



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

**Ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή
μαστογραφίας για πρόληψη καρκίνου του μαστού σε πληθυσμό
γυναικών με βάση την θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Φωτεινή Κ. Γρίβα

ΑΘΗΝΑ 2013

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή

**Φ. Αναγνωστόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχολογίας της Υγείας,
Πάντειο Πανεπιστήμιο**

Γ. Ποταμιάνος, Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Σ. Μαντόγλου, Καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Εξεταστική Επιτροπή

**Γ. Αλεξιάς, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχοκοινωνιολογίας της Υγείας, Πάντειο
Πανεπιστήμιο**

Θ. Μπεχράκης, Καθηγητής Εφαρμοσμένης Στατιστικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Σ. Σαμαρτζή, Καθηγήτρια Γνωστικής Ανάπτυξης, Πάντειο Πανεπιστήμιο

**Σ.Στυλιανίδης, Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Πάντειο
Πανεπιστήμιο**

Περίληψη

Η παρούσα έρευνα διερευνά την δυνατότητα επέκτασης ενός κοινωνιογνωστικού μοντέλου πρόβλεψης συμπεριφοράς στο πλαίσιο της πρόβλεψης της πρόθεσης για την εφαρμογή μαστογραφίας. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα στηρίχθηκε στο θεωρητικό υπόβαθρο της Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΠΣ) και πρότεινε την επέκταση της με την προσθήκη του παράγοντα της προηγούμενης συμπεριφοράς, του αντιληπτού κινδύνου, της αισιοδοξίας και του χρονικού προσανατολισμού, παράγοντες που έχουν βρεθεί στο παρελθόν να σχετίζονται με την εφαρμογή μαστογραφίας αλλά και με άλλες συμπεριφορές πρόληψης. Στόχος της έρευνας, ήταν η μελέτη της επίδρασης των επιπρόσθετων παραγόντων στην πρόθεση για μαστογραφία σε μια προσπάθεια αύξησης της προβλεπτικής ικανότητας της ΘΠΣ. Τα ευρήματα υποδεικνύουν πως η στάση, οι υποκειμενικοί κανόνες και ο αντιληπτός έλεγχος, πρόβλεψαν αποτελεσματικά την πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας, ενώ η προηγούμενη συμπεριφορά μαστογραφίας ήταν άμεσος προβλεπτικός παράγοντας της πρόθεσης ακόμα και μετά τον έλεγχο της επίδρασης των παραγόντων της ΘΠΣ. Ο αντιληπτός κίνδυνος φάνηκε να έχει μια μικρή θετική επίδραση στην πρόθεση η οποία όμως εξαλείφθηκε με την ένταξη της προηγούμενης συμπεριφοράς στο μοντέλο. Αντίστοιχα, η διάσταση του θετικού παρελθόντος του χρονικού προσανατολισμού, φάνηκε να έχει και αυτή μια μικρή θετική επίδραση στην πρόθεση, όταν στο μοντέλο εντάχθηκε η προηγούμενη συμπεριφορά, ωστόσο η επίδρασή της εξαλείφθηκε με την ένταξη των παραγόντων της ΘΠΣ. Το σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών ερμήνευαν το 56% της διακύμανσης της πρόθεσης για την εφαρμογή μαστογραφίας. Η ΘΠΣ ήταν λιγότερο αποτελεσματική στην πρόβλεψη της εφαρμογής μαστογραφίας, όπου και εκεί σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης ήταν η προηγούμενη συμπεριφορά αλλά και η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού. Στο σύνολό τους τα συγκεκριμένα ευρήματα επιβεβαιώνουν την ισχυρή επίδραση της στάσης, των υποκειμενικών κανόνων και του αντιληπτού ελέγχου στην πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας, ενώ υποδεικνύουν ότι η ένταξη του παράγοντα της προηγούμενης συμπεριφοράς αυξάνει την προβλεπτική ικανότητα της ΘΠΣ.

**PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING MAMMOGRAPHY
SCREENING FOR BREAST CANCER PREVENTION USING THE THEORY
OF PLANNED BEHAVIOR**

ABSTRACT

This research investigates the possibility of extending a social cognition model of behavior for the prediction of intention of mammography screening uptake. Specifically, the study was based on the theoretical background of the theory of planned behavior (TPB) and proposed the addition of past behavior, perceived risk, optimism and temporal orientation. These factors have been found in the past to be associated with mammography screening as well as other preventive behaviors. The aim of the research was to study the effect of the additional factors on intention for mammography screening in an attempt to increase the predictive ability of TPB. The findings suggest that attitudes, subjective norms and perceived behavioural control, were strong predictors of intention to attend mammography screening. Past behaviour was also a strong predictor that seemed to affect intention, even after controlling for the effect of the TPB factors. The perceived risk seemed to have a small positive effect on intention but this effect was no longer significant when past behavior was included in the model. Similarly, the temporal dimension of positive past seemed to have a small positive effect on intention, when past behavior was incorporated into the model but this effect was no longer significant with the inclusion of TPB factors. The independent variables interpreted 56% of the variance of the intention to undergo mammography screening. The TPB was less effective in predicting actual mammography screening. Significant predictors of mammography uptake was the past behavior as well as the presence of cancer in family history. Taken together these findings confirm the strong effect of attitudes, subjective norms and perceived control on the intention to implement mammography, and suggest that integration of past behavior in the models may increase the predictive ability of TPB.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iv
ABSTRACT	v
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	x
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	xi
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΜΕΡΟΣ 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Καρκίνος μαστού και μαστογραφία	3
1.1. Ανίχνευση και πρόληψη καρκίνου μαστού	4
<i>1.1.1. Αυτοεξέταση Μαστού</i>	5
<i>1.1.2. Κλινική Ψηλάφηση</i>	5
<i>1.1.3. Μαστογραφία</i>	7
1.2. Καθοριστικοί παράγοντες στην εφαρμογή μαστογραφίας	10
<i>1.2.1. Κοινωνικο-οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες</i>	11
<i>1.2.2. Ψυχολογικοί και γνωστικοί παράγοντες</i>	13
1.3. Περίληψη	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Κοινωνιογνωστική θεώρηση και συμπεριφορά υγείας	16
2.1. Κοινωνιογνωστικά μοντέλα συμπεριφοράς υγείας	19
<i>2.1.1. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία</i>	19
<i>2.1.2. Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς</i>	20
2.2. Σκεπτικό επιλογής μοντέλου για την παρούσα έρευνα	23
2.3. Περίληψη	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.	Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και μαστογραφία	26
3.1.	Η ΘΠΣ ως μοντέλο πρόβλεψης για την πρόθεση και την εφαρμογή μαστογραφίας	27
3.1.1.	Μεθοδολογία συστηματικής ανασκόπησης	27
3.1.1.1.	<i>Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού σχετικών ερευνών και αναζήτηση βιβλιογραφίας</i>	27
3.1.1.2.	<i>Ευρήματα αναζήτησης και συλλογή δεδομένων</i>	28
3.1.2.	Ευρήματα ανασκόπησης	33
3.1.2.1.	<i>Πρόθεση για εφαρμογή μαστογραφίας</i>	33
3.1.2.2.	<i>Στάση απέναντι στην πρόθεση για μαστογραφία</i>	33
3.1.2.3.	<i>Υποκειμενικοί κανόνες</i>	33
3.1.2.4.	<i>Αντιληπτός έλεγχος</i>	34
3.1.2.5.	<i>Ατομικές μεταβλητές και δημογραφικοί παράγοντες</i>	35
3.1.3.	Συμπεράσματα ανασκόπησης	36
3.2.	Περίληψη	38
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.	 Επέκταση της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς	 39
4.1	Σκεπτικό επέκτασης της Θεωρίας Προσχεδιασμένης συμπεριφοράς	39
4.2	Παράγοντες επέκτασης και ερευνητικά δεδομένα	43
4.2.1	<i>Προηγούμενη συμπεριφορά</i>	43
4.2.1.1	<i>Προηγούμενη συμπεριφορά και μαστογραφία</i>	44
4.2.2	<i>Αισιοδοξία</i>	45
4.2.2.1	<i>Αισιοδοξία και μαστογραφία</i>	47
4.2.3.	<i>Αντιληπτός κίνδυνος</i>	48
4.2.3.1.	<i>Αντιληπτός κίνδυνος και εφαρμογή μαστογραφίας</i>	50
4.2.4	<i>Χρονικός Προσανατολισμός</i>	51
4.2.4.1.	<i>Χρονικός προσανατολισμός και εφαρμογή μαστογραφίας</i>	54
4.3	Το θεωρητικό μοντέλο της παρούσας έρευνας – στόχοι και ερευνητικές υποθέσεις	55

ΜΕΡΟΣ 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Μεθοδολογία	59
5.1 Σχεδιασμός και τύπος διεξαγωγής έρευνας	59
5.1 Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων	59
5.2 Ψυχομετρικά εργαλεία έρευνας	60
5.2.1. <i>Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο Ατομικών Χαρακτηριστικών</i>	61
5.2.2. <i>Ερωτηματολόγιο Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς</i>	62
5.2.3. <i>Αυτοσχέδια Κλίμακα Αντιληπτού Κινδύνου</i>	66
5.2.4. <i>Κλίμακα Αισιοδοξίας</i>	68
5.2.5. <i>Ερωτηματολόγιο Χρονικού Προσανατολισμού</i>	69
5.3 Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης δεδομένων	71
5.3.1. <i>Έλεγχος και αντικατάσταση ελλিপών τιμών</i>	71
5.3.2. <i>Έλεγχος κανονικότητας κατανομών</i>	71
5.3.3. <i>Ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματολογίων</i>	71
5.3.3.1. <i>Έλεγχος αξιοπιστίας</i>	72
5.3.3.2. <i>Διερευνητική ανάλυση παραγόντων</i>	72
5.3.3.4. <i>Συγκλίνουσα, αποκλίνουσα και διαφορική εγκυρότητα</i>	73
5.3.3.3. <i>Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων</i>	74
5.3.5. <i>Μονοπαραγοντικές αναλύσεις</i>	75
5.3.6. <i>Πολυπαραγοντικές αναλύσεις</i>	75
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Ευρήματα	 77
6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	77
6.2 Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	79
6.3 Μέτρηση του συντελεστή εσωτερικής συνοχής	82
6.4 Παραγοντικές αναλύσεις για τις κλίμακες συλλογής δεδομένων	83
6.4.1. Ψυχομετρικός έλεγχος του ερωτηματολογίου της ΘΠΣ	83
6.4.1.1. <i>Διερευνητική ανάλυση παραγόντων της ΘΠΣ</i>	83
6.4.1.2. <i>Σχέση δημογραφικών και ατομικών στοιχείων υγείας με παράγοντες ΘΠΣ</i>	85
6.4.2. Ψυχομετρικός έλεγχος της αυτοσχέδιας κλίμακας Αντιληπτού Κινδύνου	86
6.4.2.1. <i>Σχέση δημογραφικών και ατομικών στοιχείων υγείας με αντιληπτό κίνδυνο</i>	86

6.4.3 Στάθμιση του ερωτηματολογίου μέτρησης χρονικού προσανατολισμού (<i>Zimbardo Time Perspective Inventory</i>)	87
6.4.3.1. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων του ZTPI	87
6.4.3.2. Έλεγχος συγκλίνουσας, αποκλίνουσας και διαφορικής εγκυρότητας	92
6.4.3.3. Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων του ZTPI	95
6.4.3.4. Σχέση δημογραφικών και ατομικών στοιχείων υγείας με χρονικό προσανατολισμό	96
6.5. Διερεύνηση της επίδρασης των παραγόντων του μοντέλου επέκτασης της ΘΠΣ στην πρόθεση για εφαρμογή μαστογραφίας	98
6.6 Διερεύνηση της επίδρασης των παραγόντων του μοντέλου επέκτασης της ΘΠΣ στην εφαρμογή μαστογραφίας	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Συζήτηση και συμπεράσματα	107
7.1 Στάθμιση ερωτηματολογίου χρονικού προσανατολισμού	108
7.2 Η επίδραση του μοντέλου επέκτασης της ΘΠΣ στην πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας	111
7.3 Η επίδραση του μοντέλου επέκτασης της ΘΠΣ στην εφαρμογή μαστογραφίας	115
7.4 Αλλαγή συμπεριφοράς στο πλαίσιο της ΘΠΣ	117
7.5 Περιορισμοί της παρούσας έρευνας	120
7.6 Συμπεράσματα και προτάσεις για μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες	122
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	125
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ενημερωτικό φυλλάδιο - Δελτίο συγκατάθεσης - Ερωτηματολόγιο έρευνας	147

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 3.1	Μελέτες για την διερεύνηση της πρόθεσης και της εφαρμογής μαστογραφίας στο πλαίσιο της ΘΠΣ	30
Πίνακας 6.1	Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	78
Πίνακας 6.2	Στοιχεία για την μαστογραφία και σχετικές συμπεριφορές υγείας	79
Πίνακας 6.3	Περιγραφικά χαρακτηριστικά μεταβλητών	81
Πίνακας 6.4	Μέσες τιμές ZTPI ανά χώρα	82
Πίνακας 6.5	Συντελεστές εσωτερικής συνοχής	83
Πίνακας 6.6	Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου της ΘΠΣ	84
Πίνακας 6.7	Συντελεστές συνάφειας μεταξύ των κλιμάκων της ΘΠΣ	85
Πίνακας 6.8	Διερευνητική παραγοντική ανάλυση ZTPI	89
Πίνακας 6.9	Περιγραφικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων του ZTPI	92
Πίνακας 6.10	Συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων ZTPI και ψυχολογικών μεταβλητών	94
Πίνακας 6.11	Συσχετίσεις μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών του μοντέλου επέκτασης της ΘΠΣ	97
Πίνακας 6.12	Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών και ατομικών στοιχείων υγείας με πρόθεση	99
Πίνακας 6.13	Ευρήματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη την πρόθεση για εφαρμογή μαστογραφίας	100
Πίνακας 6.14	Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών, ατομικών στοιχείων και εφαρμογή μαστογραφίας	103
Πίνακας 6.15	Συσχετίσεις μεταξύ ανεξάρτητων μεταβλητών	104
Πίνακας 6.16	Ευρήματα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη την συμπεριφορά μαστογραφίας	105

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Σχήμα 2.1	Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς	22
Σχήμα 4.1	Το θεωρητικό μοντέλο επέκτασης της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς	58
Διάγραμμα 6.1	Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση του ZTPI	95

Πρόλογος

Η παρούσα διατριβή αποτελεί μια προσπάθεια να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ των γνωστικών παραγόντων όπως αυτοί προσδιορίζονται στο πλαίσιο της κοινωνιογνωστικής θεώρησης και ψυχολογικών παραγόντων προσωπικότητας και ατομικών διαφορών συγκεκριμένα για την μελέτη της εφαρμογής μαστογραφίας. Η διερεύνηση της επέκτασης των κυρίαρχων κοινωνιογνωστικών μοντέλων που χρησιμοποιούνται για την μελέτη των συμπεριφορών υγείας με ψυχολογικούς παράγοντες ενδέχεται να συμβάλλει στην έρευνα για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων στο πλαίσιο της προληπτικής συμπεριφοράς υγείας.

Φθάνοντας στο τέρμα μιας μακρόχρονης πορείας αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν ώστε να ολοκληρωθεί αυτή η προσπάθεια.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα αυτής της διατριβής κ. Αναγνωστόπουλο Φώτη, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχολογίας της Υγείας του τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου για την συμβολή του στην επαγγελματική και προσωπική μου ανάπτυξη. Θα ήθελα να του εκφράσω τις ευχαριστίες μου, για τις γνώσεις που μου μετέδωσε, για την υπομονή, το αμέριστο ενδιαφέρον και την ανεκτίμητη και διαρκή καθοδήγηση που μου προσέφερε σε όλη την διάρκεια του σχεδιασμού και της εκπόνησης της παρούσας διατριβής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τα άλλα δύο μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, τον κ. Ποταμιάνο Γρηγόρη, Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας του τμήματος ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου για την συμβολή του στον σχεδιασμό της έρευνας, τις εύστοχες παρατηρήσεις του και την θερμή του συμπαράσταση, καθώς και την κ. Μαντόγλου Σουλτάνα, Καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου για την βοήθεια και την ενθάρρυνση που μου προσέφερε.

Τις συναδέλφους υποψήφιους διδάκτορες κ. Φιλίππα Κολοκοτρώνη και κ. Ναταλία Κουτρούλη, καθώς και την Δρ. Κλεάνθη Γουρουντή, για την πολύτιμη ηθική και υλικοτεχνική υποστήριξή τους σε όλη την διάρκεια αυτής της δύσκολης προσπάθειας.

Την κ. Αγγελάτου Ουρανία, Προϊσταμένη του Τμήματος Μαστογραφίας του Αντικαρκινικού – Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών Άγιος Σάββας, καθώς και το

προσωπικό του συγκεκριμένου τμήματος για την καθοριστική συμβολή τους στην διεξαγωγή αυτής της μελέτης.

Επιπρόσθετα, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλες τις γυναίκες που αποτέλεσαν το ερευνητικό υλικό αυτής της μελέτης για την ανιδιοτελή συνεισφορά τους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φίλους μου Στέβη, Μαρία, Κορίνα, Τερέζα, Θανάση και Αντώνη για την ακλόνητη υποστήριξη, και αμείωτη ενθάρρυνση που μου προσέφεραν όλα αυτά τα χρόνια.

Η παρούσα διατριβή αφιερώνεται με ευγνωμοσύνη στους γονείς μου π. Κωνσταντίνο και Αργυρή, για την οικονομική και κυρίως την συναισθηματική υποστήριξη και φροντίδα με την οποία με περιέβαλαν σε όλες τις φάσεις αυτής της μακρόχρονης πορείας.

Φ.Κ.Γ
Αθήνα, 2012

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διδακτορική διατριβή παρουσιάζει τα αποτελέσματα μελέτης που διερεύνησε την δυνατότητα επέκτασης ενός κοινωνιογνωστικού μοντέλου πρόβλεψης συμπεριφοράς στο πλαίσιο της πρόβλεψης της πρόθεσης για την εφαρμογή μαστογραφίας. Αποτελείται στο σύνολό της από δύο μέρη που περιλαμβάνουν επτά κεφάλαια. Το πρώτο μέρος είναι το γενικό εισαγωγικό μέρος που περιλαμβάνει το θεωρητικό υπόβαθρο της μελέτης και την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Το πρώτο κεφάλαιο αυτού του μέρους, εισάγει τον καρκίνο του μαστού ως ζήτημα της δημόσιας υγείας, παραθέτοντας επιδημιολογικά στοιχεία, σύντομη επισκόπηση των διαθέσιμων τεχνικών έγκαιρης ανίχνευσης, με έμφαση στην μαστογραφία καθώς και αναφορά στους καθοριστικούς παράγοντες που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την εφαρμογή της μαστογραφίας ως συμπεριφορά πρόληψης. Το δεύτερο κεφάλαιο, διερευνά τον ρόλο της κοινωνιογνωστικής θεώρησης στην ψυχολογική έρευνα για τον τομέα της υγείας και περιλαμβάνει επισκόπηση των δύο πιο ευρέως διαδεδομένων κοινωνιογνωστικών μοντέλων, του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία και της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, αναλύοντας το σκεπτικό επιλογής του δεύτερου μοντέλου για τους στόχους της παρούσας έρευνας. Το τρίτο κεφάλαιο, αφορά σε βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών που μελετούν την πρόθεση για εφαρμογή μαστογραφίας και την συμπεριφορά μαστογραφίας με βάση την Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς καθώς και διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της πρόβλεψης των παραγόντων του μοντέλου σε σχέση με την μαστογραφία. Εν συνεχεία, στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το σκεπτικό επέκτασης της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και οι προτεινόμενοι παράγοντες επέκτασης, καταλήγοντας στην διατύπωση των στόχων, των ερευνητικών υποθέσεων και του προτεινόμενου μοντέλου για την παρούσα μελέτη.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει την έρευνα και αποτελείται από τρία κεφάλαια. Το πέμπτο κεφάλαιο, η μεθοδολογία, παρουσιάζει τον σχεδιασμό της έρευνας, το δείγμα και τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων, τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και τις ψυχομετρικές ιδιότητες αυτών, καθώς και τις στατιστικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων. Το έκτο κεφάλαιο, τα ευρήματα, παρουσιάζει τα ευρήματα των στατιστικών αναλύσεων των δεδομένων. Το έβδομο κεφάλαιο της διδακτορικής διατριβής, η συζήτηση, παρουσιάζει τη

συνολική ερμηνεία των ευρημάτων της μελέτης, τους περιορισμούς της μελέτης, τα τελικά συμπεράσματα και τις προτάσεις για μελλοντική έρευνα στο πλαίσιο των προληπτικών συμπεριφορών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Καρκίνος μαστού και μαστογραφία

Ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει τον γυναικείο πληθυσμό περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη μορφή καρκίνου. Μέχρι σήμερα, θεωρείται η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Jemal et al., 2008) ενώ είναι υπεύθυνος για το 17.5% των θανάτων που προκαλούνται από καρκίνο στην Ευρώπη (Ferlay et al., 2007). Πολλοί και διαφορετικοί είναι οι παράγοντες κινδύνου που έχουν εντοπιστεί στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού με πιο σημαντικούς την ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό. Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού στην ηλικία των 70 (1 στις 200 γυναίκες) είναι 20 φορές υψηλότερη συγκριτικά με την ηλικία των 30 (1 στις 4000 γυναίκες) (Ries, Kosary, Hankey, Miller, & Edwards, 1999). Επιπλέον μια γυναίκα με οικογενειακό ιστορικό, ειδικά συγγενών πρώτου βαθμού που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού, έχει τουλάχιστον διπλάσιες πιθανότητες να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού συγκριτικά με άλλες γυναίκες που δεν έχουν τέτοιου είδους οικογενειακό ιστορικό (Hulka & Stark, 1995). Άλλοι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται με την μακροχρόνια έκθεση σε οιστρογόνα (πρώιμη έναρξη εμμηνορρυσίας και καθυστερημένη εμμηνόπαυση, πρώτη εγκυμοσύνη μετά την ηλικία των 35 ετών ή απουσία εγκυμοσύνης, παρατεταμένη χορήγηση οιστρογόνων σε πλαίσιο ορμονικής αποκατάστασης) καθώς επίσης και την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, την παχυσαρκία ή την προϋπάρχουσα καλοήγη παθολογία στο μαστό (Cuzick, 2003; Russo & Russo, 1995). Τα τελευταία χρόνια, οι εξελίξεις στον τομέα της γενετικής έχουν στρέψει το ενδιαφέρον στην γενετική προδιάθεση που συμβάλει στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και η οποία σχετίζεται με την μετάλλαξη των γονιδίων BRAC1/BRAC2, γονίδια που είναι υπεύθυνα για την φυσιολογική ανάπτυξη των μαστών και την επανόρθωση οποιασδήποτε βλάβης στα κύτταρα τους (Miki, Swensen, Shattuck-Eidens et al., 1994; Wooster, Bignell, Lancaster et al., 1995). Πλέον υπάρχει η δυνατότητα να ανιχνευθεί εργαστηριακά η ύπαρξη αυτών των μεταλλάξεων, ωστόσο ερευνητικά έχει βρεθεί πως το μεγαλύτερο ποσοστό περιπτώσεων των καρκίνου του μαστού που συνδέεται με την ύπαρξη αυτών των μεταλλάξεων αφορά κυρίως σε γυναίκες που λαμβάνουν την διάγνωση πριν την ηλικία των 30 ετών, επισημαίνοντας ότι πρόκειται για συγκεκριμένη ομάδα γυναικών όπου η διάγνωση οφείλεται πρωτίστως σε κληρονομικούς παράγοντες (Claus, Risch & Thompson, 1991). Για τον υπόλοιπο γενικό πληθυσμό, η μαστογραφία θεωρείται

έως και σήμερα η καλύτερη διαθέσιμη επιλογή για την μείωση του ποσοστού θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού.

1.1. Ανίχνευση και πρόληψη καρκίνου μαστού

Η αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων θεραπειών εξαρτάται από το στάδιο εξέλιξης του καρκίνου στην αρχή της θεραπευτικής διαδικασίας, και ως εκ τούτου η προώθηση της έγκαιρης ανίχνευσης θεωρείται προτεραιότητα. Το κόστος της θεραπείας για καρκίνο σε αρκετά εξελιγμένο στάδιο είναι πολύ πιο υψηλό, από ψυχολογική αλλά και οικονομική άποψη, σε σχέση με το κόστος των δραστηριοτήτων που εντάσσονται στο πλαίσιο της δευτερογενούς πρόληψης, όπως είναι τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (Roberts & Birch, 2001). Η δευτερογενής πρόληψη, μια έννοια που είναι συνυφασμένη με την έγκαιρη ανίχνευση, στοχεύει στην αντιμετώπιση και διαχείριση των εκάστοτε συνθηκών ή συμπτωμάτων με απώτερο στόχο να αμβλύνει την σοβαρότητα ή να μειώσει την διάρκεια ενός προβλήματος υγείας, σε αντιδιαστολή με την πρωτογενή πρόληψη, ο στόχος της οποίας είναι να προλάβει την εμφάνιση οποιοδήποτε προβλήματος υγείας. Δεδομένου ότι ο καρκίνος είναι ένα πολύπλοκο πρόβλημα υγείας του οποίου οι αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης δεν έχουν επαρκώς αποσαφηνιστεί, η πρωτογενής πρόληψη καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη. Συνεπώς, η δευτερογενής πρόληψη βρίσκεται στο επίκεντρο όλων των προσπαθειών σε πλαίσιο δημόσιας υγείας, που στην περίπτωση καρκίνου του μαστού εστιάζουν κυρίως σε συμπεριφορές ανίχνευσης και έγκαιρου εντοπισμού. Η εφαρμογή μαστογραφίας θεωρείται ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για τον έγκαιρο εντοπισμό του καρκίνου στον μαστό, καθώς έχει σχετιστεί με μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας (Botha, Bray, Sankila & Parkin; Elmore, Armstrong, Lehman, & Fletcher, 2005; Klemi et al., 2003), εντούτοις στην ίδια κατηγορία πρόληψης εντάσσονται και δύο άλλες μέθοδοι· η αυτοεξέταση μαστού και η κλινική ψηλάφηση. Ακολουθεί μια σύντομη παρουσίαση των τριών μεθόδων, με ιδιαίτερη έμφαση στην αποτελεσματικότητα της κάθε μιας για τον έγκαιρο εντοπισμό του καρκίνου του μαστού.

1.1.1. Αυτοεξέταση Μαστού

Η αυτοεξέταση αφορά στην διαδικασία εξοικείωσης με τον μαστό με στόχο την αύξηση της πιθανότητας να εντοπιστεί οποιαδήποτε αλλαγή σε αυτόν. Περιλαμβάνει οπτική εξέταση και ψηλάφηση των μαστών, με έναν συγκεκριμένο, βήμα προς βήμα τρόπο, και συνήθως συστήνεται να εφαρμόζεται τακτικά, με μια συγκεκριμένη συχνότητα (π.χ., μια φορά τον μήνα, την ίδια περίοδο κάθε μήνα) (Boyle et al., 2003; Smith, Cokkinides & Brawley, 2009). Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια έντονη αμφισβήτηση σχετικά με το αν η αυτοεξέταση θα πρέπει να συστήνεται σαν μέθοδος δευτερογενούς πρόληψης. Μια πρόσφατη ανασκόπηση ερευνών κατέληξε πως η αυτοεξέταση μαστού δεν συνεισφέρει σε μείωση του ποσοστού θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού (Baxter et al., 2001), ενώ ταυτόχρονα επιβεβαίωσε παλιότερες επιδημιολογικές έρευνες που καταδεικνύουν πως η αυτοεξέταση μαστού οδηγεί σε άσκοπα ιατρικές επισκέψεις και εξετάσεις βιοψίας που αυξάνουν το οικονομικό κόστος αλλά και την ανησυχία των εξεταζόμενων (Semiglazov et al., 1992; Ellman, Moss, Coleman, & Chamberlain, 1993). Τα δεδομένα αυτά οδήγησαν κάποιους ερευνητές να ισχυριστούν πως οι επίσημες οδηγίες για τις συμπεριφορές πρόληψης καρκίνου μαστού οφείλουν να τροποποιηθούν έτσι ώστε να μην περιλαμβάνουν την αυτοεξέταση μαστού (Baxter et al., 2001; Harris & Kisinger, 2002). Πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε πως η αυτοεξέταση δεν αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εφαρμογή μαστογραφίας (Jelinski et al., 2005) εντούτοις, δεν έχει ακόμα αποδειχθεί ερευνητικά αν η προώθηση και η εκπαίδευση στην αυτοεξέταση μαστού επιδρά θετικά στην ενημερότητα των γυναικών γύρω από θέματα υγείας μαστού. Στο ενδιαμέσο, στην Αμερική, στην Ευρώπη, και στην Αυστραλία, οι επίσημες οδηγίες των αντίστοιχων φορέων, συνεχίζουν να συνιστούν την αυτοεξέταση μαστού για γυναίκες άνω των 20 ετών, σαν μέσο εξοικείωσης με τον μαστό, χωρίς να προτείνουν κάποια συγκεκριμένη μέθοδο ή συχνότητα εφαρμογής, τονίζοντας παράλληλα πως η αυτοεξέταση είναι προαιρετική και όχι απαραίτητη ως προληπτική συμπεριφορά υγείας (Boyle et al., 2003; Smith et al., 2003; Smith, Cokkinides, & Eyre, 2005).

1.1.2. Κλινική Ψηλάφηση

Η κλινική ψηλάφηση είναι μια διαδικασία εξέτασης του μαστού που εκτελείται από γιατρό ή από εκπαιδευμένο ειδικό υγείας και περιλαμβάνει την διερεύνηση του

μαστού αρχικά οπτικά και την συστηματική ψηλάφηση του ιστού του μαστού καλύπτοντας την περιοχή που εκτείνεται από το οστό τις κλείδας, μέχρι το εσωτερικό μέρος του βραχίονα και ως την βάση του μαστού. Η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου είναι δύσκολο να καθοριστεί μιας και δεν υπάρχουν τυχαιοποιημένες μελέτες που να συγκρίνουν την κλινική ψηλάφηση με την απουσία οποιασδήποτε άλλης παρέμβασης ενώ η πλειοψηφία των δημοσιευμένων ερευνών αφορούν στην συνδυαστική αποτελεσματικότητα κλινικής ψηλάφησης και μαστογραφίας για τον εντοπισμό καρκίνου του μαστού (Barton, Harris, & Fletcher, 1999). Η κλινική ψηλάφηση φαίνεται να συνεισφέρει σε κάποιο βαθμό στην ανίχνευση καρκίνου του μαστού, χωρίς όμως απαραίτητα να προσφέρει κάτι επιπλέον από αυτό που προσφέρει η μαστογραφία σε επίπεδο πρόληψης (Bobo, Lee, & Thames, 2000; Miller, Baines, & Wall, 2000), ενώ δείχνει να συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με περιπτώσεις ψευδών-θετικών αποτελεσμάτων και σε ακόμα μεγαλύτερο με περιπτώσεις ψευδών-αρνητικών αποτελεσμάτων (Elmore, Barton, Mocer, Polk, Arena, & Fletcher, 1998). Εντούτοις, τα προαναφερόμενα δεδομένα, δεν αποκλείουν το ενδεχόμενο η κλινική ψηλάφηση να παρέχει ευεργετικό όφελος για εκείνες τις γυναίκες που δεν εφαρμόζουν συχνά μαστογραφία ένεκα ηλικίας, περιορισμένης πρόσβασης σε κέντρα μαστογραφίας, ή ακόμα και προσωπικής επιλογής. Σύμφωνα με τον Smith (2003), η κλινική ψηλάφηση όταν εφαρμόζεται πριν από την μαστογραφία, ενδέχεται να συμβάλει στην αναγνώριση κάποιας ανωμαλίας η οποία μπορεί να μην είναι ακόμα άμεσα εμφανής στην μαστογραφία όπως συμβαίνει συχνά στην περίπτωση νεαρών γυναικών με πυκνότητα μαστού. Οι ειδικοί υγείας για την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρόληψης στην Αμερική (US Preventive Task Force) κατέληξαν πως δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις για να εισηγηθούν είτε υπέρ, είτε κατά της παροχής της κλινικής ψηλάφησης ως μέθοδο πρόληψης (Humphrey, Helfand, Chan & Woolf, 2002), ενώ οι συστάσεις των σχετικών οργανισμών σε Αμερική και Ευρώπη, (American Cancer Society, European Breast Cancer Network) προτείνουν την εφαρμογή κλινικής ψηλάφησης, αν και υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση όσον αφορά την συχνότητα ή την ηλικία (Boyle et al., 2003; Smith et al., 2003). Σύμφωνα με τους Saslow et al. (2004), δεδομένου ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να καθιστούν την κλινική ψηλάφηση ως επιβλαβή μέθοδο, οι προσπάθειες οφείλουν να στραφούν στην βελτίωση των τεχνικών που χρησιμοποιούνται για την κλινική ψηλάφηση και στην εκπαίδευση των ειδικών που τις εφαρμόζουν για την βέλτιστη απόδοση της διαδικασίας.

1.1.3. Μαστογραφία

Η μαστογραφία πρόκειται για μια ακτινολογική απεικόνιση του ιστού των μαστών με στόχο τον εντοπισμό ανωμαλιών σε γυναίκες που δεν έχουν παρουσιάσει κάποιο κλινικό σύμπτωμα. Εκτελείται από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, σε ειδικό μηχάνημα και περιλαμβάνει δύο απεικονίσεις για τον κάθε μαστό, από διαφορετική οπτική γωνία. Τα τελευταία χρόνια η κλασική ή αναλογική μαστογραφία βαθμιαία αντικαθίσταται από την ψηφιακή μαστογραφία. Η βασική διαφορά είναι ότι στην αναλογική μαστογραφία χρησιμοποιείται το φιλμ ως μέσο καταγραφής των διαγνωστικών εικόνων, ενώ στην ψηφιακή χρησιμοποιείται ψηφιακός ανιχνευτής και ηλεκτρονικός υπολογιστής, με συνέπεια μαστογραφίες καλύτερης ευκρίνειας, με πιο αξιόπιστα αποτελέσματα και με χαμηλότερη ακτινοβολία. Το σύστημα της ψηφιακής μαστογραφίας έχει την ικανότητα να διακρίνει εξαιρετικά μικρού μεγέθους ευρήματα και θεωρείται η ιδανική μέθοδος για γυναίκες νεαρής ηλικίας στις οποίες εντοπίζεται μεγάλη πυκνότητα μαστού (National Cancer Institute, 2007).

