιρροής ψυχολογιοποιημένης ή με επικέντρωση στο μήνυμά της, στην αλλαγή συμπεριφοράς των οδοντιατρικών ασθενών. Αυτές οι δύο παράμετροι, ταυτότητα και ψυχολογιοποίηση, αποτελούν τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Ένας επιπλέον παράγοντας που υπεισέρχεται, είναι ο διαχωρισμός οδοντιατρικά φοβικοί – μη φοβικοί, που προκύπτει από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο ΜΙΔΑΣ. Εξαρτημένη μεταβλητή είναι η μέση αλλαγή της γνώμης των υποκειμένων μας, τα υποκείμενα-πολίτες κατά τον Doise (1982), που εκφράζεται με τον δείκτη της κοινωνικής επιρροής.

Ο συνολικός πειραματικός χειρισμός βασίζεται στο πειραματικό υπόδειγμα της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, που έγινε τόσο στην Ελβετία, όσο και στην Ελλάδα, για τη διερεύνηση της επίδρασης της ψυχολογιοποίησης στην κοινωνική επιρροή. Απέδειξε, ότι η έρευνα δεν πρέπει να διεξάγεται σε κοινωνικό κενό, για να είναι συνεπής και αντίστοιχη με την κοινωνική πραγματικότητα (Παπαστάμου, 1989γ, σελ. 214-220). Η εποχή μας, κατά τον Moscovici (1979), αντιπροσωπεύεται από μειονοτικά κινήματα, που εκφράζουν την αντίθεση τους με τις παγιωμένες νόρμες της εξουσίας. Παρατηρούμε ότι οι ενεργές μειονότητες είναι αυτές που έχουν τη δυνατότητα να επιφέρουν κοινωνικές αλλαγές (Moscovici, 1979, Mugny, 1982, Papastamou, 1983). Η ψυχολογιοποίηση ελαττώνει, ως γνωστό, την επιρροή των μειονοτήτων, χωρίς να βλάπτει- αν δεν αυξάνει -την επιρροή της καταξιωμένης πλειονότητας (Παπαστάμου, 1989γ, σελ.242)

Οι ενήλικοι οδοντιατρικά φοβικοί, από μόνοι τους συνιστούν μια μειονότητα, τόσο αριθμητικά ($\cong 10\%$), όσο και συμπεριφορικά, εφόσον αρνούνται την οδοντιατρική φροντίδα. Είναι εσωστρεφείς και εντρυφούν περισσότερο στην ενδοσκόπησή τους, με αποτέλεσμα να έχουν περισσότερη αυτογνωσία (Economou, 2003). Με δεδομένο το γεγονός

ότι κάποιες μειονότητες επηρεάζονται περισσότερο και αλλάζουν συμπεριφορά από ομάδες χαμηλού καθεστώτος, λ.χ οι καπνιστές, (Falomir, Mugny και Pérez, 1996, σελ. 220), οδηγηθήκαμε στην υπόθεση του παρόντος πειράματος.

Η υπόθεση που διατυπώνεται είναι ότι οι οδοντιατρικά φοβικοί επηρεάζονται και αλλάζουν γνώμη από μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα. Αντίθετα οι οδοντιατρικά μη φοβικοί επηρεάζονται και αλλάζουν γνώμη από μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα. Οι δύο κατηγορίες ασθενών μελετώνται ανεξάρτητα και αλληλεξάρτητα. Κατανέμονται η κάθε μία σε τέσσερις πειραματικές συνθήκες, διότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές οδηγούν σε ένα παραγοντικό πειραματικό χειρισμό 2X2. Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν ως προς τους φοβικούς και τους μη φοβικούς.

9.2 Μεθοδολογία και Υλικό

Σ' αυτό το πείραμα πήραν μέρος 409 προπτυχιακοί φοιτητές ΑΕΙ, 214 γυναίκες και 195 άνδρες, με μέση ηλικία 22.2 έτη. Τα πειραματικά μας υποκείμενα τα συναντούμε στις αίθουσες διδασκαλίας, κατανεμημένα τυχαία στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες. Το πείραμα απαρτίζεται από ένα προτέστ, μία πειραματική φάση και ένα μετατέστ, με παρεμβολή μιας εβδομάδας μεταξύ τους. Στα πλαίσια του προτέστ, απαντούν αρχικά στα ερωτηματολόγια ΜΙΔΑΣ και ΕΡΟΣ. Το ΜΙΔΑΣ τους διαχωρίζει σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη. Στη συνέχεια απαντούν στο ερωτηματολόγιο γνώμης ΕΡΟΣ, εκφράζοντας τις απόψεις τους για τις σχέσεις οδοντίατρου – ασθενή. Μετά από μία εβδομάδα, ακολουθεί η πειραματική διαδικασία, όπου, υποβάλλουμε τα υποκείμενα μας στον πειραματικό χειρισμό ανάλογα με την πειραματική συνθήκη

στην οποία συμμετέχουν, ενώ, τέλος, στο μετατέστ απαντούν εκ νέου στο ΕΡΟΣ. Ο πειραματικός χειρισμός περιλαμβάνει το κείμενο επιρροής με το οποίο εισάγεται η σύγκρουση με ερωτήματα υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων, που αποτελούν τα άμεσα ερωτήματα του ΕΡΟΣ. Ανάλογα με την πειραματική συνθήκη, αυτές τις θέσεις υποστηρίζει μια μειονότητα μεταπτυχιακών φοιτητών της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής ψυχολογιοποιημένη ή μη, ή μια πλειονότητα καταξιωμένων Καθηγητών Πανεπιστημίου του ίδιου αντικειμένου, επίσης ψυχολογιοποιημένη ή μη. Η μειονοτική ομάδα των φοιτητών, δηλαδή, αποτελείται από άτομα χαμηλού καθεστώτος σε αντίθεση με τους Καθηγητές Πανεπιστημίου που συνιστούν την πλειονότητα, την ομάδα κύρους και υψηλού καθεστώτος.

Στις συνθήκες όπου ενεργοποιείται η ψυχολογιοποίηση, καλούμε τα υποκείμενα μας υποδείξουν ορισμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που αφορούν την πηγή επιρροής, κατά την άποψή τους. Στις συνθήκες μη ψυχολογιοποίησης, απλά, ζητάμε από τα υποκείμενά μας να γράψουν μία μικρή περίληψη του κειμένου επιρροής. Με αυτό τον τρόπο τα οδηγούμε να επικεντρώσουν στο περιεχόμενο του μηνύματος.

Η διαφορά των μέσων τιμών του ΕΡΟΣ που προκύπτουν στο μετατέστ και το προτέστ, δημιουργούν τον δείκτη της κοινωνικής επιρροής. Η μέση αλλαγή της γνώμης των υποκειμένων μας, αποκαλύπτει σε πια πειραματική συνθήκη ασκείται η μεγαλύτερη επιρροή, εκφράζοντας θεωρητικά τις σταθερές προδιαθέσεις των υποκειμένων μας για δράση. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-10. Η επταβάθμια απαντητική κλίμακα του ΕΡΟΣ, αντιστρέφεται στα έμμεσα ερωτήματα, για να έχει την ίδια κατεύθυνση με τα άμεσα ερωτήματα και να πραγματοποιείται η σύγκριση των αποτελεσμάτων. Χρησιμοποιείται η πολυμεταβλητή

ανάλυση διασποράς – Μανονα (Μακράκης Β., 2001, Howitt και Cramer, 2002).

Από το ΜΙΔΑΣ του προτέστ προκύπτουν 45 φοβικοί (11%) και 364 μη φοβικοί. Οι φοβικοί είναι κατανεμημένοι στις 4 πειραματικές συνθήκες όπως φαίνεται στον Πίνακα 9.2 των αποτελεσμάτων.

9.3 Αποτελέσματα οδοντιατρικά *Φοβικών ασθενών*

Μέση αλλαγή γνώμης των *φοβικών*

N=45 (11%)

Πίνακας 9.2

Κατανομή οδοντιατρικά φοβικών υποκειμένων στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες

	Μειον. Πλειον.	
Ψ	10	10
Μη Ψ	12	13

Στον Πίνακα 9.3 παρατηρούμε τη μέση αλλαγή της γνώμης των οδοντιατρικά φοβικών υποκειμένων, στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, αναφορικά με τα άμεσα και τα έμμεσα ερωτήματα.

Πίνακας 9.3

ΜΕΣΗ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΦΟΒΙΚΩΝ				
Προτάσεις	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	A	E	A	E
Ψ	-0.001	-0.001	-0.10	0.28
Μη Ψ	0.35	0.15	0.18	-0.10

Άμεση επιρροή $-0.001 < 0.35$ $p < 0.05$ test LSD

Μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα, με τα άμεσα ερωτήματα, επηρεάζει τους οδοντιατρικά φοβικούς, στατιστικά σημαντικότερα, από μία ψυχολογιοποιημένη μειονότητα.

Τα αποτελέσματα όσον αφορά τα οδοντιατρικά φοβικά μας υποκείμενα επιβεβαιώνουν την υπόθεση που διατυπώθηκε αρχικά. Οι οδοντιατρικά φοβικοί, όπως φαίνεται στον Πίνακα 9.3, επηρεάζονται και αλλάζουν γνώμη, ως προς τα άμεσα ερωτήματα, από μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα (M.O=0.35), συγκριτικά με μία ψυχολογιοποιημένη μειονότητα (M.O=-0.001 $p < 0.05$). Με άλλα λόγια, εμφανίζουν έναν μειονοκεντρικό προσανατολισμό. Η ταυτότητα της πηγής επιρροής αλληλεπιδρά με τους ψυχολογιοποιητικούς ή μη μηχανισμούς, δίνοντας στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των τεσσάρων συνθηκών $F(3/41)=2.51$ $p < 0.07$. Επιπλέον, η σημαντικότητα $F(3/41)=2.24$ $p < 0.09$, εμφανίζεται και στην άμεση επιρροή.

9.4 Αποτελέσματα οδοντιατρικά μη φοβικών

Τυχαία επιλογή 10% (364), N=47

Ο αριθμός των οδοντιατρικά μη φοβικών είναι μεγάλος (364 υποκείμενα). Προκειμένου να είναι συγκρίσιμοι με τους φοβικούς γίνεται τυχαία επιλογή 10% του συνόλου τους, που μας δίνει 47 υποκείμενα. Στον Πίνακα 9.4 παρατηρούμε την κατανομή των οδοντιατρικά μη φοβικών στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες.

Πίνακας 9.4

N=47

Κατανομή μη φοβικών υποκειμένων στις 4 πειραματικές συνθήκες

	Μειον. Πλειον.	
Ψ	13	13
Μη Ψ	10	11

Στον Πίνακα 9.5 που ακολουθεί, παρατηρούμε τη μέση αλλαγή της γνώμης των οδοντιατρικά μη φοβικών υποκειμένων, στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες που δημιουργήθηκαν

Πίνακας 9.5

ΜΕΣΗ ΑΛΛΑΓΗ ΓΝΩΜΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΜΗ ΦΟΒΙΚΩΝ				
Προτάσεις	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	A	E	A	E
Ψ	-0.001	0.23	0.41	0.001
Μη Ψ	0.31	-0.001	0.18	0.29

Άμεση επιρροή $-0.001 < 0.41$ $p < 0.05$ τεστ LSD

Μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα επηρεάζει στατιστικά σημαντικότερα τους οδοντιατρικά μη φοβικούς, συγκριτικά με ψυχολογιοποιημένη μειονότητα, ως προς τα άμεσα ερωτήματα, υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων

Η υπόθεση για τους οδοντιατρικά μη φοβικούς επιβεβαιώνεται. Επηρεάζονται περισσότερο και αλλάζουν γνώμη, ως προς τα άμεσα ερωτήματα, από μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα (M.O=0.41), συγκριτικά με μία ψυχολογιοποιημένη μειονότητα (M.O=-0.001 $p < 0.05$), όπως φαίνεται στον Πίνακα 9.5. Η στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των πειραματικών συνθηκών είναι οριακή, αλλά υπολογίσιμη. Υποδηλώνει ισχυρή τάση $F(3/43)=2.088$ $p < 0.1$. Το αποτέλεσμα αυτό εμφανίζεται σύμφωνο με τη θεωρία, ότι, δηλαδή, η ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα μπορεί να αυξήσει την επιρροή της, προς τον στόχο που απευθύνεται (Papastamou, 1986). Η θεωρία αυτή, όπως είδαμε, δεν ισχύει για την ειδική ομάδα των οδοντιατρικά φοβικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ μη φοβικών – Ιδεολογική συγγένεια με την πηγή επιρροής

Κοντινά – Απομακρυσμένα Υποκείμενα

Τυχαία επιλογή 35% (364) – N=122

Όπως προκύπτει από προηγούμενες έρευνες του Papastamou (1983) και Παπαστάμου (1989γ, σελ. 246, 393-396), η ιδεολογική συγγένεια ή μη των πειραματικών υποκειμένων με τις θέσεις της πηγής επιρροής, ασκεί κάποιες διαφοροποιήσεις στην ασκούμενη επιρροή. Αναλυτικότερα, μπορεί να λεχθεί ότι τα υποκείμενα τα οποία στο προτέστ εμφανίζουν ιδεολογική συγγένεια με τα άμεσα ερωτήματα, δηλαδή, με τις θέσεις της πηγής επιρροής, τα αποκαλούμενα "κοντινά", επηρεάζονται περισσότερο από τις μειονοτικές θέσεις όταν απουσιάζει η συνθήκη της ψυχολογιοποίησης. Αντίθετα τα ιδεολογικά "απομακρυσμένα" υποκείμενα, επηρεάζονται περισσότερο από την μειονότητα, όταν ψυχολογιοποιείται.

Όσον αφορά τις πλειονότητες, στα κοντινά υποκείμενα, η ψυχολογιοποίηση αυξάνει την επιρροή τους έναντι των μειονοτήτων. Η απουσία ψυχολογιοποίησης δε διαφοροποιεί την επιρροή μειονότητας-πλειονότητας. Εξετάζοντας, στη συνέχεια, ο Παπαστάμου (ο.π), την επιρροή της πλειονότητας στα απομακρυσμένα υποκείμενα, παρατηρεί ότι η ύπαρξη ή η απουσία ψυχολογιοποίησης, δεν αυξάνει την επιρροή της μειονότητας, έναντι των ομάδων κύρους.

Εντούτοις, ο χειρισμός της ψυχολογιοποίησης πρέπει να εξεταστεί και από την άποψη των άμεσων και έμμεσων ερωτημάτων (ο.π.). Η συγκεκριμένη διάσταση ως προς την μειονοτική επιρροή, αποκαλύπτει τις ακόλουθες τάσεις. Στην άμεση επιρροή, τα κοντινά υποκείμενα επηρεάζονται περισσότερο όταν απουσιάζει η ψυχολογιοποίηση, σε

αντίθεση με τα απομακρυσμένα υποκείμενα. Στα τελευταία, η ύπαρξη ψυχολογιοποιητικών μηχανισμών μπορεί να αυξήσει την επιρροή.

Στην έμμεση επιρροή, επίσης, τα κοντινά υποκείμενα επηρεάζονται περισσότερο σε συνθήκες μη ψυχολογιοποίησης. Τα απομακρυσμένα ιδεολογικά υποκείμενα, ως προς τις έμμεσες προτάσεις, επηρεάζονται και στις δύο συνθήκες, με την ψυχολογιοποιητική διαδικασία, όμως, να υπερέχει.

Η ανωτέρω κατηγοριοποίηση, η κοινωνική κατάταξη με άλλα λόγια, των πειραματικών υποκειμένων έναντι των πηγών επιρροής, οδήγησε στη μελέτη των οδοντιατρικά μη φοβικών με τον ίδιο τρόπο.

Ο μεγάλος αριθμός των μη φοβικών μας επιτρέπει μία δεύτερη τυχαία επιλογή του 35% επί του συνόλου τους, όπου προκύπτουν 122 υποκείμενα. Τα άτομα αυτά εξετάζονται κατηγοριοποιημένα σε κοντινά και απομακρυσμένα υποκείμενα, ανάλογα με το εάν η διαφορά των αρχικών τους θέσεων στα άμεσα και τα έμμεσα ερωτήματα του ΕΡΟΣ, είναι κοντά ή μακριά αντίστοιχα, με τις άμεσες θέσεις της πηγής επιρροής. Η κατανομή τους στις 4 πειραματικές συνθήκες φαίνεται στον Πίνακα 9.6.

Πίνακας 9.6

**Κατανομή Κοντινά (63)– Απομακρυσμένα(59) υποκείμενα
στις 4 πειραματικές συνθήκες - N=122**

	Μειονότητα		Πλειονότητα	
	Κοντινά	Απομακρυσμένα	Κοντινά	Απομακρυσμένα
Ψ	18	13	20	15
Μη Ψ	13	17	12	14

Στον Πίνακα 9.7, που ακολουθεί, βλέπουμε τη μέση αλλαγή της γνώμης των οδοντιατρικά μη φοβικών, κοντινών και απομακρυσμένων

ιδεολογικά, με τις άμεσες θέσεις της πηγής επιρροής. Η επιρροή αναφέρεται τόσο στα άμεσα όσο και στα έμμεσα ερωτήματα.

Πίνακας 9.7

**ΜΕΣΗ ΑΛΛΑΓΗ ΓΝΩΜΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΜΗ ΦΟΒΙΚΩΝ
ΚΟΝΤΙΝΩΝ - ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΩΝ**

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ				ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ			
	Α		Ε		Α		Ε	
	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.
Ψυχολογιοποίηση	-0.001	0.50	0.26	-0.001	0.65	0.14	0.001	-0.11
Μη Ψυχολογιοπ.	-0.10	-0.80	0.16	0.67	0.20	0.14	0.001	-0.001

test LSD

Κοντινά - Άμεση Επιρροή -0.001<0.65 p<0.002 - 0.20<0.65 p<0.04

Μακρινά – Άμεση Επιρροή -0.80<0.50 p<0.001 -0.80<0.14 p<0.003
Έμμεση Επιρροή -0.001<0.67 p<0.012 -0.001<0.67 p<0.006

Η ποιοτική ανάλυση των ανωτέρω ευρημάτων, περιγράφεται στη παράγραφο που ακολουθεί.

Τα αποτελέσματα εμφανίζονται πιο σύνθετα όταν τα οδοντιατρικά μη φοβικά μας υποκείμενα διαχωρίζονται σε κοντινά και απομακρυσμένα αναφορικά με τις θέσεις του κειμένου επιρροής.

Τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον Πίνακα 9.7 και έχουν ως εξής: Τα κοντινά υποκείμενα επηρεάζονται στατιστικά σημαντικά περισσότερο ως προς τα άμεσα ερωτήματα από μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα (M.O=0.65), συγκριτικά με μία ψυχολογιοποιημένη μειονότητα (M.O= -0.001, p<0.002), ή από μία μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα (M.O= -0.20, p<0.04). Η διαφοροποίηση μεταξύ των συνθηκών είναι επίσης στατιστικά σημαντική $F(3/59)= 5.37$ p<0.02,

όπως επίσης και μεταξύ των δύο ανεξάρτητων μεταβλητών $F(1/59)= 4.75$
 $p < 0.04$.

Παρατηρούμε, δηλαδή, να εκπληρώνονται για τους οδοντιατρικά μη φοβικούς, που τάσσονται υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων, τα θεωρητικά αναμενόμενα. Η υπεροχή, δηλαδή, της πλειονοτικής επιρροής έναντι της μειονοτικής, καθώς επίσης και η υποβοηθητική συνηγορία των ψυχολογιοποιητικών μηχανισμών, προς την ομάδα υψηλού καθεστώτος.

Τα απομακρυσμένα ιδεολογικά υποκείμενα επηρεάζονται ως προς τα άμεσα, αλλά και ως προς τα έμμεσα ερωτήματα του έργου γνώμης των σχέσεων οδοντίατρου – ασθενή, που καλούνται να απαντήσουν, όπως φαίνεται στον Πίνακα 9.7.

Στην άμεση επιρροή, η ψυχολογιοποιημένη μειονότητα (**M.O=-0.80**), επηρεάζει περισσότερο από την μη ψυχολογιοποιημένη (**M.O=0.50, $p < 0.001$**). Επίσης, παρατηρούμε ότι μπορεί να επηρεάσει περισσότερο μία μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα (**M.O=0.14**), συγκριτικά με μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα (**M.O= -0.80, $p < 0.003$**). Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με το θεωρητικά αναμενόμενο, που αφορά την ανεξάρτητη μεταβλητή της ψυχολογιοποίησης για τη μειονοτική πηγή επιρροής, εφόσον αυτή, αποτελεί εξωομάδα των πειραματικών μας υποκειμένων. Παρατηρούμε όμως το παράδοξο να υπερέχει η μειονοτική επιρροή της πλειονοτικής, αφενός, αφετέρου δε, η ψυχολογιοποίηση να μην ευνοεί την πλειονότητα, όταν τα οδοντιατρικά μη φοβικά υποκείμενα τάσσονται κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων.

Ως προς τα έμμεσα ερωτήματα, πάντα για τα ιδεολογικά απομακρυσμένα υποκείμενα, η επιρροή εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα στη συνθήκη της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας (**M.O=0.67**), συγκριτικά με την ψυχολογιοποιημένη μειονότητα

(**M.O=-0.001, p<0.012**), αλλά και την μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα (**M.O=-0.001, p<0.006**). Τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε αρμονία με τη θεωρία, ως προς το σκέλος της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, εφόσον τα υποκείμενα μας αποτελούν ενδοομάδα με την μειονοτική πηγή επιρροής. Η αντίθεση που παρατηρείται, αφορά την υπεροχή στην επιρροή της μειονοτικής πηγής, έναντι της ομάδας υψηλού καθεστώτος.

Αποτελέσματα Συνολικής επιρροής

Στον Πίνακα 9.8, που ακολουθεί, αναφέρεται η συνολική επιρροή, άμεση και έμμεση, που αφορά τα απομακρυσμένα ιδεολογικά, οδοντιατρικά μη φοβικά υποκείμενα

Πίνακας 9.8

Συνολική Επιρροή Άμεση+Έμμεση Απομακρυσμένων υποκειμένων		
	Μειονότητα	Πλειονότητα
Ψ	0.25	0.001
Μη Ψ	-0.001	0.001
Συνολική Επιρροή 0.25< -0.001 p<0.029		

Στη συνολική επιρροή, άμεση και έμμεση, για τα απομακρυσμένα υποκείμενα επηρεάζει στατιστικά σημαντικότερα η ψυχολογιοποιημένη μειονότητα (**M.O=0.25**), συγκριτικά με την μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα. (**M.O=-0.001, p<0.029**). Η διαφοροποίηση μεταξύ των τεσσάρων πειραματικών συνθηκών είναι χαρακτηριστική $F(3/55)=3.43$ $p<0.06$.

9.5 Συγκρίσεις φοβικών – μη φοβικών οδοντιατρικών ασθενών

Έγινε τυχαία επιλογή 10% των μη φοβικών υποκειμένων ώστε ο αριθμός τους να είναι συγκρίσιμος με τους οδοντιατρικά φοβικούς (N=45 φοβικοί, vs N= 47 μη φοβικοί). Στον Πίνακα 9.9 παρατηρούμε την κατανομή των οδοντιατρικά φοβικών (Φ) και μη φοβικών (ΜΦ), υποκειμένων ανά πειραματική συνθήκη. Οι συγκρίσεις μεταξύ φοβικών και μη φοβικών για τις προαναφερόμενες ανεξάρτητες μεταβλητές, ανά πειραματική συνθήκη, έδωσε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, όπως φαίνεται στον Πίνακα 9.10.

Πίνακας 9.9

Κατανομή φοβικών(Φ) N=45 – μη φοβικών (ΜΦ) N=47 υποκειμένων στις 4 πειραματικές συνθήκες - σύνολο N=922

	Μειονότητα		Πλειονότητα	
	Φ	ΜΦ	Φ	ΜΦ
Ψ	10	13	10	13
Μη Ψ	12	10	13	11

Ψυχολογιοποίηση,

ΜΨ=Μη Ψυχολογιοποίηση

Συνθήκη 1 = Ψυχολογιοποιημένη μειονότητα

Συνθήκη 2 = Μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα

Συνθήκη 3 = Ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα

Συνθήκη 4 = Μη ψυχολογιοποιημένη πλει

Πίνακας 9.10

Συγκρίσεις της επιρροής των οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών, ανά πειραματική συνθήκη.

	ΜΕΙΟΝ.						ΠΛΕΙΟΝ.					
	Άμεση Φ ΜΦ		Έμμεση Φ ΜΦ		Συνολικ Φ ΜΦ		Άμεση Φ ΜΦ		Έμμεση Φ ΜΦ		Συνολική Φ ΜΦ	
Ψ	-0.01	0.11	-0.01	0.24	0.001	0.01	-0.1	0.41	0.28	0.001	0.001	0.24
Μη Ψ	0.34	0.31	0.14	0.001	0.24	0.14	0.18	0.44	-0.80	0.29	0.24	0.55
Άμεση επιρροή			0.41 > -0.1 p < 0.031									
Έμμεση επιρροή			0.29 > -0.80 p < 0.071									
Συνολική επιρροή			0.55 > 0.24 p < 0.06									

Αποτελέσματα

Η στατιστική ανάλυση με τη μονομεταβλητή ανάλυση διασποράς, one way-Anova, μεταξύ φοβικών και μη φοβικών, ανά συνθήκη, έδωσε σημαντικές διαφοροποιήσεις στις συνθήκες της ψυχολογιοποιημένης και μη ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας (συνθήκη3 και 4, αντίστοιχα). Τα αποτελέσματα του Πίνακα 9.10, αναλυτικά, πληροφορούν ότι η ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα που τάσσεται υπέρ των ασθενών (άμεση επιρροή) και κατά των οδοντιάτρων, επηρεάζει περισσότερο τους οδοντιατρικά μη φοβικούς (**M.O= 0.41**), συγκριτικά με τους φοβικούς (**M.O=-0.1, p< 0.031**), $F_{1/21}=5.328$, $p< 0.031$.

Στη συνθήκη της μη ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας, ως προς την έμμεση επιρροή, κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων, παρατηρούμε ότι επίσης επηρεάζονται περισσότερο οι μη φοβικοί ασθενείς (**M.O= 0.29**), συγκριτικά με τους φοβικούς (**M.O=-0.80, p< 0.071**), $F_{1/22}=3.613$, $p< 0.071$.

Ως προς τη συνολική επιρροή, άμεση και έμμεση, εμφανίζεται ισχυρότερη η μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα στην επιρροή των μη φοβικών υποκειμένων (**M.O=0.55**), έναντι της επιρροής των φοβικών (**M.O=0.24, p< 0.06**), $F_{1/22}=3.791$ $p< 0.06$.

Ως γενικό συμπέρασμα, μπορεί να αναφερθεί ότι, μία ομάδα κύρους που θα επιχειρήσει να επηρεάσει έναν πληθυσμό, καταρχάς πρέπει να είναι προετοιμασμένη για ισχυρές αντιστάσεις εκ μέρους των οδοντιατρικά φοβικών. Κατά δεύτερο, πρέπει να γνωρίζει ότι η ύπαρξη ή μη ψυχολογιοποιητικών μεθοδεύσεων προς αυτήν, από το στόχο επιρροής εγγενώς ή μέσω τρίτων, πιθανώς, θα πρέπει ανάλογα να καθορίσει τον τρόπο προσέγγισης της. Με άλλα λόγια, σε συνθήκες ψυχολογιοποίησης, για να επηρεάσει τους μη φοβικούς, θα πρέπει να ταχθεί υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων. Σε συνθήκες μη ψυχολογιοποίησης, έχει τη δυνατότητα, είτε να ταχθεί κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων (έμμεση επιρροή), είτε να χρησιμοποιήσει πολλαπλή επιχειρηματολογία, άλλοτε υπέρ των ασθενών και άλλοτε κατά, κάνοντας το ίδιο και για τους οδοντίατρους (συνολική επιρροή).

9.6 Συζήτηση

Συγκεφαλαιώνοντας, τα γενικά συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν από το πρώτο πείραμα μπορούν να συνοψιστούν ως εξής. Παρατηρούμε, αρχικά, τη μεγάλη διαφοροποίηση στην επιρροή μεταξύ οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών. Πρόκειται για πληθυσμούς με διαφορετική συμπεριφορά ως προς την αντιμετώπιση της οδοντιατρικής θεραπείας και των σχέσεων οδοντίατρου-ασθενή, που απαιτούν και διαφορετική προσέγγιση.

Η νεωτερικότητα και η χρησιμότητα του παρόντος εγχειρήματος είναι, ότι σε θέματα πρόληψης της στοματικής ασθένειας, λ.χ., πρέπει να προσεγγισθούν αυτοί οι, συμπεριφορικά διαφορετικοί, πληθυσμοί και να οδηγηθούν στην υιοθέτηση όμοιων, σε γενικές γραμμές, απόψεων και στάσεων.

Όσον αφορά τους οδοντιατρικά φοβικούς, η μέση αλλαγή της γνώμης τους, είναι στατιστικά σημαντικότερη όταν η σύγκρουση εισάγεται από μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα, με άμεσα μηνύματα υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων. Παρατηρούμε, δηλαδή, αντιστροφή της υπάρχουσας θεωρίας (Παπαστάμου, 1989γ), όπου η επιρροή της πλειονότητας υπερτερεί έναντι του μειονοτικού λόγου και μάλιστα σε συνθήκες ψυχολογιοποίησης. Στο συγκεκριμένο πείραμα, αυξάνουμε την επιρροή των φοβικών όταν στρέφουμε τη προσοχή των υποκειμένων μας προς το περιεχόμενο του μηνύματος καινοτόμου μειονότητας. Το μήνυμα εισάγεται συγκρουσιακά με το κείμενο επιρροής, όπου η μειονότητα προτείνει τη λύση της σύγκρουσης στις σχέσεις οδοντίατρου-ασθενή. Η λύση εισάγεται, προτείνοντας από τη μειονότητα τη διδασκαλία των φοιτητών της Οδοντιατρικής στην επικοινωνία και την προσέγγιση των ασθενών τους, το χειρισμό του άγχους του ασθενή, τη διδασκαλία των κανόνων της βιοηθικής και τη διαβίου εκπαίδευση και επιμόρφωση των οδοντιάτρων.

Οι οδοντιατρικά μη φοβικοί δεν διαφωνούν στο σύνολο αυτών των θέσεων και επηρεάζονται ανάλογα, αρκεί οι εισηγήσεις να προέρχονται από μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα, με άλλα λόγια, από καταξιωμένη ομάδα κύρους. Οι οδοντιατρικά μη φοβικοί, δηλαδή, βρίσκονται σε συμφωνία με την υπάρχουσα θεωρία (Παπαστάμου, 1989γ).

Αυτό το πείραμα αποτελεί την πρώτη απόδειξη του μειονοκεντρικού προσανατολισμού των οδοντιατρικά φοβικών, καθώς

και του πλειονοκεντρικού προσανατολισμού των οδοντιατρικά μη φοβικών.

Η περαιτέρω κοινωνική διάκριση των μη φοβικών, ανάλογα με την ιδεολογική τους τοποθέτηση απέναντι στην πηγή επιρροής, σε κοντινά και απομακρυσμένα υποκείμενα, μας δίνει μία αναλυτικότερη εικόνα. Για τα ιδεολογικά κοντινά υποκείμενα, ισχύει αυτό που προαναφέρθηκε. Επηρεάζονται περισσότερο από μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα. Ακόμα, παρατηρείται αυξημένη άμεση επιρροή της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, προς τα απομακρυσμένα ιδεολογικά μη φοβικά υποκείμενα. Προς τα άτομα, δηλαδή, που τοποθετούνται κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων, αλλά επηρεάζονται με άμεσα και αντίθετα μηνύματα, υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων, από την ψυχολογιοποιημένη ομάδα χαμηλού καθεστώτος. Η επιρροή ενεργοποιείται από τη δημιουργούμενη σύγκρουση.

Οι συγκρίσεις μεταξύ φοβικών και μη φοβικών, προβάλλουν τη βασική τους διάσταση, τη διαφορετικότητα τους, δηλαδή, ως προς την αποδοχή των μηνυμάτων, από ομάδες κύρους. Είναι οι πηγές επιρροής υψηλού καθεστώτος που γίνονται αποδεκτές από τους οδοντιατρικά μη φοβικούς. Σε αντίθεση με τους φοβικούς, που δεν επηρεάζονται από τα μηνύματά τους, έστω και αν είναι όμοια με αυτά μιας ομάδας χαμηλού καθεστώτος. Είναι το σημείο κλειδί που, εάν συνυπολογιστεί, μπορεί να συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην αλλαγή συμπεριφοράς των φοβικών, εξασφαλίζοντας, παράλληλα, τη βοήθεια των μη φοβικών.

Η δυσκολία του όλου εγχειρήματος, όπως σε κάθε κοινωνιοψυχολογικό φαινόμενο, είναι ότι δεν μπορεί κανείς να απομονώσει ή να "αποστειρώσει" την πραγματικότητα. Φοβικοί και μη φοβικοί συνυπάρχουν και συνευρίσκονται, στο σπίτι, στην εργασία, στην κοινωνία. Πλανάται ένα ερώτημα, που ευελπιστούμε να λυθεί με την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας. Το ερώτημα του τρόπου

δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου, ως ένα σημείο, μοντέλου αντιμετώπισης και αλλαγής συμπεριφοράς των οδοντιατρικά φοβικών. Ενός μοντέλου, όμως, που θα περνά μέσα από τη συναίνεση των μη φοβικών, οι οποίοι, συνήθως, αποτελούν το περιβάλλον των φοβικών και ασκούν την επίδρασή τους. Αυτό το ερώτημα οδήγησε στην υλοποίηση του Πειράματος II, που ακολουθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Η ταυτότητα της μειονοτικής πηγής (δημοκρατική ή με ηγέτη) και η επικέντρωση στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ή στο περιεχόμενο. Διαφοροποιήσεις στην επιρροή φοβικών και μη φοβικών οδοντιατρικών ασθενών.

ΠΕΙΡΑΜΑ II

Τίτλος: Η ταυτότητα της μειονοτικής πηγής (δημοκρατική ή με ηγέτη) και η επικέντρωση στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ή στο περιεχόμενο. Διαφοροποιήσεις στην επιρροή φοβικών και μη φοβικών οδοντιατρικών ασθενών.

Πίνακας 10.1

10.1 Δείγμα και Πειραματικός Σχεδιασμός

Υπόθεση

Οδοντιατρικά Φοβικοί και Οδοντιατρικά Μη Φοβικοί:

Αλλάζουν γνώμη από μειονοτική ομάδα που διαθέτει ψυχολογιοποιημένο ηγέτη.

Ανεξάρτητες Μεταβλητές

1 – Η ταυτότητα και η ιεραρχική δομή της πηγής:

Μειονότητα με ηγέτη ή δημοκρατικά δομημένη ομάδα με ισότιμα μέλη

2 – Η ψυχολογιοποίηση ή μη ψυχολογιοποίηση της

πηγής επιρροής

Εξαρτημένες Μεταβλητές:

1 – Η μέση αλλαγή της γνώμης οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών.

2 – Η εικόνα της πηγής επιρροής

Πίνακας 10.2

Ανάλυση του δεύτερου πειράματος

Μεθοδολογία – Υλικό

Το δείγμα : N=359 μαθητές λυκείων 142 αγόρια και 217 κορίτσια
Μέση ηλικία 16.2 έτη

Προτέστ: Ερωτηματολόγια ΜΙΔΑΣ & ΕΡΟΣ

Πειραματική φάση: Δομή της μειονοτικής πηγής, δημοκρατική ή με ηγέτη - κείμενο επιρροής - ψυχολογιοποίηση ή μη

Μετατέστ: Ερωτηματολόγια, ΕΡΟΣ και εικόνας της πηγής

Η τεκμηρίωση που προέκυψε από το πρώτο πείραμα για την αλλαγή συμπεριφοράς των οδοντιατρικά φοβικών από μια μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα, οδήγησε στη διεξαγωγή του δεύτερου πειράματος. Στο πείραμα αυτό μελετάται αποκλειστικά, η ταυτότητα της μειονοτικής ομάδας που μπορεί να ασκήσει τη μεγαλύτερη επιρροή σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς. Εξετάζεται η επιρροή της μειονότητας που απαρτίζεται από ισότιμα μέλη, όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται με δημοκρατικές διαδικασίες, καθώς και η μειονότητα η οποία έχει ηγέτη. Ο ηγέτης αποτελεί πηγή έμπνευσης για την ομάδα του και είναι καθολικά αποδεκτός (Παπαστάμου, 1989γ). Η μειονότητα που διαθέτει στους κόλπους της έναν ψυχολογιοποιημένο ηγέτη, όχι μόνο δεν υφίσταται τη γνωστή βλαπτική επίδραση της ψυχολογιοποίησης, αλλά αντίθετα, αυξάνει την επιρροή της προς τον πληθυσμό που απευθύνεται (Papastamou, 1985, Παπαστάμου, 1989β, Παπαστάμου 1989γ). Η ενασχόληση του πληθυσμού-στόχου με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ηγέτη, αποτρέπει τους γνωστούς βλαπτικούς ψυχολογιοποιητικούς μηχανισμούς της επιρροής. Με αυτή τη λογική πραγματοποιήθηκε το δεύτερο

πείραμα. Στα πλαίσια του συγκεκριμένου πειράματος διερευνήθηκε και η εικόνα της πηγής επιρροής (Παπαστάμου, 1989 γ σελ.145-210, 356-370). Ο τρόπος, δηλαδή, που προσλαμβάνεται η πηγή από το στόχο, ανάλογα με την πειραματική συνθήκη

Παρά το γεγονός ότι το πρώτο πείραμα έδειξε την αυξημένη επιρροή των μη φοβικών από μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα, η φυσική πραγματικότητα απαιτεί την τεκμηρίωση που θα προκύψει από το δεύτερο πείραμα και σ' αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Οι οδοντιατρικά φοβικοί αποφεύγουν όσο μπορούν την επίσκεψη στον οδοντίατρο (Milgrom et al, 1995, Ayer et al, 1983, Woolfolk et al, 1999). Η πληροφόρηση επομένως που λαμβάνουν σε θέματα στοματικής υγείας και πρόληψης, είτε θα τους μεταφερθεί από το στενό τους οικογενειακό περιβάλλον που επισκέπτεται τον οδοντίατρο, από αγωγή που θα τους γίνει, πιθανόν, στο σχολικό περιβάλλον ή στον εργασιακό τους χώρο, είτε ακόμα από τα ΜΜΕ (Αράβου, 2001). Παρατηρούμε, επομένως, ότι η συνύπαρξη φοβικών και μη φοβικών είναι δεδομένη και δεν μπορεί να αγνοηθεί, ούτε είμαστε σε θέση να τους διαχωρίζουμε πάντα, ακόμα και στο στενό χώρο ενός οδοντιατρείου. Εφόσον ο τελικός μας στόχος είναι να αλλάξουμε τη συμπεριφορά και τη στάση των φοβικών, η προσέγγισή τους πρέπει να γίνει με κάθε δυνατό και "μη ορατό", εμφανώς, τρόπο. Είναι, ως εκ τούτου, χρήσιμο να βρεθούν σχήματα που θα μπορούν να επηρεάσουν από κοινού φοβικούς και μη φοβικούς ασθενείς. Να καθοριστεί η ταυτότητα της ομάδας επιρροής, που θα επιφέρει τη μεγαλύτερη αλλαγή συμπεριφοράς στους φοβικούς, χωρίς παράλληλα να βλάψει τους μη φοβικούς ή να προκαλέσει αντιστάσεις από μέρους τους. Κατά κάποιο τρόπο, οι μη φοβικοί μπορούν να γίνουν φορείς επιτυχούς μετάδοσης κάποιων μηνυμάτων προς τους οδοντιατρικά φοβικούς. Με άλλα λόγια, οι μη φοβικοί, μπορούν να αποτελέσουν τα "οχήματα" μεταφοράς μηνυμάτων προς τους φοβικούς. Πολλές φορές, οι ίδιοι οι φοβικοί, στέλνουν προπομπούς τους οικείους τους να ανιχνεύσουν την ήπια ή μη συμπεριφορά ενός οδοντίατρου,

για να αποφασίσουν, στη συνέχεια, εάν θα τον επισκεφθούν και οι ίδιοι (Kent και Croucher, 1998).

Επιπλέον, είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε και τις προδιαθέσεις των μη φοβικών, διότι σε πολλά θέματα πρόληψης της στοματικής ασθένειας, διαιτητικών συνηθειών, συνηθειών καπνίσματος κ.α., χρειάζεται αλλαγή της συμπεριφοράς και σ' αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα.

Με αυτό το σκεπτικό και πάντα βάσει της υπάρχουσας θεωρίας, προέκυψαν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που αφορούν την ταυτότητα της μειονοτικής πηγής επιρροής, είτε ως δημοκρατική ομάδα με ισότιμα μέλη, είτε ως αυστηρά ιεραρχικά δομημένη με την ύπαρξη κάποιου ηγέτη, ψυχολογιοποιημένων ή μη. Ο ηγέτης μειονοτικής ομάδας, ιδιαίτερα εάν είναι ψυχολογιοποιημένος, μπορεί να επηρεάσει και να μετατρέψει συμπεριφορές, εισάγοντας το καινοτόμο μήνυμα της ομάδας του. Της ομάδας που ηγείται διότι την εμπνέει και υποστηρίζει δυναμικά τις συλλογικές θέσεις και τις αρχές της. Ανεξάρτητη μεταβλητή είναι η μέση αλλαγή της γνώμης, οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών. Οι μεταβολές στην πρόσληψη της εικόνας της πηγής επιρροής, ανά πειραματική συνθήκη συμβάλλουν στην ανάδυση του είδους της επιρροής. Οι αναπαραστάσεις δηλαδή, που δημιουργεί η πηγή επιρροής, καθορίζει και την ίδια την έκβαση της επιρροής της. Οι δύο κατηγορίες ασθενών, φοβικοί και μη φοβικοί, μελετώνται ανεξάρτητα, αλλά και από κοινού.

Η υπόθεση που διατυπώθηκε είναι ότι, ο ψυχολογιοποιημένος ηγέτης μειονοτικής ομάδας, μπορεί να επηρεάσει περισσότερο τους οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς ασθενείς, συγκριτικά με τη δημοκρατική μειονότητα, που αποτελείται από ισότιμα μέλη. Αυξημένη επιρροή, επίσης, εμφανίζεται και από την ψυχολογιοποιημένη και δημοκρατικά δομημένη μειονότητα, αρκεί να συνυπολογισθούν οι υφιστάμενες ιδεολογικές, κοινωνικές διακρίσεις. Τα πειραματικά υποκείμενα κατανέμονται τυχαία σε

τέσσερις συνθήκες, διότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές οδηγούν σε ένα παραγοντικό πειραματικό χειρισμό 2X2.

Αυτό που παρατηρήθηκε στο παρόν πείραμα ήταν ότι δεν μας έδινε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, για τους φοβικούς με Μ.Ο. ΜΙΔΑΣ =18-25, όπως ορίζεται από την παγκόσμια έρευνα για το οδοντιατρικό άγχος. Όταν χρησιμοποιήθηκε η μεταβλητή της κοινωνικής διάκρισης σε κοντινά και απομακρυσμένα υποκείμενα, ο αριθμός των ατόμων δεν ήταν επαρκής ανά πειραματική συνθήκη. Κατόπιν τούτου διαχωρίσαμε τα συμμετέχοντα υποκείμενα σε λιγότερο και περισσότερο φοβικά. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει άτομα με Μ.Ο ΜΙΔΑΣ 15-25, όπως γίνεται σε μεγάλο αριθμό ερευνών παγκόσμια (Αράβου, 2001). Η ομάδα των μη φοβικών ακολουθεί τον κλασσικό διαχωρισμό, όπου Μ.Ο. ΜΙΔΑΣ=5-18.

Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν ως προς τους περισσότερο φοβικούς και τους μη φοβικούς οδοντιατρικούς ασθενείς.

10.2 Μεθοδολογία και Υλικό

Στο πείραμα αυτό, πήραν μέρος 359 μαθητές λυκείων, 142 αγόρια και 217 κορίτσια, με μέση ηλικία 16.2 έτη. Το πείραμα διενεργείται στις σχολικές αίθουσες, με ή χωρίς την παρουσία του καθηγητή, ο οποίος, έστω και αν παρευρίσκεται, δε συμμετέχει ενεργά στο πείραμα.

Όπως και στο πρώτο πείραμα, υπάρχει ένα προτέστ, ο πειραματικός χειρισμός και το μετατέστ. Στο προτέστ οι μαθητές απαντούν στα ερωτηματολόγια ΜΙΔΑΣ και ΕΡΟΣ, που αντίστοιχα τους διαχωρίζουν σε φοβικούς και μη φοβικούς και διερευνούν τις απόψεις τους για τις σχέσεις οδοντίατρου – ασθενή, σε θέματα επικοινωνίας, χειρισμού του άγχους, βιοηθικής και δια βίου εκπαίδευσης των οδοντιάτρων.

Μετά από μία εβδομάδα, στα πλαίσια διεξαγωγής της πειραματικής διαδικασίας, δίνεται σε όλες τις ομάδες κείμενο επιρροής, με θέσεις υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων, στους προαναφερόμενους θεματολογικούς άξονες. Οι θέσεις αυτές αποτελούν τα άμεσα μηνύματα της πηγής επιρροής. Η πηγή, ανάλογα με την πειραματική συνθήκη, είναι μία μειονότητα μεταπτυχιακών φοιτητών της κοινωνικής και προληπτικής οδοντιατρικής, ψυχολογιοποιημένη ή μη, με ισότιμα μέλη (συνθήκες δημοκρατικής μειονότητας) ή με ηγέτη (συνθήκες 'ηγέτης').

Η μεταβλητή της ψυχολογιοποίησης ή μη, εισάγεται πριν από την ανάγνωση του μειονοτικού κειμένου. Στις συνθήκες ψυχολογιοποίησης καλούνται τα υποκείμενά μας να περιγράψουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της πηγής επιρροής. Στις συνθήκες μη ψυχολογιοποίησης τους ζητάμε να γράψουν μια μικρή περίληψη του κειμένου επιρροής, στρέφοντας την προσοχή τους προς το περιεχόμενο του μηνύματος.

Σε όλες τις συνθήκες, στη συνέχεια και στα πλαίσια του μετατέστ, τα υποκείμενά μας απαντούν ξανά στο ερωτηματολόγιο γνώμης ΕΡΟΣ, για να προσδιοριστεί η μέση αλλαγή της γνώμης τους. Η διαφορά των μέσων όρων του ΕΡΟΣ, στο προτέστ και το μετατέστ, μας δίνει τον δείκτη της κοινωνικής επιρροής, οι διαφοροποιήσεις του οποίου, υποδεικνύουν ποιες συνθήκες εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία στον πειραματικό χειρισμό. Υποδεικνύουν, δηλαδή, τις σταθερές προδιαθέσεις των υποκειμένων μας για δράση και από ποιες πειραματικές συνθήκες ενεργοποιούνται καλλίτερα.

Στο τέλος, απαντούν στο ερωτηματολόγιο της εικόνας της πηγής, για να προσδιοριστούν οι κοινωνικές αναπαραστάσεις που δημιουργεί η πηγή επιρροής στους συμμετέχοντες, ανάλογα με την πειραματική συνθήκη. Με άλλα λόγια, διαπιστώνεται πώς προσλαμβάνεται η

μειονότητα από τους πειραματικούς μας πληθυσμούς, σε κάθε μία από τις τέσσερις πειραματικές συνθήκες. Το ερωτηματολόγιο της εικόνας της πηγής,

αποτελείται από 21 διπολικές ερωτήσεις, που εμπεριέχουν τις έννοιες της ισορροπίας-ανισορροπίας, σταθερότητας-αστάθειας, ανεξαρτησίας-εξάρτησης, ευλυγισίας-ακαμψίας και κομφορμισμού-αντικομφορμισμού. Το ερωτηματολόγιο αυτό εμπνεύσθηκε από το Adjective Check List του Gough (1960) και χρησιμοποιήθηκε σε αρκετά πειράματα που μελετούν την επίδραση της ψυχολογιοποίησης (Παπαστάμου και Μιούνυ, 1983 - Παπαστάμου, 1989γ). Παρουσιάζεται πλήρες στο παράρτημα της διατριβής.

Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το λογισμικό πρόγραμμα SPSS-10. Η επταβάθμια απαντητική κλίμακα του ΕΡΟΣ, αντιστρέφεται στα έμμεσα ερωτήματα, για να έχει την ίδια κατεύθυνση με τα άμεσα ερωτήματα και να πραγματοποιείται η σύγκριση των αποτελεσμάτων. Χρησιμοποιείται η πολυμεταβλητή ανάλυση διασποράς – Μανονα, όσον αφορά την κοινωνική επιρροή και η ανάλυση παραγόντων και one - way Ανονα, για την εικόνα της πηγής επιρροής (Μακράκης Β., 2001, Howitt και Cramer, 2002).

Τα αποτελέσματα αυτού του πειράματος και με τη βοήθεια του ΜΙΔΑΣ στο προτέστ, μας έδωσαν 58 άτομα φοβικά γύρω από την οδοντιατρική πράξη (Μέση τιμή ΜΙΔΑΣ=19-25, ποσοστό 16.2%) και 301 υποκείμενα μη φοβικά (Μέση τιμή ΜΙΔΑΣ=5-18). Οι τιμές του ΜΙΔΑΣ που ορίζουν φοβικούς-μη φοβικούς, αναφέρθηκαν εκτενώς στο κεφάλαιο 7. Για τους λόγους που προαναφέρθηκαν μελετάμε τους μη φοβικούς με Μ.Ο ΜΙΔΑΣ 5-18 και τους περισσότερο φοβικούς με Μ.Ο. ΜΙΔΑΣ=15-25.

10.3 Αποτελέσματα περισσότερο Φοβικών- Ιδεολογική συγγένεια με την πηγή επιρροής

N=136

Η μελέτη του συνόλου των οδοντιατρικά φοβικών, σ' αυτό το πείραμα, δεν έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Λόγω του παρατηρούμενου

διπολισμού, μελετάμε τα περισσότερο αγχωμένα υποκείμενα διαχωρισμένα σε ιδεολογικά κοντινά και απομακρυσμένα, ως προς τις άμεσες θέσεις της πηγής επιρροής. Αυτός ο διαχωρισμός κάνει τα ευρήματα μας πιο σύνθετα, αλλά δίνει βαθύτερη πληροφόρηση ως προς την αλλαγή γνώμης των φοβικών μας. Στον Πίνακα 10.3 παρατηρούμε την κατανομή των υποκειμένων μας στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, καθώς και την ποιοτική ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Πίνακας 10.3

Κατανομή των περισσότερο Φοβικών πειραματικών υποκειμένων στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες

**N=136 - Κοντινά (68)– Απομακρυσμένα(58)υποκείμενα
στις 4 πειραματικές συνθήκες**

ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ		ΜΕ ΗΓΕΤΗ	
<i>Κοντινά</i>	<i>Μακρινά</i>	<i>Κοντινά</i>	<i>Μακρινά</i>
<i>Ψ</i> 14	15	15	19
<i>Μη Ψ</i> 15	13	21	11

Στον Πίνακα 10.4 που ακολουθεί, περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα της άμεσης και έμμεσης επιρροής των κοντινών και απομακρυσμένων ιδεολογικά οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών υποκειμένων, στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες που δημιουργήθηκαν.

Πίνακας 10.4

ΜΕΣΗ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΦΟΒΙΚΩΝ

Προτάσ.	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ							
	ΔΗΜ. ΟΜΑΔΑ				ΜΕ ΗΓΕΤΗ			
	Α		Ε		Α		Ε	
	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.
Ψ	0.62	-0.35	-0.13	0.58	-0.64	-0.13	0.23	0.14
Μη Ψ	0.45	-0.16	0.23	0.11	0.49	-0.63	0.15	-0.12

Κοντινά - Άμεση Επιρροή	0.62 > -0.64	p < 0.04
	0.49 > -0.64	p < 0.02
Μακρινά – Άμεση Επιρροή	-0.63 > -0.13	p < 0.03
	-0.63 > -0.16	p < 0.001
Έμμεση Επιρροή	0.58 > 0.14	p < 0.006

Συνοπτικά, μπορεί να λεχθεί ότι τα ιδεολογικά κοντινά υποκείμενα, με τα άμεσα επιχειρήματα, αλλάζουν γνώμη από ψυχολογιοποιημένη μειονότητα και από μη ψυχολογιοποιημένο ηγέτη.

Τα απομακρυσμένα, με τα άμεσα μηνύματα, αλλάζουν από μη ψυχολογιοποιημένο ηγέτη. Με τα έμμεσα μηνύματα, αλλάζουν από ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική ομάδα.

Παρατηρούμε ότι τα κοντινά υποκείμενα επηρεάζονται μόνο από τα άμεσα μηνύματα και αλλάζουν γνώμη από μία μειονότητα με ηγέτη μη ψυχολογιοποιημένο (M.O=0.49), συγκριτικά με έναν ψυχολογιοποιημένο ηγέτη (M.O=-0.64 p<0.04). Ακόμα, η ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική ομάδα (M.O=0.62) επηρεάζει περισσότερο με τα ίδια μηνύματα, συγκριτικά με τον ψυχολογιοποιημένο

ηγέτη (M.O=-0.64 p<0.02) (F2/66=4.893 p<0.001).

Τα απομακρυσμένα υποκείμενα αλλάζουν γνώμη τόσο από τα άμεσα όσο και από τα έμμεσα μηνύματα της πηγής επιρροής. Ως προς την άμεση επιρροή, ο μη ψυχολογιοποιημένος ηγέτης (M.O=-0.63), επηρεάζει

περισσότερο από έναν ψυχολογιοποιημένο ($M.O=-0.13$ $p<0.03$) και από την μη ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική ομάδα ($M.O=-0.16$ $p<0.001$) ($F_{2/56}=1.793$ $p<0.01$). Στην έμμεση επιρροή, η ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική ομάδα ($M.O=0.58$), επηρεάζει στατιστικά σημαντικά συγκριτικά με τον ψυχολογιοποιημένο ηγέτη ($M.O=0.14$ $p<0.006$) ($F_{3/56}=3.998$ $p<0.01$). Παρατηρούμε ότι δεν εκπληρώνεται το θεωρητικά αναμενόμενο. Την ψυχολογιοποίηση, δηλαδή, να λειτουργεί θετικά στην επιρροή των ιδεολογικά απομακρυσμένων υποκειμένων και τον ψυχολογιοποιημένο ηγέτη να υπερτερεί στην έμμεση επιρροή, στα ίδια υποκείμενα.

Συνολική επιρροή

Στον Πίνακα 5 βλέπουμε τη μέση αλλαγή της γνώμης των οδοντιατρικά **φοβικών** υποκειμένων ως προς τη συνολική επιρροή, άμεση και έμμεση. Των φοβικών που είναι ιδεολογικά απομακρυσμένοι από την πηγή επιρροής.

Πίνακας 10.5

Συνολική Επιρροή Άμεση + Έμμεση των Οδοντιατρικά Περισσότερο Φοβικών για τα ιδεολογικά απομακρυσμένα υποκείμενα.