Αναλογική ή ψηφιακή, η μαστογραφία θεωρείται η πιο αποτελεσματική μέθοδος για τον έγκαιρο εντοπισμό του καρκίνου του μαστού. Παρότι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού φαίνεται να αυξάνει σταθερά σε ανεπτυγμένες χώρες της Αμερικής και της Ευρώπης ταυτόχρονα φαίνεται να μειώνεται και το ποσοστό θνησιμότητας (Anderson, Jatoi, & Devesa, 2006; Blanks, Moss, McGahan, Quinn & Babb, 2000; Madlensky, Goel, Polzer & Ashbury, 2003; Schopper & de Wolf, 2009). Σύμφωνα με τους Klemi et al. (2003), η αύξηση του αριθμού των διαγνώσεων, παράλληλα με την μείωση του αριθμού της θνησιμότητας, σε μεγάλο βαθμό, αποδίδεται στον έγκαιρο εντοπισμό του καρκίνου μέσω της συστηματικής μαστογραφίας. Μια σειρά από αξιοσημείωτα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζει μια τέτοια διαπίστωση. Μια τυχαιοποιημένη μελέτη ελέγχου (randomised controlled trial) στην Σουηδία, σε μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων (N = 162,981) κατέληξε πως το πληθυσμιακό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου μείωσε σημαντικά όχι μόνο το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού αλλά και το ποσοστό των διάγνωσης του καρκίνου σε εξελιγμένο στάδιο (Tabar, Gad, Holmberg, & Ljungquist, 1985). Επιπλέον, μετα-ανάλυση ερευνών που περιλάμβανε 13 τυχαιοποιημένες μελέτες ελέγχου που αξιολογούσαν την αποτελεσματικότητα της μαστογραφίας συμπέρανε πως η προληπτική μαστογραφία ευθύνεται για την μείωση της θνησιμότητας σε

ποσοστό 26% σε γυναίκες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 50-74 ετών (Kerlikowske, Grady, Rubin, Sandrock, & Ernster, 1995). Μια πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση, που περιλάμβανε 8 τυχαιοποιημένες μελέτες, κατέληξε στο συμπέρασμα πως η μαστογραφία μείωσε σημαντικά το ποσοστό της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού για γυναίκες ηλικίας 40-74 ετών, ενώ πρόσθεσε παράλληλα πως η ετήσια μαστογραφία ήταν πιο αποτελεσματική στην μείωση αυτού του ποσοστού συγκριτικά με την διετή μαστογραφία (Humphrey, Helfand, Chan & Woolf, 2002).

Παράλληλα, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα από μεμονωμένες έρευνες αξιολόγησης προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες. Στην Ολλανδία, το ποσοστό της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού μειώθηκε κατά 19% στα 11 χρόνια που μεσολάβησαν από την έναρξη λειτουργίας του προγράμματος (Otto et al., 2003). Σε μια αντίστοιχη έρευνα στην Σουηδία που περιλάμβανε προγράμματα από επτά διαφορετικές περιοχές, το ποσοστό μείωσης έφτανε στο 32% για τα προγράμματα που είχαν συμπληρώσει 10 χρόνια λειτουργίας (Duffy et al., 2002). Στην Αγγλία και Ουαλία η αποτελεσματικότητα του προγράμματος αξιολογήθηκε συγκρίνοντας την θνησιμότητα μετά την έναρξη του προγράμματος σε σχέση με αυτή που θα αναμενόταν ελλείψει λειτουργίας του προγράμματος του και από το 21% του ποσοστού μείωσης, το 6% αποδόθηκε στην μαστογραφία και το υπόλοιπο στην εξελιγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση (Blanks, Moss, McGahan, Quinn & Babb, 2000).

Συμπερασματικά, υπάρχουν αξιοσημείωτες ερευνητικές αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της μαστογραφίας που έρχονται να συμπληρώσουν προηγούμενα ευρήματα τα οποία υποδεικνύουν πως η προληπτική μαστογραφία πέραν της συμβολής της στην μείωση του ποσοστού της θνησιμότητας, συμβάλει εξίσου σημαντικά στην βελτίωση της ποιότητα ζωής για όσες γυναίκες επέζησαν από καρκίνο του μαστού, καθώς μετριάζει την ανάγκη για δραστική χειρουργική παρέμβαση ή μακροχρόνια επεμβατική θεραπεία (Hall, Gerard, Salkeld, & Richardson, 1992). Ως εκ τούτου, οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες έχουν αναπτύξει επίσημες οδηγίες και προγράμματα για να ενισχύσουν και να διευκολύνουν τον τακτικό προληπτικό έλεγχο του μαστού μέσω της μαστογραφίας. Ωστόσο, φαίνεται να μην υπάρχει μια κοινή γραμμή ως προς αυτές τις συστάσεις, δεδομένου ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις που σχετίζονται με την προτεινόμενη ηλικία έναρξης

αλλά και την συχνότητα εφαρμογής της μαστογραφίας. Στην Αμερική συστήνεται από τους ανάλογους φορείς ετήσια μαστογραφία για όλες τις γυναίκες ηλικίας 40 και άνω (Smith, Cokkinides, & Brawley, 2009), ενώ στην Μ. Βρετανία και στην Αυστραλία, η μαστογραφία συστήνεται να εφαρμόζεται κάθε δύο χρόνια για όλες τις γυναίκες ηλικίας 50 έως 69 ετών (Boyle et al., 2003), ωστόσο στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες τα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου συμπεριλαμβάνουν γυναίκες από την ηλικία των 40 και μετά (Hakama, Coleman, Alexe, & Auvinen, 2008). Στην Ελλάδα δεν υπάρχει μέχρι στιγμής οργανωμένο πρόγραμμα πληθυσμιακού προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, ή επίσημες οδηγίες από κάποιο αρμόδιο φορέα δημόσιας υγείας για την ηλικία έναρξης ή την συχνότητα εφαρμογής της μαστογραφίας. Η Ελληνική Εταιρία Μαστολογίας προτείνει ετήσια μαστογραφία για όλες τις γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών, και σε αυτές τις οδηγίες έχει στηριχθεί και ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως στον αντίποδα των ευρημάτων για την αποτελεσματικότητα της μαστογραφίας κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν πως η τακτική μαστογραφία μπορεί να οδηγήσει σε ιδιαίτερη αύξηση της διάγνωσης και της θεραπείας αλλοιώσεων οι οποίες δεν προορίζονταν να εμφανίσουν συμπτώματα. Τέτοιου είδους αλλοιώσεις που παρατηρούνται στην μαστογραφία μπορεί να πληρούν τα κριτήρια από ιστολογικής άποψης για κακοήθεια, ωστόσο να συμπεριφέρονται κλινικά στα πλαίσια μιας καλοήθους αλλοίωσης χωρίς εξέλιξη, και οι οποίες θα διέφευγαν οποιασδήποτε διάγνωσης και θεραπείας αν δεν υπήρχε η μαστογραφία (Barratt, Howard, Irwig, Salkeld, & Houssami, 2005; Hakama, Coleman, Alexe, & Auvinen, 2008). Η διάγνωση τέτοιου είδους αλλοιώσεων, όπως η ανίχνευση επιτόπιου πορογενούς καρκινώματος (*ductal carcinoma in situ*), που διαφέρει από τις ψευδείς-θετικές διαγνώσεις, συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ανησυχίας και η επακόλουθη θεραπεία επηρεάζει την ζωή των γυναικών σε πολλά επίπεδα, παρόλο που στην συγκεκριμένη περίπτωση πρόκειται για «ψευδοασθένεια» όπως ερευνητές και επαγγελματίες υγείας την αποκαλούν (Jorgensen, Klahn, & Gotzsche, 2007; Schwartz, Woloshin, Fowler, & Welch, 2004). Το συνεπαγόμενο επιχείρημα αυτού του αντίλογου είναι πως τέτοιου είδους πληροφορίες είναι σημαντικό να συμπεριλαμβάνονται στην ενημέρωση των γυναικών για την εφαρμογή μαστογραφίας, έτσι ώστε να μην υπάρχει μονομερής πληροφόρηση και να δίνεται η

δυνατότητα στην γυναίκα να αποφασίζει ανεπηρέαστα για την εφαρμογή μαστογραφίας.

1.2. Καθοριστικοί παράγοντες στην εφαρμογή μαστογραφίας

Παρά την ύπαρξη διαφορών σχετικά με την ηλικία έναρξης για την εφαρμογή μαστογραφίας ή την συχνότητα, αυτό στο οποίο φαίνεται να συμφωνούν ερευνητές και φορείς είναι η ανάγκη για αύξηση του ποσοστού συμμετοχής, μιας και συχνά παρατηρείται ασυμφωνία μεταξύ της προτεινόμενης και της πραγματικής εφαρμογής της μαστογραφίας (Botha, Bray, Sankila & Parkin, 2003; Consedine, Magai, & Neugut, 2004). Πιο συγκεκριμένα, ο αριθμός των γυναικών που υποβάλλονται σε μαστογραφία θεωρείται ακόμα σχετικά χαμηλός, ειδικά στην Ευρώπη, όπου σύμφωνα με πρόσφατες μετρήσεις σε 25 χώρες, μόνο τρεις στις δέκα γυναίκες (31%) φέρονται να έχουν υποβληθεί σε μαστογραφία κατά την διάρκεια του περασμένου έτους (Special Eurobarometer 2007), σε σύγκριση με την Αμερική όπου έξι στις δέκα γυναίκες (61.2%) υποβάλλονται ετησίως σε μαστογραφία (American Cancer Society, 2009). Σε πρόσφατη πανελλαδική έρευνα, μόνο το 54% των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών δήλωσαν να έχουν υποβληθεί σε μαστογραφία τα τελευταία 3 χρόνια, ποσοστό που θεωρείται χαμηλό σε σχέση με το ποσοστό συμμετοχής που συναντάται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Dimitrakaki, Boulamatsis, Mariolis, Kontodimopoulos, Niakas, & Tountas, 2009).

Συνεπώς, ο εντοπισμός των παραγόντων που συνεισφέρουν στην απόφαση μιας γυναίκας να εμπλακεί ή όχι σε έλεγχο μαστού είναι ένα αίτημα μείζονος σημασίας το οποίο έχει απασχολήσει πληθώρα ερευνητικών μελετών, συμπεριλαμβανομένης της παρούσας έρευνας, με αφετηρία ποικίλα θεωρητικά πλαίσια. Ο εντοπισμός αυτών των παραγόντων συνεισφέρει στον σχεδιασμό παρεμβάσεων για την αποτελεσματική προώθηση της μαστογραφίας, αυξάνοντας το ενδεχόμενο έγκαιρου εντοπισμού και της επιτυχούς αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. Ακολουθεί μια σύντομη περιγραφή των κυριότερων παραγόντων που έχουν επισημανθεί για τον καθοριστικό τους ρόλο στην απόφαση για προληπτικό έλεγχο μαστογραφίας.

1.2.1. Κοινωνικο-οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες

Αναφορικά με τους δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα συμμετοχής σε προγράμματα μαστογραφίας ή γενικότερα την συμμόρφωση στις εκάστοτε οδηγίες για την εφαρμογή της μαστογραφίας τα αποτελέσματα των ερευνών φαίνονται να ποικίλουν. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται θετικά σε κάποιες έρευνες με την εφαρμογή μαστογραφίας (Montano & Taplin, 1991) αλλά και την πρόθεση για εφαρμογή (Tolma et al., 2003), ενώ σε κάποιες άλλες φαίνεται να σχετίζεται με την αποχή από προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (Rodriguez et al., 1995; Drossaert et al., 2003). Η διαφορετική επίδραση του μορφωτικού επιπέδου μπορεί να εξηγηθεί από τις διαφορές στο περιβάλλον διεξαγωγής των ερευνών καθώς οι τελευταίες αφορούν σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και ενδέχεται οι γυναίκες υψηλού μορφωτικού και πιθανότατα και αντίστοιχου οικονομικού επιπέδου να μην επιλέγουν για την εφαρμογή μαστογραφίας τέτοιου είδους προγράμματα και να προτιμούν είτε ιδιωτικές κλινικές, είτε κέντρα μαστού γενικών νοσοκομείων, με δική τους πρωτοβουλία και σε χρόνο που καθορίζουν αυτές. Ωστόσο, η συγκεκριμένη ερμηνεία χρειάζεται να αποδειχθεί ερευνητικά. Η οικογενειακή κατάσταση είναι ένας επιπλέον παράγοντας που συναντάται ερευνητικά, με την απουσία συντρόφου να σχετίζεται με μειωμένη συμμετοχή των γυναικών σε έλεγχο μαστογραφίας (Drossaert et al., 2003) καθώς έχει παρατηρηθεί πως οι πεποιθήσεις των συντρόφων επηρεάζουν την απόφαση των γυναικών να συμμετάσχουν σε έλεγχο μαστογραφίας (Steadman et al., 2002; Steadman & Rutter, 2004). Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα σχετικά με την ηλικία παρουσιάζουν μια συνέπεια ανάμεσα στις μελέτες καθώς οι αρκετά μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά εφαρμογής μαστογραφίας (Lauver, Sharon, Kay, & Younggran, 1997; Michielutte, Dignan, & Smith, 1999; Tolma et al, 2003) αλλά και συμμετοχής σε προγράμματα ελέγχου σε σχέση με τις μικρότερες σε ηλικία γυναίκες (Rodriguez et al., 1995; Drossaert et al., 2003). Η εφαρμογή άλλων συμπεριφορών υγείας, όπως για παράδειγμα ο έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας με το ευρέως διαδεδομένο τεστ Παπανικολάου, σχετίζονται θετικά με την εφαρμογή μαστογραφίας (Aro, de Koning, Absetz, & Schreck, 1999; Miedema & Tatemichi, 2003; Montano & Taplin, 1991), ωστόσο ένα ενδιαφέρον εύρημα είναι πως η αυτοεξέταση του μαστού μειώνει την πρόθεση για μαστογραφία (Drossaert et al., 2003; Tolma et al, 2003) οδηγώντας στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες που

εξασκούν τακτικά αυτοεξέταση του μαστού ενδέχεται να νιώθουν λιγότερο ευάλωτες στην πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού και κατά συνέπεια και λιγότερο πιθανές να εφαρμόσουν μαστογραφικό έλεγχο. Σε πρόσφατη πανελλαδική έρευνα, το μορφωτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο δεν σχετίζονταν με την εφαρμογή μαστογραφίας και ο μόνος προβλεπτικός παράγοντας ήταν η ηλικία, όπου οι γυναίκες που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50 και 59 ετών είχαν μεγαλύτερα ποσοστά συμμετοχής σε σχέση με αυτές της ηλικιακής ομάδας των 60 - 69 ετών (Dimitrakaki, Boulamatsis, Mariolis, Kontodimopoulos, Niakas, & Tountas, 2009)

Τα τελευταία χρόνια η διαπολιτισμική έρευνα έχει συμβάλει αρκετά στο να εντοπιστούν παράγοντες που σχετίζονται με πολιτισμικές διαφορές στην εφαρμογή συμπεριφορών υγείας. Οι πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας είτε απευθείας, είτε μέσω της επίδρασής που προκαλούν σε γνωστικούς παράγοντες όπως η στάση ή πρόθεση για την εφαρμογή μιας συμπεριφοράς υγείας (Ashing-Giwa, 1999; Betancourt, Flynn, & Hodges, 2006). Σε πρόσφατη έρευνα παρατηρήθηκε πως η αύξηση του ποσοστού στην εφαρμογή μαστογραφίας ήταν μεγαλύτερη για τις γυναίκες με Αγγλοσαξονική καταγωγή σε σχέση με αυτές που είχαν Ισπανόφωνη καταγωγή (Breen, Wagener, Brown, Davis, & Ballard-Barbash, 2001), καταδεικνύοντας πως οι παρεμβάσεις των τελευταίων ετών για την αύξηση της εφαρμογής μαστογραφίας ήταν πιο αποτελεσματικές για την πρώτη πληθυσμιακή ομάδα και λιγότερο για την δεύτερη. Ταυτόχρονα παρατηρούνται διαφοροποιήσεις αναφορικά με την εμφάνιση καρκίνου μαστού και την θνησιμότητα ανάμεσα σε διαφορετικούς πληθυσμούς στην Αμερική (Jacobs & Lauderdale, 2001). Η μοιρολατρική στάση απέναντι στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι ένας πολιτισμικός παράγοντας που παρατηρείται συχνά σε έρευνες για την εφαρμογή μαστογραφίας σε συγκεκριμένους πληθυσμούς όπως αυτών των Ισπανόφωνων, Μεξικανο-Αμερικάνων, Αφρικο-Αμερικανών και Αραβο-μουσουλμάνων γυναικών (Bowie, Curbow, LaVeist, Fitzgerald, & Zabora, 2003; Skinner, Champion, Menon, & Seshadri, 2002; Terán, Baezconde-Garbanati, Márquez, Castellanos, & Belkić, 2007) ταυτόχρονα με άλλους παράγοντες όπως η ντροπή, εμπόδια που αφορούν στην γλώσσα, ή ακόμα και θέματα θρησκευτικής και ηθικής προέλευσης, όπως για παράδειγμα η αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι μια θεόσταλτη τιμωρία ως αποτέλεσμα μιας ανήθικης συμπεριφοράς (Austin, Ahmad, McNally, & Stewart, 2002; Soskolne, Marie, & Manor, 2007). Τέτοιου είδους

ερευνητικά δεδομένα συμβάλλουν στην επέκταση των θεωρητικών μοντέλων συμπεριφοράς υγείας και τα καθιστούν πιο αποτελεσματικά στην πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας ενώ ταυτόχρονα ενισχύουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που προκύπτουν βάσει αυτών.

1.2.2. Ψυχολογικοί και γνωστικοί παράγοντες

Η έρευνα για την προληπτική συμπεριφορά στο πέρασμα των χρόνων απομακρύνθηκε από την έμφαση στους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες και επεκτάθηκε στην μελέτη της επίδρασης των ψυχολογικών και των γνωστικών παραγόντων. Πρόσφατη μετα-ανάλυση κατέληξε πως η ερευνητική προσθήκη αυτών των παραγόντων ήρθε να προσθέσει ένα επιπλέον 4% της διακύμανσης για τον έλεγχο μαστογραφίας (Magai et al., 2007). Οι ψυχολογικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί πιο συχνά είναι ο φόβος, η ανησυχία σχετικά με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού ή την ίδια την εξέταση, τα επίπεδα ιδιοσυγκρασιακού ή περιστασιακού άγχους, καθώς επίσης και οι τρόποι αντιμετώπισης αυτών των παραγόντων που αναφέρονται στην συναισθηματική αυτορρύθμιση του ατόμου με στρατηγικές που εστιάζουν είτε στο πρόβλημα είτε στο συναίσθημα. Δύο μεγάλες πρόσφατες ανασκοπήσεις κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ενώ οι συγκεκριμένες μεταβλητές μελετώνται εδώ και πολλά χρόνια, εντούτοις τα αποτελέσματα σχετικά με το αν διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν τον μαστογραφικό έλεγχο δεν είναι ξεκάθαρα. Αυτό οφείλεται στο σχεδιασμό των ερευνών που μετρούν παράλληλα το συναίσθημα και την συμμετοχή σε προληπτικό έλεγχο μαστογραφίας (επιτόπιος σχεδιασμός) αλλά και στους διαφορετικούς ορισμούς που μετρώνται ερευνητικά, όπως για παράδειγμα, ο φόβος για το αποτέλεσμα της μαστογραφίας, η ανησυχία για την διαδικασία της εξέτασης, ή ο γενικότερος φόβος για τον καρκίνο σαν ασθένεια (Consedine, Magai, Krivoshekova, Ryzewicz, & Neugut, 2004; Hay, Buckley, & Ostroff, 2005). Ένας διαχωρισμός των εννοιών έδειξε πως ενώ ο φόβος για την εξέταση (fear of screening) σχετιζόταν με μειωμένη συμμετοχή σε έλεγχο μαστογραφίας, η γενικότερη ανησυχία για τον καρκίνο σαν ασθένεια (cancer worry) σχετιζόταν με αυξημένη συμμετοχή, κάτι που επιβεβαιώθηκε και σε πρόσφατη μετα-ανάλυση ερευνών με προοπτικό σχεδιασμό (Hay, McCaul, & Magnan, 2006). Εντούτοις, ο φόβος για το αποτέλεσμα της εξέτασης συνέχιζε να παρουσιάζει ανάμεικτα αποτελέσματα σχετικά με την συμμετοχή. Γενικότερα, οι προσπάθειες να μειωθεί ο φόβος και η ανησυχία ενδέχεται

να έχουν θετικό αντίκτυπο στην συμμετοχή σε μαστογραφικό έλεγχο, ωστόσο οι οποιοσδήποτε προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους και άλλους παράγοντες καθώς και την επίδραση που ενδέχεται αυτοί να ασκούν στην απόφαση για την εφαρμογή μαστογραφίας.

Μια επιπρόσθετη ερευνητική κατεύθυνση αφορά στην μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται με την αντίληψη, την λογική επεξεργασία πληροφοριών, την γνώση και εν τέλει την λήψη αποφάσεων. Τέτοιοι γνωστικοί παράγοντες έχουν προσδιοριστεί και μελετηθεί ερευνητικά κυρίως μέσα από το πλαίσιο της κοινωνιογνωστικής θεώρησης. Περιλαμβάνουν ένα μεγάλο εύρος μεταβλητών όπως οι προσωπικές στάσεις αλλά και οι αντιλήψεις για τις πεποιθήσεις των σημαντικών άλλων για την εφαρμογή της μαστογραφίας, το αντιληπτό επίπεδο ελέγχου για την εφαρμογή της μαστογραφίας ή το αντιληπτό επίπεδο ευαλωτότητας απέναντι στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Είναι αρκετές οι έρευνες που δηλώνουν ότι οι γυναίκες εκφράζουν ξεκάθαρα θετικές στάσεις απέναντι στην μαστογραφία όπως για παράδειγμα η πεποίθηση πως η μαστογραφία είναι αποτελεσματική στον έγκαιρο εντοπισμό του καρκίνου του μαστού και στην παρεμπόδιση της θνησιμότητας (Drossaert, Boer, & Seydel, 2003; Montano & Taplin, 1991, Rutter, 2000, Steadman, Rutter, & Field 2002, Steadman & Rutter, 2004). Επιπλέον των προσωπικών στάσεων απέναντι στον μαστογραφικό έλεγχο έχουν μελετηθεί συχνά και οι αντιλήψεις που έχουν οι γυναίκες για τις πεποιθήσεις των σημαντικών ατόμων στην ζωή τους αναφορικά με την εφαρμογή μαστογραφίας, δεδομένου ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια που ενδέχεται να επηρεάσει και τις ζωές των άλλων (Drossaert, Boer, & Seydel, 2003; Rutter, 2000, Steadman, Rutter, & Field 2002, Steadman & Rutter, 2004).

Δύο επιπλέον σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης για την εφαρμογή μαστογραφίας είναι η αντίληψη του προσωπικού ελέγχου που έχει μια γυναίκα και αφορά στην αξιολόγηση τυχόν εμποδίων για την εφαρμογή μαστογραφίας αλλά και η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, η εμπιστοσύνη δηλαδή που έχει η γυναίκα στον εαυτό της ότι θα καταφέρει να υποβληθεί σε προληπτικό έλεγχο. Υπάρχει διαφωνία μεταξύ ερευνητών σχετικά με το αν εννοιολογικά οι συγκεκριμένοι παράγοντες είναι συνώνυμοι και κάποιοι υποστηρίζουν πως θα έπρεπε να μελετώνται ξεχωριστά (π.χ., Terry & O'Leary, 1995). Ωστόσο, κάποιοι άλλοι θεωρούν πως η έννοια του

αντιληπτού ελέγχου περιλαμβάνει ταυτόχρονα με την αξιολόγηση των εμποδίων για μια συμπεριφορά, και την εκτίμηση της ικανότητας κάποιου να εμπλακεί σε αυτήν (π.χ., Ajzen, 1991). Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση ερευνών βρέθηκε πως και ο αντιληπτός έλεγχος αλλά και οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας αποτελούσαν εξίσου σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης για την πρόθεση να εμπλακεί κάποιος σε μια συμπεριφορά υγείας (Armitage & Conner, 2001). Στην μελέτη μιας συμπεριφοράς υγείας όπως η μαστογραφία είναι σημαντικό να εξετάζεται η αντίληψη της γυναίκας για τον κίνδυνο που διατρέχει να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού. Ο αντιληπτός κίνδυνος είναι μια επιπρόσθετη γνωστική μεταβλητή που έχει μελετηθεί αρκετά σε σχέση με την προληπτική συμπεριφορά υγείας. Μετα-αναλυτικές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως ο αντιληπτός κίνδυνος συμβάλει στην πρόθεση και στην εφαρμογή μαστογραφίας ενώ φαίνεται να σχετίζεται και με άλλες μεταβλητές όπως ο αντιληπτός έλεγχος (Katapodi, Lee, Facione, & Todd, 2004; McCaul, Branstetter, Schroeder, & Glasgow, 1996).

1.3. Περίληψη

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος μέχρι σήμερα για τον έγκαιρο εντοπισμό του καρκίνου είναι η εφαρμογή μαστογραφίας. Οι καθοριστικοί παράγοντες για την εφαρμογή μαστογραφίας που έχουν μελετηθεί σε έρευνες, είναι κοινωνικο-οικονομικοί, πολιτισμικοί, ψυχολογικοί αλλά και γνωστικοί, ωστόσο αυτοί που έχουν δεχθεί μεγαλύτερο μερίδιο προσοχής από τους ερευνητές είναι οι γνωστικοί παράγοντες. Η συμβολή τους για την έναρξη και διατήρηση μιας συμπεριφοράς είναι σημαντική καθώς θεωρούνται διαμεσολαβητικοί παράγοντες την επίδραση άλλων παραγόντων όπως για παράδειγμα οι ατομικοί και οι δημογραφικοί στην συμπεριφορά υγείας. Ο ρόλος των γνωστικών παραγόντων στην συμπεριφορά υγείας έτσι όπως αυτοί προσδιορίζονται στο πλαίσιο της κοινωνιογνωστικής θεώρησης εξετάζεται λεπτομερώς στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Κοινωνιογνωστική θεώρηση και συμπεριφορά υγείας

Η κοινωνιογνωστική θεώρηση αφορά στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τον κόσμο γύρω τους και ένα μεγάλο μέρος της κοινωνικής ψυχολογίας έχει βασιστεί στο αξίωμα ότι η κοινωνική συμπεριφορά γίνεται καλύτερα κατανοητή μέσω της υποκειμενικής αντίληψης που έχουν τα άτομα για την αντικειμενική πραγματικότητα. Οι αντιλήψεις ενός ατόμου παρεμβάλλονται μεταξύ των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος και της αντίδρασης σε αυτά και καθορίζουν τον τρόπο που οι άνθρωποι κατανοούν τους άλλους αλλά και τον εαυτό τους (Fiske & Taylor, 1991). Η αυτορρύθμιση, ένα σημαντικό στοιχείο της κοινωνιογνωστικής θεώρησης, πρεσβεύει ότι καθώς τα άτομα λειτουργούν με βάση το πώς αντιλαμβάνονται τον κόσμο γύρω τους καταλήγουν, είτε να τροποποιούν την συμπεριφορά τους, είτε να τροποποιούν το περιβάλλον τους έτσι ώστε το αποτέλεσμα των πράξεών τους να ταυτίζονται και να είναι σε αρμονία με τις προσωπικές τους αντιλήψεις (Fiske & Taylor, 1991). Και είναι αυτές οι ίδιες οι αντιλήψεις, οι επανομαζόμενοι γνωστικοί παράγοντες, που καθορίζουν σε ένα μεγάλο βαθμό την αλλαγή της συμπεριφοράς ενός ατόμου στην προσπάθεια να επιφέρει αυτή την αρμονία, να μειώσει δηλαδή την γνωστική ασυμφωνία και να καθορίσει τους προσωπικούς του στόχους, να ρυθμίσει και να αξιολογήσει αντίστοιχα τις δραστηριότητες που θα οδηγήσουν στην εκπλήρωση των προσωπικών του στόχων.

Τα μοντέλα της κοινωνιογνωστικής θεώρησης που έχουν αναπτυχθεί έχουν ως στόχο να περιγράψουν αυτούς τους γνωστικούς παράγοντες και την σχέση τους με την ρύθμιση της συμπεριφοράς, μέσω της λήψης αποφάσεων. Τα μοντέλα αυτά δίνουν έμφαση στον ορθολογισμό της ανθρώπινης συμπεριφορά καθώς βασίστηκαν σε θεωρίες λήψης αποφάσεων όπως αυτές της υποκειμενικής προσδοκώμενης ωφελιμότητας (*subjective expected utility*) και της προσδοκίας – αξίας αποτελέσματος (*expectancy-value*) (π.χ., Edwards, 1954; Peak, 1955). Η θεωρία της υποκειμενικής προσδοκώμενης ωφελιμότητας στηρίζεται στην υπόθεση ότι τα άτομα επιζητούν να μεγιστοποιήσουν την ωφέλεια τους. Άρα όταν εξετάζουν μια επιλογή, αποτιμούν την πιθανότητα του αποτελέσματος που σχετίζεται με αυτή την επιλογή και το όφελος που θα προκύψει από αυτήν. Η θεωρία της προσδοκίας - αξίας αποτελέσματος επεκτείνει αυτήν την υπόθεση καθώς συμπεριλαμβάνει τις εκτιμήσεις των ατόμων σχετικά τις πιθανότητες επιτυχίας μιας δράσης που θα αποφέρει το επιθυμητό

αποτέλεσμα. Δεδομένου ότι η απόφαση για κάθε συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει και σε ένα διαφορετικό πιθανό αποτέλεσμα και ότι τα άτομα γενικότερα έχουν την τάση να επιδιώκουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, είναι συνεπαγόμενο ότι το κάθε άτομο με άξονα την προσωπική του εκτίμηση, θα επιδιώξει να υιοθετήσει την συμπεριφορά που θα του αποφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα ρυθμίζοντας την ήδη υπάρχουσα συμπεριφορά του αναλόγως.

Στην προσπάθεια ρύθμισης της συμπεριφοράς υπολογίζεται πως υπάρχουν δύο φάσεις: η πρώτη αφορά στην εξέταση των κινήτρων και των προσδοκιών για την επιλογή και την εκπλήρωση των προσωπικών στόχων και περιλαμβάνει την λήψη απόφασης αναφορικά με τον επιθυμητό στόχο – η φάση κινητοποίησης (*motivational phase*) ενώ η δεύτερη περιλαμβάνει τον σχεδιασμό και τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν για την επίτευξη του στόχου – η φάση βούλησης/εκδραμάτισης (*volitional phase*) (Gollwitzer, 1993). Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας που αφορά στην ανάπτυξη μοντέλων για την επίδραση των γνωστικών παραγόντων, έχει εστιάσει στην πρώτη φάση, αυτή της εξέτασης των κινήτρων και της επιλογής των στόχων, αν και τα τελευταία χρόνια οι ερευνητικές προσπάθειες έχουν στραφεί εξίσου στην ανάπτυξη μοντέλων για την επίδραση των γνωστικών παραγόντων στην δεύτερη φάση, εξετάζοντας εκτενώς πως αυτά μεταφράζονται σε πράξη. (Bagozzi, 1992; Gollwitzer, 1993; Prochaska & DiClemente, 1985; Schwarzer, 1992; Weinstein, 1988). Είναι προφανές πως η φάση της βούλησης/εκδραμάτισης είναι καθοριστική για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς, ωστόσο το αναγκαίο προαπαιτούμενο της διαμόρφωσης μιας πρόθεσης για δράση καθιστά την φάση κινητοποίησης εξαιρετικά σημαντική. Η θεωρητική διχοτόμηση αυτών των δύο φάσεων προέκυψε όχι γιατί τα μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί αδυνατούν να προβλέψουν την συμπεριφορά αλλά γιατί συχνά παρατηρείται αυτό που στην βιβλιογραφία περιγράφεται ως «χάσμα πρόθεσης – συμπεριφοράς» (*intention- behavior gap*). Η φάση της βούλησης/εκδραμάτισης αναζητά τους παράγοντες που εξηγούν γιατί συχνά τα άτομα δεν λειτουργούν σύμφωνα με την πρόθεσή τους, αυξάνοντας έτσι το ποσοστό διακύμανσης πρόβλεψης της συμπεριφοράς των ήδη υπάρχοντων μοντέλων. Η συγκεκριμένη έρευνα μελετά τους παράγοντες που εμπλέκονται στην φάση της κινητοποίησης σε σχέση με μια συμπεριφορά υγείας και ερευνά μοντέλα και μεταβλητές που σχετίζονται με αυτήν.

Ένα μεγάλο μέρος της ψυχολογικής έρευνας στον τομέα της υγείας έχει επηρεαστεί από την κοινωνιογνωστική θεώρηση. Σύμφωνα με τον Clark (1994), η κοινωνιογνωστική θεώρηση και η ψυχολογία της υγείας μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Αρχικά και στους δύο τομείς υπάρχει έμφαση στις εσωτερικές ψυχολογικές λειτουργίες του ατόμου, και στις συνεπαγόμενες αντιλήψεις του για το περιβάλλον με στόχο να καταφέρει να λειτουργεί και να δρα μέσα σε αυτό. Ως εκ τούτου, διαδικασίες αντίληψης, ερμηνείας, κρίσης, αξιολόγησης και επαγωγής συμπερασμάτων, μνήμης, και λήψης αποφάσεων παίζουν σημαντικό ρόλο στα θεωρητικά πλαίσια και των δύο πεδίων. Παράλληλα, και οι δύο τομείς ευνοούν την ανάπτυξη των θεωριών που εξετάζουν εκτενώς τις προαναφερόμενες διαδικασίες. Τέλος, η ψυχολογία της υγείας και η κοινωνιογνωστική θεώρηση μοιράζονται μια κοινή επιδίωξη, αυτή της κατανόησης και επεξήγησης των σχέσεων μεταξύ συναισθήματος, νόησης και συμπεριφοράς. Άρα, όπως όλες οι συμπεριφορές, έτσι και αυτές που αφορούν στην υγεία θεωρούνται το αποτέλεσμα μιας ορθολογιστικής διαδικασίας λήψης αποφάσεων που περιλαμβάνει την προμελετημένη και συστηματική επεξεργασία όλων των διαθέσιμων πληροφοριών. Με βάση λοιπόν το υπόβαθρο της κοινωνιογνωστικής θεώρησης, οι ερευνητές ανέλαβαν στο τελευταίο μισό του προηγούμενου αιώνα να εξετάσουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα παίρνουν αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους και τι είναι αυτό που καθορίζει την συμπεριφορά τους σε σχέση με θέματα υγιεινής και υγείας. Τα σχετικά ευρήματα οδήγησαν είτε στην δημιουργία και ανάπτυξη συγκεκριμένων για την υγεία μοντέλων όπως το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, είτε στην εφαρμογή ήδη διαδεδομένων μοντέλων κοινωνιογνωστικής θεώρησης όπως της Θεωρία της Εκλογικευμένης Δράσης/Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στο πεδίο της υγείας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα μια αξιοσημείωτη πρόοδο στην κατανόηση των παραγόντων που καθορίζουν τις σχετικές με την υγεία αποφάσεις καθώς επίσης και στον σχεδιασμό παρεμβάσεων για την αλλαγή βλαβερών για την υγεία συμπεριφορών και την επακόλουθη υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών.