	Μακρινά	
	Δημ. Ομάδα	Με Ηγέτη
Ψ	0.11	0.001
Μη Ψ	- 0.01	-0.38

Συνολική Επιρροή **0.001 > -0.38** $p<0.03$
-0.38 > -0.01 $p<0.01$

Αποτελέσματα συνολικής επιρροής

Παρατηρούμε ότι ο ψυχολογιοποιημένος ηγέτης επηρεάζει περισσότερο (**M.O=0.001**), συγκριτικά με τον μη ψυχολογιοποιημένον δημοκρατική ομάδα της καινοτόμου μειονότητας (**M.O=-0.38 p<0.03**). Επιπλέον παρατηρείται ότι ο μη ψυχολογιοποιημένος ηγέτης επηρεάζει περισσότερο ως προς τη συνολική επιρροή (**M.O=-0.38**), από την μη ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική ομάδα. (**M.O=0.01 p<0.01**). $F_{3/134}=3.241$ $p<0.02$.

Είναι προφανές ότι η ψυχολογιοποίηση αυξάνει τη συνολική επιρροή μιας ενεργής μειονότητας, που λειτουργεί με ηγετική ιεραρχική δομή, όπως αναφέρει ο Papastamou (1985), (Παπαστάμου, 1989γ σελ.230-235). Παρατηρούμε ότι στους οδοντιατρικά ασθενείς που αντιμετωπίζουν με περισσότερο άγχος την οδοντιατρική πράξη, μία καινοτόμος ομάδα μεταπτυχιακών της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής που έχει ηγέτη και μάλιστα ψυχολογιοποιημένο, μπορεί να μεταβάλλει τις απόψεις τους, συνολικά. Η εφαρμογή στην πράξη, πιθανόν, θα έριχνε τους προβολείς στο πρόσωπο αυτού του ηγέτη. Του ηγέτη, που θα έπειθε τους οδοντιατρικά φοβικούς, που είναι ιδεολογικά απομακρυσμένοι, να αποβάλλουν τον αρνητισμό τους, να φροντίσουν έγκαιρα τη στοματική τους υγεία και να δείξουν εμπιστοσύνη προς τους οδοντίατρους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το ίδιο μπορεί να επιτύχει και ένας μη ψυχολογιοποιημένος ηγέτης, έναντι μιας μη ψυχολογιοποιημένης δημοκρατικής μειονότητας. Φαίνεται ότι μία δημοκρατική, καινοτόμος μειονότητα είναι δύσκολο να ανταγωνιστεί έναν ηγέτη, ψυχολογιοποιημένο ή μη. Ένας λόγος είναι διότι δεν υπάρχει τεκμηρίωση για τα ελληνικά δεδομένα, αναφορικά με το οδοντιατρικό άγχος. Τεκμηρίωση που θα μπορούσε να προσδώσει αντικειμενικότητα στις υποστηριζόμενες θέσεις και επίδειξη σταθερότητας μέσα στο χρόνο, εκ μέρους της ενεργής μειονότητας

(Παπαστάμου, 1989γ σελ. 469-481). Στο σημείο αυτό αντιλαμβανόμαστε την υπεροχή της δυναμικής του ηγέτη, στη συγκεκριμένη περίπτωση.

10.4 Αποτελέσματα μη φοβικών

Μέση αλλαγή γνώμης μη φοβικών

Το ερωτηματολόγιο μέτρησης του οδοντιατρικού άγχους ΜΙΔΑΣ, όπως σε πολλά σημεία έχει προαναφερθεί, μας επιτρέπει τη διάκριση του πληθυσμού μας σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς. Στις προηγούμενες παραγράφους εξετάστηκαν οι φοβικοί, ενώ στη συνέχεια θα αναφερθούν τα αποτελέσματα για τους μη φοβικούς. Διερευνώνται τόσο συνολικά, όσο και με τη γνωστή κοινωνική κατηγοριοποίηση των κοντινών και απομακρυσμένων ιδεολογικά υποκειμένων, ως προς τις άμεσες θέσεις της πηγής επιρροής.

Στη συνολική μελέτη των οδοντιατρικά μη φοβικών γίνεται τυχαία επιλογή 35% του συνολικού δείγματος των 301 οδοντιατρικά μη φοβικών υποκειμένων, με αποτέλεσμα να προκύψουν 96 άτομα κατανεμημένα στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες όπως φαίνεται στον Πίνακα 10.6.

ΜΕΣΗ ΑΛΛΑΓΗ ΓΝΩΜΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΜΗ ΦΟΒΙΚΩΝ

N=96 – τυχαία επιλογή 35% (301)

SPSS – 10 MANOVA

Πίνακας 10.6

N=96 Κατανομή των υποκειμένων στις 4 πειραματικές συνθήκες

	ΔΗΜ. ΟΜΑΔΑ	N	ΜΕ ΗΓΕΤΗ	N
Ψυχολογιοποίηση	24		22	
Μη ψυχολογιοποίηση	24		26	

Στον Πίνακα 10.7 που ακολουθεί, βλέπουμε τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης για τους μη φοβικούς. Η αρίθμηση των συνθηκών 1-2-3-4 έχει ακολουθήσει την ίδια λογική όπως στην ανάλυση των φοβικών μας υποκειμένων.

Πίνακας 10.7

ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ				
	ΔΗΜΟΚΡ ΟΜΑΔΑ		ΜΕ ΗΓΕΤΗ	
Επιρροή	άμεση	έμμεση	άμεση	έμμεση
Ψυχολογιοποίηση	-0.001	0.16	0.25	0.001
Όχι Ψυχολογιop.	0.20	0.001	0.1	0.001

Άμεση Επιρροή $-0.001 < 0.25, p < 0.06$
 $0.20 > -0.001, p < 0.1$

Με τα άμεσα επιχειρήματα, ο ψυχολογιοποιηένος ηγέτης, καθώς και η μη ψυχολογιοποιημένη και δημοκρατικά δομημένη μειονότητα, επηρεάζουν περισσότερο τα υποκείμενά μας, συγκριτικά με μια ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα.

Παρατηρούμε την ισχυρότερη επιρροή του ψυχολογιοποιημένου ηγέτη της ενεργής, καινοτόμου και μειονοτικής ομάδας των μεταπτυχιακών φοιτητών της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής (**M.O=0.33**), έναντι της δημοκρατικά δομημένης ομάδας. (**M.O=-0.001 p<0.06**). Επίσης η μη ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα ασκεί ισχυρότερη επιρροή (**M.O=0.20**), έναντι μιας αντίστοιχης ψυχολογιοποιημένης (**M.O=-0.001 p<0.1**) ($F_{3/92}=2.02$ $p<0.1$).

Είναι προφανές ότι η ψυχολογιοποίηση αυξάνει την άμεση επιρροή μιας ενεργής μειονότητας, που λειτουργεί με ηγετική ιεραρχική δομή, που είναι σύμφωνο με τον Papastamou (1985), (Παπαστάμου, 1989γ σελ.230-235). Παρατηρούμε ότι στους οδοντιατρικά ασθενείς που αντιμετωπίζουν χωρίς άγχος την οδοντιατρική πράξη, μία καινοτόμος ομάδα μεταπτυχιακών της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής που έχει ηγεσία και μάλιστα ψυχολογιοποιημένη, μπορεί να μεταβάλλει τις απόψεις τους, σε θέματα σχέσεων οδοντίατρου ασθενή. Η εφαρμογή στην πράξη, πιθανόν, θα μετέβαλλε λανθασμένα υιοθετημένες στάσεις σε θέματα πρόληψης, για παράδειγμα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, κάτι ανάλογο μπορεί να επιτύχει μία δημοκρατικά δομημένη και μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα έναντι μιας ψυχολογιοποιημένης. Αρκεί να αποφύγει τον ανατρεπτικό σκόπελο της ψυχολογιοποίησης και θα μπορεί, θεωρητικά, να ασκήσει την επιρροή της. Αυτό όμως είναι εξαιρετικά δύσκολο, έως ακατόρθωτο για τα ελληνικά δεδομένα, όπου απουσιάζει η ανάλογη τεκμηρίωση ή η χρονιότητα μελέτης του θέματος, όπως προαναφέρθηκε στη συνολική επιρροή των οδοντιατρικά φοβικών υποκειμένων.

10.5 Αποτελέσματα **μη φοβικών**- Ιδεολογική συγγένεια

Μέση αλλαγή γνώμης **μη φοβικών**

Ένας δεύτερος τρόπος ανάλυσης των οδοντιατρικά μη φοβικών μας υποκειμένων, γίνεται με τη διάκριση των ιδεολογικά κοντινών και απομακρυσμένων ως προς τις άμεσες θέσεις της πηγής επιρροής. Αυτός ο τρόπος ανάλυσης, μας επιτρέπει μία πιο ενδελεχή προσέγγιση του βαθμού επιρροής αυτών των ατόμων. Στον Πίνακα 10.8 βλέπουμε την κατανομή των κοντινών και απομακρυσμένων ιδεολογικά υποκειμένων μέσα στις πειραματικές συνθήκες. Έχει γίνει τυχαία επιλογή 45% του συνόλου των 301 μη φοβικών, για να έχουμε αριθμό περίπου όμοιο με αυτό των φοβικών μας. Προκύπτουν 149 άτομα Η αρίθμηση των πειραματικών συνθηκών έχει γίνει όπως στον Πίνακα 10.1.

Πίνακας 10.8

Κατανομή των **Μη Φοβικών** πειραματικών υποκειμένων

N= 149- Κοντινά (74)– Απομακρυσμένα (75) υποκείμενα
στις 4 πειραματικές συνθήκες

	ΔΗΜ. ΟΜΑΔΑ		ΜΕ ΗΓΕΤΗ	
	Κοντινά	Μακρινά	Κοντινά	Μακρινά
Ψυχολογιοποίηση	15	18	18	20
Μη Ψυχολογιοποίηση	17	14	24	23

Στον Πίνακα 10.9 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τα κοντινά και απομακρυσμένα ιδεολογικά, μη φοβικά μας υποκείμενα..

Πίνακας 10.9

ΜΕΣΗ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΜΗ ΦΟΒΙΚΩΝ

Προτάσεις	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ							
	ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ				ΜΕ ΗΓΕΤΗ			
	Α		Ε		Α		Ε	
	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.
Ψυχολογιοποίηση	-0.18	0.25	0.43	0.10	-0.13	0.51	0.001	0.28
Μη Ψυχολογιοποίηση	0.001	0.70	0.13	0.32	-0.001	0.28	0.12	0.001
Κοντινά - Έμμεση Επιρροή			0.43 > 0.001 p < 0.029					
			0.43 > 0.13 p < 0.05					
Μακρινά - Άμεση Επιρροή			0.25 < 0.70 p < 0.003					
			0.25 < 0.51 p < 0.06					
			0.70 > 0.28 p < 0.04					

Τα *κοντινά* υποκείμενα επηρεάζονται με τα έμμεσα μηνύματα, από μία ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα. Τα *απομακρυσμένα* ιδεολογικά υποκείμενα, επηρεάζονται με τα άμεσα μηνύματα, από μία μη ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα ή από έναν ψυχολογιοποιημένο μειονοτικό ηγέτη.

Παρατηρούμε ότι όσον αφορά τα ιδεολογικά *κοντινά* μας υποκείμενα, εμφανίζεται στατιστικά σημαντική αλλαγή γνώμης μόνο στην έμμεση επιρροή. Συγκεκριμένα, η ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα οδηγεί σε αλλαγή της γνώμης των οδοντιατρικά μη φοβικών στατιστικά σημαντικότερα (M.O=0.43), από ότι μία ψυχολογιοποιημένη και δημοκρατικά δομημένη μειονότητα (M.O=0.13 p < 0.05) ή και από

μειονότητα με ψυχολογιοποιημένο ηγέτη (**M.O=0.001 p<0.029**) (F3/70=2.061 p<0.1).

Πρέπει να επισημανθεί ότι, σύμφωνα με τα προαναφερόμενα αποτελέσματα για τα κοντινά υποκείμενα, έχουμε εις διπλούν ανατροπή των θεωρητικά αναμενόμενων, ως προς την ψυχολογιοποίηση και ως προς τον ηγέτη ενεργής και πρωτοπόρου μειονότητας (Papastamou, 1985, Παπαστάμου, 1989γ). Αφενός παρατηρούμε την ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα να υπερτερεί έναντι του ψυχολογιοποιημένου ηγέτη. Αφετέρου βλέπουμε την ψυχολογιοποίηση να μην αποτρέπει την επιρροή της δημοκρατικής μειονότητας, συγκρινόμενη με την αντίστοιχη μη ψυχολογιοποιημένη.

Τα απομακρυσμένα όμως υποκείμενα αλλάζουν γνώμη τόσο από την άμεση όσο και από την έμμεση επιρροή. Με την άμεση επιρροή ο ψυχολογιοποιημένος ηγέτης αλλάζει στατιστικά σημαντικότερα τη γνώμη των οδοντιατρικά μη φοβικών (**M.O=0.51**), συγκριτικά με μία ψυχολογιοποιημένη μειονότητα (**M.O=0.25 p<0.06**). Ακόμα μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα (**M.O=0.70**), επηρεάζει περισσότερο από μία ψυχολογιοποιημένη (**M.O= 0.25 p<0.003**), ή και από έναν μη ψυχολογιοποιημένο ηγέτη (**M.O=0.28 p<0.04**) (F3/71=4.109 p<0.008).

Πρέπει να προσθέσουμε ότι για τα απομακρυσμένα ιδεολογικά υποκείμενα, όσον αφορά τον ηγέτη, τα αποτελέσματα συμφωνούν με την υπάρχουσα θεωρία. Εντούτοις έχουμε ανάλογη επιρροή και από τη μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα έναντι της ψυχολογιοποιημένης, που είναι αντίθετο με τη θεωρία της υπεροχής της ψυχολογιοποίησης έναντι της απουσίας της, για τα απομακρυσμένα ιδεολογικά υποκείμενα (Papastamou et al, 1980, Παπαστάμου, 1989γ σελ.396).

Συνολική επιρροή

Στον Πίνακα 10.10, παρατηρούμε τη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των τεσσάρων συνθηκών για τα ιδεολογικά απομακρυσμένα μη φοβικά μας υποκείμενα, για τη συνολική άμεση και έμμεση επιρροή.

Πίνακας 10.10

Συνολική επιρροή άμεση +έμμεση των οδοντιατρικά μη φοβικών για τα απομακρυσμένα ιδεολογικά υποκείμενα

Μακρινά		
	Δημ. Ομάδα	Με Ηγέτη
Ψ	0.18 (1)	0.40 (3)
Μη Ψ	0.51 (2)	0.19 (4)

Συνολική Επιρροή 0.18 < 0.51 p<0.003
 0.18 < 0.40 p<0.034
 0.19 < 0.40 p<0.037
 0.19 < 0.51 p<0.003

Με το σύνολο των επιχειρημάτων, άμεσων και έμμεσων, αλλάζουν γνώμη τα ιδεολογικά απομακρυσμένα, οδοντιατρικά μη φοβικά υποκείμενα, από μία μη ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα ή από έναν ψυχολογιοποιημένο μειονοτικό ηγέτη.

Αποτελέσματα

Παρατηρούμε ότι ο ψυχολογιοποιημένος μειονοτικός ηγέτης επηρεάζει περισσότερο (M.O=0.40), από ένα μη ψυχολογιοποιημένο (M.O=0.19 p<0.037) ή από μία ψυχολογιοποιημένη μειονότητα (M.O=0.18 p<0.034).

Επίσης ισχυρή συνολική επιρροή, ασκεί μία μη ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα (M.O=0.51), συγκριτικά με μία ψυχολογιοποιημένη μειονότητα μεταπτυχιακών φοιτητών (M.O=0.18 p<0.003) ή και από ένα μη ψυχολογιοποιημένο ηγέτη (M.O=0.19 p<0.003) (F3/71=4.557 p<0.004). Η

στατιστική εγκυρότητα μεταξύ των τεσσάρων συνθηκών, στη συνολική επιρροή, εμφανίζεται υψηλή ($F_{3/71}=5.096$ $p<0.002$).

Πρέπει να επισημάνουμε την υπεροχή της επιρροής του ψυχολογιοποιημένου ηγέτη για την κοινωνική διάκριση των ιδεολογικά απομακρυσμένων μη φοβικών υποκειμένων, όπου παρατηρείται ταύτιση με την υπάρχουσα θεωρία (Papastamou, 1985). Για την επιρροή της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, τίθεται εκ νέου ο προβληματισμός για τα ελληνικά δεδομένα. Της ανύπαρκτης, δηλαδή, τεκμηρίωσης και της σε βάθος χρόνου σταθερής ενασχόλησης με το θέμα. Δύο στοιχεία που, αντίστοιχα, θα μπορούσαν να αντιπαλέψουν την ψυχολογιοποίηση της καινοτόμου μειονότητας, με την αντικειμενικότητα και την επίδειξη σταθερότητας.

10.6 ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΠΗΓΗΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 3, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις που δημιουργεί η πηγή επιρροής στον πληθυσμό-στόχο που απευθύνεται, είναι καθοριστικές για τη διαδικασία κοινωνικής επιρροής που μπορεί να ασκήσει (Παπαστάμου, 1989β, Παπαστάμου, 1989γ, Παπαστάμου και Μιούνυ, 1983). Η μειονότητα που εκλαμβάνεται ως άκαμπτη, ανισόρροπη ή μεροληπτική, για παράδειγμα, αυτόματα περιορίζει την επιρροή της. Η ψυχολογιοποίηση εμφανίζει τη δυνατότητα τροποποίησης της εικόνας της πηγής, προς τη διάσταση της ακαμψίας, της αδιαλλαξίας, της μεροληψίας κ.α. Η γνωστική ερμηνεία των μηνυμάτων της πηγής, καθώς και οι διαπροσωπικές σχέσεις της με τον πληθυσμό, διαβρώνονται από την επίδραση της ψυχολογιοποίησης, όπως θα παρουσιαστεί στη συνέχεια, μέσα από τα αποτελέσματα αυτού του πειράματος

Στο παρόν πείραμα επελέγησαν τα ερωτήματα για την εικόνα της πηγής, με τη λογική που περιγράφεται στην παράγραφο 2 της μεθοδολογίας και του υλικού, όπως εμπνεύστηκαν, δηλαδή, από την Adjective Check List του Gough (1960). Δόθηκαν στους πειραματικούς μας πληθυσμούς, όπως χρησιμοποιήθηκαν στα άφθονα πειράματα που μελετούν την επίδραση της ψυχολογιοποίησης στην εικόνα της πηγής επιρροής (Παπαστάμου και Μιούνυ, 1983 - Παπαστάμου, 1989γ, Papastamou, 1986, Mugny, Kaiser και Papastamou, 1984). Έγιναν κάποιες τροποποιήσεις, απαραίτητες για τα δεδομένα της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, τα 21 ερωτήματα που επελέγησαν, είναι όμοια με αυτά που χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση της ξενοφοβίας (Παπαστάμου, 1989γ, σελ. 210). Εξαιρέθηκαν οι διαστάσεις, οικολόγοι-μη οικολόγοι και μειονοτικοί-πλειονοτικοί. Η πρώτη, διότι δεν συνυφαίνεται εννοιολογικά με την παρούσα έρευνα και η δεύτερη, διότι ερευνούμε την ταυτότητα και τη δομή μειονοτικής ομάδας, με ηγέτη ή με δημοκρατική δομή ισοτίμων μελών και όχι κάποια ομάδα κύρους. Επιπλέον, προστέθηκε η διάσταση, ανθρωπιστές-ατομιστές, που θεωρούμε ότι αποτελεί καθοριστικό ποιοτικό δίπολο, που προσδοκάται να υιοθετηθεί ή να απορριφθεί, αντίστοιχα, από ανθρώπους που εισηγούνται νεωτερικά σχήματα στο χώρο της υγείας.

Ο αριθμός των ερωτημάτων ανέρχεται στα 21 και οι ποιοτικές τους διαστάσεις αναφέρονται λεπτομερώς στον Πίνακα 10.12, που ακολουθεί. Εκτός αυτού, αναφέρονται οι μέσοι όροι για κάθε ερώτημα, όπως απαντήθηκαν από τα υποκείμενά μας, οι πέντε παράγοντες, στους οποίους ομαδοποιούνται τα 21 ερωτήματα, καθώς επίσης η ιδιοτιμή και το ποσοστό διακύμανσης, που ερμηνεύει κάθε παράγοντας. Μεταξύ των 21 εννοιολογικών δίπολων, παρεμβάλλεται επταβάθμια κλίμακα, όπως παρουσιάζεται στο Παράρτημα

Πίνακας 10.12

Παραγοντική ανάλυση Varimax (rotated) της εικόνας της πηγής επιρροής. Φορτίσεις – M.O - Ιδιοτιμή και % συνολικής διακύμανσης

		ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ										
		Συνολικό ποσοστό ερμηνευόμενης διακύμανσης: 55.553%					Ισορροπία	Εξάρτηση	Ακαμψία	Αμεροληψία	Αντικοφορμισμός	
		M.O	1	2	3	4	5					
	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ		Ιδιοτιμή: % διακύμανσης:	29255 18676	6827 12381	6145 8715	5327 7285	5018 5496				
1	επίμονοι υποχωρητικοί	3.56					0.77					
2	μεροληπτικοί αμερόληπτοι	3.85					0.62					
3	ευέλικτοι άκαμπτοι	3.88				0.69						
4	αδιάφοροι ενταγμένοι	5.17					-0.41					
5	αυτόνομοι αλλοτριωμένοι	3.44				0.64						
6	αφύσικοι φυσιολογικοί	5.33		0.57*								
7	προοδευτικοί συντηρητικοί	3.26				0.60						
8	ασυνάρτητοι συγκροτημένοι	5.09		0.58								
9	αντικειμενικοί υποκειμενικοί	3.59				0.51						
10	ανεπιεικείς επιεικείς	4.59		0.59								
11	δυναμικοί παθητικοί	3.24										
12	ανεξάρτητοι εξαρτημένοι	3.41				0.77						
13	ασταθείς σταθεροί	4.95		0.60								
14	ανθρωπιστές ατομιστές	3.13				0.47						
15	αβέβαιοι αυτοπεποίθηση	5.23		0.67								
16	ρεαλιστές ανεδαφικοί	3.34				0.44						
17	στενόμυαλοι ανοιχτόμυαλοι	4.86		0.60								
18	ηττοπαθείς φιλόδοξοι	5.13		0.70								
19	ελεύθεροι υποταγμένοι	3.18				0.54						
20	ανισόρροποι ισορροπημένοι	4.88		0.67								
21	κομφορμιστές αντικομφορμιστές	4.21									0.80	

*Φορτίσεις>0.40

Σκελετός μελέτης της εικόνας της πηγής επιρροής

Συνοπτικά, για να καθορίσουμε και να ερμηνεύσουμε την εικόνα της πηγής επιρροής, ή, με άλλα λόγια, για να προσδιορίσουμε το προφίλ μιας πηγής επιρροής, τις αναπαραστάσεις που δημιουργεί, ακολουθήσαμε τα εξής βήματα:

1. Με τις μέσες τιμές σε κάθε ένα από τα ανωτέρω ερωτήματα, από την εντολή Descriptives, προσδιορίζουμε την κατεύθυνση, προς τον ένα ή τον άλλο πόλο, που τοποθετούνται οι 21 ερωτήσεις.
2. Με την ανάλυση παραγόντων στο ερωτηματολόγιο της εικόνας της πηγής και με περιστροφή τύπου varimax, αναδύεται ο αριθμός των παραγόντων, στους οποίους ομαδοποιούνται τα εικοσιένα ερωτήματα. για το σύνολο του δείγματος.
3. Στη συνέχεια, με την ανάλυση διακύμανσης που εφαρμόζουμε, προκύπτουν οι μέσοι παραγοντικοί δείκτες ανά συνθήκη και ανά παράγοντα, ανεξάρτητα για φοβικούς και μη φοβικούς. Καταρχάς, επιλέγουμε με την εντολή από το SPSS - select cases - φοβικοί-μη φοβικοί και κοντινά-απομακρυσμένα υποκείμενα. Στη συνέχεια, με την εντολή one - way anova, εξαρτημένες μεταβλητές οι φορτίσεις ξεχωριστά για κάθε παράγοντα και ανεξάρτητη μεταβλητή οι πειραματικές συνθήκες, προκύπτουν οι μέσοι παραγοντικοί δείκτες.
4. Καθορίζουμε, τέλος, τις μέσες τιμές των ερωτημάτων ανά συνθήκη και ανά παράγοντα (ίδιες επιλογές στο δείγμα όπως πριν και επιπρόσθετα η πειραματική συνθήκη). Από την εντολή Means-Descriptives ανά παράγοντα και με επιλογή των ερωτημάτων που αντιπροσωπεύουν κάθε παράγοντα, γίνεται ο ανωτέρω προσδιορισμός.

Η τελική συναγωγή συμπερασμάτων γίνεται με συγκρίσεις των δεικτών επιρροής, των μέσων παραγοντικών δεικτών και των μέσων τιμών ανά παράγοντα και ανά συνθήκη.

Οι πέντε παράγοντες της εικόνας της πηγής

Οι αναπαραστάσεις που δημιουργούνται για την πηγή επιρροής στις πειραματικές συνθήκες, αναδύονται από την παραγοντική ανάλυση με περιστροφή τύπου varimax, όπου προκύπτουν πέντε παράγοντες που σκιαγραφούν την εικόνα της πηγής επιρροής για το σύνολο του δείγματος, όπως φάνηκε στον Πίνακα 10.12. Οι πέντε παράγοντες ερμηνεύουν το 55.553% της συνολικής διακύμανσης και αφορούν αντίστοιχα, την ισορροπία, την εξάρτηση, την ακαμψία, την αμεροληψία και την ιδεολογική αδιαφορία, τέλος δε τον αντικομορμισμό της πηγής επιρροής.

Ο πρώτος παράγοντας, όπως προαναφέρθηκε, είναι σχετικός με την *ψυχολογική ισορροπία* που αποδίδεται στην πηγή επιρροής και ερμηνεύει το 29.255% της συνολικής διακύμανσης. Τα στοιχεία που εμφανίζουν έναν ισχυρό κορεσμό στον παράγοντα αυτό, είναι η πρόσληψη της πηγής ως φυσιολογική (0.57), συγκροτημένη (0.58), επιεικής (0.59), με αυτοπεποίθηση (0.67), ανοιχτόμυαλη (0.60), φιλόδοξη (0.70) και γενικά ισορροπημένη (0.67).

Ο δεύτερος παράγοντας, ερμηνεύει το 12.381% της συνολικής διακύμανσης και οργανώνεται γύρω από τη διάσταση της *εξάρτησης* ή για αποδοθεί καλλίτερα, λαμβάνοντας υπόψη τους μέσους όρους των στοιχείων που συνθέτουν τον παράγοντα, της μειωμένης ανεξαρτησίας. Κατά πόσο, δηλαδή, η πηγή θεωρείται αλλοτριωμένη (0.64), εξαρτημένη (0.77), ατομικιστική (0.47), ανεδαφική (0.44) και υποταγμένη (0.54). Αυτός ο παράγοντας, με τις έννοιες αντεστραμμένες, μπορεί να σκιαγραφήσει ξεκάθαρα τη στερεότυπη εικόνα των ηγετών.

Ο τρίτος παράγοντας, ερμηνεύει το 8.715% της συνολικής διακύμανσης και ορίζει την *ακαμψία* (0.69), το συντηρητισμού (0.60) και την υποκειμενικότητα (0.51), που πιθανόν διακατέχει την πηγή επιρροής.

Ο τέταρτος παράγοντας, ερμηνεύει το 7.285% της συνολικής διακύμανσης και εκφράζει την *αμεροληψία* και την *υποχωρητικότητα*, με άλλα λόγια, τη

μειωμένη "στράτευση" της πηγής. Συγκροτείται από τις έννοιες της υποχωρητικότητας (0.77), της αμεροληψίας (0.62) και της ιδεολογικής αδιαφορίας της πηγής επιρροής (-0.41).

Ο πέμπτος παράγοντας, ερμηνεύει το 5.496% της συνολικής διακύμανσης και αντιπροσωπεύεται από ένα μόνο στοιχείο, τον *αντικομοφορμισμό*. Εμφανίζει, πολλή ισχυρή φόρτιση (0.80), διεκδικώντας την καθοριστική "φωτογράφιση" της πηγής ως αντικομοφορμιστικής.

Στη συνέχεια, μελετάμε τον τρόπο που προσλαμβάνεται η πηγή επιρροής στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες που δημιουργήσαμε. Η ανάλυση διακύμανσης μας δίνει τους μέσους παραγοντικούς δείκτες, για κάθε πειραματική συνθήκη και για κάθε έναν από τους πέντε παράγοντες. Η μελέτη μας γίνεται ανεξάρτητα, τόσο για τους οδοντιατρικά φοβικούς, όσο και για τους μη φοβικούς.

Η εικόνα της πηγής επιρροής - οδοντιατρικά περισσότερο φοβικοί Μ.Ο

ΜΙΔΑΣ=15-25

Αρχικά, εξετάζονται τα οδοντιατρικά φοβικά και ιδεολογικά κοντινά ή απομακρυσμένα υποκείμενα. Παρουσιάζονται και ερμηνεύονται οι μέσοι παραγοντικοί δείκτες ανά συνθήκη, για κάθε ένα από τους 5 παράγοντες. Αναλύεται με άλλα λόγια, πως προσλαμβάνεται η πηγή επιρροής από τα υποκείμενά μας, ανά πειραματική συνθήκη. Στο σημείο αυτό παρουσιάζεται εκ νέου ο Πίνακας 10.4, για να διευκολυνθούν οι συγκρίσεις των δεικτών επιρροής, με τους μέσους παραγοντικούς δείκτες της εικόνας της πηγής. Συγκρίσεις, που προτιθέμεθα να αναπτύξουμε στα πλαίσια αυτής της μελέτης, με σκοπό να αντιληφθούμε την αλληλόδραση ανάμεσα στην κοινωνική αναπαράσταση που δημιουργεί η εκάστοτε πηγή και στο μέγεθος της επιρροής που μπορεί να ασκήσει. Να αντιληφθούμε, επιπλέον, τη δύναμη της εισαγόμενης

ψυχολογιοποίησης στη διαφοροποίηση του προφίλ, της ηγετικά ή δημοκρατικά δομημένης, ομάδας επιρροής.

Πίνακας 10.4

ΜΕΣΗ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΦΟΒΙΚΩΝ

Προτάσ.	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ							
	ΔΗΜ. ΟΜΑΔΑ				ΜΕ ΗΓΕΤΗ			
	Α		Ε		Α		Ε	
	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.
Ψ	0.62	-0.35	-0.13	0.58	-0.64	-0.13	0.23	0.14
Μη Ψ	0.45	-0.16	0.23	0.11	0.49	-0.63	0.15	-0.12

Κοντινά - Άμεση Επιρροή	0.62 > -0.64	p < 0.04
	0.49 > -0.64	p < 0.02
Μακρινά – Άμεση Επιρροή	-0.63 > -0.13	p < 0.03
	-0.63 > -0.16	p < 0.001
Έμμεση Επιρροή	0.58 > 0.14	p < 0.006

Συνοπτικά, μπορεί να λεχθεί ότι τα ιδεολογικά κοντινά υποκείμενα, με τα άμεσα επιχειρήματα, αλλάζουν γνώμη από ψυχολογιοποιημένη μειονότητα και από μη ψυχολογιοποιημένο ηγέτη.

Τα απομακρυσμένα, με τα άμεσα μηνύματα, αλλάζουν από μη ψυχολογιοποιημένο ηγέτη. Με τα έμμεσα μηνύματα, αλλάζουν από ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική ομάδα.

Στον Πίνακα 10.13, που ακολουθεί, βλέπουμε τους μέσους παραγοντικούς δείκτες, ανά συνθήκη για κάθε έναν από τους πέντε παράγοντες που συγκροτούν την εικόνα της πηγής επιρροής, για τα ιδεολογικά κοντινά και τα απομακρυσμένα, οδοντιατρικά φοβικά μας υποκείμενα. Το θετικό πρόσημο δηλώνει ισχυρότερη πρόσληψη του παράγοντα

Πίνακας 10.13 στην επόμενη σελίδα →

Τα συμπεράσματα και οι ερμηνείες που μπορούν να δοθούν από τη μελέτη του Πίνακα 10.13, είναι: Πρέπει να αναφερθεί, καταρχάς, ότι οι συνθήκες και οι παράγοντες που εμφανίζουν στατιστική εγκυρότητα και επομένως αξιόλογη διαφοροποίηση μεταξύ τους, παρουσιάζονται έγχρωμα. Είναι αυτά τα σημεία στα οποία θα εστιάσουμε και θα αναφερθούμε εκτενέστερα.

Όσον αφορά τα κοντινά υποκείμενα, μπορούμε να πούμε ότι ο πρώτος παράγοντας που εκφράζει την ισορροπία και ο δεύτερος παράγοντας που σηματοδοτεί την εξάρτηση δε διαφοροποιούν τις πειραματικές συνθήκες [Παράγων 1: Απομακρυσμένα υποκείμενα $F_{3/25}=0.099$ ns. Κοντινά υποκείμενα $F_{3/25}=0.214$ ns. Παράγων 2: Απομακρυσμένα υποκείμενα $F_{3/25}=0.45$ ns. Κοντινά υποκείμενα $F_{3/25}=0.48$ ns].

Στον τρίτο παράγοντα, που εκφράζει τη διάσταση της ακαμψίας και του συντηρητισμού, παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των πειραματικών συνθηκών για τα ιδεολογικά κοντινά υποκείμενα. Συγκεκριμένα, η δημοκρατικά δομημένη και ψυχολογιοποιημένη μειονότητα εκλαμβάνεται από τα κοντινά υποκείμενα ως άκαμπτη και συντηρητική (**M.O=0.85**), συγκριτικά με τη μη ψυχολογιοποιημένη. Η δεύτερη θεωρείται ευέλικτη και προοδευτική (**M.O=-0.67 p<0.013**, Κοντινά υποκείμενα: $F_{3/25}=2.93$ p<0.05). Η ενεργοποίηση της ψυχολογιοποίησης, δηλαδή, διαφοροποιεί την κοινωνική αναπαράσταση της δημοκρατικά δομημένης μειονότητας στα κοντινά υποκείμενα, που την εκλαμβάνουν ως εξωομάδα και τους ασκεί επιρροή (0.62). Με άλλα λόγια, η ψυχολογιοποίηση διαφοροποιεί το προφίλ της δημοκρατικά δομημένης μειονότητας με όρους ακαμψίας, όπως είναι και το θεωρητικά αναμενόμενο (Παπαστάμου, Μιούνυ, 2001).

Στον τέταρτο παράγοντα που εκφράζει τη διάσταση της αμεροληψίας, της υποχωρητικότητας και της πολιτικής αδιαφορίας, δεν παρατηρούμε στατιστικά

Πίνακας 10.13

Μέσοι παραγοντικοί δείκτες κοντινών και απομακρυσμένων **οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών** υποκειμένων, ανά συνθήκη, για τους πέντε παράγοντες της μειονοτικής πηγής επιρροής. Το θετικό πρόσημο παραπέμπει σε αυξημένη πρόσληψη του παράγοντα. Κοντινά N=68. Απομακρυσμένα N=58.

ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		Κοντινά					Απομακρυσμένα				
		ισορροπία 1	εξάρτηση 2	ακαμψία 3	αμερολ. 4	αντικοφορμ. 5	ισορροπία 1	εξάρτηση 2	ακαμψία 3	αμερολ. 4	αντικοφορμισμός 5
Ψυχολογιοποιημένη Δημοκρατική Ομάδα	0.40	-0.34	0.87	0.41	-0.29	0.001	0.55	0.26	0.001	-0.48	
Μη Ψυχολογιοποιημένη Δημοκρατική Ομάδα	0.35	0.001	-0.67	0.45	0.18	0.001	0.20	0.18	0.001	0.70	
Ψυχολογιοποιημένος Ηγέτης	0.001	-0.25	0.28	0.33	0.12	0.27	0.001	-0.001	0.27	-1.1	
Μη Ψυχολογιοποιημένος Ηγέτης	0.35	0.001	-0.25	0.001	-0.13	-0.001	0.10	0.45	-0.001	0.35	

ΦΟΒΙΚΟΙ

σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των πειραματικών συνθηκών για τα ιδεολογικά κοντινά ή και για τα απομακρυσμένα υποκείμενα.

Στον πέμπτο παράγοντα που εκφράζει τη διάσταση του αντικοφορμισμού, παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των πειραματικών συνθηκών για τα ιδεολογικά απομακρυσμένα υποκείμενα. Συγκεκριμένα, ο μη ψυχολογιοποιημένος ηγέτης εκλαμβάνεται από τα απομακρυσμένα φοβικά υποκείμενα ως περισσότερο αντικοφορμιστής ($M.O=0.35$), συγκριτικά με τον ψυχολογιοποιημένο ηγέτη μειονοτικής ομάδας ($M.O=-1.1$ $p<0.006$). Σύμφωνα με τον Πίνακα 10.4 όμως, είναι η ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική ομάδα που ασκεί έμμεση επιρροή προς τα απομακρυσμένα φοβικά υποκείμενα ($M.O=0.58$). Ο προσλαμβανόμενος αντικοφορμισμός του μη ψυχολογιοποιημένου ηγέτη, φαίνεται ότι δεν αρκεί για να ασκήσει σημαντική επιρροή.

Εικόνα της πηγής επιρροής - οδοντιατρικά μη φοβικοί

Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της εικόνας της πηγής επιρροής, για τα οδοντιατρικά μη φοβικά μας υποκείμενα. Υπενθυμίζουμε ότι αυτό γίνεται βάσει των μέσων παραγοντικών τιμών, ανά συνθήκη και ανά παράγοντα, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.14 που ακολουθεί. Παρουσιάζεται επίσης, εκ νέου, ο Πίνακας 10.9 για να μπορέσουμε να συγκρίνουμε την εικόνα της πηγής με το δείκτη επιρροής. Αποδίδοντας, με αυτόν τον τρόπο, την ευθύνη του πειραματικού χειρισμού στο προσλαμβανόμενο προφίλ της πηγής και συνακόλουθα, συνδέοντας το με την ασκούμενη κοινωνική επιρροή. Μιλάμε, με άλλα λόγια, για την ίδια πορεία που ακολουθήθηκε και στους οδοντιατρικά φοβικούς.

Πίνακας 10.9

ΜΕΣΗ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΜΗ ΦΟΒΙΚΩΝ

Προτάσεις	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ							
	ΔΗΜ. ΟΜΑΔΑ				ΜΕ ΗΓΕΤΗ			
	Α		Ε		Α		Ε	
	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.	Κοντιν.	Μακριν.
Ψυχολογιοποίηση	-0.18	0.25	0.43	0.10	-0.13	0.51	0.001	0.28
Μη Ψυχολογιοποίηση	0.001	0.70	0.13	0.32	-0.001	0.28	0.12	0.001
Κοντινά - Έμμεση Επιρροή			0.43 > 0.001 p < 0.029					
			0.43 > 0.13 p < 0.05					
Μακρινά – Άμεση Επιρροή			0.25 < 0.70 p < 0.003					
			0.25 < 0.51 p < 0.06					
			0.70 > 0.28 p < 0.04					

Τα κοντινά υποκείμενα επηρεάζονται με τα έμμεσα επιχειρήματα, από μία ψυχολογιοποιημένη μειονότητα. Τα απομακρυσμένα ιδεολογικά υποκείμενα, επηρεάζονται με τα άμεσα μηνύματα, από μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα ή από έναν ψυχολογιοποιημένο ηγέτη.

Πίνακας 10.14 στην επόμενη σελίδα →

Στον πρώτο παράγοντα που εκφράζει τη διάσταση της ισορροπίας, η συνθήκη του ψυχολογιοποιημένου ηγέτη για τα απομακρυσμένα υποκείμενα, εμφανίζει υψηλή μέση τιμή (M.O=0.15), με στατιστικά σημαντική διαφορά από το μη ψυχολογιοποιημένο ηγέτη

(M.O = -0.27 p < 0.08 F3/141=0.015 ns). Είναι αυτή η αναπαράσταση της ισορροπίας, της συγκρότησης, της σταθερότητας και της αυτοπεποίθησης πριμοδοτούμενα από την ψυχολογιοποίηση του ηγέτη, που αυξάνει την άμεση επιρροή του προς τα οδοντιατρικά μη φοβικά και απομακρυσμένα υποκείμενα (M.O=0.51), έναντι του μη ψυχολογιοποιημένου και, ως εκ τούτου,

Πίνακας 10.14

Μέσοι παραγοντικοί δείκτες κοντινών και απομακρυσμένων **οδοντιατρικά μη φοβικών** υποκειμένων, ανά συνθήκη, για τους πέντε παράγοντες της εικόνας της μειονοτικής πηγής επιρροής. Το θετικό πρόσημο παραπέμπει σε αυξημένη πρόσληψη του παράγοντα. Κοντινά N=74. Απομακρυσμένα N=75.

ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΜΗ ΦΟΒΙΚΟΙ									
		Κοντινά					Απομακρυσμένα				
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ		ισορροπία 1	εξάρτηση 2	ακαμψία 3	αμερολ. 4	αντικοφορμ. 5	ισορροπία 1	εξάρτηση 2	ακαμψία 3	αμερολ. 4	αντικοφορμισμός 5
Ψυχολογοποιημένη Δημοκρατική Ομάδα		-0.001	0.001	0.21	0.001	0.29	-0.001	-0.34	0.28	-0.001	-0.20
Μη Ψυχολογοποιημένη Δημοκρατική Ομάδα		-0.001	0.11	0.14	-0.28	-0.23	-0.16	0.001	-0.42	0.34	-0.001
Ψυχολογοποιημένος Ηγέτης		0.001	-0.001	-0.10	0.28	-0.22	0.15	-0.25	0.001	-0.001	0.001
Μη Ψυχολογοποιημένος Ηγέτης		0.15	0.001	-0.10	-0.001	0.18	-0.27	0.001	-0.33	-0.14	0.24

εκλαμβανόμενου ως λιγότερο ισορροπημένου (M.O=0,28), όπως φαίνεται στον Πίνακα 10.9.

Στο δεύτερο παράγοντα που εκφράζει τη διάσταση της εξάρτησης, όσον αφορά τα απομακρυσμένα μας υποκείμενα, βλέπουμε ότι η μη ψυχολογιοποιημένη και δημοκρατικά δομημένη μειονότητα, εκλαμβάνεται ως εξαρτημένη (M.O=0.001 $p<0.1$), έναντι της ψυχολογιοποιημένης, που αναπαρίσταται ως ανεξάρτητη (M.O=-0.34 $F_{3/141}=1.730$ ns). Η ψυχολογιοποίηση επάγει τη διαφορετική αναπαράσταση της μειονοτικής και δημοκρατικής πηγής επιρροής, καθορίζοντας την κοινωνική επιρροή. Στον Πίνακα 10.9, παρατηρούμε ότι η μη ψυχολογιοποιημένη και, όπως προαναφέρθηκε, εξαρτημένη μειονότητα, εμφανίζει αυξημένη επιρροή (M.O=0.70), έναντι της ψυχολογιοποιημένης (M.O=0.25).

Στον τρίτο παράγοντα, που εκφράζει τη διάσταση της ακαμψίας και του συντηρητισμού, με την επίδραση της ψυχολογιοποίησης, παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των πειραματικών συνθηκών για τα ιδεολογικά απομακρυσμένα μη φοβικά υποκείμενα, ($F_{3/141}=3.289$ $p<0.023$). Συγκεκριμένα, η δημοκρατικά δομημένη και μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα εκλαμβάνεται από τα απομακρυσμένα υποκείμενα ως περισσότερο ευέλικτη, αντικειμενική και προοδευτική (M.O=-0.42), συγκριτικά με την ψυχολογιοποιημένη, που ορίζεται, αναπαραστασιακά, ως άκαμπτη, συντηρητική και υποκειμενική (M.O=0.28 $p<0.01$). Η κοινωνική αναπαράσταση της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, με όρους μειωμένης ακαμψίας, αυξάνει και την άμεση επιρροή της προς τα απομακρυσμένα και μη φοβικά πειραματικά υποκείμενα (M.O=0.70), έναντι της ψυχολογιοποιημένης (M.O=0.25), όπως φαίνεται στον Πίνακα 10.9.

Στον τέταρτο παράγοντα, που εκφράζει τη διάσταση της αμεροληψίας, της υποχωρητικότητας και της ιδεολογικής αδιαφορίας, για τα ιδεολογικά απομακρυσμένα μη φοβικά υποκείμενα., παρατηρούμε τα ακόλουθα. Η μη ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα, προσλαμβάνεται ως περισσότερο

αδιάφορη, υποχωρητική και αμερόληπτη (**M.O=0.34**), έναντι του μη ψυχολογιοποιημένου ηγέτη (**M.O= -0.14 p<0.055** F3/144=2.093 p<0.1), που αναπαρίσταται μεροληπτικός, επίμονος και ιδεολογικά ενταγμένος. Η απουσία της ψυχολογιοποίησης επάγει την επιρροή της μειονότητας (M.O=0.70), ενώ αποτρέπει την επιρροή του ηγέτη (M.O=0.28), σύμφωνα με τον Πίνακα 10.9, δικαιώνοντας το θεωρητικά γνωστό και αναμενόμενο (Παπαστάμου, 1989γ, Παπαστάμου και Μιούνυ, 1983).

Στον πέμπτο παράγοντα που εκφράζει τον αντικομφορμισμό, παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των πειραματικών συνθηκών για τα ιδεολογικά κοντινά υποκείμενα. Συγκεκριμένα, η ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα εκλαμβάνεται από τα κοντινά μη φοβικά υποκείμενα ως περισσότερο αντικομφορμιστική (**M.O=0.29**), συγκριτικά με τον ψυχολογιοποιημένο ηγέτη μειονοτικής ομάδας (**M.O= -0.22 p<0.05**), ή με τη μη ψυχολογιοποιημένη και από ισότιμα μέλη δομημένη μειονότητα (**M.O=-0.23 p<0.1**). Οι δύο τελευταίες ομάδες επιρροής, αναπαριστώνται ως κομφορμιστικές.

Η κοινωνική αναπαράσταση των οδοντιατρικά μη φοβικών και ιδεολογικά κοντινών υποκειμένων, αναφορικά με τη διάσταση του αντικομφορμισμού-κομφορμισμού, επηρεάζεται από την ψυχολογιοποιημένη και δημοκρατική μειονότητα, με τα έμμεσα μηνύματα, σύμφωνα με τον Πίνακα 10.9.

10.7 Συζήτηση

Συνδυάζοντας τα αποτελέσματα της κοινωνικής επιρροής από μειονοτική ομάδα με δημοκρατική δομή ή με ηγέτη, ψυχολογιοποιημένους ή μη, καθώς και τα αποτελέσματα της εικόνας της πηγής, για τους οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς, δημιουργείται ο Πίνακας 10.15, που ακολουθεί. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν αναλυτικά στις προηγούμενες παραγράφους, ενώ ο Πίνακας

10.15 μας επιτρέπει τη συνοπτική τους παρουσίαση. Σ' αυτόν βλέπουμε το συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών με τα προαναφερόμενα αποτελέσματα ανά πειραματική συνθήκη. Από αυτόν τον πίνακα θα μας επιτραπεί να επιλέξουμε και να προτείνουμε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο παρέμβασης, για την, από κοινού, αλλαγή της γνώμης των φοβικών και μη φοβικών οδοντιατρικών ασθενών. Τη γνώμη που θα επιφέρει, πιθανόν, τη γενίκευση και την επέκταση στην αλλαγή συμπεριφοράς.

Πίνακας 10.15

Συνδυασμένα αποτελέσματα κοινωνικής επιρροής και εικόνας της πηγής σε οδοντιατρικά περισσότερο **φοβικούς** και **μη φοβικούς**. Στις παρενθέσεις αναφέρεται η προσλαμβανόμενη εικόνα της πηγής. Το θετικό πρόσημο παραπέμπει σε αυξημένη πρόσληψη του συνόλου των παραγόντων.

	Κοντινά		Απομακρυσμένα	
επιρροή	άμεση	έμμεση	άμεση	έμμεση
Φοβικοί	ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική ομάδα (άκαμπτη)		μη ψυχολογιοποιημένος ηγέτης (αντικοφορμιστής)	Συνολική επιρροή ψυχολογιοποιημένος ηγέτης(+) ισορρ.
Μη φοβικοί		ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα (αντικοφορμισμός)	α. μη ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα (ανισόρροπη, εξαρτημένη, ευέλικτη, αμερόληπτη – αδιάφορη πολιτικά) β. ψυχολογιοποιημένος ηγέτης (+)ισορρ.	Συνολική επιρροή α. μη ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα (ανεξάρτητη αμερόληπτη) β. ψυχολογιοποιημένος ηγέτης (+) ισορρ.

Από τον Πίνακα 10.15 προκύπτει ότι η επικρατούσα συνθήκη που μπορεί να επηρεάσει τους απομακρυσμένους ιδεολογικά, οδοντιατρικά περισσότερο φοβικούς και μη φοβικούς, είναι αυτή του ψυχολογιοποιημένου μειονοτικού ηγέτη με την συνολική επιρροή. Συνυπολογίζοντας πάντα, ότι δεν είναι εύκολο να διαχωριστούν οι μεν από τους δε, οι οδοντιατρικά φοβικοί από τους μη φοβικούς, κατά την κοινωνική επιρροή, φαίνεται ότι ο ψυχολογιοποιημένος μειονοτικός ηγέτης προσφέρεται για την από κοινού επιτυχή επιρροή και αλλαγή γνώμης.

Τα ιδεολογικά απομακρυσμένα περισσότερο φοβικά υποκείμενα επηρεάζονται από τον ψυχολογιοποιημένο ηγέτη με την συνολική επιχειρηματολογία, προσλαμβάνοντάς τον ισορροπημένο, ανεξάρτητο, άκαμπτο, αμερόληπτο, ιδεολογικά αδιάφορο και αντικομφορμιστή.

Τα ιδεολογικά απομακρυσμένα μη φοβικά υποκείμενα επηρεάζονται επίσης από τον μη ψυχολογιοποιημένο ηγέτη και τον ερμηνεύουν όπως και οι προηγούμενοι.

Τα ιδεολογικά κοντινά μη φοβικά υποκείμενα επηρεάζονται με την έμμεση επιχειρηματολογία, από την ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα που την εκλαμβάνουν ως αντικομφορμιστική.

Τα ιδεολογικά κοντινά περισσότερο φοβικά υποκείμενα επίσης επηρεάζονται από την ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα που την θεωρούν άκαμπτη.

Παρατηρούμε ότι το μοντέλο που, ως σκαπανείς, ανιχνεύουμε, δεν έχει φτάσει ακόμα στην πλήρη ενοποίηση του κοινωνικού πεδίου. Εντούτοις, μπορούμε να μιλήσουμε για μειονοτική επιρροή και στις δύο ομάδες. Τα κοντινά μας υποκείμενα, περισσότερο φοβικά και μη φοβικά επηρεάζονται από την ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική ομάδα. Τα απομακρυσμένα, από την άλλη μεριά, αλλάζουν γνώμη από τον ψυχολογιοποιημένο δημοκρατικό ηγέτη. Προς

το παρόν όμως υπάρχει διαφορετική προσέγγιση και ερμηνεία. μεταξύ των άμεσων και έμμεσων θέσεων της πηγής επιρροής. Η ερευνητική μας σκαπάνη δεν έχει φτάσει ακόμα στον πυρήνα του ενοποιημένου μοντέλου. Εκεί που δυνάμει επιθυμούμε να φτάσουμε. Στο σημείο δηλαδή, όπου ο λόγος θα μπορεί να απευθύνεται σε όλο τον πληθυσμό, είτε βρίσκεται σε μία αίθουσα διδασκαλίας, είτε μπροστά στην τηλεόραση, είτε ξεφυλλίζει ένα ενημερωτικό περιοδικό, ή βρίσκεται στον εργασιακό του χώρο και ενημερώνεται για την πρόληψη της στοματικής ασθένειας. Είναι ο λόγος που οδηγεί τους σκαπανείς να συνεχίσουν. Να συνεχίσουν, για «να μπορούν να ακούσουν» οι οδοντιατρικά ασθενείς, ώστε να φροντίσουν έγκαιρα τη στοματική τους κοιλότητα και τον εαυτό τους ως ενιαίο σύνολο, μέσα στην κοινωνιοψυχολογική τους πλαισίωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΠΕΙΡΑΜΑ ΙΙΙ

*Μέση αλλαγή της τιμής του φόβου και του αριθμού,
οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών και μη φοβικών ασθενών.
Σύγκριση θεωρητικής, στατιστικής και ατομικής (κλινικής)
εγκυρότητας*

ΠΕΙΡΑΜΑ ΙΙΙ

11.1 Τίτλος. Μέση αλλαγή της τιμής του φόβου και του αριθμού, οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών και μη φοβικών ασθενών. Σύγκριση θεωρητικής, στατιστικής και ατομικής (κλινικής) Εγκυρότητας

Πίνακας 1

11.1 Δείγμα και Πειραματικός Σχεδιασμός

<p style="text-align: center;"><u>Υπόθεση</u></p> <p><u>Οδοντιατρικά περισσότερο Φοβικοί:</u> Ελαττώνεται ο φόβος και ο αριθμός τους από μία Μειονότητα</p> <p><u>Οδοντιατρικά Μη Φοβικοί:</u> Αυξάνει ο φόβος και ο αριθμός τους από μία Μειονότητα</p> <p><u>Ανεξάρτητες Μεταβλητές:</u> 1- Ταυτότητα της πηγής επιρροής ως μειονότητα - πλειονότητα 2- Ψυχολογιοποίηση ή μη</p> <p><u>Εξαρτημένη Μεταβλητή:</u> Η μέση αλλαγή του φόβου και του αριθμού, περισσότερο φοβικών και μη φοβικών οδοντιατρικών ασθενών</p> <p><u>Μεθοδολογία - Υλικό</u> Το δείγμα : N=335 φοιτητές ΑΕΙ & ΤΕΙ 79 άνδρες και 256 γυναίκες Μέση ηλικία 20.5 έτη</p> <p><u>Προτέστ:</u> Ερωτηματολόγιο ΜΙΔΑΣ (Μ.Ο=12.3)</p> <p><u>Πειραματική φάση:</u> Ερωτηματολόγιο ΕΡΟΣ- ταυτότητα της πηγής επιρροής- κείμενο επιρροής- ψυχολογιοποίηση ή μη.</p> <p><u>Μετατέστ:</u> Ερωτηματολόγιο ΜΙΔΑΣ, εκ νέου (Μ.Ο=12.8 p<0.001)</p>
--

Στο τρίτο πείραμα διερευνήθηκε κατά πόσον, η ταυτότητα της πηγής επιρροής, ως μειονότητα ή πλειονότητα, ψυχολογιοποιημένη και μη, είναι σε θέση να μεταβάλλει τη μέση τιμή του άγχους και τον αριθμό

των φοβικών και μη φοβικών ασθενών, στις πειραματικές συνθήκες που δημιουργούμε. Οι δύο παράμετροι, ταυτότητα της πηγής και ψυχολογιοποίηση, αποτελούν τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Μία επιπλέον μεταβλητή που χρησιμοποιείται στην ανάλυση, είναι ο διαχωρισμός οδοντιατρικά φοβικοί – μη φοβικοί, που προκύπτει από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, στο ΜΙΔΑΣ του προτεστ ή του μετατέστ. Στο παρόν πείραμα δεν ήταν δυνατόν να μελετηθούν οι φοβικοί με Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=19-25, διότι δεν ήταν επαρκής ο αριθμός των υποκειμένων ανά πειραματική συνθήκη. Χωρίσαμε το δείγμα σε μη φοβικούς με Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=5-18 και περισσότερο φοβικούς με Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=15-25.

Εξαρτημένη μεταβλητή είναι η μέση αλλαγή της τιμής του φόβου και του αριθμού των υποκειμένων μας. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές αυτού του πειράματος, είναι όμοιες με αυτές του πρώτου. Ενώ διαφέρει, δηλαδή, η εξαρτημένη μεταβλητή, διατηρούνται οι ίδιες ανεξάρτητες, για να μας επιτραπεί μία επιπλέον διασταύρωση, αλλά και η δυνατότητα να διατυπώσουμε την ταύτιση μεταξύ θεωρητικής, στατιστικής και ατομικής-κλινικής εγκυρότητας.

Οδηγηθήκαμε στην πραγματοποίηση του τρίτου πειράματος, λόγω κάποιων ευρημάτων, που προέκυψαν από τα δύο προηγούμενα πειράματα. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε μία ανισοκατανομή των οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών υποκειμένων, όπως και μία αυξομείωση του φόβου τους, μέσα στις πειραματικές συνθήκες. Αυτό προέκυψε από πιλοτική διερεύνηση που έγινε σε ορισμένα άτομα, δίνοντας το ΜΙΔΑΣ, εκ νέου, στο τέλος του μετατεστ, εκτός από τη συμπλήρωσή του στην αρχή του προτεστ. Η στάθμιση της αξιοπιστίας του ΜΙΔΑΣ για την ελληνική γλώσσα, έδειξε ότι οι μετρήσεις του παραμένουν σταθερές μέσα στο χρόνο. Αυτό ισχύει τόσο για τους φοβικούς όσο και για τους μη φοβικούς. Τα σαράντα πέντε (45) υποκείμενα που συμμετείχαν στη στάθμιση της αξιοπιστίας του ΜΙΔΑΣ,

ήταν δεκαπέντε (15) οδοντιατρικά φοβικοί από την οδοντιατρική κλινική του πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Κρήτης και τριάντα (30) τακτικοί ασθενείς από ιδιωτικό οδοντιατρείο των Αθηνών, όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο οκτώ (8). Οι δύο μετρήσεις με διαφορά τριών εβδομάδων, είχαν συντελεστή συνάφειας pearson $r=0.9$. Στην πιλοτική μελέτη όμως, που προαναφέρθηκε, δεν επισημάνθηκε κάτι ανάλογο.

Αυτές οι παρατηρήσεις, μας έκαναν να αποδώσουμε την ευθύνη στον πειραματικό χειρισμό και να οδηγηθούμε στη διατύπωση της υπόθεσης, ότι, μία μειονότητα ελαττώνει το φόβο και τον αριθμό των οδοντιατρικά φοβικών, ενώ αυξάνει το φόβο και ελαττώνει τον αριθμό των μη φοβικών.

Αναφέρεται από τη γενετική, ότι η διαμόρφωση της προσωπικότητας πιθανότατα οφείλεται στην κληρονομικότητα, σε ποσοστό της τάξης του 25%, ενώ το υπόλοιπο 75% αποδίδεται στο περιβάλλον και τις κοινωνικές επιρροές (Τριχόπουλος, 1982). Επιπλέον, το γνωστό πείραμα με το μωρό Άλμπερτ και την ανάπτυξη της φοβικής του συμπεριφοράς για το λευκό ποντίκι, μετά από συνδυασμένο έντονο θόρυβο, δείχνει την επίκτητη φύση του φόβου (Heiden, 1997). Η οδοντιατρική φοβία, ως ένα σημείο, ακολουθεί επίσης τους νόμους της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης (Kent και Croucher, 1998). Η γενετική και η κλινική ψυχολογία, από χρόνια, έχουν προσδιορίσει τις ευθύνες του κοινωνικού παράγοντα στην ανάπτυξη του φόβου. Η κοινωνιοψυχολογική, όμως, διάσταση και απόδοση ευθύνης για τη δημιουργία του, είναι ίσως κάτι πρωτόγνωρο.

Στο τρίτο πείραμα που πραγματοποιήσαμε, ανάλογα με την πειραματική συνθήκη, ο χειρισμός λειτουργεί άλλοτε "θεραπευτικά" και άλλοτε "νοσογόνα". Σε κάποιες συνθήκες, όπως θα αναπτυχθεί στη συνέχεια, παρατηρείται αύξηση του φόβου, ενώ σε άλλες ελάττωση.

Αντίστοιχες αυξομειώσεις έχουμε στον αριθμό τόσο των οδοντιατρικά φοβικών, όσο και των μη φοβικών.

11.2 Μεθοδολογία και Υλικό

Στο πείραμα συμμετείχαν 335 προπτυχιακοί φοιτητές από τη Φιλοσοφική Σχολή της Αθήνας και από τα ΤΕΙ Βιολογικής Γεωργίας της Κεφαλονιάς. Συνολικά πήραν μέρος 256 γυναίκες και 79 άνδρες, με μέση ηλικία 20.5 έτη. Τα πειραματικά μας υποκείμενα τα συναντάμε στα αμφιθέατρα, κατανεμημένα τυχαία στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες. Το πείραμα απαρτίζεται από ένα προτέστ, μία πειραματική φάση και ένα μετατέστ, με παρεμβολή μιας εβδομάδας μεταξύ τους. Στα πλαίσια του προτέστ, απαντούν στο ερωτηματολόγιο ΜΙΔΑΣ, που τους διαχωρίζει σε οδοντιατρικά περισσότερο φοβικούς και μη φοβικούς, ενώ παράλληλα μας δίνει την αρχική μέση τιμή του φόβου τους για τον οδοντίατρο. Μετά από μία εβδομάδα, απαντούν στο ερωτηματολόγιο ΕΡΟΣ, που τους εμπλέκει στη φιλοσοφία των σχέσεων οδοντίατρου ασθενή. Αμέσως, στη συνέχεια, ακολουθεί η πειραματική διαδικασία, που είναι πανομοιότυπη με αυτή του πρώτου πειράματος, δημιουργώντας τον παραγοντικό πειραματικό σχεδιασμό 2Χ2. Οι τέσσερις πειραματικές συνθήκες είναι: Η συνθήκη I της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας των μεταπτυχιακών φοιτητών της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής, ως ομάδα χαμηλού καθεστώτος. Η συνθήκη II της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας με την ίδια σύνθεση όπως πριν. Η συνθήκη III της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας, ενεργοποιημένη από τις εισηγήσεις της ομάδας κύρους των Καθηγητών της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής. Τέλος, η συνθήκη IV της μη ψυχολογιοποιημένης

πλειονότητας, με την ίδια σύνθεση της ομάδας υψηλού καθεστώτος. Στο μετατεστ, τα υποκείμενά μας, απαντούν εκ νέου στο ΜΙΔΑΣ. Οι συγκρίσεις τόσο του αριθμού των περισσότερο φοβικών και μη φοβικών στο προ και μετατεστ, όσο και οι μέσες τιμές του φόβου αντίστοιχα, μας επιτρέπουν να βγάλουμε κάποια συμπεράσματα για τις τέσσερις πειραματικές συνθήκες που δημιουργήσαμε, όπως θα δούμε στη συνέχεια. Σε γενικές γραμμές και λόγω των αποτελεσμάτων, μπορεί να λεχθεί ότι ο πειραματικός χειρισμός είναι επιτυχής. Είναι επιτυχής με την έννοια ότι προκάλεσε μεταβολές στη μέση τιμή του ΜΙΔΑΣ, που, τεκμηριωμένα, οι μετρήσεις του είναι σταθερές μέσα στο χρόνο (κεφάλαιο 8).

11.3 Αποτελέσματα

Ποσοστιαία μεταβολή οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών και μη φοβικών ασθενών – κλινική, επιδημιολογική και θεωρητική χρησιμότητα

Στον Πίνακα 11.1 που ακολουθεί, βλέπουμε την κατανομή των υποκειμένων, στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες. Στη συγκεκριμένη ανάλυση εξετάζουμε το 50% των συμμετεχόντων στη συνθήκη I της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας και το σύνολο των ατόμων από τις υπόλοιπες τρεις πειραματικές συνθήκες. Αυτό έγινε, για να έχουμε περίπου τον ίδιο αριθμό ατόμων σε όλες τις συνθήκες. Στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, το τμήμα των φοιτητών που συμμετείχε, περιλάμβανε περισσότερα υποκείμενα, που τα περιορίσαμε με την τυχαία επιλογή του δείγματος. Η συγκεκριμένη ανάλυση έχει

κλινική και επιδημιολογική χρησιμότητα. Δημιουργείται η δυνατότητα ανίχνευσης των μικρομετακινήσεων των υποκειμένων, που παρατηρούνται μετά τον πειραματικό χειρισμό. Των μετακινήσεων, δηλαδή, από την ομάδα των φοβικών στην ομάδα των μη φοβικών και αντίθετα.

Πίνακας 11.1

Κατανομή οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών υποκειμένων στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες

N=267

	<i>Μειονότητα</i>	<i>Πλειονότητα</i>
<i>Ψυχολογιοποίηση</i>	77	64
<i>Μη Ψυχολογιοποίηση</i>	65	61

Στον επόμενο Πίνακα 11.2 παρατηρούμε την ποσοστιαία μεταβολή μεταξύ προτεστ και μετατεστ, του συνόλου των οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών (Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=15-25) και μη φοβικών ασθενών (Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=5-14), στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες που δημιουργήθηκαν, για τις ανάγκες του τρίτου πειράματος.

Πίνακας 11.2

Ποσοστιαία μεταβολή οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών και μη φοβικών ασθενών, στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, μεταξύ του προτεστ και του μετατεστ.

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	Φοβικοί Προ-Μετά	Μη φοβικοί Προ-Μετά	Φοβικοί Προ-Μετά	Μη φοβικοί Προ-Μετά
	<u>I</u>		<u>III</u>	
Ψυχολογιοποίηση	25 - 31 (↑24%)	52 - 46 (↓ 11.2%)	16 - 17 (↑6.3%)	48 -47 (↓ 2%)
	p < 0.001		p < 0.001	
	<u>II</u>		<u>IV</u>	
Μη Ψυχολογιοποίηση	23 - 20 (↓ 13%)	42 - 45 (↑ 7.1%)	20 - 21 (↑ 5%)	41 - 40 (↓ 2.4%)
	p < 0.001		p < 0.001	

Συνθήκη II : Ελάττωση Φοβικών ↓ - Αύξηση Μη Φοβικών ↑

Συνθήκες I III IV : Αύξηση Φοβικών ↑ - Ελάττωση Μη Φοβικών ↓

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση Crosstabs και χ^2

Συγκεκριμένα, όσον αφορά τους οδοντιατρικά περισσότερο φοβικούς, παρατηρούμε ότι ο αριθμός τους στο μετατέστ, αυξάνει σε όλες τις πειραματικές συνθήκες, με εξαίρεση τη συνθήκη II, της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, όπου ελαττώνονται από εικοσιτρία (23) σε είκοσι (20) άτομα και που αντιστοιχεί σε ποσοστό ελάττωσης 13%. Η **συνθήκη II**, με άλλα λόγια, είναι η **ιδανική συνθήκη** για την επιρροή και την αλλαγή της γνώμης (Πείραμα I) και του αριθμού των οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών. Είναι όμως ιδανική και για τους μη

φοβικούς, διότι είναι η μόνη από τις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, όπου ο αριθμός των μη φοβικών αυξάνει. Από σαράντα δύο (42) που είναι στο προτεστ, γίνονται σαράντα πέντε (45) στο μετατεστ, που σημαίνει ποσοστό αύξησης 7.1% ($X^2/1= 19.829$, $p<0.001$). Στο σημείο αυτό πρέπει να διευκρινιστεί ότι η στατιστική εγκυρότητα που προκύπτει από **φαινομενικά** μικρές μετακινήσεις υποκειμένων, οφείλεται σε εσωτερικές μεγαλύτερες ανακατανομές φοβικών-μη φοβικών. Στη δοκιμασία crosstabs, βλέπουμε το τελικό ποσοτικό αποτέλεσμα, το οποίο όμως περικλείει ανακατατάξεις που φαίνονται στους αναλυτικούς στατιστικούς πίνακες.

Στη συνθήκη I, της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, οι φοβικοί από 25 που είναι στο προτεστ, γίνονται 31 στο μετατεστ, ποσοστό αύξησης 24%. Οι μη φοβικοί στην ίδια συνθήκη, από πενήντα δύο (52), γίνονται σαράντα πέντε (45), ελάττωση της τάξης του 11.2 %. Η στατιστική εγκυρότητα της συνθήκης I, είναι υψηλή ($X^2 /1 =27.455$, $p<0.001$). Από τον Πίνακα 2 προκύπτει ότι η **συνθήκη I**, της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, είναι η **χειρότερη όλων των συνθηκών**, διότι ποσοστιαία, έχουμε τη μεγαλύτερη αύξηση στον αριθμό των φοβικών και, αντίστοιχα, τη μεγαλύτερη ελάττωση στον αριθμό των μη φοβικών.

Στη συνθήκη III, της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας, έχουμε αύξηση των φοβικών σε ποσοστό 6.3% (16→17) και ελάττωση των μη φοβικών σε ποσοστό 2% (48→47), ($X^2/1= 49.368$, $p<0.001$). Η **συνθήκη III**, είναι η **δεύτερη**, ιεραρχικά, « **καλλίτερη** » **συνθήκη**, μετά την ιδανική.

Στη συνθήκη IV, της μη ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας, έχουμε αύξηση των φοβικών σε ποσοστό 5% (20→21) και ελάττωση των μη φοβικών σε ποσοστό 2.4% (41→40), ($X^2 /1= 43.364$, $p<0.001$). Η

συνθήκη IV, είναι η **δεύτερη**, ιεραρχικά, **χειρότερη συνθήκη**, μετά τη συνθήκη I, που χαρακτηρίστηκε ως η χειρότερη των υπολοίπων.

Όλες οι αριθμητικές και ποσοστιαίες μεταβολές φοβικών και μη φοβικών, που παρατηρούνται στον Πίνακα 11.2, μεταξύ του προτεστ και του μετατεστ, αποτελούν μία αδρή εικόνα του τι συμβαίνει μέσα στις πειραματικές συνθήκες. Είναι μία πρώτη σκιαγράφιση που μας πληροφορεί για την ιεραρχικά, καλλίτερη (II), αλλά και χειρότερη συνθήκη (I), για τις δύο πληθυσμιακές ομάδες που μελετάμε. Με μία λέξη, οι 4 πειραματικές συνθήκες εμφανίζουν την ακόλουθη αξιολογική ιεράρχηση.

Καλλίτερη συνθήκη-----II-----III-----IV-----I-----Χειρότερη συνθήκη

Εξετάζοντας συνολικά τις διαφορές των μετακινούμενων ατόμων στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες με τις δοκιμασίες Crosstabs και X^2 και για τις δύο πληθυσμιακές ομάδες προκύπτει η ακόλουθη στατιστική σημαντικότητα $X^2 / 6 = 18.871$ $p < 0.004$. Συγκρίνοντας, περαιτέρω τα αποτελέσματα του πρώτου Πειράματος, μπορούμε να πούμε ότι η συνθήκη της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, είναι ιδανική για τους φοβικούς ή περισσότερο φοβικούς ασθενείς, διότι ελαττώνει σημαντικά τον αριθμό τους, ενώ παράλληλα επιδρά στην μεταβολή της γνώμης τους.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν τρεις διαφορετικές αναλύσεις στο σύνολο του δείγματος, προκειμένου να μελετήσουμε τους οδοντιατρικά περισσότερο φοβικούς και τους μη φοβικούς. Με αυτόν τον τρόπο οδηγούμεθα από την τεκμηρίωση της θεωρητικής, στατιστικής και πειραματικής εγκυρότητας, στην ατομική (κλινική) εγκυρότητα. Είναι η τελευταία, που, κύρια, υπολογίζεται στο θεραπευτικό σχήμα. Επιπλέον, με τους διαφορετικούς τρόπους ανάλυσης, επιτυγχάνουμε πολλαπλή τεκμηρίωση της θεωρητικής εγκυρότητας. Με αυτόν τον τρόπο θα

οδηγηθούμε, τελικά, να διαπιστώσουμε την ταύτιση ή τη διάσταση μεταξύ της θεωρητικής, της στατιστικής και της κλινικής εγκυρότητας.

Σε όλες τις αναλύσεις, που ακολουθούν, δημιουργούνται δύο κλάσματα, φοβικών και μη φοβικών ασθενών. Το ένα κλάσμα αφορά το προτεστ, ενώ το άλλο αναφέρεται στο μετατεστ, όπως φαίνεται στα σχεδιαγράμματα 11.Ι, 11.ΙΙ, και 11.ΙΙΙ. Στον αριθμητή όλων των κλασμάτων βρίσκουμε τους περισσότερο φοβικούς, ενώ στον παρανομαστή τους μη φοβικούς. Οι αναλύσεις μας είναι τόσο ποιοτικές, όσο και ποσοτικές. Ανιχνεύουν, εν ολίγοις, τόσο τις αλλαγές της μέσης τιμής του φόβου των υποκειμένων από το προτεστ στο μετατεστ, καθώς και την ανταλλαξιμότητα μεταξύ των κλασμάτων, από την ποσοτική διάσταση και κατ'έκταση την ποιοτική, που υποδηλώνει αύξηση ή ελάττωση του οδοντιατρικού άγχους. Ακόμα, με τον υιοθετημένο πλουραλισμό της ανάλυσης, προσπαθούμε να τεκμηριώσουμε τις ωφέλιμες, αλλά και τις βλαπτικές συνθήκες. Τέλος δε, να τις συνδυάσουμε με τις αντίστοιχες συνθήκες στις οποίες παρατηρείται κοινωνική επιρροή, βάσει των προηγούμενων πειραμάτων.

Στις περισσότερες αναλύσεις που χρησιμοποιούνται οι μέσες τιμές του ΜΙΔΑΣ, έχει γίνει τυχαία επιλογή των μη φοβικών, σε ποσοστό της τάξης του 25%. Αυτό ήταν απαραίτητο, για να περιοριστεί ο αριθμός τους μέσα στις πειραματικές συνθήκες και, ως ένα σημείο, να πλησιάζει τον αριθμό των φοβικών.

Στην πρώτη ανάλυση, κεντρικός πυρήνας είναι οι τιμές του ΜΙΔΑΣ στο προτεστ. Ανιχνεύουμε στη συνέχεια τους περισσότερο φοβικούς και μη φοβικούς του προτέστ, πως μεταβάλλονται δηλαδή ως ομάδες στο μετατεστ (σχεδιάγραμμα 11.Ι).

Στη δεύτερη ανάλυση, οδηγό στοιχείο είναι οι τιμές του ΜΙΔΑΣ στο μετατέστ. Μελετάμε στις ομάδες των νέο-φοβικών και νέο-μη

φοβικών οδοντιατρικών ασθενών του μετατεστ, από μια σύνθεση υποκειμένων του προτεστ, προέρχονται (σχεδιάγραμμα 11.II).

Στην τρίτη ανάλυση, μελετάμε τους περισσότερο φοβικούς του προτεστ και του μετατέστ, που παραμένουν στους αριθμητές των κλασμάτων και τους μη φοβικούς που παραμένουν στους παρανομαστές. Με άλλα λόγια, αναλύουμε τους φοβικούς που παραμένουν φοβικοί και τους μη φοβικούς που παραμένουν μη φοβικοί, ανάμεσα στο προ και το μετατεστ, με την παρεμβολή του πειραματικού χειρισμού (σχεδιάγραμμα 11.III).

Τα αποτελέσματα των αναλύσεων μπορούν να προσδιορίσουν θεωρητικά, το Ιπποκράτειο "ωφελείν" και "μηδέποτε βλάπτειν" τους ασθενείς. Μπορούμε, δηλαδή, να εντοπίσουμε τις συνθήκες που μετατρέπουν τους φοβικούς σε μη φοβικούς, καθώς και τις πειραματικές συνθήκες, που συμβάλλουν ώστε οι μη φοβικοί να παραμείνουν μη φοβικοί.

Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα αποτελέσματα των τριών αναλύσεων και οι ερμηνείες τους σε συνδυασμό με τις αλλαγές του δείκτη κοινωνικής επιρροής, όπως προέκυψαν από το προηγούμενο Πείραμα I.

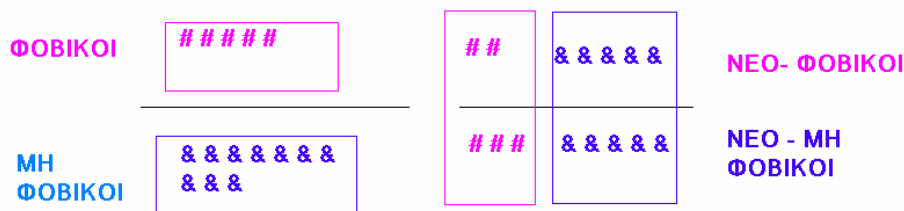
11.4 Ανάλυση I, βάσει του ΜΙΔΑΣ στο προτεστ

Στο σχεδιάγραμμα 11.I βλέπουμε τα δύο κλάσματα των οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών και των μη φοβικών, τόσο στο προτεστ, όσο και στο μετατεστ. Οι φοβικοί έχουν χρώμα ροζ και οι μη φοβικοί μπλε. Η σχηματική παράσταση δεν αντιπροσωπεύει τον ακριβή τους αριθμό, ούτε κάθε μία συνθήκη χωριστά. Είναι μια απεικόνιση, που μας διευκολύνει να κατανοήσουμε τη μεθοδολογία της ανίχνευσης των

υποκειμένων μας και που ισχύει για όλες τις πειραματικές συνθήκες, αναφορικά με την ανάλυση I. Για να γίνουμε σαφέστεροι, διερευνούμε, πώς μεταβάλλονται οι περισσότερο φοβικοί και οι μη φοβικοί μετά τον πειραματικό χειρισμό. Στο μετατεστ, δημιουργούνται οι νέο-φοβικοί και οι νέο-μη φοβικοί, βάσει του ΜΙΔΑΣ στο μετατεστ. Μελετάμε τη δομή των δύο νέων ομάδων, βάσει των μεταβολών της μέσης τιμής του φόβου.

Σχεδιάγραμμα 11. I

Προ-τεστ Μετα-τεστ



Στον Πίνακα 11.3 που ακολουθεί, αναφέρεται η κατανομή στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, των οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών, όπως προκύπτουν από το ΜΙΔΑΣ του προτεστ (Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=15-25). Στη συνθήκη I, της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, ισχύει πάντα οι επιλογή του 50%, για τους λόγους που προαναφέρθηκαν στην ανάλυση της ποσοστιαίας μετακίνησης

Πίνακας 11.3

Κατανομή των οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών υποκειμένων (Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=15-25), στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, τόσο στο προ, όσο και στο μετατεστ

N=84

	<i>Μειονότητα</i>	<i>Πλειονότητα</i>
<i>Ψυχολογιοποίηση</i>	25	16
<i>Μη Ψυχολογιοποίηση</i>	23	20

Στον Πίνακα 11.4, που ακολουθεί, προκειμένου να κατανοήσουμε, την ανάλυση του Πίνακα 11.5, αλλά και όλων των επόμενων πινάκων, βλέπουμε τις διακυμάνσεις των τιμών που μπορεί να πάρει το ΜΙΔΑΣ. Αναφέρονται οι διακυμάνσεις, τόσο συνολικά, όσο και ως μέση τιμή.

Πίνακας 4

ΜΙΔΑΣ

ΜΙΔΑΣ	Συνολική τιμή	Μέση τιμή
Γενικός πληθυσμός	5 - 25	1 - 5
Οδοντ. Φοβικοί	19 - 25	3.8 - 5
Οδοντ. Περισσότερο Φοβικοί	15 - 25	3 - 5
Οδοντ. μη φοβικοί	5 - 18	1 - 3.7

Το ΜΙΔΑΣ, όπως έχει προαναφερθεί στο κεφάλαιο (8), αποτελείται από πέντε ερωτήματα, που διαθέτουν πενταβάθμια απαντητική κλίμακα Likert (Κατερέλος, 2001). Η εν λόγω κλίμακα, μπορεί να πάρει τιμές από ένα έως πέντε (1-5). Το συνολικό ΜΙΔΑΣ όπως βλέπουμε και στον Πίνακα 11.4, μπορεί να πάρει τιμές από πέντε

έως είκοσι πέντε (5-25). Το σημείο δεκαεννέα και άνω (>19, 19-25), χαρακτηρίζει τα οδοντιατρικά φοβικά υποκείμενα. Οι τιμές του φόβου πέντε έως δεκαοκτώ (5-18), χαρακτηρίζει τους οδοντιατρικά μη φοβικούς. Διαιρούμενες αυτές, με τον αριθμό των ερωτημάτων (5) δίνουν μέσες τιμές ένα έως τρία κόμμα επτά (1-3.7). Οι μέσες τιμές του φόβου για τους φοβικούς, που έχουν σύνολο ΜΙΔΑΣ δεκαεννέα έως εικοσιπέντε (19-25), με την ίδια λογική, κυμαίνονται από τρία κόμμα οκτώ έως πέντε (3.8 – 5). Η νέα ομάδα των περισσότερο φοβικών έχει μέσες τιμές ΜΙΔΑΣ 15-25 και δείκτες 3-5.

Στον Πίνακα 11.5 που ακολουθεί, βλέπουμε τα αποτελέσματα της πρώτης ανάλυσης που αφορά τους οδοντιατρικά περισσότερο φοβικούς.

Πίνακας 11.5

N=84

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΦΟΒΙΚΟΙ ΠΡΟΤΕΣΤ Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=15-25

Mean ΜΙΔΑΣ	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	προ	μετά	προ	μετά
Ψυχολογιοποίηση	3.6	= 3.6	3.9	= 3.9
Μη Ψυχολογιοποίηση	3.5	> 3.1	3.7	< 3.9

ελάττωση του φόβου από μη Ψ Μειον	3.5 > 3.1	paired t-test p < 0.04
αύξηση του φόβου από μη Ψ Πλειον.	3.7 < 3.9	p < 0.002

Παρατηρούμε ότι ελάττωση του φόβου εμφανίζεται στη συνθήκη της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας $3.5 > 3.1$ $t/1=2.315$, $p < 0.04$ (δοκιμασία t για συνδυασμένα ζεύγη).

Πρόκειται για την ίδια συνθήκη που ελαττώνει τον αριθμό των περισσότερο φοβικών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 11.2. Εξάλλου στην ίδια συνθήκη, με τα άμεσα μηνύματα, ασκείται επιρροή στους φοβικούς (Πείραμα I).

Αύξηση του φόβου εμφανίζεται στη συνθήκη της μη ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας $3.7 < 3.9$ $t/1=2.842$, $p < 0.002$.

Οι συνθήκες της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας ή πλειονότητας, δεν μεταβάλλουν τον φόβο των περισσότερο φοβικών υποκειμένων μεταξύ προ και μετατέστ.

Η πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (Manova) σε όλες τις συνθήκες του προτεστ, δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αντίθετα, μετά τον πειραματικό χειρισμό, στο μετατεστ, μας δίνει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των συνθηκών της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας (M.O=3.1) με την ψυχολογιοποιημένη μειονότητα (M.O=3.6) και την ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα (M.O=3.9 $F_{3/36}=7.896$ $p < 0.001$), πάντα βάσει του Πίνακα 11.5.

Στη συνέχεια, η ανάλυση επεκτείνεται στους μη φοβικούς, όπου η επιλογή του 25% του δείγματος (συν 12% για τη συνθήκη I), μας δίνει 67 υποκείμενα, κατανεμημένα στις πειραματικές συνθήκες, όπως φαίνεται στον Πίνακα 11.6

Πίνακας 11.6

Κατανομή οδοντιατρικά **μη φοβικών** υποκειμένων στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, στο προ και μετατεστ.

N=57

	<i>Μειονότητα</i>	<i>Πλειονότητα</i>
<i>Ψυχολογιοποίηση</i>	19	13
<i>Μη Ψυχολογιοποίηση</i>	10	15

Ο Πίνακας 11.7 στη συνέχεια, αφορά τους μη φοβικούς της πρώτης ανάλυσης.

Πίνακας 11.7

ΜΗ ΦΟΒΙΚΟΙ ΠΡΟ-ΤΕΣΤ

Mean ΜΙΑΔΣ	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ			ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ			διαφορά
	προ	μετά	διαφορά	προ	μετά	διαφορά	
Ψ	2.29	< 2.59	-0.25	2.01	= 1.9	-0.001	
Μη Ψ	2.32	= 2.34	-0.11	2.26	= 2.27	-0.001	

paired t-test

2.29 < 2.59 p < 0.003

Η Ψυχολογιοποιημένη Μειονότητα αυξάνει τον φόβο των μη φοβικών υποκειμένων

Η πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (Manova), που εφαρμόστηκε για όλες τις συνθήκες, εμφανίζει στατιστικά σημαντικές

διαφοροποιήσεις στο μετατεστ, μεταξύ των συνθηκών της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας (M.O=2.59) και της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας (M.O=1.9 συνθηκών F3/54 =3.267, $p<0.027$ metatest F3/54=2.405, $p<0.075$).

Στον ίδιο πίνακα παρατηρούμε ότι η δοκιμασία t για τα συνδυασμένα ζεύγη των μέσων τιμών του ΜΙΔΑΣ, στο προ και μετατεστ, δίνει στατιστική σημαντικότητα για τις μέσες τιμές, στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας (M.O=2.29<M.O=2.59 $t(18)=3.190$, $p<0.003$). Αυτό το στοιχείο είναι θεωρητικά και στατιστικά σημαίνον. Από μία κλινική διάσταση, όμως, είναι ασήμαντο, διότι και στις δύο περιπτώσεις η μέση τιμή του ΜΙΔΑΣ δεν ξεπερνά το όριο του 3.8, που χαρακτηρίζει τους οδοντιατρικά φοβικούς ασθενείς. Στη συγκεκριμένη ανάλυση, με άλλα λόγια, η ομάδα των μη φοβικών του προτεστ, φοβάται μεν περισσότερο στο μετατεστ, με την παρεμβολή του πειραματικού χειρισμού, αλλά στο σύνολό της δε γίνεται φοβική. Οι ομαδικές μελέτες, όμως, με την επικρατούσα κλινική αντιμετώπιση, δεν έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα, με εξαίρεση κάποια επιδημιολογικά στοιχεία. Εντούτοις, δεν μπορεί να αγνοηθεί η κλινική αξία, από την κοινωνιοψυχολογική διάσταση της επιρροής. Η θεωρητική και στατιστική εγκυρότητα, υποδεικνύουν τη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, ως υπεύθυνη για την αύξηση του αριθμού των περισσότερο φοβικών. Κανείς πλέον δεν μπορεί να αγνοεί την πολύτιμη συμβολή της κοινωνικής επιρροής και την έγκαιρη αλλαγή συμπεριφοράς, στην πρόληψη των νόσων του στόματος. Την πρόληψη στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδας της υγείας.

Ακόμα, στον ίδιο Πίνακα 11.7, παρατηρούμε ότι στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας, κατά την οποία επηρεάζονται οι μη φοβικοί (Πείραμα Ι), ο φόβος εμφανίζει τάση ελάττωσης. Με αυτό το

Πίνακας 11.8

Κατανομή των οδοντιατρικά περισσότερο **φοβικών** υποκειμένων, στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, στο μετατεστ

N=83

	<i>Μειονότητα</i>	<i>Πλειονότητα</i>
<i>Ψυχολογιοποίηση</i>	25	17
<i>Μη Ψυχολογιοποίηση</i>	20	21

Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον επόμενο Πίνακα 11.9, αφορούν τους περισσότερο φοβικούς του μετατεστ.

Πίνακας 11.9

N=83 Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=15-25

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΦΟΒΙΚΟΙ βάσει του ΜΕΤΑ-ΤΕΣΤ

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	προ	μετά	προ	μετά
Ψ	3.2	< 3.7	3.95	= 4.01
Μη Ψ	3.2	= 3.4	3.6	< 3.9

paired t-test

Αύξηση Φόβου από Ψ Μειονότητα

3.2 < 3.7 p < 0.001

Αύξηση Φόβου από μη Ψ Πλειονότητα

3.6 < 3.9 p < 0.02

Με την πρώτη ματιά, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι φοβικοί του μετατεστ, στις συνθήκες I και II, αντίστοιχα, της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας ($M.O=3.7 > M.O=3.2$, $t/1=-5.122$, $p<0.001$) και της μη ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας ($M.O=3.9 > M.O=3.3$, $t/1=-3.348$, $p<0.02$), προέρχονται από λιγότερο φοβικούς του προτεστ. Οι εν λόγω πειραματικές συνθήκες, φαίνεται ότι αυξάνουν το φόβο στους περισσότερους φοβικούς. Αντίθετα οι περισσότεροι φοβικοί των συνθηκών III και IV, αντίστοιχα, της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας ($M.O=3.95 = M.O=4.01$), και της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας ($M.O=3.2 = M.O=3.4$), δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Αυτές οι τελευταίες πειραματικές συνθήκες δεν αυξάνουν το φόβο των περισσότερων φοβικών του μετατεστ. Η κοινωνική επιρροή και η αλλαγή στάσης, σε λανθασμένα υιοθετημένες συμπεριφορές, είναι πρωταρχικής σημασίας παράγοντας, στην κλινική πράξη. Πιθανότατα, οι αυξομειώσεις του φόβου, ευθύνονται για την επιρροή των φοβικών από τη μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα και των μη φοβικών από την ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα, όπως προέκυψε στο Πείραμα I. Η μη μεταβολή, με άλλα λόγια, του φόβου, συμβάλλει στην αλλαγή της συμπεριφοράς, τόσο στους φοβικούς, όσο και στους μη φοβικούς και αυτό είναι δύσκολο να το διαχωρίσει κανείς ή να το απογυμνώσει από την κλινική του αξία. Ακόμα, πρέπει να επισημανθεί και το αντίθετο κοινωνιοψυχολογικό φαινόμενο. Η απουσία, δηλαδή, επιρροής όταν αυξάνει, αντίστοιχα, ο φόβος.

Στον Πίνακα 11.10 βλέπουμε την κατανομή των οδοντιατρικά μη φοβικών ασθενών στις πειραματικές συνθήκες του προτεστ και του μετατεστ. Πάντα στα πλαίσια της ανάλυσης που βασίζεται στις μέσες τιμές του ΜΙΔΑΣ στο μετατεστ και την ανάστροφη μελέτη από το κλάσμα φοβικών και μη φοβικών του προτεστ.

Πίνακας 11.10

Κατανομή των οδοντιατρικά **μη φοβικών υποκειμένων**, στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, στο μετατεστ

N=52 Τυχαία επιλογή 25% των μη φοβικών

	<i>Μειονότητα</i>	<i>Πλειονότητα</i>
<i>Ψυχολογιοποίηση</i>	16	13
<i>Μη Ψυχολογιοποίηση</i>	10	15

Ο Πίνακας 11.11, στη συνέχεια, αφορά τους μη φοβικούς της δεύτερης ανάλυσης.

Πίνακας 11.11

ΜΗ ΦΟΒΙΚΟΙ του ΜΕΤΑ-ΤΕΣΤ

Mean ΜΙΑΔΑΣ	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	προ	Μετά	προ	μετά
Ψ	2.02	< 2.32	1.93	> 1.75
Μη Ψ	2.32	= 2.34	2.17	= 2.14

PAIRED T- TEST

Αύξηση φόβου από Ψ Μειονότητα	2.02 < 2.32	p < 0.004
Ελάττωση φόβου από Ψ Πλειονότητα	1.93 > 1.75	p < 0.002

Η πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (Manova), που εφαρμόστηκε για όλες τις συνθήκες, εμφανίζει στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στο μετατεστ, μεταξύ των συνθηκών της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας (M.O=2.32) και της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας (M.O=1.75) συνθήκες $F_{3/48} = 3.704$, $p < 0.016$ metatest $F_{3/48} = 3.372$, $p < 0.024$).

Στον ίδιο πίνακα παρατηρούμε ότι η δοκιμασία t για τα συνδυασμένα ζεύγη των μέσων τιμών του ΜΙΔΑΣ, στο προ και μετατεστ, δίνει στατιστική σημαντικότητα για τις μέσες τιμές, στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας (M.O=2.02 < M.O=2.32, $t(15) = -3.426$, $p < 0.004$). Στατιστική διαφοροποίηση παρατηρείται και στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας (M.O=1.93 > M.O=1.75, $t(11) = -2.561$, $p < 0.002$). Αυτά τα στοιχεία είναι θεωρητικά και στατιστικά σημαίνοντα, αλλά κλινικά είναι ασήμαντα, εκ πρώτης όψεως, διότι και στις δύο περιπτώσεις η μέση τιμή του ΜΙΔΑΣ δεν ξεπερνά το όριο του 3.8, που χαρακτηρίζει τους οδοντιατρικά φοβικούς ασθενείς. Στη συγκεκριμένη ανάλυση, με άλλα λόγια, η ομάδα των μη φοβικών του προτεστ, φοβάται μεν περισσότερο στο μετατεστ, με την παρεμβολή του πειραματικού χειρισμού, στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, αλλά στο σύνολό της δε γίνεται φοβική. Επίσης, στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας, ο φόβος ελαττώνεται, χωρίς αυτό να σημαίνει τίποτα, από κλινική άποψη, εάν δούμε την κλινική εφαρμογή μέσα σε περιορισμένους ορίζοντες. **Εντούτοις, για άλλη μια φορά επαναλαμβάνουμε ότι, δεν πρέπει πλέον να αγνοείται η κλινική αξία ενός ευρήματος, από την κοινωνιοψυχολογική διάσταση της ωφέλειας.** Η θεωρητική και στατιστική εγκυρότητα, υποδεικνύουν τη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, ως υπεύθυνη για τη μη άσκηση επιρροής στους μη φοβικούς. Στην ίδια συνθήκη εμφανίστηκε

και η μεγαλύτερη ελάττωση του αριθμού των μη φοβικών (11.2%), όπως είδαμε στο Πίνακα 11.3

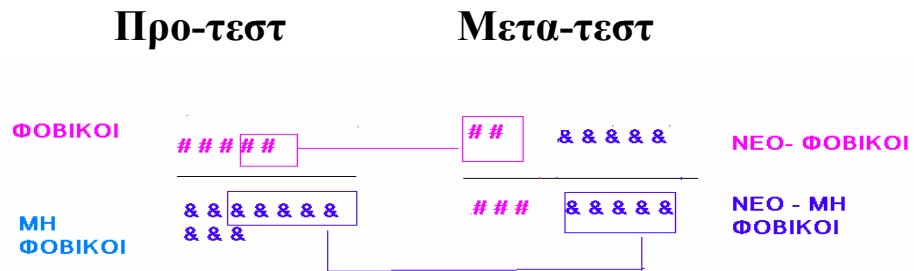
Ακόμα, στον ίδιο Πίνακα 11.11, παρατηρούμε ότι στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας, κατά την οποία επηρεάζονται οι μη φοβικοί (Πείραμα I), ο φόβος ελαττώνεται. Με αυτό το σκεπτικό, γίνεται αντιληπτή, η αναγκαιότητα της κοινωνιοψυχολογικής διερεύνησης από κοινού με τη συνήθη κλινική έρευνα.

11.6 Ανάλυση III – οδοντιατρικά φοβικοί που παραμένουν φοβικοί στο μετατεστ και οδοντιατρικά μη φοβικοί που παραμένουν μη φοβικοί, μετά την πειραματική φάση.

Στην τρίτη ανάλυση, που πραγματοποιούμε στο δείγμα μας, προσεγγίζουμε, ακόμα μια φορά, την κλινική εγκυρότητα των ευρημάτων. Η ομάδα των φοβικών (Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=19-25) και των περισσότερο φοβικών (Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=15-25) δεν παρείχε επαρκή αριθμό υποκειμένων ανά πειραματική συνθήκη, οπότε δεν παρουσιάζονται αποτελέσματα. Για αυτούς Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αφορούν μόνο τους μη φοβικούς με Μ.Ο ΜΙΔΑΣ=5-18. Τους μη φοβικούς που παραμένουν μη φοβικοί στο μετατέστ, μετά την παρεμβολή του πειραματικού χειρισμού. Θα προσδιορίσουμε, με άλλα λόγια, τα ποσοστά επιτυχίας, που μπορεί να προκύψουν σε κάθε πειραματική συνθήκη, στην αλλαγή συμπεριφοράς των οδοντιατρικά μη φοβικών ασθενών. Με αυτό τον τρόπο, θα ξέρουμε την ιδανική, τη χειρότερη και τις ενδιάμεσα τοποθετημένες συνθήκες, βάσει του προαναφερόμενου αποτελέσματος.

Όπως παρατηρούμε στο σχεδιάγραμμα 11.III, η ομάδα των μη φοβικών, τόσο στο προτεστ, όσο και στο μετατεστ ανευρίσκεται στον παρανομαστή των κλασμάτων, που δημιουργούνται πριν και μετά τον πειραματικό χειρισμό.

Σχεδιάγραμμα 11.ΙΙΙ



Η κατανομή του συνόλου των υποκειμένων στις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, είναι ίδιες με αυτές που αναφέρονται στον Πίνακα 11.2.

Στη συνέχεια, περνάμε στην ανάλυση που μας επιτρέπει η διακριτική ευχέρεια του μεγάλου αριθμού των μη φοβικών μας υποκειμένων. Όπως έχει προαναφερθεί, επιλέγουμε το 60% των ατόμων της συνθήκης της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας και το 40% από τις υπόλοιπες τρεις συνθήκες. Υπενθυμίζουμε, ότι αυτό γίνεται για να επιτύχουμε την αριθμητική και θεωρητικά αναγκαία ομοιογένεια των υποκειμένων μας. Στον Πίνακα 11.12, που ακολουθεί βλέπουμε την κατανομή των τυχαία επιλεγμένων μη φοβικών υποκειμένων, σύμφωνα με τους ανωτέρω όρους.

Πίνακας 11.12

Κατανομή οδοντιατρικά μη φοβικών του προτεστ που παραμένουν μη φοβικοί στο μετατεστ. N=99

	<i>Μειονότητα</i>	<i>Πλειονότητα</i>
	Μη Φοβικοί	
<i>Ψυχολογιοποίηση</i>	29	25
<i>Μη ψυχολογιοποίηση</i>	23	22

Στον Πίνακα 11.13, που ακολουθεί, αναφέρονται τα αποτελέσματα της πολυδιάστατης ανάλυσης διασποράς που εφαρμόστηκε στις μέσες τιμές του φόβου των, εν λόγω, υποκειμένων, στο προ και μετατεστ, καθώς και στη μεταξύ τους διαφορά. Ακόμα η δοκιμασία t-test, για κάθε πειραματική συνθήκη, μεταξύ των μέσων τιμών του φόβου στο προ και μετατεστ, μας επιτρέπει να συνάγουμε συμπεράσματα, περαιτέρω.

Πίνακας 11.13

Οδοντιατρικά μη φοβικοί του προτεστ που παραμένουν μη φοβικοί στο μετατεστ. N=99

Mean	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ			ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		
	προ	μετά	διαφορά	προ	μετά	διαφορά
ΜΙΔΑΣ						
Ψ	1.94	< 2.1	-0.19	1.87	= 1.9	- 0.001
Μη Ψ	2.24	= 2.3	- 0.001	2	= 2	-0.001

paired t-test

Η Ψυχολογιοποιημένη Μειονότητα αυξάνει τον φόβο των μη φοβικών

$$2.1 > 1.94 \quad p < 0.05$$

$$t(28)=-1.99, p<0.05$$

Τα αποτελέσματα, βάσει του Πίνακα 11.13, πιστοποιούν την επίδραση της συνθήκης της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, στα μη φοβικά μας υποκείμενα. Χωρίς να υπάρχει κλινικά αξιόλογη αύξηση του φόβου, είναι η μοναδική από τις τέσσερις πειραματικές συνθήκες, που εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του προ και του μετατεστ.

Αυτό το αποτέλεσμα, σε συνδυασμό με τα ευρήματα του Πειράματος I, που εμφανίζουν την ψυχολογιοποιημένη μειονότητα να μην ασκεί επιρροή, στους μη φοβικούς, μας οδηγεί σε κάποια συμπεράσματα.. Έστω και η ελάχιστη αύξηση του φόβου, μας επιτρέπει να διατυπώσουμε την υπόνοια της ταύτισης μεταξύ της θεωρητικής, της στατιστικής και της κλινικής εγκυρότητας, με έννοια αντίστροφη αυτής των φοβικών. Με άλλα λόγια, οι οδοντιατρικά φοβικοί δεν επηρεάζονται από τα μειονοτικά μηνύματα όταν συνοδεύονται από ψυχολογιοποιητικούς μηχανισμούς, αποδεικνύοντας το θεωρητικά αναμενόμενο (Παπαστάμου, 1989γ), ενώ στην ίδια συνθήκη αυξάνει ο φόβος τους. Για άλλη μια φορά, μέσα από μια αντίθετη τεκμηρίωση, αυτής των φοβικών, βλέπουμε το φόβο να διαχειρίζεται και να ορίζει το επίπεδο

11.7 Συζήτηση

Συγκεφαλαιώνοντας, μπορούμε να πούμε ότι το τρίτο Πείραμα, όπου μελετήθηκε η αλλαγή της μέσης τιμής του φόβου και του αριθμού, οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών, καθώς και η σύγκριση θεωρητικής, στατιστικής και ατομικής (κλινικής) εγκυρότητας, έδωσε αξιοπρόσεκτα ευρήματα. Ανατέμνοντας τετράκις τον πειραματικό μας πληθυσμό, μπορέσαμε να κατανοήσουμε τη σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών του πειραματικού χειρισμού, στην αυξομείωση του φόβου, αλλά και στον αριθμό των υποκειμένων μας. Παρατηρήσαμε

ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο στάθμισης του οδοντιατρικού άγχους, το ΜΙΔΑΣ, του οποίου οι μετρήσεις είναι σταθερές μέσα στο χρόνο, να μεταβάλλεται ποικιλότροπα, ανάλογα με την πειραματική συνθήκη.

Μπορέσαμε να αναδείξουμε, κεντρικής σημασίας, τη συνθήκη της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, στην ελάττωση του φόβου των οδοντιατρικά περισσότερο φοβικών μας υποκειμένων, όπως και στην ελάττωση του αριθμού τους. Αυτό το αποτέλεσμα, συνδυαζόμενο με τα αποτελέσματα του πρώτου Πειράματος, που τεκμηρίωσε τον μειοκεντρισμό των φοβικών και τον πλειονοκεντρισμό των μη φοβικών μας υποκειμένων, αντίστοιχα, μας οδηγεί στη διατύπωση της ταύτισης μεταξύ στατιστικής και κλινικής εγκυρότητας. Μας οδηγεί ακόμα να διαπιστώσουμε τη διάσταση μεταξύ θεωρητικής και κλινικής εγκυρότητας για τους φοβικούς μας. Η αλλαγή συμπεριφοράς των φοβικών, από τη μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα, έρχεται σε αντίθεση με τη θεωρία, που εμφανίζει την επιρροή της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας να υπερισχύει (Παπαστάμου, 1989γ). Αυτό το εύρημα μας επιτρέπει να ορίσουμε τους οδοντιατρικά φοβικούς, ως έχοντες μειονοκεντρικό προσανατολισμό. Το τρίτο πείραμα, επιπλέον μας επιτρέπει να διατυπώσουμε τη διασύνδεση κλινικής και κοινωνικής ψυχολογίας,, όπως παρουσιάστηκε στην ανάλυση τρία.

Όσον αφορά τους μη φοβικούς, παρατηρούμε την ταύτιση μεταξύ της θεωρητικής, της στατιστικής και της κλινικής εγκυρότητας. Η θεωρητική εγκυρότητα, προκύπτει από το Πείραμα I, που δείχνει το σύνολο των μη φοβικών, να επηρεάζεται και να αλλάζει γνώμη, από την ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα (Παπαστάμου, 1989γ). Ορίζουμε, με αυτόν τον τρόπο, τα μη φοβικά μας υποκείμενα, ως πλειονοκεντρικά. Στην ίδια συνθήκη, ελαττώνεται ο φόβος τους και αυξάνει ο αριθμός τους. Παράλληλα, εμφανίζονται να φοβούνται την μειονότητα που είναι ψυχολογιοποιημένη. Είναι η συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης

μειονότητας, που αυξάνει το φόβο και ελαττώνει τον αριθμό τους, περισσότερο από τις άλλες πειραματικές συνθήκες.

Επομένως, σε πιθανή μελλοντική παρέμβαση, εάν μπορεί κανείς να στηριχθεί στα πρωτόλεια βήματα αυτής της έρευνας, πρέπει να συνυπολογισθούν τα ακόλουθα: Εάν είμαστε σε θέση να παρέμβουμε διαχωρίζοντας τους οδοντιατρικά φοβικούς από τους μη φοβικούς, τα πράγματα είναι «απλά». Αρκεί να εφαρμόσει κανείς τα ευρήματα, που περιγράψαμε. Εάν όμως, πρέπει να επηρεασθούν από κοινού, φοβικοί και μη φοβικοί, τα πράγματα γίνονται περίπλοκα.

Εάν προεξάρχουσα είναι η αλλαγή γνώμης των οδοντιατρικά φοβικών, αναμφισβήτητα προτείνεται η συνθήκη της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, η οποία παράλληλα δε βλάπτει τους μη φοβικούς, όπως είδαμε στην τρίτη ανάλυση. Εξάλλου, σε γενικές γραμμές, οι μη φοβικοί, ίσως, δε χρειάζονται και κάποια αλλαγή.

Εάν ο στόχος είναι η αλλαγή συμπεριφοράς των μη φοβικών, σε θέματα πρόληψης, για παράδειγμα, προτείνεται η συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας. Δε θα αλλάξει τους φοβικούς μας, αλλά δε θα τους βλάψει κιόλας, ούτε θα αυξήσει το φόβο τους. Πάντα όμως πρέπει να έχουμε υπόψη μας, το εφήμερο της επιρροής των πλειονοτήτων και τη μοναδικότητα, όσο και τη διάρκεια, της ιδεολογικής μεταστροφής των μειονοτήτων (Παπαστάμου, 1989γ). Επηρεάζονται λιγότεροι, αλλά μόνιμα.

Η μειονότητα, αλλά και η πλειονοτική ομάδα εισηγούνται μία νέα διάσταση, για τα ελληνικά δεδομένα, στην προσέγγιση και την αλλαγή γνώμης των οδοντιατρικά φοβικών και των μη φοβικών ασθενών. Μία προσέγγιση που εκτός από το αμιγές βιολογικό - τεχνικό μοντέλο, εισάγει ένα νέο προφίλ για το σύγχρονο οδοντίατρο. Έναν οδοντίατρο εκπαιδευμένο στις τεχνικές επικοινωνίας, στο χειρισμό του άγχους του ασθενή, στους κανόνες της βιοηθικής, της επαγγελματικής δεοντολογίας

και διαχείρισης. Έναν οδοντίατρο δια βίου επιμορφωμένο και γνώστη των νέων δεδομένων της επιστήμης του. Εάν αυτή η παράμετρος αποτελεί νεωτερισμό για την Ελλάδα, στις προηγμένες χώρες του εξωτερικού είναι θεσμοθετημένη ρύθμιση, εδώ και πολλά χρόνια (Αράβου, 2001).

Παρόλα αυτά, το θεραπευτικό αποτέλεσμα στους οδοντιατρικά φοβικούς που αποφασίζουν να επισκεφτούν τον οδοντίατρο, με τη βοήθεια των συμπεριφορικών επιστημών, ανέρχεται σε ποσοστό της τάξης του 46%. Δεν αναφέρεται πουθενά εάν η ταυτότητα της πηγής επιρροής, ψυχολογιοποιημένη ή μη, μπορεί να αυξήσει τη ζήτηση των οδοντιατρικών υπηρεσιών και να βελτιώσει στη συνέχεια το θεραπευτικό αποτέλεσμα των φοβικών ή και την αλλαγή συμπεριφοράς των μη φοβικών. Η κλινική τεκμηρίωση των θεωρητικών μας ευρημάτων φαίνεται να αποτελεί επιτακτική ανάγκη, που θα προσφέρει πιθανόν, ένα νέο και αποτελεσματικότερο σχήμα πειθούς του πληθυσμού, στρατευμένο στην βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ – 12

Ειδικό Ερωτηματολόγιο Άρρητων Θεωριών Κοινωνικής Επιρροής

*Μέτρηση του μειονοκεντρικού ή πλειονοκεντρικού προσανατολισμού
οδοντιατρικών ασθενών*

*Η συνεκτικότητα του μειονοκεντρικού προσανατολισμού των
οδοντιατρικά φοβικών ασθενών και ο λανθάνων πλειονοκεντρισμός
των μη φοβικών.*

12.1 Εισαγωγή

Ο σκοπός και ο στόχος του παρόντος κεφαλαίου είναι να διερευνηθούν οι, κατά δήλωση, θέσεις των οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών μας υποκειμένων, μέσα από τις άρρητες θεωρίες τους περί κοινωνικής επιρροής (Παπαστάμου, Προδρομίτης, 2003). Συγκεκριμένα, τις άρρητες θεωρίες που αφορούν το μειονοκεντρικό και τον πλειονοκεντρικό τους προσανατολισμό. Να δούμε κατά πόσο οι απαντήσεις τους σε σχετικό ειδικά κατασκευασμένο ερωτηματολόγιο περί καινοτομικών ή κατεστημένων αντιλήψεων, συμπίπτουν ή αφίστανται από τα προηγούμενα πειραματικά μας ευρήματα.

Η ένταξη της μελέτης της κλινικής εκδήλωσης του οδοντιατρικού άγχους, στα πλαίσια των μοντέλων της κοινωνικής επιρροής, αποτελεί μία προκλητική εφαρμογή, αλλά και μία νέα συνιστώσα πρωτοτυπικού σχεδιασμού. Τα μοντέλα της κοινωνικής επιρροής, συμβαδίζοντας χρονολογικά με τις εκάστοτε κοινωνικές επιταγές, ερευνούν αρχικά τους τρόπους επιρροής των ομάδων κύρους (Παπαστάμου, 1989β). Τα υποκείμενα συμμορφώνονται, εξαρτώνται και συμβάλλουν συναινώντας, στην αποδοχή και στη διαίωνιση των κυρίαρχων κοινωνικών αντιλήψεων και αξιών. Αντίθετα, το μειονοτικό μοντέλο της κοινωνικής επιρροής (ο.π.), αναλύει την καινοτόμο, αντινομιστική και έννομα κοινωνικά ανατρεπτική εισήγηση, των ομάδων χαμηλού καθεστώτος.

Αυτές τις αντικρουόμενες θέσεις, βλέπουμε να διαπλέκονται μέσα στο ειδικό ερωτηματολόγιο που δίνουμε στα υποκείμενά μας, με στόχο να τα εντάξουμε, στον ένα ή τον άλλο ιδεολογικό πόλο. Να διαπιστώσουμε πού ανήκουν ή πού θα ήθελαν ενορατικά να ανήκουν, άσχετα με το δρόμο που αναγκάζονται ή επιλέγουν να ακολουθήσουν, μέσα από την πραγματιστική διάσταση της ζωής τους. Η επιλογή της θέλησης τους διαφαίνεται μέσα στο ερωτηματολόγιο, ενώ η πρόθεση

τους σε πιθανολογούμενη δράση, αποκαλύφθηκε ξεκάθαρα μέσα στα πειράματα. Η ταυτοποίηση μεταξύ του θέλω και του πράττω, προσυπογράφει τη συνεκτικότητα. Η μεταξύ τους διάσταση, υποδηλώνει τη σύγκρουση, την αντίφαση και το, κατά συνθήκη, ‘ψεύδος’.