Ακολουθεί μια περιγραφή των δύο προαναφερόμενων μοντέλων που είναι και τα πιο ευρέως διαδεδομένα για την προώθηση και την αλλαγή των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία. Παράλληλα με την περιγραφή, παρουσιάζεται μια σύντομη ανασκόπηση για την αποτελεσματικότητα του κάθε μοντέλου και την δυνατότητα εφαρμογής του καθενός για τον σκοπό της παρούσας μελέτης.

2.1. Κοινωνιογνωστικά μοντέλα συμπεριφοράς υγείας

2.1.1. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (*Health Belief Model*) είναι από τα πρώτα κοινωνιογνωστικά μοντέλα που χρησιμοποιήθηκε εκτενώς στον χώρο της ψυχολογίας της υγείας (Becker, 1974; Rosenstock, 1974). Το συγκεκριμένο μοντέλο πρεσβεύει πως η μια συμπεριφορά υγείας είναι πιο πιθανό να εφαρμοστεί όταν το άτομο εκτιμά μια απειλή για την υγεία του ως ιδιαίτερα σοβαρή (*perceived severity*), νιώθει ότι υπάρχουν πιθανότητες να προσβληθεί από την τρέχουσα απειλή, είναι δηλαδή ευάλωτο (*perceived susceptibility*) ενώ ταυτόχρονα υπολογίζει πως η συγκεκριμένη συμπεριφορά υγείας θα μειώσει την απειλή (*perceived benefit*) χωρίς να χρειαστεί να αντιμετωπίσει σημαντικά εμπόδια ή ανεπιθύμητο κόστος (π.χ., παρενέργειες, πρόκληση πόνου ή δυσφορίας, αλλαγή τρόπου ζωής) (*perceived barriers*). Συχνά όμως, η σοβαρότητα της απειλής και η ευπάθεια του ατόμου δεν οδηγούν απαραίτητα στην υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς υγείας ακόμα και όταν αναμένεται τα οφέλη να είναι σημαντικά και τα εμπόδια περιορισμένα. Σύμφωνα με το μοντέλο χρειάζεται να υπάρχουν και κάποια ερεθίσματα στα οποία το άτομο να ανταποκριθεί και να δράσει προς την υιοθέτηση της συμπεριφοράς (*cues to action*). Τέτοια ερεθίσματα ενδέχεται να είναι εσωτερικά (π.χ., ένα σύμπτωμα ή πόνος) ή εξωτερικά (π.χ., η ασθένεια ενός φιλικού προσώπου, ή διαφήμιση ενός προγράμματος πρόληψης). Συμπερασματικά και αναφορικά με την εφαρμογή μαστογραφίας, μια γυναίκα που έχει εκτεθεί σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα, όπως για παράδειγμα η διάγνωση ενός φιλικού προσώπου με καρκίνο μαστού, και η ίδια θεωρεί πως η συγκεκριμένη διάγνωση αποτελεί μια σοβαρή απειλή για την υγείας της θεωρώντας ταυτόχρονα πως έχει αρκετές πιθανότητες να νοσήσει, είναι πολύ πιθανό να εφαρμόσει έλεγχο μαστογραφίας, εφόσον αντιλαμβάνεται ότι τα εμπόδια όπως ο προγραμματισμός και η αναμονή για το ιατρικό ραντεβού είναι λιγότερο σημαντικά από τα αναμενόμενα οφέλη όπως για παράδειγμα ο εντοπισμός του καρκίνου σε πρώιμο στάδιο.

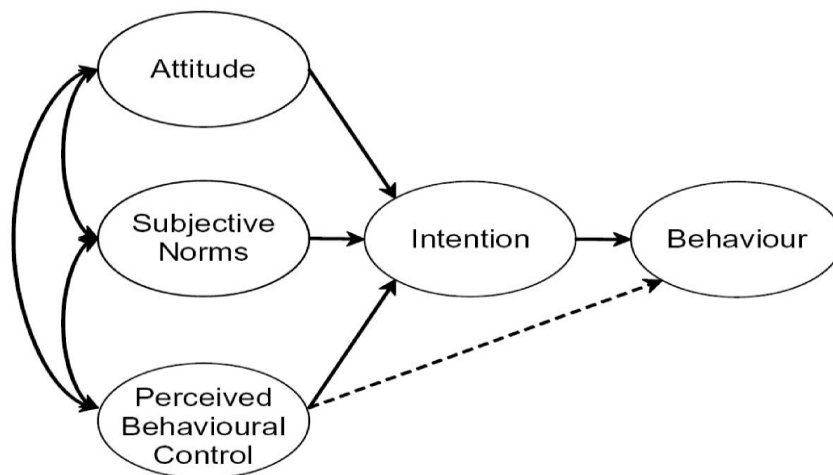
Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε μελέτες για πληθώρα συμπεριφορών υγείας, σε επίπεδο πρόβλεψης αλλά και παρέμβασης. Η μετα-ανάλυση των Harrison, Mullen, & Green (1992) έδειξε πως παρόλο που οι

συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων του μοντέλου και των συμπεριφορών υγείας από 16 έρευνες ήταν στατιστικά σημαντικές, τα μεγέθη της επίδρασης (effect sizes) ήταν αρκετά χαμηλά, ένα εύρημα που επιβεβαίωσε και η μετέπειτα ανασκόπηση Sheeran & Abraham (1996) και οδήγησε στο συμπέρασμα πως οι παράγοντες του μοντέλου δεν σχετίζονται ικανοποιητικά με την συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, για την εφαρμογή μαστογραφίας πρόσφατη ανασκόπηση της χρησιμότητας του ΜΠΥ για την πρόβλεψη προληπτικής μαστογραφίας των Yarbrough και Braden (2000) αναφέρει ότι το μέγιστο ποσό της διακύμανσης εξηγείται από τις μεταβλητές του μοντέλου ήταν 47%. Εντούτοις, η μελέτη που ανέφερε αυτό το αποτέλεσμα, συμπεριλάμβανε την μεταβλητή του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου ως επιπρόσθετο παράγοντα πρόβλεψης. Στις υπόλοιπες μελέτες, το ποσοστό που εξηγούσε η κάθε μια μεταβλητή, ή ο συνδυασμός των μεταβλητών του μοντέλου κυμαινόταν μεταξύ 15-27%, ποσοστό που δεν θεωρείται ικανοποιητικά επαρκές. Σε επίπεδο παρέμβασης τα δεδομένα φαίνονται να ποικίλουν ανάλογα με την συμπεριφορά υγείας. Πρόσφατα οι Garcia & Mann (2003) ανέφεραν πως το συγκεκριμένο μοντέλο ενώ ερμηνεύει σε ποσοστό 43% της διακύμανσης για υγιεινή διατροφή, το ποσοστό της διακύμανσης για την αυτοεξέταση μαστού είναι πολύ πιο χαμηλό και αγγίζει το 19%.

2.1.2. Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior)

Η θεωρία της Εκλογικευμένης Δράσης (Fishbeing & Ajzen, 1975) και η επέκτασή της, η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991) πρεσβεύουν ότι η συμπεριφορά αλλά και η πρόθεση να εμπλακεί κάποιος σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά πηγάζουν από μια ορθολογιστική διαδικασία λήψης αποφάσεων. Εστιάζουν σε θεωρητικές έννοιες που σχετίζονται με παράγοντες κινήτρου αναφορικά με την πιθανότητα εκπλήρωσης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Η πρόθεση να εμπλακεί κάποιος σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά είναι ένας τέτοιος παράγοντας κινήτρου που θεωρείται ως η καλύτερη ένδειξη για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς. Συνεπώς, όσο πιο θετικά προτίθεται ένα άτομο απέναντι σε μια συμπεριφορά, τόσο πιο πιθανό είναι να κινητοποιηθεί και να εμπλακεί σε αυτή την συμπεριφορά (Ajzen & Fishbein, 1977). Η πρόθεση καθορίζεται με την σειρά της από δύο επιπλέον παράγοντες: Ο πρώτος παράγοντας είναι η *στάση* του ατόμου απέναντι σε μια συμπεριφορά. Οι στάσεις στην ουσία απορρέουν από κυρίαρχες πεποιθήσεις σχετικά με το αναμενόμενο αποτέλεσμα ή συνέπεια μιας συμπεριφοράς και την

επακόλουθη αξιολόγησή τους είτε ως κάτι αρνητικό, είτε ως κάτι θετικό. Επομένως, ένα άτομο που κατέχει ισχυρές πεποιθήσεις ότι από την εκτέλεση της συμπεριφοράς θα προκύψουν θετικά αποτελέσματα θα έχει θετική στάση απέναντι στην συμπεριφορά. Αντίθετα, ένα άτομο που κατέχει ισχυρές πεποιθήσεις ότι από την εκτέλεση της συμπεριφοράς θα προκύψουν αρνητικά αποτελέσματα θα έχει αρνητική στάση απέναντι στην συμπεριφορά. Ο δεύτερος παράγοντας είναι οι *υποκειμενικοί κανόνες*, που αντανακλούν την επιρροή και την πίεση του κοινωνικού περιβάλλοντος. Οι υποκειμενικοί κανόνες αφορούν στις κυρίαρχες πεποιθήσεις που έχουν οι σημαντικοί άλλοι για μια δεδομένη συμπεριφορά και το κίνητρο ή την επιθυμία του ατόμου να συμμορφωθεί σε αυτές. Επομένως, ένα άτομο που πιστεύει ότι οι σημαντικοί άλλοι θεωρούν ότι πρέπει να εφαρμόσει την συμπεριφορά και έχει υψηλό κίνητρο να συμμορφωθεί με τις προσδοκίες τους θα έχει θετικούς υποκειμενικούς κανόνες. Αντίθετα, ένα άτομο που πιστεύει ότι οι σημαντικοί άλλοι θεωρούν ότι δεν θα πρέπει να εφαρμόσει την συμπεριφορά και έχει υψηλό κίνητρο να συμμορφωθεί με τις προσδοκίες τους θα έχει αρνητικούς υποκειμενικούς κανόνες. Στην περίπτωση που το κίνητρο συμμόρφωσης είναι χαμηλό, οι υποκειμενικοί κανόνες που έχει κρίνονται ως ουδέτεροι. Ένας τρίτος παράγοντας, του οποίου η προσθήκη οδήγησε στην επέκταση της θεωρίας της εκλογικευμένης δράσης, είναι ο *αντιληπτός έλεγχος* της συμπεριφοράς. Ο συγκεκριμένος παράγοντας αντανακλά τις πεποιθήσεις που έχει το άτομο σχετικά με την ύπαρξη παραγόντων που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν την συμπεριφορά και την ικανότητά του να την εφαρμόσει. Σύμφωνα με τον Ajzen (1991), ο συγκεκριμένος παράγοντας προστέθηκε για την πρόβλεψη των συμπεριφορών εκείνων που δεν βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του ατόμου. Τέτοιες συμπεριφορές είτε αφορούν σε φυσική εξάρτηση, όπως η χρήση αλκοόλ ή ψυχοτρόπων ουσιών, είτε απαιτούν γνώσεις ή δεξιότητες που το άτομο πιθανώς να μην διαθέτει, όπως για παράδειγμα η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών. Σύμφωνα με τον Ajzen (1991), το άτομο έχει μια πολύ καλή αίσθηση ελέγχου πάνω σε μια συμπεριφορά όταν θεωρεί πως τα οποιαδήποτε εμπόδια υπάρχουν είναι εύκολο να ξεπεραστούν, ενώ οι πηγές ή οι ικανότητες που διαθέτει θεωρούνται επαρκείς για την εκτέλεση της συμπεριφοράς. Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς απεικονίζεται διαγραμματικά στο Σχήμα 2.1.



Σχήμα 2.1. Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Αναπαράγωγή από Ajzen, 2002) *Attitude* = στάση απέναντι στην συμπεριφορά, *Subjective Norms* = Υποκειμενικοί κανόνες, *Perceived Behavioral Control* = Αντιληπτός έλεγχος

Συμπερασματικά, και σε σχέση με την εφαρμογή μαστογραφίας, μια γυναίκα προτίθεται να εμπλακεί σε έλεγχο μαστογραφίας, όταν η ίδια αλλά και οι σημαντικοί άλλοι στην ζωή της θεωρούν πως η δεδομένη συμπεριφορά είναι κάτι που θα την ωφελήσει, ενώ παράλληλα πιστεύει πως είναι μια συμπεριφορά που δεν θα δυσκολευτεί να εφαρμόσει. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται εκτενής ανάλυση της αποτελεσματικότητας του μοντέλου για την πρόβλεψη της πρόθεσης και την εφαρμογής μαστογραφίας.

2.2. Σκεπτικό επιλογής μοντέλου για την παρούσα έρευνα

Είναι φανερό πως υπάρχει μια κοινή θεωρητική και εννοιολογική επικάλυψη μεταξύ των παραγόντων των δύο μοντέλων (Weinstein, 1993). Καθώς και τα δύο μοντέλα προκύπτουν από την θεωρία προσδοκίας – αξίας αποτελέσματος, περιλαμβάνουν συνιστώσες που μετρούν τις πεποιθήσεις των ατόμων για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά και την αποτίμηση της έκβασης αυτής της συμπεριφοράς. Ωστόσο, η μακρόχρονη έρευνα με βάση το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία έχει αναδείξει κάποιους περιορισμούς που αφορούν τόσο στην κατασκευή και λειτουργικότητά του, όσο και στην ικανότητά του να προβλέψει κάποιες συμπεριφορές. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Sheeran & Abraham (1996) διαπιστώνεται ένα ζήτημα λειτουργικού ορισμού των μεταβλητών του μοντέλου με αποτέλεσμα να μην υπάρχει καθιερωμένος τρόπος για την μέτρηση κάποιων

παραγόντων, όπως η αντιληπτή ευπάθεια και η αντιληπτή σοβαρότητα. Επιπρόσθετα, παρόλο που στο μοντέλο οι συγκεκριμένοι παράγοντες αντιπροσωπεύουν την έννοια της απειλής για μια ασθένεια που εννοιολογικά ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους, παρουσιάζονται ως ξεχωριστοί προβλεπτικοί παράγοντες της συμπεριφοράς, κάτι που συμβαίνει και με τους άλλους παράγοντες του μοντέλου, δίνοντας την αίσθηση ότι το μοντέλο αποτελείται από ξεχωριστές και ανεξάρτητες μεταξύ τους μεταβλητές που απλώς παρατίθενται η μια δίπλα στην άλλη (Armitage & Conner, 2000). Ο ασαφής προσδιορισμός των όρων και της μεταξύ τους σχέσης, οδηγούν σε προβλήματα μεθοδολογίας. Ως εκ τούτου, διαφορετικές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει διαφορετικά ερωτηματολόγια για την μέτρηση των συγκεκριμένων παραγόντων σε ένα μεγάλο εύρος συμπεριφορών υγείας, με αποτέλεσμα να δυσκολεύει η σύγκριση των αποτελεσμάτων και η γενίκευσή τους (Brewer & Rimer, 2008). Παράλληλα, μια σειρά από έρευνες και μετα-αναλύσεις παρουσιάζουν αντιφατικά αποτελέσματα σε σχέση με την προβλεπτική ισχύ των παραγόντων του μοντέλου, με αποτέλεσμα να υπάρχει ασυμφωνία σχετικά με το ποιοι παράγοντες είναι λειτουργικοί για την πρόβλεψη μιας συμπεριφοράς υγείας (π.χ., Becker & Rosenstock, 1984; Hill, Gardner, & Rassaby, 1985; Janz & Becker, 1984).

Εντούτοις, πιο σημαντικό είναι το γεγονός ότι το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία αποκλείει έννοιες που έχουν αποδειχθεί σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της συμπεριφοράς. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι η κοινωνική επιρροή που αφορά στην επίδραση της επιδοκιμασίας ή αποδοκιμασίας των άλλων για την υιοθέτηση από το άτομο μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Ένας δεύτερος παράγοντας είναι η έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας που αφορά στην πεποίθηση του ατόμου ότι θα καταφέρει να υιοθετήσει την συμπεριφορά που θα οδηγήσει σε ένα επιθυμητό αποτέλεσμα (Bandura, 1977; 1991). Επιπρόσθετα, το συγκεκριμένο μοντέλο υποδηλώνει πως οι παράγοντες που το απαρτίζουν επηρεάζουν ευθέως την συμπεριφορά χωρίς την διαμεσολάβηση της πρόθεσης για δράση που θεωρείται ο πιο εγγύς καθοριστικός παράγοντας για την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς.

Αντίθετα, με το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία, η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς δίνει έμφαση στους παράγοντες αυτούς. Αρχικά, περιλαμβάνει την διάσταση της κοινωνικής επιρροής την οποία και μετρά με τον παράγοντα των υποκειμενικών κανόνων και υπό αυτή την έννοια μοιάζει να

απομακρύνεται από την απόλυτα ορθολογιστική αντίληψη της λήψης αποφάσεων και παρουσιάζει το άτομο σαν μια οντότητα που δεν δύναται να μείνει ανεπηρέαστη από τις κοινωνικές διαστάσεις που ενδέχεται να περικλείονται στην απόφασή του για δράση. Έχει αναφερθεί συχνά από ερευνητές πως για κάποιες συμπεριφορές υγείας, όπως ο προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο, η επιρροή προσώπων που το άτομο θεωρεί σημαντικούς στην ζωή του, έχει σημαντικό ρόλο, δεδομένου ότι η εν λόγω συμπεριφορά έχει την δυνατότητα να επηρεάσει και τα ίδια τα σημαντικά πρόσωπα (π.χ., σύντροφο, παιδιά), και το ίδιο το άτομο (Steadman, Rutter & Field, 2002).

Παράλληλα, η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας όπως έχει διατυπωθεί από τον Bandura, (1977; 1991) εμπεριέχεται στην έννοια του αντιληπτού ελέγχου στην ΘΠΣ. Σύμφωνα με τον Ajzen (1991; 2002a), ο αντιληπτός έλεγχος περιλαμβάνει μεν την αξιολόγηση των περιορισμών ή των απαιτήσεων σχετικά με μια συμπεριφορά εντούτοις ταυτόχρονα εμπεριέχει και την εκτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου να εκτελέσει την συμπεριφορά. Η συγκεκριμένη άποψη υποστηρίζεται ερευνητικά καθώς πρόσφατες μελέτες (π.χ., Trafimow et al., 2002), επιβεβαιώνουν πως ο αντιληπτός έλεγχος αποτελείται και από τις δύο προαναφερόμενες συνιστώσες. Άλλωστε, μετα-αναλυτικές έρευνες αναφέρουν ότι τόσο ο αντιληπτός έλεγχος όσο και η πεποιθήσεις αυτό-αποτελεσματικότητας είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης και της συμπεριφοράς. Ένα επιπρόσθετο στοιχείο της ΘΠΣ και ενδεχομένως και το πιο σημαντικό είναι η πρόθεση, καθώς θεωρείται ο πιο εγγύς καθοριστικός παράγοντας για την εφαρμογή μιας συμπεριφοράς και τελεί ρόλο διαμεσολαβητικό ανάμεσα στους άλλους παράγοντες της ΘΠΣ και της συμπεριφοράς. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση των Webb & Sheeran (2006) αναφορικά με την σχέση πρόθεσης και συμπεριφοράς κατέληξε στο συμπέρασμα πως αλλαγές στην πρόθεση μπορούν να προκαλέσουν και αλλαγή της συμπεριφοράς, και πως αυτό είναι κάτι που χαρακτηρίζει τις αποτελεσματικές παρεμβάσεις.

Αναγνωρίζοντας τους περιορισμούς και τις δυνατότητες του κάθε μοντέλου, έχουν συντελεστεί έρευνες που αφορούν στην σύμπτυξη των δύο αυτών μοντέλων για να μελετήσουν συμπεριφορές υγείας. Πιο συγκεκριμένα, και αναφορικά με την συμπεριφορά που η συγκεκριμένη έρευνα μελετά, η πρόθεση αλλά και οι υποκειμενικοί κανόνες έχουν στο παρελθόν συνδυαστεί με συνιστώσες από το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία σε μια προσπάθεια να ενισχυθεί η κατανόηση

γύρω από τους παράγοντες που σχετίζονται με τον προσυμπτωματικό έλεγχο μαστογραφίας. (π.χ., Ham, 2005; Savage & Clarke, 1996; Soskolne, Marie & Manor, 2007). Η συγκεκριμένη έρευνα, αναγνωρίζοντας τους περιορισμούς που διέπουν το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία επιλέγει να εξετάσει την εφαρμογή μαστογραφίας από την σκοπιά του μοντέλου της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς. Αναγνωρίζει ωστόσο, πως η εφαρμογή μαστογραφίας είναι μια συμπεριφορά υγείας που ενδεχομένως να διέπεται και από παράγοντες που συγκεκριμένα έχουν βρεθεί να επηρεάζουν συμπεριφορές υγείας, και οι οποίοι δεν συμπεριλαμβάνονται στην ΘΠΣ. Παρόλο που το ΜΠΥ είναι ένα μοντέλο συγκεκριμένου περιεχομένου (*content-specific model*) που έχει σχεδιαστεί για να μελετά αποκλειστικά συμπεριφορές υγείας, σε σχέση με την ΘΠΣ που είναι ένα μοντέλο γενικού περιεχομένου (*content-free model*) που θα μπορούσε να εφαρμοστεί για οποιαδήποτε συμπεριφορά, υπάρχει πληθώρα ερευνητικών δεδομένων που αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα του για την πρόβλεψη της προληπτικής συμπεριφοράς υγείας.

2.3. Περίληψη

Η ψυχολογική έρευνα που αφορά στην μελέτη της λήψης αποφάσεων γύρω από θέματα υγείας έχει επηρεαστεί από την κοινωνιογνωστική θεώρηση. Η ΘΠΣ αναγνωρίστηκε ως το πιο κατάλληλο κοινωνιογνωστικό μοντέλο, για την παρούσα μελέτη. Παρόλο που η ΘΠΣ είναι ένα διαδεδωμένο μοντέλο που έχει αποδείξει την ικανότητά του να προβλέπει ένα εύρος συμπεριφορών υγείας, αυτό δεν αποκλείει την δυνατότητα επέκτασής του με την προσθήκη άλλων παραγόντων και την ενδεχόμενη αναθεώρησή του. Οι παράγοντες αυτοί εξετάζονται εκτενώς στο κεφάλαιο 4. Το κεφάλαιο που μεσολαβεί παρουσιάζει στοιχεία που αποδεικνύουν πως η ΘΠΣ είναι ένα αποτελεσματικό μοντέλο για την πρόβλεψη της πρόθεσης για μαστογραφία και την εφαρμογή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και μαστογραφία

Η ΘΠΣ είναι ένα ευρέως διαδεδομένο κοινωνιογνωστικό μοντέλο στο χώρο της ψυχολογίας της υγείας και τις τελευταίες δεκαετίες ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχει κάνει χρήση του συγκεκριμένου μοντέλου για την διερεύνηση διαφορετικών συμπεριφορών υγείας. Μετα-αναλυτικές ανασκοπήσεις έχουν διεξαχθεί για να μελετήσουν την προβλεπτική ικανότητα του μοντέλου συγκεκριμένα για την εφαρμογή συμπεριφορών υγείας (Armitage & Conner, 2001; Ajzen, 1991; Cooke & French, 2008, Godin & Kok, 1996), με αποτελέσματα που αποδεικνύουν ότι το μοντέλο της ΘΠΣ είναι ικανό να προβλέψει αποτελεσματικά την πρόθεση για την εφαρμογή μιας συμπεριφοράς. Σε ανασκόπηση των ερευνών που έκαναν χρήση του μοντέλου ο Ajzen (1991) συμπέρανε πως οι στάσεις, οι υποκειμενικές αντιλήψεις και ο αντιληπτός έλεγχος ερμήνευαν μέχρι και το 88 τοις εκατό του ποσοστού διακύμανσης για την πρόθεση, παρόλο που οι περισσότερες έρευνες που ανασκοπήθηκαν ανέφεραν συνεισφορά του μοντέλου σε ποσοστό μεταξύ 30 και 50 τοις εκατό. Σε μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση που περιλάμβανε 185 έρευνες με βάση το μοντέλο της ΘΠΣ, σε ένα μεγάλο εύρος συμπεριφορών, οι Armitage & Conner (2001), ανέφεραν πως ο μέσος όρος του ποσοστού της διακύμανσης για την πρόθεση που αναλογούσε στις μεταβλητές του μοντέλου υπολογιζόταν σε 39 τοις εκατό, ενώ οι Godin & Kok (1996) αναφέρουν μια τιμή της τάξης του 41 τοις εκατό στην ανασκόπησή τους για έρευνες που αφορούν αποκλειστικά σε συμπεριφορές υγείας. Πιο συγκεκριμένα, σε πρόσφατη μετα-αναλυτική ανασκόπηση που αφορούσε αποκλειστικά σε έρευνες που μελετούσαν συμπεριφορές προσυμπτωματικού ελέγχου (π.χ., μαστογραφία, έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου), οι Cooke & French (2008), αναφέρουν υψηλά στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στους παράγοντες του μοντέλου, με πιο ισχυρή την σχέση ανάμεσα στην στάση απέναντι σε μια συμπεριφορά και στην πρόθεση για δράση. Στο σύνολό τους τα συγκεκριμένα αποτελέσματα καταδεικνύουν πως η στάση, οι υποκειμενικές αντιλήψεις και ο αντιληπτός έλεγχος προβλέπουν την πρόθεση για συμπεριφορά με αξιοσημείωτη ακρίβεια.

3.1. Η ΘΠΣ ως μοντέλο πρόβλεψης για την πρόθεση και την εφαρμογή μαστογραφίας

Πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση ερευνών κατέληξε στο συμπέρασμα πως αναλογικά με την επικράτηση του μοντέλου της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς και το εύρος των εφαρμογών του στο πλαίσιο της συμπεριφοράς υγείας, ο αριθμός των μελετών σχετικά με την εφαρμογή μαστογραφίας ήταν περιορισμένος (Griva, Anagnostopoulos & Madoglou, 2009). Ο βασικός στόχος της συγκεκριμένης ανασκόπησης, η οποία παρουσιάζεται αναλυτικά στις ενότητες που ακολουθούν, ήταν να συνοψίσει τα αποτελέσματα των ερευνών συγκεκριμένα για την εφαρμογή μαστογραφίας μιας και προηγούμενες ανασκοπήσεις ή μετα-αναλύσεις επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα του μοντέλου για ένα μεγάλο εύρος συμπεριφορών υγείας, με αποτέλεσμα να μην παρέχεται εκτενής πληροφόρηση σχετικά με την επίδραση των παραγόντων του μοντέλου για την συγκεκριμένη συμπεριφορά αλλά και πληροφόρηση για την μεταξύ τους αλληλεπίδραση.

3.1.1. Μεθοδολογία συστηματικής ανασκόπησης

3.1.1.1. Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού σχετικών ερευνών και αναζήτηση βιβλιογραφίας

Η ανασκόπηση περιέλαβε έρευνες οι οποίες μελετούσαν την εφαρμογή μαστογραφίας από την σκοπιά του μοντέλου της έλλογης δράσης, εντούτοις περιλάμβαναν μετρήσεις που αφορούσαν στην αίσθηση ελέγχου – είτε εσωτερικά, όπως η δυνατότητα του ατόμου να εκτελέσει μια συμπεριφορά, είτε εξωτερικά, όπως παράγοντες στο περιβάλλον του ατόμου που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν την εφαρμογή της συμπεριφοράς. Οι συγκεκριμένες έρευνες κρίθηκαν κατάλληλες να συμπεριληφθούν στην ανασκόπηση καθώς οι μετρήσεις αντιληπτού ελέγχου επέτρεπαν την επέκταση του μοντέλου της έλλογης δράσης σε αυτό της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς. Έρευνες οι οποίες μελετούσαν την εφαρμογή μαστογραφίας από την σκοπιά άλλων μοντέλων υγείας αλλά έκαναν χρήση κάποιων μεταβλητών του μοντέλου της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, όπως οι υποκειμενικές αντιλήψεις ή η πρόθεση, δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Επιπρόσθετα κριτήρια ήταν η έρευνα να είναι πρωτότυπη, να έχει γίνει χρήση

ποσοτικών και όχι ποιοτικών μεθόδων για την συλλογή και ανάλυση των δεδομένων και να είναι δημοσιευμένη στην Αγγλική γλώσσα.

Για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων με ψυχολογική και ιατρική θεματολογία (MEDLINE, PsycINFO, Scopus) για έρευνες σχετικές με την εφαρμογή μαστογραφίας στο θεωρητικό πλαίσιο της θεωρίας έλλογης δράσης και προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, μέχρι το 2009. Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις κλειδιά: ‘mammography screening’, ‘mammogram’, ‘breast cancer screening’, ‘theory of planned behavior(u)r’, ‘theory of reasoned action’, καθώς και συνδυασμοί αυτών. Προκειμένου να εξασφαλισθεί η αποτελεσματικότητα της αναζήτησης, για κάθε μια από τις μελέτες που ανακτήθηκαν έγινε έλεγχος της λίστας βιβλιογραφίας με σκοπό να εντοπιστούν άλλες σχετικές έρευνες ενώ επιπρόσθετα ελέγχθηκε και η λίστα των ερευνών στην ιστοσελίδα του Ajzen (<http://www.people.umass.edu/aizen/tpbrefs.html>) που αφορά σε έρευνες που κάνουν χρήση του μοντέλου της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς και ανανεώνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

3.1.1.2. Ευρήματα αναζήτησης και συλλογή δεδομένων

Η αρχική αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων προσδιόρισε είκοσι-έξι σχετικά άρθρα-μελέτες. Από αυτές, οι 16 απορρίφθηκαν για τους εξής κάτωθι λόγους: δύο μελέτες ήταν ανασκοπήσεις (Ashing-Giwa, 1999; Gullate, 2006), μια μελέτη αφορούσε σε περιγραφική ενσωμάτωση τεσσάρων θεωρητικών μοντέλων (Curry & Emmons, 1994), δύο μελέτες σχετίζονταν με την δημιουργία ερωτηματολογίου σε σχέση με έρευνα των Steele & Porche (2005) η οποία είχε ήδη συμπεριληφθεί στην ανασκόπηση, πέντε μελέτες χρησιμοποιούσαν έναν συνδυασμό από ξεχωριστές μεταβλητές του μοντέλου πεποιθήσεων για την υγεία και της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Champion, 1994; Ham, 2005; Ham, 2006; Savage & Clarke, 1996, Soskolne & Manor, 2007), μια μελέτη διερευνούσε τα κίνητρα των θεράποντων ιατρών για την σύσταση μαστογραφίας (Taylor, Montano & Koepsell, 1994), δύο μελέτες αναφέρονταν σε αποτελέσματα ερευνών που είχαν ήδη συμπεριληφθεί στην ανασκόπηση (Drossaert, Boer & Seydel, 2005; Tolma, Reininger, Evans & Ureda, 2006), δύο μελέτες αφορούσαν σε παρεμβάσεις που σχετίζονταν με επέκταση άλλων θεωρητικών μοντέλων (Mikako, O’Callaghan & Morrissey, 2009; O’Neil et al., 2008), ενώ μια μελέτη χρησιμοποιούσε αποκλειστικά

την θεωρία της έλλογης δράσης, χωρίς περαιτέρω μετρήσεις για την αίσθηση αντιληπτού ελέγχου (Taplin & Montano, 1993). Για την έρευνα των Michels, Taplin, Carter, & Kugler (1995) δεν κατέστη δυνατό να εντοπιστεί το αντίστοιχο πλήρες κείμενο, ενώ η αναζήτηση των βιβλιογραφικών λιστών κατέληξε στον εντοπισμό μιας επιπρόσθετης σχετικής μελέτης (Godin et al., 2001). Συμπερασματικά, οι έρευνες που κρίθηκαν κατάλληλες για ανασκόπηση ήταν στο σύνολό τους δέκα.

Μια ενδελεχής επισκόπηση των δεδομένων που συλλέχθηκαν έκανε δυνατή την σύγκριση μεταξύ των ερευνών αναφορικά με τον σχεδιασμό, την μεθοδολογία ανάπτυξης των ερωτηματολογίων και την αξιοπιστία των μεθόδων μέτρησης. Ο Πίνακας 3.1 παρουσιάζει τις έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση και περιλαμβάνει περιγραφή του δείγματος και του σχεδιασμού, των μεταβλητών που μετρήθηκαν και των στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων για την καθεμία. Προκαταρκτική έρευνα για την διερεύνηση των πεποιθήσεων που συγκροτούν τους παράγοντες της ΘΠΣ και χρησιμεύουν στην ανάπτυξη του ερωτηματολογίου έγινε από τις περισσότερες έρευνες που μελετούσαν συμπεριφορά μαστογραφίας. Σύμφωνα με τον Ajzen (2002) όταν ο στόχος της έρευνας είναι η πρόβλεψη της συμπεριφοράς ενδείκνυται να χρησιμοποιείται ο έμμεσος τρόπος μέτρησης των βασικών παραγόντων της. Οι Rutter (2000) και Steadman & Rutter (2004) βάσισαν τα ερωτηματολόγια τους σε ήδη υπάρχοντα από προηγούμενες έρευνες. Οι Drossaert et al., (2003) και Terán et al., (2007) δεν παρέχουν κάποια πληροφόρηση σχετικά με την δημιουργία του ερωτηματολογίου της ΘΠΣ. Οι δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας στην συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών ξεπερνούσαν το 0.70. Σε πέντε έρευνες, η μέτρηση της συμπεριφοράς έγινε με χρήση προοπτικού σχεδιασμού (Drossaert et al., 2003; Montano & Taplin, 1991; Rutter, 2000; Steadman et al., 2002; Steadman & Rutter, 2004), ενώ σε τρεις μελέτες με αναδρομικό σχεδιασμό η προηγούμενη συμπεριφορά χρησιμοποιήθηκε ως υποκατάστατο μέτρησης (*proxy measure*) της μελλοντικής συμπεριφοράς (Montano et al., 1997; Steele & Porche, 2005; Terán et al., 2007). Η μέτρηση της πρόθεσης οριζόταν ποικιλοτρόπως σε όλες τις μελέτες, συμπεριλαμβανομένης της πρόθεσης για μαστογραφία «κάθε δύο χρόνια», "κάθε χρόνο" (Steele & Porche, 2005), "μέσα στους επόμενους έξι μήνες" (Bowie et al 2003; Tolma et al, 2003), και "την επόμενη χρονιά" (Montano et al, 1997), κάτι που περιπλέκει αρκετά τη σύγκριση μεταξύ των μελετών.