Συνήθως, η πειραματική ερευνητική πορεία ξεκινά με μια πιλοτική, κατά μία έννοια, διερεύνηση, μέσω ενός ερωτηματολογίου ή μιας συνέντευξης (Κατερέλος, 2001). Σκιαγραφούνται, με αυτόν τον τρόπο, οι προδιαθέσεις των υποκειμένων μας, οι οποίες στη συνέχεια εγχειριματοποιούν το πείραμα, για να τεκμηριωθεί η αλήθεια ή η συγκαλυμμένη και ψευδεπίγραφη πραγματικότητα. Στην παρούσα έρευνα ακολουθήθηκε και η αντίστροφη πορεία. Πραγματοποιήθηκαν τα τρία πειράματα, όπου αποκαλύφθηκε ο μειονοκεντισμός των οδοντιατρικά φοβικών και ο πλειονοκεντισμός των μη φοβικών (Πείραμα I). Τεκμηριώθηκε η πρόθεσή τους για αλλαγή συμπεριφοράς με την επιρροή που ασκεί ο ηγέτης μειονοτικής ομάδας, τόσο στους οδοντιατρικά φοβικούς, όσο και στους μη φοβικούς (Πείραμα II). Τέλος δε, έγινε σύγκριση με τη βοήθεια ταυτόσημου πειραματικού χειρισμού, μεταξύ της θεωρητικής, της στατιστικής και της ατομικής εγκυρότητας των ευρημάτων. Πιστοποιήθηκε, έτσι, η άρρηκτα συνδεδεμένη άσκηση επιρροής με την ελάττωση του οδοντιατρικού άγχους και vice versa, στις δύο πληθυσμιακές ομάδες που μελετάμε. (Πείραμα III).

Η δημιουργία του ερωτηματολογίου μειονοκεντισμού-πλειονοκεντισμού (Παπαστάμου, Προδρομίτης, 2003), ήταν μία πρόκληση. Υπήρχε η δυνατότητα να διαπιστώσουμε, το συνειδητό ή ασυνείδητο, μειονοκεντρικό ή πλειονοκεντρικό ιδεολογικό προσανατολισμό των υποκειμένων μας, σε κατά δήλωση, πλέον, τοποθετήσεις. Να διαπιστώσουμε, με άλλα λόγια, τη συνεκτικότητα ή τη λανθάνουσα αντίφαση, μεταξύ των ρητών και των πραγματικών τους πεποιθήσεων. Να διαπιστώσουμε, ιδίοις όμασι, τη διάσταση ή την

ταύτιση μεταξύ των πειραματικών ευρημάτων και των απλών στατιστικών αναλύσεων ενός ερωτηματολόγιου. Να διαπιστώσουμε, στο λόγο ποιών ανθρώπων πρέπει να στηριζόμαστε, πάντα αναφορικά με το οδοντιατρικό άγχος. Όλα αυτά μπορούν να συνεπικουρήσουν την πρόβλεψη, την έκβαση της θεωρητικής πειραματικής επιρροής. Είναι γνωστό ότι στο κοινωνικό πεδίο υπάρχει το πραγματικά τεκταινόμενο και το έντεχνα προβάλλον επιφαινόμενο. Είναι έργο του ερευνητή να αποκαλύψει, χωρίς να θίξει. Να προβλέψει χωρίς να βλάψει. Προβλέποντας και όχι καταδυναστεύοντας, να ελέγξει. Με το έργο του να συμβάλλει στον εντοπισμό της συνειδητής ή ασυνειδητής "κοινωνικής μάσκας", ώστε να βοηθήσει στην αφ'εαυτής κατάργησή της, αλλάζοντας πραγματικά τη συμπεριφορά στο στάδιο του πρακτέου. Είναι δύσπιστοι οι ερευνητές ή έτσι θα έπρεπε να είναι. Διερευνούν από κάθε κατεύθυνση, με στόχο τη σύγκλιση των αποτελεσμάτων, τον εντοπισμό μιας ελάχιστης διάστασης της αλήθειας, καταργώντας σταδιακά τις εμπλεκόμενες παρασιτικές μεταβλητές. Ίσως είναι και ο μόνος τρόπος για να μην επαναπαύεται κανείς σε εύκολες και αμφίβολες επιστημονικές "δόξες".

12.2 Μεθοδολογία και υλικό

Η περιληπτική παρουσίαση του ερευνητικού σχεδιασμού, φαίνεται στον Πίνακα 12.1.

Πίνακας 12.1
Ο γενικός σχεδιασμός της έρευνας

**ΜΕΙΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΟΣ - ΠΛΕΙΟΝΟΚΕΝΤΡΙΚΟΣ
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ**

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΦΟΒΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΦΟΒΙΚΩΝ
ΜΕ ΕΙΔΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Δείγμα

N = 264 - φοιτητές ΑΕΙ 87 άνδρες, 177 γυναίκες
30 φοβικοί (11.3%)
μέση ηλικία 22.9 έτη

Εργαλεία

Ερωτηματολόγιο ΜΙΔΑΣ.

Ερωτηματολόγιο μειονοκεντρισμού- πλειονοκεντρισμού.

Ερωτήσεις και απαντήσεις με διάλογο, περί της πολιτικής της στοματικής υγείας και της υγείας γενικότερα.

Αναλυτικότερα, στην έρευνα πήραν μέρος 264 φοιτητές από τη Φιλοσοφική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, 87 άνδρες και 177 γυναίκες με μέση ηλικία 22.9 έτη. Τα υποκείμενα μας τα συναντάμε στα αμφιθέατρα, κατά τη διάρκεια των μαθημάτων, όπου με τη συναίνεση και τη διακριτική παρουσία των καθηγητών, απαντούν σε δύο ερωτηματολόγια. Στο γνωστό ΜΙΔΑΣ, που τους διαχωρίζει σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς και στο ερωτηματολόγιο μειονοκεντρισμού-πλειονοκεντρισμού. Αυτό το δεύτερο ειδικό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, έχει αμιγώς ιδεολογικοπολιτική κατεύθυνση. Παραθέτει τις άρρητες θεωρίες κοινωνικής επιρροής που πιθανόν υποστηρίζουν τα υποκείμενα Διερευνά μέσα από έντεκα ερωτήματα τη μειονοκεντρική και την πλειονοκεντρική τοποθέτηση των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα, έξι ερωτήματα πριμοδοτούν τη μειονοτική συμπεριφορά (1,2,3,5,6,7) και τέσσερα την πλειονοτική (4,8,9,11), όπως

παρουσιάζεται στο παράρτημα. Το σύνολο των ερωτημάτων της μειονοτικής και πλειονοτικής κατεύθυνσης, προέκυψε από το γενετικό και το λειτουργικό μοντέλο κοινωνικής επιρροής, αντίστοιχα (Παπαστάμου, 1989γ, Παπαστάμου, Προδρομίτης, 2003)

Τα δύο ερωτηματολόγια, το ΜΙΔΑΣ και αυτό των Άρρητων Θεωριών Κοινωνικής Επιρροής που προαναφέρθηκαν, δείχνουν άσχετα μεταξύ τους και προκειμένου να δώσουμε κάποια λογική εξήγηση για τη συνύπαρξή τους, εξειδικεύουμε την ιδεολογικοπολιτική κατεύθυνση του δεύτερου ερωτηματολογίου σε γενικά θέματα πολιτικής της υγείας και της στοματικής υγείας ειδικότερα. Αυτό γίνεται με τη μορφή διαλόγου, όπου δίνονται τα κατάλληλα εναύσματα στους φοιτητές, για να συμμετέχουν στη συζήτηση και να εμπλακούν στο κλίμα και το πνεύμα της έρευνας. Η συζήτηση ξεκινά από έναν ευρύτερο εξωτερικό κύκλο, που αφορά την πολιτική της υγείας, τα τρωτά του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το έλλειμμα ηθικής, την άκρατη χρήση της βιοτεχνολογίας κ.α. Περνώντας σε ένα μικρότερο κύκλο, γίνονται αναφορές στη στοματική υγεία, τη χρήση των φθοριούχων στην πρόληψη της τερηδόνας, την υπερθεραπεία, την υποθεραπεία κ.α. Τελικά, σε ένα ακόμα πιο περιορισμένο επίπεδο, εξειδικεύουμε το θέμα στις σχέσεις οδοντίατρου ασθενή, σε θέματα επικοινωνίας, πόνου, άγχους, βιοηθικής και στο τι νεωτερικό θα έπρεπε να εφαρμοστεί για όλα αυτά, από την πλευρά της πολιτείας. Οι απαντήσεις πλέον στα δύο ερωτηματολόγια έχουν μία λογικοφανή διασύνδεση, οπότε εξαλείφεται η καχυποψία των φοιτητών και εξυπηρετείται ο εγκόσμιος ρεαλισμός της έρευνας.

12.3 Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των δύο ερωτηματολόγιων, με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS-10 και ειδικότερα με τις δοκιμασίες της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA), του t-test για συνδυασμένα ζεύγη και της παραγοντικής ανάλυσης.

Από τις μέσες τιμές του ερωτηματολόγιου στάθμισης του οδοντιατρικού άγχους, ΜΙΔΑΣ, προέκυψαν 30 οδοντιατρικά φοβικοί (Μ.Ο ΜΙΔΑΣ>19), από το σύνολο των 264 υποκειμένων. Το ποσοστό, δηλαδή, των οδοντιατρικά φοβικών, σ' αυτό το δείγμα των φοιτητών, είναι της τάξης του 11.3%, που δε διαφέρει σημαντικά, συγκρινόμενο με αυτό των φοιτητών που συμμετείχαν στα πειράματα I και III (11, 6% και 12.3%, αντίστοιχα). Έγινε, ακόμα, τυχαία επιλογή του 20% των 234 μη φοβικών υποκειμένων, προκειμένου ο αριθμός τους να πλησιάζει αυτόν των φοβικών. Έχουμε, έτσι, 41 οδοντιατρικά μη φοβικά υποκείμενα και 30 φοβικά, σύνολο 71 άτομα. Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 12.2, που ακολουθεί, ο δείκτης Cronbach α είναι 0.72. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να χαρακτηριστεί αξιόπιστο στις μετρήσεις του.

Πίνακας 12.2

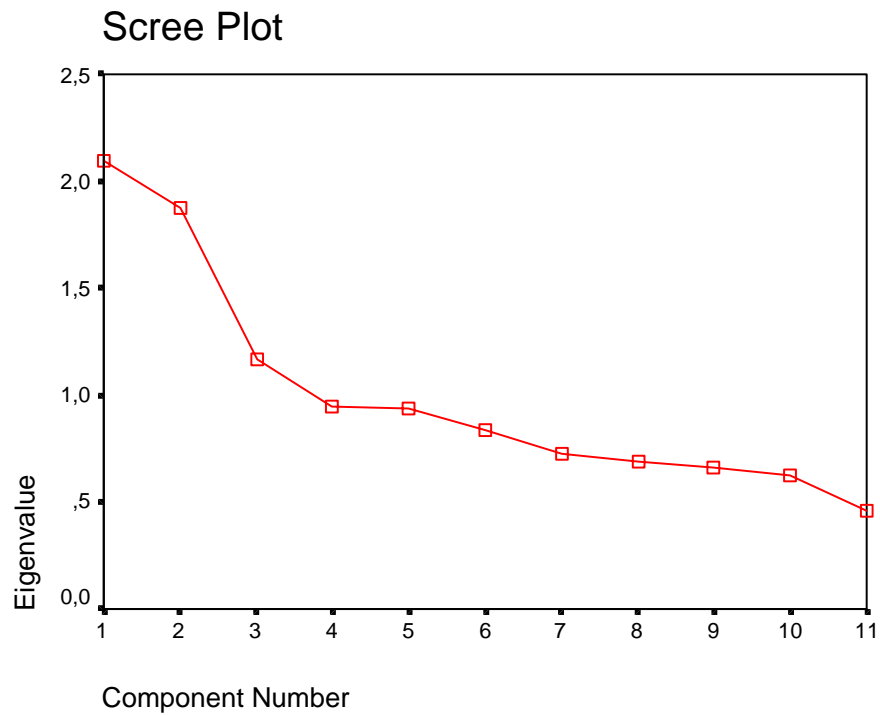
**ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ του ερωτηματολόγιου των Άρρητων
Θεωριών Κοινωνικής Επιρροής**

N=71 - 30 οδοντιατρικά φοβικοί και 41 μη φοβικοί (τυχαία επιλογή 20% των 234 μη φοβικών.

Cronbach α =0.72

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η παραγοντική ανάλυση του ειδικού ερωτηματολογίου. Στο Διάγραμμα 12.1, παρατηρούμε ότι τα 11 ερωτήματα οργανώνονται γύρω από τρεις (3) παράγοντες.

Διάγραμμα 12.1



Στον Πίνακα 12.3 που ακολουθεί, εμφανίζεται η αναλυτική παρουσίαση των τριών παραγόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.3 - ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ
Άρρητων θεωριών κοινωνικής επιρροής

Συνολικό ποσοστό ερμηνευόμενης διακύμανσης: 57.291%

Παράγοντες:		«Πριμοδότηση συμμόρφωσης στην πλειοψηφία»	«Κοινωνική ταύτιση»	«Πριμοδότηση μειονοτικής συμπεριφοράς»
		1	2	3
αριθμ. ερωτ.	Ιδιαιτήμη: % διακύμανσης:	2.933 26.666	2.302 20.932	1.066 9.693
	M.O			
1	Η αποδοχή των απόψεων κάποιου ισχυρού είναι απόδειξη ψυχολογικής εξάρτησης και ανωριμότητας	4.3		0.61
2	Η υποστήριξη απόψεων διαφορετικών από αυτές που στηρίζει η πλειοψηφία είναι αναγκαία για την επίτευξη της κοινωνικής αλλαγής	5.17	0.79	
3	Οι άνθρωποι συμφωνούν και εναρμονίζουν τις πράξεις τους με αυτούς με τους οποίους έχουν τα ίδια ψυχολογικά χαρακτηριστικά	4.6		0.50
4	Η αποδοχή των απόψεων της πλειοψηφίας δείχνει σύνεση, δεδομένου ότι η πλειοψηφική στήριξη μιας ιδέας είναι απόδειξη της ορθότητάς της	3.17	0.75*	
5	Η υποστήριξη απόψεων διαφορετικών από αυτές που στηρίζει η πλειοψηφία είναι απόδειξη ψυχολογικής ανεξαρτησίας	4.20		0.53
6	Αποδοχή των απόψεων της πλειοψηφίας ισοδυναμεί με ενεργό συμβολή στη διατήρηση ενός κοινωνικού συστήματος και στην άρνηση της κοινωνικής αλλαγής	3.93		0.84
7	Οι άνθρωποι συμφωνούν και εναρμονίζουν τις πράξεις τους με αυτούς με τους οποίους μοιράζονται τα ίδια κοινωνικά χαρακτηριστικά	4.61	0.73	
8	Η υποστήριξη απόψεων διαφορετικών από αυτές που στηρίζει η πλειοψηφία είναι δείγμα ψυχολογικής παρέκκλισης	2.52	0.79	
9	Η ευθυγράμμιση της συμπεριφοράς μας με τις επιταγές της πλειοψηφίας είναι απαραίτητη προκειμένου να αποφεύγονται πιθανές κυρώσεις εξαιτίας της ανυπακοής μας	3.21	0.83	
10	Το να αποδέχεσαι μια ιδέα σημαίνει ότι αυτή η ιδέα αποτελεί συστατικό της ιδιοσυγκρασίας σου	4.83	0.54	
11	Η υποστήριξη απόψεων διαφορετικών από αυτές που στηρίζει η πλειοψηφία δείχνει λανθασμένη αντίληψη της πραγματικότητας	2.30	0.74	

*Φορτίσεις >0.40

Στον Πίνακα 12.3 παρατηρούμε ότι οι τρεις παράγοντες, γύρω από τους οποίους κατηγοριοποιούνται τα 11 ερωτήματα του ερωτηματολόγιου των άρρητων θεωριών της κοινωνικής επιρροής, ερμηνεύουν το 52.291% της συνολικής διακύμανσης και είναι οι ακόλουθοι: *Ο πρώτος παράγοντας* ερμηνεύει το 26.666% της συνολικής διακύμανσης και οργανώνεται γύρω από τέσσερα ερωτήματα, που πριμοδοτούν τη *συμμόρφωση στην πλειοψηφία*.. Συγκεκριμένα, τα υποκείμενά μας θεωρούν ορθή και συνετή την αποδοχή και την υιοθέτηση των πλειονοτικών θέσεων (0.75). Αποδίδουν σε διαταραγμένο ψυχισμό την αποστασιοποίηση από τις πλειονοτικές θέσεις (0.79), ενώ στην αντίθετη περίπτωση αποφεύγονται οι κυρώσεις (0.83). Θεωρούν, τέλος, ότι προδίδει εσφαλμένη αντίληψη της πραγματικότητας η αντίθεση με τις πλειονοτικές τοποθετήσεις (0.74).

Ο δεύτερος παράγοντας ερμηνεύει το 20.932% της συνολικής διακύμανσης και εμφανίζει τα ισχυρότερα φορτισμένα στοιχεία του να οργανώνονται γύρω από την *κοινωνική ταύτιση*. Οι συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι η κοινωνική ταύτιση σε ωθεί να εναρμονίσεις τις πράξεις σου με τους ομοίους σου (0.73). Η κοινωνική αλλαγή απαιτεί να αντιδράσεις στις παγιωμένες απόψεις (0.79), χωρίς όλα αυτά να είναι ανεξάρτητα από την ιδιοσυγκρασία του κάθε ανθρώπου (0.54).

Ο τρίτος παράγοντας ερμηνεύει το 9.693% της συνολικής διακύμανσης και παρουσιάζει κορεσμό για στοιχεία τοποθετημένα *υπέρ της μειονοτικής συμπεριφοράς*. Αποδίδεται σε ψυχολογική ανωριμότητα η υποστήριξη των απόψεων της πλειοψηφίας (0.61), ενώ η ταύτιση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών υποστηρίζουν ότι μπορεί να εμπλακεί στην κοινωνική επιρροή (0.50). Η υποστήριξη των μειονοτικών απόψεων θεωρείται στοιχείο ανεξαρτησίας (0.53), ενώ η υποστήριξη των πλειοψηφικών θέσεων αποτρέπει την κοινωνική αλλαγή (0.84).

Η ανάλυση διακύμανσης στους τρεις παράγοντες που προαναφέρθηκαν, μας δίνει τις μέσες παραγοντικές τιμές, τόσο για τους οδοντιατρικά φοβικούς, όσο και για τους μη φοβικούς ασθενείς, όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 12.4 που ακολουθεί.

Πίνακας 12.4

Μέσοι παραγοντικοί δείκτες για οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς. Το θετικό πρόσημο παραπέμπει σε αυξημένη πρόσληψη του παράγοντα. Φοβικοί N = 30, Μη Φοβικοί N = 41

	Μειονοκεντρισμός		Κοινωνική ταύτιση		Πλειονοκεντρισμός
Φοβικοί	0.001	=	0.001	=	-0.001
	//		//		
Μη Φοβικοί	-0.001	=	-0.001	=	0.001

Anova – one way

μειονοκεντρισμός – πλειονοκεντρισμός – κοινωνική ταύτιση, φοβικών – μη φοβικών, p=ns

paired t-test

μειονοκεντρισμού-πλειονοκεντρισμού-κοινωνικής ταύτισης p=n.s

Στον Πίνακα 12.4 παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις μέσες παραγοντικές βαθμολογίες των τριών παραγόντων που απαρτίζουν το ειδικό ερωτηματολόγιο μειονοκεντρισμού – πλειονοκεντρισμού. Οι οδοντιατρικά φοβικοί, αλλά και οι μη φοβικοί, φαίνεται να προσλαμβάνουν τις διαστάσεις του μειονοκεντρισμού, του πλειονοκεντρισμού και της κοινωνικής ταύτισης με τον ίδιο τρόπο. Οι δύο ομάδες των υποκειμένων μας τάσσονται υπέρ

των μειονοτικών θέσεων, αποκηρύσσουν τη συμμόρφωση στην πλειοψηφία, ενώ, τέλος, αμφότεροι θεωρούν την κοινή κατηγοριακή υπαγωγή με την πλειονότητα αποτρεπτική της κοινωνικής αλλαγής. Αξιολογούν, δηλαδή, τους τρεις παράγοντες πανομοιότυπα. Αυτές οι ερμηνείες υπαγορεύονται από τη στατιστική εγκυρότητα, από την απουσία, δηλαδή, διαφοροποιήσεων της στατιστικής σημαντικότητας μεταξύ των δύο ομάδων των διερευνούμενων υποκειμένων. Τα αποτελέσματα δημιουργούν σκεπτικισμό διότι στα προηγούμενα πειράματα τεκμηριώθηκε ο μειονοτικός προσανατολισμός των οδοντιατρικά φοβικών και η πλειονοκεντρική κατεύθυνση των μη φοβικών. Μπορούμε, επομένως, να διατυπώσουμε μία αρχική εκτίμηση για συνεκτικότητα των φοβικών, για ταύτιση μεταξύ της απόκρισής τους στον πειραματικό χειρισμό και στις, κατά δήλωση, απόψεις τους. Με την ίδια λογική μπορούμε να ισχυριστούμε την ύπαρξη λανθάνοντα πλειονοκεντρισμού στους μη φοβικούς. Δικαιούμαστε να το υποστηρίξουμε διότι παρατηρείται αντίφαση μεταξύ των πειραμάτων και των ρηματικών τους τοποθετήσεων. Το πείραμα αποτελεί εξαιρετικά λεπτή διαδικασία. Δεν είναι εύκολο να διαφύγουν οι πραγματικές προθέσεις των υποκειμένων μας, όπως κάλλιστα μπορεί να συμβεί με τις απαντήσεις ενός απλού ερωτηματολογίου.

Θέλοντας να καταστήσουμε πιο ορατές και αντιληπτές αυτές τις τάσεις, αναλύουμε τους μέσους όρους των απαντήσεων των υποκειμένων μας για κάθε παράγοντα. Αυτό γίνεται για να κατανοήσουμε καλλίτερα τη συνεκτικότητα ή τις λανθάνουσες τάσεις. Μας δίνει τη δυνατότητα να δούμε τα υποκείμενά μας τοποθετημένα ακριβώς επάνω στις διαστάσεις της επταβάθμιας απαντητικής κλίμακας του ερωτηματολογίου. Στον Πίνακα 12.5 βλέπουμε τα αποτελέσματα αυτών των μετρήσεων.

Πίνακας 12.5

Μέσες τιμές των απαντήσεων για τα ερωτήματα που απαρτίζουν κάθε ένα από τους τρεις παράγοντες του ερωτηματολογίου μειονοκεντρισμού-πλειονοκεντρισμού.

Φοβικοί N = 30 Μη Φοβικοί N = 41

	Μειονοκεντρισμός		Πλειονοκεντρισμός		Κοινωνική ταύτιση
Φοβικοί	*4.47	>	2.91	<	*4.72
	//		//		//
Μη Φοβικοί	**4.11	>	2.72	<	**4.98

Ανοva – one way

μειονοκεντρισμός – πλειονοκεντρισμός φοβικών – μη φοβικών, p=ns
paired t-test

μειονοκεντρισμού-πλειονοκεντρισμού-κοινωνικής ταύτισης

φοβικοί	t(29)=-5.077, p<0.001	4.47 > 2.91 p < 0.001
		*4.47 < *4.72 p = n.s
	t(29)=-4.574, p<0.001	2.91 < 4.72 p = 0.001
μη φοβικοί	t(40)=-4.759, p<0.001	4.11 > 2.72 p < 0.001
	t(40)=-4.768, p<0.001	**4.11 < **4.98 p < 0.001
	t(40)=-8.065, p<0.001	2.72 < 4.98 p < 0.001

Παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος του μειονοκεντρισμού των φοβικών (M.O=2.91) είναι μικρότερος από τον αντίστοιχο του πλειονοκεντρισμού (M.O=4.47, t(29)=-5.077, p<0.001). Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για τους φοβικούς, μεταξύ των μέσων όρων μειονοκεντρισμού και κοινωνικής ταύτισης (M.O=4.72, p=n.s). Παρατηρείται όμως διάσταση μεταξύ του πλειονοκεντρισμού των φοβικών (M.O=2.91) και του παράγοντα που εκφράζει την κοινωνική ταύτιση (M.O=4,72, p<0.001). Αντίστοιχα αποτελέσματα παρατηρούμε και για τους μη φοβικούς, όπου ο μέσος όρος του μειονοκεντρισμού (M.O=4.11) είναι μεγαλύτερος από τον

αντίστοιχο του πλειονοκεντρισμού ($M.O=2.72$, $t(40)=-4.759$, $p<0.001$). Ο μέσος όρος του παράγοντα της κοινωνικής ταύτισης των μη φοβικών ($M.O=4.98$, $t(40)=-4.768$, $p<0.001$) είναι σημαντικά μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του πλειονοκεντρισμού ($M.O=4.11$) και από αυτόν του μειονοκεντρισμού ($M.O=2.72$, $t(40)=-8.065$, $p<0.001$). Οι ερμηνείες που προκύπτουν από την ανάλυση των μέσων όρων των ερωτημάτων που απαρτίζουν τους τρεις παράγοντες, συμπίπτουν με τα δεδομένα των μέσων παραγοντικών δεικτών, επιτρέποντας την υποστήριξη της συνεκτικότητας του μειονοκεντρισμού των οδοντιατρικά φοβικών και του λανθάνοντα πλειονοκεντρισμού των μη φοβικών.

12.4 Συζήτηση

Σε γενικές γραμμές, το συμπέρασμα στο οποίο οδηγούμεθα εκ των αποτελεσμάτων, είναι ότι και οι δύο ομάδες των υποκειμένων μας, εμφανίζονται να έχουν μειονοκεντρικό προσανατολισμό. Τόσο οι οδοντιατρικά φοβικοί, όσο και οι μη φοβικοί, τάσσονται με την πλευρά των καινοτόμων μειονοτικών ομάδων, που εισηγούνται την κοινωνική αλλαγή. Δέχονται ότι η στήριξη της πλειοψηφίας σηματοδοτεί τις διαδικασίες εξάρτησης και συμβάλλει στην ακλόνητη παγίωση κατεστημένων αξιών. Διαφωνούν στο σύνολό τους ότι, η στήριξη των πλειοψηφιών εξασφαλίζει τη σταθερότητα, την αποφυγή κυρώσεων και το χαρακτηρισμό των οπαδών τους, ως ψυχολογικά παρεκκλίνοντες.

Παρατηρούμε ότι φοβικοί και μη φοβικοί, στη ρηματική τους τοποθέτηση, απορρίπτουν την ψυχολογιοποίηση σε συσχέτιση με τις μειονοτικές ιδέες, ενώ την υιοθετούν για τις πλειονοτικές, βάσει του ειδικού ερωτηματολόγιου στο οποίο απάντησαν (Παπαστάμου, Προδρομίτης, 2003). Είναι κατηγορηματικοί ότι η απόρριψη των πλειονοτικών θέσεων μπορεί να τους εντάξει στους εξωπραγματικούς

οραματιστές. Εκφράζονται ξεκάθαρα ότι η μειονοτική υποστήριξη υποδηλώνει ανεξαρτησία και αυτοδιάθεση

Όλα τα προαναφερόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να είναι, ως ένα σημείο, αναμενόμενα, δεδομένου ότι το δείγμα μας αποτελείται από φοιτητές. Θα ήταν συμβατό, οι νεαρές ηλικίες να τοποθετούνται υπέρ της καινοτομίας και της κοινωνικής αλλαγής. Τα αποτελέσματα των πειραμάτων όμως, ‘‘μιλούν’’ άλλη γλώσσα. Αποδεικνύουν, χωρίς την προφανή συγκατάθεση των υποκειμένων, το μειονοκεντρισμό των οδοντιατρικά φοβικών και αντίστοιχα τον πλειονοκεντρικό προσανατολισμό των μη φοβικών. Δείχνουν από πού επηρεάζεται η κάθε ομάδα. Από ποιας ιδεολογικοκοινωνικής προέλευσης άτομα μπορούν να μεταβάλλουν τη συμπεριφορά τους σε θέματα σχέσεων οδοντίατρου ασθενή. Καταθέτουν πειραματικά την προτίμησή τους, που αποκαλύπτει την προδιάθεσή τους να πράξουν και ανάλογα, σε δεδομένη και κατάλληλη στιγμή.

Όλα τα ανωτέρω και κυρίως τα διαρθρωμένα αποτελέσματα του Πειράματος I, με αυτά του ειδικού ερωτηματολόγιου μειονοκεντρισμού-πλειονοκεντρισμού, μας εξουσιοδοτούν και μας επιτρέπουν τη διατύπωση αλλότριων συμπερασμάτων. Πριμοδοτούν την έκφραση για **συνεκτικότητα των οδοντιατρικά φοβικών** και, από την άλλη μεριά, για **λανθάνοντα πλειονοκεντρισμό των οδοντιατρικά μη φοβικών**.

Είναι συνεπείς, ξεκαθαρισμένοι και συνεκτικοί, στην πλειοψηφία τους, οι φοβικοί μας. Ό,τι δηλώνουν αυτό και πιστεύουν, αυτό πιθανόν και θα πράξουν σε δεδομένη ευκαιρία. Αντίθετα, οι οδοντιατρικά μη φοβικοί εμφανίζουν λανθάνουσες, υποβόσκουσες τάσεις πλειονοκεντρισμού. Θα μιλήσουν, στην πλειοψηφία τους, για προοδευτικά σχήματα, αλλά στην κρίσιμη στιγμή θα επιλέξουν τη σιγουριά και την ασφάλεια της γνωστής και καταξιωμένης νόρμας.

Η περαιτέρω πρόκληση που διαγράφεται, μετά από όλα αυτά, είναι η πράξη. Ένα post-doc – μεταδιδακτορική διατριβή; Κατά πόσο, δηλαδή, οι γνωστοί μας λανθάνοντες οπαδοί της καινοτομίας (Παπαστάμου, 1989β), θα βρουν το θάρρος να βγουν στο προσκήνιο και να δείξουν, επί σκηνής τελικά, την τοποθέτησή τους και την αλλαγή της στάσης τους, προσερχόμενοι στον οδοντίατρο.

Εάν συμβεί κάτι τέτοιο, θα πάψει πλέον να αποτελεί κοινό μυστικό η αναγκαιότητα της αλλαγής στην εκπαίδευση των φοιτητών της Οδοντιατρικής και των εν ενεργεία οδοντιάτρων. Θα υποστηριχθεί δημόσια και ένθερμα η είσοδος της Ψυχολογίας στην κλινική πράξη και στην Οδοντιατρική της Ελλάδας, όπως συμβαίνει παγκόσμια, εδώ και χρόνια (Αράβου, 2001).

Δεν είναι δυνατόν να καλύπτεται πλέον, η ανάγκη της συνάρθρωσης των κοινωνικών με τις βιολογικές επιστήμες. Δεν είναι δυνατόν να γνωρίζουμε τα πάντα για την αδαμαντίνη, για το φθόριο και να αγνοούμε συστηματικά την ενεργειακή διαχείριση τους, την ψυχή. Δεν μπορεί να παραβλέπουμε τη συμβολή της ευρείας λειτουργικής διαχείρισής τους, τις κοινωνικές επιδράσεις. Εντάσσεται στην ομαδική αμέλεια να παραβλέπουμε τη συμβολή της σωστής διάρθρωση των δύο, το κοινωνιοψυχολογικό υπόστρωμα, πάνω στο οποίο κινείται ο κάθε άνθρωπος. Το κοινωνιοψυχολογικό υπόστρωμα που τον οδηγεί στη σωματική και την ψυχική ασθένεια, ή, αντίθετα, στην ισορροπημένη και ποιοτική μακροβιότητα, “συν Αθηνά”. Θεραπεύουμε την κορυφή του παγόβουνου οι γιατροί και αφήνουμε ανέγγιχτο το “όρος”, τον άνθρωπο ολιστικά.

Απαιτείται αλλαγή συμπεριφοράς, χωρίς βλαπτική μετάλλαξη εκατέρωθεν. Αλλαγή, που θα βελτιώσει τις σχέσεις οδοντίατρου ασθενή, που θα βελτιώσει την ψυχοσωματική ισορροπία των ανθρώπων, περιορίζοντας, δυνάμει, την εκδήλωση της στοματικής ασθένειας. Που

θα οδηγήσει τους οδοντιατρικά φοβικούς να εμπιστευτούν τους οδοντίατρους, φροντίζοντας τη στοματική τους υγεία έγκαιρα. Αλλαγή που θα βελτιώσει το εργασιακό στρες των οδοντιάτρων. Που θα χαρίσει, εντέλει, δικαιωματικά, την πρωτοκαθεδρία στην Πρόληψη έναντι της Θεραπευτικής Επανόρθωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ -13

Συνδυασμένα μοντέλα επιρροής στην Αγωγή Στοματικής Υγείας. Πρόκληση φόβου για την υγεία (fear appeal) και μειονοτική επιρροή.

Πιλοτικό πείραμα στάθμισης της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου για την Περιοδοντίτιδα ΕρΠε. Πληροφοριακή ισχύς και πειθώ, των μηνυμάτων μέτριου και χαμηλού φόβου.

Πείραμα IV & V.

Υπόθεση Πειράματος V

Αύξηση της επιρροής και ελάττωση του φόβου από μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μηνύματα μέτριου φόβου

Ανεξάρτητες Μεταβλητές:

- 1- Ταυτότητα της πηγής επιρροής ως μειονότητα - πλειονότητα
- 2- Ψυχολογιοποίηση ή μη
- 3- Πρόκληση μέτριου ή χαμηλού φόβου από το μήνυμα της πειθούς (fear appeal)

Εξαρτημένη Μεταβλητή: Η μέση αλλαγή του φόβου και της γνώμης οδοντιατρικών ασθενών

Μεθοδολογία – Υλικό Πειραμάτων IV & V

- Δείγμα:*
- 72 φοιτητές ΑΕΙ, μέση ηλικία 20.6 έτη
 - 135 καθηγητές Μ.Ε., μέση ηλικία 38.2 έτη
 - Παραγοντικός πειραματικός σχεδιασμός 2X2X2

Πείραμα IV. Πιλοτική διερεύνηση σε 72 φοιτητές της αντίληψης του μηνύματος πρόκλησης φόβου και της επιρροής για την περιοδοντίτιδα

- *Προτεστ:* Ερωτηματολόγιο MDAS (Modified Dental Anxiety Scale) και ΕρΠε (Ερωτηματολόγιο Περιοδοντίτιδας (5)- σοβαρότητα και συνδέσεις της νόσου)
- *Χειρισμός:* Πειστικό μήνυμα (Μέτριος Φόβος –Χαμηλός Φόβος)
- *Μετατεστ:* Εκ νέου MDAS και ΕρΠε

Κύριο ΠΕΙΡΑΜΑ V

Διερεύνηση σε 135 καθηγητές Μέσης Εκπαίδευσης της μεταβολής του φόβου και της γνώμης τους για τις σχέσεις οδοντίατρου ασθενή

ΠΡΟΤΕΣΤ: Ερωτηματολόγια MDAS (άγχους), ΕΡΟΣ (σχέσεων οδοντίατρου-ασθενή)

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ μεταβλητών, ταυτότητας, σύγκρουσης, ψυχολογιοποίησης και φόβου (μέτριος-χαμηλός)

ΜΕΤΑΤΕΣΤ

Εκ νέου MDAS, ΕΡΟΣ και εικόνα της πηγής επιρροής

13.1 Μεθοδολογία και υλικό

Στα προηγούμενα πειράματα της διατριβής, διερευνήθηκε η επιρροή που ασκείται και η αλλαγή γνώμης που επιτυγχάνεται, σε φοβικούς και μη φοβικούς οδοντιατρικούς ασθενείς γύρω από τις σχέσεις οδοντίατρου – ασθενή. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν, η ταυτότητα της πηγής επιρροής ως ομάδα υψηλού ή χαμηλού καθεστώτος, ο ηγέτης μειονοτικής ομάδας και η ψυχολογιοποίηση. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή ο φόβος για τον οδοντίατρο και μελετήθηκαν οι μεταβολές που επέρχονται από τους ψυχολογιοποιητικούς μηχανισμούς που ενεργοποιούνται. Στο προτελευταίο κεφάλαιο της μελέτης μας, με τη βοήθεια του ερωτηματολόγιου άρρητης επιρροής, αναδύθηκε ο λανθάνων πλειονοκεντρισμός των οδοντιατρικά μη φοβικών και η συνεκτικότητα του μειονοκεντρισμού των οδοντιατρικά φοβικών.

Η κοινωνική πραγματικότητα απαιτεί στη συνέχεια να διερευνηθεί ένας κλινικός τομέας της Αγωγής Στοματικής Υγείας και της Πρόληψης, από κοινού με τις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στον οδοντίατρο και τον ασθενή. Κανένας ασθενής δεν πλησιάζει έναν οδοντίατρο απλά και μόνο για τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων. Όλα αποσκοπούν στη σωστή θεραπεία ή, ακόμα καλλίτερα, στην Πρόληψη. Αυτή η μελέτη θα μας δώσει ένα πληρέστερο σχήμα, αφού οι σχέσεις από μόνες τους δεν μπορούν να αλλάξουν τη συμπεριφορά των ασθενών. Το ίδιο συμβαίνει και με την μονοδιάστατη επιστημονική πληροφόρηση για την υγεία, η οποία δεν καρποφορεί χωρίς το προαπαιτούμενο των καλών και σωστών σχέσεων (Butera & Mugny, 2001).

Στο σημείο αυτό σκιαγραφείται ο σκοπός του τελευταίου πειράματος της παρούσας διατριβής. Γίνεται συνδυασμός των ανεξάρτητων μεταβλητών, τόσο της ταυτότητας της πηγής επιρροής ως

μειονότητα ή πλειονότητα, όσο και των ψυχολογιοποιητικών μηχανισμών που ενεργοποιούνται από τη σύγκρουση και δημιουργούν αντιστάσεις στην επιρροή. Μέχρις εδώ οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι γνωστές και αιτιολογημένες μέσα από τα προηγούμενα πειράματα. Στο νέο πείραμα εισάγουμε ως τρίτη ανεξάρτητη μεταβλητή το fear appeal, την πρόκληση φόβου για την υγεία, προς τα συμμετέχοντα υποκείμενα. Αυτό γίνεται μέσα από ένα νέο κείμενο επιρροής που αφορά την περιοδοντίτιδα. Πρόκειται, στις περισσότερες περιπτώσεις, για την εξέλιξη μιας αθεράπευτης βαριάς ουλίτιδας, που μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια της φυσικής οδοντοστοιχίας. Σχετίζεται δυναμικά με διάφορα γενικά νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά, ενώ επηρεάζεται σημαντικά από τις ορμονικές μεταβολές, το στρες κ.α. Η περιοδοντίτιδα επιπλέον, εμφανίζεται με την αύξηση της ηλικίας, χωρίς να απουσιάζει η νεανική περιοδοντίτιδα ορμονικής αιτιολογίας, στα παιδιά και τους εφήβους. Το κάπνισμα είναι ένας άλλος σοβαρός εκλυτικός παράγοντας και οι αναφορές δεν είναι εξαντλητικές (Μήτσης, 1990. Κομπόλη, Πανής, 1996. Seymour, Steele, 1998. Monteiro da Silva, Newman, Oakley, O' Leary, 1998, Τσάμη και συν., 2006, Τσάμη και συν., 2004, Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Μαμάη-Χωματά Ε., 2002).

Εισάγουμε επομένως, ως νέα μεταβλητή, το περιεχόμενο ενός κειμένου επιστημονικά τεκμηριωμένου, που αναφέρεται στη σοβαρότητα και την αναγκαιότητα της προληπτικής αντιμετώπισης της περιοδοντίτιδας. Το κείμενο προκαλεί άλλοτε μέτριο και άλλοτε χαμηλό φόβο αναφορικά με τη σχετική ασθένεια. Η αλλαγή γνώμης στα προηγούμενα πειράματα μελετήθηκε με το ΕΡΟΣ, το ερωτηματολόγιο που αναφέρεται στις σχέσεις οδοντίατρου ασθενή, με τη βοήθεια των γνωστών ανεξάρτητων μεταβλητών που αναφέρθηκαν. Η νέα ανεξάρτητη μεταβλητή, fear appeal, που εισάγεται, θα μας δείξει τις διαφοροποιήσεις που θα προκληθούν στην αλλαγή της γνώμης των υποκειμένων μας, στο

ΕΡΟΣ εκ νέου. Με αυτόν το συνδυασμό ερευνούμε αρτιότερα το θέμα, εφόσον χειριζόμαστε από κοινού, την επιστημονική πληροφόρηση με ένα έργο ικανοτήτων (Ε.Ι), όπου η σωστή απάντηση είναι μία, αλλά συνυπάρχει και το έργο γνώμης (Ε.Γ.), γύρω από τις σχέσεις οδοντίατρου-ασθενή. Η μεθοδολογία είναι σύμφωνη με τις προαναφερόμενες θέσεις τόσο του Moscovici, όσο και των Butera & Mugny (2001). Αυτές οι συνδυαστικές μεθοδεύσεις στηρίζονται στην τεκμηρίωση που έχει δημιουργηθεί μέχρι σήμερα, αλλά και σε ανάλογες εισηγήσεις πολλών ερευνητών, όπως θα δούμε στη συνέχεια.

Από την άλλη μεριά, το πείραμα πραγματοποιείται διότι η έρευνα στην Κοινωνική Ψυχολογία πρέπει να αποφεύγει τον επικίνδυνο σκόπελο της, αποκλειστικά, θεωρητικής τεκμηρίωσης, εστιάζοντας στο συγκεκριμένο δίο πόλων: της θεωρίας και της εμπειρίας (Moscovici 2001). Είναι η μόνη οδός για να προσελκύεται το ενδιαφέρον για την επιστημονική έρευνα, από τους ανθρώπους που δραστηριοποιούνται προς την υλοποίηση. Αποτελεί τη μόνη μέθοδο για να χρησιμεύσει η έρευνα σε επιτυχημένες και αποδοτικές εφαρμογές στην πραγματική ζωή, στην κοινωνική πραγματικότητα. Η εμπειρία αποτελεί την αληθινή γνώση, την πραγματική επιστήμη. Από αυτό το σημείο θα έπρεπε να εκκινούν οι ερευνητές (ο.π.).

Στο παρόν πείραμα, όπως προαναφέρθηκε, διερευνώνται από κοινού, η ταυτότητα της πηγής επιρροής ως μειονότητα ή πλειονότητα, με την ενεργοποίηση συγκρουσιακών ψυχολογιοποιητικών μηχανισμών, για την αλλαγή της γνώμης των οδοντιατρικών ασθενών. Η πρόκληση φόβου για την περιοδοντίτιδα λειτουργεί ως τρίτη ανεξάρτητη μεταβλητή. Η αιτιολόγηση αυτού του σχεδιασμού αναπτύχθηκε εκτενώς μέσα στις προηγούμενες ενότητες.

Η μειονοτική ομάδα επιρροής αποτελείται από μεταπτυχιακούς φοιτητές της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής. Η πλειονοτική

ομάδα επιρροής απαρτίζεται από Καθηγητές Πανεπιστημίου του ίδιου γνωστικού αντικειμένου. Ο φόβος που θέλουμε να προκαλέσουμε για την περιοδοντίτιδα, με σκοπό την κινητοποίηση της προφύλαξης, απαιτούσε τη δημιουργία ενός κειμένου επιρροής, ως μήνυμα πειθούς, που θα εισάγει την απειλή για την υγεία. Το ερωτηματολόγιο γνώμης ΕΡΟΣ, γύρω από τις σχέσεις οδοντίατρου-ασθενή, το συγκρουσιακό κείμενο επιρροής, τα μικρότερα κείμενα του πειραματικού χειρισμού, καθώς και το ερωτηματολόγιο της εικόνας της πηγής, έχουν περιγραφεί αναλυτικά στα προηγούμενα πειράματα. Η ομάδα κύρους προκαλεί πιθανόν τα παράδοξα του ειδικού (Mugny, Butera & Falomir, 2001), παρά το γεγονός ότι στο Πείραμα V δεν χειριζόμαστε το διακύβευμα της ταυτότητας. Ο πληθυσμός στόχος όμως του πειράματος αποτελείται από καθηγητές μέσης εκπαίδευσης και πιθανολογούμε ότι δημιουργείται μία άρρητη σύγκρουση ικανοτήτων (conflict competencies), ανάλογα με την πειραματική συνθήκη, όπως αναφέρεται στον Πίνακα 1 του κεφαλαίου 5.

Στο κείμενο επιρροής (κείμενο πειθούς) που παρουσιάζεται στο Παράρτημα, έγινε προσπάθεια συγκερασμού όλων των θεωριών του fear appeal. Με αυτόν τον τρόπο σεβόμαστε την παγκόσμια παρατηρούμενη τάση για την διάρθρωση των θεωριών από το 1953 έως σήμερα, όπως εισηγείται το ενιαίο μοντέλο πειθούς (Kruglanski et al 2002).

Αναλυτικότερα: Δημιουργήθηκαν δύο κείμενα πειθούς γύρω από την προφύλαξη και την κινητοποίηση για την υγεία. Το ένα περιέχει το μήνυμα της πληροφοριακής επεξεργασίας μέτριου φόβου, ενώ το άλλο παρουσιάζεται με χαμηλό φόβο για την περιοδοντική νόσο (Janis and Felbach, 1953. Janis, 1967. MacGuire, 1968α). Τα δύο μηνύματα έχουν κοινά χαρακτηριστικά, όπως το μέγεθος (350 λέξεις), η επιστημονική παρουσίαση της διασύνδεσης της νόσου με τα γενικά νοσήματα και η επίλυση της απειλής με την Πρόληψη (Leventhal, Safer & Panagis, 1983). Προβάλλεται η δυνατότητα να αντιμετωπιστεί η κατάσταση με

επιτυχία και τονίζεται η αυτό-αποτελεσματικότητα (self-efficacy) (Bandura, 1977. Rosen, Terry & Leventhal 1982). Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην σοβαρότητα της απειλής, του ατομικού κινδύνου και της ατομικής ευαισθησίας (Rogers, 1975. Madux & Rogers, 1983). Πρόκειται για την νεανική περιοδοντίτιδα και την περιοδοντίτιδα που εμφανίζεται και με την αύξηση της ηλικίας (Μήτσης, 1990). Η συστηματική επεξεργασία του μηνύματος αφορά τον ποιοτικό κεντρικό πυρήνα της πληροφορίας (Chaiken, 1980; Chaiken & Eagly, 1983; Petty, Cacioppo & Schuman, 1983)., ενώ η ευριστική επεξεργασία γίνεται έμμεσα εφόσον εισάγονται ως ανεξάρτητες μεταβλητές η ταυτότητα της πηγής επιρροής, εκτός από την ψυχολογιοποίηση (Παπαστάμου, 1989γ, Moscovici, 1979, Mugny, 1982, Papastamou, 1983). Τέλος το μήνυμα της πειθούς για την περιοδοντίτιδα που χειριζόμαστε, είναι άμεσα συνδεδεμένο με την πρόκληση φόβου, όπως παρατηρούμε και στην έρευνα των Ruiter et al, (2001) για την αυτοεξέταση του μαστού. Η τελευταία έρευνα βασίζεται στην εργασία των Baron, Logan, Lilly and Brennan (1994), για την πληροφόρηση γύρω από την φθορίωση του πόσιμου νερού, όπου όμως το fear appeal δεν ήταν άμεσα σχετιζόμενο με το πειστικό μήνυμα.

Οι διαφορές των δύο κειμένων μας, μέτριου και χαμηλού φόβου, είναι οι ακόλουθες Στο μήνυμα μέτριου φόβου αναφερόμαστε σε πρώτο πρόσωπο, δίνουμε έμφαση στην ατομική ευαισθησία και τονίζουμε έντονα τη σοβαρότητα και τη σύνδεση της περιοδοντίτιδας με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και επομένως τον θάνατο. Παρά το γεγονός ότι η έννοια του θανάτου προβάλλεται έντονα, η δυνατότητα πρόληψης εντάσσει το μήνυμα στον μέτριο και όχι στον υψηλό φόβο (Ruiter et al, 2001). Στο μήνυμα χαμηλού φόβου αναφερόμαστε σε τρίτο πρόσωπο, το ύφος είναι ηπιότερο, προβάλλεται περισσότερο η δυνατότητα θεραπείας και πρόληψης, ενώ ο θάνατος δεν αναφέρεται καθόλου. Οι δύο μορφές

του β' κειμένου επιρροής, όπως έχει ήδη αναφερθεί, παρουσιάζονται στο Παράρτημα.

Το επόμενο βήμα ήταν να σταθμιστεί η πληροφοριακή ισχύς και η δυνατότητα αντίληψης του περιεχομένου του μηνύματος, από τα υποκείμενα. Επιπλέον, έπρεπε να διαπιστώσουμε την αρχική γνώση των υποκειμένων μας γύρω από την περιοδοντίτιδα, καθώς επίσης την επιρροή και την αύξηση της γνώσης από το νέο κείμενο. Οι ανωτέρω λόγοι μας οδήγησαν στη διεξαγωγή του πρώτου, πιλοτικού πειράματος IV και στη δημιουργία του ερωτηματολόγιου ΕρΠε (Ερωτηματολόγιο Περιοδοντίτιδας), το οποίο παρουσιάζεται στο Παράρτημα. Το ΕρΠε αποτελείται από πέντε ερωτήσεις και διαθέτει επταβάθμια απαντητική κλίμακα Likert, όπου το ένα (1) εκφράζει απόλυτη διαφωνία, ενώ το επτά (7), απόλυτη συμφωνία. Η πρώτη ερώτηση συνδέει την περιοδοντίτιδα με την κακή στοματική υγιεινή. Η δεύτερη ερώτηση επισημαίνει την δυνητική κινητικότητα και απόπτωση των δοντιών. Η τρίτη ερώτηση ισχυρίζεται ότι τα παιδιά και οι έφηβοι μπορεί να προσβληθούν από περιοδοντίτιδα. Η τέταρτη ερώτηση λέει ότι μόνο τα ηλικιωμένα άτομα πάσχουν από περιοδοντίτιδα. Η πέμπτη ερώτηση, τέλος, συνδέει τη νόσο με τα γενικά νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά, ο διαβήτης, το στρες, οι ορμονικές μεταβολές κ.α. Τα ερωτήματα μπορούν να διακριθούν σε δύο άξονες. Ο ένας αφορά την τοπική αιτιολογία της περιοδοντίτιδας και ο άλλος την σύνδεσή της με τα γενικά νοσήματα. Στην ουσία πρόκειται για έναν παράγοντα, εφόσον όλα σχετίζονται με την εμφάνιση της περιοδοντικής νόσου και αλληλεξαρτώνται. Βασικό προαπαιτούμενο είναι η Αγωγή Υγείας και η ενημέρωση του πληθυσμού. Στη συνέχεια θα δούμε πόσο ενημερωμένος είναι ο πληθυσμός μας και κατά πόσον το κείμενο που δημιουργήσαμε είναι σε θέση να γίνει αντιληπτό και να βελτιώσει τις απόψεις τους.

Οδηγηθήκαμε και εκτελέσαμε το αρχικό πιλοτικό μας πείραμα, με τα εργαλεία του κειμένου πρόκλησης φόβου, του ερωτηματολογίου ΕρΠε και του ερωτηματολογίου MDAS (ΜΙΔΑΣ). Το τελευταίο έχει σταθμιστεί ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του, στα πλαίσια της παρούσας διατριβής. Το ΜΙΔΑΣ μετρά το φόβο για τον οδοντίατρο και συσχετίζεται άμεσα με το γενικό άγχος (STAI-State Trait Anxiety Inventory),

Πείραμα IV-Πιλοτικό πείραμα. Στάθμιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου ΕρΠε. Επιρροή και αλλαγή γνώμης με το μήνυμα πειθούς πρόκλησης φόβου (πληροφοριακή ισχύς και μετάδοση γνώσης).

Το δείγμα αποτέλεσαν 72 φοιτητές ΑΕΙ, με μέση ηλικία 20.6 έτη. Τα υποκείμενά μας τα συναντούμε μέσα στις αίθουσες διδασκαλίας, κατανεμημένα τυχαία σε δύο πειραματικές συνθήκες. Διατυπώνουμε την υπόθεση ότι το μήνυμα πειθούς μέτριου φόβου ελαττώνει τον φόβο των υποκειμένων μας γύρω από την περιοδοντίτιδα και αυξάνει την επιρροή και τη γνώση για τη σοβαρή νόσο των ούλων που μελετάμε.

Στο Προτεστ τα υποκείμενα απαντούν στα ερωτηματολόγια ΜΙΔΑΣ και ΕρΠε. Μετά μία εβδομάδα απαντούν εκ νέου στο ΕρΠε για να διαπιστώσουμε την συσχέτιση μεταξύ των δύο μετρήσεων. Μετά μία εβδομάδα από τη δεύτερη μέτρηση γίνεται ο πειραματικός χειρισμός, όπου τα υποκείμενά μας διαβάζουν τα κείμενα μέτριου και χαμηλού φόβου και απαντούν στα πλαίσια του Μετατεστ, στα ερωτηματολόγια ΜΙΔΑΣ και ΕρΠε εκ νέου.

13.2 Αποτελέσματα Πειράματος IV

Αποτελέσματα Προτέστ

N=72

Πίνακας 13.1

Κατανομή των υποκειμένων στις δύο πειραματικές συνθήκες

Μέτριος φόβος	Χαμηλός φόβος
36	36

Προκειμένου να καθορίσουμε την πληροφοριακή ισχύ και την δυνατότητα επιρροής με το μήνυμα πρόκλησης φόβου, θα δούμε τις μεταβολές που επέρχονται στον δείκτη αξιοπιστίας και στην παραγοντική ανάλυση, μετά τον πειραματικό χειρισμό. Πριν από αυτό θα δούμε στον Πίνακα 13.2, που ακολουθεί, τη συσχέτιση των μέσων τιμών του ΕρΠε, στις δύο αρχικές μετρήσεις με διαφορά μιας εβδομάδας και πριν από τη διενέργεια του μετατεστ. Με αυτόν τον τρόπο προσδιορίζεται η **σταθερότητα** του ΕρΠε

Πίνακας 13.2

Μέτρηση της εσωτερικής αξιοπιστίας. Προσδιορισμός των συντελεστών συσχέτισης pearson r, των 5 ερωτήσεων και του συνόλου του ΕρΠε, σε δύο διαδοχικές μετρήσεις με απόσταση μιας εβδομάδας, σε δείγμα 72 ατόμων

Ερωτήσεις	Pearson r	p
1	0,82	0,001
2	0,80	0,001
3	0,75	0,01
4	0,84	0,001
5	0,77	0,01
Σύνολο	0,80	0,000
N	72	

Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας των δύο μετρήσεων, για κάθε ερώτημα ($r=0.75-0.84$, $p<0.001$) και για το σύνολο του ΕρΠε ($r=0.80$, $p<0.000$), έχει υψηλή τιμή και στατιστικά σημαντική.

Το ερωτηματολόγιο ΕρΠε είναι σταθερό στις μετρήσεις του

Η **Εσωτερική συνοχή** πιστοποιείται με το διάστημα αξιοπιστίας των μετρήσεων του προτεστ Cronbach $\alpha = 0.68$

Πίνακας 13.3

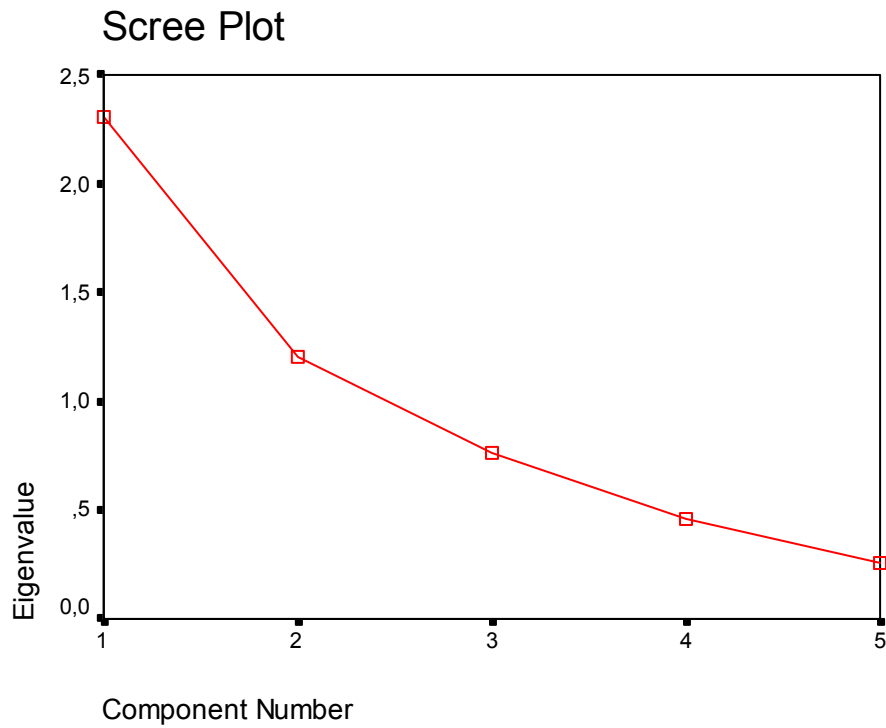
Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις για κάθε ερώτημα και για το σύνολο του ΕρΠε. Διάστημα αξιοπιστίας Cronbach α , για τα 72 υποκείμενα της, στο Προτεστ

Ερωτήσεις	ΕρΠε Mean	SD
1	4.6	1.7
2	4.7	1.6
3	4.1	1.6
4	5.1	1.8
5	3.3	1.5
Σύνολο ΕρΠε	4.4	1.1
Εσωτερική αξιοπιστία (α)	0.68	

Η **εγκυρότητα** τεκμηριώνεται με την παραγοντική ανάλυση του ΕρΠε. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η παραγοντική ανάλυση του ΕρΠε. Στο Διάγραμμα 1 παρατηρούμε ότι τα 5 ερωτήματα του ΕρΠε οργανώνονται γύρω από δύο (2) παράγοντες, Στον Πίνακα 13.4 γίνεται η αναλυτική παρουσίαση των δύο παραγόντων. Στη συνέχεια θα δούμε τις διαφοροποιήσεις που προκύπτουν μετά τον πειραματικό χειρισμό, όπου

ανά 36 τα υποκείμενά μας εντάσσονται τυχαία στις δύο πειραματικές συνθήκες, διαβάζοντας αντίστοιχα το μήνυμα μέτριου και χαμηλού φόβου για την περιοδοντίτιδα.

Διάγραμμα 1. Οι δύο κύριοι παράγοντες του Ερπε στο Προτεστ



Πίνακας 13.4- Παραγοντική ανάλυση του ΕρΠε στο Προτεστ

ΕρΠε Αριθμ. Ερώτησης	Παράγοντες		1-Τοπική αιτιολογία περιοδοντίτιδας	2-Γενικά νο αύξηση ηλικίας
	M.O	Σύνολο διακύμανσης 48.530% Ιδιοτιμή %διακύμανσης		
1	4.6		0.90	
2	4.7		0.85	
3	4.1		0.78	
4	5.1			-0.67
5	3.3			0.83

*Φορτίσεις>0.40

Από τον Πίνακα 13.4 συνάγεται ότι οι δύο παράγοντες, γύρω από τους οποίους κατηγοριοποιούνται τα 5 ερωτήματα του ΕρΠε, ερμηνεύουν το 48.530% της συνολικής διακύμανσης και είναι οι ακόλουθοι: *Ο πρώτος παράγοντας* ερμηνεύει το 46.219% της συνολικής διακύμανσης και οργανώνεται γύρω από τα τρία πρώτα ερωτήματα, που αφορούν την διασύνδεση της περιοδοντίτιδας με τοπικούς εκλυτικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, τα υποκείμενά μας πιστεύουν ότι η περιοδοντίτιδα είναι η εξέλιξη μιας βαριάς μορφής αθεράπευτης ουλίτιδας, που οφείλεται σε κακή στοματική υγιεινή (0.90 και M.O=4.6). Γνωρίζουν ότι μπορεί να προκαλέσει κινητικότητα και απόπτωση των δοντιών (0.85 και M.O=4.7). Συνδέουν οριακά την περιοδοντίτιδα με την νεαρή ηλικία, παιδιών και εφήβων (0.78 και M.O=4.1).

Ο δεύτερος παράγοντας ερμηνεύει το 2.311% της συνολικής διακύμανσης και εμφανίζει ισχυρά φορτισμένα στοιχεία για τη σύνδεση της περιοδοντίτιδας με τις μεγαλύτερες ηλικίες. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς πιστεύουν και συμφωνούν λανθασμένα ότι η περιοδοντίτιδα

εμφανίζεται κυρίως στις μεγάλες ηλικίες (-0.67 και M.O=5.1). Τέλος, διαφωνούν λανθασμένα ότι η περιοδοντίτιδα συνδέεται με σοβαρά γενικά νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά, ο διαβήτης, το στρες, οι ορμονικές μεταβολές κ.α. (0.83 και M.O= 3.3). Παρατηρούμε ότι ο πληθυσμός μας είναι ανενημέρωτος γύρω από τη σοβαρότητα της νόσου για την γενική υγεία.

Η ανάλυση διακύμανσης στους δύο παράγοντες που προαναφέρθηκαν, μας δίνει τις μέσες παραγοντικές τιμές για τους δύο παράγοντες. Οι δύο παράγοντες δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ τους (0.001 vs -0.001). Τα διαφορετικά πρόσημα υποδηλώνουν την κατεύθυνση συμφωνίας των υποκειμένων με τις θέσεις των ερωτημάτων του πρώτου παράγοντα και τη διαφωνία τους με τις θέσεις των ερωτημάτων που απαρτίζουν τον δεύτερο παράγοντα.

Στο Προτεστ, όπως προαναφέρθηκε τα υποκείμενα απαντούν αρχικά στο ΜΙΔΑΣ, που μετρά τον φόβο τους για την οδοντιατρική πράξη **M.O ΜΙΔΑΣ=10.7 SD=3.9**. Παρατηρούμε ότι ο φόβος για τον οδοντίατρο βρίσκεται περίπου στις ίδιες τιμές όπως και στα προηγούμενα πειράματά μας.

Αποτελέσματα του Μετατέστ

Πίνακας 13.5 **N=72**

Κατανομή των υποκειμένων στις δύο πειραματικές συνθήκες	
Μέτριος φόβος	Χαμηλός φόβος
36	36

Η Εσωτερική συνοχή του ΕρΠε και η διαφοροποίησή της στο μετατεστ πιστοποιείται με το διάστημα αξιοπιστίας (προτεστ Cronbach $\alpha = 0.76$)

Πίνακας 13.6 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις για κάθε ερώτημα και για το σύνολο του ΕρΠε. Διάστημα αξιοπιστίας Cronbach α , για τα 72 υποκείμενα, στο Μετατεστ

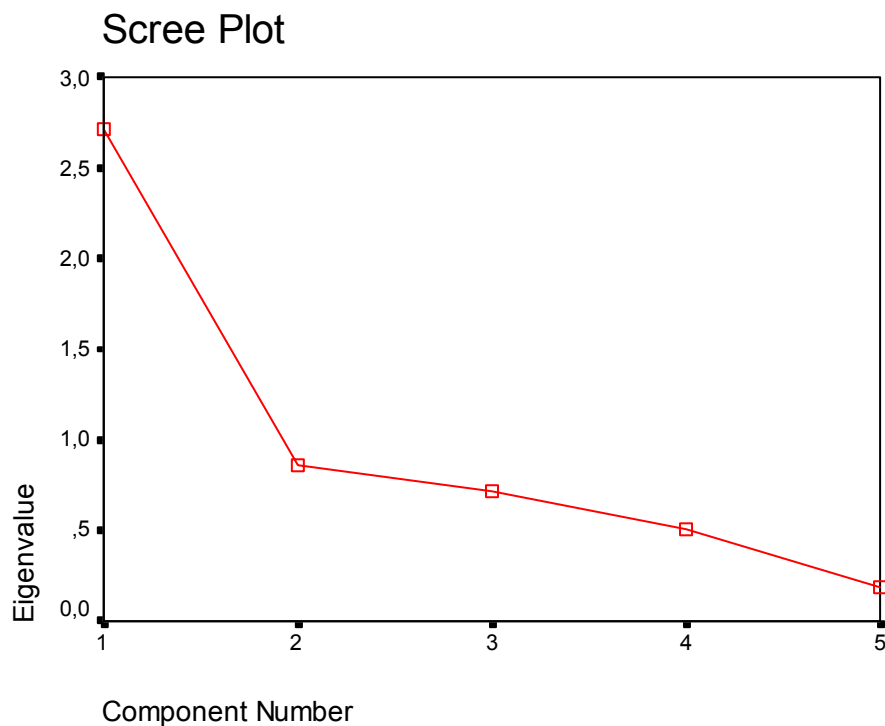
Ερωτήσεις	ΕρΠε Mean	SD
1	5.2	1.7
2	5.3	1.5
3	4.3	2.0
4	4.7	2.1
5	5.0	1.8
Σύνολο ΕρΠε	4.9	1.3
Εσωτερική αξιοπιστία (α)	0.76	

Συγκρίνοντας τους Πίνακες 13.4 του Προτεστ και 13.6 του Μετατέστ, διαπιστώνουμε τη μετακίνηση των υποκειμένων μας προς τις

ορθές απαντήσεις και την αύξηση της εσωτερικής συνοχής του ΕρΠε (6.8 vs 7.6, αντίστοιχα).

Η εγκυρότητα τεκμηριώνεται με την παραγοντική ανάλυση του ΕρΠ. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η παραγοντική ανάλυση του ΕρΠε στο Μετατεστ. Στο Διάγραμμα 2 παρατηρούμε ότι τα 5 ερωτήματα του ΕρΠε οργανώνονται πλέον γύρω από έναν (1) παράγοντα, αυξάνοντας τη συνοχή και την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου. Στον Πίνακα 13.7 γίνεται η αναλυτική παρουσίαση του παράγοντα.

Διάγραμμα 2. Ο ενιαίος παράγοντας του Ερπε στο Μετατεστ



Πίνακας 13.7- Παραγοντική ανάλυση του ΕρΠε στο Μετατεστ

ΕρΠε Αριθμ. Ερώτησης	Παράγοντας		1- Περιοδοντίτιδα
	M.O	Σύνολο διακύμανσης 54.312% Ιδιοτιμή %διακύμανσης	
1	5.2		0.64
2	5.3		0.93
3	4.3		0.58
4	4.7		0.66
5	5.08		0.79

*Φορτίσεις>0.40

Από τον Πίνακα 13.7 συνάγεται ότι ο παράγοντας γύρω από τον οποίο οργανώνονται τα 5 ερωτήματα του ΕρΠε, ερμηνεύει το 54.312%% της συνολικής διακύμανσης και έχει ως ακολούθως: Τα υποκείμενά μας πιστεύουν περισσότερο και τοποθετούνται θετικότερα ότι η περιοδοντίτιδα είναι η εξέλιξη μιας αθεράπευτης βαριάς μορφής ουλίτιδας, που οφείλεται σε κακή στοματική υγιεινή (0.64 και M.O=5.2). Εν τούτοις η φόρτιση έχει ελαττωθεί και μοιράζεται μεταξύ των υπόλοιπων ερωτημάτων. Αυξάνει η πειθώ και η φόρτιση για την κινητικότητα και την απόπτωση των δοντιών στην περιοδοντίτιδα. Η αισθητική και η λειτουργικότητα της στοματικής κοιλότητας εκλαμβάνονται πολύ ισχυρά (0.93 και M.O=5.3). Συνδέουν θετικότερα την περιοδοντίτιδα με την νεαρή ηλικία (0.58 και M.O=4.3). Παύουν να πιστεύουν τόσο έντονα ότι η περιοδοντίτιδα αφορά μόνο τις μεγάλες ηλικίες (0.66 και M.O=4.7). Τέλος, ενημερώνονται και πείθονται θεαματικά ότι η περιοδοντίτιδα συνδέεται με σοβαρά γενικά νοσήματα,

όπως τα καρδιαγγειακά, ο διαβήτης, το στρες, οι ορμονικές διαταραχές κ.α. (0.80 και M.O= 5.08). =

Παρατηρούμε ότι ο πειραματικός χειρισμός είναι επιτυχής. Τα υποκείμενά μας αντιλαμβάνονται ότι η περιοδοντίτιδα οφείλεται τόσο σε τοπική, όσο και σε γενικότερη αιτιολογία. Αφορά τόσο τους νέους, όσο και τους ηλικιωμένους Η οργάνωση των ερωτημάτων του ΕρΠε σε ένα παράγοντα και η σημαντική μετακίνηση των υποκειμένων μας σε όλα τα ερωτήματα και ιδιαίτερα στην τελευταία ερώτηση που αφορά τα γενικά νοσήματα, αποδεικνύει την πληροφοριακή επικοινωνιακή ισχύ του νέου κειμένου επιρροής που δημιουργήσαμε.

Στο Μετατεστ, τα υποκείμενα απαντούν εκ νέου στο ΜΙΔΑΣ, που μετρά τον φόβο τους για την οδοντιατρική πράξη **M.O ΜΙΔΑΣ=11.37 SD=3.7**, για το σύνολο των υποκειμένων μας. Παρατηρούμε ότι ο φόβος για τον οδοντίατρο αυξάνει με τον πειραματικό χειρισμό. Αυξάνει επίσης και ο αριθμός των οδοντιατρικά φοβικών (M.O ΜΙΔΑΣ>18). Στο προτεστ οι φοβικοί είναι δύο (2), ενώ στο μετατέστ γίνονται τέσσερις (4). Τα νούμερα είναι μικρά για να μας επιτρέψουν συμπεράσματα, εντούτοις είναι ενδεικτικά της αυξητικής τάσης.

Στη συνέχεια θα αναλύσουμε τα συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ του Προτεστ και του Μετατεστ ανά πειραματική συνθήκη, ως προς τον φόβο για τον οδοντίατρο και ως προς την επιρροή γύρω από την περιοδοντίτιδα, ανά ερώτημα και συνολικά.

Συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ του Προτεστ και του Μετατεστ

Πριν αναφερθούμε στη σύγκριση μεταξύ των πειραματικών συνθηκών του Μετατεστ, θα δούμε δύο Πίνακες (13.8 & 13.9) για τις μετακινήσεις του συνόλου των υποκειμένων μας ως προς τον φόβο και ως προς την γνώμη τους για την περιοδοντίτιδα.

Πίνακας 13.8

MDAS PROTEST			MDAS METATEST		
M	SD	δείκτης	M	SD	δείκτης
10.7	3.9	2.14	11.3	3.7	2.26
10.7 < 11.3			2.14 < 2.26		

$t/71 = 23.202$ $p < 0.001$

Πίνακας 11

Ερωτήσεις	ΠΡΟΤΕΣΤ	ΜΕΤΑΤΕΣΤ
	Mean	Mean
1	4.6	5.2
2	4.7	5.3
3	4.1	4.3
4	5.1	4.7
5	3.3	5.0
Σύνολο ΕρΠε	4.4	4.9
Εσωτερική αξιοπιστία (a)	0.68	0.76

Ερώτηση 1 $t/71 = 22.131$ $p < 0.001$

Ερώτηση 2 $t/71 = 24.888$ $p < 0.001$

Ερώτηση 3 n.s

Ερώτηση 4 n.s

Ερώτηση 5 $t/71 = 18.507$ $p < 0.001$

Σύνολο ΕρΠε 4.4 < 4.9 $t/71 = 36.759$ $p < 0.001$

Στον Πίνακα 13.8, παρατηρούμε ότι ο φόβος για τον οδοντίατρο, στο σύνολο των υποκειμένων, αυξάνει στατιστικά σημαντικά στο μετατεστ (M.O=10.7<11.3 δείκτης ΜΙΔΑΣ 2.14<2.26, $t/71= 23.202$ $p<0.001$).

Στον Πίνακα 13.9 βλέπουμε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ προ και μετατεστ, στις ερωτήσεις 1,2, 5 και στο σύνολο του ΕρΠε. Αντίστοιχα M.O=4.6<5.2 $t/71= 22.131$ $p<0.001$, M.O=4.7<5.3 $t/71= 24.888$ $p<0.001$ M.O=3.3 < 5.0 $t/71= 18.507$ $p<0.001$ και στο σύνολο, τέλος, M.O=4.4 < 4.9 $t/71= 36.759$ $p<0.001$. Οι απόψεις για την περιοδοντίτιδα δείχνουν αύξηση της πειθούς στο μετατέστ

Ο φόβος και η επιρροή για την περιοδοντίτιδα ανά πειραματική συνθήκη

Μετά τη στάθμιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του ΕρΠε, θα αναπτυχθεί η παρατηρούμενη μεταβολή του άγχους για τον οδοντίατρο και η αλλαγή γνώμης για την περιοδοντίτιδα από το μήνυμα πειθούς μέτριου και χαμηλού φόβου. Στον Πίνακα 13.10 που ακολουθεί αναφέρονται οι διαφορές μεταξύ των δύο πειραματικών συνθηκών. Οι δείκτες του φόβου προέκυψαν από την αφαίρεση του ΜΙΔΑΣ του προτεστ από το ΜΙΔΑΣ του μετατεστ.

Πίνακας 13.10

Πειραματικές συνθήκες Μ.Φ & Χ.Φ

Μέτριος φόβος (Μ.Φ)		Χαμηλός φόβος (Χ.Φ)	
Δείκτης ΜΙΔΑΣ	-0.2	Δείκτης ΜΙΔΑΣ	1.5
ΜΙΔΑΣ Προτεστ	10.7	ΜΙΔΑΣ Προτεστ	10.6
ΜΙΔΑΣ Μετατεστ	10.5	ΜΙΔΑΣ Μετατεστ	12.2

-0.2<1.5 F70/1=2.921, p<0.09

10.7 =10.5 n.s

10.6< 12.2 t/35=- 2.583 p<0.01.

Στον Πίνακα 13.10 παρατηρούμε ότι το άγχος για τον οδοντίατρο, στη **συνθήκη μέτριου φόβου** δεν μεταβάλλεται στατιστικά σημαντικά 10.7 vs 10.5=n.s. Αντίθετα, στη **συνθήκη χαμηλού φόβου** έχουμε αύξηση του φόβου για τον οδοντίατρο στατιστικά σημαντική (paired t-test) 10.6<12.2 t/35=- 2.583 p<0.01.

Όσον αφορά τον δείκτη που προκύπτει από την αφαίρεση του ΜΙΔΑΣ μεταξύ του προ και μετατεστ, για τις δύο πειραματικές συνθήκες, παρατηρούμε ότι: Η ανάλυση διασποράς Anova, με REGRESSION εμφανίζει οριακή στατιστική σημαντικότητα. -2.2<1.5 F1/71=2.921 p<0.09. Το σημαντικό στην ανωτέρω ανάλυση είναι η αύξηση του άγχους στη συνθήκη χαμηλού φόβου.

Στη συνέχεια θα δούμε παρόμοιες αναλύσεις που αφορούν την αλλαγή γνώμης για την περιοδοντίτιδα μεταξύ των πειραματικών συνθηκών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 13.11

Πίνακας 13.11
Πειραματικές συνθήκες Μ.Φ & Χ.Φ

Μέτριος φόβος (Μ.Φ)		Χαμηλός φόβος (Χ.Φ)	
Δείκτης ΕρΠε	0.6	Δείκτης ΕρΠε	0.4
ΕρΠε Προτεστ	4.1	ΕρΠε Προτεστ	4.7
ΕρΠε Μετατεστ	4.7	ΕρΠε Μετατεστ	5.1

4.1 < 4.7 t/36=-2.809 p<0.008. 4.7 < 5.1 t/36=-1843 p<0.07 n.s

Δείκτης ΕρΠε 0.6=0.4 n.s

Παρατηρούμε ότι στη συνθήκη μέτριου φόβου έχουμε στατιστικά σημαντική αύξηση της επιρροής για την περιοδοντίτιδα μεταξύ του προτεστ και του μετατεστ $M.O=4.1 < 4.7$ $t/36=-2.809$ $p < 0.008$.

Στη συνθήκη χαμηλού φόβου η αύξηση της αλλαγής γνώμης για την περιοδοντίτιδα είναι μικρότερη και όχι σημαντική στατιστικά. $M.O=4.7 < 5.1$ $t/36=-1843$ $p < 0.07$. Οι δείκτες των διαφορών, $0.4 < 0.6$ n.s δεν είναι στατιστικά σημαντικοί

Η μελέτη μεταξύ των ατόμων που εμφανίζουν χαμηλότερο ή υψηλότερο αναφερόμενο φόβο μέσα στις πειραματικές συνθήκες, δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

13.3 Συζήτηση

Αυτό που μπορούμε να παρατηρήσουμε στο Πείραμα IV, είναι ότι ο χαμηλότερος αναφερόμενος (Ruiter, 2001) φόβος δεν αυξάνει την επιρροή σημαντικά. Μία δεύτερη παρατήρηση είναι ότι η συνθήκη μέτριου φόβου (πρόκειται για τον πειραματικά χειριζόμενο φόβο) ελαττώνει τον φόβο για τον οδοντίατρο, ενώ αντίθετα η συνθήκη χαμηλού φόβου τον αυξάνει. Ίσως η πρόταση μέσα από το μήνυμα πειθούς, για τη συμβολή του οδοντίατρου στην πρόληψη της

περιοδοντίτιδας, να βελτιώνει τον φόβο για την οδοντιατρική πράξη. Στον μέτριο φόβο δηλαδή υπάρχει καλλίτερη επεξεργασία του μηνύματος, βελτίωση του άγχους και αύξηση της επιρροής, που έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της Chaiken, (1983).

Αυτό που πρέπει επίσης να αναφερθεί είναι η ανάγκη για διευρυμένη Προληπτική Αγωγή Στοματικής Υγείας με διασύνδεση των στοματικών εκδηλώσεων της περιοδοντίτιδας προς τα γενικά νοσήματα. Το μοντέλο προληπτικής αγωγής, τουλάχιστον στους ενήλικες, πρέπει να υπερβαίνει την ενημέρωση για την τερηδόνα, την απλή ουλίτιδα και το βούρτσισμα των δοντιών.

Από την ανωτέρω μελέτη σταθμίστηκε η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ΕρΠε, όπως και η πειθώ των νέων κειμένων επιρροής που δημιουργήσαμε για την περιοδοντίτιδα. Μπορέσαμε έτσι να τα χρησιμοποιήσουμε στο κεντρικό μας πείραμα V.

Κεντρικό Πείραμα V- Μεθοδολογία και υλικό

Μετά τη στάθμιση του ΕρΠε και τα ευρήματα του πιλοτικού μας πειράματος, περνάμε στο κεντρικό πείραμα. Εδώ

θα διερευνήσουμε τα αποτελέσματα του συνδυασμού των ανεξάρτητων μεταβλητών της ταυτότητας της πηγής επιρροής ως μειονότητα και πλειονότητα, της ψυχολογιοποίησης και της πρόκλησης φόβου (fear appeal), με το πειστικό μήνυμα για την προφύλαξη της απειλής για την υγεία.

Εξαρτημένη μεταβλητή είναι η μέση αλλαγή της γνώμης των υποκειμένων μας, που εκφράζεται με το δείκτη της κοινωνικής επιρροής. Διατυπώσαμε την υπόθεση ότι ο μέτριος φόβος που προκαλείται από το μήνυμα πειθούς, αυξάνει την επιρροή της μη ψυχολογιοποιημένης

μειονότητας. Ο πειραματικός χειρισμός, ως προς την ταυτότητα της πηγής επιρροής και της ψυχολογιοποίησης, βασίζεται στο πειραματικό υπόδειγμα της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, που έγινε τόσο στην Ελβετία, όσο και στην Ελλάδα, για τη διερεύνηση της επίδρασης της ψυχολογιοποίησης στην κοινωνική επιρροή (Παπαστάμου, 1989γ, σελ. 214-220). Η ψυχολογιοποίηση ελαττώνει, ως γνωστό, την επιρροή των μειονοτήτων, χωρίς να βλάπτει- αν δεν αυξάνει -την επιρροή της καταξιωμένης πλειονότητας (Παπαστάμου, 1989γ, σελ.242). Συνυπολογίζονται με αυτή τη μεθόδευση, τα παράδοξα που παρατηρούνται κατά την επιρροή των ειδικών, μέσα από τη σύγκρουση των ικανοτήτων (conflict competencies, Mugny et al 2001). Το fear appeal, ακολούθησε σε αρκετά σημεία τον χειρισμό των Baron et al (1994) για τη φθορίωση του πόσιμου νερού και των Ruitter et al (2001), για την αυτοεξέταση του μαστού. Η επικοινωνία πρόκλησης φόβου (fear arousal communication) εμπλουτίστηκε από σύγχρονα ευρήματα, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Ο συνολικός σχεδιασμός υποστηρίζει την απόδοση στη μεταβίβαση της γνώσης με την συμπληρωματικότητα (Buchs, Butera, Mugny, 2004).

Το δείγμα αποτέλεσαν 135 καθηγητές Μέσης Εκπαίδευσης, με μέση ηλικία 38,2 έτη. Προέκυψε ο παραγοντικός πειραματικός σχεδιασμός 2χ2χ2. Τα υποκείμενα κατανέμονται τυχαία στις οκτώ (8) πειραματικές συνθήκες. Οι καθηγητές συμμετείχαν οικειοθελώς στην έρευνα μετά από εισήγηση των λυκειαρχών και της ερευνήτριας. Η πρόταση έγινε στα σχολεία και συγκεκριμένα στους χώρους των γραφείων των καθηγητών, όπου και διενεργήθηκε η έρευνα. Η επιλογή του δείγματος έγινε σε ομάδα ενηλίκων, διότι οι ερευνητές παγκόσμια δηλώνουν αυτή την ανάγκη για τη διερεύνηση του fear appeal. Οι υπάρχουσες έρευνες αφορούν κυρίως φοιτητές

Το πείραμα απαρτίζεται από ένα προτέστ, μία πειραματική φάση και ένα μετατέστ, με παρεμβολή μιας εβδομάδας μεταξύ τους. Στα πλαίσια του προτέστ, οι καθηγητές απαντούν αρχικά στα ερωτηματολόγια ΜΙΔΑΣ και ΕΡΟΣ. Το ΜΙΔΑΣ τους διαχωρίζει σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη. Στη συνέχεια απαντούν στο ερωτηματολόγιο γνώμης ΕΡΟΣ, εκφράζοντας τις απόψεις τους για τις σχέσεις οδοντίατρου – ασθενή. Μετά από μία εβδομάδα, ακολουθεί η πειραματική διαδικασία, όπου, υποβάλλουμε τα υποκείμενα μας στον πειραματικό χειρισμό ανάλογα με την πειραματική συνθήκη στην οποία συμμετέχουν. Στο μετατέστ απαντούν εκ νέου στο ΕΡΟΣ, στο ΜΙΔΑΣ και στο ερωτηματολόγιο της εικόνας της πηγής. Ο πειραματικός χειρισμός περιλαμβάνει τα δύο κείμενα επιρροής. Με το γνωστό κείμενο από τα προηγούμενα πειράματα, εισάγεται η σύγκρουση με τις θέσεις υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων, που αποτελούν τα άμεσα ερωτήματα του ΕΡΟΣ και τις εισηγήσεις επίλυσης. Στη συνέχεια διαβάζουν το νέο κείμενο πειθούς για την περιοδοντίτιδα, το οποίο έχει δύο μορφές ανάλογα με την πειραματική συνθήκη. Εκφέρεται είτε με μέτριο φόβο (Μ.Φ.), είτε με χαμηλό φόβο (Χ.Φ.), για την πρόληψη της περιοδοντίτιδας. Το ερωτηματολόγιο ΕρΠε δεν δόθηκε στους καθηγητές για να μην ενεργοποιήσουμε τη σύγκρουση των ικανοτήτων, που θα μπορούσε να επιδράσει αρνητικά στην επιρροή. Οι περισσότεροι

καθηγητές διδάσκουν Αγωγή Υγείας, οπότε θα φαινόταν σαν να τους υποβάλλουμε σε ένα Έργο Ικανοτήτων (Ε.Ι). Υπήρχε ο κίνδυνος του διακυβεύματος της ταυτότητάς τους. Αυτό δεν μπορεί να συμβεί με το ΕΡΟΣ, διότι σε ένα Έργο Γνώμης (Ε.Γ) υπάρχει πλουραλισμός απαντήσεων.

Ανάλογα με την πειραματική συνθήκη, τις ανωτέρω θέσεις των δύο κειμένων επιρροής, υποστηρίζει μια μειονότητα μεταπτυχιακών

φοιτητών της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής ψυχολογιοποιημένη ή μη, ή μια πλειονότητα καταξιωμένων Καθηγητών Πανεπιστημίου του ίδιου αντικειμένου, επίσης ψυχολογιοποιημένη ή μη. Η μειονοτική ομάδα των φοιτητών, δηλαδή, αποτελείται από άτομα χαμηλού καθεστώτος σε αντίθεση με τους Καθηγητές Πανεπιστημίου που συνιστούν την πλειονότητα, την ομάδα κύρους και υψηλού καθεστώτος.

Στις συνθήκες όπου ενεργοποιείται η ψυχολογιοποίηση, καλούμε τα υποκείμενα μας να ορίσουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που αφορούν την πηγή επιρροής. Στις συνθήκες μη ψυχολογιοποίησης, απλά, ζητάμε από τα υποκείμενά μας να υπογραμμίσουν τα κύρια σημεία, κατά την άποψή τους, των δύο κειμένων επιρροής. Με αυτό τον τρόπο τα οδηγούμε να επικεντρώσουν στο περιεχόμενο των μηνυμάτων.

Η διαφοράς των μέσων τιμών του ΕΡΟΣ που προκύπτουν στο μετατέστ και το προτέστ, δημιουργούν τον δείκτη της κοινωνικής επιρροής. Η μέση αλλαγή της γνώμης των υποκειμένων μας, αποκαλύπτει σε πια πειραματική συνθήκη ασκείται η μεγαλύτερη επιρροή, εκφράζοντας θεωρητικά τις σταθερές προδιαθέσεις των υποκειμένων μας για δράση. Δημιουργείται ακόμα ένας δείκτης μεταβολής του φόβου μεταξύ προ και μετατέστ, από τις απαντήσεις των υποκειμένων στο ΜΙΔΑΣ. Η επταβάθμια απαντητική κλίμακα του ΕΡΟΣ, αντιστρέφεται στα έμμεσα ερωτήματα, για να έχει την ίδια κατεύθυνση με τα άμεσα ερωτήματα και να πραγματοποιείται η σύγκριση των αποτελεσμάτων. Τα άμεσα και έμμεσα ερωτήματα του ΕΡΟΣ έχουν αναφερθεί τόσο στα προηγούμενα πειράματα, όσο και στο κεφάλαιο των μεθοδολογικών σημειώσεων και της στάθμισης του ΕΡΟΣ. Οι οδοντιατρικά φοβικοί που προκύπτουν από το ΜΙΔΑΣ (Μ.Ο=19-25) είναι λίγοι για να κατανεμηθούν από μόνα τους, στις οκτώ πειραματικές

συνθήκες. Ενώ ο διαχωρισμός σε περισσότερο και λιγότερο φοβισμένα υποκείμενα εμφανίζει αξιοσημείωτα ευρήματα ως προς την επιρροή.

Αρχικά αναλύουμε το σύνολο του δείγματος, ενώ στη συνέχεια μελετάμε χωριστά τα υποκείμενα που δεν φοβούνται καθόλου τον οδοντίατρο (Μ.Ο=5-12), από αυτά που εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος (ΜΙΔΑΣ Μ.Ο= 13-25). Εάν αυτός ο διαχωρισμός αφορά το προτέστ, μιλάμε για τάση προς τον φόβο (αναφερόμενος φόβος), η οποία διαφοροποιεί την επιρροή (Baron,1992). Εάν ο διαχωρισμός γίνεται βάσει του ΜΙΔΑΣ στο μετατέστ, μιλάμε για τον πειραματικά χειριζόμενο φόβο, όπως χειρίζεται και από τους Ruitter et al (2001). Στο παρόν πείραμα χρησιμοποιήσαμε τον φόβο, που προκύπτει με αφαίρεση του ΜΙΔΑΣ στο προτέστ, από αυτό του μετατέστ.

13.4 Αποτελέσματα Πειράματος V για το σύνολο των υποκειμένων (πειραματικά χειριζόμενος φόβος)

Το σύνολο των 135 υποκειμένων κατανέμεται στις οκτώ (8) πειραματικές συνθήκες όπως φαίνεται στον Πίνακα 13.12

Πίνακας 13.12

Κατανομή κατηγοριών στις 8 πειραματικές συνθήκες

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	Μ.Φ.	Χ.Φ	Μ.Φ	Χ.Φ
Ψ	18	18	21	12
Μη Ψ	15	15	18	18

εμφανίζεται και μεταξύ των πειραματικών συνθηκών $F(7/127)=4.324p<0.001$.

Ακολουθούν τα αποτελέσματα της έμμεσης επιρροής

Πίνακας 13.14

ΕΜΜΕΣΗ ΕΠΙΡΡΟΗ

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	Μ.Φ.	Χ.Φ	Μ.Φ	Χ.Φ
Ψ	-0.001	-0.12	0.001	-0.29
Μη Ψ	-0.15	0.65	0.001	0.001

$F(7/127)=5.679$ $p<0.001$

$0.65 > -0.15$ $p<0.001$ $0.65 > -0.12$ $p<0.001$

Από τον Πίνακα 13.14 βλέπουμε ότι στην έμμεση επιρροή, κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων, υπερισχύει η επιρροή της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας με μήνυμα πρόκλησης χαμηλού φόβου (Μ.Ο=0.65). Η στατιστικά σημαντική διαφορά της προαναφερόμενης συνθήκης, αφορά την μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μήνυμα πρόκλησης μέτριου φόβο (Μ.Ο=-0.15 $p<0.001$) και την ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με χαμηλό φόβο (Μ.Ο=-0.12 $p<0.001$)

Στη συνέχεια αναφέρονται τα αποτελέσματα της συνολικής επιρροής.

Πίνακας 13.15
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΡΡΟΗ

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	Μ.Φ.	Χ.Φ	Μ.Φ	Χ.Φ
Ψ	0.22	0.01	0.001	0.23
Μη Ψ	-0.001	0.30	0.01	-0.001

F(7/127)=5.679 p<0.001

0.22> -0.001 p<0.02 0.30>-0.001 p<0.001 0.23>-0.001 p<0.01

Στον Πίνακα 13.15 όπου εμφανίζεται η συνολική επιρροή, παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντική επιρροή ασκείται από μία ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μέτριο φόβο (Μ.Ο=0.22), συγκριτικά με μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με το ίδιο μήνυμα πειθούς (Μ.Ο=-0.001 p<.0.02). Επιρροή ασκείται ακόμα από μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με χαμηλό φόβο (Μ.Ο=0.30), συγκρινόμενη με μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα χαμηλού φόβου (Μ.Ο=-0.001 p<0.001). Τέλος, επιρροή ασκεί μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα πρόκλησης χαμηλού φόβου (Μ.Ο=0.23), έναντι μη ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας με το ίδιο μήνυμα (Μ.Ο=-0.001 p<0.01).

Στη συνέχεια θα δούμε τις μεταβολές του φόβου μέσα στις πειραματικές συνθήκες και τις συγκρίσεις μεταξύ τους. Οι δείκτες προκύπτουν από αφαίρεση του ΜΙΔΑΣ του προτεστ από το ΜΙΔΑΣ του μετατέστ Το αρνητικό πρόσημο δηλώνει ελάττωση του φόβου, ενώ το θετικό πρόσημο υποδηλώνει αύξηση του φόβου.

Πίνακας 13.16

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	Μ.Φ.	Χ.Φ	Μ.Φ	Χ.Φ
Ψ	-0.33	0.16	-0.28	0.75
Μη Ψ	-1.20	-2.20	-0.50	-1.00

$F(7/134)=3.743$ $p<0.001$

$-2.20 > -1.00$ $p<0.05$ $0.75 > -1.00$ $p<0.009$

$-2.20 > 0.16$ $p<0.02$

Στον Πίνακα 13.16 παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντική ελάττωση του φόβου προκαλεί η μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με το μήνυμα πειθούς χαμηλού φόβου (Μ.Ο=-2.20). Αντίθετα, αύξηση του φόβου προκαλεί η ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με το μήνυμα πρόκλησης χαμηλού φόβου(0.75). Στην περίπτωση της μειονότητας, συγκεκριμένα, παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση με την ψυχολογιοποιημένη μειονότητα που απευθύνει το ίδιο μήνυμα πειθούς (Μ.Ο=0.16 $p<0.02$) και με την μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα, που απευθύνει μήνυμα χαμηλού φόβου (Μ.Ο=-1.00 $p<0.02$). Η ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα πειθούς χαμηλού φόβου (Μ.Ο=0.75) εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά με την μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με το ίδιο μήνυμα πρόκλησης φόβου (Μ.Ο=-1.00 $p<0.009$).

13.5 Εικόνα της πηγής επιρροής

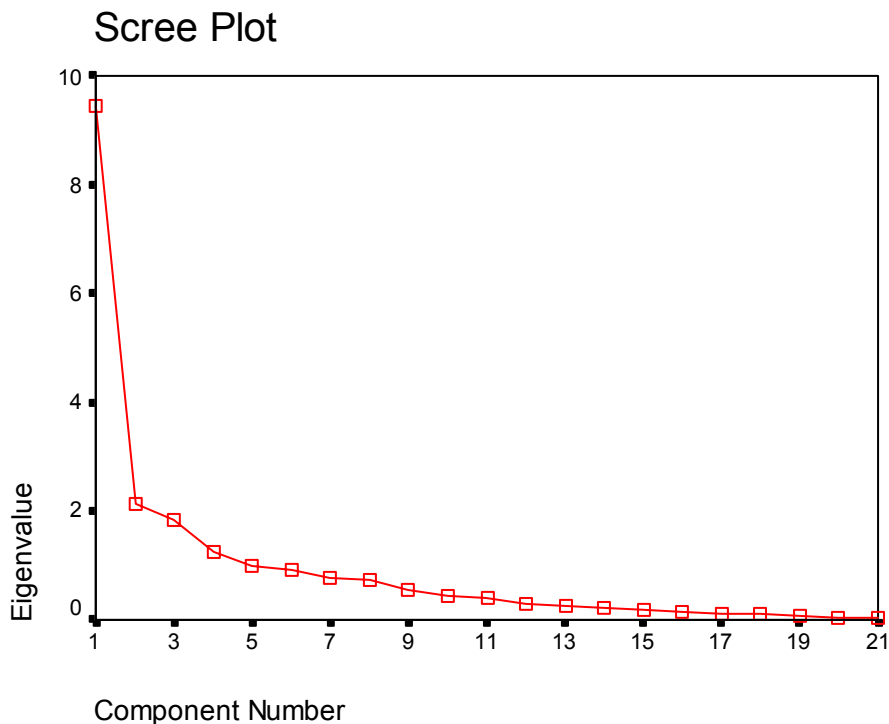
Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 3, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις που δημιουργεί η πηγή επιρροής στον πληθυσμό-στόχο που απευθύνεται, είναι καθοριστικές για τη διαδικασία κοινωνικής επιρροής που μπορεί να ασκήσει (Παπαστάμου, 1989β, Παπαστάμου, 1989γ, Παπαστάμου και Μιούνυ, 1983). Η μειονότητα που εκλαμβάνεται ως άκαμπτη, ανισόρροπη ή μεροληπτική, για παράδειγμα, αυτόματα περιορίζει την επιρροή της. Η ψυχολογιοποίηση εμφανίζει τη δυνατότητα τροποποίησης της εικόνας της πηγής, προς τη διάσταση της ακαμψίας, της αδιαλλαξίας, της μεροληψίας κ.α. Η γνωστική ερμηνεία των μηνυμάτων της πηγής, καθώς και οι διαπροσωπικές σχέσεις της με τον πληθυσμό, διαβρώνονται από την επίδραση της ψυχολογιοποίησης και της πρόκλησης φόβου (fear appeal), όπως θα παρουσιαστεί στη συνέχεια, μέσα από τα αποτελέσματα αυτού του πειράματος, ως προς την εικόνα της πηγής επιρροής.

Τα ερωτήματα για την εικόνα της πηγής επελέγησαν από την Adjective Check List του Gough (1960). Δόθηκαν στους πειραματικούς μας πληθυσμούς, όπως χρησιμοποιήθηκαν σε πολλά πειράματα που μελετούν την επίδραση της ψυχολογιοποίησης στην εικόνα της πηγής επιρροής (Παπαστάμου και Μιούνυ, 1983 - Παπαστάμου, 1989γ, Papastamou, 1986, Mugny, Kaiser και Papastamou, 1984). Έγιναν κάποιες τροποποιήσεις, απαραίτητες για τα δεδομένα της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, τα 21 ερωτήματα που επελέγησαν, είναι όμοια με αυτά που χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση της ξενοφοβίας (Παπαστάμου, 1989γ, σελ. 210), με ελάχιστες τροποποιήσεις όπως λ.χ. οικολόγοι-μη οικολόγοι, διότι δεν ταιριάζει εννοιολογικά με την παρούσα έρευνα. Επιπλέον, προστέθηκε η διάσταση, ανθρωπιστές-ατομιστές, που θεωρούμε ότι αποτελεί καθοριστικό ποιοτικό δίπολο, που προσδοκάται

να υιοθετηθεί ή να απορριφθεί, αντίστοιχα, από ανθρώπους που εισηγούνται νεωτερικά σχήματα στο χώρο της υγείας.

Ο αριθμός των ερωτημάτων ανέρχεται στα 21 και οι ποιοτικές τους διαστάσεις αναφέρονται λεπτομερώς στον Πίνακα 19, που ακολουθεί. Εκτός αυτού, αναφέρονται οι μέσοι όροι για κάθε ερώτημα, όπως απαντήθηκαν από τα υποκείμενά μας, οι δύο παράγοντες, στους οποίους ομαδοποιούνται τα 21 ερωτήματα, καθώς επίσης η ιδιοτιμή και το ποσοστό διακύμανσης, που ερμηνεύει κάθε παράγοντα. Μεταξύ των 21 εννοιολογικών δίπολων, παρεμβάλλεται επταβάθμια κλίμακα, όπως παρουσιάζεται στο Παράρτημα. Στο διάγραμμα 3 εμφανίζεται η σχηματική αναπαράσταση των δύο παραγόντων.

Διάγραμμα 3



Πίνακας 13.17

Παραγοντική ανάλυση Varimax (rotated) της εικόνας της πηγής επιρροής.
Φορτίσεις – Μ.Ο - Ιδιοτιμή και % συνολικής διακύμανσης

			ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	
			Ισορροπία	Επιείκεια
Συνολικό ποσοστό ερμηνευόμενης διακύμανσης: 55.219%				
		Μ.Ο	1	2
	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ		Ιδιοτιμή: % διακύμανσης:	
			44.987 9.447	10.232 2.149
1	επίμονοι υποχωρητικοί	2.4		
2	μεροληπτικοί αμερόληπτοι	5	0.77	
3	ευέλικτοι άκαμπτοι	3.2	-0.51	
4	αδιάφοροι ενταγμένοι	5.8	0.59	
5	αυτόνομοι αλλοτριωμένοι	2.7	-0.66	
6	αφύσικοι φυσιολογικοί	5.8	0.75*	
7	προοδευτικοί συντηρητικοί	1.9	-0.73	
8	ασυνάρτητοι συγκροτημένοι	5.8	0.83	
9	αντικειμενικοί υποκειμενικοί	2.7	-0.69	
10	ανεπιεικείς επιεικείς	3.8		0.50
11	δυναμικοί παθητικοί	2.1		0.60
12	ανεξάρτητοι εξαρτημένοι	2.5	-0.85	
13	ασταθείς σταθεροί	5.5	0.58	
14	ανθρωπιστές ατομιστές	2.3	-0.72	
15	αβέβαιοι αυτοπεποίθηση	6.1	0.69	
16	ρεαλιστές ανεδαφικοί	1.9	-0.72	
17	στενόμυαλοι ανοιχτόμυαλοι	5.8	0.79	
18	ηττοπαθείς φιλόδοξοι	5.9	0.66	
19	ελεύθεροι υποταγμένοι	2.6	-0.78	
20	ανισόρροποι ισορροπημένοι	5.8	0.84	
21	κομφορμιστές αντικομφορμιστ	5.1		0.46

*Φορτίσεις>0.40

Οι δύο παράγοντες της εικόνας της πηγής

Οι αναπαραστάσεις που δημιουργούνται για την πηγή επιρροής στις πειραματικές συνθήκες, αναδύονται από την παραγοντική ανάλυση με περιστροφή τύπου varimax, όπου προκύπτουν δύο κύριοι παράγοντες που σκιαγραφούν την εικόνα της πηγής επιρροής για το σύνολο του δείγματος, όπως φάνηκε στον Πίνακα 13.17. Οι δύο παράγοντες ερμηνεύουν το 55.219% της συνολικής διακύμανσης και αφορούν αντίστοιχα, την ισορροπία και την επιείκεια της πηγής επιρροής.

Ο πρώτος παράγοντας είναι σχετικός με τη συγκρότηση και την *ψυχολογική ισορροπία* που αποδίδεται στην πηγή επιρροής. Ο πρώτος παράγοντας ερμηνεύει το 44.987% της συνολικής διακύμανσης. Τα στοιχεία που εμφανίζουν ισχυρή φόρτιση μέσα στον παράγοντα, είναι η πρόσληψη της πηγής ως αμερόληπτη (0.77), ευέλικτη (-0.51), ενταγμένη (0.58), αυτόνομη (-0.66), φυσιολογική (0.75), προοδευτική (-0.73) συγκροτημένη (0.38), αντικειμενική (-0.69), ανεξάρτητη (-0.85), σταθερή (0.58), είναι ανθρωπιστές (-0.72), με αυτοπεποίθηση (0.69), ρεαλιστές (-0.72), ανοιχτόμυαλοι (0.79), φιλόδοξοι (0.66), ελεύθεροι (-0.78) και ισορροπημένοι (0.84).

Ο δεύτερος παράγοντας, ερμηνεύει το 10.232% της συνολικής διακύμανσης και οργανώνεται γύρω από τη διάσταση της *επιείκειας* ή για αποδοθεί καλλίτερα, λαμβάνοντας υπόψη τους μέσους όρους των στοιχείων που συνθέτουν τον παράγοντα, της *νεωτερικής δυναμικότητας*. Κατά πόσο, δηλαδή, η πηγή θεωρείται επίμονη (0.63), επιεικής (0.50), παθητική (0.60) και αντικομοφομιστική (0.46).

Στη συνέχεια, μελετάμε τον τρόπο που προσλαμβάνεται η πηγή επιρροής στις οκτώ πειραματικές συνθήκες που δημιουργήσαμε. Η ανάλυση διακύμανσης μας δίνει τους μέσους παραγοντικούς δείκτες, για

κάθε πειραματική συνθήκη και για κάθε έναν από τους δύο παράγοντες.
 Η μελέτη μας γίνεται για το σύνολο των πειραματικών υποκειμένων.

Πίνακας 13.18

Μέσοι παραγοντικοί δείκτες της εικόνας της πηγής επιρροής για το σύνολο των 135 καθηγητών Μέσης Εκπαίδευσης. Το θετικό πρόσημο παραπέμπει σε υιοθέτηση και αυξημένη πρόσληψη των παραγόντων.

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	Μ.Φ.	Χ.Φ	Μ.Φ	Χ.Φ
<u>Ισορροπία</u>				
Ψ	-0.001	0.002	-0.22	0.39
Μη Ψ	0.52	-0.12	0.10	-0.62
<u>Επιείκεια και Δυναμικότητα</u>				
Ψ	-0.42	-0.31	0.87	0.83
Μη Ψ	-0.48	-0.75	0.001	0.001
<u>Ισορροπία</u> F(7/134)=2.352 p<0.02				
	0.52 > -0.12 p<0.06		0.39 > -0.22 p<0.07	
			0.39 > -0.62 p<0.005	
			0.10 > -0.62 p<0.02	
<u>Επιείκεια και Δυναμικότητα</u> F(7/134)=8.243 p<0.001				
	0.87 > -0.42 p<0.001		0.87 > 0.001 p<0.001	
			0.83 > 0.001 p<0.001	

Στον πρώτο παράγοντα που εκφράζει τη διάσταση της ισορροπίας, εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των πειραματικών συνθηκών $F(7/134)=2.352$ $p<0.02$. Συγκεκριμένα, ως ισορροπημένη και συγκροτημένη εκλαμβάνεται η μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μήνυμα μέτριου φόβου ($M.O=0.52$), σε αντίθεση με την ίδια μειονότητα με μήνυμα χαμηλού φόβου ($M.O=-0.12$ $p<0.06$). Στον πρώτο παράγοντα η ισορροπία αποδίδεται ακόμα στην ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα, που προκαλεί χαμηλό φόβο ($M.O=0.39$) και στην μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με πρόκληση μέτριου φόβου ($M.O=0.10$). Η πρώτη διαφοροποιείται από την ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα μέτριου φόβου ($M.O=-0.22$ $p<0.07$) και από την μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με χαμηλό φόβο ($M.O=-0.62$ $p<0.005$). Η δεύτερη εμφανίζει επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά από την μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με χαμηλό φόβο ($M.O=-0.62$ $p<0.02$), που της αποδίδεται ανισορροπία και έλλειψη συγκρότησης.

Στον δεύτερο παράγοντα που εκφράζει τη διάσταση της επιείκειας της δυναμικότητας και του αντικοφορμισμού, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οκτώ πειραματικών συνθηκών $F(7/134)=8.243$ $p<0.001$. Ειδικότερα, ως επιεικείς και νεωτερικές εκλαμβάνονται οι πλειονοτικές και ψυχολογιοποιημένες πηγές επιρροής με μήνυμα μέτριου φόβου ($M.O=0.87$) και με μήνυμα χαμηλού φόβου ($M.O=0.83$). Η πρώτη διαφέρει σημαντικά από την ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μέτριο φόβο ($M.O=-0.42$ $p<0.001$) και από την μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μέτριο φόβο ($M.O=0.001$ $p<0.001$), που εκλαμβάνονται ως ανεπιεικείς μη δυναμικές και κονφορμιστικές.

Η δεύτερη διαφέρει σημαντικά από την μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα, που προκαλεί μέτριο φόβο ($M.O=0.001$ $p<0.001$) και της προσάπτεται ανεπιείκεια και κονφορμισμός.

13.6 Συζήτηση

Συνδυάζοντας τα αποτελέσματα της κοινωνικής επιρροής από μειονοτική ή πλειονοτική ομάδα, ψυχολογιοποιημένη ή μη και με μήνυμα πρόκλησης μέτριου ή χαμηλού φόβου, από κοινού με τα αποτελέσματα της εικόνας της πηγής και των αυξομειώσεων του φόβου, δημιουργήσαμε τον Πίνακα 13.19 που ακολουθεί. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν αναλυτικά στις προηγούμενες παραγράφους, ενώ ο Πίνακας 13.19 μας επιτρέπει τη συνοπτική τους παρουσίαση. Βλέπουμε το συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών με τα προαναφερόμενα αποτελέσματα ανά πειραματική συνθήκη. Οι αναφορές μέσα στα κελιά υποδηλώνουν στατιστικά σημαντική επιρροή στο άμεσο, το έμμεσο επίπεδο και συνολικά. Αναφέρεται η αύξηση ή η μείωση του αναφερόμενου φόβου, καθώς και η αναπαράσταση της πηγής επιρροής βάσει των μέσων παραγοντικών δεικτών. Με άλλα λόγια, ο Πίνακας 13.19 αποτελεί διευκολυντικό ερμηνευτικό συγκερασμό των πινάκων 13.13,13.14, 13.15, 13.16 και 13.18. Από αυτόν τον πίνακα θα μας επιτραπεί να επιλέξουμε και να προτείνουμε θεωρητικά ένα ολοκληρωμένο μοντέλο παρέμβασης, για την αλλαγή της γνώμης του συνόλου των υποκειμένων που συμμετείχαν στην έρευνα. Τη γνώμη που θα επιφέρει, πιθανόν, τη γενίκευση και την επέκταση στην αλλαγή συμπεριφοράς.

Πίνακας 13.19

Συνδυασμένα αποτελέσματα κοινωνικής επιρροής, μεταβολών του φόβου και εικόνας της πηγής, στο σύνολο των καθηγητών Μ.Ε.

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	ΜΦ	ΧΦ	ΜΦ	ΧΦ
Ψ	Συνολική επιρρ. Ελάττωση φόβου Ισορροπία Ανεπιείκεια	Άμεση επιρροή Αύξηση φόβου Ανισορροπία Ανεπιείκεια	-----	Άμεση επιρροή Συνολική επιρρ Αύξηση φόβου Ισορροπία Επιείκεια
Μη Ψ	Άμεση επιρροή Ελάττωση φόβου Ισορροπία Ανεπιείκεια	Έμμεση επιρροή Συνολική επιρρ. Ελάττωση φόβου Ανισορροπία Ανεπιείκεια	-----	-----

Από τον Πίνακα 13.19 προκύπτει κατ'αρχάς ότι από τις οκτώ συνθήκες που χρησιμοποιήσαμε, στατιστική σημαντικότητα, ως προς την επιρροή, εμφανίζεται σε πέντε συνθήκες. Παρατηρούμε ότι παραμένουν λευκά τα τρία κελιά του πίνακα, που αναφέρονται στην ψυχολογιοποιημένη ή μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα μέτριου φόβου και στην μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα χαμηλού φόβου.

Όσον αφορά τα πέντε κελιά του πίνακα, παρατηρούμε ότι:

α) Έμμεση επιρροή υπέρ των οδοντιάτρων και κατά των ασθενών εμφανίζεται μόνο στη συνθήκη της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας

που προκαλεί με το μήνυμά της χαμηλό φόβο για την περιοδοντίτιδα. Στη συνθήκη αυτή έχουμε ελάττωση του φόβου για τον οδοντίατρο, ενώ η μειονότητα εκλαμβάνεται ως μη ισορροπημένη και ανεπιεικής. Στη συνθήκη αυτή ασκείται επίσης στατιστικά σημαντική συνολική επιρροή. Η συνύπαρξη των οδοντιατρικά φοβικών μέσα στο σύνολο του δείγματος, προφανώς αλλοιώνει την εικόνα της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας των φοιτητών της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής, που εκφράζεται ήπια για τους κινδύνους από την περιοδοντίτιδα.

β) Άμεση επιρροή, υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων, έχουμε σε τρεις συνθήκες: Αρχικά αναφέρουμε την μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με πρόκληση μέτριου φόβου, όπου ελαττώνεται ο φόβος για τον οδοντίατρο και η πηγή εκλαμβάνεται ισορροπημένη, αλλά ανεπιεικής (δεν χαρίζεται). Στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας με χαμηλό φόβο, όπου αυξάνει ο φόβος για τον οδοντίατρο και η πηγή εκλαμβάνεται ως επιεικής, αλλά δημιουργεί την αναπαράσταση της έλλειψης ισορροπίας. Στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας με πρόκληση χαμηλού φόβου, η ισορροπία και η επιείκεια της πηγής προκαλεί άμεση επιρροή, αλλά αυξάνει τον φόβο για τον οδοντίατρο. Στην ίδια συνθήκη παρατηρείται επίσης σημαντική συνολική επιρροή.