Πίνακας 3.1 Μελέτες για την διερεύνηση της πρόθεσης και της εφαρμογής μαστογραφίας στο πλαίσιο της ΘΠΣ

Ερευνητές (χρονολογία) Χώρα Διεξαγωγής	Μέγεθος / χαρακτηριστικά δείγματος	Σχεδιασμός / πλαίσιο διεξαγωγής	Μεταβλητή έκβασης	Επιπρόσθετες μεταβλητές	Κύρια ευρήματα (Προβλεπτικοί παράγοντες)*	Ποσοστό διακύμανσης της μεταβλητής έκβασης
Bowie et al. (2003) Ηνωμένες Πολιτείες	N = 150 Δείγμα κοινότητας (αφρικανο- αμερικανοί)	Συγχρονική μελέτη Γενικό νοσοκομείο	Πρόθεση	Θρησκευτικότητα, καχυποψία, γνώση, προηγούμενη συμπεριφορά	αντιληπτός έλεγχος και πεποιθήσεις ελέγχου	Δ/Α
Drossaert, Boer, & Seydel (2003) Ολλανδία	N = 2,657 N = 2039	Προοπτική μελέτη Πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου	Πρόθεση Συμπεριφορά	Κόστος / Όφελος	Πρόθεση: στάση, αντιληπτός έλεγχος, πεποιθήσεις ελέγχου και υποκειμενικές πεποιθήσεις Εφαρμογή: προηγούμενη συμπεριφορά, πρόθεση και αντιληπτός έλεγχος	48.6% για την πρόθεση 15% για την συμπεριφορά
Godin et al. (2001) Καναδάς	N = 354 Δείγμα γενικού πληθυσμού	Συγχρονική μελέτη	Πρόθεση	Δ/Α	αντιληπτός έλεγχος, υποκειμενικές αντιλήψεις, χαμηλή συμμετοχή της στάσης, που όμως προβλεπόταν από τις υποκειμενικές πεποιθήσεις	81% για την πρόθεση
Montano & Taplin (1991) Ηνωμένες Πολιτείες	N = 665	Προοπτική μελέτη Πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου	Πρόθεση Συμπεριφορά	Συνήθεια, Συναισθηματικότητα, παράγοντες διευκόλυνσης, Αυτοαποτελεσματικότητα, αντιληπτή σοβαρότητα, αντιληπτή ευαλωτότητα	Πρόθεση: στάση, υποκειμενικοί κανόνες, συναισθηματικότητα, Συμπεριφορά: πρόθεση	39% για την πρόθεση 20% για την συμπεριφορά
Montano et al. (1997) Ηνωμένες Πολιτείες	N = 361 Δείγμα κοινότητας (χαμηλού οικονομικού επιπέδου)	Αναδρομική μελέτη Γενικό νοσοκομείο	Πρόθεση Συμπεριφορά	Συναισθηματικότητα Παράγοντες διευκόλυνσης	Πρόθεση: υποκειμενικές πεποιθήσεις, στάση, παράγοντες διευκόλυνσης, προηγούμενη συμπεριφορά	29% για την πρόθεση 12% για την συμπεριφορά

Rutter (2000) Ηνωμένο Βασίλειο	N = 1.072 N = 582	Προοπτική μελέτη Πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου	Πρόθεση Συμπεριφορά	Δ/Α	Πρόθεση: στάση, αντιληπτός έλεγχος, υποκειμενικοί κανόνες, Συμπεριφορά: πρόθεση και προηγούμενη συμπεριφορά	29% για την πρόθεση
Steadman, Rutter & Field (2002) Ηνωμένο Βασίλειο	N = 270 N = 228 (χρήση έμμεσων πεποιθήσεων)	Προοπτική μελέτη Πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου	Πρόθεση Συμπεριφορά	Δ/Α	Πρόθεση: στάση, υποκ. κανόνες, αντιληπτός έλεγχος	30% και 24% για την πρόθεση 7% και 13% για την συμπεριφορά σε κάθε δείγμα
Steadman & Rutter (2004) Ηνωμένο Βασίλειο	N = 938	Προοπτική μελέτη Πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου	Πρόθεση Συμπεριφορά		Πρόθεση: αντιληπτός έλεγχος, υποκ. κανόνες, στάση Συμπεριφορά: πρόθεση	24.1% για την πρόθεση
Steele & Porche (2005) Ηνωμένες Πολιτείες	N = 302 Δείγμα κοινότητας (αγροτικός πληθυσμός)	Αναδρομική μελέτη	Πρόθεση Συμπεριφορά		Πρόθεση: αντιληπτός έλεγχος, στάση, και υποκ. κανόνες	24% για την πρόθεση
Teran et al. (2007) Ηνωμένες Πολιτείες	N = 112 Δείγμα κοινότητας (Ισπανόφωνος και μη ισπανόφωνος πληθυσμός)	Αναδρομική μελέτη	Πρόθεση Συμπεριφορά	Πολιτισμικοί παράγοντες, παράγοντες διευκόλυνσης και εμποδισμού	Πρόθεση: προηγούμενη συμπεριφορά για μη Ισπανόφωνες. Καμία επίδραση της ΘΠΣ για τις Ισπανόφωνες. Μοιρολατρία και αίσθημα οικογενειακού ανήκειν (familism) οι μόνοι προβλεπτικοί παράγοντες για τις Ισπανόφωνες	Δ/Α
Tolma et al. (2003) Κύπρος	N = 293 Δείγμα γενικού πληθυσμού	Συγχρονική μελέτη Γενικό νοσοκομείο	Πρόθεση	Αυτοαποτελεσματικότητα	αυτοαποτελεσματικότητα, υποκ. κανόνες, στάση, αντιληπτός κίνδυνος, άμεση επίδραση δημογραφικών και άλλων στοιχείων υγείας	26.7% (34.5% με την προσθήκη των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας)

* Η σειρά παράθεσης των προβλεπτικών παραγόντων είναι ανάλογα με την ισχύ της επίδρασής τους στην εκάστοτε εξαρτημένη.
Δ/Α = δεν αναφέρεται

3.1.2. Ευρήματα ανασκόπησης

3.1.2.1. Πρόθεση για εφαρμογή μαστογραφίας

Τα αποτελέσματα των ερευνών για την πρόθεση εφαρμογής μαστογραφίας ήταν συνακόλουθα με την θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, καθώς η πρόθεση ήταν ο πιο ισχυρός παράγοντας για την συμμετοχή σε έλεγχο μαστογραφίας για εκείνες τις έρευνες που μέτρησαν πραγματική συμπεριφορά (Drossaert, Boer, & Seydel, 2003; Montano & Taplin, 1991; Rutter, 2000; Steadman & Rutter, 2004; Steadman, Rutter, & Field, 2002) αλλά και για αυτές που βασίστηκαν σε αυτό-αναφορικές μετρήσεις (Montano et al., 1997; Steel & Porche, 2005).

3.1.2.2. Στάση απέναντι στην πρόθεση για μαστογραφία

Σύντονα με την θεωρία ήταν και τα αποτελέσματα που αφορούσαν στην στάση απέναντι στην πρόθεση για μαστογραφία, καθώς αποδείχθηκε ο πιο ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης, ανάμεσα στους υπόλοιπους παράγοντες της θεωρίας, στην πλειοψηφία των ερευνών (Drossaert et al., 2003; Montano & Taplin, 1991; Rutter, 2000; Steadman et al., 2002; Steadman & Rutter, 2004) ενώ μόνο σε μια έρευνα (Godin et al., 2001) φάνηκε να έχει μικρή συνεισφορά στην πρόβλεψη της πρόθεσης για μαστογραφία. Ωστόσο, κάνοντας χρήση δομικών μοντέλων ανάλυσης οι συγκεκριμένοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η ερμηνευτική ισχύ της στάσης αυξάνεται όταν λαμβάνονται υπόψη οι έμμεσες υποκειμενικές πεποιθήσεις του ατόμου, υποδηλώνοντας πως η στάση δομείται σε σημαντικό ποσοστό από την αντίληψη που έχουν οι σημαντικοί άλλοι στην ζωή μιας γυναίκας για την συγκεκριμένη συμπεριφορά. Είναι σημαντικό επίσης να τονιστεί το γεγονός ότι στις υπόλοιπες έρευνες όπου η στάση δεν βρέθηκε να είναι ο πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την πρόθεση, ο σχεδιασμός της έρευνας ήταν είτε αναδρομικός (retrospective) είτε επιτόπιος (cross-sectional). Το εύρος των συντελεστών συσχέτισης μεταξύ στάσης και πρόθεσης σε όλες τις μελέτες κυμαινόταν μεταξύ $r = 0,21 - 0,60$ και ήταν για όλες τις μελέτες στατιστικά σημαντικό σε $p < .01$ επίπεδο.

3.1.2.3. Υποκειμενικοί κανόνες

Σε γενικές γραμμές ο παράγοντας των υποκειμενικών αντιλήψεων θεωρείται από τους ερευνητές ως ο λιγότερο ισχυρός για την πρόβλεψη της πρόθεσης (Godin & Kok,

1996). Μετα-αναλυτικές ανασκοπήσεις σχετικά με την επάρκεια της θεωρίας να προβλέψει συμπεριφορές υγείας αναφέρουν στατιστικά λιγότερο ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των υποκειμενικών αντιλήψεων και της πρόθεσης, συγκριτικά με τους άλλους παράγοντες τους μοντέλου (Armitage & Conner, 2001), και αυτό είναι κάτι που έχει επιβεβαιωθεί και για την περίπτωση της μαστογραφίας συγκεκριμένα (Cook & French, 2007). Ωστόσο, μια κριτική είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών χρησιμοποιούν για την μέτρηση του συγκεκριμένου παράγοντα μια μόνο ερώτηση, συνήθως αυτή που αφορά στο αν άλλα άτομα του περιβάλλοντός τους εφαρμόζουν μαστογραφία, αδυνατώντας να συλλάβουν την διττή σημασία που εμπεριέχει η έννοια των υποκειμενικών κανόνων που περιλαμβάνει ταυτόχρονα μια «πίεση» συμμόρφωσης σε μια συμπεριφορά που οι άλλοι είτε εγκρίνουν γενικότερα, είτε πιστεύουν ότι είναι ωφέλιμη για το άτομο. Δεν είναι τυχαίο λοιπόν ότι κάποιες συμπεριφορές που έχουν την δυνατότητα να επηρεάσουν κι άλλους πέραν του ατόμου που εμπλέκεται ή δεν εμπλέκεται σε αυτές, όπως η χρήση προφυλακτικού ή άλλες συμπεριφορές πρόληψης, φαίνεται να επηρεάζονται σημαντικά από τους υποκειμενικούς κανόνες και τις αντίστοιχες πεποιθήσεις (Steadman, Rutter, & Field, 2002; Steadman & Rutter, 2004). Το εύρος των συντελεστών συσχέτισης μεταξύ υποκειμενικών κανόνων και πρόθεσης κυμαινόταν μεταξύ $r = 0,20 - 0,43$ και ήταν για όλες τις μελέτες στατιστικά σημαντικό σε $p < .01$ επίπεδο. Παρόλο που η επίδραση του συγκεκριμένου παράγοντα για την μαστογραφία δείχνει να είναι μικρή όπως προαναφέρθηκε, στην συγκεκριμένη ανασκόπηση δύο μελέτες αναφέρουν πως ο πιο ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης της πρόθεσης για μαστογραφία ήταν οι υποκειμενικές αντιλήψεις (Montano et al., 1997; Tolma, Reininger, Ureda, & Evans, 2003). Ωστόσο, ο σχεδιασμός και τα χαρακτηριστικά του δείγματος και στις δύο αυτές έρευνες ενδέχεται να συνέβαλλαν σε αυτό το αποτέλεσμα, δεδομένου ότι η πρώτη έρευνα έλαβε χώρα ανάμεσα σε γυναίκες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, ενώ η δεύτερη ανάμεσα σε γυναίκες μιας σχετικά μικρής κοινότητας, κάτι που και στις δύο περιπτώσεις μπορεί να υποδηλώνει την ύπαρξη μιας πιθανής ευαισθησίας στις απόψεις των σημαντικών άλλων για πολιτισμικούς ή άλλους κοινωνικούς λόγους.

3.1.2.4. Αντιληπτός έλεγχος

Η προσθήκη της έννοιας του αντιληπτού ελέγχου στην αρχική θεωρία της έλλογης δράσης βασίστηκε στο σκεπτικό της περαιτέρω δυνατότητας πρόβλεψης

συμπεριφορών οι οποίες δεν βρίσκονταν αποκλειστικά κάτω από τον έλεγχο του ατόμου. Καθότι ο αντιληπτός έλεγχος έχει βρεθεί πως συμβάλει ελάχιστα στην πρόβλεψη καινούργιων ή άλλων συμπεριφορών με τις οποίες το άτομο δεν είναι εξοικειωμένο, μια μη ισχυρή επίδραση του παράγοντα στην πρόθεση ή την συμπεριφορά δεν είναι απρόσμενο εύρημα (Sheeran, Conner & Norman, 2001). Στην συγκεκριμένη ανασκόπηση, τα αποτελέσματα ήταν σύντονα με αυτό που πρεσβεύει η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, καθώς οι μετρήσεις ελέγχου αποτέλεσαν προβλεπτικό παράγοντα για την συμπεριφορά (Drossaert et al., 2003; Montano & Taplin, 1991) αλλά και για την πρόθεση (Godin et al., 2001; Steele & Porche, 2005; Montano et al., 1997; Steadman & Rutter, 2004) ενώ οι έρευνες που δεν ανέφεραν ισχυρή επίδραση του παράγοντα αυτού, εξέταζαν την μαστογραφία υπό το πρίσμα της νέας συμπεριφοράς, καθώς κανένας από τους συμμετέχοντες δεν είχε ξανακάνει μαστογραφία στο παρελθόν (Rutter, 2000; Steadman et al., 2002; Tolma et al., 2003). Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και για την έρευνα των Montano & Taplin (1991), στην οποία μόνο το ένα τέταρτο των γυναικών που συμμετείχαν είχαν ξανακάνει μαστογραφία στο παρελθόν. Το εύρος των συντελεστών συσχέτισης μεταξύ υποκειμενικών κανόνων και πρόθεσης κυμαινόταν μεταξύ $r = 0.29$ to 0.59 ήταν για όλες τις μελέτες στατιστικά σημαντικό σε $p < .01$ επίπεδο.

3.1.2.5. Ατομικές μεταβλητές και δημογραφικοί παράγοντες

Η θεωρία πρεσβεύει πως οι ατομικοί και δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την συμπεριφορά άμεσα, μέσω της επίδρασης που ασκούν στους υπόλοιπους παράγοντες του μοντέλου. Στην παρούσα ανασκόπηση αυτό ίσχυε για την πλειοψηφία των ερευνών. Κάποιες έρευνες δεν παρείχαν ιδιαίτερη πληροφόρηση σχετικά με την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων (π.χ., Rutter, 2000), ενώ συχνά δεν αναφερόταν η ύπαρξη αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στους δημογραφικούς παράγοντες και στους άλλους παράγοντες του μοντέλου. Κάποιοι ατομικοί παράγοντες, όπως το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, η διάγνωση φιλικού προσώπου αλλά και η εφαρμογή άλλων σχετικών συμπεριφορών υγείας, όπως ο έλεγχος για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δεν φάνηκε να σχετίζονται με την μαστογραφία στις έρευνες που κάνουν χρήση του μοντέλου της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, η τακτική αυτοεξέταση μαστού σχετιζόταν με λιγότερο ισχυρή πρόθεση για μαστογραφία αλλά και μικρότερη συμμετοχή σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (Drossaert et al., 2003; Tolma et al., 2003). Ως εκ τούτου, θα μπορούσε να

αναλογιστεί κανείς πως οι γυναίκες που εφαρμόζουν τακτικά αυτοεξέταση του μαστού, θεωρούν ενδεχομένως κατά κάποιο τρόπο τον εαυτό τους ως λιγότερο ευάλωτο στην διάγνωση καρκίνου του μαστού, και συνεπώς είναι λιγότερο πιθανό να εφαρμόσουν έλεγχο μαστογραφίας. Ωστόσο, κάποιοι δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η μόρφωση και το οικονομικό επίπεδο σχετίζονταν με την εφαρμογή (Drossaert et al., 2003; Montano & Taplin, 1991) αλλά και με την πρόθεση για εφαρμογή μαστογραφίας (Bowie et al., 2003; Tolma et al., 2003). Η απουσία συντρόφου/σύζυγου δείχνει να επηρεάζει αρνητικά την συμμετοχή σε έλεγχο μαστογραφίας, ένα εύρημα που υποστηρίζεται και από αποτελέσματα άλλων ερευνών στα οποία οι γυναίκες κατατάσσουν τον σύντροφο/σύζυγο ως το πιο σημαντικό άτομο επιρροής σε σχέση με την συγκεκριμένη συμπεριφορά (Steadman et al., 2002; Steadman & Rutter, 2004). Η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου παρουσιάζει μια αμφισημία, καθώς σε κάποιες έρευνες φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την εφαρμογή μαστογραφίας ή την πρόθεση για εφαρμογή (Montano & Taplin, 1991; Tolma et al., 2003), ωστόσο στην έρευνα των Drossaert et al. (2003) σχετιζόταν με μη συμμετοχή σε προσυμπτωματικό έλεγχο. Ο αμφίβολος ρόλος της εκπαίδευσης σε αυτές τις έρευνες θα μπορούσε να αποδοθεί σε διαφορές στον σχεδιασμό των ερευνών, καθώς η έρευνα των Drossaert et al. (2003) αφορούσε σε συμμετοχή σε οργανωμένο πρόγραμμα ελέγχου μαστογραφίας. Κάποιος θα μπορούσε να σκεφτεί ότι οι γυναίκες υψηλότερου μορφωτικού αλλά και οικονομικού επιπέδου ενδέχεται να μην προτιμούν να συμμετέχουν σε οργανωμένα προγράμματα ελέγχου και να επιλέγουν με δική τους πρωτοβουλία είτε ιδιωτικές κλινικές, είτε κλινικές μαστού δημόσιων νοσοκομείων, σε χρόνο που οι ίδιες επιθυμούν. Όσον αφορά την ηλικία, οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες ήταν πιο πιθανό να συμμετάσχουν σε έλεγχο μαστογραφίας (Drossaert et al., 2003; Montano & Taplin, 1991; Tolma et al. 2003).

3.1.3. Συμπεράσματα ανασκόπησης

Στις έρευνες οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στην συστηματική ανασκόπηση η πρόθεση ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας για την εφαρμογή μαστογραφίας. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι συνακόλουθο με το βασικό αξίωμα της θεωρίας τη προσχεδιασμένης συμπεριφοράς η οποία πρεσβεύει πως ο πιο καθοριστικός παράγοντας για την εφαρμογή μιας συμπεριφοράς είναι η πρόθεση του ατόμου να εμπλακεί σε αυτήν. Σύμφωνα με τους Ajzen & Fishbein (2004), η πρόθεση για

κάποιες συμπεριφορές ενδέχεται να καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την επίδραση των στάσεων απέναντι σε αυτές, ενώ για άλλες συμπεριφορές η πρόθεση να καθορίζεται από κυρίως από την επίδραση είτε των υποκειμενικών αντιλήψεων, είτε των αντιλήψεων περί προσωπικής αίσθησης ελέγχου. Τα ευρήματα της ανασκόπησης αποκαλύπτουν ότι η μαστογραφία είναι μια συμπεριφορά που σε μεγάλο βαθμό βρίσκεται κάτω από την επίδραση των στάσεων παρά των υποκειμενικών πεποιθήσεων. Το συγκεκριμένο εύρημα, είναι σύντονο και με τα ευρήματα πρόσφατης μετα-αναλυτικής έρευνας για την αποτελεσματικότητα της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, στην οποία το μέγεθος της σχέσης μεταξύ υποκειμενικών κανόνων και πρόθεσης ήταν μικρότερο για την μαστογραφία, συγκριτικά με άλλες συμπεριφορές υγείας (Cooke & French, 2007). Μολαταύτα, αυτό δεν υπαινίσσεται ότι η συνεισφορά του παράγοντα των υποκειμενικών κανόνων τυγχάνει μικρότερης σημασίας. Καθώς η ισχύς του κάθε παράγοντα φαίνεται συχνά να μεταβάλλεται ανάλογα με την προκείμενη συμπεριφορά, το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για τον πληθυσμό της έρευνας, ακόμα και όταν η συμπεριφορά που μελετάται να είναι η ίδια. Συμπερασματικά, ενδέχεται η πρόθεση να εμπλακεί κάποιος σε μια συμπεριφορά να επηρεάζεται από τις αντιλήψεις γύρω από την στάση όταν αυτή μετράται σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, ενώ σε κάποιον άλλο πληθυσμό να επηρεάζεται από τις υποκειμενικές αντιλήψεις και κανόνες. Σύμφωνα με τους Ajzen & Fishbein (2004), έχει παρατηρηθεί πως το αντίστοιχο βάρος κάθε προβλεπτικού παράγοντα φαίνεται να διαφέρει από συμπεριφορά σε συμπεριφορά και από πληθυσμό σε πληθυσμό καθώς τα άτομα φαίνονται συχνά να διαφοροποιούνται ως προς τις πεποιθήσεις που έχουν για μια συμπεριφορά και τους τρόπους με τους οποίους αντιλαμβάνονται τα επακόλουθά της. Αναφορικά με τον αντιληπτό έλεγχο, ήταν σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας μόνο για εκείνες τις έρευνες στις οποίες οι συμμετέχοντες είχαν στο παρελθόν εμπλακεί σε έλεγχο μαστογραφίας και είχαν μια ρεαλιστική αντίληψη του τι περιλάμβανε η διαδικασία και τι αναμενόταν από αυτούς.

Συνεπώς, τα αποτελέσματα των ερευνών που ανασκοπήθηκαν ήταν σύντονα ως προς τις βασικές αρχές της θεωρίας. Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονταν κυρίως στους βασικούς παράγοντες του μοντέλου και έδειχναν να παρακάμπτουν άλλες μεταβλητές που θα μπορούσαν να έχουν είτε άμεση είτε διαμεσολαβητική επίδραση τόσο την πρόθεση και όσο και την συμπεριφορά, όπως η προηγούμενη

συμπεριφορά ή άλλα ατομικά χαρακτηριστικά. Η ανασκόπηση των ερευνών κατέληξε στο συμπέρασμα πως η ΘΠΣ κατάφερε να ερμηνεύσει το 24% έως το 49% της διακύμανσης της πρόβλεψης για πρόθεση και ακόμα μικρότερο ποσοστό της διακύμανσης της πρόβλεψης για εφαρμογή. Το ποσοστό αυτό θεωρείται μεν ικανοποιητικό, αφήνει εντούτοις ένα μεγάλο μέρος της διακύμανσης άνευ ερμηνείας. Επιπρόσθετοι παράγοντες που συμπεριλαμβάνονταν σε κάποιες έρευνες όπως οι πεποιθήσεις αυτό-αποτελεσματικότητας (Tolma et al., 2003) ή πολιτισμικές συνιστώσες (π.χ., θρησκευτικότητα, ντροπή) (Bowie et al., 2003; Terán et al., 2007) δεν έδειξαν να συνεισφέρουν σε περαιτέρω αύξηση της προβλεπτικής ικανότητας του μοντέλου για την πρόθεση και την εμπλοκή σε έλεγχο μαστογραφίας. Η αύξηση της προβλεπτικής ικανότητας του μοντέλου με την προσθήκη παραγόντων έχει απασχολήσει μέχρι σήμερα αρκετούς ερευνητές (Brickell, Chatzisarantis, & Pretty, 2006; Conner & Abraham, 2001; Churchill, Jessop & Sparks, 2008; McMillan, Higgins, & Conner, 2005; Moan & Rise, 2006; Norman, Conner, & Bell, 1999; Richard, van der Pligt, & de Vries, 1996; Taylor, Bagozzi & Gaither, 2005). Η εκτίμηση της αλληλεπίδρασής τους με τους προγνωστικούς παράγοντες της ΘΠΣ, ενδέχεται να προσφέρει πολύτιμη πληροφόρηση σχετικά με την αναγνώριση πληθυσμών υψηλού κινδύνου αναφορικά με κάποιες συμπεριφορές υγείας, αλλά και σχετικά με την διαδικασία της λήψης αποφάσεων για την υγεία. Τέτοιου είδους δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το σχεδιασμό παρεμβάσεων και πιο συγκεκριμένα για την βελτίωση της επικοινωνίας στον τομέα της προληπτικής συμπεριφοράς.

3.2. Περίληψη

Η ανασκόπηση των ερευνητικών δεδομένων για την εφαρμογή μαστογραφίας έδειξε πως η ΘΠΣ έχει εφαρμοστεί αποτελεσματικά στο παρελθόν για την πρόβλεψη της πρόθεσης για την εφαρμογή μαστογραφίας και για την συμπεριφορά μαστογραφίας. Η ΘΠΣ κατάφερε να ερμηνεύσει το 24% έως το 49% της διακύμανσης της πρόβλεψης για την πρόθεση και ακόμα μικρότερο ποσοστό της διακύμανσης της πρόβλεψης για εφαρμογή. Το συγκεκριμένο εύρημα υποδεικνύει πως η εφαρμογή μαστογραφίας ενδεχομένως να διέπεται και από παράγοντες οι οποίοι δεν συμπεριλαμβάνονται στην ΘΠΣ. Το κεφάλαιο που ακολουθεί παρουσιάζει εκτενώς το σκεπτικό επέκτασης του μοντέλου της ΘΠΣ και τους προτεινόμενους παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν την πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Επέκταση Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά προκύπτει με διαμεσολάβηση μιας συνειδητής διαδικασίας λήψης αποφάσεων και είναι απόκοτο ενός εσκεμμένου συλλογισμού, που βασίζεται σε μια κόστος-όφελος ανάλυση των πιθανών εκβάσεων διάφορων συμπεριφορών. Ωστόσο, έρευνες έχουν αποδείξει ότι σημαντικό ρόλο στην ερμηνεία για την εφαρμογή μιας συμπεριφοράς ασκούν και άλλοι παράγοντες όπως η προηγούμενη συμπεριφορά, ή τα ατομικά χαρακτηριστικά, που δεν συμπεριλαμβάνονται στην ΘΠΣ. Είναι λοιπόν πιθανό, ένα μεγάλο μέρος της διακύμανσης στην συμπεριφορά, που δεν μπορεί να εξηγηθεί από την ΘΠΣ, να οφείλεται στην ύπαρξη άλλων παραγόντων. Οι ερευνητές πιστεύουν πως η προσθήκη παραγόντων που δεν θα ξεπερνούν σε αριθμό τους τρεις, ενδέχεται να αυξήσει την προβλεπτική ικανότητα του μοντέλου (Armitage & Conner, 2000). Ο περιορισμένος προτεινόμενος αριθμός για τους επιπρόσθετους παράγοντες οφείλεται στο ότι ένα από τα δυνατά σημεία της θεωρίας είναι η ‘οικονομία’ του μοντέλου, η δυνατότητά του δηλαδή να προβλέπει συμπεριφορές σε ένα ικανοποιητικό ποσοστό, περιλαμβάνοντας μόνο τέσσερις παράγοντες. Σύμφωνα με τον Ajzen (1991) η ΘΠΣ είναι ανοιχτή στην ένταξη περαιτέρω παραγόντων, εφόσον διαπιστώνεται ότι αυτοί επαυξάνουν την προβλεπτική ικανότητά του μοντέλου, έτσι ώστε να αντισταθμίζεται η απώλεια της φειδούς του μοντέλου. Ο Ajzen (1998), θεωρεί πως οι προτεινόμενοι προς ένταξη παράγοντες θα πρέπει να είναι εννοιολογικά ανεξάρτητοι από τους παράγοντες του μοντέλου για να αποφευχθούν ζητήματα πλεονασμού. Επιπλέον, δεδομένου ότι η ΘΠΣ είναι μοντέλο γενικού περιεχόμενου, προτείνει ότι οι πρόσθετοι παράγοντες θα πρέπει να μπορούν να εφαρμοστούν σε ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών.

4.1 Σκεπτικό επέκτασης της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς

Πρόσφατες ερευνητικές προσπάθειες προς την κατεύθυνση επέκτασης της ΘΠΣ περιλαμβάνουν την αξιολόγηση της προσθήκης παραγόντων όπως η προηγούμενη συμπεριφορά (*past behavior*) (π.χ., Brickell, Chatzisarantis, & Pretty, 2006), ο αντιληπτός κίνδυνος (π.χ., Norman, Conner, & Bell, 1999), οι ηθικοί κανόνες (*moral norms*) (π.χ., McMillan, Higgins, & Conner, 2005), η προσωπική ταυτότητα (*self-identity*) (π.χ., Moan & Rise, 2006), η αναμενόμενη μεταμέλεια (*anticipated regret*)

π.χ., Richard, van der Pligt, & de Vries, 1996) και η επιθυμία (*desire*) (Taylor, Bagozzi & Gaither, 2005) αλλά και στοιχεία προσωπικότητας όπως η συνειδητότητα (*conscientiousness*) (π.χ., Conner & Abraham, 2001) ή η παρορμητικότητα (*impulsiveness*) (π.χ., Churchill, Jessop & Sparks, 2008) ως παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις ενός ατόμου σχετικά με μια συμπεριφορά υγείας.

Κάποιοι ερευνητές (π.χ., Oliver & Berger, 1979), έχουν σχολιάσει πως η ΘΠΣ αποτυγχάνει να εξετάσει επαρκώς τις αντιλήψεις του ατόμου για τον κίνδυνο που διατρέχει να αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα υγείας. Ο αντιληπτός κίνδυνος είναι ένα κεντρικός παράγοντας που συναντάται σε κάποια μοντέλα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία (Health Belief Model: Rosenstock, 1974), της Θεωρίας της Κινητοποίησης για την Προστασία της υγείας (Protection Motivation Theory: Rogers, 1975), αλλά και την πιο πρόσφατη Προσέγγιση Διαδικασίας Δράσης για την Υγεία (Health Action Process Approach, Schwarzer, 1992) και θεωρείται παράγοντας κινητοποίησης για την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς. Υπάρχει η άποψη πως οι αντιλήψεις του κινδύνου αντανακλώνται στην ΘΠΣ στις πεποιθήσεις που έχουν τα άτομα απέναντι σε μια συμπεριφορά υγείας και ότι μια τέτοια προσθήκη θα αποτελούσε πλεονασμό (Weinstein, 1993), ωστόσο υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι ο αντιληπτός κίνδυνος αυξάνει την προβλεπτική ικανότητα του μοντέλου κυρίως ως προς την πρόθεση. Οι Norman, Conner, & Bell (1999) βρήκαν πως η προσθήκη του αντιληπτού κινδύνου στην ΘΠΣ αύξησε την προβλεπτική ικανότητα του μοντέλου σχετικά με την πρόθεση για την διακοπή καπνίσματος, ενώ οι Abraham, Clift, & Grabowski (1999) ανέφεραν παρόμοια αποτελέσματα σε σχέση με την πρόθεση συμμόρφωσης σε ιατρικές οδηγίες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί στις ατομικές διαφορές στην προσωπικότητα μέσα στο θεωρητικό πλαίσιο της ΘΠΣ, αλλά και των υπολοίπων κοινωνιογνωστικών μοντέλων, παρά την ύπαρξη ερευνητικά εμπεριστατωμένης σχέσης μεταξύ προσωπικότητας και συμπεριφοράς υγείας (Burmúdez, 1999; Furnham & Heaven, 1999). Ελάχιστες είναι οι έρευνες που έχουν συνδυάσει τις γνωστικές μεταβλητές της ΘΠΣ με μεταβλητές προσωπικότητας. Οι Siegler, Feaganes, & Rimer (1995) βρήκαν πως ο τακτικός έλεγχος μαστογραφίας μπορούσε να προβλεφθεί από την συνειδητότητα και την εξωστρέφεια, δύο από τους Πέντε

Παράγοντες Προσωπικότητας (*Big Five*). Αντίστοιχα, οι Conner & Abraham (2001), βρήκαν πως η συνειδητότητα μπορούσε να προβλέψει την πρόθεση για σωματική άσκηση, μέσω της επίδρασης που ασκούσε στους παράγοντες της ΘΠΣ, αλλά και την συμπεριφορά της άσκησης. Επιπρόσθετα, οι Churchill, Jessop & Sparks (2008), βρήκαν πως η παρορμητικότητα μπορούσε να προβλέψει συμπεριφορές που σχετίζονταν με την υγιεινή διατροφή, όπως η κατανάλωση φαγητών πλούσιων σε θερμίδες.

Ένας παράγοντας που έχει προταθεί για προσθήκη και έχει μελετηθεί σε για την πρόβλεψη προληπτικών συμπεριφορών είναι η προηγούμενη συμπεριφορά (Brickell, Chatzisarantis, & Pretty, 2006; Norman & Conner, 2006; Norman, Conner & Bell, 2000) Η ΘΠΣ υποστηρίζει πως η απόφαση για την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς καθορίζεται από τους γνωστικούς παράγοντες του μοντέλου, ως εκ τούτου η προηγούμενη συμπεριφορά θα πρέπει να επηρεάζει αυτή την απόφαση μόνο μέσω των γνωστικών παραγόντων του μοντέλου, και ειδικά του αντιληπτού ελέγχου καθώς η επανάληψη μιας συμπεριφοράς ενδέχεται να οδηγήσει σε ενισχυμένες αντιλήψεις ελέγχου. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί πως η προηγούμενη συμπεριφορά, συχνά επιδρά άμεσα στην πρόθεση και στην συμπεριφορά, χωρίς την διαμεσολάβηση των γνωστικών παραγόντων του μοντέλου (Drossaert, Boer, & Seydel, 2003; Lechner, de Vries, & Offermans, 1997; Rodriguez, Plasencia & Schroeder, 1995; Rutter, 2000) και αποτελεί ξεχωριστό παράγοντα πρόβλεψης της μελλοντικής συμπεριφοράς. Μετα-αναλυτικές έρευνες αναφέρουν πως η προσθήκη της προηγούμενης συμπεριφοράς αυξάνει την προβλεπτική ικανότητα του μοντέλου ενώ υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα σε ένα μεγάλο εύρος συμπεριφορών υγείας που υποστηρίζουν την ένταξη του παράγοντα στην ΘΠΣ (Conner & Armitage, 1998; Armitage & Conner, 2001; Cooke & Frence, 2007).