γ) Συνολική επιρροή, εκτός από τις δύο συνθήκες που προαναφέρθηκαν, ασκείται από μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με πρόκληση μέτριου φόβου. Ο φόβος για τον οδοντίατρο ελαττώνεται και η πηγή προσλαμβάνεται με όρους ανεπιείκειας και ανισορροπίας.

Σε μία ακόμα μεγαλύτερη συνθετική αντιμετώπιση των πέντε συνθηκών που παρουσιάστηκαν προηγουμένως, πρέπει να πούμε ότι η ελάττωση του φόβου για τον οδοντίατρο είναι παράγοντας πρωταρχικής

κλινικής αξίας. Με αυτήν την έννοια φαίνεται ότι εκ των τριών συνθηκών, όπου επιτυγχάνεται ελάττωση του φόβου για τον οδοντίατρο, υπερισχύει η συνθήκη της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας με πρόκληση χαμηλού φόβου. Πρόκειται για τη συνθήκη όπου επιτυγχάνεται έμμεση επιρροή υπέρ των οδοντιάτρων, από κοινού με τη συνολική επιρροή. Η έμμεση επιρροή μπορεί να προκαλέσει βραδυφλεγώς ιδεολογική μεταστροφή (Παπαστάμου, 1989) και να οδηγήσει τους ασθενείς προς την πρόληψη, την αυτοφροντίδα και την ανάκτηση της εμπιστοσύνης των ασθενών προς τους οδοντιάτρους.

Απομένουν δύο συγκρίσεις του παρόντος πειράματος: με το Πείραμα I, όπου χρησιμοποιήσαμε τις ίδιες ανεξάρτητες μεταβλητές, αν και σε διαφορετικό πληθυσμό, και με την πιλοτική έρευνα για το ΕρΠε, το ερωτηματολόγιο για την περιοδοντίτιδα.

Στο Πείραμα I έχουμε άσκηση άμεσης επιρροής, υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων από την μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα, αλλά για τον ειδικό πληθυσμό των οδοντιατρικά φοβικών ασθενών. Η μη φοβικοί επηρεάζονται από την ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα σε άμεσο επίπεδο. Στο παρόν πείραμα με την εμπλοκή του fear appeal ως επιπλέον μεταβλητή, επιτυγχάνεται τόσο άμεση, όσο έμμεση και συνολική επιρροή για το σύνολο του πληθυσμού μας. *Αυτό είναι πολύ σημαντικό για την επιρροή στο ευρύ κοινωνικό πεδίο, όπου δεν είναι δυνατόν να διαχωρίσουμε τον πληθυσμό σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς.*

Η επιρροή στο κλινικό πεδίο, οπωσδήποτε χρειάζεται τον διαχωρισμό βάσει του επιπέδου του φόβου για τον οδοντίατρο. Η αλλαγή γνώμης όμως, με απώτερο στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς του πληθυσμού σε θέματα στοματικής υγείας, χρειάζεται την τεκμηρίωση που θα είναι αποδοτική προς όλους. Η σύγκριση των δύο πειραμάτων

αποδεικνύει την αξία του επιπέδου πρόκλησης φόβου για συγκεκριμένη στοματική νόσο, ως τρίτης ανεξάρτητης μεταβλητής, σε σχέση με την σύγκρουση γύρω από τις σχέσεις οδοντίατρου ασθενή και με ανεξάρτητες μεταβλητές μόνο την ταυτότητα της πηγής επιρροής και την ψυχολογιοποίηση.

Η σύγκριση με το πιλοτικό πρόγραμμα μας δίνει τις ακόλουθες διαφορές: Στο ΕρΠε παρατηρούμε ότι αυξάνει ο φόβος για τον οδοντίατρο στο μετατέστ, με το μήνυμα χαμηλού φόβου (ΜΙΔΑΣ Μ.Ο=12.2>10.6 $p<0.01$), ενώ η μετάδοση της γνώσης για την περιοδοντίτιδα είναι στατιστικά οριακή (ΕρΠε Μ.Ο=5.1>4.7 $p<0.07$). Αντίθετα, το μήνυμα μέτριου φόβου δεν μεταβάλλει στο μετατεστ το φόβο για τον οδοντίατρο (ΜΙΔΑΣ Μ.Ο=10.7>10.5 n.s), ενώ η μετάδοση της γνώσης για την περιοδοντίτιδα είναι στατιστικά σημαντική (ΕρΠε Μ.Ο=4.7> 4.1 $p<0.008$).

Στο πέμπτο πείραμα και με τη συνθετική παρουσίαση των αποτελεσμάτων, παρατηρούμε το μήνυμα χαμηλού φόβου να ελαττώνει τον φόβο για τον οδοντίατρο, ενώ η επιρροή γύρω από τις σχέσεις οδοντίατρου- ασθενή αυξάνει κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων. Αυτό είναι σημαντικό τόσο κλινικά, όσο και ευρύτερα κοινωνιοψυχολογικά.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα, συνυπολογίζοντας το επίπεδο του φόβου για τον οδοντίατρο ως τάση (ΜΙΔΑΣ στο προτέστ) ή ως αναφερόμενος φόβος (ΜΙΔΑΣ στο μετατεστ).

Ανάλυση και αποτελέσματα σε άτομα με διαφορετικό επίπεδο άγχους για τον οδοντίατρο

Μετά από την μελέτη του συνόλου των υποκειμένων μας, θελήσαμε να αναλύσουμε τα δεδομένα με διαχωρισμό του δείγματος των 135 καθηγητών βάσει του επιπέδου του φόβου τους για τον οδοντίατρο με το ερωτηματολόγιο ΜΙΔΑΣ, όπως έγινε και στα προηγούμενα πειράματα της διατριβής. Υπενθυμίζουμε ότι το ΜΙΔΑΣ μπορεί να πάρει τιμές από 5 έως 25. Η τιμή διαχωρισμού φοβικών–μη φοβικών είναι το δεκαοκτώ (19). Είχαμε δύο δυνατότητες: α) να ακολουθήσουμε τον κλασσικό διαχωρισμό σε οδοντιατρικά μη φοβικούς (ΜΙΔΑΣ Μ.Ο= 5-18) και σε οδοντιατρικά φοβικούς (ΜΙΔΑΣ Μ.Ο=19-25). Οι οδοντιατρικά φοβικοί αποτελούν περίπου το 11% του ενήλικου πληθυσμού (Corah, 1967. Humphris, 1995). Οι φοβικοί του δείγματος των 135 καθηγητών που χρησιμοποιήσαμε είναι μόνο δεκαπέντε (15) υποκείμενα, στο προτέστ. Ο αριθμός αυτός είναι πολύ μικρός για να κατανεμηθεί στις οκτώ πειραματικές συνθήκες. Οι μη φοβικοί, στη συνέχεια, δεν εμφανίζουν διαφορές από το σύνολο των υποκειμένων που παρουσιάσαμε ανωτέρω.

Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι ο αριθμός των φοβικών στο μετατέστ ελαττώνεται στατιστικά σημαντικά, από δεκαπέντε (15), που ήταν στο προτεστ, σε έξη άτομα (6) $X^2 = 50.233 p < 0.001$. Υπενθυμίζουμε ότι οι φοβικοί αυξάνονται όταν τα υποκείμενα απλά ενημερώνονται για τους κινδύνους και την πρόληψη της περιοδοντίτιδας, όπως είδαμε στη στάθμιση του ΕρΠε. Αντίθετα, η εμπλοκή των σχέσεων οδοντίατρου-ασθενή, η ψυχολογιοποίηση και η σύγκρουση, ελαττώνουν τον αριθμό των οδοντιατρικά φοβικών.

β) η δεύτερη επιλογή ήταν να διαχωρίσουμε το δείγμα μας σε ασθενείς, λιγότερο και περισσότερο φοβισμένους γύρω από την

οδοντιατρική πράξη (αντίστοιχα, ΜΙΔΑΣ Μ.Ο=5-12 και 13-25, Humphris, 2000). Ο διαχωρισμός θα μπορούσε να αφορά το ΜΙΔΑΣ του προτέστ, οπότε θα μιλάγαμε για *τάση προς τον φόβο* (Baron, 1992). Θα μπορούσε όμως να αφορά το ΜΙΔΑΣ του μετατέστ, οπότε θα μιλάγαμε για τον *αναφερόμενο φόβο* (Ruiter, 2001). Αυτό που παρατηρήθηκε είναι ότι τα αποτελέσματα δεν εμφάνιζαν διαφορές, είτε επρόκειτο για την τάση, είτε για τον αναφερόμενο φόβο μετά τον πειραματικό χειρισμό.

Μία δεύτερη επισήμανση είναι ότι τα περισσότερα φοβισμένα υποκείμενα (ΜΙΔΑΣ Μ.Ο=13-25 N=48), δεν ήταν αρκετά για να κατανεμηθούν στις οκτώ πειραματικές συνθήκες. Επομένως στη συνέχεια θα παρουσιαστεί η ανάλυση και τα αποτελέσματα για τα λιγότερο φοβισμένα υποκείμενα (ΜΙΔΑΣ Μ.Ο=5-12 N=87).

13.7 Αποτελέσματα για τα υποκείμενα που δεν έχουν άγχος για τον οδοντίατρο (ΜΙΔΑΣ Μ.Ο=5-12 N=87)

Το σύνολο των 87 υποκειμένων, που δεν έχουν άγχος για τον οδοντίατρο κατανέμονται στις οκτώ (8) πειραματικές συνθήκες όπως φαίνεται στον Πίνακα 13.20.

Πίνακας 13.20

Κατανομή μη φοβικών στις 8 πειραματικές συνθήκες

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	Μ.Φ.	Χ.Φ	Μ.Φ	Χ.Φ
Ψ	10	10	12	10
Μη Ψ	9	10	13	13

Στη συνέχεια θα δούμε τα αποτελέσματα ως προς την άμεση, την έμμεση, τη συνολική επιρροή και τις μεταβολές του φόβου μέσα στις πειραματικές συνθήκες, για τους οδοντιατρικά μη φοβικούς. Οι αναλύσεις έχουν γίνει με την μονοδιάστατη ανάλυση διασποράς (Anova one-way).

Πίνακας 13.21

ΑΜΕΣΗ ΕΠΙΡΡΟΗ ΜΗ ΦΟΒΙΚΩΝ (ΜΙΔΑΣ 5-12)

ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ

ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ

	Μ.Φ.	Χ.Φ	Μ.Φ	Χ.Φ
Ψ	-0.21	0.001	-0.10	0.42
Μη Ψ	0.31	-0.36	-0.001	-0.001

F(7/86)=4.741 p<0.001

0.31>-0.36 p<0.001

0.42>-0.001 p<0.001

0.31>-0.21 p<0.004

0.42>-0.10 p<0.001

Στον Πίνακα 13.21 βλέπουμε τα αποτελέσματα της άμεσης επιρροής, υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων, για οδοντιατρικά μη φοβικούς ασθενείς. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι ασκείται επιρροή από μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με το μήνυμα μέτριου φόβου (Μ.Ο=0.31), συγκριτικά με μία ψυχολογιοποιημένη μειονότητα που χρησιμοποιεί το ίδιο μήνυμα (Μ.Ο=-0.21 p<0.004) και από μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με πρόκληση χαμηλού φόβου (Μ.Ο= -0.36 p<0.001). Αλλαγή γνώμης επιτυγχάνεται επίσης από μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα πειθούς χαμηλού φόβου (Μ.Ο=0.42), συγκριτικά με μία μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με

το ίδιο μήνυμα (M.O= -0.001 $p<0.001$) και από ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με χαμηλό φόβο (M.O=-0.10 $p<0.001$). Στατιστική σημαντικότητα εμφανίζεται και μεταξύ των πειραματικών συνθηκών $F(7/86)=4.741p<0.001$.

Ακολουθούν τα αποτελέσματα της έμμεσης επιρροής

Πίνακας 13.22

ΕΜΜΕΣΗ ΕΠΙΡΡΟΗ ΜΗ ΦΟΒΙΚΩΝ

ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ

ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ

	M.Φ.	X.Φ	M.Φ	X.Φ
Ψ	0.41	0.001	0.13	0.001
Μη Ψ	-0.21	0.001	-0.11	0.001

$F(7/86)=2.245$ $p<0.039$

$0.41 > -0.21$ $p<0.001$

$0.41 > 0.13$ $p<0.001$

Από τον Πίνακα 13.22 βλέπουμε ότι στην έμμεση επιρροή, κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων, υπερισχύει η επιρροή της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας με μήνυμα πρόκλησης μέτριου φόβου (M.O=0.41). Η στατιστικά σημαντική διαφορά της προαναφερόμενης συνθήκης, αφορά την μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μήνυμα πρόκλησης μέτριου φόβου (M.O=-0.21 $p<0.02$) και την ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα πρόκλησης μέτριου φόβου (M.O=0.13 $p<0.001$). $F(7/86)=2.245$ $p<0.039$

Τα αποτελέσματα της συνολικής επιρροής

Πίνακας 13.23

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΙΡΡΟΗ ΜΗ ΦΟΒΙΚΩΝ

ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ

ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ

	Μ.Φ.	Χ.Φ	Μ.Φ	Χ.Φ
Ψ	0.001	0.20	0.001	0.21
Μη Ψ	0.10	-0.15	-0.001	-0.001
F(7/86)=2.562 p<0.02				
	0.10 > -0.15 p<0.05		0.21 > 0.001 p<0.02	
	0.20 > -0.15 p<0.03		0.21 > -0.001 p<0.004	

Στον Πίνακα 13.23 όπου εμφανίζεται η συνολική επιρροή, παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντική επιρροή ασκείται από μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μέτριο φόβο (M.O=0.10) και από ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με χαμηλό φόβο (M.O=0.20), συγκριτικά με μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μήνυμα πειθούς χαμηλού φόβου (M.O=-0.15 p<.0.05 και p<0.03, αντίστοιχα). Επιρροή μπορεί να ασκήσει και μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα πρόκλησης χαμηλού φόβου (M.O=0.21), έναντι μη ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας με μήνυμα χαμηλού φόβου (M.O=-0.001 p<0.004) και έναντι ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας με χαμηλό φόβο (M.O=0.001 p<0.02). Μεταξύ των συνθηκών, F(7/86)=2.562 p<0.02.

Στη συνέχεια θα δούμε τις μεταβολές του φόβου μέσα στις πειραματικές συνθήκες και τις συγκρίσεις μεταξύ τους. Οι δείκτες προκύπτουν από αφαίρεση του ΜΙΔΑΣ του προτεστ από το ΜΙΔΑΣ του μετατέστ Το αρνητικό πρόσημο δηλώνει ελάττωση του φόβου, ενώ το θετικό πρόσημο υποδηλώνει αύξηση του φόβου.

Πίνακας 13.24

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ
ΣΕ ΜΗ ΦΟΒΙΚΟΥΣ

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	Μ.Φ.	Χ.Φ	Μ.Φ	Χ.Φ
Ψ	0.001	0.50	-0.25	1.00
Μη Ψ	-1.00	-1.00	-0.60	-1.00

$F(7/86)=2.293$ $p<0.03$

$0.50 > -1.00$ $p<0.06$ $1 > -1.00$ $p<0.003$

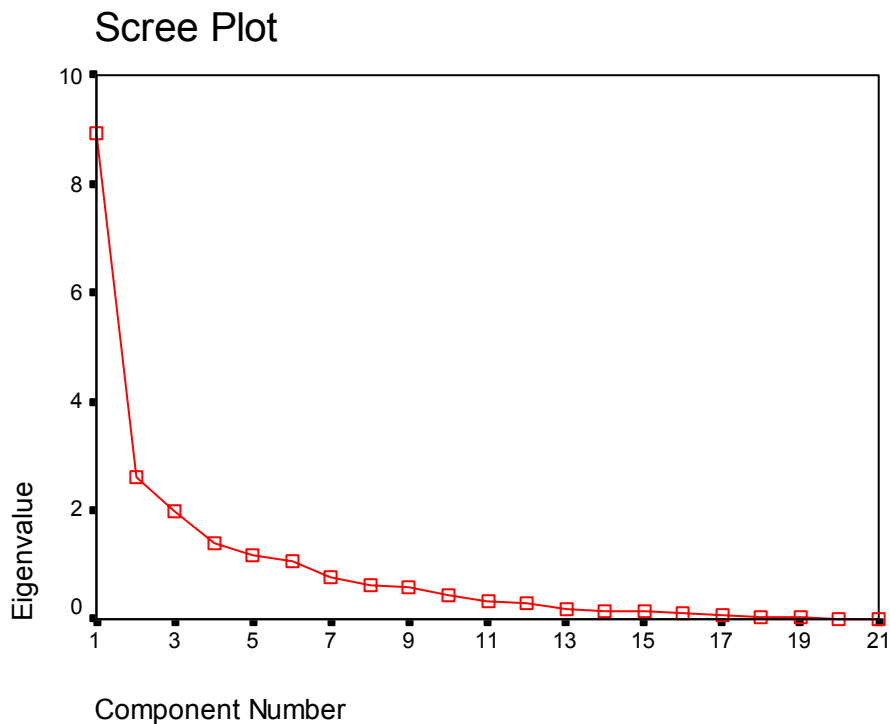
Στον Πίνακα 26 παρατηρούμε ότι στατιστικά σημαντική αύξηση του φόβου προκαλεί η ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με το μήνυμα πειθούς χαμηλού φόβου (Μ.Ο=0.50) και η ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με το μήνυμα πρόκλησης χαμηλού φόβου (Μ.Ο=1.00). Στην περίπτωση της μειονότητας, συγκεκριμένα, παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση με την μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα που απευθύνει το ίδιο μήνυμα πειθούς (Μ.Ο=-1.00 $p<0.06$). Η ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα πειθούς χαμηλού φόβου (Μ.Ο=1.00) εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά με την μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με το ίδιο μήνυμα πρόκλησης φόβου (Μ.Ο=-1.00 $p<0.003$). Οι υπόλοιπες πειραματικές συνθήκες εκτός των δύο προαναφερόμενων, προκαλούν ελάττωση του οδοντιατρικού άγχους, χωρίς στατιστικές διαφορές μεταξύ τους. Μεταξύ όλων των συνθηκών υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά $F(7/86)=2.293$ $p<0.03$.

13.8 Εικόνα της πηγής επιρροής

Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα για την αναπαράσταση που δημιουργεί η εκάστοτε πηγή επιρροής στα μη φοβικά μας υποκείμενα. Η μεθοδολογία είναι ίδια όπως έγινε για το σύνολο των πειραματικών υποκειμένων, με την ανάλυση παραγόντων του ερωτηματολογίου της εικόνας της πηγής επιρροής.

Στο διάγραμμα 4 εμφανίζεται η σχηματική αναπαράσταση των δύο παραγόντων που προκύπτουν από την ανάλυση σε κύριες συνιστώσες.

Διάγραμμα 4



Στον Πίνακα 13.25 που ακολουθεί εμφανίζονται οι δύο παράγοντες που προκύπτουν, με τις φορτίσεις, την ανάλυση διακύμανσης και την ιδιοτιμή τους. Παρουσιάζονται ακόμα οι μέσες τιμές για κάθε ένα από τα 21 ερωτήματα.

Πίνακας 13.25

Παραγοντική ανάλυση Varimax (rotated) της εικόνας της πηγής επιρροής.
Φορτίσεις – Μ.Ο - Ιδιοτιμή και % συνολικής διακύμανσης

			ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	
			Ισορροπία	Επιείκεια
Συνολικό ποσοστό ερμηνευόμενης διακύμανσης: 54.998 %				
		M.O	1	2
	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ		42.490 8.923	12.508 2.627
			Ιδιοτιμή: % διακύμανσης:	
1	επίμονοι υποχωρητικοί	2.5		0.65
2	μεροληπτικοί αμερόληπτοι	4.8	0.71	
3	ευέλικτοι άκαμπτοι	3.7		
4	αδιάφοροι ενταγμένοι	5.6	0.61	
5	αυτόνομοι αλλοτριωμένοι	3.0	-0.53	
6	αφύσικοι φυσιολογικοί	5.5	0.71	
7	προοδευτικοί συντηρητικοί	2.0	-0.82	
8	ασυνάρτητοι συγκροτημένοι	5.6	-0.74	-0.40
9	αντικειμενικοί υποκειμενικοί	3.2		0.76
10	ανεπιεικείς επιεικείς	3.8		
11	δυναμικοί παθητικοί	2.3		0.78
12	ανεξάρτητοι εξαρτημένοι	2.8	-0.79	0.45
13	ασταθείς σταθεροί	5.3	0.79	
14	ανθρωπιστές ατομιστές	2.7		0.74
15	αβέβαιοι αυτοπεποίθηση	6.0	0.77	
16	ρεαλιστές ανεδαφικοί	2.1	-0.71	
17	στενόμυαλοι ανοιχτόμυαλοι	5.6	0.79	
18	ηττοπαθείς φιλόδοξοι	5.8	0.76	
19	ελεύθεροι υποταγμένοι	2.9		0.63
20	ανισόρροποι ισορροπημένοι	5.5	0.87	
21	κομφορμιστές αντικομφορμιστ	4.8	*Φορτίσεις>0.40	

Οι δύο παράγοντες της εικόνας της πηγής

Οι αναπαραστάσεις που δημιουργούνται για την πηγή επιρροής στις πειραματικές συνθήκες, αναδύονται από την παραγοντική ανάλυση με περιστροφή τύπου varimax, όπου προκύπτουν δύο κύριοι παράγοντες που σκιαγραφούν την εικόνα της πηγής επιρροής για το σύνολο του δείγματος, όπως φάνηκε στον Πίνακα 13.25. Οι δύο παράγοντες ερμηνεύουν το 54.998% της συνολικής διακύμανσης και αφορούν αντίστοιχα, την ισορροπία και την επιείκεια της πηγής επιρροής.

Ο πρώτος παράγοντας είναι σχετικός με τη συγκρότηση και την *ψυχολογική ισορροπία* που αποδίδεται στην πηγή επιρροής. Ο πρώτος παράγοντας ερμηνεύει το 42.490% της συνολικής διακύμανσης. Τα στοιχεία που εμφανίζουν ισχυρή φόρτιση μέσα στον παράγοντα, είναι η πρόσληψη της πηγής ως αμερόληπτη (0.71), ενταγμένη (0.61), αυτόνομη (-0.53), φυσιολογική (0.71), προοδευτική (-0.82) συγκροτημένη (-0.74), ανεξάρτητη (-0.79), σταθερή (0.79), με αυτοπεποίθηση (0.77), ρεαλιστές (-0.71), ανοιχτόμυαλοι (0.79), φιλόδοξοι (0.76) και ισορροπημένοι (0.87).

Ο δεύτερος παράγοντας, ερμηνεύει το 12.508% της συνολικής διακύμανσης και οργανώνεται γύρω από τη διάσταση της *δυναμικότητας* ή για αποδοθεί καλύτερα, λαμβάνοντας υπόψη τους μέσους όρους των στοιχείων που συνθέτουν τον παράγοντα, της *ισορροπημένης ανθρωπιστικής δυναμικότητας*. Κατά πόσο, δηλαδή, η πηγή θεωρείται επίμονη (0.65), συγκροτημένη (-0.40), αντικειμενική (0.76), ανεξάρτητη (0.45), ανθρωπιστική (0.74) και αντικομοφορμιστική και ελεύθερη (0.63).

Στη συνέχεια, μελετάμε τον τρόπο που προσλαμβάνεται η πηγή επιρροής στις οκτώ πειραματικές συνθήκες που δημιουργήσαμε. Η ανάλυση διακύμανσης μας δίνει τους μέσους παραγοντικούς δείκτες, για

κάθε πειραματική συνθήκη και για κάθε έναν από τους δύο παράγοντες.
Η μελέτη μας γίνεται για τους οδοντιατρικά μη φοβικούς.

Πίνακας 13.26

Μέσοι παραγοντικοί δείκτες της εικόνας της πηγής επιρροής για τους μη φοβικούς καθηγητές Μέσης Εκπαίδευσης. Το θετικό πρόσημο παραπέμπει σε υιοθέτηση και αυξημένη πρόσληψη των παραγόντων.

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	Μ.Φ.	Χ.Φ	Μ.Φ	Χ.Φ
<u>Ισορροπία</u>				
Ψ	-0.44	0.26	0.17	0.38
Μη Ψ	0.43	-0.73	0.19	-0.49
<u>Δυναμικότητα+Ανθρωπισμός</u>				
Ψ	-0.34	-0.58	0.72	0.54
Μη Ψ	-0.51	0.45	-0.20	-0.12

Ισορροπία $F(7/86)=2.086$ $p<0.05$

0.43 > -0.44 $p<0.08$ 0.19 > -0.49 $p<0.04$

0.43 > -0.73 $p<0.02$ 0.38 > -0.49 $p<0.03$

Δυναμικότητα και ανθρωπισμός $F(7/86)=3.868$ $p<0.001$

0.72 > -0.34 $p<0.02$ 0.54 > -0.12 $p<0.01$

0.72 > -0.20 $p<0.001$

0.45 > -0.51 $p<0.04$

Στον πρώτο παράγοντα που εκφράζει τη διάσταση της ισορροπίας, εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των πειραματικών συνθηκών $F(7/86)=2.086$ $p<0.05$. Συγκεκριμένα, ως ισορροπημένη και συγκροτημένη εκλαμβάνεται η μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μήνυμα μέτριου φόβου ($M.O=0.43$), σε αντίθεση με την ίδια μειονότητα με μήνυμα χαμηλού φόβου ($M.O=-0.73$ $p<0.02$). Στον πρώτο παράγοντα η ισορροπία αποδίδεται ακόμα στην ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα, που προκαλεί χαμηλό φόβο ($M.O=0.38$) και στην μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με πρόκληση μέτριου φόβου ($M.O=0.19$). Η πρώτη διαφοροποιείται από την ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα μέτριου φόβου ($M.O=-0.49$ $p<0.04$), όπως και η δεύτερη ($M.O=-0.49$ $p<0.03$), που της αποδίδεται ανισορροπία και έλλειψη ανθρωπισμού.

Στον δεύτερο παράγοντα που εκφράζει τη διάσταση της δυναμικότητας και του ανθρωπισμού, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των οκτώ πειραματικών συνθηκών $F(7/86)=3.868$ $p<0.001$. Ειδικότερα, ως δυναμικές και ανθρωπιστικές εκλαμβάνονται οι πλειονοτικές και ψυχολογιοποιημένες πηγές επιρροής με μήνυμα μέτριου φόβου ($M.O=0.72$) και με μήνυμα χαμηλού φόβου ($M.O=0.54$). Η πρώτη διαφέρει σημαντικά από την ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μέτριο φόβο ($M.O=-0.34$ $p<0.02$) και από την μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μέτριο φόβο ($M.O=-0.20$ $p<0.001$), που εκλαμβάνονται ως παθητικές και ατομικιστικές. Η δεύτερη διαφέρει σημαντικά από την μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα, που προκαλεί μέτριο φόβο ($M.O=-0.12$ $p<0.01$), που αναπαριστώνται ως ανισόρροπες, παθητικές και ατομικιστικές. Τέλος, η μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με πρόκληση χαμηλού φόβου, ερμηνεύεται ως δραστήρια και ανθρωπιστική ($M.O=0.45$), σε αντίθεση με την μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα που προκαλεί μέτριο φόβο ($M.O=-0.51$ $p<0.04$),

13.9 Συζήτηση

Συνδυάζοντας τα αποτελέσματα της κοινωνικής επιρροής από μειονοτική ή πλειονοτική ομάδα, ψυχολογιοποιημένη ή μη και με μήνυμα πρόκλησης μέτριου ή χαμηλού φόβου, από κοινού με τα αποτελέσματα της εικόνας της πηγής και των αυξομειώσεων του φόβου, δημιουργήσαμε τον Πίνακα 13.27 που ακολουθεί. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν αναλυτικά στις προηγούμενες παραγράφους, ενώ ο Πίνακας 13.27 μας επιτρέπει τη συνοπτική τους παρουσίαση. Βλέπουμε το συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών με τα προαναφερόμενα αποτελέσματα ανά πειραματική συνθήκη. Οι αναφορές μέσα στα κελιά υποδηλώνουν στατιστικά σημαντική επιρροή στο άμεσο, το έμμεσο επίπεδο και συνολικά. Αναφέρεται η αύξηση ή η μείωση του πειραματικά χειριζόμενου φόβου, καθώς και η αναπαράσταση της πηγής επιρροής βάσει των μέσων παραγοντικών δεικτών. Με άλλα λόγια, ο Πίνακας 13.27 αποτελεί διευκολυντικό ερμηνευτικό συγκερασμό των πινάκων 13.21, 13.22, 13.23, 13.24 και 13.26. Από αυτόν τον πίνακα θα μας επιτραπεί να επιλέξουμε και να προτείνουμε θεωρητικά ένα ολοκληρωμένο μοντέλο παρέμβασης, για την αλλαγή της γνώμης των λιγότερο φοβισμένων υποκειμένων που συμμετείχαν στην έρευνα. Τη γνώμη που θα επιφέρει, πιθανόν, τη γενίκευση και την επέκταση στην αλλαγή συμπεριφοράς.

Πίνακας 13.27

Συνδυασμένα αποτελέσματα κοινωνικής επιρροής, μεταβολών του φόβου και εικόνας της πηγής, για μη φοβικούς

	ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ		ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ	
	ΜΦ	ΧΦ	ΜΦ	ΧΦ
Ψ	Εμμεση επιρρ. Αύξηση φόβου Ανισορροπία Δυναμικότητα	Συνολική επιρρ. Αύξηση φόβου Ισορροπία Δυναμικότητα	Εμμεση επιρροή Ελάττωση φόβου Επιείκεια- Δυναμικότητα	Άμεση επιρροή Συνολική επιρρ Αύξηση φόβου Ισορροπία Δυναμικότητα
Μη Ψ	Άμεση επιρροή Συνολική επιρρ. Ελάττωση φόβου Ισορροπία Δυναμικότητα	-----	-----	-----

Από τον Πίνακα 13.27 προκύπτει κατ'αρχάς ότι από τις οκτώ συνθήκες που χρησιμοποιήσαμε, στατιστική σημαντικότητα εμφανίζεται μόνο σε πέντε συνθήκες. Παρατηρούμε ότι παραμένουν λευκά τα τρία κελιά του πίνακα, που αναφέρονται στην μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα μέτριου φόβου, στην μη ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα χαμηλού φόβου και στην μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μήνυμα χαμηλού φόβου.

Όσον αφορά τα υπόλοιπα πέντε κελιά του πίνακα, παρατηρούμε ότι:

α) Έμμεση επιρροή υπέρ των οδοντιάτρων και κατά των ασθενών εμφανίζεται στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας που προκαλεί με το μήνυμά της μέτριο φόβο για την περιοδοντίτιδα. Στη συνθήκη αυτή έχουμε αύξηση του φόβου για τον οδοντίατρο, ενώ η μειονότητα εκλαμβάνεται ως μη ισορροπημένη και δυναμική. Έμμεση επιρροή ασκεί και η ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα με μήνυμα μέτριου φόβου για την περιοδοντίτιδα. Ελαττώνει το άγχος για τον οδοντίατρο και εκλαμβάνεται ως επιεικής και δυναμική.

β) Άμεση επιρροή, υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων, έχουμε σε δύο συνθήκες: Αρχικά αναφέρουμε την μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με πρόκληση μέτριου φόβου, όπου ελαττώνεται ο φόβος για τον οδοντίατρο και η πηγή εκλαμβάνεται ως ισορροπημένη, δυναμική και ανθρωπιστική. Ασκείται επίσης συνολική επιρροή. Η δεύτερη συνθήκη όπου έχουμε άμεση επιρροή, είναι αυτή της ψυχολογιοποιημένης πλειονότητας με πρόκληση χαμηλού φόβου για την περιοδοντίτιδα, όπου η ισορροπία και η δυναμικότητα που αποδίδονται στην πηγή, προκαλεί μεν άμεση επιρροή, αλλά αυξάνει τον φόβο για τον οδοντίατρο. Στην ίδια συνθήκη παρατηρείται επίσης σημαντική συνολική επιρροή.

γ) Συνολική επιρροή, εκτός από τις δύο συνθήκες που προαναφέρθηκαν, ασκείται από ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με πρόκληση χαμηλού φόβου. Ο φόβος για τον οδοντίατρο αυξάνει και η πηγή προσλαμβάνεται με όρους ισορροπίας και δυναμισμού.

Σε μία ακόμα μεγαλύτερη συνθετική αντιμετώπιση των πέντε συνθηκών που παρουσιάστηκαν προηγουμένως, πρέπει να πούμε ότι η ελάττωση του φόβου για τον οδοντίατρο είναι παράγοντας πρωταρχικής κλινικής σημασίας. Με αυτήν την έννοια φαίνεται ότι από όλες τις συνθήκες μόνο η μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με πρόκληση μέτριου φόβου, ασκεί άμεση επιρροή, ελαττώνει τον φόβο για τον

οδοντίατρο, ενώ η πηγή επιρροής εκλαμβάνεται ως ισορροπημένη και δυναμική.

Η παρούσα ανάλυση δεν μπορεί να συγκριθεί με το Πείραμα I και με την έρευνα στάθμισης του ΕρΠε. Στο πείραμα I οι οδοντιατρικά μη φοβικοί αφορούν τα άτομα με ΜΙΔΑΣ Μ.Ο=5-18, ενώ εδώ ΜΙΔΑΣ Μ.Ο=5-12. Η στάθμιση του ΕρΠε αφορά το σύνολο του πληθυσμού μας.

Αυτό που απομένει να γίνει είναι μία τελική σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ του συνόλου του δείγματός μας και των μη φοβικών. Οι συγκρίσεις θα μας δώσουν και μία έμμεση απάντηση για το τι πιθανόν συμβαίνει με τους οδοντιατρικά περισσότερο φοβισμένους.

Με άλλα λόγια, παρατηρούμε ότι το σύνολο του πειραματικού πληθυσμού αλλάζει γνώμη, ως προς την έμμεση επιρροή από μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα με μήνυμα πρόκλησης χαμηλού φόβου. Οι οδοντιατρικά μη φοβικοί αλλάζουν γνώμη ως προς την άμεση επιρροή, υπέρ των ασθενών, στη συνθήκη της μη ψυχολογιοποιημένης μειονότητας που προκαλεί μέτριο φόβο. Με άλλα λόγια, η μεθόδευση που ακολουθήσαμε και οι ανεξάρτητες μεταβλητές του γενετικού μοντέλου σε συνδυασμό με το κλασικό fear appeal, μετατρέπει τους μη φοβικούς σε μειονοκεντρικούς. Όλα τα προηγούμενα πειράματά μας απέδειξαν ότι οι μη φοβικοί είναι πλειονοκεντρικοί, ακόμα και σε λανθάνον επίπεδο (Πείραμα III), όταν ανεξάρτητες μεταβλητές είναι μόνο η ταυτότητα της πηγής επιρροής και η ψυχολογιοποίηση. Ο συνδυασμός της πρόκλησης φόβου για την ασθένεια, μπορεί να στρέψει τους μη φοβικούς προς τον μειονοτικό λόγο. Ο μειονοκεντρικός προσανατολισμός των μη φοβικών παρατηρείται και στη συνθήκη της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας με πρόκληση μέτριου φόβου για την περιοδοντίτιδα. Η ομάδα κύρους επηρεάζει υπέρ των οδοντιάτρων όταν είναι ψυχολογιοποιημένη

Μία τελευταία επισήμανση που πρέπει να γίνει είναι το έμμεσο συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι φοβισμένοι είναι μειονοκεντρικοί. Ακόμα και με την εμπλοκή του fear appeal, της πρόκλησης φόβου για τη στοματική ασθένεια, η συνεκτικότητα του μειονοκεντρικού προσανατολισμού των οδοντιατρικά φοβικών είναι παρούσα, όπως σε όλα τα πειράματα. Μπορεί να μην μελετήθηκαν οι φοβικοί, από μόνοι τους, αλλά τα αποτελέσματα του συνόλου του πληθυσμού και των μη φοβικών, παραπέμπει στο ανωτέρω συμπέρασμα, που αποτελεί πρόκληση για μελλοντική διερεύνηση.

***ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
ΣΥΓΚΕΦΑΛΑΙΩΝΟΝΤΑΣ***

Τα γενικά συμπεράσματα που μπορούν να διατυπωθούν, συγκεφαλαιώνοντας, θα μας δώσουν μία συνολική εικόνα, με στόχο το αρχικά ζητούμενο: την εφαρμογή μέσα στις ανάγκες της κοινωνικής πραγματικότητας. Στην παρούσα διατριβή, ο οδοντιατρικός χώρος σε κοινωνικό και κλινικό επίπεδο, αποτελεί τον πρωταγωνιστή του όλου εγχειρήματος.

Τα Πειράματα I, II και III, δημιουργούν τον "πυλώνα" του μειονοτικού μοντέλου κοινωνικής επιρροής για την αλλαγή γνώμης των φοβικών και μη φοβικών, οδοντιατρικά ασθενών. Την αλλαγή που βασίζεται στον μειονοτικό καινοτόμο λόγο, με τη γνωστή ισχύ της ιδεολογικής μεταστροφής. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, την επικράτηση της Πρόληψης, έναντι της Θεραπευτικής Επανόρθωσης. Η χρήση του γενετικού μοντέλου αποτελεί την καινοτομία που εισάγει η διατριβή στον χώρο. Τον χώρο όπου, μέχρι σήμερα, στηρίζεται στον "πυλώνα" των μηνυμάτων πειθούς και ιδιαίτερα με την πρόκληση φόβου για την υγεία, γνωστό ως fear appeal models. Με δεδομένο ότι η πρόκληση φόβου για την υγεία δεν έδωσε την επιθυμητή αποτελεσματικότητα, το παγκόσμια ζητούμενο είναι η συνάρθρωση της υπάρχουσας θεωρητικής τεκμηρίωσης, ώστε οι διεξαγόμενες κρατικές καμπάνιες λ.χ., να μην κατασπαταλούν πόρους χωρίς απόδοση. Με αυτό το σκεπτικό προχωρήσαμε στα Πειράματα IV & V. Στο Πείραμα IV, δημιουργήσαμε την τεκμηρίωση με συνένωση των θεωριών fear appeal, σεβόμενοι το υπάρχον επιστημονικό υπόβαθρο. Στο Πείραμα V, τέλος, γεφυρώσαμε τους δύο "πυλώνες", του μειονοτικού μοντέλου της κοινωνικής επιρροής, με αυτόν της πειθούς. Δημιουργείται έτσι ένας θεωρητικός επιστημονικός υπερσχεδιασμός, όπου η διασταύρωση, η επέκταση και η μελλοντική εφαρμογή στην πράξη, θα αποδείξει εάν έχει σιδερένια ή ξύλινα πόδια. Εάν το έδαφος της στήριξής του είναι στερεό και συμπαγές

ή σαθρό και αμμώδες. Εάν ο σχεδιασμός αποδειχτεί σωστός πιλοτικά, πρέπει να ακολουθήσει το ευκαταίο: Η αλλαγή γνώμης στο κοινωνικό πεδίο και η εισαγωγή στην κλινική εκπαίδευση των φοιτητών της Οδοντιατρικής, απαραίτητων στοιχείων της κλινικής και κοινωνικής ψυχολογίας. Εφαρμογή που θα αποτελέσει εν τέλει, την καινοτομία στην πράξη.

Όλα τα ανωτέρω θα ήταν σχετικά "εύκολα", εάν ο πληθυσμός των οδοντιατρικών ασθενών ήταν ενιαίος. Εάν ήταν ομοιογενής, πράγμα που δεν συμβαίνει. Υπάρχει ένας διαχωριστικός άξονας μέσα στον πληθυσμό μας, που απαιτεί χειρισμούς σύγκλισης, ώστε να είναι όλοι ωφελημένοι. Πρόκειται για τη διάσταση του φόβου για τον οδοντίατρο. Η ύπαρξη του φόβου ή μη, διαφοροποιεί τη συμπεριφορά των ανθρώπων και απαιτεί μοντέλα προσέγγισης στο κοινωνικό και κλινικό πεδίο, που δεν θα προκαλούν αντιστάσεις από καμία ομάδα, είτε πρόκειται για τους οδοντιατρικά φοβικούς, είτε για τους "γενναίους" της μικροχειρουργικής του στόματος. Μοντέλα που δεν θα αγνοούν, κυρίως, τους λίγους, προς όφελος των πολλών. Τους οδοντιατρικά φοβικούς (περίπου 11% του ενήλικου πληθυσμού), έναντι των πολυπληθέστερων μη φοβικών (89%). Παρατηρούμε ότι εκτός από τη συνάρθρωση των θεωρητικών μοντέλων, έπρεπε να φροντίσουμε για την αλλαγή γνώμης, από κοινού σε φοβικούς και μη φοβικούς. Ανατρέχοντας τα ερευνητικά κεφάλαια με τα αντίστοιχα πειράματα, θα διαπιστώσουμε ότι η συνάρθρωση έδωσε αποτελέσματα, τόσο με τη γεφύρωση των θεωριών, όσο και εσωτερικά του δείγματος των φοβικών και μη φοβικών οδοντιατρικά ασθενών.

Στο **πρώτο πείραμα** εμφανίζεται η μεγάλη διαφοροποίηση στην επιρροή μεταξύ οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών. Πρόκειται για πληθυσμούς με διαφορετική συμπεριφορά ως προς την αντιμετώπιση της οδοντιατρικής θεραπείας, που απαιτούν και διαφορετική προσέγγιση.

Αποδεικνύεται ότι οι φοβικοί διαφοροποιούν τις απόψεις τους ως προς τις άμεσες προτάσεις, όταν αυτές διατυπώνονται από μη καταξιωμένες ομάδες, από άτομα χαμηλού κύρους. Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων χαμηλού καθεστώτος δεν πρέπει να είναι πρόδηλα και τότε οι φοβικοί υποστηρίζουν την αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των φοιτητών της οδοντιατρικής στις τεχνικές επικοινωνίας, στη διαχείριση του άγχους των ασθενών, στην βιοηθική και την δια βίου εκπαίδευση των οδοντιάτρων. Όλα τα ανωτέρω αποτελούν τις άμεσες προτάσεις της σύγκρουσης, έναντι των έμμεσων προτάσεων, που τάσσονται ενάντια στους ασθενείς δυσχεραίνοντας το έργο των οδοντιάτρων, με τις υπερβολές, την καχυποψία και την αμφισβήτηση που υιοθετούν. Επομένως στους *οδοντιατρικά φοβικούς*, η μέση αλλαγή της γνώμης τους, είναι στατιστικά σημαντικότερη όταν η σύγκρουση εισάγεται από μία μη ψυχολογιοποιημένη μειονότητα, με άμεσα μηνύματα υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων. Παρατηρούμε, δηλαδή, αντιστροφή της υπάρχουσας θεωρίας (Παπαστάμου, 1989β), όπου η επιρροή της πλειονότητας υπερτερεί έναντι του μειονοτικού λόγου και μάλιστα σε συνθήκες ψυχολογιοποίησης. Τα αποτελέσματα όμως συμπίπτουν με αυτά των καπνιστών, όπου ως μειονότητα, επηρεάζονται από τον μειονοτικό λόγο (Falomir et al, 1996).

Οι *οδοντιατρικά μη φοβικοί* δεν διαφωνούν στο σύνολο αυτών των θέσεων και επηρεάζονται ανάλογα, αρκεί οι εισηγήσεις να προέρχονται από μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα, με άλλα λόγια, από καταξιωμένη ομάδα κύρους. Οι οδοντιατρικά φοβικοί, δηλαδή, βρίσκονται σε συμφωνία με την υπάρχουσα θεωρία (Παπαστάμου, 1989β).

Αυτό το πείραμα, υπήρξε η πρώτη απόδειξη του μειονοκεντρικού προσανατολισμού των οδοντιατρικά φοβικών, καθώς και του πλειονοκεντρικού προσανατολισμού των οδοντιατρικά μη φοβικών.

Η περαιτέρω κοινωνική διάκριση των *μη φοβικών*, ανάλογα με την ιδεολογική τους τοποθέτηση απέναντι στην πηγή επιρροής, σε *κοντινά και απομακρυσμένα υποκείμενα*, μας δίνει μία αναλυτικότερη εικόνα. Για τα ιδεολογικά *κοντινά υποκείμενα*, ισχύει αυτό που προαναφέρθηκε. Επηρεάζονται περισσότερο από μία ψυχολογιοποιημένη πλειονότητα. Ακόμα, παρατηρείται αυξημένη άμεση επιρροή της ψυχολογιοποιημένης μειονότητας, προς τα *απομακρυσμένα ιδεολογικά μη φοβικά υποκείμενα*. Προς τα άτομα, δηλαδή, που τοποθετούνται κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων, αλλά επηρεάζονται με άμεσα και αντίθετα μηνύματα, υπέρ των ασθενών και κατά των οδοντιάτρων, από την ψυχολογιοποιημένη ομάδα χαμηλού καθεστώτος. Η επιρροή ενεργοποιείται από τη δημιουργούμενη σύγκρουση και την τοποθέτηση των υποκειμένων ως εξωομάδα, που ευνοεί την ψυχολογιοποίηση.

Οι *συγκρίσεις μεταξύ φοβικών και μη φοβικών*, προβάλλουν τη βασική τους διάσταση, τη διαφορετικότητα τους, δηλαδή, ως προς την αποδοχή των μηνυμάτων, από ομάδες κύρους. Είναι οι πηγές επιρροής υψηλού καθεστώτος που γίνονται αποδεκτές από τους οδοντιατρικά μη φοβικούς. Σε αντίθεση με τους φοβικούς, που δεν επηρεάζονται από τα μηνύματά τους, έστω και αν είναι όμοια με αυτά μιας ομάδας χαμηλού καθεστώτος. Είναι το σημείο κλειδί που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση ώστε να επιτύχουμε την, από κοινού, αλλαγή γνώμης των οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών. Η δυσκολία του όλου εγχειρήματος, όπως σε κάθε κοινωνιοψυχολογικό φαινόμενο, είναι ότι δε μπορεί κανείς να απομονώσει ή να "αποστειρώσει" την πραγματικότητα. Φοβικοί και μη φοβικοί συνυπάρχουν και συνευρίσκονται, στο ιατρείο, στο σπίτι, στην εργασία, στην κοινωνία. Το ερώτημα που πλανάται είναι η ανεύρεση του τρόπου δημιουργίας ενός ενιαίου μοντέλου αντιμετώπισης και αλλαγής συμπεριφοράς των δύο πληθυσμών. Μπορεί να χρειάζεται η αλλαγή συμπεριφοράς των φοβικών, ώστε να επισκέπτονται τον

οδοντίατρο. Αλλαγή απαιτείται όμως και στους μη φοβικούς σε θέματα διατροφής, καπνιστικών συνηθειών, πρόληψης της στοματικής ασθένειας κλπ. Μπορεί να μη φοβούνται, αλλά αυτό δε σημαίνει πως υιοθετούν υγιεινές συνήθειες, πως δεν παραμελούν τη στοματική και τη γενική τους υγεία. Τα αποτελέσματα του πρώτου πειράματος, με την κοινωνική διάκριση κοντινών-απομακρυσμένων για τους μη φοβικούς, έδειξαν ότι κάποιες ομάδες τους αλλάζουν γνώμη από την μειονότητα.

Η προαναφερόμενη συλλογιστική, οδήγησε στη διενέργεια του *δεύτερου πειράματος*. Εφ'όσον αρχικός και κύριος στόχος μας είναι η αλλαγή γνώμης των οδοντιατρικά φοβικών, χωρίς να αγνοείται η συνύπαρξη των μη φοβικών, αναζητήσαμε την κατάλληλη δομή της μειονοτικής, πλέον, ομάδας, που θα απευθύνεται με επιτυχία προς όλους. Της μειονοτικής ομάδας με δημοκρατική δομή ή με ηγέτη, ψυχολογιοποιημένη ή μη. Διερευνήσαμε, επίσης, τα αποτελέσματα της εικόνας της πηγής, της αναπαράστασης που δημιουργείται, εκ μέρους των οδοντιατρικά φοβικών και των μη φοβικών, από την ταυτότητα της πηγής επιρροής. Ο ψυχολογιοποιημένος μειονοτικός ηγέτης απορροφά και αποσβένει τις βλαπτικές επιδράσεις της ψυχολογιοποίησης, που μπορεί να αποτρέψει την επιρροή της ομάδας του (Παπαστάμου, 1989γ). Γίνεται το φίλτρο της κάθαρσης, μέσα από το οποίο βγαίνει αλώβητος και εποικοδομητικός ο μειονοτικός λόγος.

Τα αποτελέσματα βεβαιώνουν ότι *ο ψυχολογιοποιημένος ηγέτης ενεργής μειονότητας*, όντως, αποτελεί κύρια συνθήκη που μπορεί να επηρεάσει από κοινού, τους *οδοντιατρικά περισσότερο φοβικούς και τους μη φοβικούς*, αλλάζοντας τις απόψεις τους, εφόσον αρχικά εμφανίζονται απομακρυσμένοι με τις θέσεις της πηγής επιρροής.

Τα ιδεολογικά κοντινά περισσότερο φοβικά υποκείμενα επηρεάζονται από την ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική μειονότητα με την άμεση επιχειρηματολογία, προσλαμβάνοντάς την ως άκαμπτη.

Τα ιδεολογικά κοντινά και μη φοβικά υποκείμενα επηρεάζονται από την ψυχολογιοποιημένη δημοκρατική ομάδα με την έμμεση επιχειρηματολογία, κατά των ασθενών και υπέρ των οδοντιάτρων, ενώ την προσλαμβάνουν ως αντικομοφορμιστική.

Στο σημείο αυτό παρατηρούμε ότι απαιτείται περαιτέρω συνθετική αντιμετώπιση που θα ενοποιεί το κοινωνικό πεδίο, ώστε το μήνυμα να απευθύνεται εποικοδομητικά προς όλους, χωρίς να "θυσιάζεται" καμία ομάδα. κατά την κοινωνική επιρροή.

Στο **τρίτο πείραμα** μελετήθηκε η αλλαγή της μέσης τιμής του φόβου και του αριθμού, οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών, καθώς και η σύγκριση θεωρητικής, στατιστικής και ατομικής (κλινικής) εγκυρότητας. Το τρίτο πείραμα ακολούθησε την ίδια μεθοδολογία με το πρώτο πείραμα, με τη διαφορά ότι εξαρτημένη μεταβλητή δεν ήταν ο δείκτης της κοινωνικής επιρροής, αλλά ο δείκτης μεταβολής του φόβου μεταξύ του προ και του μετατέστ, καθώς και η μεταβολή του αριθμού φοβικών και μη φοβικών από τον πειραματικό χειρισμό. Εάν στο πρώτο πείραμα αποδείχτηκε ο μειονοκεντρικός προσανατολισμός των οδοντιατρικά φοβικών και ο πλειονοκεντρισμός των μη φοβικών, στο τρίτο πείραμα, είδαμε να ελαττώνεται ο φόβος των υποκειμένων μας στις ίδιες συνθήκες που ασκείται επιρροή. Παράλληλα είδαμε να ελαττώνεται ο αριθμός των φοβικών και να αυξάνει ο αριθμός των μη φοβικών στις ίδιες συνθήκες. Αυτό μας επιτρέπει να διατυπώσουμε την ταύτιση της θεωρητικής, της στατιστικής και της κλινικής εγκυρότητας. Ανατέμνοντας τετράκις τον πειραματικό μας πληθυσμό, μπορέσαμε να κατανοήσουμε τη σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών του πειραματικού χειρισμού, στην αυξομείωση του φόβου, αλλά και του αριθμού των υποκειμένων μας. Είδαμε ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο στάθμισης του οδοντιατρικού άγχους, το ΜΙΔΑΣ, του οποίου οι μετρήσεις είναι σταθερές μέσα στο χρόνο, να μεταβάλλεται

ποικιλότητα, ανάλογα με την πειραματική συνθήκη. Η αλλαγή γνώμης με το μειονοτικό μοντέλο της κοινωνικής επιρροής, ελαττώνει το φόβο στις συνθήκες που αυτό επιτυγχάνεται.

Το *ερωτηματολόγιο των άρρητων θεωριών της κοινωνικής επιρροής*, στην τέταρτη ενότητα του ερευνητικού μέρους, έδειξε ότι και οι δύο ομάδες των υποκειμένων μας, εμφανίζονται να έχουν μειονοκεντρικό προσανατολισμό. Τόσο οι *οδοντιατρικά φοβικοί*, όσο και οι *μη φοβικοί*, τάσσονται ρηματικά, με την πλευρά των καινοτόμων μειονοτικών ομάδων, που εισηγούνται την κοινωνική αλλαγή. Δέχονται ότι η στήριξη της πλειοψηφίας σηματοδοτεί τις διαδικασίες εξάρτησης και συμβάλλει στην ακλόνητη παγίωση κατεστημένων αξιών. Διαφωνούν στο σύνολό τους ότι, η στήριξη των πλειοψηφιών εξασφαλίζει τη σταθερότητα, την αποφυγή κυρώσεων και το χαρακτηρισμό των οπαδών τους, ως ψυχολογικά παρεκκλίνοντες.

Παρατηρούμε ότι *φοβικοί και μη φοβικοί*, στη ρηματική τους τοποθέτηση, απορρίπτουν την ψυχολογιοποίηση σε συσχέτιση με τις μειονοτικές ιδέες, ενώ την υιοθετούν για τις πλειονοτικές, βάσει του ειδικού ερωτηματολογίου στο οποίο απάντησαν (Παπαστάμου, Προδρομίτης, 2003). Είναι κατηγορηματικοί ότι η απόρριψη των πλειονοτικών θέσεων μπορεί να τους εντάξει στους εξωπραγματικούς οραματιστές. Εκφράζονται ξεκάθαρα ότι η μειονοτική υποστήριξη υποδηλώνει ανεξαρτησία και αυτοδιάθεση

Όλα τα προαναφερόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να είναι, ως ένα σημείο, αναμενόμενα, δεδομένου ότι το δείγμα μας αποτελείται από φοιτητές. Θα ήταν συμβατό, οι νεαρές ηλικίες να τοποθετούνται υπέρ της καινοτομίας και της κοινωνικής αλλαγής. Τα αποτελέσματα των πειραμάτων όμως, είναι διαφορετικά. Αποδεικνύουν, χωρίς την ρηματική τοποθέτηση των υποκειμένων, τον *μειονοκεντρισμό των οδοντιατρικά φοβικών* και αντίστοιχα τον *πλειονοκεντρικό προσανατολισμό των μη*

φοβικών. Δείχνουν από πού επηρεάζεται η κάθε ομάδα. Από ποιας ιδεολογικοκοινωνικής προέλευσης άτομα μπορούν να μεταβάλλουν τη συμπεριφορά τους σε θέματα σχέσεων οδοντίατρου ασθενή. Καταθέτουν πειραματικά την προτίμησή τους, που αποκαλύπτει την προδιάθεσή τους να πράξουν και ανάλογα, σε δεδομένη και κατάλληλη στιγμή.

Όλα τα ανωτέρω και κυρίως τα διαρθρωμένα αποτελέσματα του Πειράματος I, με αυτά του ειδικού ερωτηματολόγιου μειονοκεντρισμού-πλειονοκεντρισμού, μας επιτρέπουν να ορίσουμε τη *συνεκτικότητα των οδοντιατρικά φοβικών* και, από την άλλη μεριά, τον *λανθάνοντα πλειονοκεντρισμό των οδοντιατρικά μη φοβικών*.