Ανάλογα με τη φύση της συμπεριφοράς και τον σκοπό της μελέτης, θα μπορούσαν να εξετασθούν διαφορετικοί συνδυασμοί μεταβλητών, ενώ κάποιες μεταβλητές να απορριφθούν. Για παράδειγμα, οι ηθικοί κανόνες έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την εφαρμογή μαστογραφίας, αλλά μόνο για πληθυσμούς όπου η διάσταση της ηθικής καθορίζει ποια συμπεριφορά είναι σωστή ή όχι, λόγω πολιτισμικών και θρησκευτικών αντιλήψεων (π.χ., Soskolne, Marie, & Manor, 2007). Η εφαρμογή μαστογραφίας στις δυτικές κοινωνίες δεν φαίνεται να θεωρείται μια συμπεριφορά που

καθορίζεται από ηθικές συνιστώσες. Ως εκ τούτου, για την συγκεκριμένη μελέτη οι παράγοντες που επιλέχθηκαν είναι η προηγούμενη συμπεριφορά, ο αντιληπτός κίνδυνος, η αισιοδοξία και ο χρονικός προσανατολισμός.

Το σκεπτικό για την προσθήκη αυτών των παραγόντων, πέραν από την ύπαρξη ερευνητικών δεδομένων που αποδεικνύουν την σχέση τους με την συμπεριφορά υγείας, καθοδηγήθηκε και από την εννοιολογική τους φύση. Η ΘΠΣ είναι ένα μοντέλο προσδοκίας – αξίας αποτελέσματος και οι παράγοντες που επιλέχθηκαν συνάδουν σε μεγάλο βαθμό με το θεωρητικό υπόβαθρο του μοντέλου καθώς αφορούν είτε σε προσδοκίες σχετικά με αναμενόμενα ή μη αποτελέσματα (π.χ., αισιοδοξία), και την πιθανότητα εμφάνισής τους (π.χ., αντιληπτός κίνδυνος), είτε σε πεποιθήσεις που διαμορφώνουν γενικές στάσεις απέναντι στην ζωή (π.χ., χρονικός προσανατολισμός). Ταυτόχρονα όμως είναι παράγοντες που ενέχουν ένα συναισθηματικό υπόβαθρο. Για παράδειγμα, η αισιοδοξία, σύμφωνα με τον Peterson (2005) αντιμετωπίζεται μεν συχνά από την σκοπιά της θεωρίας προσδοκίας – αξίας αποτελέσματος, ως ένα γνωστικό χαρακτηριστικό – έναν στόχο, μια προσδοκία ή μια αιτιώδης απόδοση. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως η εν λόγω έννοια αφορά σε μελλοντικά συμβάντα για τα οποία τα άτομα φέρουν ανάλογα συναισθήματα. Η αισιοδοξία δεν αποτελεί απλά άλλη μια διάσταση μιας ορθολογιστικής γνωστικής λειτουργίας, και αν παραβλεφθεί η συναισθηματική έκφραση που εμπεριέχεται στην αισιοδοξία, ενδέχεται να μην εκτιμηθεί επαρκώς και η δύναμη που φέρει ως παράγοντας κινητοποίησης για μια συμπεριφορά. Όπως επεσήμαναν οι Bowie et al. (2003), η μαστογραφία και στην πραγματικότητα πολλές συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, συνεπάγονται ένα συναισθηματικό υπόβαθρο που δεν θα μπορούσε να συλληφθεί επαρκώς από ένα γνωστικό μοντέλο όπως η ΘΠΣ, που αντιλαμβάνεται την συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα μιας ορθολογικής επεξεργασίας.

Οι συγκεκριμένοι παράγοντες πληρούν τα κριτήρια του Ajzen (1991; 1998) σχετικά με την προσθήκη παραγόντων, όπως προαναφέρθηκαν, καθώς α) είναι περιορισμένοι σε αριθμό, β) είναι εννοιολογικά παρεμφερείς αλλά ανεξάρτητοι από τους παράγοντες του μοντέλου, και γ) μπορούν να εφαρμοστούν για την πρόβλεψη και άλλων συμπεριφορών υγείας.

Στην ενότητα που ακολουθεί, παρατίθεται ανασκόπηση αυτών των παραγόντων σχετικά με την ικανότητά τους να προβλέψουν την πρόθεση και την συμπεριφορά υγείας και συγκεκριμένα την εφαρμογή μαστογραφίας.

4.2 Παράγοντες επέκτασης και ερευνητικά δεδομένα

4.2.1 Προηγούμενη συμπεριφορά

Η επίδραση της προηγούμενης συμπεριφοράς στην μελλοντική συμπεριφορά και η αλληλεπίδρασή της με άλλους παράγοντες της ΘΠΣ είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει αρκετά τους ερευνητές τα τελευταία χρόνια. Έρευνες σε ένα μεγάλο εύρος συμπεριφορών υγείας αναφέρουν ότι η προσθήκη του παράγοντα της προηγούμενης συμπεριφοράς μπορεί να βελτιώσει την πρόβλεψη μιας συμπεριφοράς υγείας (Brickell, Chatzisarantis, & Pretty, 2006; Norman & Conner, 1996; Norman, Conner & Bell, 2000; Umeh & Patel, 2004; Moan & Rise, 2006). Στην ανασκόπησή τους οι Conner & Armitage (1998) αναφέρουν στατιστικά σχετικά μεγάλη συσχέτιση μεταξύ προηγούμενης συμπεριφοράς και μελλοντικής συμπεριφοράς, καθώς επίσης και πρόθεσης, στάσης και αντιληπτού ελέγχου. Επιπρόσθετα, ανακάλυψαν πως η προσθήκη της προηγούμενης συμπεριφοράς πρόσθεσε στην ερμηνευτική ικανότητα του μοντέλου, ένα 7 τοις εκατό της διακύμανσης για την πρόθεση και 13 τοις εκατό της διακύμανσης για την συμπεριφορά. Στο σύνολό τους αυτά τα αποτελέσματα έχουν οδηγήσει κάποιους ερευνητές να προτείνουν την ένταξη του παράγοντα της προηγούμενης συμπεριφοράς στο μοντέλο της ΘΠΣ (Ajzen, 2002; Conner & Armitage, 1998; Norman & Conner, 2006). Σύμφωνα με τον Ajzen (1991), η προηγούμενη συμπεριφορά θεωρείται σημαντική μόνο στον βαθμό που επηρεάζει την μελλοντική συμπεριφορά έμμεσα δια της επιρροής που ασκεί στους άλλους παράγοντες τις θεωρίας και κυρίως στον παράγοντα του αντιληπτού ελέγχου δεδομένου ότι η επανάληψη μιας συμπεριφοράς οδηγεί σε πιο ρεαλιστικές αντιλήψεις ελέγχου. Σε κάθε άλλη περίπτωση, όπως αυτή της άμεσης επίδρασης, θα σημαίνει πως η συμπεριφορά ενός ατόμου καθορίζεται από το τι έχει κάνει στο παρελθόν και όχι από τι σχεδιάζει ή νιώθει ικανός να κάνει. Θα ήταν δηλαδή η ασυνείδητη δύναμη της συνήθειας και όχι μια λογική διεργασία αυτή που θα καθόριζε την εφαρμογή μιας συμπεριφοράς. Αρκετοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την επίδραση της προηγούμενης συμπεριφοράς στην επακόλουθη συμπεριφορά αναφερόμενοι σε αυτήν

με την ιδιότητα της συνήθειας ή της ρουτίνας (Sutton, 1994; Aarts, Verplanken & van Knippenberg, 1998; Ouellette & Wood, 1998). Μάλιστα ο Sutton (1994), θεωρεί πως αρκετές συμπεριφορές καθορίζονται από την συμπεριφορά του ατόμου κατά το παρελθόν και όχι από τις γνωστικές διεργασίες που περιγράφονται στο μοντέλο της ΘΠΣ. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Conner & Armitage (1998) και Verplanken (2006) η συχνότητα εφαρμογής μιας συμπεριφοράς δεν καθιστά απαραίτητα την συγκεκριμένη συμπεριφορά συνήθεια. Η προηγούμενη συμπεριφορά χρησιμεύει στα άτομα ως πηγή πληροφόρησης που διαμορφώνει τις πεποιθήσεις τους – ειδικά όταν αυτές δεν είναι ξεκάθαρες - για μια μελλοντική συμπεριφορά και αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη διαμεσολαβητικής σχέσης με τους παράγοντες της ΘΠΣ (Lugoe & Rise, 2007; Ouellette & Wood, 1998). Υπό αυτή την έννοια, η προηγούμενη συμπεριφορά σαν παράγοντας αντικατοπτρίζει την γνωστική διαδικασία που έλαβε χώρα και τους λόγους που συνεισφέρανε στην υιοθέτηση της ίδιας συμπεριφοράς κατά το παρελθόν.

4.2.1.1 Προηγούμενη συμπεριφορά και μαστογραφία

Σε έρευνες που αφορούν στην συμμετοχή σε προσυμπτωματικό έλεγχο μαστού η προηγούμενη συμπεριφορά έχει βρεθεί να επιδρά άμεσα στην πρόβλεψη της μελλοντικής συμπεριφοράς (Drossaert et al., 2003; Lechner et al., 1997; Rodriguez, Plasencia & Schroeder, 1995; Rutter, 2000). Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες έρευνες που αναφέρουν απουσία της οποιασδήποτε επίδρασης –είτε άμεσης, είτε έμμεσης - της προηγούμενης συμπεριφοράς στην εφαρμογή μαστογραφίας (Jepson & Rimer, 1993; Montano et al., 1997; Rutter, 2003). Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έχει ερμηνευθεί με βάση την πιθανή αρνητική ανατροφοδότηση που ακολουθεί την εφαρμογή μιας συμπεριφοράς. Σε περίπτωση που η μαστογραφία έχει βιωθεί από την γυναίκα ως μια αρνητική εμπειρία αυτό ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά την πρόθεση της για έλεγχο μαστογραφίας στο μέλλον. Τα αποτελέσματα από την έρευνα των Bowie et al. (2003) συμπληρώνουν αυτή την ερμηνεία, αποκαλύπτοντας πως οι γυναίκες οι οποίες αξιολογούν τις προηγούμενες εμπειρίες τους με την μαστογραφία ως θετικές τείνουν να συμμετέχουν και σε μελλοντικούς μαστογραφικούς ελέγχους. Άλλωστε όπως αναφέρουν πρόσφατα οι Ajzen & Fishbein, (2005), η εμπειρία μια συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στην πρόθεση και να επαναφέρει το άτομο σε ένα προηγούμενο πρότυπο συμπεριφοράς. Επιπρόσθετα, διαχρονικές έρευνες διαπίστωσαν ότι ο πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την συμμετοχή σε

επακόλουθο μαστογραφικό έλεγχο ήταν η συμμετοχή σε προηγούμενους ελέγχους. Σε μετα-ανάλυση ερευνών που μελετούσε τις σχέσεις πρόθεσης και προηγούμενης συμπεριφοράς με την συμπεριφορά, η πρόθεση ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για τις συμπεριφορές που δεν εφαρμόζονταν συχνά ενώ αντίστοιχα για αυτές που εφαρμόζονταν συχνά η προηγούμενη συμπεριφορά ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης (Ouelette & Wood, 1998). Σε ανασκόπηση που δημοσιεύθηκε από τους Bankhead et al. (2003) περιλαμβάνονταν 22 μελέτες που σύγκριναν συμπεριφορές προσυμπτωματικού ελέγχου του μαστού σε γυναίκες που είχαν ή δεν είχαν κάνει μαστογραφία στο παρελθόν. Το 50% (11 μελέτες) των μελετών έδειξε θετική σχέση που υποδεικνύει ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε προληπτική μαστογραφία είναι πολύ πιο πιθανό να την εφαρμόσουν στο μέλλον συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν έχουν ξανακάνει μαστογραφία. Το 27% (6 μελέτες) δεν έδειξε κάποια διαφορά στην εφαρμογή μαστογραφίας μεταξύ των γυναικών που συμμετείχαν σε μαστογραφικό έλεγχο σε σχέση με τις γυναίκες που δεν συμμετείχαν, ενώ το 23% (5 μελέτες) έδειξαν συσχέτιση μεταξύ προηγούμενης μαστογραφίας και χαμηλών ποσοστών συμμετοχής σε μαστογραφικό έλεγχο.

4.2.2 Αισιοδοξία

Η έννοια της αισιοδοξίας αναφέρεται στις προσδοκίες που έχουν τα άτομα για το μέλλον και την επίτευξη των στόχων τους. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται ως αισιόδοξα προσμένουν ότι οι καταστάσεις που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν θα έχουν ευνοϊκή έκβαση, αντίθετα με εκείνα που χαρακτηρίζονται ως απαισιόδοξα, τα οποία διατηρούν γενικά αρνητικές προσδοκίες και αναμένουν ότι οι καταστάσεις θα εξελιχθούν άσχημα. Σύμφωνα με τους Scheier & Carver, (1985) η συγκεκριμένη έννοια στηρίζεται στις θεωρίες προσδοκίας – αξίας αποτελέσματος, καθώς το άτομο αναλογίζεται τις πιθανότητες επιτυχίας μιας δράσης που θα του αποφέρει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα. Συνεπώς, καθώς τα άτομα θέτουν στόχους που θεωρούν επιθυμητούς, δημιουργείται ταυτόχρονα και μια προσδοκία, που περιλαμβάνει είτε την αίσθηση σιγουριάς, είτε την αίσθηση αμφιβολίας σχετικά την επίτευξή τους. Σύμφωνα με τους Scheier, Carver, & Bridges (2001), η επιτυχής αυτορρύθμιση – η αλλαγή της συμπεριφοράς για την επίτευξη ενός στόχου που κρίνεται σημαντικός – είναι μια συνεχής διαδικασία προσδιορισμού στόχων, επιδίωξης και επίτευξής τους. Ωστόσο, αν το άτομο δεν αισθάνεται αρκετή αυτοπεποίθηση σχετικά με την επίτευξη

του στόχου, τότε ενδέχεται να απεμπλακεί εντελώς από αυτόν. Τα αισιόδοξα άτομα διαφέρουν από τα απαισιόδοξα στον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται τις προκλήσεις στην ζωή τους. Τα αισιόδοξα άτομα παραμένουν σίγουρα και επιμένουν στην επίτευξη του στόχου τους, ακόμα και όταν η πρόοδος φαίνεται να είναι αργή και δύσκολη, καθώς θεωρούν πως οι αντιξοότητες μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία. Αντίθετα, τα απαισιόδοξα άτομα εμφανίζονται περισσότερο επιφυλακτικά και διστακτικά στην εκπλήρωση των στόχων τους σε ανάλογες καταστάσεις (Wrosch & Sheier, 2003). Έρευνες επιβεβαιώνουν πως οι διαφορές αυτές παρατηρούνται και στο πλαίσιο της υγείας και πιο συγκεκριμένα στην ανάληψη προληπτικών μέτρων αλλά στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν μια απειλή για την υγεία τους, όπως η διάγνωση με καρκίνο του μαστού (Carver et al., 1993; Stanton & Snider, 1993).

Σε σχέση με την προληπτική συμπεριφορά υγείας, μια σειρά από μελέτες έχουν εντοπίσει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αισιοδοξίας και θετικών πρακτικών που προωθούν την υγεία (Peterson, Seligman, & Vaillant, 1988; Robbins, Spence, & Clark, 1991) και σε δείγματα υγιούς πληθυσμού αλλά και σε δείγματα ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, διαπολιτισμική μελέτη σε δείγμα φοιτητών των Steptoe et al. (1994) έδειξε θετική συσχέτιση μεταξύ της αισιοδοξίας και δεκαέξι συμπεριφορών που προωθούν την υγεία, ενώ πρόσφατα, η απαισιόδοξία φάνηκε να σχετίζεται με μειωμένη σωματική δραστηριότητα σε ένα μεγάλο δείγμα ενηλίκων με οστεοαρθρίτιδα, ανεξάρτητα από τις δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές (Brenes, Rapp, και Rejeski, 2002). Αντίστοιχα, οι Taylor, Kemeny, Aspinwall, Schneider, Rodriguez, & Herbert (1992), διαπίστωσαν σε έρευνα που αφορούσε την σεξουαλική συμπεριφορά HIV οροθετικών ομοφυλοφιλικών ανδρών, ότι αυτοί που ήταν μη ρεαλιστικά αισιόδοξοι για την ικανότητά τους να αποτρέψουν την εμφάνιση της νόσου του AIDS, υιοθετούσαν πιο υγιεινές συνήθειες σε σχέση με τους αυτούς που ήταν πιο απαισιόδοξοι. Επιπρόσθετα, οι Shepperd, Maroto & Pbert (1996), μελετώντας ασθενείς που συμμετείχαν σε πρόγραμμα καρδιακής αντικατάστασης κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η αισιοδοξία σχετιζόταν με θετικές προς την υγεία πρακτικές, όπως η αύξηση της σωματικής άσκησης και η μείωση της κατανάλωσης φαγητών με κορεσμένα λίπη.

4.2.2.1 Αισιοδοξία και μαστογραφία

Στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι έρευνες για την επίδραση της αισιοδοξίας στην υγεία έχουν εστιάσει στην ευεργετική της επίδραση για καλύτερη αντιμετώπιση μιας νόσου, και στην συμβολή της στην ταχύτερη ανάρρωση όπως προκύπτει από συστηματική ανασκόπηση των Scheier, Carver, & Bridges (2001). Ωστόσο, ελάχιστες είναι οι έρευνες που έχουν μελετήσει τον συγκεκριμένο παράγοντα σε σχέση με την προληπτική συμπεριφορά υγείας σε πληθυσμό υγιών ατόμων (Peterson, Seligman, & Vaillant, 1988; Robbins, Spence, & Clark, 1991). Οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες μελετούν την αισιοδοξία σε σχέση με την αλληλεπίδρασή της με άλλους παράγοντες όπως η συναισθηματική διάθεση και οι στρατηγικές αντιμετώπισης και την επίδραση του στην συμπεριφορά υγείας μέσω αυτών (π.χ., Baker, 2006; Chang & Sanna, 2003). Ακόμα λιγότερες όμως, είναι αυτές οι έρευνες που έχουν μελετήσει την επίδραση της αισιοδοξίας στην απόφαση για την εφαρμογή μαστογραφίας. Οι Farmer, Reddick, D'Agostino & Jackson (2007) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες του δείγματός τους που ήταν αισιόδοξες αντιλαμβάνονταν τα οφέλη ως περισσότερα και τα εμπόδια ως λιγότερα αναφορικά με την εφαρμογή μαστογραφίας, και συγκριτικά με τις γυναίκες που ήταν απαισιόδοξες. Δύο επιπρόσθετες έρευνες έχουν μελετήσει την αισιοδοξία σε σχέση με τον αντιληπτό κίνδυνο και κατέληξαν σε αντιφατικό συμπέρασμα, καθώς η υπόθεση ότι οι αισιόδοξες γυναίκες θα εκτιμούν την πιθανότητα να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού ως μικρότερη σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες δεν επιβεβαιώθηκε στην έρευνα της Facione (2002). Σε αντίθεση με την έρευνα των MacGregor et al., (2004), όπου οι αισιόδοξες γυναίκες φάνηκε πράγματι να αντιλαμβάνονται αυτή την πιθανότητα ως μικρότερη. Η άποψη ότι η αισιοδοξία ενδέχεται να υπονομεύει την υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών καθώς τείνει να σχετίζεται με μειωμένη αντίληψη κινδύνου και μειωμένη ανησυχία γύρω από ενδεχόμενα προβλήματα υγείας αντανακλά ευρήματα ερευνών για αντίστοιχες προληπτικές συμπεριφορές ελέγχου όπως ο γενετικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού και ο έλεγχος για καρκίνο των ωοθηκών (Biesecker et al., 2000; Salsman, Pavlik, Boerner, & Andrykowski, 2004).

Εν τούτοις, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως κάποιες έρευνες (π.χ., Clarke, Lovegrove, Williams, & Machperson, 2000; Darvil & Johnson, 1991), συγχέουν μεθοδολογικά την αισιοδοξία, με τη αισιόδοξη προκατάληψη (*optimistic bias* /

unrealistic optimism) που αναφέρεται στην προκατειλημμένη αντίληψη του ατόμου να αντιλαμβάνεται την πιθανότητα να προσληφθεί από κάποια ασθένεια ως μικρότερη σε σχέση με άλλα άτομα (Weinstein, 1982; Weinstein & Klein, 1996). Το συγκεκριμένο φαινόμενο εξετάζεται συχνά ως συνιστώσα του παράγοντα του αντιληπτού κινδύνου (*comparative perceived risk*). Δεν υπάρχουν αποδείξεις όμως που να υποδηλώνουν την σχέση αυτού του φαινομένου με το ατομικό χαρακτηριστικό της αισιοδοξίας, της τάσης δηλαδή να αναμένει κανείς θετικές εκβάσεις. Αντίθετα, ο Schwarzer (1999) ονοματίζει το εν λόγω φαινόμενο ως αμυντική αισιοδοξία και επισημαίνει την διάκριση μεταξύ του αμυντικής και λειτουργικής αισιοδοξίας θεωρώντας πως ένα γενικά αισιόδοξο άτομο μπορεί να πέσει θύμα της αισιόδοξης προκατάληψης, και να μην αντιληφθεί τον προσωπικό κίνδυνο που ενδέχεται να διατρέχει, αλλά αφότου τον αναγνωρίζει, μπορεί να επενδύσει ιδιαίτερη προσπάθεια για να εκτελέσει την προληπτική συμπεριφορά. Υπό αυτή την έννοια, η αισιοδοξία θα πρέπει να αναμένεται να συνδέεται με τον αντιληπτό έλεγχο αλλά και τον αντιληπτό κίνδυνο.

Η παρούσα έρευνα σκοπεύει να προσδιορίσει τον ρόλο της αισιοδοξίας για τον έλεγχο μαστογραφίας, διερευνώντας την σχέση με άλλους παράγοντες με τους οποίους φαίνεται να σχετίζεται εννοιολογικά και εμπειρικά, όπως είναι ο αντιληπτός έλεγχος και ο αντιληπτός κίνδυνος.

4.2.3. Αντιληπτός κίνδυνος

Ο αντιληπτός κίνδυνος αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου αναφορικά με την πιθανότητα που έχει να εμφανίσει κάποιο πρόβλημα υγείας στο μέλλον. Σύμφωνα με τον Van der Pligt (1999), ο αντιληπτός κίνδυνος σαν έννοια ενσωματώνει την πιθανότητα του ατόμου να νοσήσει αλλά ταυτόχρονα και την εκτίμηση μιας τέτοιας έκβασης ως σοβαρής και είναι ταυτόσημη με την αντιληπτή ευπάθεια και την αντιληπτή σοβαρότητα, δύο παράγοντες που ενσωματώνονται όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο στο μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία. Εντούτοις, έχει βρεθεί πως το σκέλος της αντιληπτής σοβαρότητας συμβάλει ελάχιστα στην πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας που αφορούν στην πρόληψη καρκίνου, δεδομένου ότι είναι κοινώς αποδεκτό πως ο καρκίνος είναι μια σοβαρή, μη επιθυμητή και αρνητική έκβαση για την υγεία ενός ατόμου (Janz & Becker, 1984). Ως εκ

τούτου, στην παρούσα έρευνα, όπως και σε προηγούμενες που αφορούν σε προληπτικές συμπεριφορές καρκίνου (π.χ., McQueen, Vernon, Myers, & Tilley, 2006), ο αντιληπτός κίνδυνος αναφέρεται στην πιθανότητα που πιστεύουν πως έχουν οι γυναίκες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στην ζωή τους.

Οι πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την πιθανότητα εμφάνισης ενός προβλήματος υγείας και αλλά και της ανάλογης αξιολόγησης της ως απειλητικής ή όχι παραπέμπει στην κοινωνιογνωστική θεώρηση, και συγκεκριμένα στα μοντέλα «προσδοκίας – αξίας αποτελέσματος». Δεδομένου ότι ο αντιληπτός κίνδυνος, σαν παράγοντας πρόβλεψης, συναντάται σε κάποια μοντέλα υγείας (μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία - Rosenstock, 1974, θεωρία ης κινητοποίησης για την προστασία της υγείας - Rogers, 1975, προσέγγιση διαδικασίας δράσης για την υγεία - Schwarzer, 1992), τα ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με την σχέση του με την προβλεπτική συμπεριφορά υγείας προέρχονται από την εφαρμογή των εν λόγω μοντέλων σε ένα εύρος συμπεριφορών όπως η μαστογραφία (π.χ., Aiken, et al., 1994), η αυτοεξέταση μαστού (π.χ., Savage & Clarke, 1996), η συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή (π.χ., Nageotte et al., 1997), η σωματική άσκηση, (π.χ., Corwyn & Benda, 1999), η ασφαλής σεξουαλική συμπεριφορά (π.χ., Abraham & Sheeran 1993), ο τακτικός έλεγχος υγείας (Norman & Conner, 1993). Τα αποτελέσματα ωστόσο σχετικά με την προβλεπτική του ικανότητα φαίνεται να είναι συγκεχυμένα, καθώς για κάποιες συμπεριφορές φαίνεται να σχετίζεται με την πρόθεση να εμπλακεί κάποιος σε αυτές όπως για παράδειγμα η εφαρμογή μαστογραφίας (Miedema & Tatemichi, 2003), ενώ για κάποιες άλλες, όπως η διατροφή και η σωματική άσκηση δεν παρατηρείται συσχέτιση (Blue, 2007). Μια πιθανή εξήγηση για την έλλειψη συσχέτισης μεταξύ αντιληπτού κινδύνου και πρόθεσης αφορά στην αισιόδοξη προκατάληψη, που όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, οδηγεί σε ανακρίβειες στην κρίση των ατόμων σχετικά με τον κίνδυνο που διατρέχουν. Υπό αυτή την έννοια η μη ρεαλιστική αισιοδοξία μπορεί να μειώσει το κίνητρο για να λάβουν προφυλάξεις. Μια επιπλέον πιθανή εξήγηση είναι ότι η υιοθέτηση της συμπεριφοράς στο παρελθόν, καταλήγει στο να μειώνει την αντίληψη του κινδύνου, καθώς, όταν τα άτομα έχουν υιοθετήσει μια προληπτική συμπεριφορά υγείας αντιλαμβάνονται οι ίδιοι να διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο από τους άλλους. Σύμφωνα με αυτήν την εξήγηση είναι και η διαπίστωση ότι, παρόλο που ο αντιληπτός κίνδυνος σχετιζόταν σε μεγάλο βαθμό με την αρχική μαστογραφία, αυτό δεν συνέβαινε σε επαναξιολόγηση 4 χρόνια

μετά (Aiken, Fenaughty, West, Johnson, & Luckett, 1995). Ταυτόχρονα, μεθοδολογικά προβλήματα που αφορούν τον ορισμό της μεταβλητής αλλά και την μέτρησή του, ενδέχεται να συμβάλουν στα συγκεχυμένα αποτελέσματα (Katapodi, Lee, Facione, & Dodd, 2004; Van der Pligt, 1998). Ο αντιληπτός κίνδυνος θεωρείται από πολλούς ερευνητές ως έμμεσος προβλεπτικός παράγοντας της συμπεριφοράς καθώς επιδρά σε αυτήν συμπεριφορά μέσω της σχέσης του με άλλους παράγοντες όπως οι στάσεις, οι νόρμες και η αίσθηση ελέγχου (Aiken, West, Woodward, Reno, & Reynolds, 1994; Fishbein, 2000; Katapodi, Lee, Facione, & Dodd, 2004; McQueen, Vernon, Myers, & Tilley, 2006).

4.2.3.1. Αντιληπτός κίνδυνος και εφαρμογή μαστογραφίας

Ο αντιληπτός κίνδυνος είναι από τους πιο συχνά μελετημένους παράγοντες στο πλαίσιο της εφαρμογής μαστογραφίας. Ως εκ τούτου, υπάρχει πληθώρα μετα-αναλυτικών ερευνών και συστηματικών ανασκοπήσεων συγκριτικά με άλλους παράγοντες. Μια από τις πρώτες μετα-αναλύσεις της σχέσης μεταξύ αντιληπτού κινδύνου για καρκίνο του μαστού και εφαρμογή μαστογραφίας, αυτή των McCaul, Branstetter, Schroeder, & Glasgow (1996) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο αντιληπτός κίνδυνος σχετίζεται θετικά με την προληπτική μαστογραφία στην συντριπτική πλειοψηφία των μελετών που εξέτασαν (στις 18 από τις 19). Το μέσο μέγεθος της επίδρασης (the average effect size) ήταν $r = 0,16$, και ήταν μικρότερο για τις προδρομικές ($r = 0,10$) σε σύγκριση με τις συγχρονικές/επιτόπιες μελέτες ($r = 0,19$). Οι ερευνητές κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα ότι δεν υπήρχε καμπυλόγραμμη σχέση (*curvilinear relationship*) μεταξύ του αντιληπτού κινδύνου και της μαστογραφίας (δηλαδή ότι τα υψηλά και τα χαμηλά επίπεδα αντιληπτού κινδύνου συνδέονται αρνητικά με τον έλεγχο μαστογραφίας). Σε συνέχεια της μετα-ανάλυσης των McCaul et al., οι Katapodi et al. (2004) δημοσίευσαν μετα-ανάλυση στην οποία περιλαμβάνονταν 13 επιπλέον μελέτες. Οι τέσσερις από αυτές δεν αποδείκνυαν ωστόσο θετική συσχέτιση μεταξύ του αντιληπτού κινδύνου και της προληπτικής μαστογραφίας. Το μέσο μέγεθος της επίδρασης για τις επιπλέον μελέτες ήταν $r = 0.20$. Όταν οι 13 αυτές μελέτες προστέθηκαν στα δεδομένα των McCaul et al. (1996), το μέσο μέγεθος της επίδρασης ήταν 0,19. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η αντίληψη του κινδύνου έχει μια μικρή αλλά σημαντική θετική επίδραση στην εφαρμογή μαστογραφίας. Στο ίδιο

συμπέρασμα κατέληξαν και πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις ερευνών (Magai, Consedine, Neugut, & Hershman, 2007; Schueler, Chu, & Smith - Bindman, 2008).

Παρά το γεγονός ότι η αντίληψη του κινδύνου δεν φαίνεται να αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα στην φάση κινητοποίησης, μπορεί να θεωρηθεί ως παράγοντας που θέτει τις βάσεις για την ενδεχόμενη αλλαγή μιας συμπεριφοράς, ενώ κάποιοι ερευνητές θεωρούν πως ότι οι γενικές θεωρίες της συμπεριφοράς, όπως η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, μπορούν να βελτιώσουν την ικανότητά τους να προβλέψουν μια συμπεριφορά υγείας, εφόσον ενσωματώσουν επίσης την έννοια του αντιληπτού κινδύνου (Brewer, Chapman, Gibbons, Gerrard, McCaul, & Weinstein, 2007)

4.2.4 Χρονικός Προσανατολισμός

Η έννοια του χρονικού προσανατολισμού ή της χρονικής προοπτικής αναφέρεται στην ασυναίσθητη και αυτόματη διαδικασία κατά την οποία τα άτομα φιλτράρουν τις εμπειρίες μέσα από συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια που χωρίζονται στις τρεις κατηγορίες του παρελθόντος, του παρόντος και του μέλλοντος. Είναι μια διαδικασία που δυνητικά επηρεάζει την συμπεριφορά ενός ατόμου καθώς τα συγκεκριμένα πλαίσια χρονικής αναφοράς χρησιμοποιούνται στην κωδικοποίηση και στην αποθήκευση των πληροφοριών που σχετίζονται με προηγούμενες εμπειρίες ή βιώματα και στην μετέπειτα ανάκλησή τους. Ως εκ τούτου συμβάλουν στην διαμόρφωση αντιλήψεων και προσδοκιών, με αποτέλεσμα το άτομο να θέτει στόχους, να κάνει επιλογές και να λειτουργεί αναλόγως (Zimbardo & Boyd, 1999).

Συνεπώς, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές ο χρονικός προσανατολισμός μπορεί να ασκήσει μια επίδραση αρκετά δυναμική σε βασικές γνωσιακές διαδικασίες όπως για παράδειγμα στην αντίληψη, την προσοχή, την κρίση και κατ'επέκταση την λήψη αποφάσεων. Η απόφαση για την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς ενδέχεται να επηρεαστεί από την τάση του ατόμου να επιλέγει ασυνείδητα ένα συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο. Τα άτομα που είναι προσανατολισμένα στο παρόν έχουν την τάση να βασίζονται στις άμεσες και προεξέχουσες πλευρές ενός ερεθίσματος όταν λαμβάνουν μια απόφαση για δράση, ενώ τα άτομα που είναι προσανατολισμένα στο

παρελθόν έχουν την τάση να βασίζονται στην ανάκληση προηγούμενων ή ανακατασκευασμένων σεναρίων που αναφέρονται σε ανάλογες περιστάσεις στο παρελθόν. Τα άτομα με μελλοντικό προσανατολισμό έχουν την τάση να λαμβάνουν αποφάσεις βασιζόμενοι σε προβλεπόμενες συνέπειες και με βάση τις προσδοκίες που προκύπτουν καθώς αναλογίζονται μελλοντικά σενάρια.

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει επαρκής έρευνα αναφορικά με τους παράγοντες που συντελούν στην διαμόρφωση του χρονικού προσανατολισμού ενός ατόμου, ωστόσο οι Boyd & Zimbardo (2005) πιθανολογούν ότι οι διάφορες κοινωνικές και θεσμικές επιρροές που δέχεται το άτομο, όπως οι πολιτισμικές και οικογενειακές αξίες, η εκπαίδευση και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο συντελούν στην διαμόρφωσή του. Ως εκ τούτου, ο χρονικός προσανατολισμός επιδέχεται τροποποίησης και ένα άτομο ενδέχεται να αλλάξει την χρονική προοπτική του επηρεαζόμενος από περιστασιακές καταστάσεις όπως είναι ένα τραυματικό γεγονός ή μια προσωπική επιτυχία (Holman & Silver, 1998; Zimbardo & Boyd, 2008). Ωστόσο, στον χρονικό προσανατολισμό θα μπορούσε να αποδοθεί και μια χροιά σταθερού ιδιοσυγκρασιακού χαρακτηριστικού καθώς η ασυνείδητη τάση του ατόμου να εστιάζει σε ένα από τα τρία χρονικά πλαίσια καταλήγει σε μια γνωστική προκατάληψη του να είναι κανείς προσανατολισμένος απέναντι στο παρόν, στο παρελθόν και στο μέλλον (Boniwell & Zimbardo, 2004). Μια τέτοια προκατάληψη με την πάροδο του χρόνου, οδηγεί στην υπερβολική έμφαση και χρήση ενός χρονικού πλαισίου σε βάρος των άλλων και καταλήγει να θεωρείται μεταβλητή ατομικής διαφοράς καθώς είναι αντιπροσωπευτική του τρόπου με τον οποίο ένα άτομο θα ανταποκριθεί σε ένα εύρος καθημερινών επιλογών (Zimbarbo & Boyd, 1999).