Οι φοβικοί είναι σταθεροί και συνεκτικοί τόσο στον πειραματικό χειρισμό, όσο και στις κατά δήλωση τοποθετήσεις τους. Πιθανότατα θα πράξουν και ανάλογα, σε δεδομένη ευκαιρία. Αντίθετα, οι οδοντιατρικά μη φοβικοί εμφανίζουν λανθάνουσες, υποβόσκουσες τάσεις πλειονοκεντρισμού. Θα μιλήσουν, στην πλειοψηφία τους, για προοδευτικά σχήματα, αλλά στην κρίσιμη στιγμή υπάρχει πιθανότητα να επιλέξουν τη σιγουριά και την ασφάλεια της γνωστής και καταξιωμένης νόρμας. Τουλάχιστον αυτό μαρτυρά ο λεπτός και μη πρόδηλος πειραματικός χειρισμός.

Μέχρις εδώ, ***επιγραμματικά και συνοπτικά***, μπορούμε να πούμε ότι: ***Στο ευρύ κοινωνικό πεδίο***, ο ψυχολογιοποιημένος ή μη ηγέτης της μειονότητας των μεταπτυχιακών φοιτητών της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής, μπορεί να αλλάξει τη γνώμη των οδοντιατρικά φοβικών και μη φοβικών ασθενών, δηλαδή όλου του πληθυσμού, σε θέματα πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης της στοματικής ασθένειας. Η ευεργετική κοινωνιογνωστική σύγκρουση θα ενεργοποιηθεί με την εισήγηση στην εκπαίδευση των οδοντιάτρων, στις επικοινωνιακές δεξιότητες, το χειρισμό του άγχους του ασθενή, τη

βιοηθική, την επαγγελματική δεοντολογία και τη δια βίου εκπαίδευση. Πρέπει ακόμα να προβληθούν τα ειδικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ηγέτη, στις διαστάσεις της ισορροπίας, της ανεξαρτησίας, της σταθερότητας, της ευελιξίας και του αντικομφορμισμού, προκειμένου να ενεργοποιηθεί η ψυχολογιοποίηση. Η ανωτέρω δομή της ταυτότητα της πηγής επιρροής, συνεπικουρούμενη από τη σύγκρουση και την ψυχολογιοποίηση, μπορεί να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα στην επιρροή του πληθυσμού στόχου.

Στο στενότερο κλινικό πεδίο, ο κάθε οδοντίατρος θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένος στην απόκτηση όλων των ανωτέρω δεξιοτήτων και στην καλλιέργεια αποδεκτής ηγετικής φυσιογνωμίας, στον επαγγελματικό του χώρο. Πρέπει να εκπαιδευτεί έτσι ώστε, να μπορεί να προβάλλει τα ιδεολογικο-ψυχολογικά του χαρακτηριστικά, δημιουργώντας το προφίλ του σύγχρονου οδοντίατρου, εισάγοντας και ενεργοποιώντας, παράλληλα, την κοινωνιογνωστική σύγκρουση. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορεί να επηρεάσει όλους τους ασθενείς του, φοβικούς και μη φοβικούς. Θα είναι σε θέση να μεταβάλλει τη γνώμη των μη φοβικών, χωρίς την υιοθέτηση εικόνας αυθεντίας - κύρους, στην οποία οι ασθενείς ενδίδουν, αλλά σύντομα επανέρχονται στις παλαιές τους συνήθειες.

Η ανωτέρω μεθοδολογία και στα δύο πεδία θα σεβαστεί, θα πείσει και θα μεταστρέψει τους φοβικούς, μόνιμα αγνοημένους και αθέατους μέσα στην πλειοψηφία των μη φοβικών, μέσα στη συνήθη μεθοδολογία επιρροής των ομάδων υψηλού καθεστώτος ή των οδοντιάτρων με περισπούδαστο ύφος. Η συνήθης μεθόδευση υπενθύμισης του μηνύματος, δημιουργεί ασθενείς – “παπαγάλους”. Γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν, αλλά δεν προχωρούν στη γενίκευση, στην οικειοποίηση και εφαρμογή των μηνυμάτων. Η θεωρία της *διάζευξης*, μπορεί να αποσυνδέσει το μήνυμα από την πηγή επιρροής, κάνοντας τους φοβικούς

και μη φοβικούς οδοντιατρικούς ασθενείς να το υιοθετήσουν και να το εφαρμόσουν, ως δικό τους πλέον. Είναι οι καινοτόμες και ενεργές μειονότητες χαμηλού κύρους, που μπορούν να επιτύχουν τη διάξευξη και στη συνέχεια την επιθυμητή ιδεολογική μεταστροφή σε θέματα στοματικής υγείας και πρόληψης.

Εντούτοις, η κοινωνική πραγματικότητα απαιτούσε τη διεξαγωγή των πειραμάτων IV & V. Κανένας ασθενής δεν πλησιάζει έναν οδοντίατρο απλά και μόνο για τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων. Όλα αποσκοπούν στη σωστή θεραπεία και ακόμα καλλίτερα, στην Πρόληψη. Οι καλές σχέσεις οδοντίατρου – ασθενή είναι το βασικό προαπαιτούμενο, αλλά πιθανότατα, όχι αρκετό για την αλλαγή συμπεριφοράς του ασθενή σε κλινικά θέματα. Το ίδιο ισχύει και για την μεμονωμένη επιστημονική πληροφόρηση γύρω από την στοματική ασθένεια και την πρόληψή της. Από μόνη της δεν οδηγεί σε αλλαγή γνώμης και κυρίως σε αλλαγή συμπεριφοράς. Στα τελευταία πειράματα μελετήσαμε την από κοινού επενέργεια των σχέσεων που εισηγούνται από μειονότητα ή πλειονότητα, ψυχολογιοποιημένη ή μη και την επιστημονική πληροφορία – πρόληψη, για την περιοδοντίτιδα. Είδαμε να εκπληρώνεται ο αρχικός στόχος. Η δημιουργία ενός ενιαίου μοντέλου που αλλάζει τη γνώμη, από κοινού, σε φοβικούς και μη φοβικούς ασθενείς. Ενός μοντέλου που συνενώνει τους θεωρητικούς “πυλώνες” του γενετικού μοντέλου με τα ενοποιημένα μοντέλα πειθούς και πρόκλησης φόβου για την υγεία.

Στα προηγούμενα πειράματα για να επιτύχουμε την επιρροή με το συγκρουσιακό γενετικό μοντέλο και με ανεξάρτητες μεταβλητές την ταυτότητα της πηγής επιρροής και την ψυχολογιοποίηση, έπρεπε να διαχωρίσουμε τους πληθυσμούς μας σε οδοντιατρικά φοβικούς και μη φοβικούς. Στα τελευταία πειράματα, αυτό δεν είναι απαραίτητο. Επηρεάζεται το σύνολο του πειραματικού πληθυσμού και μάλιστα από τον μειονοτικό καινοτόμο λόγο. Όταν, από επιλογή, μελετήσαμε

ανεξάρτητα τους μη φοβικούς, προέκυψε ότι η συνένωση των θεωρητικών μοντέλων πέτυχε τον *μειονοκεντρικό προσανατολισμό* των μη φοβικών, πράγμα που δεν παρατηρήθηκε στα προηγούμενα πειράματα, με εξαίρεση τον ψυχολογιοποιημένο ηγέτη μειονότητας σε θέματα σχέσεων οδοντίατρου-ασθενή.

Πρέπει, επίσης, να επισημανθεί το *θεωρητικό εύρημα*, κλινικό και κοινωνιοψυχολογικό, που αποκαλύφθηκε με το *ενιαίο μοντέλο πειθούς* που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα.. Πρόκειται για την επίδραση της ψυχολογιοποίησης ή της στροφής της προσοχής προς το περιεχόμενο του μηνύματος, με αντίστοιχη αύξηση ή ελάττωση του φόβου για τον οδοντίατρο, με ότι αυτό μπορεί να αποδειχτεί ότι συνεπάγεται στην ποιότητα της επιρροής που ασκείται.

Συνοψίζοντας επομένως, μπορούμε να πούμε ότι: το μειονοτικό μοντέλο της κοινωνικής επιρροής *μαζί* με την κατάλληλη χρήση των μοντέλων πειθούς πρόκλησης Μέτριου ή Χαμηλού Φόβου για την υγεία (fear appeal), οδηγεί στην ενοποίηση του κοινωνικού πεδίου και στην αλλαγή γνώμης στο σύνολο του πληθυσμού. Απαιτείται εντούτοις, η ενδεδειγμένη μελέτη των οδοντιατρικά φοβικών με το ενοποιημένο μοντέλο.

Όλα τα ανωτέρω τεκμηριώθηκαν στο θεωρητικό επίπεδο της αλλαγής γνώμης. Η περαιτέρω έρευνα και η κλινική τεκμηρίωση στην αλλαγή συμπεριφοράς και τη μόνιμη μεταστροφή συνηθειών με διάρκεια, θα δικαιώσει και θα εξουσιοδοτήσει το νεωτερικό σχήμα της μελλοντικής εφαρμογής, στο κλινικό και το ευρύ κοινωνικό πεδίο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανασούλη, Θεσσαλία (1997). *Σημειώσεις Κοινωνικής Οδοντιατρικής*.
- Αλεβίζος, Β., Λιάκος Α., Τρίκκας Γ. (1981). Το Eysenck Personality Inventory EPI στον ελληνικό πληθυσμό. *Εγκέφαλος 18: 1-5*.
- Αλεξόπουλος, Δ. (1998). *Ψυχομετρία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αντωννάκη, Σ. (2004). *Ο φόβος του πόνου στην οδοντιατρική θεραπευτική σχέση*. Διδακτορική διατριβή. ΕΚΠΑ, Τμήμα Επικοινωνίας και ΜΜΕ. Τομέας Ψυχολογίας της Επικοινωνίας, Επικοινωνιακών Πρακτικών και Σχεδιασμού.
- Αντωνίου, Σ. (2001). Η διαπολιτισμική διάσταση στην Κοινωνική Ψυχολογία. Στο Σ. Παπαστάμου *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία τόμος Α΄* σελ. 289-328. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αράβου, Σ. (2001). *Η συμβολή των συμπεριφορικών επιστημών στη βελτίωση των σχέσεων οδοντίατρου – ασθενή*. Αθήνα: Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, ΕΚΠΑ, ΟΔΟ, τομέας Κοινωνικής Οδοντιατρικής.
- Αράβου, Σ. (2005). *Ο έρωτας αντίστιξη στον φόβο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αρχοντάκη, Λ. Αικ. (1994). *Εργασιακοί παράγοντες που προκαλούν στρες στον οδοντίατρο*. Διδακτορική Διατριβή. Οδοντιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Αθηνών, Τομέας Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Εργαστήριο Προληπτικής Οδοντιατρικής.
- Αποστολόπουλος, Ξ.Α. (1996). *Προληπτική Οδοντιατρική*, σελ. 111-116. Αθήνα: Συμμετρία.
- Αφεντουλίδη Ν., Βελονάκης Μ. (1997). Το επαγγελματικό στρες του οδοντίατρου. *Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά 41: 20-23*.
- Βάρσου, Ε., Τρίκκας, Γ. (2001). *EAT-26, ερωτηματολόγιο συνηθειών διατροφής* Διδακτορική διατριβή. Ιατρική Σχολή Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Βασιλάκη, Ε., Τριλίβα, Σ., Μπεζεβέγκης, Η. (2001). *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Γεώργας, Δ. (1995). *Κοινωνική Ψυχολογία Τόμος Α&Β*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Γναρδέλης, Χ. (2003). *Εφαρμοσμένη Στατιστική*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Δημητρίου, Ευάγγελος (1986). Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας EPQ στάθμιση στον ελληνικό πληθυσμό, ενήλικο και παιδικό. *Εγκέφαλος 23: 41-54*.
- Καλπάκογλου, Θ. (1997). *Άγχος και Πανικός*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Κανελλοπούλου, Β. (2000). *Ψυχαναλυτική θεώρηση του πόνου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καστοριάδης, Κ. (1986). *Καιρός*. Αθήνα: Ύψιλον/ Βιβλία.
- Κατερέλος, Γ.Δ. (1999). *Θεωρία και Πράξη στην Εκπαιδευτική Σχέση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κατερέλος, Ι.Δ. (2001). Η συνέντευξη και το ερωτηματολόγιο. Στο Σ. Παπαστάμου *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία τόμος Α' σελ. 433-475*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κομπόλη-Κοντοβαζαινίτη, Μ. Πανής, Β (1996). Αντιμετώπιση και θεραπεία περιοδοντικών ασθενών με γενικά νοσήματα. *Περιοδοντολογικά Ανάλεκτα 7: 90-106*.
- Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Μαμάη-Χωματά, Ε. (2007). *Κοινωνική Οδοντιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Κωλέτση-Κουνάρη Χ., Μαμάη-Χωματά, Ε., Έξαρχος, Π. (2000). Γνώσεις και στάση Ελληνίδων μητέρων για τη στοματική υγεία. *Παιδοδοντία, 14:199-207*
- Λιάκος, Α., Γιαννίτση, Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος 21, 71-76*.
- Μακράκης, Β. (2001). *Ανάλυση Δεδομένων στην Επιστημονική Έρευνα με τη χρήση του SPSS*. Αθήνα: Gutenberg.
- Μαλούτας, Θ. (2000) (επιμέλεια). *Οι Πόλεις. Κοινωνικός και Οικονομικός Άτλας της Ελλάδας. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών ΕΚΚΕ*. Αθήνα-Βόλος: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Μαντόγλου, Α. (1995). *Η εξέγερση του Πολυτεχνείου*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Μαντόγλου, Α., Προδρομίτης Γ. (2001). Το πείραμα στην κοινωνική ψυχολογία. Στο Σ. Παπαστάμου *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία τόμος Α' σελ. 495-537*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μέλλον, Ρ. (2005) *Η ανάλυση της συμπεριφοράς*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα..
- Μήτσης, Φ. (1990). *Περιοδοντολογία, α' τόμος*. σελ.131. Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσας.
- Μούτσος, Β. (1999). Επαγγελματικό Στρες: Αιτίες, πρόληψη και συνέπειες στον οδοντίατρο. *Στόμα 27: 227-237*.
- Μπέργκερ, Πήτερ (1983). *Πρόσκληση στην Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Μπουκουμάνη.
- Μπουλουγούρης, Γ. (1997). *Φοβίες και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ντώνιας, Σ., Δεμερτζής, Ι. (1983). Ανίχνευση της κατάθλιψης σε τυχαίο μικτό ψυχιατρικό πληθυσμό με την κλίμακα Beck. *Πρακτ. 10ου Πανελ. Συνεδρ. Νευρολ. & Ψυχιατρ.*, τ. Ι, σελ. 479-485, Θεσ/νίκη.
- Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας SCL-90 σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική 2: 42-48*.

- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., (1997): *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαμιχαήλ, Γ. (2007): *Πολιτικές ανεπάρκειες και κοινωνικές ψευδαισθήσεις στα ζητήματα της Παιδείας*. Αθήνα: Antilogos.
- Παπαστάμου, Σ. (1989γ). *Ψυχολογιοποίηση*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Παπαστάμου, Σ. (1979). Η κοινωνική επιρροή των μειονοτήτων: για μια διασύνδεση των επιπέδων ανάλυσης στην κοινωνική ψυχολογία, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 36-37, 284-299.
- Παπαστάμου, Σ. (1989α). *Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Παπαστάμου, Σ. (1989β). *Κοινωνική Επιρροή*. Αθήνα: Οδυσσέας. Παπαστάμου, Σ. (2000). Κοινωνική ψυχολογία και ιδεολογία. Στο Σ. Παπαστάμου (Επιμ.), *Η Κοινωνική Ψυχολογία στο Κατώφλι του 21ου Αιώνα: η ελληνική πραγματικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαστάμου, Σ. (1999). Πρόλογος. Στο Γ. Δ. Κατερέλος, *θεωρία και Πράξη στην Εκπαιδευτική Σχέση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Παπαστάμου, Σ. (2000) (Επιμ.). *Η Κοινωνική Ψυχολογία στο Κατώφλι του 21ου Αιώνα: η ελληνική πραγματικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Παπαστάμου, Σ. (2001) (Επιμ.). *Κοινωνική Ψυχολογία και Ιδεολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαστάμου, Σ. (2001). *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία τόμος Α΄*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαστάμου, Σ. Προδρομίτης Γ. (2003). *Τρομοκρατία και Εξουσία Ο αντίλογος της συνεκτικότητας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαστάμου, Σ., & Κατερέλος, Γ. (2001). *Η εκπαιδευτική μεταρρύθμιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαστάμου, Σ., & Μιούνυ, Γκ. (1983). *Μειονότητες και Εξουσία*. Αθήνα: Αλέτρι (δεύτερη έκδοση: Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2001).
- Παπαστάμου, Στάμος & Μαντόγλου, Άννα (1995). *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις* σελ. 13-20. Οδυσσέας: Αθήνα.
- Παπαστάμου, Στάμος (1989α). *Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας* σελ. 35-38. Αθήνα.: Οδυσσέας
- ΟΣΑ- Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής (1998). *Έρευνα για τον υπερκορεσμό του οδοντιατρικού κλάδου στην Ελλάδα και στην Αθήνα*
- Ποταμιάνος, Γρ. (1995) (επιμέλεια): *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα.: Ελληνικά Γράμματα

- Προδρομίτης, Γ. (1996). *Συνθήκες ανάδυσης του είδους συμπεριφοράς και του είδους διαπραγματεύσεως ως στρατηγικών μειονοτικής επιρροής*. Διδακτορική Διατριβή Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
- Ρήγα, Α.-Β. (1992). Ψυχόγραμμα. Στο *Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ρήγα, Α.-Β. (2001). Μεθοδολογικός τριγωνισμός ή τριπλή προσέγγιση στην κοινωνική έρευνα πεδίου και στην έρευνα αξιολόγησης. Στο Σ. Παπαστάμου *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία τόμος Α'* σελ. 539-580. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σαββάκη, Ελένη (1997). *Οι Παράλληλοι Εαυτοί μας. Λογική σκέψη και διαίσθηση, συνείδηση χωρίς ομιλία. Ενοποίηση μέσω του ομιλούντος εαυτού*, σελ. 82, 83. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
- Σακαλάκη, Μ. (1984). *Κοινωνικές ιεραρχίες και σύστημα αξιών. Ιδεολογικές δομές στο νεοελληνικό μυθιστόρημα (1900-1980)*. Αθήνα: Κέδρος.
- Σακαλάκη, Μ. (1994α). *Η απάτη στην ελληνική αρχαϊκή εποχή. Μια ψυχοκοινωνιολογική προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις του Εικοστού Πρώτου.
- Σακαλάκη, Μ. (2001). Η ανάλυση περιεχομένου. Στο Σ. Παπαστάμου *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία τόμος Α'* σελ. 477-493. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. σελ. 87- 103, 40-66. Οδοντιατρική Αθηνών.
- Σταλίκας, Α., Μπούτρη, Α. (2004). *Το συναίσθημα στην Ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Στεφανής, Κ. (1990). *Μαθήματα Ψυχιατρικής με στοιχεία Ψυχολογίας*. Αθήνα.
- Στεφανής, Κ. και συν (1990). *Θέματα Ψυχιατρικής. Ψυχοσωματικές παθήσεις*. Αθήνα.
- Τζωρτζάκης Ν., Μάμαλης, Α., Σιλβέστρος, Σ., Κουτσιλιέρης, Μ. (2006). Ορμόνες του φύλου και περιοδοντική νόσος. *Οδοντοστοματολογική Πρόοδος* 60(3):329-339
- Τριχόπουλος Δ. (1982). *Επιδημιολογία*. Αθήνα: Γρ. Παρισιάνος
- Τριχόπουλος, Δ., Καλαποθάκη, Β., Πετρίδου, Ε. (2000). *Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία*. Αθήνα: Ιατρικές εκδ. Ζητα.
- Τσάμη, Α., Γκιζάνη, Σ., Πεπελάση, Ε., Κομπόλη, Μ., (2004). Στοματική υγιεινή και περιοδοντική νόσος: Γνώση, στάση και συμπεριφορά των μητέρων στα παιδιά τους σε σχέση με την πηγή ενημέρωσής τους. *Παιδοδοντία*, 18:7-22
- Τσάμη, Α., Πεπελάση, Ε., Κουτσοχρήστου, Β., Κομπόλη, Μ. (2006). Γνώση, στάση και συμπεριφορά των περιοδοντικά θεραπευμένων ασθενών στη φάση διατήρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος. *Οδοντοστοματολογική πρόοδος*, 60(3), 306-328

- Aartman, I.H.A., de Jongh, A. Makkes, P.C. and Hoogstraten J. (1999). Treatment modalities in a dental fear clinic and the relation with general psychopathology and oral health variables. *Br. Dent. J.* 186:467- 471.
- Abrahamsson, K.H., Berggren, U., Carlsson, S. (2000). Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. *Acta Odontol Scand*; 58: 37-43.
- Abrams, D., Hogg, M.A (eds). (1990). *Social identity theory*. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.
- Abrieu, J.C. (1989). L'étude expérimentale des représentations sociales. Στο D. Jodelet (Ed), *Représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Abrieu, J.C. (1993). Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social Representations*, 2(2), 75-78.
- Adams, J.S. (1963). Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 422-436.
- Adams, J.S. (1965). Inequity in social exchange. Στο L. Berkowitz (Ed), *Advances in Experimental Social Psychology*, 2. New York: Academic Press.
- Adorno T.W., Frenkel-Brunswik E., Levinson D.J. & Sanford R.N. (1950). *The Authoritarian personality*, New York, Harper.
- Aebischer, V., Hewstone, M. & Henderson, M. (1984). «Minority influence And musical preference: innovation by conversion not coercion», *European Journal of Social Psychology*, 14, 23-33.
- Allen, V.L. & Levine, J.M. (1971). «Social support And conformity: The role of independent Assessment of reality», *Journal of Experimental Social Psychology*, 7, 48-58.
- Allen, V.L. (1975). Social support for nonconformity. In Berkowitz L. (ed.), *Advances in experimental social psychology* VII. New York: Academic Press.
- Allen, M. / Preiss, R.W.(1990). “Using meta-analysis to evaluate curriculum: An examination of selected college textbooks”. *Communication Education*, 38, 103-116.
- Allport, G. (1924). *Social psychology*, Boston, Mass: Houghton, Mifflin.
- American Psychological Association (1982). *Ethical principles in the conduct of research with human participants*. Washington: American Psychological Association.
- Asch, S.E. (1951). «Effects of group pressure upon the modification And distortion of judgment, in H. Guetzkow (Ed.), *Groups, leadership And men*. Pittsburgh: Carnegie Press.
- Asch, S.E. (1952). *Social psychology*, N.J: Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

- Auerbach, S., Kendall, P., Cuttle, H. (1976). Anxiety, locus of control, type of preparatory information and adjustment to dental surgery. *J Consult Clin Psychol.* 44: 809-818.
- Ayer, W., Domoto, P., Gale, E., Joy, E., Melamed, B. (1983). Overcoming dental fear: strategies for its prevention and management. *JADA* 107:18- 27.
- Baird, J., Harder, K. (2000). The psychophysics of imagery. *Perception & Psychophysics* 62(1): 113-126.
- Bandura, A. (1977): “ Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change.” *Psychological review*, 84, 191-215
- Barsby, M. (1997). The control of hyperventilation in the management of gagging. *Br Dent J* 182(3): 109-11.
- Beauvois, J.-L (1984). *La psychologie quotidienne*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Beauvois, J.-L. (1994). De la facilitation sociale aux relations humaines. Στο G. Mugny, D. Oberle, & J.-L. Beauvois (Eds), *Relations humaines, groupes et influence sociale*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Beauvois, J.-L., & Dubois, N. (1988). The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of Social Psychology*, 18, 299-316.
- Berggren U., Carlsson S., Hakeberg M., Hagglin Cath., Samsonowitz V. (1997). Assessment of patients with phobic dental anxiety *Acta Odontol Scand* 55: 217-222.
- Berggren, U., Carlsson, S.G., Gustafsson, J., Hakeberg, M. (1995). Factor analysis and reduction of a Fear Survey Schedule among dental phobic patients. *Eur J Oral Sci* 103: 331- 338.
- Billig, M. (1982). *Ideology and Social Psychology*. Oxford: Basil Blackwell.
- Boorin, Martin (1995). Anxiety. Its manifestation and role in the dental patient. *Dental Clinics of North America* 39(3): 523-539.
- Boster, F./ Mongeau, P.(1984). “Fear-arousing persuasive messages”. In Bostrom R. (Ed.): *Communication year-book* 8. Beverly Hills, Ca: Sage publications, pp. 330-337.
- Bourdieu, P. (1973). *L'opinion publique n'existe pas*, Temps modernes, 29, 318, 1292-1309
- Bourdieu, P. (2000). *Πρακτικοί λόγοι για τη θεωρία της δράσης*. Αθήνα: Πλέθρον.
- Brand, S.H., Gortzak, R., Abraham-Inpijn, L. (1995). Anxiety and heart rate correlation prior to dental checkup. *Int Dent J* 45: 347-351.
- Brand, S.H., Gortzak, R., Palmer-Bouva, C.C.R., Abraham, R., Abraham Inpijn, L. (1995). Cardiovascular and neuroendocrine responses during acute stress induced by different types of dental treatments. *Int Dent J* 45: 45-48.

- Breakwell, G. Barnett, J. (2003). The significance of uncertainty and conflict: developing a social psychological theory of risk communications. *New Review of Social Psychology*, 2(1), 107-114
- Brehm, J.W. (1966). *A theory of psychological reactance*. Academic Press, New York.
- Brunsvold, M. Nair, P. Gates, T. (1999) Chief complaints of patients seeking treatment for periodontitis. *JADA* 130, 359- 364.
- Buchs, C. Butera, F. (2001). Complementarity of information and quality of relationship in cooperative learning. *Social Psychology of Education*, 4, 335-357
- Buchs, C. Butera, F. (2004). Socio-cognitive conflict and the role of student interaction in learning. *New Review of Social Psychology*, 3(1-2), 80-87
- Buchs, C. Butera, F. Mugny, G. (2004). Resource interdependence, student interactions and performance in cooperative learning. *Educational Psychology*, 24(3), 291-314
- Buchs, C. Butera, F. Mugny, G. Darnon, C. (2004). Conflict elaboration and cognitive outcomes. *Theory into Practice*, 43(1), 23-30. *Special issue on "Conflict resolution and peer mediation"*.
- Burns, J. Williams, L. (1995). A survey to determine the knowledge of military members about the hazards of tobacco use and a resulting tobacco-hazard education project. *J Cancer Educ* 10: 37-40
- Butera, F. Mugny, G. (2001) Conflicts and social influences in hypothesis testing. In C.K.W. de Dreu, N.K. de Vries (Eds). *Group consensus and minority influence: implications for innovation*. Oxford, Blackwell, 160-182
- Butera, F., & Mugny, G. (1995). Conflict between incompetences and influence of a low-expertise source in hypothesis testing. *European Journal of Social Psychology*, 25.
- Butera, F., & Pérez, J. A. (1995). Les modèles explicatifs de l'influence sociale. Στο G. Mugny, D. Oberle, & J.L Beauvois (Eds), *Relations humaines, groupes et influence sociale*, σ. 203-224. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Butera, F., Legrenzi, P., Mugny, G. (1996). Από τη μίμηση στην επικύρωση: Μελέτες πάνω στο συλλογισμό. Στο *Η Θεωρία της Επεξεργασίας της Σύγκρουσης*. Σελ.117-141. Pérez J.A., Mugny G. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Butera, F., Mugny, G. (2001). *Social Influence in Social Reality-promoting individual and social change*. Switzerland: Hogrefe & Huber publishers.
- Buttke, T., Proffit, W. (1999). Referring adult patients for orthodontic treatment. *JADA* 130: 73-79.

- Bzga - Federal Centre for Health Education – *Federal Ministry of Health (2000)*. Cologne, Germany.
- Campbell, D.T. (1957). Factors relevant to validity of experiments in social settings. *Psychological Bulletin*, 54, 297-312.
- Campbell, H. Sletten, M. Petty, T. (1999) Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *JADA*: 130 219-226.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, NY: Basic Books
- Chaiken, S. (1987). The heuristic model of persuasion. In Zanna M.P., Olson J.M., Herman C.P. (Eds), *Social influence: The Ontario Symposium (vol 5)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Chestnutt, I. Binnie, V. (1995) Smoking cessation counselling-a role for the dental profession? *Br Dent J* 179: 411-415
- Chinese Culture Connection (1987). Chinese values and the search for culture-free dimensions of culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18, 143-164.
- Cho, H. Witte, K. (2005): Managing fear in public health campaigns: a theory-based formative evaluation process. *Health Promot. Pract* 6(4) 482-90
- Cialdini, R.B. (1987). <<Compliance principles of compliance professionals: psychologists of necessity>> In Zanna M.P., Olson J.M., Herman C.P. (Eds), *Social influence: The Ontario Symposium (vol 5)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Corah, N., O'Shea, R., Bissel, G., Thines, T., Mendola, P. (1978). The dentist-patient relationship: perceived dentist behaviors that reduce patient anxiety and increase satisfaction. *JADA* 116: 73-76.
- Corah, Norman (1969). Development of a Dental Anxiety Scale *Journal of Dental Research* 43: 496.
- Darnon, C. Buchs, C. Butera, F. (2002). Epistemic and relational conflicts in sharing identical vs- complementary information during cooperative learning. *Swiss Journal of Psychology*, 61(3), 139-151
- Davis, E.E., Triandis, H.C. (1989a). An explanatory study of intercultural negotiations. Urbana Group effectiveness laboratory: Technical report No 26, 1965. Στο Παπαστάμου Σ. *Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- De Jongh, A., Bongaarts, G., Vermeul, I., Visser, K., De Vos, P., Makkes, P. (1998). Blood – injury- injection phobia and dental phobia *Behaviour Research and Therapy* 36: 971-982.
- De Jongh, A., Ter Horst, G. (1995). Dutch student's dental anxiety and occurrence of thoughts related to treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 23: 170-172.

- De Jongh, A., Ter Horst, G. (1995). Dutch student's dental anxiety and occurrence of thoughts related to treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 23: 170-172.
- Deconchy, J. P. (1999). Psychologie sociale des processus idéologiques. Στο J. L. Beauvois, N. Dubois, & W. Doise (Eds), *La construction sociale de la personne*, σ. 113-128. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Deconchy, J.P. (1971). *L' orthodoxie religieuse, essai de logique psychosociale*. Paris: Editions Ouvrieres.
- Deconchy, J.P. (1971). *L'Orthodoxie religieuse, Essai de logique psychosociale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Deconchy, J.-P. (1973). Systèmes de croyances et comportements orthodoxes. *La Recherche*, 4, 35-42.
- Deconchy, J.P. (1980). *Orthodoxie religieuse et sciences humaines*, La Haye : Mouton.
- Deconchy, J.P. (1981). Laboratory Experimentation and Social Field Experimentation: An Ambiguous Distinction. *European Journal of Social Psychology*, 11, 4, 323-347.
- Deconchy, J.P. (1989). *Psychologie Sociale, Croyances et Ideologies*. Paris: Meridiens Klincksieck.
- Deconchy, J.P. (1991). Mécanismes idéologiques et représentations ideographiques. Essai de recherche expérimentale. Στο V. Aebischer, J.P. Deconchy, & E.M. Lipiansky (Eds), *Idéologies et représentations sociales*, σ. 205-206. Cousset: DelVal.
- Deconchy, J.P. (1996). Psychologie sociale, autoritarisme, démocratisation: un manque ou un surplus d'outillage. *Hermes*, 19, 135-148.
- Deconchy, J.P. (2003). *Τα υπέρ φύσιν ζώα. Το νοητικό οικοδόμημα της ανθρώπινης ιδιαιτερότητας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Delors, J. (Ed.) (1996). *L'éducation. Un trésor est caché dedans*. Paris: Odile Jacob
- Derogatis, L., Lipman, R., Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 9:13-28.
- Deschamps, J.C., & Doise, W. (1978). Crossed category membership in intergroup relations. Στο H. Tajfel H. (Ed), *Differentiation between social groups: studies in the social psychology of intergroup relations*. London: Academic Press.
- Dess, Nancy, Edelman, David (1998). The bitter with the sweet: The taste/stress/temperament nexus. *Biological Psychology* 48: 103-119.
- Deutsch, M., & Gerard, H.B. (1955). A Study of normative and informational social influence upon individual judgment. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 629-636.

- Doerr, P., Lang, P., Nyquist L., Ronis, D. (1998). Factors associated with dental anxiety. *JADA* 129: 1111-1119.
- Doise W., Mugny G. (1987). *Η κοινωνική ανάπτυξη της νοημοσύνης*. επ. Παπαμιχαήλ, Γ. Αθήνα: Πατάκης.
- Doise, W. (1969). Jugement collectif et prise de risque des petits groupes. *Psychologie Française*, 14, 87-96.
- Doise, W. (1969). Strategies de jeu à l'interieur et entre des groupes de nationalités différentes. *Bulletin du Centre d'Etudes et des Recherches Psychologiques*, 18, 13-26.
- Doise, W. (1972). Rencontres et représentations intergroupes. *Archives de Psychologie*, 41, 303-320.
- Doise, W. (1973). La structuration cognitive des décisions individuelles et collectives d'adultes et d'enfants. *Revue de Psychologie et des Sciences de l'Education*, 8, 133-146.
- Doise, W. (1976). *L'articulation psychosociologique et les relations entre groupes*. Bruxelles: De Boeck.
- Doise, W. (1978). Images, representations, ideologies et experimentation psychosociologique. *Social Science Information*, 17, 41-69.
- Doise, W. (1979). *Expériences entre groupes*. Paris: Mouton.
- Doise, W. (1980). Levels of explanation. *European Journal of Social Psychology*, 10, 213-231.
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Paris: Presses Univcrsitaires de France.
- Doise, W. (1990). Les représentations sociales. Στο R. Ghiglione, C. Bonet, & J.-F. Richard (Eds), *Traité de Psychologie Cognitive, vol. 3 Cognition, représentation, communication*. Paris: Dunod.
- Doise, W. (1993). *Logiques sociales dans le raisonnement*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Doise, W., Deschamps, J.-C., & Mugny, G. (1978) (Eds). *Psychologie sociale experimental*. Paris: Armand Colin.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N.E., Mowrer, O.H., Sears R.R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Dollard, J. Miller, N.E. (1950). *Personality and Psychotherapy*. New York, NY: McCraw-Hill.

- Doms, M. & Van Avermaet, E. (1980). «Majority influence, minority influence And conversion behavior: A replication», *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 283-292.
- Doms, M. & Van Avermaet, E. (1980a). Majority influence, minority influence and conversion effect: a replication, *Journal of experimental social psychology*, 16, 283-292.
- Doms, M. (1983). «The minority influence effect: An Alternative Approach», in W. Doise & S. Moscovici (Eds.), *Current issues in European social psychology* (Vol. 1). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dong, Jin-Keun, Jin, Tai-Ho, Cho Hye-Won, Oh Sang-Chun (1999). The esthetics of the smile. A review of some recent studies. *The International Journal of Prosthodontics* 12 (1): 9-19.
- Durkheim, E. (1968). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Economou GC. (2003). Dental anxiety and personality: investigating the relationship between dental anxiety and self- consciousness. *J Dent Educ*.67 (9), 970-80.
- Eagly, A.H., & Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Attitudes*. San Diego, CA: Harcourt - Brace - Jovanovich.
- Ekanayake, L., Dharmawardena, D. (2003). Dental anxiety in patients seeking care at the University Dental Hospital in Sri Lanka. *Community Dental Health*, 20, 112-116.
- Falomir, J., Tomei, A. (2001). A social influence contribution to the understanding of smoking cessation: smoker identity and influence relationships. Στο Butera,F., Mugny,G (κεφάλαιο 8,σελ. 125-142). *Social Influence in Social Reality-promoting individual and. social change*. Switzerland: Hogrefe & Huber publishers.
- Falomir, J.M., Mugny, G., Perez, J. A., (1996). Διαδικασία αλλαγής και κάπνισμα. Στο Η *Θεωρία της Επεξεργασίας της Σύγκρουσης*. Σελ.220-247. Pérez J.A., Mugny G. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Faucheux, C. & Moscovici, S. (1967). «Le style de comportement d'une minorité et son influence sur les réponses d'une majorité, *Bulletin du Centre d' Etudes et de Recherches Psychologiques*, 16, 337-360.
- Faucheux, C. (1976). Cross-cultural research in experimental social psychology. *European Journal of Social Psychology*, 6, 269-322.
- Festinger, L. (1953). «An Analysis of compliant behavior», in M. Sherif & M.O. Wilson (Eds), *Group relations at the crossroads*, New York, Harper & Bros.

- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, IL: Row-Peterson.
- Firat, D., Tunk, EP., Sar, V. (2005). Dental anxiety among adults in Turkey. *The Journal of Contemporary Dental Practice* 7(3) 1-8
- Fox, Elaine (1989). Repressive coping style and anxiety in stressful dental surgery. *Br J Med Psychol* 62: 371- 380.
- Freeman, R. (1998). A psychodynamic theory for dental phobia. *Br Dent J* 184(4): 170-172.
- Freeman, R., Main, J., Burke, F. (1995). Occupational stress and dentistry: theory and practice Part II Assessment and control. *Br Dent J*; 178: 218-222.
- Freeman, Ruth (1999). A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction *Br Dent J* 186 (10): 503-506.
- Freeman, Ruth (1999). Reflections on professional and lay perspectives of the dentist-patient interaction. *Br Dent J* 186 (11) 546 – 549.
- Freeman, Ruth (1999). The case for mother in the surgery. *Br Dent J* 186: 610-613.
- Freeman, Ruth (1999). The common-sense approach. *Br Dent J* 186(9): 450-452.
- Freeman, Ruth. (1999). Communicating effectively: some practical suggestions *Br Dent J* 187(5) 240-244.
- Friedlander, A., Friedlander Kreinik, I., Yagiela, J., Spencer, E. (1993). Dental management of the child and adolescent with major depression. *J Dent Child* 60:125- 131.
- Furnham, A., & Procter, E. (1992). Sphere-specific just world beliefs and attitudes to Aids. *Human Relations*, 45, 265-290.
- Fyer, A., Mannuzza, S., Chapman, T., Liebowitz, M., Klein, D. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 50: 286-293.
- Giddens, Anthony (1993). *Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Girdler, N., Rynn, D., Lyne, J., Wilson, K. (2000). A prospective randomized controlled study of patient-controlled propofol sedation in phobic dental patients. *Anaesthesia* 55:327-333.
- Goleman, Daniel (1998). *Η συναισθηματική νοημοσύνη*. Αθήνα.: Ελληνικά Γράμματα.
- Gordon, B.F. (1966). «Influence And social comparison As motives for Affiliation», *Journal of Experimental Social Psychology*, 1, 55-65.
- Gough, H.G. (1960). The adjective check list as a personality assessment research technique, *Psychological reports*, 6, 107-122.
- Green, R., Humphris, G., Lindsay, S., Mellor, K., Sidebotham, B. (1997). Psychiatric distress, pain and fear in patients in general dental practice. *Community Dent Oral Epidemiol*; 25:187-8.

- Greenberg, J. (1986). Determinants of perceived fairness of performance evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 71, 340-342.
- Greenwald, A.G. (1968). Cognitive learning, cognitive response to persuasion and attitude change. In Greenwald A., Brock T., Ostrom T.M. *Psychological foundations of attitudes*. New York: Academic Press.
- Grembowski, David (1997). The role of health services in the renaissance of the dental profession. *J Dent Educ*. 61(1): 10-15.
- Griffiths, H., Wilson, M., Kinsey, J. (1998). Anxiety levels, patient satisfaction and failed appointment rate in anxious patients referred by general practitioners to a dental hospital unit. *Br Dent J* 185: 134-136.
- Gruder, C.L., Cook, T.D., Hennigan, K.M., Flay, B.R., Alessis, C. & Halamaj, J. (1978). «Empirical tests of the Absolute sleeper effect predicted from the discounting cue hypothesis», *Journal of Personality And Social Psychology*, 36, 1061-1074.
- Guillon, M., Personnaz, B., (1983). Analyse de la dynamique des représentations au cours d' une interaction d' influence avec une minorité et une majorité. *Cahiers de Psychologie Cognitive*. 3, 65-87.
- Guimelli, C. (1999). *La pensée sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Harris, M.B., James, J., Chavez, J., Fuller, M.L., Kent, S., Massanari, C., Walsh, F. (1983). Clothing, communication, compliance and choice. *Journal of Applied Social Psychology*. 88-97.
- Harvey, O.J. & Consalvi, C. (1960). «Status And conformity to pressure in informal groups», *Journal of Abnormal And Social Psychology*, 60, 182-187.
- Hasegawa, T., Facd, Jr., Welie, M. (1998). Role of codes of ethics in oral health care: *J Amer College Dent* 65(3): 12-14.
- Hastings, G. Stead, M. Webb, J. (2004): Fear appeals in social marketing: Strategic and ethical reasons for concern. *Psychology Marketing*, 21(11), 961-986
- Haugejorden. O .and Klock, K. S. (2000). Avoidance of dental visits; the predictive validity of three dental anxiety scales. *Acta Odontol Scand*, 58:255-259
- Hayes, N. (1998). Εισαγωγή στην Ψυχολογία, Α΄ και Β΄ τόμος. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Heiden L., Hersen M. (1997). *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Heider, F. (1946). Attitudes and cognitive organization. *Journal of Psychology*, 21, 107-112.

- Helvetius, C.A. (2001). *De l'Homme et ses facultés intellectuelles et de son éducation 1773*. London: Société Typographique. Στο Σ. Παπαστάμου *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία τόμος Α΄*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Herzlich, C. (1995). Κοινωνική αναπαράσταση της υγείας και της ασθένειας και η δυναμική τους στο κοινωνικό πεδίο. Στάμος Παπαστάμου & Άννα Μαντόγλου: *Κοινωνικές Αναπαράστασεις* σελ. 163-176. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Herzlich, C. (1995). Κοινωνική αναπαράσταση της υγείας και της ασθένειας και η δυναμική τους στο κοινωνικό πεδίο. Στάμος Παπαστάμου & Άννα Μαντόγλου: *Κοινωνικές Αναπαράστασεις* σελ. 163-176. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Hirsch, B., Levine, B., Tiber, N. (1973). Effects of dentist authoritarianism on patient evaluation of dentures. *J Prosthet Dent* 30: 745-748.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Hogg, M.A. (1992). *The social psychology of group cohesiveness: From attraction to social identity*. New York, London: Harvester Wheatsheaf..
- Hollander, E.P. (1959). «Some points of reinterpretation regarding social conformity», *Sociological Review*, 7, 159-168.
- Hollander, E.P. (1960). «Competence And conformity in the Acceptance of influence», *Journal of Abnormal And Social Psychology*, 61, 360- 365.
- Hollander, E.P. (1977). Leadership and social exchange processes. In Gergen K.J., Greenberg M.S. & Willis R.H. (eds.), *Social exchange theory*. Wiley: New York.
- Hollander, E.P. (1989β). «Conformity, status And idiosyncrasy credit», *Psychological Review*, 1958, 65, 117-127. Στο Σ. Παπαστάμου. *Κοινωνική Επιρροή* σελ. 142. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Howitt, D., Dunkan, C. (2002). *Στατιστική με το SPSS 10 για Windows*. Αθήνα: Κλειδάριθμος
- Hovland, C.I., & Weiss, R. (1951). The influence of source credibility on communication effectiveness. *Public Opinion Quarterly*, 15, 635-650.
- Hovland, C.I., Janis, I.L, & Kelley, H.H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven: Yale University Press.
- Hovland, C.I., Lumsdaine, A.A., & Sheffield, F.D. (1949). *Experiments on mass communication*. Princeton: Princeton University Press.
- Humphris, G., Cooper, C. (1998). New stressors for GDPs in the past ten years: a qualitative study. *Br Dent J* 185: 404-406.

- Humphris, G., Lilley, J., Karney, S., Broomfield, D. (1997). Burnout and stress-related factors among junior staff of three dental hospital specialties. *Br Dent J*. 183(1): 15-21.
- Humphris, G., Ling, M., (2000). *Behavioural sciences for dentistry*. China: Churchill Livingstone.
- Humphris, G.M., Ling, M. (1995). The development of a behavioural science course into the dental curriculum at Liverpool dental school. *Br Dent J* 179: 293-299.
- Jackson, C., Lindsay, S. (1995). Reducing anxiety in new dental patients by means of leaflets. *Br Dent J* 179: 163-167.
- Jahoda, G. (1982). *Psychology and Anthropology: A psychological perspective*. London: Academic Press.
- Janis, I.L.(1967). "Effects of fear arousal on attitude change. Recent developments in theory and experimental research." In Berkowitz L.(Ed): *Advances in experimental social psychology (vol.3)*. New York, NY: Academic Press.pp. 166-224
- Janis, I.L./ Felbach,S.(1953). "Effects of fear arousing communications". *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 78-92
- Jenner E.A. Jones F. Fletcher B.C. Miller L.J. Scott G.M. (2005). Hand hygiene posters: selling the message. *Hosp. Infect.* 59(2), 77-82
- Jodelet, D. (1995). Τρελοί και τρέλα σε μια αγροτική περιοχή της Γαλλίας. Μια μονογραφική προσέγγιση. Στάμος Παπαστάμου & Άννα Μαντόγλου. *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις* σελ 198-222. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Jones, Z.W. Sinclair, R.C. Rhodes, R.E. Corneya, K.S. (2004): Promoting exercise behaviour: an integration of persuasion theories and the theory of planned behaviour. *Br J Health Psychol*, 9(4): 505-521
- Kaakko, T., Milgrom, P., Coldwell, S.E., Getz T., Weinstein, P., Ramsay, D.S. (1998). Dental fear among university employees: implications for dental education. *Br Dent J* 62(6): 415-20.
- Kapferer, J.N. (1978). *Les chemins de la persuasion*. Paris: Gauthier-Villars.
- Keller, P.A. (1999): Converting the unconverted: the effect of inclination and opportunity to discount health-related fear appeals. *J Appl Psychol*.84(3), 403-415
- Kelley, H.H. (1967). *Attribution theory in social psychology*. In Levine L. (ed.), Nebraska Symposium Motivation. University of Nebraska Press, Lincoln.
- Kelman, H.C. & Hovland, C.I. (1953). «"Reinstatement" of the communicator in delayed measurement of opinion change», *Journal of Abnormal And Social Psychology*, 327-335.

- Kelman, H.C. (1958). «Compliance, identification And internalization, three processes of Attitude change», *Journal of Conflict Resolution*, 2, 51-60.
- Kent, G., Croucher, R. (1998). *Achieving Oral Health: The social context of dental care*. 3rd edition Oxford: Wright.
- Kent, G., Rubi, G., Getz, T., Humphris, G. (1996). Development of a scale to measure the social and psychological effects of severe dental anxiety: social attributes of the Dental Anxiety Scale. *Community Dent Oral Epidemiol* 24: 394-7.
- Kent, Gerry (1999). Dental Phobias. in Davey Graham's *PHOBIAS*. Sussex, Brighton: John Wiley and sons.
- Kerry, C., Hazell, T., Stanbridge, V., Sanson-Fisher, R. (1999). Dentists attitudes and practice regarding smoking. *Australian Dental Journal* 44(1): 46-50.
- Kvale, G., Berg, E., Randal, M. (1998). The ability of Corah's DAS and Spielberger's STAI to distinguish between fearful and regular Norwegian dental patients. *Acta Odontol Scand* 56: 105-109.
- Kevin, M. S. Willis, S.K. Ashida, S. Westman, J. (2003): Use of fear appeal techniques in the design of tailored cancer risk communication messages: implications for health care providers. *Journal of Clinical Oncology*, 21(17), 3375-3376
- Kruglanski, A.W. Sleeth-Keppler, D. Erb, H.P. Pierro, A. Mannetti, L. Fishbach, A. Spiegel, S. (2002). All you need is one: the persuasion unimodel and it's dual-mode alternatives. *New Review of Social Psychology*, 1(1), 62-71
- Kulich, K.R., Ryden, O., Bengtsson, H. (1998). A descriptive study of how dentists view their profession and the doctor –patient relationship *Acta Odontol Scand* 56: 206-209.
- Kwan, S.Y., Williams, S.A. (1998). Attitudes of Chinese people obtaining dental care in the UK. *Br Dent J* 185(4): 188-91.
- Lacroix, J. (1972). *Le personnalisme comme anti-idéologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lahti, S., Tuutti, H., Hause H., Kaariaien, R. (1996). Patients expectations of an ideal dentist and their views concerning the dentist they visited: do the views conform to the expectations and what determines how well they conform? *Community Dent Oral Epidemiol* 24:240-4.
- Lahti, S., Tuutti, H., Hause, H., Kaariaaen, R. (1995). Comparison of ideal and actual behavior of patients and dentists during dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 23: 374-8.

- Lahti, S., Tuutti, H., Kaariaien, R. (1995). Opinions of different subgroups of dentists and patients about the ideal dentist and the ideal patient. *Community Dent Oral Epidemiol* 23: 89-94.
- Lahti, S., Verkasalo, M., Hausen, H., Tuutti, H. (1996). Ideal role behaviours as seen by dentists and patients themselves and by their role partners: do they differ ? *Community Dent Oral Epidemiol*. 24: 245-8.
- Laor, Nath., Wolmer, L., Wiener, Z., Weizman, R., Toren, P., Ron, S. (1999). Image control and symptom expression in posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 187: 673-679.
- Laswell, H.D. (1948). The structure and function of communication in society. In Bryson, L (Ed.): *The communication of ideas*. New York, NY:Harper \$Row, pp. 37-51
- Latané, B. & Wolf, S. (1981). «The social impact of majorities And minorities», *Psychological Review*, 88, 438-453.
- Laurent, A. (1994). *L'individualisme méthodologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Le Bon, G. (1895). *La psychologie des foules*. Paris: Alcan.
- Le Bon, G. (1998). *Πολιτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ζήτρος.
- Lemaine, G. (1974). Social differentiation and social originality. *European Journal of Social Psychology*, 4, 17-52.
- Lerner, M.J. (1971). Justice, guilt, and veridical perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20, 127-135.
- Lerner, M.J. (1980). *The Belief in a Just World. A Fundamental Delusion*. New York: Plenum.
- Leventhal, H. (1970).”Findings in theory in the studies of fear communications” In: Berkowitz L.(Ed): *Advances in experimental social psychology* (vol.5). New York, NY: Academic Press.pp. 119-186
- Leventhal, H. / Safer, M.A. / Panagis, D. M. (1983): “ The impact of communications on the self-regulation of health beliefs, decisions and behaviour” *Health Education Quarterly*, 10, 3-29
- Levine, J.M. (1980). «Reaction to opinion deviance in small groups», in P. Paulus (Ed.), *Psychology of group influence*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Levine, R.A. & Campbell, D.T. (1972). *Ethnocentrism: theories of conflict, ethnic Attitudes And groups behavior*. London: Wiley.
- Lewin, K. (1947). *Frontiers in group dynamic*. Human Relations, 1,1, 2-38.

- Lewin, K. (1947). Group decision and social change. Στο T.M. Newcomb, & E.L. Hartley (Eds), *Readings in social psychology*. New York: Henry Holt.
- Lewin, K., Lippitt, R., & White, R.K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created "social climates". *Journal of Social Psychology*, 10, 271-299.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients*. London: Croom Helm.
- Leyens, J.P. (1996). *Είμαστε όλοι ψυχολόγοι*; Αθήνα: Πατάκης.
- Liddell, A., Locker, D. (1997). Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol* 25(4): 314-318.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140.
- Lipiansky, E. M. (1991). Représentations sociales et idéologies. Analyse conceptuelle. Στο V. Aebischer, J.-P. Deconchy, & E. M. Lipiansky (Eds), *Idéologies et représentations sociales*. Gousset: DelVal.
- Litt, M.D. (1996). A model of pain and anxiety associated with acute stressors: distress in dental procedures. *Beh Res Ther* 34: 459-476.
- Locker, D. (1996). Work stress, job satisfaction and emotional well-being among Canadian dental assistants. *Community Dent Oral Epidemiol* 24: 133-7.
- Locker, D., Liddell, A., Dempster, L., Shapiro, D. (1999). Age of onset of dental anxiety *J-Dent- Res.* 78(3): 790-6.
- Locker, D., Liddell, A., Shapiro, D. (1999). Diagnostic categories of dental anxiety. *Beh Res Ther* 37: 25-37.
- Locker, D., Shapiro, D., Liddell, A. (1996). Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 24: 346-50.
- Long, M.A. (1995). A study of dental anxiety in a Belfast population (abst) *J Ir Dent Assoc.* 41(1): 2-5.
- Maass, A. & Clark, R.D. (1983). «III Internalization versus compliance: Differential processes underlying minority influence And conformity», *European Journal of Social Psychology*, 13, 197-215.
- Maass, A., & Clark, R.D. (1984). «III The hidden impact of minorities: Fourteen years of minority influence research», *Psychological Bulletin*, 95, 428-450.
- Maass, A., & Clark, R.D. (1984). The hidden impact of minorities: fourteen years of minority influence research. *Psychological Bulletin*, 95, 428-450.
- MacGuire W.J. (1968 β). 'Personality and attitude change: An information processing theory' In Greenwald, A.G./Brook, T.C./ Ostrom, T.M. (Eds): *Psychological foundations of attitude*. New York, NY: Academic Press. pp. 171-196

- MacGuire W.J. (1978). "An informational-processing model of advertising effectiveness" In: Davis, H/ Silk, A. J. (Eds). *Behavioral and management science in marketing*. New York, NY: Wiley
- MacGuire, W.J. (1968α). "Personality and susceptibility to social influence" In Borgata, e.f. / Lambert, W. W. (Eds): *Handbook of personality theory and research*. Chicago: Rand McNally, pp. 1130-1180
- MacRae, S. (1996). Μοντέλα και Μέθοδοι για τις Επιστήμες της Συμπεριφοράς. Στο *Πειραματικός Σχεδιασμός και Μέθοδοι Έρευνας 2* (επιμέλεια Θ. Βελλή). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Madianos, M., Tomaras, V., Kapsali, A., Vaidakis, N., Vlachonicolis, J., Stefanis, C. (1988). Psychiatric case identification in two Athenian Communities: estimation of the probable prevalence. *Acta Psychiatr Scand*: 78: 24-31.
- Maggi, J., Mugny, G., Pérez, J.A. (1996). Η σύγκρουση ως στρατηγική επικοινωνίας και επιρροής. Στο Pérez J.A., Mugny G. *Η θεωρία της επεξεργασίας της σύγκρουσης* σελ 248-269. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Marbach, J. (1996). Orofacial phantom pain: theory and phenomenology *JADA* 127:221-229.
- Marques, J. M. (1990). The black sheep effect: Out-group homogeneity in social comparison settings. In Abrams D. & Hogg M.A. *Social identity theory*. London: Harvester Wheatsheal.
- Mavreas, V., Beis A., Mouyias, A., Rigoni, F., Lyketsos, G. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in Athens. *Soc Psychiatry* 21: 172-181.
- McCaul, K.D. Hockemeyer, J.R. Johnson, R.J. Zetocha, K. Quinlan, K. (2006): Motivation to quit using cigarettes. *Addict Behav.* 31(1):42-56.
- McGuire, W.J. (1964). «Inducing resistance to persuasion», in L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, New York, Academic Press.
- McGuire, W.J. (1969). «The nature of Attitudes And Attitude change», in G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology*, Vol. 3, 2nd ed., Reading, Mass., Addison-Wesley.
- Mellon, R. (1999), Oversight: Radical behaviorism and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Intergration*. 8, 123-146
- Mellon, R. (2000). A Greek language inventory of fears: Psychometric properties and factor structure of self reports of fears on the Hellenic Fear Survey Schedule. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment* 22,123-140

- Mellon, R., Koliadis, EA., Paraskevopoulos, T. (2004). Normative development of fears in Greece: Self reports on the Hellenic Fear Survey Schedule for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 233-254
- Milgram, S. (1974). *Obedience to authority*. New York, Harper and Row, London: Tavistock.
- Milgrom, P., Coldwell, S., Getz, T., Weinstein, P., Ramsay, D. (1997). Four dimensions of fear of dental injections *JADA* 128: 756-762.
- Milgrom, P., Weinstein, P., Tracy, G. (1995). *Treating Fearful Dental Patients. A Patient Management Handbook* (sec. edition), introduction & pp 14, 96-99, 198-210. Seattle: University of Washington Seattle.
- Miller, C., Dembo, J., Falace, D., Kaplan, A., Lexington, Ky. (1995). Salivary cortisol response to dental treatment of varying stress. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 79: 436-41.
- Monteiro da Silva, Newman, H.N., Oakley, D.A., O' Leary, R. (1998). Psychosocial factors, dental plaque levels and smoking in periodontitis patients. *J Clin Period.* 25: 517-523.
- Moore, R., Brodsgaard, I. (1995). Differential diagnosis of odontophobic patients using the DSM – IV(abst). *Eur J Oral Sci.* 103(2(Pt 1): 121-6.
- Moore, R., Brodsgaard, I., Mao, T.K., Kwan, H.W., Shiau, Y.Y., Knudsen, R. (1996). Fear of injections and report of negative behavior among Caucasian American and Taiwanese adults from dental school clinics. *Community Dent Oral Epidemiol* 24(4):292-5.
- Moscovici, S. & Faucheux, C. (1972). «Social influence, conformity bias, And the study of Active minorities», in L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.
- Moscovici, S. & Lage, E. (1976). «Studies in social influence III: majority versus minority influence in A group», *European Journal of Social Psychology*, 6, 149-174.
- Moscovici, S. & Lage, E. (1978). «Studies in social influence IV: minority influence in A context of original judgments», *European Journal of Social Psychology*, 8, 349-365.
- Moscovici, S. & Nemeth, C. (1974). «Social influence II: minority influence», in C. Nemeth (Ed.), *Social psychology: classic And contemporary integrations*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Moscovici, S. & Nève, P. (1971). «Studies in social influence I: Those Absents Are in the right: convergence And polarization of Answers in the course of social interaction», *European Journal of Social Psychology*, 1, 201-214.