Οι Zimbardo & Boyd (1999) με βάση το ερευνητικό τους έργο κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η έννοια του χρονικού προσανατολισμού αποτελείται από τους εξής πέντε παράγοντες: (1) θετικό παρελθόν, το οποίο σχετίζεται με μια νοσταλγική, θετική στάση απέναντι στο παρελθόν, (2) αρνητικό παρελθόν, το οποίο αντανakλά μια εν γένει αρνητική σχεδόν αποστροφική άποψη του παρελθόντος, (3) ηδονιστικό παρόν το οποίο υποδηλώνει μια έντονη προτίμηση για την βίωση ευχαρίστησης, ενθουσιασμού και έξαψης στο παρόν, με ελάχιστη ανησυχία για τις μελλοντικές συνέπειες, (4) μοιρολατρικό παρόν, το οποίο χαρακτηρίζεται από μια μοιρολατρική, αβοήθητη και απελπισμένη στάση απέναντι στη ζωή, και (5) μέλλον, το οποίο

σχετίζεται με τον προγραμματισμό και αγώνα για την επίτευξη μελλοντικών στόχων και ανταμοιβών.

Όπως προαναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο η κοινωνιογνωστική θεώρηση στο πλαίσιο της αυτορρύθμισης, πρεσβεύει πως οι πεποιθήσεις ενός ατόμου για την αναμενόμενη έκβαση μιας συμπεριφοράς είναι βασικοί παράγοντες που καθορίζουν το αν το άτομο θα υιοθετήσει ή όχι την συγκεκριμένη συμπεριφορά. Υπό αυτή την έννοια τα άτομα που είναι προσανατολισμένα στο μέλλον, δείχνουν μεγάλη ανησυχία και αίσθημα ευθύνης για τις συνέπειες των πράξεών τους, με αποτέλεσμα να ρυθμίζουν την συμπεριφορά τους ανάλογα, φροντίζοντας την υγεία τους, καθώς είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν μεγαλύτερη επίγνωση της σχέσης μεταξύ των σημερινών πράξεων τους και των μελλοντικών συνεπειών τους. Μια σειρά από προηγούμενες έρευνες υποστηρίζουν την επίδραση του χρονικού προσανατολισμού στο πλαίσιο της συμπεριφοράς υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο προσανατολισμός στο ηδονιστικό παρόν που αντικατοπτρίζει μια προτίμηση για συμπεριφορές με άμεση ανταμοιβή έχει σχετιστεί με συμπεριφορές που υπονομεύουν την υγεία του ατόμου, όπως η ριψοκίνδυνη οδήγηση, συμπεριλαμβανομένου της υψηλής ταχύτητας και της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ (Zimbardo, Keough, & Boyd, 1997), καθώς και η παρακινδυνευμένη σεξουαλική συμπεριφορά που αφορά στην μη χρήση προφύλαξης (Agnew & Loving, 1998; Appleby, Marks, Ayala, Miller, Murphy, & Mansergh, 2005; Rothspan & Read, 1996). Σε έρευνα των Keough, Zimbardo, & Boyd, (1999) ο παροντικός προσανατολισμός ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για την κατανάλωση αλκοόλ και την χρήση ουσιών, ακόμα και όταν λήφθηκε υπόψη η επίδραση μεταβλητών προσωπικότητας που σχετίζονται με την αυξημένη χρήση ουσιών όπως η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα, το ιδιοσυγκρασιακό άγχος και η αναζήτηση διέγερσης. Σε άλλες έρευνες σχετικές με την χρήση ουσιών η επίδραση του χρονικού προσανατολισμού ήταν διαμεσολαβητική ανάμεσα στην χρήση και σε παράγοντες όπως ο αντιληπτός κίνδυνος, και οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (Apostolidis, Fieulaine, Simonin, & Rolland, 2006; Apostolidis, Fieulaine, & Soulé, 2006; Wills, Sandy, & Yaeger, 2001). Σε αντίθεση ο μελλοντικός χρονικός προσανατολισμός, που αντικατοπτρίζει μια τάση να θυσιάζει κανείς άμεσες απολαύσεις για χάρη μελλοντικών απολαβών σχετίζεται με συμπεριφορές που προφυλάσσουν την υγεία όπως η χρήση ζώνης στην οδήγηση, η

σωματική άσκηση, η χρήση προφυλακτικού, και η υγιεινή διατροφή (Adams, 2009; Henson, Carey, Carey, & Maisto, 2006, Wardle & Steptoe, 2003).

Οι προαναφερόμενες έρευνες υποδεικνύουν την σχέση μεταξύ χρονικού προσανατολισμού και συμπεριφοράς υγείας, όμως πιο σημαντικό είναι η ύπαρξη δεδομένων που αποδεικνύουν πως αυτή είναι μια αιτιώδης σχέση. Οι Hall & Fong (2003) χρησιμοποίησαν τον χρονικό προσανατολισμό σε παρέμβαση για την αύξηση της σωματικής άσκησης ανάμεσα σε εφήβους και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως αυξάνοντας τον μελλοντικό χρονικό προσανατολισμό των εφήβων οδήγησε και σε ταυτόχρονη αύξηση της σωματικής άσκησης με τα αποτελέσματα της παρέμβασης να έχουν διατηρηθεί μέχρι και έξι μήνες μετά την αρχική αξιολόγηση. Επιπρόσθετα, ο χρονικός προσανατολισμός έχει αποδειχθεί πως επηρεάζει τις αποφάσεις για υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία σε έρευνες που διεξάχθηκαν στο πλαίσιο της επικοινωνίας για προληπτική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνες που μελετούσαν την πρόθεση για συμμετοχή σε προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και τον σακχαρώδη διαβήτη, τα άτομα με χαμηλό μελλοντικό προσανατολισμό έδειξαν να πείθονται περισσότερο όταν τα προτρεπτικά μηνύματα ήταν προσαρμοσμένα με τρόπο όπου οι θετικές συνέπειες παρουσιάζονταν ως άμεσες και οι αρνητικές σε βάθος χρόνου, ενώ το αντίστροφο ίσχυε για τα άτομα με υψηλό χρονικό προσανατολισμό (Orbell & Hagger, 2006; Orbell, Perugini & Rakow, 2004).

4.2.4.1. Χρονικός προσανατολισμός και εφαρμογή μαστογραφίας

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει δημοσιευμένη μελέτη για την επίδραση του χρονικού προσανατολισμού στην εφαρμογή μαστογραφίας. Δευτερεύουσες πηγές αναφέρονται σε αδημοσίευτη έρευνα των Guarino, DePasclalis, & DiChiacchio (1999), τα ευρήματα των οποίων σχετίζουν την μαστογραφία με τον μελλοντικό χρονικό προσανατολισμό. Μια γυναίκα που θεωρεί ότι η ημέρα του καθενός θα ήταν καλό να προγραμματίζεται εκ των προτέρων και που γενικά λαμβάνει υπόψη της τις μελλοντικές συνέπειες μιας συμπεριφοράς (προσανατολισμός σε μέλλον), είναι πιο πιθανό να συμμετέχει σε τακτικό έλεγχο μαστογραφίας, σε σύγκριση με μια γυναίκα που θεωρεί ότι το να αναλαμβάνει κανείς ρίσκα κάνει την ζωή πιο ενδιαφέρουσα και που έχει την τάση να λαμβάνει αποφάσεις βασισμένη στην παρόρμηση της στιγμής

(προσανατολισμός σε ηδονιστικό παρόν). Αντίστοιχα, μια γυναίκα που θεωρεί πως η πορεία της ζωής της ελέγχεται από δυνάμεις που η ίδια δεν μπορεί να επηρεάσει και πως ο καρκίνος και η εξέλιξη του είναι πέραν από τον δικό της έλεγχο, θα θεωρήσει πως η μαστογραφία δεν θα της παρέχει κάποιο ιδιαίτερο όφελος (προσανατολισμός σε μοιρολατρικό παρόν). Ειδικότερα, η έννοια της μοιρολατρίας έχει μελετηθεί στο παρελθόν σε σχέση με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο και έχει βρεθεί πως οι γυναίκες που χαρακτηρίζονται από μοιρολατρική στάση εμφανίζουν μικρότερες πιθανότητες για συμμετοχή σε τέτοιου είδους προληπτικό έλεγχο συμπεριλαμβανομένου της μαστογραφίας (Chavez, Hubbell, Mishra, & Valdez, 1997; Powe, 1995; Perez-Stable et al., 1992; Sugarek, Deyo, & Holmes, 1988).

Συμπερασματικά, και σύμφωνα με τους Keough, Zimbardo, & Boyd, (1999) ο χρονικός προσανατολισμός είναι ένας παράγοντας που θα έπρεπε να λαμβάνεται υπόψη όταν εξετάζει κανείς μια συμπεριφορά υγείας. Επιπρόσθετα, πρόσφατη έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα πως η προσθήκη του χρονικού προσανατολισμού θα μπορούσε να αυξήσει την προβλεπτική ικανότητα των ήδη υπάρχοντων μοντέλων για τις συμπεριφορές υγείας (Crockett, Weinman, Hankins & Marteau, 2009).

4.3 Το θεωρητικό μοντέλο της παρούσας έρευνας – στόχοι και ερευνητικές υποθέσεις

Η ανασκόπηση των ερευνητικών δεδομένων για την εφαρμογή μαστογραφίας έδειξε πως η ΘΠΣ έχει εφαρμοστεί στο παρελθόν για την πρόβλεψη της πρόθεσης για την εφαρμογή μαστογραφίας και για την συμπεριφορά μαστογραφίας και πως τα αποτελέσματα των ερευνών ήταν σύντονα ως προς τις βασικές αρχές της θεωρίας. Επιπρόσθετα, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την δυνατότητα επέκτασης της ΘΠΣ κατέληξε στην επιλογή τεσσάρων παραγόντων: της προηγούμενης συμπεριφοράς, του αντιληπτού κινδύνου, της αισιοδοξίας και του χρονικού προσανατολισμού. Οι προτεινόμενοι παράγοντες για την επέκταση της ΘΠΣ έχουν μελετηθεί στο παρελθόν ανεξάρτητα από αυτήν για την πρόβλεψη της μαστογραφίας. Η προηγούμενη συμπεριφορά έχει μελετηθεί στο πλαίσιο της ΘΠΣ και έχει αποδειχθεί πως είναι προβλεπτικός παράγοντας της πρόθεσης για την εφαρμογή μαστογραφίας και πως σαν παράγοντας προσθήκης αυξάνει γενικότερα την προβλεπτική ικανότητα του μοντέλου. Ο αντιληπτός κίνδυνος είναι από τους

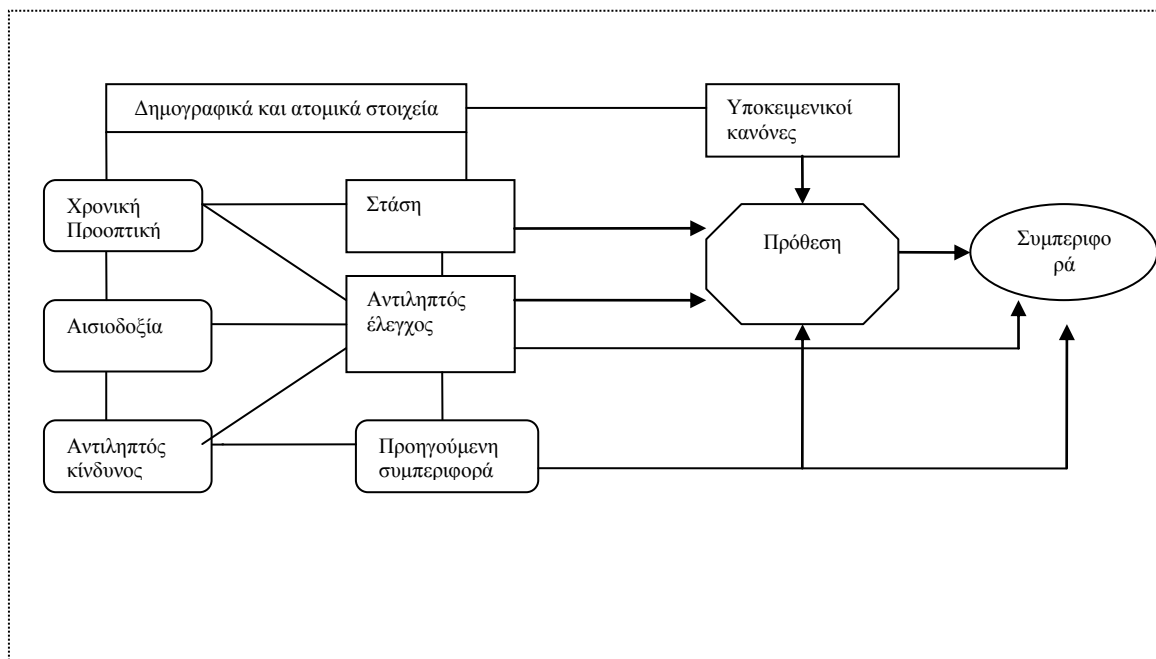
παράγοντες που έχουν μελετηθεί περισσότερο για την εφαρμογή μαστογραφίας, ωστόσο να σημειωθεί όχι στο πλαίσιο της ΘΠΣ, και τα δεδομένα υποδεικνύουν πως έχει μικρή αλλά σημαντική επίδραση στην εφαρμογή μαστογραφίας, ενώ αυξάνει την προβλεπτική ικανότητα του μοντέλου κυρίως ως προς την πρόθεση. Η αισιοδοξία, δεν έχει μελετηθεί εκτενώς για την εφαρμογή μαστογραφίας, καθώς μόνο τρεις έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει την μέτρηση της αισιοδοξίας ως ατομικό χαρακτηριστικό. Με εξαίρεση την έρευνα των Farmer, Reddick, D'Agostino & Jackson (2007) που μελετούσε την επίδραση της αισιοδοξίας στην εφαρμογή μαστογραφίας, και κατέληξε πως επιδρά στην συμπεριφορά μέσω μειωμένων αντιλαμβανόμενων εμποδίων, οι υπόλοιπες περιορίζονται στην σχέση της αισιοδοξίας με τον παράγοντα του αντιληπτού κινδύνου. Ο χρονικός προσανατολισμός έχει βρεθεί να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για τις προληπτικές συμπεριφορές υγείας, ωστόσο μέχρι σήμερα μόνο μια αδημοσίευτη έρευνα έχει μελετήσει την επίδρασή του για την συμπεριφορά μαστογραφίας.

Η παρούσα μελέτη αποπειράται να συνδυάσει αυτούς τους παράγοντες εντάσσοντας τους στο θεωρητικό πλαίσιο της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Σχήμα 4.1.) με απώτερο στόχο την δημιουργία ενός μοντέλου πρόβλεψης με δυνατότητες εφαρμογής για την πρόβλεψη και άλλων προληπτικών συμπεριφορών υγείας. Η ΘΠΣ υποστηρίζει πως η απόφαση για την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς καθορίζεται από τους γνωστικούς παράγοντες του μοντέλου. Ως εκ τούτου άλλες μεταβλητές επηρεάζουν αυτή την απόφαση μόνο μέσω των προαναφερόμενων γνωστικών παραγόντων του μοντέλου, υποδηλώνοντας έτσι την ύπαρξη μεσολαβητικών σχέσεων. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί πως κάποιοι παράγοντες, όπως για παράδειγμα η προηγούμενη συμπεριφορά, ή οι παράγοντες προσωπικότητας, επιδρούν άμεσα στην πρόθεση και στην συμπεριφορά, χωρίς την διαμεσολάβηση των γνωστικών παραγόντων του μοντέλου. Ένας επιμέρους στόχος λοιπόν της παρούσας μελέτης είναι να καθορίσει τον μηχανισμό με τον οποίο οι επιπρόσθετες προτεινόμενες μεταβλητές επηρεάζουν την πρόθεση, συγκεκριμένα στην παρούσα έρευνα για την εφαρμογή μαστογραφίας. Συνεπώς, ταυτόχρονα με την διερεύνηση της επίδρασης των προτεινόμενων παραγόντων στην πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας, και τον μηχανισμό επίδρασης, η παρούσα μελέτη προτίθεται να εξετάσει την δυνατότητα της αύξησης της προβλεπτικής ικανότητας της ΘΠΣ με την προσθήκη των προτεινόμενων παραγόντων.

Ένας επιπρόσθετος στόχος είναι να διαλευκάνει περαιτέρω τις σχέσεις μεταξύ συγκεκριμένων μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα, η σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και αντιληπτού κινδύνου, και η επίδραση αυτής της σχέσης στην πρόθεση για μαστογραφία μοιάζει συγκεχυμένη καθώς τα αποτελέσματα από προηγούμενες έρευνες είναι αντιφατικά. Επιπρόσθετα, το ενδιαφέρον αυτού του στόχου εστιάζει κυρίως στον παράγοντα του χρονικού προσανατολισμού και στις συνιστώσες του καθώς είναι η πρώτη έρευνα που μελετά αυτόν το παράγοντα σε σχέση με τις μεταβλητές της ΘΠΣ, τον αντιληπτό κίνδυνο και την αισιοδοξία. Επιμέρους στόχος είναι και η στάθμιση στα Ελληνικά ενός αξιόπιστου εργαλείου μέτρησης για την συγκεκριμένη έννοια.

Με βάση τους στόχους της μελέτης και τα συναφή ερευνητικά αποτελέσματα, διατυπώνονται οι εξής υποθέσεις:

- 1) Η πρόθεση αναμένεται να είναι προβλεπτικός παράγοντας της συμπεριφοράς
- 2) Η στάση, οι υποκειμενικές αντιλήψεις, και ο αντιληπτός έλεγχος αναμένονται να είναι προβλεπτικοί παράγοντες τη πρόθεσης
- 3) Η προηγούμενη συμπεριφορά αναμένεται να είναι προβλεπτικός παράγοντας της πρόθεσης και της συμπεριφοράς
- 4) Ο αντιληπτός κίνδυνος αναμένεται να είναι προβλεπτικός παράγοντας της πρόθεσης για μαστογραφία, με διαμεσολάβηση των παραγόντων της ΘΠΣ
- 5) Η αισιοδοξία και ο χρονικός προσανατολισμός αναμένονται να είναι προβλεπτικοί παράγοντες της πρόθεσης με διαμεσολάβηση των παραγόντων της ΘΠΣ
- 6) Οι δημογραφικοί και οι λοιποί ατομικοί παράγοντες αναμένονται να είναι έμμεσοι προβλεπτικοί παράγοντες της πρόθεσης, με διαμεσολαβητές τους παράγοντες της ΘΠΣ



Σχήμα 4.1. Το θεωρητικό μοντέλο επέκτασης της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς

Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία

5.1. Σχεδιασμός και τύπος διεξαγωγής έρευνας

Για την διερεύνηση της πρόθεσης για την εφαρμογή μαστογραφίας, και την διερεύνηση της πρόθεσης και της συμπεριφοράς μαστογραφίας χρησιμοποιήθηκε ο σχεδιασμός της επιτόπιας (cross-sectional) συλλογής δεδομένων με χρήση αυτοχορηγούμενων ερωτηματολογίων. Τα δείγμα αποτέλεσαν δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα περιλάμβανε γυναίκες που προσέρχονταν στο κέντρο μαστού του δημόσιου αντικαρκινικού - ογκολογικού νοσοκομείου της Αθήνας «Άγιος Σάββας» με σκοπό την εφαρμογή μαστογραφίας. Η δεύτερη περιλάμβανε γυναίκες που επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία από τον γενικό πληθυσμό. Η χρήση των δύο ομάδων μελέτης αποσκοπούσε στην σύγκριση μεταξύ των ομάδων για τον εντοπισμό τυχόν διαφοροποιήσεων στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς. Το σύνολο του δείγματος χρησιμοποιήθηκε για την επάρκεια του προτεινόμενου μοντέλου να ερμηνεύσει την πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας.

5.1. Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Έχοντας λάβει την έγκριση της προϊσταμένης του τμήματος μαστογραφίας, η ερευνήτρια παρίστατο στον χώρο αναμονής του τμήματος και ενημέρωνε τις γυναίκες που προσέρχονταν για έλεγχο μαστογραφίας για το σκοπό της έρευνας, και την διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου παρέχοντάς τους δελτίο συγκατάθεσης για την συμμετοχή στην έρευνα (βλ. Παράρτημα Α). Τα απαιτούμενα κριτήρια προκειμένου μια γυναίκα να μπορεί να συμμετέχει στην μελέτη ήταν α) να γνωρίζει καλά την ελληνική γλώσσα προκειμένου να μπορεί να κατανοήσει επαρκώς τις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων, και β) να είναι ηλικιακά άνω των 40 ετών, προτεινόμενη ηλικία έναρξης για τον έλεγχο μαστογραφίας, σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες των περισσότερων προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου για καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη και σύμφωνα με τις συστάσεις της Ελληνικής Εταιρίας Μαστολογίας (βλ. Εισαγωγή, Κεφάλαιο 1). Όσες γυναίκες δεχόντουσαν να παραλάβουν το ερωτηματολόγιο τους δινόταν η επιλογή είτε της άμεσης συμπλήρωσης, είτε της συμπλήρωσης του σε μετέπειτα χρόνο. Στην δεύτερη επιλογή υπήρχε η δυνατότητα αποστολής του, σε προπληρωμένο ταχυδρομικό φάκελο με

αναρτημένη την διεύθυνση της ερευνήτριας. Η αντίστοιχη διαδικασία ακολουθήθηκε και σε χώρους όπου επιλέχθηκαν για την συλλογή του υλικού από δείγμα γενικού πληθυσμού. Τέτοιοι χώροι ήταν δημόσιες υπηρεσίες, πιο συγκεκριμένα ασφαλιστικοί οργανισμοί, οικονομικές υπηρεσίες αλλά επίσης και τράπεζες και χώροι συνεστίασης όπως μεγάλα εμπορικά συγκροτήματα, όπου η συγκατάθεση για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε και από όσους απασχολούνταν εκεί αλλά και από όσους επισκέπτονταν τον χώρο την συγκεκριμένη ημέρα. Για τον διαχωρισμό των ερωτηματολογίων που προέρχονταν από το δείγμα του κέντρου μαστού και αυτών που προέρχονταν από το γενικό πληθυσμό, χρησιμοποιήθηκαν ειδικά προσημειωμένοι φάκελοι. Το ποσοστό απαντητικότητας για την συγκατάθεση παραλαβής του ερωτηματολογίου ήταν 85% ενώ οι κύριοι λόγοι άρνησης για συμμετοχή στην έρευνα ήταν ο περιορισμένος χρόνος αλλά και το μειωμένο ενδιαφέρον. Το ποσοστό απαντητικότητας στην συμπλήρωση ερωτηματολογίου ήταν 60% και δεν γνωρίζουμε τους λόγους άρνησης συμπλήρωσής του. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίζεται στα 20 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από δελτίο συγκατάθεσης για την παραλαβή του το οποίο ενημέρωνε τους συμμετέχοντες για το σκοπό της έρευνας, την διαδικασία, την εμπιστευτικότητα, και το δικαίωμα μη συμμετοχής, είτε με την άρνηση παραλαβής του ερωτηματολογίου, είτε με την μη συμπλήρωσή του σε μετέπειτα χρόνο.

5.2. Ψυχομετρικά εργαλεία έρευνας

Για την μέτρηση των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος συλλέχθηκαν πληροφορίες που αφορούσαν σε δημογραφικά στοιχεία, ιστορικό εφαρμογής μαστογραφίας και άλλων σχετιζόμενων συμπεριφορών υγείας, καθώς και ατομικό και οικογενειακό ιστορικό αναφορικά με τον καρκίνο μαστού. Επιπλέον συλλέχθηκαν πληροφορίες από το δείγμα που αφορούσαν (α) στην εφαρμογή μαστογραφίας και σχετίζονταν με την πρόθεση, την στάση, τις πεποιθήσεις σχετικά με τις αντιλήψεις των άλλων γύρω από την μαστογραφία καθώς και τις πεποιθήσεις γύρω από την ικανότητά του ατόμου να την εφαρμόσει, (β) στον αντιληπτό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού, (γ) στο ιδιοσυγκρασιακό επίπεδο αισιοδοξίας του ατόμου και (δ) στο χρονικό προσανατολισμό του ατόμου. Για την μέτρηση των παραγόντων της ΘΠΣ, και την αξιολόγηση του αντιληπτού κινδύνου, χρησιμοποιήθηκαν αυτοσχέδια

εργαλεία μέτρησης, η συγκρότηση των οποίων βασίστηκε για το πρώτο εργαλείο σε λεπτομερείς οδηγίες κατασκευής ερωτηματολογίου από τον πρωτεργάτη της θεωρίας Icek Ajzen (2002), και για το δεύτερο σε εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την μέτρηση του αντιληπτού κινδύνου. Για την μέτρηση του παράγοντα της αισιοδοξίας χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Αισιοδοξίας Αναθεωρημένη (LOT-R). Για την μέτρηση του χρονικού προσανατολισμού χρησιμοποιήθηκε εργαλείο που υπήρχε διαθέσιμο μόνο στην αγγλική γλώσσα (ZTPI). Ακολουθήθηκε η επιβεβλημένη διαδικασία προσαρμογής στα ελληνικά που περιλάμβανε α) μετάφραση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά από δίγλωσσο επαγγελματία μεταφραστή, β) επαναμετάφραση στα αγγλικά για τον έλεγχο της αξιοπιστίας της μετάφρασης και, γ) τροποποιήσεις για την επίτευξη της βέλτιστης απόδοσης (Guillemin et al., 1993). Για την χρήση της Κλίμακας Αισιοδοξίας Αναθεωρημένη (LOT-R) που ήταν ήδη μεταφρασμένη και σταθμισμένη στον Ελληνικό πληθυσμό ζητήθηκε η άδεια από τους ερευνητές που έκαναν την μετάφραση και την στάθμιση της. Για την μετάφραση και την στάθμιση στα Ελληνικά του ερωτηματολογίου του Χρονικού Προσανατολισμού (ZTPI) και της Κλίμακας Προκαταβολικής Αντιμετώπισης – που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της συγκλίνουσας εγκυρότητας του ZTPI – ζητήθηκε η άδεια από τους αντίστοιχους κατασκευαστές.

Τα στοιχεία που προκύπτουν από την προδρομική έρευνα και τις παραγοντικές αναλύσεις των ερωτηματολογίων παρατίθενται αναλυτικά στα ευρήματα της έρευνας (βλ. Κεφάλαιο 6). Αναλυτικότερα, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή δεδομένων της έρευνας είναι τα εξής:

5.2.1. Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο Ατομικών Χαρακτηριστικών

Για την μέτρηση των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος δημιουργήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο του οποίου το πρώτο μέρος αφορούσε στην καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος που σχετίζονταν με την ηλικία, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη ή όχι παιδιών, το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και την επαγγελματική και οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε στην συλλογή πληροφοριών που α) σχετιζόταν με την εφαρμογή μαστογραφίας όπως η προηγούμενη συμπεριφορά, η συχνότητα εφαρμογής, ο συνολικός αριθμός

μαστογραφιών, ο χαρακτηρισμός της εμπειρίας ως ευχάριστη, δυσάρεστη ή αδιάφορη και β) με την εφαρμογή άλλων σχετιζόμενων συμπεριφορών υγείας όπως η συχνότητα ψηλάφησης του στήθους από ιατρό και η τακτική εφαρμογή αυτοεξέτασης κάθε ένα ή δυο μήνες. Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε στην συλλογή πληροφοριών σχετικά με την διάγνωση καρκίνου του μαστού στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των γυναικών καθώς επίσης και με στοιχεία που αφορούσαν τις ίδιες αναφορικά με την διάγνωση καλοήθους πάθησης στο μαστό και την διάγνωση και λήψη θεραπείας για καρκίνο του μαστού.

5.2.2. Ερωτηματολόγιο Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Για την αξιολόγηση των παραγόντων που αποτελούν την Θεωρία Προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσχέδιο εργαλείο που βασίζεται σε λεπτομερείς οδηγίες κατασκευής ερωτηματολογίου από τον πρωτεργάτη της θεωρίας Icek Ajzen (2002), και αφορά κάθε φορά σε συγκεκριμένη συμπεριφορά υγείας. Σύμφωνα και με τον Οδηγό Σύνταξης Ερωτηματολογίων της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς που απευθύνεται σε ερευνητές δημόσιας υγείας (Francis et al., 2004), υπάρχουν συγκεκριμένα βήματα για την συγκρότηση ενός αξιόπιστου ερωτηματολογίου.

Το πρώτο αφορά στον καθορισμό του δείγματος και στον τρόπο συλλογής του, που στην δική μας περίπτωση περιλαμβάνει γυναίκες ηλικίας άνω των 40 που απαντούν σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Ταυτόχρονα και ανάλογα με τον στόχο της έρευνας καθορίζεται αν θα χρησιμοποιηθεί ο άμεσος τρόπος μέτρησης των παραγόντων ή ο έμμεσος, μέσω των πεποιθήσεων που διαμορφώνουν τις στάσεις, τους υποκειμενικούς κανόνες και τον αντιληπτό έλεγχο. Σύμφωνα με τον Ajzen (2002) όταν ο στόχος της έρευνας είναι η πρόβλεψη της πρόθεσης για μια συμπεριφορά ενδείκνυται να χρησιμοποιείται ο άμεσος τρόπος μέτρησης των βασικών παραγόντων της ΘΠΣ, με τρεις προτάσεις μέτρησης της πρόθεσης, και τέσσερις για κάθε έναν από τους υπόλοιπους παράγοντες, με συνακόλουθη την δημιουργία μιας πεντάβαθμης κλίμακας τύπου Likert, όπου το άτομο βαθμολογεί κατά πόσο συμφωνεί ή διαφωνεί (όπου 0 = διαφωνώ απόλυτα – 5 = συμφωνώ απόλυτα) με κάθε μια από τις 15 προτάσεις που αντιστοιχούν στο σύνολο των παραγόντων της θεωρίας.

Το δεύτερο βήμα σχετίζεται με τον καθορισμό της συμπεριφοράς προς μέτρηση και βασίζεται στην αρχή των 4 στοιχείων. Αυτά είναι τα εξής: Στόχος, Δραστηριότητα, Πλαίσιο και Χρόνος (**T**arget, **A**ction, **C**ontext, **T**ime – TACT). Στην συγκεκριμένη περίπτωση ο στόχος είναι ο γυναικείος πληθυσμός άνω των 40, η δραστηριότητα είναι η εφαρμογή μαστογραφίας, σε πλαίσιο όπου παρέχεται αυτή η δυνατότητα (συνεπαγόμενο) και με χρονική συχνότητα κάθε ένα ή δύο χρόνια. Ο καθορισμός της συμπεριφοράς προς μέτρηση οφείλει να διέπεται από την αρχή της συμβατότητας, η οποία με την σειρά της απαιτεί τον καθορισμό όλων των εννοιών της θεωρίας με βάση τα προαναφερόμενα 4 στοιχεία. Συνεπώς, η στάση που είναι συμβατή με την εν λόγω συμπεριφορά είναι η στάση απέναντι στην εφαρμογή μαστογραφίας για κάθε ένα ή δύο χρόνια, οι υποκειμενικοί κανόνες είναι η αντιληπτή κοινωνική πίεση για εφαρμογή, ο αντιληπτός έλεγχος είναι η δυνατότητα εφαρμογής, καθώς είναι επίσης και η πρόθεση για εφαρμογή της εν λόγω συμπεριφοράς.

Το τρίτο βήμα αφορά στον καθορισμό μέτρησης της πρόθεσης. Στο πλαίσιο ερευνών όπου υπάρχει η δυνατότητα άμεσης παρατήρησης και καταγραφής της συμπεριφοράς η μέθοδος που ακολουθείται για την μέτρηση της πρόθεσης ονομάζεται Πρόθεση Εκτέλεσης (Intention Performance) και παρουσιάζεται με την μορφή μιας πρότασης δίνοντας την δυνατότητα για άμεση σύγκριση με την συμπεριφορά (π.χ., πόσους ασθενείς σκοπεύεις να παραπέμψεις σήμερα για ακτινολογικό έλεγχο;) και χρησιμοποιείται σε συγκεκριμένο αριθμό ερευνών που μεθοδολογικά είναι σχεδιασμένες για άμεση παρατήρηση και καταγραφή συμπεριφοράς. Η πλειονότητα των ερευνών στο πλαίσιο της ΘΠΣ, αφορά στην μέτρηση αυτο-αναφερόμενης συμπεριφοράς, και για τον λόγο αυτό ακολουθείται η μέθοδος της Γενικευμένης Πρόθεσης (Generalized Intention), κάνοντας χρήση 3 διαφορετικών αλλά εννοιολογικά παρόμοιων προτάσεων. Στην παρούσα έρευνα οι προτάσεις που αφορούσαν στην μέτρηση της πρόθεσης ήταν οι εξής: α) *σκοπεύω να κάνω μαστογραφία*, β) *θέλω να κάνω μαστογραφία*, γ) *θα προσπαθήσω να κάνω μαστογραφία*. Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση των βαθμών των τριών ερωτήσεων και το σκορ κυμαίνεται από 5 έως 25.

Το τέταρτο βήμα αφορά στον καθορισμό μέτρησης της στάσης. Η στάση καθορίζεται ως η συνολική αξιολόγηση μιας συμπεριφοράς από το άτομο. Η αξιολόγηση αυτή

εμπεριέχει τις εξής δύο ξεχωριστές συνιστώσες: Η πρώτη αφορά στην χρησιμότητα της συμπεριφοράς (π.χ., αν η συμπεριφορά είναι χρήσιμη ή ευεργετική για το άτομο), ενώ η δεύτερη σχετίζεται με μια πιο βιωματική αντίληψη (π.χ., αν το άτομο θεωρεί πως η συμπεριφορά είναι ευχάριστη ή απολαυστική). Προτείνεται επίσης να συμπεριλαμβάνεται και μια πρόταση αναφοράς στην συνολική αξιολόγηση της συμπεριφοράς όπως για παράδειγμα το αν η συμπεριφορά κρίνεται συνολικά από το άτομο ως καλή ή κακή. Για την μέτρηση της στάσης στην συγκεκριμένη έρευνα, πέραν της συνολικής εκτίμησης της συμπεριφοράς ως *α) καλή ή κακή*, χρησιμοποιήθηκαν τρεις επιπλέον προτάσεις που συμπεριλάμβαναν τις δύο προαναφερόμενες συνιστώσες με χαρακτηρισμούς της συμπεριφοράς ως *β) χρήσιμη, γ) ευχάριστη και δ) ασφαλής*. Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση των βαθμών των τεσσάρων ερωτήσεων και το σκορ κυμαίνεται από 5 έως 25.

Το πέμπτο βήμα αφορά στον καθορισμό μέτρησης των υποκειμενικών κανόνων με προτάσεις που σχετίζονται με τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες των ανθρώπων που το άτομο θεωρεί σημαντικούς στην ζωή του, σε σχέση με την συμπεριφορά που εξετάζεται. Δεδομένου ότι οι σημαντικοί άλλοι ενδέχεται να επιδοκιμάσουν μια επιθυμητή συμπεριφορά και να αποδοκιμάσουν αντίστοιχα μια μη θετική συμπεριφορά, συστήνεται για την μέτρηση αυτού του παράγοντα, εκτός από τις αντίστοιχες προτάσεις που εμπεριέχουν την αίσθηση της νουθεσίας όπως *α) οι άνθρωποι που θεωρώ σημαντικούς στην ζωή μου πιστεύουν ότι πρέπει να κάνω μαστογραφία, β) οι περισσότεροι άνθρωποι των οποίων την γνώμη λαμβάνω υπόψη μου εγκρίνουν το να κάνω μαστογραφία και γ) οι άλλοι περιμένουν από εμένα ότι θα κάνω μαστογραφία*), να περιλαμβάνονται και προτάσεις που σχετίζονται με το αν οι άλλοι εφαρμόζουν μια τέτοια συμπεριφορά όπως *δ) οι περισσότερες γυναίκες που γνωρίζω στην ηλικία μου κάνουν μαστογραφία*, έτσι ώστε να καθοριστεί πιο ξεκάθαρη η αντιληπτή κοινωνική πίεση που ασκείται για την εφαρμογή μαστογραφίας. Αντίστοιχα, όπως και με την πρόθεση, και την στάση, η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση των βαθμών των τεσσάρων ερωτήσεων και το σκορ κυμαίνεται από 5 έως 25.

Το έκτο βήμα σχετίζεται με τον καθορισμό μέτρησης του αντιληπτού ελέγχου. Η έννοια του αντιληπτού ελέγχου έτσι όπως ορίζεται από την ΘΠΣ, περιλαμβάνει ταυτόχρονα τις εξής δύο συνιστώσες: την αίσθηση ελέγχου που έχει το άτομο για την

εφαρμογή μιας συμπεριφοράς και συχνά αφορά σε εξωτερικούς παράγοντες όπως α) *το αν θα κάνω ή όχι μαστογραφία εξαρτάται από εμένα και μόνο*, β) *πιστεύω πως είναι εύκολο για εμένα να κάνω μαστογραφία* αλλά και την αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας του ατόμου να εκτελέσει αυτή την συμπεριφορά και την πιθανότητα ότι θα την εκτελέσει όπως γ) *είμαι σίγουρη πως αν ήθελα θα μπορούσα να κάνω μαστογραφία* και δ) *πιστεύω πως είναι εφικτό να κάνω μαστογραφία*. Για την μέτρηση αυτού του παράγοντα χρησιμοποιήθηκαν οι τέσσερις αυτές προτάσεις που αντανakλούν και τις δύο αυτές συνιστώσες. Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση των βαθμών των τεσσάρων ερωτήσεων και το σκορ κυμαίνεται από 5 έως 25.

Τα επόμενα βήματα αφορούν στην συγκρότηση του ερωτηματολογίου με την ανάμειξη των προτάσεων που σχετίζονται με κάθε παράγοντα και την παροχή οδηγιών για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η διερεύνηση της εννοιολογικής συνοχής του ερωτηματολογίου στο πλαίσιο προκαταρκτικής μελέτης (*pilot study*) έγινε σε μικρό δείγμα γυναικών (N=12) όπου ακολουθώντας την μέθοδο της γνωστικής συνέντευξης (*cognitive interviewing*), τους ζητήθηκε να καταθέσουν τις σκέψεις τους για το περιεχόμενο της κάθε ερώτησης και να δηλώσουν αν κάποιες από αυτές ήταν δυσνόητες ή ασαφείς (Collins, 2003). Από την συγκεκριμένη διαδικασία προέκυψε πως η τέταρτη ερώτηση που μετρούσε αντίληπτο έλεγχο χρειαζόταν να προσαρμοστεί από «πιστεύω πως είναι πιθανό να κάνω μαστογραφία» σε «πιστεύω πως είναι εφικτό να κάνω μαστογραφία» για να μην συγχέεται με τις ερωτήσεις που μετρούσαν πρόθεση. Ένα δεύτερο εύρημα ήταν πως οι γυναίκες θεωρούσαν πως «με μια πρώτη ματιά» οι προτάσεις νοηματικά μοιάζουν και φαίνονται σαν να επαναλαμβάνονται. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να τονίζεται και προφορικά, κατά την διάρκεια της διανομής των ερωτηματολογίων αλλά και γραπτά στις οδηγίες συμπλήρωσης, ότι οι προτάσεις δείχνουν να μοιάζουν νοηματικά μεταξύ τους αλλά αγγίζουν διαφορετικές πλευρές της συμπεριφοράς πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού.

Η παραγοντική ανάλυση και η αξιολόγηση της εσωτερικής αξιοπιστίας (βλ. Ευρήματα, Κεφάλαιο 6) επιβεβαίωσαν την ύπαρξη των τεσσάρων παραγόντων της ΘΠΣ, ενώ αντίστοιχα ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας κυμαινόταν από 0.65 έως 0.83.

5.2.3. Αυτοσχέδια Κλίμακα Αντιληπτού Κινδύνου

Η κλίμακα για την αξιολόγηση του αντιληπτού κινδύνου συγκροτήθηκε από την ερευνήτρια για τις ανάγκες τις παρούσας έρευνας. Περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις που αφορούν α) στον αντιληπτό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού, β) στον αντιληπτό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού συγκριτικά με άλλες γυναίκες παρόμοιας ηλικίας και, γ) στον αντιληπτό κίνδυνο να μην εντοπιστεί έγκαιρα ο καρκίνος του μαστού σε περίπτωση μη εφαρμογής μαστογραφίας.

Είναι συχνό το φαινόμενο σε έρευνες που εξετάζουν τον αντιληπτό κίνδυνο σε σχέση με μια συμπεριφορά υγείας να χρησιμοποιούν μόνο το πρώτο σκέλος, παραμελώντας αυτό που βιβλιογραφικά ορίζεται ως «συγκριτικός αντιληπτός κίνδυνος» (*comparative perceived risk*) και. «αντιληπτός κίνδυνος υπό όρους» (*conditional perceived risk*). Σύμφωνα με τον van der Pligt (1996), το μειονέκτημα που προκύπτει από την «άνευ όρων» αξιολόγηση του αντιληπτού κινδύνου (π.χ., Πόσο πιθανό είναι να προσβληθείς από + το πρόβλημα υγείας που εξετάζεται κάθε φορά), είναι ότι δεν είναι ξεκάθαρο ποιους παράγοντες συνυπολογίζουν τα άτομα όταν απαντούν σε μια τέτοια γενική ερώτηση. Τέτοιοι παράγοντες θα μπορούσαν για παράδειγμα να είναι απουσία συμπτωμάτων της νόσου στο παρελθόν ή η απουσία της νόσου από το οικογενειακό ιστορικό. Η αξιολόγηση του αντιληπτού κινδύνου υπό όρους (π.χ., «Πόσο πιθανό είναι να προσβληθείς από + το πρόβλημα υγείας που εξετάζεται κάθε φορά, αν δεν + την αντίστοιχη συμπεριφορά υγείας», παρέχει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα μεταξύ αντιληπτού κινδύνου και προληπτικής συμπεριφοράς. Αν για παράδειγμα το άτομο πιστεύει ότι ενδέχεται να νοσήσει άσχετα με το ό,τι κάνει για να προλάβει ή να αποτρέψει το γεγονός, αυτό επηρεάζει την σχέση μεταξύ αντιληπτού κινδύνου και πρόθεσης να εμπλακεί σε μια συμπεριφορά υγείας. Η συγκεκριμένη παράμετρος συμπεριλήφθηκε στην παρούσα έρευνα ως προς την έγκαιρη διάγνωση όμως, δεδομένου ότι η εφαρμογή μαστογραφίας δεν αποκλείει την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Η εναπομένουσα παράμετρος αφορά τον αντιληπτό κίνδυνο σε σχέση με άλλα άτομα αντίστοιχης ηλικίας, φύλου ή κοινωνικο-οικονομικού υπόβαθρου. Ένα μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας έχει απασχοληθεί με το φαινόμενο της «μη ρεαλιστικής αισιοδοξίας» ή «συγκριτικού αντιληπτού κινδύνου» και αναφέρεται στην τάση των ατόμων να υποτιμούν την πιθανότητα

κινδύνου πρόσληψης από κάποια νόσο σε σχέση με άλλα άτομα (Harris & Middleton, 1994; Ingledew & Brunning, 1999; Weinstein & Klein, 1996).

Η παρούσα έρευνα αξιολογεί όλες τις προαναφερόμενες πλευρές του αντιληπτού κινδύνου χρησιμοποιώντας τις εξής προτάσεις σε πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert όπου 1= καθόλου πιθανό – 5= πολύ πιθανό: α) *Πόσο πιθανό θεωρείτε ότι είναι να προσβληθείτε από καρκίνου του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής σας,* β) *Σε σύγκριση με άλλες γυναίκες της ηλικίας σας ή του ίδιου κληρονομικού ιστορικού πόσο πιθανό θεωρείτε ότι είναι να προσβληθείτε από καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής σας και* γ) *Πόσο πιθανό θεωρείτε να διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο ο καρκίνος του μαστού αν δεν κάνετε μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια.* Η αξιολόγηση του αντιληπτού κινδύνου με χρήση κλίμακας τύπου Likert προτιμήθηκε έναντι της αξιολόγησης με χρήση αριθμητικών κλιμάκων, όπως για παράδειγμα συνηθίζεται με την μορφή ποσοστών (0%-100%), για την παρούσα έρευνα, δεδομένου ότι σε πρόσφατη μετα-ανάλυση ερευνών βρέθηκε πως η ποσοστιαία κλίμακα είναι συχνά παραπλανητική και οδηγεί τα υποκείμενα σε υπερεκτίμηση του αντιληπτού κινδύνου (Katapodi, Lee, Facione, & Dodd, 2004). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο που αντιλαμβάνεται το ενδεχόμενο να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού εξίσου το ίδιο με άλλες γυναίκες παρόμοιων χαρακτηριστικών, να τοποθετεί τον εαυτό του στο 50% μη συνειδητοποιώντας ότι ένα τέτοιο ποσοστό μεταφράζεται στην ουσία σαν μια στις δύο πιθανότητες να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού (Katapodi at al., 2004; Slovic, Peters, Finucane & MacGregor, 2005). Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με την άθροιση των βαθμών των τριών ερωτήσεων και το σκορ κυμαίνεται από 5 έως 25.

Η παραγοντική ανάλυση και η αξιολόγηση της εσωτερικής αξιοπιστίας αποκάλυψαν την ύπαρξη ενός κοινού παράγοντα αντιληπτού κινδύνου, που όμως τον αποτελούσαν οι πρώτες δύο ερωτήσεις, καθώς η τελευταία ερώτηση, που αφορούσε στον «υπό όρους αντιληπτό κίνδυνο» δεν σχετιζόταν με τις υπόλοιπες δύο και είχε σαν αποτέλεσμα την δραματική μείωση της αξιοπιστίας της κλίμακας. (βλ. Ευρήματα, Κεφάλαιο 6). Μετά την αφαίρεση της συγκεκριμένης ερώτησης, ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας της κλίμακας για το συγκεκριμένο δείγμα ήταν 0.79.

5.2.4. Κλίμακα Αισιοδοξίας

Για την αξιολόγηση της αισιοδοξίας χρησιμοποιήθηκε η πλέον διαδεδομένη κλίμακα LOT των Scheier & Carver (1985) στην αναθεωρημένη της μορφή (Scheier et al., 1994). Σε σχέση με την αρχική κλίμακα που συμπεριλάμβανε προτάσεις αναφορικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης, η αναθεωρημένη της μορφή συμπεριλαμβάνει προτάσεις που αφορούν μόνο σε γενικευμένες προσδοκίες για το μέλλον. Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 10 προτάσεις - οι 4 από τις οποίες δεν συμπεριλαμβάνονται στο συνολικό σκορ της βαθμολογίας (filler items). Η βαθμολόγηση γίνεται σε 5βαθμια κλίμακα τύπου Likert, ανάλογα με το κατά πόσο το άτομο συμφωνεί ή διαφωνεί (όπου 0= διαφωνώ απόλυτα – 4= συμφωνώ απόλυτα). Από τις έξι ερωτήσεις που αξιολογούνται οι τρεις είναι διατυπωμένες θετικά και οι τρεις είναι διατυπωμένες αρνητικά. Οι αρνητικές φράσεις αντιστρέφονται κατά τον υπολογισμό της τελικής βαθμολογίας. Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση των βαθμών των έξι ερωτήσεων και το σκορ κυμαίνεται από 0 έως 24.

Τα τελευταία χρόνια, ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζουν συγκεχυμένα αποτελέσματα αναφορικά με την διάσταση της κλίμακας. Οι ίδιοι οι κατασκευαστές (Scheier & Carver, 1985) φαίνεται να προτιμούν την άποψη της μονοδιάστατης κλίμακας, όπου η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία, είναι οι διαμετρικά αντίθετοι πόλοι ενός συνεχούς, κάτι που μεταφράζεται πως ένα άτομο μπορεί να είναι είτε αισιόδοξος, είτε απαισιόδοξος αλλά όχι και τα δύο μαζί. Παρόλα αυτά μια πληθώρα ερευνών υποστηρίζει την αντίληψη ότι η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία πιθανότατα να είναι δύο ξεχωριστές έννοιες (Chang, Maydue-Olivares, & D’Zurilla, 1997; Mroczek, Spiro, Aldwyn, Ozer, & Bousee, 1993). Παραγοντικές αναλύσεις του LOT (Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig & Vickers, 1992; Robinson-Whelen, Kim, MacCallum, & Kiecolt-Glaser, 1997) και της αναθεωρημένης έκδοσής του LOT-R (Creed, Patton, & Bartrum, 2002; Herzberg, Glaesmer, & Hoyer, 2006; Vautier, Raufaste, & Cariou, 2003) υποστηρίζουν την άποψη των δύο ξεχωριστών εννοιών. Η συγκεκριμένη άποψη υποδεικνύεται επίσης και από την χαμηλή συσχέτιση μεταξύ των δύο υποκλιμάκων. Έρευνες αναφέρουν συσχετίσεις μεταξύ .20 και .54 (Marshall et al., 1992; Myers & Steed, 1999; Plomin et al., 1992). Ωστόσο, υπάρχουν και ερευνητικά δεδομένα, ειδικά για την αναθεωρημένη έκδοση που υποστηρίζουν την άποψη της μονοδιάστατης κλίμακας (Lai, Cheung, Lee, & Yu, 1998; Mehrabian &

Ljunggren, 1997) και συμμερίζονται την άποψη των κατασκευαστών πως η ύπαρξη των δύο ξεχωριστών διαστάσεων αντικατοπτρίζει διαφορές που σχετίζονται με την διατύπωση και όχι με το περιεχόμενο των προτάσεων στην διαδικασία προσαρμογής της κλίμακας σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Για τις ανάγκες της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε η εκδοχή των Μαμαλάκη & Τριλίβα (2002), δεδομένου ότι η πιο πρόσφατη προσαρμογή των Lytakos et al. (2009), δεν είχε γίνει βιβλιογραφικά διαθέσιμη όταν συγκροτήθηκε το ερωτηματολόγιο της συγκεκριμένης έρευνας στο σύνολό του. Σύμφωνα με τους Μαμαλάκη & Τριλίβα (2002), η κλίμακα μετράει έναν παράγοντα και η αξιοπιστία της εσωτερικής εγκυρότητας είναι 0.72. Η παραγοντική ανάλυση επιβεβαίωσε την ύπαρξη ενός παράγοντα ενώ ο δείκτης αξιοπιστίας για το συγκεκριμένο δείγμα ήταν 0.70.

5.2.5. Ερωτηματολόγιο Χρονικού Προσανατολισμού

Για την μέτρηση του χρονικού προσανατολισμού χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Χρονικού Προσανατολισμού Zimbardo (Zimbardo Time Perspective Inventory – ZTPI) των Zimbardo & Boyd (1999). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από τις εξής 5 υποκλίμακες: (1) Αρνητικό παρελθόν (ΑΠ), η οποία αντικατοπτρίζει μια γενική αρνητική σχεδόν αποστροφική εικόνα για το παρελθόν, (2) Ηδονιστικό Παρόν (ΗΠ), η οποία υποδηλώνει προτίμηση για απολαύσεις και αναζήτηση ευχαρίστησης στο παρόν, χωρίς ανησυχία για μελλοντικές συνέπειες, (3) Μέλλον (Μ), η οποία σχετίζεται με σχεδιασμό και προσπάθεια για την εκπλήρωση στόχων και την απολαβή ανταμοιβών, (4) Θετικό Παρελθόν (ΘΠ), η οποία σχετίζεται με μια νοσταλγική, θετική στάση απέναντι στο παρελθόν, και (5) Μοιρολατρικό Παρόν (ΜΠ), η οποία χαρακτηρίζεται από μια ανέλπιδη και μοιρολατρική στάση αβοηθητότητας απέναντι στην ζωή.

Το ερωτηματολόγιο συγκροτούν 56 προτάσεις οι οποίες αντικατοπτρίζουν τις προαναφερόμενες 5 υποκλίμακες και τα υποκείμενα απαντούν στο κατά πόσο τους χαρακτηρίζει η κάθε πρόταση χρησιμοποιώντας ως βάση μια 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert, όπου 1= καθόλου – 5 = πολύ. Η βαθμολόγηση γίνεται με το άθροισμα των βαθμών των ερωτήσεων για την κάθε υποκλίμακα και το σκορ κυμαίνεται από 5 έως 25. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου, έχουν αξιολογηθεί από τους

συγγραφείς του ερωτηματολογίου με δεδομένα που υποστηρίζουν την προβλεπτική αξιοπιστία της κλίμακας, καθώς επίσης και την συγκλίνουσα και αποκλίνουσα αξιοπιστία της. Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας για τις υποκλίμακες κυμαίνεται από .74 έως .82, ενώ η αξιοπιστία χορήγησης-επαναχορήγησης με ενδιάμεση περίοδο 4 εβδομάδων, κυμαίνεται από .70 έως .80 (Zimbardo & Boyd, 1999). Η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου, έχει αξιολογηθεί μέσω διερευνητικών και επιβεβαιωτικών αναλύσεων σε διαφορετικές χώρες συμπεριλαμβανομένου της Γαλλίας (Apostolidis & Fieulaine, 2004), της Ισπανίας (Diaz-Morales, 2006), της Πορτογαλίας (Ortuno & Gamboa, 2009) και της Λιθουανίας (Liniauskaitė & Kairys, 2009). Στο σύνολό τους τα ερευνητικά δεδομένα υποδηλώνουν πως το ZTPI αποτελεί ένα χρήσιμο μέσο για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τον χρόνο και λειτουργούν αντίστοιχα.

Στο πλαίσιο προκαταρκτικής μελέτης (*pilot study*) το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο δόθηκε σε ένα πρώτο δείγμα ($n = 271$) προκειμένου να επιτευχθεί μία ικανοποιητική αναλογία υποκειμένων προς πρόταση (κατά προσέγγιση 5:1) και να βελτιωθεί η δομή των κλιμάκων του. Οι επίμαχες προτάσεις (με πολλαπλές ή ασθενείς φορτίσεις) ξαναγράφηκαν και δόθηκε έμφαση στον καθορισμό εννοιολογικής και θεωρητικής ισοδυναμίας (Herdman et al., 1997). Το αναθεωρημένο εργαλείο τελικά δόθηκε σε ένα ακόμη μεγαλύτερο δείγμα ($n = 337$) με σκοπό τη διενέργεια περαιτέρω στατιστικών αναλύσεων σχετικά με τη δομή των παραγόντων του. Για τον έλεγχο της συγκλίνουσας εγκυρότητας του ερωτηματολογίου, έγινε μετάφραση στα Ελληνικά και ψυχομετρικός έλεγχος της Κλίμακας Προκαταβολικής Αντιμετώπισης (Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum, & Taubert, 1999), με την εξής δημοσίευση: Griva, F. & Anagnostopoulos, F. (2010). Positive psychological effects and anxiety: The mediating effect of proactive coping. *Psychological Reports*, 107: 3, 795-804.

Η παραγοντική ανάλυση και η αξιολόγηση της εσωτερικής αξιοπιστίας της ελληνικής προσαρμογής του ZTPI (βλ. Ευρήματα, κεφάλαιο, 6) επιβεβαίωσαν την ύπαρξη των πέντε παραγόντων χρονικού προσανατολισμού, ενώ ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας για όλες τις υποκλίμακες κυμαινόταν από 0,72 έως 0.85 για το συγκεκριμένο δείγμα.

5.3. Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης δεδομένων

Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν κάνοντας χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (έκδοση 15.0). Ακολουθεί σύντομη περιγραφή των μεθόδων που ακολουθήθηκαν με βάση τις διαφορετικές κατηγορίες μεταβλητών και τον έλεγχο των υποθέσεων.

5.3.1. Έλεγχος και αντικατάσταση ελλিপών τιμών

Πριν τις βασικές αναλύσεις έγινε έλεγχος για να εκτιμηθεί αν οι ελλείπουσες τιμές του δείγματος είναι τυχαίες, ή αν εντοπίζονται συγκεκριμένα μοτίβα για κάποιες μεταβλητές. Ο έλεγχος εκτελέστηκε με την ανάλυση MVA (Missing Value Analysis) του SPSS ενώ η αντικατάσταση των ελλিপών τιμών με την μέθοδο Expectation Maximization (EM). Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι πιο επιθυμητή από την διαδεδομένη μέθοδο της αντικατάστασης των τιμών με τον μέσο όρο- η οποία επηρεάζει την διακύμανση μιας μεταβλητής, άρα και την σχέση της με άλλες μεταβλητές- γιατί υπολογίζει ποια είναι η ιδανικότερη τιμή που θα μπορούσε να δοθεί λαμβάνοντας υπόψη την κατανομή του δείγματος και εκτιμώντας άλλες παραμέτρους, όπως οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών (Tabachnick & Fidell, 2007).

5.3.2. Έλεγχος κανονικότητας κατανομών

Για τις ποσοτικές μεταβλητές έγινε έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών. Η ύπαρξη ακραίων μονοπαραγοντικών τιμών (*univariate outliers*) ελέγχθηκε με την επισκόπηση ιστογραμμάτων και θηκογραμμάτων πιθανότητας ενώ για τον εντοπισμό των ακραίων πολυπαραγοντικών τιμών (*multivariate outliers*), δηλαδή των εντοπισμό των περιπτώσεων με ακραίες τιμές σε δύο ή περισσότερες μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης για να υπολογίσουμε την απόσταση Mahalanobis (*distance*) με $p < .001$. Παράλληλα, έγινε έλεγχος της συμμετρίας της κατανομής (κύρωσης και λοξότητας). Σύμφωνα με τους Mertler & Vannatta (2005), οι τιμές ασυμμετρίας που κυμαίνονται μεταξύ -1 και +1 υποδηλώνουν κανονική κατανομή.

5.3.3. Ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματολογίων

Για τον έλεγχο των ιδιοτήτων των αυτοσχέδιων και των μη σταθμισμένων ερωτηματολογίων έγινε έλεγχος της αξιοπιστίας τους με χρήση του συντελεστή Cronbach α και έλεγχος της εννοιολογικής εγκυρότητας με χρήση διερευνητικής και επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων και συγκλίνουσας εγκυρότητας.

5.3.3.1. Έλεγχος αξιοπιστίας

Η αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής όλων των κλιμάκων εκτιμήθηκε με τον συντελεστή Cronbach's α . Για να θεωρείται γενικά αποδεκτή η τιμή του Cronbach's α θα πρέπει να είναι $\geq .70$, ωστόσο τιμές $\alpha \geq .65$ υποδηλώνουν εξίσου αποδεκτή αξιοπιστία (Litwin, 1995). Επιπρόσθετα, ελέγχθηκε η τυχόν βελτίωση της τιμής του συντελεστή α όταν αφαιρούνταν ένα ερώτημα από την κλίμακα (if item deleted). Αν η αφαίρεση ενός ερωτήματος βελτίωνε την τιμή του Cronbach α κατά 0.1 ή περισσότερο, τότε το συγκεκριμένο ερώτημα αφαιρούνταν από την κλίμακα (Ferketich, 1991).

5.3.3.2. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων

Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση έγινε με την μέθοδο παραγοντοποίησης κυρίων αξόνων (principal axis factoring) με πλάγια περιστροφή για να εξεταστούν οι διαστάσεις των κλιμάκων. Καθώς ο στόχος της ανάλυσης ήταν να εντοπιστεί ένας σχετικά μικρός αριθμός λανθανόντων παραγόντων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να απεικονίσουν σχέσεις μεταξύ ομάδων πολλών αλληλοσυσχετιζόμενων μεταβλητών, επελέγη ως κατάλληλη στατιστική μέθοδος μία κοινή παραγοντική ανάλυση (αντί για ανάλυση των κύριων συνιστωσών – principal components analysis). Η πλάγια (promax) περιστροφή αντί της ορθογώνιας (varimax) περιστροφής επελέγη γιατί υποτέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων (Fabrigar et al., 1999). Ο έλεγχος της καταλληλότητας των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας τρία κριτήρια: α) το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett, β) το στατιστικό τεστ Kaiser-Meyer- Olkin και γ) τις τιμές των κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων (communalities). Επίσης, τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τον προσδιορισμό του αριθμού των παραγόντων, ήταν: α) το κριτήριο επιλογής του Kaiser, βάσει του αριθμού των ιδιοτιμών άνω του 1, β) το κριτήριο του Catell, γραφική παράσταση δίκην απότομου κλιτύος (scree plot), γ) το ποσοστό συνολικής

διακύμανσης που εξηγούν οι παράγοντες, με στόχο να εξηγείται μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης το οποίο να είναι θεωρητικά ερμηνεύσιμο.

Συγκεκριμένα για το ZTPI η καταλληλότητα του παραγοντικού μοντέλου αξιολογήθηκε βάσει δύο επιπρόσθετων κριτηρίων: α) το μέγεθος των συντελεστών μερικής συσχέτισης (partial correlation coefficients) μεταξύ των ζευγών των μεταβλητών θα πρέπει να είναι μικρό ($< .20$), όταν εξαλειφθούν οι γραμμικές επιδράσεις των άλλων μεταβλητών και β) οι τιμές των υπολοίπων (residuals) (π.χ., οι διαφορές μεταξύ των παρατηρούμενων συντελεστών συσχετίσεων και εκείνων που εκτιμώνται από το μοντέλο) θα πρέπει να είναι μικρές ($< .05$), όταν το μοντέλο προσαρμόζεται καλά στα δεδομένα. Για τον καθορισμό του αριθμού των παραγόντων που θα διατηρούνταν, χρησιμοποιήθηκαν, πέραν της χρήσης του διαγράμματος ιδιοτιμών, διενεργήθηκε παράλληλη ανάλυση (PA). Το σκεπτικό πίσω από την PA είναι ότι οι παράγοντες που αντιστοιχούν στις παρατηρούμενες ιδιοτιμές που είναι μεγαλύτερες από τις παράλληλες μέσες ιδιοτιμές (που παράγονται από την ανάλυση των κύριων συνιστωσών ομάδων κανονικά κατανεμημένων τυχαία προσομοιωμένων δεδομένων, βάσει του ίδιου μεγέθους δείγματος και αριθμού μεταβλητών) θα πρέπει να διατηρούνται, ενώ οι παρατηρούμενες ιδιοτιμές που είναι χαμηλότερες ή ίσες με τις μέσες παράλληλες τυχαίες ιδιοτιμές θεωρούνται ότι οφείλονται σε δειγματοληπτικό σφάλμα (Hayton et al., 2004).

Ο εντοπισμός της φόρτισης των προτάσεων σε κάθε έναν από τους διατηρούμενους παράγοντες περιελάμβανε την ερμηνεία της λύσης με περιστροφή των αξόνων. Οι προτάσεις ταξινομήθηκαν ως μονοδιάστατης-φόρτισης (single loading) (φόρτιση $> .32$ σε απόλυτη τιμή σε έναν παράγοντα και $< .25$ σε κάποιον άλλο παράγοντα), διασταυρούμενης-φόρτισης (cross-loading) (φόρτιση $> .32$ σε έναν παράγοντα και $> .25$ σε κάποιον άλλο παράγοντα), και χωρίς-φόρτιση (non-loading) (φορτίσεις $< .32$ σε όλους τους παράγοντες). Το σημείο διάκρισης του .32, που προτάθηκε από τους Tabachnick και Fidell (2007), για τη φόρτιση μίας πρότασης σε παράγοντα ανταποκρίνεται σε περίπου 10% αλληλοεπικαλυπτόμενη διακύμανση με τις άλλες προτάσεις (π.χ. αντιπροσώπευση της μοναδικής συνεισφοράς κάθε ενός παράγοντα στη διακύμανση κάθε μίας μεταβλητής). Το χαμηλότερο σημείο διάκρισης (.25) αντιστοιχεί σε περίπου 6% αλληλοεπικαλυπτόμενη διακύμανση.

5.3.3.4. Συγκλίνουσα, αποκλίνουσα και διαφορική εγκυρότητα

Η συγκλίνουσα εγκυρότητα (*convergent validity*) αξιολογήθηκε για το ερωτηματολόγιο του χρονικού προσανατολισμού (ZTPI) μέσω συσχετίσεων των υποκλιμάκων του παράγοντα με τις κλίμακες αισιοδοξίας, αυτοεκτίμησης, ιδιοσυγκρασιακού άγχους, συμπτωμάτων κατάθλιψης και προκαταβολικής αντιμετώπισης, όπου βάσει προηγούμενης βιβλιογραφίας, αναμένονταν να υπάρχουν ισχυρές συσχετίσεις. Για να αποδειχθεί η αποκλίνουσα εγκυρότητα (*discriminant validity*), υποθέσαμε ότι οι υποκλίμακες του ZTPI δεν θα σχετίζονταν (ή θα είχαν μόνο ασθενή σχέση) με την ηλικία. Η διαφορική εγκυρότητα (*differential validity*) του ZTPI αξιολογήθηκε επί της βάσης συγκρίσεων γνωστών ομάδων (*known groups*), όπου σύμφωνα με προηγούμενες έρευνα (Zimbardo & Boyd, 1999), υποθέσαμε ότι οι γυναίκες θα είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από τους άνδρες στο Θετικό Παρελθόν (PP) και στο Μέλλον (F). Τέτοιες διαφορές μεταξύ φύλων αναλύθηκαν με ανεξάρτητα *t tests*, εφαρμόζοντας τη δοκιμασία Levene για την ισότητα των διασπορών.

5.3.3.3. Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων

Η επιβεβαιωτική πολυπαραγοντική ανάλυση έγινε για το ερωτηματολόγιο του χρονικού προσανατολισμού. Οι κλίμακες του ZTPI υπεβλήθησαν σε επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων (CFA), χρησιμοποιώντας το LISREL 8.54 (Joreskog και Sorbom 1996), για να παρέχουν περαιτέρω αποδείξεις ότι το εμπειρικά καθοδηγούμενο μοντέλο που προέκυψε από την προκαταρκτική διερευνητική παραγοντική ανάλυση (EFA) προσαρμόζεται επαρκώς στα δεδομένα. Πέντε παρατηρούμενες μεταβλητές υποτέθηκε ότι αποτελούσαν δείκτες της μοναδικής λανθάνουσας μεταβλητής «χρονικός προσανατολισμός»: αρνητικό παρελθόν (PN), ηδονιστικό παρόν (PH), μέλλον (F), θετικό παρελθόν (PP) και μοιρολατρικό παρόν (PF). Εκτός από τις φορτίσεις του κάθε δείκτη στον κοινό υποκείμενο παράγοντα, το μοντέλο συμπεριλάμβανε όρους σφάλματος μέτρησης, αντιπροσωπεύοντας τη μοναδική διακύμανση των δεικτών που δεν εξηγείται από αυτό τον παράγοντα. Επίσης καθορίζονταν τα επιτρεπτά συσχετισμένα σφάλματα μέτρησης, αντιπροσωπεύοντας την υπόθεση ότι μεταξύ των πέντε δεικτών υπήρχαν κοινές πηγές διακύμανσης και ότι δεν οφείλονταν μόνο σε ένα κοινό παράγοντα. Εκτός από το χ^2 test, χρησιμοποιήθηκαν πέντε δείκτες για την αξιολόγηση του πόσο καλά

προσαρμόζεται το μοντέλο: η ρίζα του μέσου τετραγωνικού σφάλματος προσέγγισης (RMSEA, μία τιμή κοντά στο .06 ή χαμηλότερη υποδεικνύει ότι προσαρμόζεται καλά), ο μη σταθμισμένος δείκτης προσαρμογής (NNFI, μία τιμή κοντά στο 1 ή υψηλότερη από .90 υποδεικνύει ότι προσαρμόζεται καλά), η ρίζα του τυποποιημένου μέσου τετραγωνικού υπολοίπου (SRMR, η καλύτερη τιμή αν είναι κοντά στο .08 ή χαμηλότερη), ο δείκτης γενικής προσαρμογής (GFI) και ο συγκριτικός δείκτης προσαρμογής (CFI), όπου τιμές κοντά στο .95 ή μεγαλύτερες υποδεικνύουν ότι το μοντέλο προσαρμόζεται επαρκώς (Hu & Bentler, 1999). Αφού οι παρατηρούμενες μεταβλητές ήταν συνεχόμενης φύσεως, χρησιμοποιήθηκε ο αντίστοιχος ασυμπτωτικός πίνακας συνδιασποράς (asymptotic covariance matrix) για τη λήψη ισχυρών εκτιμήσεων της παραμέτρου μέγιστης πιθανότητας (maximum likelihood parameter estimates) και αμερόληπτες στατιστικές καλής προσαρμογής (goodness-of-fit) και τυπικού σφάλματος. Ο έλεγχος δεδομένων πριν αναλυθούν, περιελάμβανε εντοπισμό των μονοδιάστατων και πολυδιάστατων ακραίων τιμών (βάσει του ενδοτεταρτημοριακού εύρους και της απόστασης Mahalanobis) καθώς και εξέταση της μονοδιάστατης κανονικότητας (βάσει του D'Agostino-Pearson χ^2 test), πολυμεταβλητής ασυμμετρίας (βάσει του Srivastava's test) και πολυμεταβλητής κύρτωσης (βάσει του Mardia's test).