- Moscovici, S. & Nève, P. (1971). «Studies in social influence I: Those Absents Are in right: convergence And polarization of Answers in the course of social interaction», *European Journal of Social Psychology*, 1, 201-214.
- Moscovici, S. & Personnaz, B. (1980). «Studies in social influence V: minority influence And conversion behavior in A perceptual task», *Journal of Experimental Social Psychology*. 16, 270- 282.
- Moscovici, S. & Personnaz, B. (1986). «Studies on latent influence using spectrometer method I: Psychologization effect upon conversion by A minority And A majority», *European Journal of Social Psychology*, 16, 345- 360.
- Moscovici, S. & Ricateau, P. (1972). «Conformité, minorité et influence sociale», in S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la psychologie sociale* (Vol. 1). Paris : Larousse.
- Moscovici, S. (1968). *Essai sur l'histoire humaine de la nature*. Paris ; Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1970). «Préface», in Jodelet D, Viet J. & Besnard P. (Eds.) *La psychologie sociale: une discipline en mouvement*. Paris: Mouton.
- Moscovici, S. (1976). *Social influence And social change*. London : Academic Press.
- Moscovici, S. (1979). *La psychologie des minorités actives*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1980). Toward a theory of conversion behavior. Στο L. Berkowitz (Ed), *Advances in experimental social psychology*, vol. 13. New York: Academic Press.
- Moscovici, S. (1984) (Ed). *Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1987). *La machine à faire des dieux*. Paris: Fayard.
- Moscovici, S. (1989β). Καινοτομία και μειονοτική επιρροή. Η παραβολή της μοναχικής μειοψηφίας. Στο Σ. Παπαστάμου. *Κοινωνική Επιρροή* σελ. 255. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Moscovici, S. (1998). *Η κοινωνία δημιουργός θεών*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Moscovici, S. (1999). *Η ψυχανάλυση, η εικόνα της και το κοινό της*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Moscovici, S., & Lage, E. (1976). Studies in social influence III: majority versus minority influence in a group. *European Journal of Social Psychology*, 6, 149-174.
- Moscovici, S., Lage, E., Naffrechoux, M. (1969). Influence of a consistent minority on the responses of a majority in a color perception task. *Sociometry*, 32, 365-380.
- Moscovici, S., Mugny, G. & Papastamou, S. (1981). «" Sleeper effect" et/ou effet minoritaire? Etude théorique et expérimentale de l' influence sociale à retardement», *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 1, 199-221.

- Moscovici, S., Mugny, G. & Papastamou, S. (1989β). Αδρανούσα επενέργεια και η μειονοτική επενέργεια. Θεωρητική και πειραματική μελέτη της βραδυφλεγούς κοινωνικής επιρροής. Στο Σ. Παπαστάμου. *Κοινωνική Επιρροή* σελ. 615-635. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Moscovici, S., Mugny, G. & Perez, J. A. (1984-85). «Les effets pervers du déni (par la majorité) des opinions d' une minorité», *Bulletin de Psychologie*, 365-380.
- Moscovici, S., Mugny, G. & Van Avermact, E. (Eds.) (1985). *Perspectives on minority influence*. Cambridge, Paris : Cambridge University Press, Editions de la Maison des Sciences de l' Homme.
- Moscovici, S., Mugny, G., & Pérez, J.A. (1984-1985). Les effets pervers du déni (par la majorité) des opinions d'une minorité. *Bulletin de Psychologie*, 365-380.
- Moscovici, S. (1996). Πρόλογος. Στο Pérez J.A., Mugny G. Η θεωρία της επεξεργασίας της σύγκρουσης σελ. 21. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Moscovici, S. (2001). Πρόλογος στο Butera, F., Mugny, G. *Social Influence in Social Reality - promoting individual and social change*. Switzerland: Hogrefe & Huber publishers.
- Mugny, G. & Papastamou, S. (1975-1976). A propos du «crédit idiosynchrasiq» chez Hollander: conformisme initial ou négociation?, *Bulletin de psychologie*, XXIX, 325, 18, 970-976.
- Mugny, G. & Papastamou, S. (1976-77). «Pour une nouvelle Approche de l' influence minoritaire: les determinants psychosociaux des strategies d' influence minoritaires», *Bulletin de Psychologie*, 30, 573-579.
- Mugny, G. & Papastamou, S. (1980). «When rigidity does not fail: individualization And psychologization As resistances to the diffusion of minority innovations», *European Journal of Social Psychology*, 10, 43-61.
- Mugny, G. & Papastamou, S. (1980). When rigidity does not fail: individualization and psychologization as resistances to the diffusion of minority innovations, *European Journal of social psychology*, 10, 43-61.
- Mugny, G. & Papastamou, S. (1982). «Minority influence And psycho-social identity», *European Journal of Social Psychology*, 12, 379-394.
- Mugny, G. & Papastamou, S. (1984). «Les styles de comportement et leur représentation sociale», in S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Mugny, G. & Perez, J.A. (1985). «Influence sociale, conflit et identification: étude expérimentale autour d' une persuasion 'manquée' lors d' une votation», *Cahiers de Psychologie Sociale*, 6, 1-13.
- Mugny, G. & Perez, J.A. (1985). «Influence sociale, conflit et identification: étude expérimentale autour d' une persuasion 'manquée' lors d' une votation», *Cahiers de Psychologie Sociale*, 6, 1-13.
- Mugny, G. & Perez, J.A. (1986). «Le constructivisme social en psychologie sociale: le cas de l' influence des minorités», in J.L. Beauvois, R.V. Joule & J.M. Monteil (Eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*. Cousset : Delval.
- Mugny, G. & Perez, J.A. (1987). Minorités, identification et influence. Στο Moscovici S. & Mugny G. *Psychologie de la conversion*. Gousset, Delval.
- Mugny, G. (1975). «Negotiations, image of the other And the process of minority influence», *European Journal of Social Psychology*, 5, 209-228.
- Mugny, G. (1982). *The power of minorities*. London: Academic Press.
- Mugny, G. Butera,F., Falomir, J. (2001). Social influence and threat in social comparison between self and source's competence: relational factors affecting the transmission of knowledge. Στο Butera,F., Mugny,G (κεφάλαιο 13,σελ. 226-247). *Social Influence in Social Reality-promoting individual and. social change*. Switzerland: Hogrefe & Huber publishers.
- Mugny, G. Quiamzade, A. Pigiére, D. Draculescu, A. Buchs C. (2002). Self-competence, interaction style and expert social influence : Toward a correspondence hypothesis. *Swiss Journal of Psychology*, 61(3), 153-166
- Mugny, G., & Doise, W. (1979). Factures sociologicos y psicosociologicos del desarrollo cognitivo: une nueva ilustracion expérimantal. *Anuario di Psicologia*, 21, 4-25.
- Mugny, G., & Papastamou, S. (1980). When rigidity does not fail: individualization and psychologization as resistances to the diffusion of minority innovations. *European Journal of Social Psychology*, 10, 43-61.
- Mugny, G., & Papastamou, S. (1982). Minority influence and psycho-social identity. *European Journal of Social Psychology*, 12, 379-394.
- Mugny, G., Kaiser, C. & Papastamou, S. (1983). «Influence minoritaire, identification et relations entre groupes: Etude expérimentale Autour d' une votation», *Cahiers de Psychologie Sociale*, 19, 1-30.

- Mugny, G., Kaiser, C. & Papastamou, S. (1983). «Influence minoritaire, identification et relations entre groupes: Etude expérimentale Autour d' une votation», *Cahiers de Psychologie Sociale*, 19, 1-30.
- Mugny, G., Kaiser, C., Papastamou, S. & Perez, J.A. (1984). «Intergroup relations, identification And social influence», *British Journal of Social Psychology*, 23, 317-322.
- Mugny, G., Rilliet, D. & Papastamou, S. (1981). «Influence minoritaire et identification sociale dans des contextes d' originalité et de déviance», *Revue Suisse de Psychologie*, 40, 314-332.
- Maggirias, J., Locker, D. (2002). Five year incidence of dental anxiety in an adult population. *Community Dental Health*, 19, 173-179.
- Moscato, S. Black, D.R. Blue, C.L. Mattson, M Galer-Unti, F.A. Coster, D.C. (2001). Evaluating a fear appeal message to reduce alcohol use among “Greeks”. *Am Journal Health Behaviour*, 25(9) 481-91
- Naini, F., Mellor, A., Getz, T. (1999). Treatment of dental fears: Pharmacology or Psychology? *Dent Update* 26: 270-276.
- National Expert Advisory Committee on Tobacco (1999).
- Nemeth, C. & Wachtler, J. (1973). «Consistency and modification of judgement. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1973, 9, 65-79.
- Nemeth, C. & Wachtler, J. (1974). «Creating the perceptions of consistency And confidence: A necessary condition for minority influence», *Sociometry*, 37, 529-540.
- Nemeth, C. (1987). Au-delà de la conversion: formes de pensée et prise de décision. Στο S. Moscovici, & F. Mugny (Eds), *Psychologie de la conversion. Gousset: DelVal*.
- Nemeth, C., Swedlund, M. & Kanki, B. (1974). «Patterning of the minority' s responses And their influence on the majority», *European Journal of Social Psychology*, 4, 53-64.
- Nemeth, C., Swedlund, M. & Kanki, B. (1974). «Patterning of the minority' s responses And their influence on the majority», *European Journal of Social Psychology*, 4, 53-64.
- Nemeth, C., Swedlund, M. & Kanki, B. (1974). «Patterning of the minority' s responses And their influence on the majority», *European Journal of Social Psychology*, 4, 53-64.
- O'Neill, P., Humphris, G., Field, E. (1996). The use of an informational leaflet for patients undergoing wisdom tooth removal. *Br J Oral Maxillofacial Surg* 34, 331-334.
- Pagano, M., Graveau, K. (2002). *Αρχές Βιοστατιστικής*. Αθήνα: Έλλην.
- Paicheler G. (1977). «Norms And Attitude change II: the phenomenon of bipolarization», *European Journal of Social Psychology*, 7, 4-14.

- Paicheler, G. (1976). «Norms And Altitude change I: polarization And styles of behaviour», *European Journal of Social Psychology*, 6, 405-427.
- Paicherler, G. (1985). *Psychologie des influences sociales*. Paris: Delà-chaux et Niestlé.
- Papastamou S. (1983). «Strategies of minority And majority influences», in W. Doise & S. Moscovici (Eds.), *Current issues in european social psychology* (Vol. 1). Cambridge : Cambridge University Press-L.E.P.S.
- Papastamou, S. & Kaiser, C. (1986). «Effets de différentes formes de psychologisation sur la diffusion minoritaire d' une innovation dans des contextes normatifs d'originalité el de déviance», *Revue Suisse de Psychologie*, 45, 235-254.
- Papastamou, S. & Mugny, G. (1985). «Effets de la psychologisation sur l' influence minoritaire dans des contextes d' originalité et de déviance», *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 5, 43- 63.
- Papastamou, S. (1983). Strategies of minority and majority influences. Στο W. Doise, & S. Moscovici (Eds), *Current Issues in European Social Psychology*, vol. 1. Cambridge: Cambridge University Press.
- Papastamou, S. (1985), Effets de la psychologisation sur l'influence d'un groupe et d'un leader minoritaires. *L'Année Psychologique*, 85, 361-381.
- Papastamou, S. (1986) «Psychologization And processes of minority And majority influence», *European Journal of Social Psychology*, 16, 165-180.
- Papastamou, S. (1986a). Psychologization and processes of minority and majority influence. *European Journal of Social Psychology*, 16, 165-180.
- Papastamou, S., & Kaiser, G. (1986). Effets de différentes formes de psychologisation sur la diffusion minoritaire d'une innovation dans des contextes normatifs d'originalité et de déviance. *Revue Suisse de Psychologie*, 45, 235-254.
- Papastamou, S., & Mugny, G. (1990). Synchronie consistency and psychologization in minority influence. *European Journal of Social Psychology*, 20, 85-98.
- Papastamou, S., Mugny, G. & Kaiser, C. (1980). “Echec à l'influence minoritaire: la psychologisation”, *Recherches de Psychologie Social*, 2, 41-56.
- Patel, B., Potter, C., Mellor, A. (2000). The use of hypnosis in Dentistry: A review. *Dent Update* 27: 198-202.
- Peretz, B., Katz, J., Zilburg, I., Shemer, J. (1996). Treating dental phobic patients in the Israeli defense force. *Intern Dent J* 46:108-112.
- Peretz, Benjamin, Gluck, George (1999). Reframing – reappraising an old behavioural technique. *J Clin Pediatr Dent* 23(2): 103-106.

- Pérez, J.A. Papastamou, S. Mugny, G. (1995). 'Zeitgeist' and minority influence-where is the causality: A comment on Clark. *European Journal of Social Psychology*, 25, 703-710.
- Pérez, J.A., & Mugny, G. (1987). Paradoxical effects of categorization in minority influence: when being an out-group is an advantage. *European Journal of Social Psychology*, 17, 157-170.
- Pérez, J.A., Mugny, G. (1996). *Η θεωρία της επεξεργασίας της σύγκρουσης*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Pérez, J.A., Mugny, G., Huguet, P., Butera, F. (1996). Από την ενδοτικότητα στην ομοιομορφοποίηση: Μελέτες αντίληψης. Στο *Η θεωρία της επεξεργασίας της σύγκρουσης*, Pérez, J.A., Mugny, G. επιμέλεια Α. Μαντόγλου, Αθήνα: Οδυσσέας.
- Perret-Clermont, A.-N. (1979). *La construction de l'intelligence dans l'interaction sociale*. Berne: Peter Lang.
- Petty, R.E., & Cacioppo, J.T. (1986). *Communication and Persuasion*. New York: Springer Verlag.
- Pike, K.L. (1954). *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior*, 1, σ. 8-28 (preliminary éd.). Glendale, CA: Summer Institute of Linguistics.
- Portmann, K., Padanov, B.P. (1997). Dental anxiety and illness behaviour *Psychother-Psychosom.* 66(3): 141-4.
- Psychosocial factors , dental plaque levels and smoking in periodontitis patients. *J Clin Period.* 25: 517-523
- Quiamzade, A. Mugny, G. (2004). Les niveaux d'analyse: Le cas de l' influence des sources compétentes. *New Review of Social Psychology*, 3(1-2), 65-72
- Quiamzade, A. Mugny, G. Draculescu, A. Buchs, C. (2004). Inter action styles and expert social influence. *European Journal of Psychology of Education*, 18(4), 389-404
- Ragnarsson, E. (1998). Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. *Acta Odontol Scand.* 56(2): 100-4.
- Ramirez, A. / Lasater, T.A. (1976). « Attitudinal and behavioral reactions to fear- arousing communications ». *Psychological Reports*, 38, 811-818.
- Reekie, David (1997). Victims of the drill. *Br Dent J*, 182(10):368-9.
- Rigby, K. Brown, M. Anagnostou, P. Ross, M.W. Rosser, B,R,S (1989) Shock tactics to counter AIDS: the Australian experience, *Psychology and Health*, 3, 145-159
- Robin, O., Alaoui-Ismaili, O., Dittmar, A., Vernet-Maury, E. (1998). Emotional responses evoked by dental odors: An evaluation from autonomic parameters. *J Dent Res* 77(8): 1638-1646.

- Rogers, R.W. (1975): “ A protection motivation theory of fear appeals and attitude change.” *Journal of Psychology*, 91-114
- Rogers, R.W. (1983): “ Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation.” In: Cacioppo, J.T. / Petty, R.E. (Eds): *Social Psychophysiology: A source-book*. New York, N.Y. Guilford Press, pp. 153-176
- Rogers, R.W. / Mewborn, C.R. (1976): “Fear appeals and attitude change: Effects of threat’s noxiousness, probability of occurrence and the efficacy of coping response.” *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 227-233
- Rogers, R.W. / Prentice-Dunn, S. (1997): “Protection motivation theory.” In: Goshman, D. (Ed.): *Handbook of health behavior research: vol. 1. Determinants of health behavior: Personal and Social*. New York. N.Y: Plenum, 113-132.
- Rosen, T.J./ Terry, N.S. / Leventhal, H. (1982): “ The role of esteem and coping in response to a threat communication.” *Journal of research in Personality*, 16, 90-107
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. Στο L. Berkowitz (Ed), *Advances in experimental social psychology*, vol. 10, σ. 174-221. New York: Academic Press.
- Rotter, J.B. (2001). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1) (ολόκληρο το τεύχος 609 , 1966). Στο Σ. Παπαστάμου. *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχολογία τόμος Α΄*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Roux, P., Papastamou, S., Pérez J.A., Mugny, G. (1996). Από τη σύγκρουση ταύτισης στη μεταστροφή: Ο διαχωρισμός. Μελέτες πάνω στην άμβλωση και στην αντισύλληψη. Στο Pérez J.A., Mugny G. *Η θεωρία της επεξεργασίας της σύγκρουσης*, σελ. 195-219. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Ruiter, R.A.C. Kok, G. Verplanken, B. Brug, J. (2001). Evoked fear and effects of appeals on attitudes to performing breast self-examination: an information-processing perspective. *Health Educ. Research*. 16(3), 307-319
- Rule, B.G., Bisanz, G.L., Kohn, M. (1996). Anatomy of a persuasion schema: Targets, goals and strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1127-1140, 1985. Στο Pérez J.A., Mugny G. *Η θεωρία της επεξεργασίας της σύγκρουσης*, σελ. 195. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Rytoma, I., Jarvinen, V., Kaverna, R., Heinonen, O.P. (1998). Bulimia and tooth erosion *Acta Odontol Scand*; 56: 36-40.

- Sakalaki, M. (1998). Les représentations sociales et le registre de l'imaginaire. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 5, 10-11, Φθινόπ. 1998-Χειμ. 1999.
- Sakalaki, M. (2001). La confiance. Approche structurale de ses représentations chez les jeunes de trois capitales européennes. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 40, Mars.
- Schank, R., Abelson, R. (1996). Scripts, plants, goals and understanding. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1977. Στο Pérez J.A., Mugny G. *Η θεωρία της επεξεργασίας της σύγκρουσης*, σελ. 195. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Schou, Lone, Blinkhorn, A. (1993). *Oral Health Promotion*. Oxford University Press.
- Schwarz, E., Birn, H. (1995). Dental anxiety in Danish and Chinese adults a cross- cultural perspective. *Soc- Sci – Med*. 41(1): 123-30.
- Scott, J. (1999). Dental education and the European context. *Br Dent J* 186 (12): 638-640.
- Segall, M.H., Dasen, P.R., Berry, J.W., & Poortinga, Y.H. (1993). *Διαπολιτιστική Ψυχολογία. Η μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε παγκόσμιο οικολογικό πολιτιστικό πλαίσιο* (επιμέλεια Δ. Γεώργας). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Seymour, R.A. Steele, J.G. (1998). Is there a link between periodontal disease and coronary heart disease ? *Br Dent J* 184 (1): 33-38
- Sherif, M. (1936). *The psychology of social norms*. New York: Harper Bros.
- Sherif, M. (1935). «A study of some social factors in perception», *Archives of Psychology*, no. 187.
- Sherr, L. (1990). Fear arousal and AIDS: do shock tactics work? *Aids*, 4, 361-364
- Smith, S. Warnakulasuriya, A. Feyerabend, C. Belcher, M. Cooper, D. Johnson, N. (1998). A smoking cessation programme conducted through dental practices in the UK. *Br Dent J* 185(6): 299-303,
- Smith, S., Warnakulasuriya, A., Feyerabend, C., Belcher, M., Cooper, D., Johnson N. (1998). A smoking cessation programme conducted through dental practices in the UK. *Br Dent J* 185(6): 299-303.
- Smyth, J. (1997). A programme for the treatment of severe dental fear. Report of three cases. *Austr Dent J* 44:4 275-278, 1999 *Acta Odontol Scand* 55: 217-222.
- Sondell, Katarina, Sonderfeldt, Bjorn (1997). Dentist-patient communication:a review of relevant models. *Acta Odont Scand* 55: 116-126.
- Sorrentino, R.M., King, G. & Leo, G. (1980). «The influence of the minority on perception: A note on A possible Alternative explanation», *Journal of Experimental Social Psychology*, 16,293-301.

- Southgate, E., Weatherall, A. M., Day, C., Dolan, K. A. (2005). What's in a virus? Folk understandings of hepatitis C infection and infectiousness among injecting drug users in Kings Cross, Sydney. *Int J Equity Health*; 4: 5.
- Spielberger, Charles (1983). *State- Trait Anxiety Inventory for Adults*. MIND GARDEN: California.
- Stalikas, A. Fitopoulos, L. (1998). The Translation and Standardization of MBTI Into the Greek Language. *Journal of Psychological Type*, 46, 13-21
- Steiner, D.D., & Gilliard, S.W. (1996). Fairness reactions to personnel selection techniques in France and the United States. *Journal of Applied Psychology*, 81, 134-141.
- Sullivan, M.J.L., Neish N.R. (1997). Catastrophising, anxiety and pain during dental hygiene treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 26: 344-9.
- Sullivan, M.J.L., Neish, N.R. (1997). Catastrophising, anxiety and pain during dental hygiene treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 26: 344-9.
- Sutton,S. (1982). “ Fear arousing communications: A critical examination of theory and research” In Eiser,J. (Ed.): *Social psychology and behavioral medicine*. New York, NY: Wiley and Sons.pp.303-337
- Szasz, T.S., Hollender, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Arch. Inter. Med.* 97: 585-592.
- Tajfel, H. (1957). Value and the perceptual judgment of magnitude. *Psychological Review*, 64, 192-204.
- Tajfel, H. (1959). Quantitative judgment in social perception. *British Journal of Psychology*, 50, 16-29.
- Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. Στο S. Moscovici (Ed), *Introduction à la psychologie sociale*, 1, σ. 272-302. Paris: Larousse.
- Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tajfel, H. (1982). *Social identity And intergroup relations*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Tajfel, H., & Wilks, A.L. (1963). Classification and quantitative judgment. *British Journal of Psychology*, 54, 101-114.
- Tajfel, H., Billig, M., Bundy, R.P., & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 1, 149-178
- Tay, R. Watson, B. (2002). Changing drivers intentions and behaviours using fear-based driver fatigue advertisements. *Health Mark Q.* 19(4) 55-68

- Tesser, A., Capbell, J., Mickler, S. (1983). The role of social pressure, attention to the stimulus and self-doubt in conformity. *European Journal of Social Psychology*. 13, 217-234
- Thomson, M., Stewart, J., Carter, K., Spencer, J. (1999). Dental anxiety among Australians. *Int Dent J*, 46: 320-24.
- Thomson, W.M., Spencer, A.J. Gaughwin, A. (1996). Testing a child dental neglect Scale in South Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 24: 351-356.
- Trend, M.G. (1978). On the reconciliation of qualitative and quantitative analysis: a case study. *Human Organization*, 37, 345-354.
- Triandis, H.C., Leung, K., Villareal, M., & Clack, F.L (1980). Allocentric vs. idiocentric tendencies: convergent and discriminant validation. *Journal of Research in Personality*, 19, 395-415.
- Tunk EP, Firat D, Onur OD, Sar V. (2005). Reliability and Validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) In a Turkish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 33(5):357-62
- Turner, J. (1987). *Rediscovering the social group. A self- categorization theory*. Oxford: Basil Blackwell.
- Turner, J. (1991). *Social Influence*. Buckingham: Open University Press.
- Turner, J.C., Hogg, M.A., Cakes, P.J., Reicher, S.D., & Wetherell, M.S. (1987). *Rediscovering the social group: a self-categorization theory*. Oxford: Blakwell.
- Twardella, D Loew, M. Rothenbacher, D. Stegmaier, C. Ziegler, H. Brenner, H. (2006). The diagnosis of a smoking-related disease is a prominent trigger for smoking cessation in a retrospective cohort study. *J Clin Epidemiol*.59(1)82-9
- Walker, E., Milgrom, P., Weinstein, P., Getz, T., Richardson, R. (1996). Assessing abuse and neglect and dental fear in women *JADA* 127(4): 485-490.
- Watts, W. A., McGuire W.J. (1989α). Persistence of induced opinion change and retention of inducing message content. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1964, 233-241. Στο Σ. Παπαστάμου, *Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας*, σελ 314.
- Weinstein, P., Getz, T., Milgrom, P. (1991). *Oral self care – Strategies for preventive dentistry*. Seattle: *Continuing Dental Education* University of Washington.
- Weinstein, P., Milgrom, P., Hoskuldsson, O., Golletz, J., Jeffcott, E., Koday, M. (1996). Situation –specific child control: A visit to the dentist. *Behav. Res. Ther.* 34(1): 11-21.
- Wilken, J., Smith, B., Tola, K., Mann, M. (1999). Anxiety and arousal: tests of a new six-system model. *International Journal of Psychophysics* 33: 197-207.

- Wilson, Josephin, Sinisco, Stephen (1997). Increased self reported dental anxiety following competition of a dental history questionnaire. *Psychological Reports 81: 59-62*.
- Wilson, N.H.F. (1999). Address given by the president of the General Dental Council *Br Dent J 187: 522-523*.
- Witte, K. Allen, M.(2000), A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campains. *Health Educ. Behav.27(5), 591-615*
- Witte, K. Meyer, G. Martell, D. (2001), "*Effective health risk messages*", Ca: Sage Publications
- Wolf, S. (1979). Behavioral style and group cohesiveness as sources of minority influence. *European Journal of Social Psychology, 9, 381-395*.
- Woolfolk, M., Lang, P., Borgnakke, W., Taylor, G., Roniw, D., Nyquist, L (1999). Determining dental checkup frequency. *JADA 130: 715-723*.
- Zeigarnik, B. (1927). Uber das Behalten von erledigten und underledigten Hundlungen. *Psychologische Forschung, 9, 1-85*.
- Zimbardo, P.G., Ebbesen, B.E. & Maslach, C. (1977). *Influencing Attitudes And changing behavior*, Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Zucker, G.S., & Weiner, B. (1993). Conservatism and perception of poverty: an attributional analysis. *Journal of Applied Social Psychology, 23,925-943*.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΜΙΔΑΣ – Ερωτηματολόγιο οδοντιατρικής ανησυχίας *

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΜΑΣ ΠΕΙΤΕ ΠΟΣΟ ΑΓΧΩΝΕΣΤΕ, ΜΕ ΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ Ή ΜΗΠΩΣ ΚΑΘΟΛΟΥ;

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΥΠΟΔΕΙΞΤΕ ΒΑΖΟΝΤΑΣ ΕΝΑ Χ ΣΤΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΚΟΥΤΙ

1. Εάν πηγαίνατε στον οδοντίατρο σας για ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΥΡΙΟ, πως θα νοιώθατε;

Όχι Λίγο Αρκετά Πολύ Υπερβολικά
Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η

2. Εάν καθόσασταν στην ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ(περιμένοντας για θεραπεία) πως θα νοιώθατε;

Όχι Λίγο Αρκετά Πολύ Υπερβολικά
Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η

3. Εάν αυτή τη στιγμή επρόκειτο ΝΑ ΣΑΣ ΤΡΟΧΙΣΟΥΝ ΕΝΑ ΔΟΝΤΙ, πως θα νοιώθατε;

Όχι Λίγο Αρκετά Πολύ Υπερβολικά
Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η

4. Εάν αυτή τη στιγμή επρόκειτο ΝΑ ΚΑΘΑΡΙΣΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΓΥΑΛΙΣΟΥΝ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΣΑΣ, πως θα νοιώθατε;

Όχι Λίγο Αρκετά Πολύ Υπερβολικά
Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η

5. Εάν αυτή τη στιγμή επρόκειτο να κάνουν μία ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΕΝΕΣΗ στα ούλα σας, πάνω από ένα οπίσθιο άνω δόντι, πως θα νοιώθατε ;

Όχι Λίγο Αρκετά Πολύ Υπερβολικά
Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η Ανήσυχος-η

ΕΡΟΣ Ερωματολόγιο Οδοντιατρικών Σχέσεων

1 - Οι ασθενείς επιθυμούν να συζητούν με τον οδοντίατρο για την Πρόληψη της στοματικής ασθένειας, αλλά συνήθως δεν υπάρχει χρόνος.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

2 - Οι ασθενείς έχουν ανάγκη να επικοινωνούν με τον οδοντίατρο και να τους βεβαιώνει συνέχεια ότι δεν θα πονέσουν.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

3 - Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία οδοντίατροι δεν παρακολουθούν τις σύγχρονες εξελίξεις της επιστήμης τους, εισπράττοντας την αμφισβήτηση των ασθενών.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

4 - Οι οδοντίατροι με μόνο γνώμονα το κέρδος, προτείνουν πανάκριβες θεραπείες που δεν χρειάζονται.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

5 - Οι ασθενείς θέλουν να συζητούν και να αποφασίζουν από κοινού με τον οδοντίατρο για τη θεραπεία τους, αλλά δεν τους δίνεται αυτή η δυνατότητα.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

6 - Δεν φροντίζουν οι οδοντίατροι να καθησυχάζουν τους ασθενείς σχετικά με τους φόβους τους για τη μετάδοση μικροβίων στο οδοντιατρείο.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

7 - Οι ασθενείς φοβούνται ότι εάν προκύψει κάποια σοβαρή παρενέργεια κατά την οδοντιατρική πράξη όπως, λιποθυμία, έντονη ταχυκαρδία ή αλλεργική κρίση, ο οδοντίατρος όντας μόνος του δεν θα μπορέσει να τους βοηθήσει.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

8 - Είναι άδικο χάριν λίγων εξαιρέσεων, να κατηγορούνται οι οδοντίατροι για κερδοσκοπική συμπεριφορά σε βάρος των ασθενών.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

9 - Οι οδοντίατροι παρακολουθούν τις εξελίξεις της επιστήμης τους, έστω και αν δεν τους επιβάλλεται θεσμικά.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

10 - Προκειμένου να εξοικονομήσουν χρήματα οι ασθενείς, απευθύνονται σε οδοντίατρος αμφίβολης νομιμότητας και προερχόμενους από χώρες επιστημονικά υποβαθμισμένες.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

11 - Οι ασθενείς είναι υπερβολικά καχύποπτοι για την επαρκή επιστημονική και τεχνική γνώση οδοντιάτρων που δεν γνωρίζουν καλά.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

12 - Οι οδοντίατροι δεν επικοινωνούν απλά με τους ασθενείς, είναι "εξομολόγοι" τους.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

13- Πιθανότατα έχουν δίκιο οι ασθενείς που φοβούνται τη μετάδοση μικροβίων στο οδοντιατρείο, με τόσα που ακούγονται.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

14 - Οι ασθενείς είναι αδιάφοροι και δεν ακολουθούν τις οδηγίες των οδοντιάτρων για την Πρόληψη της στοματικής ασθένειας

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

15 - Δεν χρειάζονται ιδιαίτερες ευαισθησίες εκ μέρους του οδοντίατρου προς τον ασθενή, αρκεί να κάνει καλά τη δουλειά του.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

16 - Ο τροχός πονάει, αλλά οι οδοντίατροι είναι ψυχροί και δεν συναισθάνονται τους ασθενείς.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

17 - Οι ασθενείς νοιώθουν αβεβαιότητα κατά την οδοντιατρική πράξη, διότι δεν μπορούν να ελέγξουν τις κινήσεις του οδοντίατρου.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

18 - Οι οδοντίατροι δεν αφιερώνουν χρόνο στους ασθενείς για να τους καθησυχάζουν ότι δεν θα πονέσουν

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

19 - Οι οδοντίατροι έχουν εξασκηθεί στο ήπιο άγγιγμα και την ευγενική στρέψη της κεφαλής των ασθενών, απαλύνοντας τις ανησυχίες τους.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

20 - Οι ασθενείς δεν φροντίζουν από μόνοι τους να ελέγξουν τις αντανακλαστικές και απρόβλεπτες κινήσεις τους κατά το τρόχισμα, ώστε να διευκολύνουν τον οδοντίατρο.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

21 - Λόγω ανταγωνισμού και για προσέλκυση πελατείας, οι οδοντίατροι ελαττώνουν το κόστος της οδοντιατρικής θεραπείας υποβαθμίζοντας την ποιότητα της δουλειάς τους.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

22 - Η μικροβιοφοβία των ασθενών δείχνει την άγνοια και τον ψυχαναγκασμό τους

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

23 - Οι ασθενείς διαμαρτύρονται για το κόστος των οδοντιατρικών πράξεων, ενώ παράλληλα έχουν υψηλές αισθητικές και λειτουργικές απαιτήσεις.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

24 - Όλο κριτική και υπεροψία είναι οι οδοντίατροι για τους ασθενείς που δεν φροντίζουν το στόμα τους.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

25 - Οι ασθενείς ξέρουν ότι πρέπει να επισκέπτονται τον οδοντίατρο, αλλά φοβούνται την ένεση.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

26 - Οι οδοντίατροι αντιμετωπίζουν τους φόβους των ασθενών για τις πιθανές παρενέργειες της οδοντιατρικής πράξης, με τις ιατρικές τους γνώσεις.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

27 - Οι ασθενείς δεν θέλουν να είναι επιφυλακτικοί για τις προτεινόμενες θεραπείες από τους οδοντίατρος, αλλά φοβούνται την οικονομική τους εκμετάλλευση.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

28 - Οι οδοντίατροι θα έπρεπε να έχουν εξειδικευμένους συνεργάτες, για να αντιμετωπίζονται με υπευθυνότητα οι παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν στους ασθενείς.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

29 - Οι οδοντίατροι σταματούν τις επεμβάσεις τους όταν βλέπουν ανήσυχο τον ασθενή.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

30 - Οι κανόνες υγιεινής που τηρούνται από τους οδοντίατρος, δείχνουν το σεβασμό που έχουν για τον ασθενή και τη δουλειά τους.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

31 - Οι παράλογες και βιολογικά ασύμβατες απαιτήσεις των ασθενών γύρω από τη θεραπεία, δυσχεραίνουν την επικοινωνία με τον οδοντίατρο.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

32 - Οι ασθενείς δεν αμφισβητούν τις γνώσεις των οδοντιάτρων, αναρωτιούνται όμως αν είναι ενήμεροι για τις σύγχρονες εξελίξεις της επιστήμης τους.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

33 - Οι ασθενείς δεν προσπαθούν να ελέγξουν και να περιορίσουν τους φόβους τους για την ένεση κατά την οδοντιατρική αναισθησία.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

34 - Οι οδοντίατροι αφιερώνουν πολύ χρόνο στην επικοινωνία με τους ασθενείς για να εξηγούν το καθετί και να τους καθησυχάζουν συνέχεια ότι δεν θα πονέσουν.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

35 - Είναι υπερβολικοί και δημιουργούν ένταση οι ασθενείς με τις φοβίες τους για την πιθανή λιποθυμία, την ταχυκαρδία ή την αλλεργική κρίση που μπορεί να τους συμβεί κατά την οδοντιατρική θεραπεία.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

36 - Οι οδοντίατροι φέρονται υπεροπτικά και δεν υπολογίζουν την άποψη των ασθενών τους για τη θεραπεία που σκοπεύουν να ακολουθήσουν.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

ΤΟ ΚΕΙΜΕΝΟ ΕΠΙΡΡΟΗΣ

Είναι γεγονός ότι οι οδοντίατροι σπάνια διαθέτουν χρόνο για την Επικοινωνία με τους ασθενείς τους και η συμπεριφορά τους είναι συχνά υπεροπτική και εξουσιαστική. Παραγνωρίζουν δε ότι οι ασθενείς από την άλλη μεριά, θέλουν να συζητούν και να ενημερώνονται με λεπτομέρειες για όλα τα θέματα γύρω από την οδοντιατρική πράξη, την Πρόληψη και γενικά τη Θεραπεία τους.

ΟΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΔΑΣΚΟΝΤΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ, ΠΕΙΘΟΥΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥΣ

Οι ασθενείς αισθάνονται Φόβο και Άγχος, σχετικά με τον πόνο, την ένεση, τον τροχό, τις μολύνσεις ή τις παρενέργειες που πιθανόν θα τους προκαλέσει η οδοντιατρική πράξη. Οι οδοντίατροι όμως δεν συναισθάνονται ούτε ξέρουν να αντιμετωπίζουν ψυχολογικά αυτές τις ανησυχίες των ασθενών, ώστε να τους χαλαρώνουν και να τους καθησυχάζουν.

ΟΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΔΑΣΚΟΝΤΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ.

Οι ασθενείς είναι πρόθυμοι, αφενός να ακολουθήσουν τις θεραπείες που προτείνουν οι οδοντίατροι, αφετέρου να αντιμετωπίσουν το υψηλό κόστος των οδοντιατρικών επεμβάσεων που αφορούν τη λειτουργικότητα και την αισθητική. Η απληστία όμως και η Έλλειψη Ηθικής που επικρατεί γενικά στην κοινωνία μας, τους κάνει να είναι επιφυλακτικοί και σκεπτικοί στις προτάσεις των οδοντιάτρων.

Η ΒΙΟΗΘΙΚΗ, Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΒΑΣΙΚΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

Οι ασθενείς θα ήθελαν να έχουν απόλυτη εμπιστοσύνη στην Επάρκεια, την Επιστημονική Γνώση και την Τεχνική Δεξιότητα των οδοντιάτρων. Ο κορεσμός όμως του οδοντιατρικού επαγγέλματος, η παράνομη άσκηση της Οδοντιατρικής από κάποιους επιτήδειους, οι ανύπαρκτοι εκπαιδευμένοι βοηθοί και η μη θεσμοθετημένη δια βίου επιμόρφωση των οδοντιάτρων, δημιουργεί αμφιβολίες και αμφισβήτηση.

ΑΜΕΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΡΥΘΜΙΣΤΟΥΝ ΤΑ ΚΑΚΩΣ ΚΕΙΜΕΝΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΑ ΘΕΣΜΟΘΕΤΗΘΕΙ Η ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ Η ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ.

ΜΙΚΡΟΤΕΡΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΤΟΥ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟΥ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ

ΣΥΝΘΗΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑΣ

Μειονοτική, Δημοκρατική Ομάδα Μεταπτυχιακών Φοιτητών της Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής, με απόφαση ψηφίσματος της Γενικής της Συνέλευσης, υποστηρίζει κάποιες συγκεκριμένες θέσεις για τις Σχέσεις Οδοντίατρου – Ασθενή.

Αφού διαβάσετε προσεκτικά το κείμενο που ακολουθεί, θα πρέπει να προσδιορίσετε τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της ομάδας που υποστηρίζει αυτές τις απόψεις.

ΣΥΝΘΗΚΗ ΜΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑΣ

Μειονοτική, Δημοκρατική Ομάδα Μεταπτυχιακών Φοιτητών της Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής, με απόφαση ψηφίσματος της Γενικής της Συνέλευσης, υποστηρίζει τις ακόλουθες θέσεις για τις Σχέσεις Οδοντίατρου – Ασθενή.

Αφού διαβάσετε προσεκτικά το κείμενο που ακολουθεί, θα πρέπει να αναφερθείτε περιληπτικά στα κύρια σημεία του.

ΣΥΝΘΗΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΗΓΕΤΗ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑΣ

Το κείμενο που ακολουθεί έχει συνταχθεί από τον Αρχηγό και Εμπνευστή Μειονοτικής Ομάδας Μεταπτυχιακών Φοιτητών της Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής. Υποστηρίζονται θέσεις και απόψεις γύρω από τις Σχέσεις Οδοντίατρου – Ασθενή.

Αφού διαβάσετε προσεκτικά το κείμενο, θα πρέπει να προσδιορίσετε τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του Ηγέτη και της Ομάδας του, που υποστηρίζουν αυτές τις απόψεις.

ΣΥΝΘΗΚΗ ΜΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΗΓΕΤΗ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑΣ

Το κείμενο που ακολουθεί έχει συνταχθεί από τον Αρχηγό και Εμπνευστή Μειονοτικής Ομάδας Μεταπτυχιακών Φοιτητών της Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής. Υποστηρίζονται θέσεις και απόψεις γύρω από τις Σχέσεις Οδοντίατρου – Ασθενή.

Αφού διαβάσετε προσεκτικά το κείμενο που ακολουθεί, θα πρέπει να αναφερθείτε περιληπτικά στα κύρια σημεία του.

ΣΥΝΘΗΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑΣ

Το κείμενο που ακολουθεί έχει συνταχθεί από Καθηγητές Πανεπιστημίου της Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής. Υποστηρίζονται θέσεις και απόψεις γύρω από τις Σχέσεις Οδοντίατρου – Ασθενή.

Αφού διαβάσετε προσεκτικά το κείμενο, θα πρέπει να προσδιορίσετε τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των Καθηγητών, που υποστηρίζουν αυτές τις απόψεις.

ΣΥΝΘΗΚΗ ΜΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑΣ

Το κείμενο που ακολουθεί έχει συνταχθεί από Καθηγητές Πανεπιστημίου της Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής. Υποστηρίζονται θέσεις και απόψεις γύρω από τις Σχέσεις Οδοντίατρου – Ασθενή.

Αφού διαβάσετε προσεκτικά το κείμενο, θα πρέπει να αναφερθείτε περιληπτικά στις θέσεις των Καθηγητών, που υποστηρίζουν αυτές τις απόψεις.

ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΠΗΓΗΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ

Τώρα που διαβάσατε το ανωτέρω κείμενο, προσπαθήστε να περιγράψετε τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της Ομάδας των Φοιτητών που τάχθηκαν υπέρ του ψηφίσματος, απαντώντας στις παρακάτω ερωτήσεις. Απαντήστε κυκλώνοντας κάθε φορά τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στην προσωπική σας αντίληψη.

Αυτοί που έγραψαν και ψήφισαν το κείμενο είναι :

επίμονοι	1	2	3	4	5	6	7	υποχωρητικοί
μεροληπτικοί	1	2	3	4	5	6	7	αμερόληπτοι
ευέλικτοι	1	2	3	4	5	6	7	άκαμπτοι
αδιάφοροι	1	2	3	4	5	6	7	ενταγμένοι
αυτόνομοι	1	2	3	4	5	6	7	αλλοτριωμένοι
αφύσικοι	1	2	3	4	5	6	7	φυσιολογικοί
προοδευτικοί	1	2	3	4	5	6	7	συντηρητικοί
ασυνάρτητοι	1	2	3	4	5	6	7	συγκροτημένοι
αντικειμενικοί	1	2	3	4	5	6	7	υποκειμενικοί
ανεπιεικείς	1	2	3	4	5	6	7	επιεικείς
δυναμικοί	1	2	3	4	5	6	7	παθητικοί
ανεξάρτητοι	1	2	3	4	5	6	7	εξαρτημένοι
ασταθείς	1	2	3	4	5	6	7	σταθεροί
ανθρωπιστές	1	2	3	4	5	6	7	ατομιστές
αβέβαιοι	1	2	3	4	5	6	7	με αυτοπεποίθηση
ρεαλιστές	1	2	3	4	5	6	7	ανεδαφικοί
στενόμυαλοι	1	2	3	4	5	6	7	ανοιχτόμυαλοι
ηττοπαθείς	1	2	3	4	5	6	7	φιλόδοξοι
ελεύθεροι	1	2	3	4	5	6	7	υποταγμένοι
ανισόρροποι	1	2	3	4	5	6	7	ισορροπημένοι
κονφορμιστές	1	2	3	4	5	6	7	αντικομορμιστές

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΜΕΙΟΝΟΚΕΝΤΡΙΣΜΟΥ-ΠΛΕΙΟΝΟΚΕΝΤΡΙΣΜΟΥ**

- 1 Η αποδοχή των απόψεων κάποιου ισχυρού είναι απόδειξη ψυχολογικής εξάρτησης και ανωριμότητας
- 2 Η υποστήριξη απόψεων διαφορετικών από αυτές που στηρίζει η πλειοψηφία είναι αναγκαία για την επίτευξη της κοινωνικής αλλαγής
- 3 Οι άνθρωποι συμφωνούν και εναρμονίζουν τις πράξεις τους με αυτούς με τους οποίους έχουν τα ίδια ψυχολογικά χαρακτηριστικά
- 4 Η αποδοχή των απόψεων της πλειοψηφίας δείχνει σύνεση, δεδομένου ότι η πλειοψηφική στήριξη μιας ιδέας είναι απόδειξη της ορθότητάς της
- 5 Η υποστήριξη απόψεων διαφορετικών από αυτές που στηρίζει η πλειοψηφία είναι απόδειξη ψυχολογικής ανεξαρτησίας
- 6 Αποδοχή των απόψεων της πλειοψηφίας ισοδυναμεί με ενεργό συμβολή στη διατήρηση ενός κοινωνικού συστήματος και στην άρνηση της κοινωνικής αλλαγής
- 7 Οι άνθρωποι συμφωνούν και εναρμονίζουν τις πράξεις τους με αυτούς με τους οποίους μοιράζονται τα ίδια κοινωνικά χαρακτηριστικά
- 8 Η υποστήριξη απόψεων διαφορετικών από αυτές που στηρίζει η πλειοψηφία είναι δείγμα ψυχολογικής παρέκκλισης
- 9 Η ευθυγράμμιση της συμπεριφοράς μας με τις επιταγές της πλειοψηφίας είναι απαραίτητη προκειμένου να αποφεύγονται πιθανές κυρώσεις εξαιτίας της ανυπακοής μας
- 10 Το να αποδέχεσαι μια ιδέα σημαίνει ότι αυτή η ιδέα αποτελεί συστατικό της ιδιοσυγκρασίας σου
- 11 Η υποστήριξη απόψεων διαφορετικών από αυτές που στηρίζει η πλειοψηφία δείχνει λανθασμένη αντίληψη της πραγματικότητας

Ερωτηματολόγιο Περιοδοντίτιδας - ΕρΠε

1. Η περιοδοντίτιδα είναι στις περισσότερες περιπτώσεις η εξέλιξη μιας αθεράπευτης βαριάς ουλίτιδας, που οφείλεται σε κακή στοματική υγιεινή

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

2. Η περιοδοντίτιδα μπορεί να προκαλέσει κινητικότητα στα δόντια και απώλεια της φυσικής οδοντοφυΐας

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

3. Τα παιδιά και οι έφηβοι εμφανίζουν περιοδοντίτιδα

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

4. Μόνο οι ενήλικες παρουσιάζουν περιοδοντίτιδα

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

4. Η περιοδοντίτιδα σχετίζεται με διάφορα γενικά νοσήματα, όπως ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά και επηρεάζεται σημαντικά από τις ορμονικές μεταβολές, το άγχος κ.α.

Διαφωνώ 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ

ΚΕΙΜΕΝΟ ΠΕΙΘΟΥΣ – ΧΑΜΗΛΟΥ ΦΟΒΟΥ

«Η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης του οδοντίατρου με τον ασθενή είναι απαραίτητη. Συντελεί ώστε να γίνεται σωστά, τόσο η κλινική πράξη, όσο και η υιοθέτηση της Πρόληψης από τους ασθενείς.

Υπενθυμίζουμε, ενδεικτικά, πράγματα που πιθανόν είναι γνωστά. Η επιστημονική τεκμηρίωση μας βεβαιώνει σήμερα, για τις στοματικές εκδηλώσεις κάποιων γενικών νοσημάτων, εκτός από τις βλάβες τοπικής αιτιολογίας στο στόμα.

Η περιοδοντίτιδα, για παράδειγμα, είναι μια σοβαρή κατάσταση που μπορεί να προκύψει εξελικτικά από βαριά αθεράπευτη ουλίτιδα και μπορεί να προκαλέσει εκτεταμένες βλάβες στα ούλα. Προσβάλλει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού χωρίς να εξαιρούνται τα παιδιά και οι έφηβοι.

Σε τοπικό επίπεδο προκαλεί αιμορραγία των ούλων στο βούρτσισμα, κακοσμία και κινητικότητα των δοντιών. Διαταράσσεται η λήψη τροφής, η ομιλία και οι κοινωνικές συναναστροφές.

Στο γενικότερο επίπεδο της υγείας, η περιοδοντίτιδα σχετίζεται με τον σακχαρώδη διαβήτη και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ επηρεάζεται από τις ορμονικές μεταβολές, το άγχος κ.α. Το έντονο άγχος καθρεφτίζεται στο στόμα μας. Ο μη ρυθμισμένος διαβήτης, βλάπτει τα αγγεία στα μάτια, στα ούλα, στα νεφρά κ.ά. Είναι γνωστό, τέλος, ότι η έγκαιρη πρόληψη μας σώζει από τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η διάγνωση και η αντιμετώπιση της περιοδοντίτιδας από τον οδοντίατρο, θα εμποδίσει αυτές τις βλάβες. Μία απλή οδοντιατρική εξέταση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής μας και να αυξήσει τη διάρκειά της. Τα προληπτικά μέτρα της υιοθέτησης ρεαλιστικών στόχων, σωστής διατροφής, στοματικής υγιεινής και φυσικής άσκησης, που θα συστήσει ο οδοντίατρος σε συνεργασία με τον γιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας, μπορούν να μνήσουν τους ασθενείς στην αυτοφροντίδα και την ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Όλα τα ανωτέρω δείχνουν ότι η Πρόληψη αποτελεί την έννοια κλειδί. Την Πρόληψη που θα διδάσκεται από επιστήμονες μνημένους στην Επικοινωνία, τη Βιοηθική και την επαγγελματική Δεοντολογία, από κοινού με την Επιστημονική Γνώση. Οι οδοντίατροι, με την κατάλληλη εκπαίδευση, θα είναι ικανοί στην επικοινωνία με τους ασθενείς, αλλά και με τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες. Διότι, αν «εξ όνυχος τον λέοντα», ίσως και «εξ οδόντος» η διάγνωση της γενικής ασθένειας.

Αν αγαπάμε τη ζωή, φροντίζουμε την υγεία μας γενικότερα και τη στοματική μας υγεία ειδικότερα.

ΚΕΙΜΕΝΟ ΠΕΙΘΟΥΣ - ΜΕΤΡΙΟΥ ΦΟΒΟΥ

«Η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τον οδοντίατρο σου είναι απαραίτητη. Συντελεί ώστε να γίνεται σωστά, τόσο η κλινική πράξη, όσο και η υιοθέτηση της Πρόληψης από εσένα.

Υπενθυμίζουμε, ενδεικτικά, πράγματα που πιθανόν γνωρίζεις. Η επιστημονική τεκμηρίωση μας βεβαιώνει σήμερα, για τις στοματικές εκδηλώσεις κάποιων γενικών νοσημάτων, εκτός από τις βλάβες τοπικής αιτιολογίας στο στόμα.

Η περιοδοντίτιδα, για παράδειγμα, είναι μια σοβαρή κατάσταση που προκύπτει εξελικτικά από βαριά αθεράπευτη ουλίτιδα και μπορεί να σου καταστρέψει τα ούλα και το οστό της γνάθου. Προσβάλλει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού χωρίς να εξαιρούνται τα παιδιά και οι έφηβοι.

Σε τοπικό επίπεδο σου προκαλεί αιμορραγίες των ούλων κατά το βούρτσισμα, έντονη κακοσμία και κινητικότητα των δοντιών μέχρι την πλήρη απόπτωση τους. Διαταράσσεται η λήψη τροφής, η ομιλία, αλλά και οι κοινωνικές συναναστροφές σου.

Στο γενικότερο επίπεδο της υγείας, σχετίζεται με τον σακχαρώδη διαβήτη και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ επηρεάζεται από τις ορμονικές μεταβολές, το άγχος κ.α.. Ο λανθασμένος χειρισμός του ψυχικού οργάνου με αποτέλεσμα το άγχος, καθρεφτίζεται στο στόμα σου. Ο μη ρυθμισμένος διαβήτης, καταστρέφει τα αγγεία, προκαλώντας βλάβες στα μάτια, τα ούλα, τα νεφρά κ.α.. Τέλος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι σε συχνότητα, η πρώτη αιτία θανάτου. Η έγκαιρη διάγνωση και η αντιμετώπιση της περιοδοντίτιδας από τον οδοντίατρο, θα εμποδίσει τη μετανάστευση μικροβίων από τα ούλα στα αγγεία σου. Μία απλή οδοντιατρική εξέταση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής σου, να σε σώσει, ακόμα και από τον θάνατο. Τα προληπτικά μέτρα της υιοθέτησης ρεαλιστικών στόχων, σωστής διατροφής, στοματικής υγιεινής και φυσικής άσκησης, που θα συστήσει ο οδοντίατρος σε συνεργασία με τον γιατρό σου, θα σε μνήσουν στην αυτοφροντίδα και την ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Όλα τα ανωτέρω δείχνουν ότι η Πρόληψη αποτελεί την έννοια κλειδί Την Πρόληψη που θα διδάσκεται από επιστήμονες μνημένους στην Επικοινωνία, τη Βιοηθική και την επαγγελματική Δεοντολογία, από κοινού με την Επιστημονική Γνώση. Οι οδοντίατροι, με την κατάλληλη εκπαίδευση, θα είναι ικανοί στην επικοινωνία με τους ασθενείς, αλλά και με τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες. Διότι, αν «εξ όνυχος τον λέοντα», ίσως και «εξ οδόντος» η διάγνωση της γενικής ασθένειας. Δεν παίζεις με τη ζωή, τη σώζεις!