5.3.5. Μονοπαραγοντικές αναλύσεις

Για τον έλεγχο ανεξαρτησίας κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό τεστ Chi-square, ενώ για την σύγκριση μέσων τιμών δύο ανεξάρτητων δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος Independent samples t-test. Για την σύγκριση των μέσων τιμών περισσότερο από δύο πληθυσμών χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς με έναν παράγοντα (One Way ANOVA), ενώ για την πραγματοποίηση ανά δύο συγκρίσεων όταν η σχέση ήταν στατιστικά σημαντική χρησιμοποιήθηκαν εκ των υστέρων πολλαπλές συγκρίσεις (Post hoc) με το κριτήριο Bonferroni ή Hochberg (για τις άνισες ομάδες). Για την εκτίμηση του μεγέθους της γραμμικής σχέσης μεταξύ δύο συνεχόμενων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (r), ενώ το αντίστοιχο μέγεθος μεταξύ μιας συνεχόμενης και μιας διχοτομικής μεταβλητής εκτιμήθηκε με τον συντελεστή δισειριακής συσχέτισης (point-biserial, r_{pb}). Οι μεταβλητές ελέχθησαν ως προς την εμφάνιση πολυσυγγραμικότητας (*multicollinearity*) με διαχωριστικό όριο $r=.85$.

5.3.6. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις

Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε με σκοπό τον έλεγχο της ικανότητας πρόβλεψης του προτεινόμενου μοντέλου για την πρόθεση εφαρμογής μαστογραφίας με τις εξής παραδοχές: α) η εξαρτημένη μεταβλητή έπρεπε να είναι συνεχής και να ακολουθεί την κανονική κατανομή με σταθερή διακύμανση, β) οι ανεξάρτητες μεταβλητές μπορούσαν να είναι είτε συνεχείς, είτε κατηγορικές, γ) η κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή έπρεπε να συνδέεται γραμμικά και με ισχυρή συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή, δ) οι ανεξάρτητες μεταβλητές έπρεπε να μην εμφανίζουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ τους, να μην υπάρχει δηλαδή πολυσυγγραμμικότητα. Η πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της επίδρασης των ανεξάρτητων μεταβλητών στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς μαστογραφίας. Για την εισαγωγή των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε και στις δύο περιπτώσεις η μέθοδος της σταδιακής (hierarchical) εισαγωγής των μεταβλητών σε blocks με βάση την προηγούμενη βιβλιογραφία, α) για να μελετηθεί η επίδραση μιας ανεξάρτητης έχοντας λάβει υπόψη την δράση άλλων μεταβλητών, και β) για να ελεγχθεί στατιστικά το θεωρητικό μοντέλο. Η τιμή του σταθμισμένου συντελεστή (beta standardized coefficient) αποτελούσε ένδειξη του μεγέθους της σχέσης μεταξύ της ανεξάρτητης και της εξαρτημένης μεταβλητής. Και για τα δύο είδη πολλαπλής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν διαγνωστικά μέτρα πολυσυγγραμμικότητας με δείκτες ανθεκτικότητας το Variation Inflation Factor (VIF) και το Tolerance. Το στατιστικό τεστ Durbin-Watson χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της σειριακής συσχέτισης των καταλοίπων, για την περίπτωση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (με αποδεκτές τιμές μεταξύ 1.50 – 2.50), ενώ για την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε η τιμή του κριτηρίου Wald, για την ένδειξη του μεγέθους της σχέσης μεταξύ ανεξάρτητης και εξαρτημένης. Ο δείκτης R Square για την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση και Nagelkerke R Square για την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση αποτέλεσε ένδειξη του ποσοστού της εξαρτημένης μεταβλητής που επεξηγεί το μοντέλο. Τα κριτήρια αξιολόγησης της καλής προσαρμογής του μοντέλου για την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση ήταν η τιμή του R^2 και η στατιστική σημαντικότητα της τιμής F . Το κριτήριο αξιολόγησης της καλής προσαρμογής του μοντέλου για την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση ήταν η στατιστικά σημαντική μείωση της αρχικής τιμής του $-2 \log\text{-likelihood}$ ($-2LL$) με την ιεραρχική προσθήκη των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Κεφάλαιο 6. Ευρήματα

6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 202 γυναίκες, ηλικίας 40 έως 75 ετών (μέσος όρος = 51,2 έτη, τυπική απόκλιση = 7.9 έτη). Ο Πίνακας 6.1 παρουσιάζει τα βασικά δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Μια σύντομη επισκόπηση δείχνει ότι το 75% του δείγματος είναι έγγαμες, το 8% άγαμες, ενώ το 15% είναι διαζευγμένες ή χηρευάμενες. Ένα 2% συμβιώνει ελεύθερα με κάποιον σύντροφο. Όσον αφορά το μορφωτικό τους επίπεδο, το 7% είναι απόφοιτοι του δημοτικού, το 56% είναι απόφοιτοι του γυμνασίου ή του λυκείου, ενώ το 37% είναι κάτοχοι πτυχίου ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης. Ως προς την παρούσα επαγγελματική τους κατάσταση, το 54% είναι εργαζόμενες πλήρους απασχόλησης, το 7% απασχολείται μερικώς, το 26% είναι άνεργες ή έχουν ως βασική απασχόληση την φροντίδα του νοικοκυριού, ενώ το 14% έχει συνταξιοδοτηθεί. Επίσης, το 8% χαρακτηρίζει την οικονομική του κατάσταση ως πολύ καλή, το 48% ως καλή, το 38% ως μέτρια, ενώ το 6% ως κακή.

Στον Πίνακα 6.2 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την εφαρμογή μαστογραφίας και άλλες σχετιζόμενες συμπεριφορές υγείας, καθώς και το ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό. Η συντριπτική πλειοψηφία, σε ποσοστό 83% έχει κάνει μαστογραφία στο παρελθόν και μόνο το 17% δεν έχει κάνει ποτέ μαστογραφία. Το ποσοστό αυτό στο συγκεκριμένο δείγμα δεν διαφοροποιείται από το ποσοστό των γυναικών που δηλώνουν πως δεν έχουν κάνει μαστογραφία σε πρόσφατη πανελλαδική έρευνα (Dimitrakaki et al., 2009), κάτι που υποδηλώνει πως το δείγμα της συγκεκριμένης είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού έρευνας σε σχέση με την εφαρμογή μαστογραφίας.

Πίνακας 6.1 *Δημογραφικά στοιχεία δείγματος*

Δημογραφική μεταβλητή		N	%
Ηλικία	40-49	108	56%
	50-60	60	31%
	Άνω των 60	26	13%
Τόπος διαμονής	Αθήνα	154	76%
	Ευρύτερη Αττική	48	24%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμες / Συμβίωση	155	77%
	Άγαμες	16	8%
	Διαζευγμένες / Χηρευάμενες	31	15%
Ύπαρξη παιδιών	Ναι	168	83%
	Όχι	34	17%
Μορφωτικό επίπεδο	Χαμηλό	15	7%
	Μέτριο	113	56%
	Υψηλό	74	37%
Επαγγελματική κατάσταση	Πλήρης απασχόληση	106	54%
	Μερική απασχόληση	16	7%
	Συνταξιούχος	29	14%
	Άνεργη/Οικιακά	49	26%
Οικονομική κατάσταση	Πολύ Καλή	16	7%
	Καλή	96	48%
	Μέτρια	77	38%
	Κακή	13	7%

Στο σύνολο των γυναικών το 18% δεν είχαν ξανακάνει στο παρελθόν μαστογραφία. Από τις γυναίκες που έχουν ξανακάνει μαστογραφία, το 62% φαίνεται να συμμορφώνεται με τις επίσημες οδηγίες για την εφαρμογή μαστογραφίας κάθε δύο χρόνια. Η εμπειρία της μαστογραφίας χαρακτηρίζεται ως αδιάφορη από το 40%, ενώ το 30% θεωρεί πως είναι δυσάρεστη εμπειρία, σε σχέση με ένα 12% που πιστεύει πως είναι ευχάριστη. Σε συστηματική αυτοεξέταση (κάθε έναν με δύο μήνες) εμπλέκεται το 48% έναντι του 52% των γυναικών, ενώ η ψηλάφηση από γιατρό φαίνεται να συμβαίνει μια φορά το χρόνο για το 55%, κάθε δύο χρόνια ή παραπάνω χρόνια για το 25% ενώ ένα 20% των γυναικών δεν έχει λάβει ποτέ ψηλάφηση από γιατρό. Όσον αφορά στο οικογενειακό ιστορικό, το 25% έχει συγγενικό πρόσωπο που έχει διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού έναντι του 71%, ενώ ένα 4% δηλώνει πως δεν γνωρίζει αν υπήρξε ποτέ τέτοιου είδους διάγνωση στο συγγενικό του περιβάλλον. Αντίστοιχα, όσον αφορά στο φιλικό περιβάλλον, το 62% έναντι του 33% δηλώνει πως γνωρίζει κάποιο άτομο που είχε ή έχει προσβληθεί από καρκίνο του μαστού ενώ ένα 5% δεν έχει κάποια σχετική πληροφόρηση. Αναφορικά με τις ίδιες, το 18% έχει διαγνωσθεί στο παρελθόν με καλοήγη πάθηση στο μαστό, ενώ ένα 3% έχει διαγνωσθεί στο παρελθόν με καρκίνο του μαστού και έχει λάβει θεραπεία.

Πίνακας 6.2 Στοιχεία για την μαστογραφία και σχετικές συμπεριφορές υγείας

Μεταβλητή υγείας		N	%
Μαστογραφία	Ναι	167	82%
	Όχι	36	18%
Συχνότητα	Κάθε 1-2 χρόνια	126	62%
	Κάθε 3-4 χρόνια	19	10%
	Πάνω από 5 χρόνια	19	10%
Εμπειρία	Ευχάριστη	26	40%
	Αδιάφορη	81	30%
	Δυσάρεστη	60	12%
Αυτοεξέταση	Ναι	97	48%
	Όχι	105	52%
Κλινική ψηλάφηση	Κάθε χρόνο	110	54%
	Κάθε 2 χρόνια	20	10%
	Πάνω από 2 χρόνια	31	16%
	Ποτέ	40	20%
Οικογενειακό ιστορικό	Ναι	50	25%
	Όχι	144	71%
	Δεν γνωρίζω	8	4%
Διάγνωση σε φιλικό περιβάλλον	Ναι	125	62%
	Όχι	66	33%
	Δεν γνωρίζω	11	5%
Καλοήθης πάθηση	Ναι	35	18%
	Όχι	157	82%
Καρκίνος - Θεραπεία	Ναι	7	3%
	Όχι	97	97%

6.2 Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Πριν γίνουν οι αναλύσεις του δείγματος έγινε έλεγχος για να επιβεβαιωθεί ότι οι ελλείπουσες τιμές (missing values) είναι τυχαίες (*MCAR – missing completely at random*) και δεν εντοπίζονται κάποια συγκεκριμένα μοτίβα (patterns). Τέτοια μοτίβα μπορεί να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για το ερωτηματολόγιο (π.χ., αν υπάρχουν συγκεκριμένες ερωτήσεις που δεν απαντώνται) αλλά και για το δείγμα (π.χ., αν υπάρχουν άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που αποφεύγουν να απαντήσουν συγκεκριμένες ερωτήσεις). Ο έλεγχος εκτελέστηκε με την ανάλυση MVA (Missing Value Analysis) του SPSS και τα αποτελέσματα έδειξαν πως σε καμία μεταβλητή δεν εντοπίστηκαν συγκεκριμένα μοτίβα ενώ το αποτέλεσμα του Little's MCRA test ήταν: $\chi^2 (150) = 145,42, p > .05$, επιβεβαιώνοντας πως οι ελλείπουσες τιμές στο δείγμα μας είναι τυχαίες. Εξασφαλίζοντας αυτή την προϋπόθεση, ακολούθησε η αντικατάσταση των ελλιπών τιμών με την μέθοδο Expectation Maximization (EM). Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι πιο επιθυμητή από την διαδεδομένη μέθοδο της αντικατάστασης των τιμών με τον μέσο όρο- η οποία επηρεάζει την διακύμανση μιας μεταβλητής, άρα και την σχέση της με άλλες μεταβλητές- γιατί υπολογίζει ποια είναι η ιδανικότερη τιμή που θα μπορούσε να δοθεί λαμβάνοντας υπόψη την κατανομή του δείγματος και

εκτιμώντας άλλες παραμέτρους, όπως οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών (Tabachnick & Fidell, 2007). Την αντικατάσταση των ελλιπών τιμών ακολούθησε ο έλεγχος της συμμετρίας (κύρτωσης και λοξότητας) και της κανονικότητας των κατανομών. Η ύπαρξη ακραίων μονοπαραγοντικών τιμών (*univariate outliers*) ελέγχθηκε με την επισκόπηση ιστογραμμάτων και θηκογραμμάτων πιθανότητας ενώ για τον εντοπισμό των ακραίων πολυπαραγοντικών τιμών (*multivariate outliers*), δηλαδή των εντοπισμό των περιπτώσεων με ακραίες τιμές σε δύο ή περισσότερες μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης για να υπολογίσουμε την απόσταση Mahalanobis με $p < .001$. Το αποτέλεσμα του ελέγχου οδήγησε στην διαγραφή 8 περιπτώσεων, εκ των οποίων, η μια είχε υπερβολικά χαμηλή z-τιμή στις κλίμακες μέτρησης της στάσης απέναντι στην μαστογραφία και της πρόθεσης για εφαρμογή της, ενώ οι υπόλοιπες 7 αφορούσαν σε γυναίκες που είχαν στο παρελθόν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού και είχαν λάβει θεραπεία, διαμορφώνοντας τον τελικό αριθμό του δείγματος προς ανάλυση στις 194 περιπτώσεις γυναικών. Ακολούθησαν οι διερευνητικές αναλύσεις των παραγόντων στα ερωτηματολόγια που δεν είχαν σταθμιστεί στα Ελληνικά (TPB, ZTPI) ενώ παράλληλα υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για όλες τις μεταβλητές.

Πίνακας 6.3 Περιγραφικά χαρακτηριστικά μεταβλητών

Μεταβλητή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Εύρος διακύμανσης	Ασσυμετρία	Κύρτωση	Έλεγχος κατανομής
ΘΠΣ Πρόθεση	13.49	1.68	5-15	-0.79 ($< \pm 1.0$)	-0.74 ($< \pm 1.0$)	Κανονική
ΘΠΣ Στάση	13.68	1.42	5-15	-0.87 ($< \pm 1.0$)	-0.78 ($< \pm 1.0$)	Κανονική
ΘΠΣ Υποκ. κανόνες	12.71	2.18	5-15	-0.61 ($< \pm 1.0$)	-0.60 ($< \pm 1.0$)	Κανονική
ΘΠΣ Αντιληπτός έλεγχος	13.47	1.80	5-15	-0.90 ($< \pm 1.0$)	-0.90 ($< \pm 1.0$)	Κανονική
ZTPI Θετικό παρελθόν	24.17	4.97	11-35	-0.33 $< \pm 0.5$	0.24 $< \pm 0.5$	Κανονική
ZTPI Αρνητικό παρελθόν	30.45	9.26	13-55	0.43 $< \pm 0.5$	-0.21 $< \pm 0.5$	Κανονική
ZTPI Ηδονιστικό παρόν	42.96	8.13	22-62	-0.09 $< \pm 0.5$	-0.03 $< \pm 0.5$	Κανονική
ZTPI Μοιρολατρικό παρόν	17.54	5.36	7-31	0.39 $< \pm 0.5$	-0.16 $< \pm 0.5$	Κανονική
ZTPI Μέλλον	37.70	5.88	24-50	-0.06 $< \pm 0.5$	-0.48 $< \pm 0.5$	Κανονική
LOT-R Αισιοδοξία	16.16	4.23	4-24	$< \pm 0.5$	$< \pm 0.5$	Κανονική
Αντιληπτός κίνδυνος	6.97	1.80	9-15	$< \pm 0.5$	$< \pm 0.5$	Κανονική

Όπως διαπιστώνουμε από τον Πίνακα 6.3 οι συμμετέχοντες δείχνουν να λαμβάνουν υπόψη τους λιγότερο την άποψη των σημαντικών προσώπων στην ζωή τους σε σχέση με την εφαρμογή μαστογραφίας και να βασίζονται περισσότερο στην προσωπική τους στάση και στην αίσθηση ελέγχου για την συγκεκριμένη συμπεριφορά. Αναφορικά με τον χρονικό προσανατολισμό οι συμμετέχοντες που είναι προσανατολισμένοι στο παρόν, ενστερνίζονται περισσότερο μια στάση που εμπεριέχει μια αίσθηση ευχαρίστησης και ξεγνοιασιάς παρά μια μοιρολατρική στάση αβοηθητότητας απέναντι στην ζωή. Οι συμμετέχοντες που είναι προσανατολισμένοι στο παρελθόν

έχουν περισσότερο αρνητική στάση λόγω δυσάρεστων ή τραυματικών εμπειριών και αναμνήσεων παρά μια θετική, νοσταλγική στάση.

Αναφορικά με την κλίμακα μέτρησης του χρονικού προσανατολισμού διαπιστώνουμε από τον Πίνακα 6.4 πως οι μέσες τιμές που προκύπτουν για τον κάθε παράγοντα, όταν αυτός διαιρεθεί με τον αριθμό των προτάσεων που τον αντιπροσωπεύουν, δεν διαφέρουν από τις αντίστοιχες μέσες τιμές του δείγματος που συμμετείχε στην μελέτη κατασκευής του ZTPI αλλά και των δειγμάτων που συμμετείχαν στην στάθμιση της κλίμακας σε άλλες ευρωπαϊκές και μη χώρες. Το ίδιο ισχύει και για το ερωτηματολόγιο LOT-R, όπου η μέση τιμή της αισιοδοξίας στο παρόν δείγμα δεν διαφέρει από την μέση τιμή του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας $t(193) = 2,18, p < 0,05$.

Πίνακας 6.4 Μέσες τιμές ZTPI ανά χώρα

	Η.Π.Α (κατασκευή)	Γαλλία	Πορτογαλία	Ισπανία	Λιθουανία	Αυστραλία	Βραζιλία	Ελλάδα
ΑΠ	2.98	3.07	2.67	2.57	2.83	3.27	2.83	2.53
ΘΠ	3.71	3.45	3.62	3.19	3.43	3.53	3.50	3.45
ΗΠ	3.44	3.32	3.52	2.87	3.17	3.43	2.65	2.86
ΜΠ	2.37	2.41	2.46	2.66	2.74	2.58	2.51	2.50
Μ	3.47	3.18	3.59	3.72	3.50	3.40	3.65	3.42

(ΑΠ = αρνητικό παρελθόν, ΘΠ = θετικό παρελθόν, ΗΠ = Ηδονιστικό παρόν, ΜΠ = Μοιρολατρικό παρόν, Μ = Μέλλον)

6.3 Μέτρηση του συντελεστή εσωτερικής συνοχής

Η αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής όλων των κλιμάκων εκτιμήθηκε με τον συντελεστή Cronbach's alpha. Για να θεωρείται γενικά αποδεκτή η τιμή του Cronbach's alpha θα πρέπει να είναι $\geq .70$, ωστόσο τιμές $\alpha \geq .65$ υποδηλώνουν εξίσου αποδεκτή αξιοπιστία (Litwin, 1995). Σύμφωνα με τον Πίνακα 6.5, στον οποίο παρουσιάζονται οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής, παρατηρείται πως όλοι οι παράγοντες είχαν ικανοποιητικό συντελεστή εσωτερικής συνοχής.

Πίνακας 6.5 Συντελεστές εσωτερικής συνοχής.

Παράγοντας	Cronbach's α
ΘΠΣ – Πρόθεση	0.83
ΘΠΣ – Στάση	0.78
ΘΠΣ – Υποκειμενικοί κανόνες	0.70
ΘΠΣ – Αντιληπτός έλεγχος	0.65
ZTPI – Θετικό Παρελθόν	0.72
ZTPI – Αρνητικό παρελθόν	0.85
ZTPI – Ηδονιστικό παρόν	0.81
ZTPI – Μοιρολατρικό παρόν	0.78
ZTPI – Μέλλον	0.71
LOT – R – Αισιοδοξία	0.70
Αντιληπτός κίνδυνος	0.79

6.4. Παραγοντικές αναλύσεις για τις κλίμακες συλλογής δεδομένων

Η διερευνητική ανάλυση των ερωτηματολογίων του χρονικού προσανατολισμού και της ΘΠΣ έγινε με την μέθοδο παραγοντοποίησης κυρίων αξόνων (principal axis factoring), με λοξή περιστροφή τύπου promax, εφόσον αναμενόταν οι παράγοντες να σχετίζονται μεταξύ τους. Ο έλεγχος της καταλληλότητας των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας τρία κριτήρια: α) το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett, β) το στατιστικό τεστ Kaiser-Meyer- Olkin και γ) τις τιμές των κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων (communalities). Επίσης, τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τον προσδιορισμό του αριθμού των παραγόντων, ήταν: α) το κριτήριο επιλογής του Kaiser, βάσει του αριθμού των ιδιοτιμών άνω του 1, β) το κριτήριο του Catell, γραφική παράσταση δίκην απότομου κλιτύος (*scree plot*), γ) το ποσοστό συνολικής διακύμανσης που εξηγούν οι παράγοντες, με στόχο να εξηγείται μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης με βάση μια θεωρικά αποδεκτή ερμηνεία.

6.4.1. Ψυχομετρικός έλεγχος του ερωτηματολογίου της ΘΠΣ

6.4.1.1. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων της ΘΠΣ

Το αποτέλεσμα που προέκυψε με βάση το κριτήριο σφαιρικότητας του Bartlett ήταν $\chi^2 (66) = 955.777$, $p < .001$, και οδήγησε στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ότι οι

μεταβλητές είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες. Το Kaiser-Meyer-Olkin κριτήριο της επάρκειας της δειγματοληψίας ήταν 0.844, επιτρέποντας τη χρήση της πολυπαραγοντικής ανάλυσης. Όλα τα communalities ήταν άνω του 0.35.

Πίνακας 6.6 Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου της ΘΠΣ

Ερωτήματα	Παράγοντας 1 Πρόθεση
Σκοπεύω να κάνω μαστογραφία	.772
Θα προσπαθήσω έτσι ώστε να κάνω μαστογραφία	.863
Θέλω να κάνω μαστογραφία	.664
Ερωτήματα	Παράγοντας 2 Στάση
Πιστεύω πως θα ήταν καλό για εμένα να κάνω μαστογραφία	.724
Πιστεύω πως θα ήταν χρήσιμο για εμένα να κάνω μαστογραφία	.692
Πιστεύω πως θα ήταν ασφαλές για εμένα να κάνω μαστογραφία	.582
Ερωτήματα	Παράγοντας 3 Υποκειμενικοί κανόνες
Οι άνθρωποι που θεωρώ σημαντικούς στην ζωή μου πιστεύουν ότι πρέπει να κάνω μαστογραφία	.818
Οι άλλοι περιμένουν από εμένα ότι θα κάνω μαστογραφία	.530
Οι περισσότεροι άνθρωποι των οποίων την γνώμη λαμβάνω υπόψη μου εγκρίνουν το να κάνω μαστογραφία	.599
Ερωτήματα	Παράγοντας 4 Αντιληπτός έλεγχος
Είμαι σίγουρη πως αν ήθελα θα μπορούσα να κάνω μαστογραφία	.880
Πιστεύω πως είναι εφικτό να κάνω μαστογραφία	.446
Το αν θα κάνω ή όχι μαστογραφία εξαρτάται από εμένα	.432

Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν 4 παράγοντες με ιδιοτιμή μεγαλύτερη της μονάδας που εξηγούσαν συνολικά το 56.25% της διασποράς. Τέσσερις ήταν και οι παράγοντες που προέκυψαν από το διάγραμμα ιδιοτιμών (scree plot). Όλες οι προτάσεις είχαν τιμή φόρτισης > 0.32 και φόρτιζαν η κάθε μία στον αναμενόμενο αντίστοιχο παράγοντα (Πίνακας 6.6.). Ο πρώτος παράγοντας εξηγούσε το 39.0% της διασποράς, ο δεύτερος εξηγούσε το 7.5%, ο τρίτος εξηγούσε το 5.9% και ο τέταρτος το 3.8%. Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών ήταν στατιστικώς σημαντικές και μέτριου προς υψηλού μεγέθους (Πίνακας 6.7).

Πίνακας 6.7. Συντελεστές συνάφειας μεταξύ των κλιμάκων της ΘΠΣ

Κλίμακα	Πρόθεση	Στάση	Υποκειμενικοί κανόνες
Στάση	0.620**		
Υποκειμενικοί κανόνες	0.536**	0.618**	
Αντιληπτός έλεγχος	0.590**	0.665**	0.560**

** Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $p < 0.001$

Η εσωτερική συνέπεια για κάθε κλίμακα αξιολογήθηκε βάσει του δείκτη Cronbach's alpha και ήταν αρκετά ικανοποιητική, κυμαινόμενη από 0.65 έως 0.83 (Πίνακας 6.5). Στον Πίνακα 6.3 παρουσιάζονται οι δείκτες κεντρικής τάσης (π.χ. μέσος όρος), διακύμανσης (π.χ. τυπική απόκλιση) και ελέγχου κατανομής (ασυμμετρία, κύρτωση). Σχετικά με τις αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων της ΘΠΣ, βρέθηκαν να είναι όλες σημαντικές σε επίπεδο 1%. Η πρόθεση σχετιζόταν υψηλά με την στάση ($r = .609$), τους υποκειμενικούς κανόνες ($r = .462$), και τον αντιληπτό έλεγχο ($r = .590$). Σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ στάσης και υποκειμενικών κανόνων ($r = .561$) και μεταξύ στάσης και αντιληπτού ελέγχου ($r = .658$). Σημαντική ήταν και η συσχέτιση του αντιληπτού ελέγχου με τους υποκειμενικούς κανόνες ($r = .482$).

6.4.1.2. Σχέση δημογραφικών και ατομικών στοιχείων υγείας με παράγοντες ΘΠΣ

Παρατηρήθηκε ότι οι έγγαμες γυναίκες αντιλαμβάνονταν ως μεγαλύτερη την πίεση από το περιβάλλον τους για την εφαρμογή μαστογραφίας σε σχέση με αυτές που δήλωναν άγαμες ή διαζευγμένες και χήρες $F(2, 191) = 7.28, p = .001$. Αντίστοιχα, η ύπαρξη παιδιών σχετιζόταν σημαντικά με τους υποκειμενικούς κανόνες $t(191) = 3.83, p = .002$, αλλά και με την στάση για εφαρμογή μαστογραφίας $t(191) = 2.29, p = .023$. Ισχυρή πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας εμφάνιζαν όσες γυναίκες υποβάλλονταν τακτικά σε κλινική ψηλάφηση του μαστού $F(3, 190) = 9.24, p = .000$, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν υποβάλλονταν συχνά σε αυτή την διαδικασία. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των παραγόντων της ΘΠΣ και της αυτοεξέτασης μαστού. Η διάγνωση καλοήθους πάθησης στο μαστό σχετιζόταν στατιστικά με τους υποκειμενικούς κανόνες $t(192) = 2.58, p = .012$. Αντίστοιχα, οι γυναίκες που δήλωναν ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού καρκίνου του μαστού, αντιλαμβάνονταν ως πιο ισχυρή την πίεση από το περιβάλλον τους $F(2, 191) = 2.99, p = .050$ σε σχέση με τις γυναίκες που απάντησαν αρνητικά. Στατιστικά

σημαντική ήταν επίσης η σχέση μεταξύ οικογενειακού ιστορικού και πρόθεσης $F(2, 193) = 4,19, p = .017$, και μεταξύ οικογενειακού ιστορικού και αντιληπτού ελέγχου $F(2, 193) = 3,77, p = .025$.

6.4.2. Ψυχομετρικός έλεγχος της αυτοσχέδιας κλίμακας Αντιληπτού Κινδύνου

Οι προκαταρκτικές αναλύσεις και συγκεκριμένα η ανάλυση της εσωτερικής αξιοπιστίας αποκάλυψε πως η ερώτηση που σχετιζόταν με τον «υπό όρους αντιληπτό κίνδυνο» μείωνε δραματικά τον δείκτη Cronbach's alpha ($\alpha = 0.26$) της συγκεκριμένης κλίμακας, ενώ δεν φαινόταν να σχετίζεται με τις υπόλοιπες ερωτήσεις της κλίμακας. Εντούτοις, το εύρημα αυτό δεν είναι ιδιαίτερα αναπάντεχο. Η συγκεκριμένη ερώτηση μετρούσε την πιθανότητα έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού σε περίπτωση μη εφαρμογής μαστογραφίας και συνεπώς διαφοροποιούνταν εννοιολογικά από τις υπόλοιπες που αξιολογούσαν την πιθανότητα πρόσληψης από καρκίνο του μαστού, καθώς η εφαρμογή μαστογραφίας δεν αποκλείει την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Η αφαίρεση της συγκεκριμένης ερώτησης οδήγησε σε αύξηση του δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας ($\alpha = 0.79$) και ως εκ τούτου, δεν ήταν δυνατό να διεξαχθεί πολυπαραγοντική ανάλυση λόγω των περιορισμένων ερωτήσεων της κλίμακας. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις που μετρούσαν την διάσταση του αντιληπτού κινδύνου προσβολής από καρκίνο του μαστού και την διάσταση του συγκριτικού αντιληπτού κινδύνου με άλλες γυναίκες εμφάνιζαν υψηλή συσχέτιση μεταξύ τους ($r = .664$).

6.4.2.1. Σχέση δημογραφικών και ατομικών στοιχείων υγείας με αντιληπτό κίνδυνο

Παρατηρήθηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του αντιληπτού κινδύνου και των δημογραφικών στοιχείων στο συγκεκριμένο δείγμα. Ωστόσο, υπήρχαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ αντιληπτού κινδύνου και των κάποιων ατομικών στοιχείων υγείας. Η διάγνωση καλοήθους πάθησης στο μαστό σχετιζόταν στατιστικά με τον αντιληπτό κίνδυνο $t(192) = 2,64, p = .009$. Οι γυναίκες που δήλωναν ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού καρκίνου του μαστού, αντιλαμβάνονταν ως υψηλότερο τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου $F(2, 191) = 8,35, p = .000$ σε σχέση με τις γυναίκες που δεν εμφάνιζαν τέτοιου είδους ιστορικό. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του αντιληπτού κινδύνου και της

αυτοεξέτασης μαστού αλλά ούτε και της διάγνωσης καρκίνου του μαστού στο φιλικό περιβάλλον.

6.4.3 Στάθμιση του ερωτηματολογίου μέτρησης χρονικού προσανατολισμού (Zimbardo Time Perspective Inventory)

Η στάθμιση του ερωτηματολογίου του ZTPI περιλάμβανε δύο προκαταρκτικές αναλύσεις σε δύο διαφορετικά δείγματα. Αρχικά, η μεταφρασμένη κλίμακα δόθηκε σε ένα πρώτο δείγμα ($n = 271$) προκειμένου να επιτευχθεί μία ικανοποιητική αναλογία υποκειμένων προς πρόταση (κατά προσέγγιση 5:1) και να βελτιωθεί η δομή των κλιμάκων του. Στην συνέχεια, οι επίμαχες προτάσεις (με πολλαπλές ή ασθενείς φορτίσεις) ξαναγράφτηκαν και δόθηκε έμφαση στον καθορισμό εννοιολογικής και θεωρητικής ισοδυναμίας (Herdman και συν. 1997). Η αναθεωρημένη κλίμακα δόθηκε εν τέλει σε ένα ακόμη μεγαλύτερο δείγμα ($n = 337$) με σκοπό τη διενέργεια περαιτέρω στατιστικών αναλύσεων σχετικά με τη δομή των παραγόντων του. Τα ευρήματα από την στάθμιση που ακολουθεί, έχουν δημοσιευθεί ως εξής: Anagnostopoulos, F. & Griva, F. (2012). Exploring Time Perspective in Greek Young Adults: Validation of the Zimbardo Time Perspective Inventory and Relationships with Mental Health Indicators. *Social Indicators Research*, 106, 49-59.

6.4.3.1. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων του ZTPI

Η εξέταση του πίνακα συσχετίσεων αποκάλυψε ότι 112 (7.3%) συντελεστές συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών που συμπεριελήφθησαν στην ανάλυση ήταν υψηλότεροι από .30. Το συνολικό KMO ήταν ίσο με .784, ενώ υπολογίστηκε ένα μεγάλο ποσοστό (87.5%) των μετρήσεων επάρκειας της δειγματοληψίας για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή που είχε τιμές μεγαλύτερες από .70 (εύρος = .665-.902). Το ποσοστό των μεγάλων συντελεστών ($>.20$) στο anti-image correlation matrix ήταν μικρό (2.3%). Η εξέταση του αναπαραγόμενου πίνακα συσχετίσεων και η επισκόπηση των υπολοίπων (residuals) υπέδειξαν ότι το ποσοστό των μη-πλεοναζόντων υπολοίπων, με απόλυτες τιμές μεγαλύτερες από .05, ήταν σχετικά χαμηλό (23.0%). Επομένως, οι απαιτήσεις για παραγοντικότητα του πίνακα συσχετίσεων των προτάσεων καλύφθηκαν.

Όλα τα αρχικά communalities ήταν $>.30$, ενώ 76.8% από αυτές ήταν $>.40$. Αρχικά, εξήχθησαν 15 παράγοντες με ιδιοτιμές μεγαλύτερες από 1, που αποτελούσαν 61.6%

της διακύμανσης. Ωστόσο, μία προσεκτική εξέταση του διαγράμματος ιδιοτιμών (scree plot) υπέδειξε ως πιο κατάλληλη μία λύση πέντε παραγόντων. Η παράλληλη ανάλυση επίσης υπέδειξε ότι μία λύση πέντε παραγόντων εξηγούσε καλύτερα τη διακύμανση όταν οι ιδιοτιμές από τα δεδομένα της εξεταζόμενης ομάδας συγκρίθηκαν με το 95^ο εκατοστημόριο της δειγματοληπτικής κατανομής που απεικονίζει τις ομάδες τυχαίων δεδομένων. Η εξέταση των αποτελεσμάτων υπέδειξε ότι μόνο οι πρώτες πέντε πραγματικές ιδιοτιμές (με τιμές ίσες με 7.193, 5.199, 3.744, 3.440, και 2.127) ήταν μεγαλύτερες από αυτές που προέκυψαν από την παράλληλη ανάλυση τόσο για το κριτήριο του μέσου όρου όσο και για το κριτήριο του 95^{ου} εκατοστημορίου, κι επομένως διατηρήθηκαν. Πέντε παράγοντες προτάθηκαν επίσης όταν ακολουθήθηκε η διαδικασία του ελάχιστου μέσου όρου των μερικών συσχετίσεων (MAP) (minimum average partial) του Velicer (1976), καθώς και όταν εφαρμόστηκε αντιμετάθεση ($n = 1,000$) της ομάδας των πρωτογενών δεδομένων στην παράλληλη ανάλυση (Castellan 1992).

Κατόπιν, διενεργήθηκε παραγοντική ανάλυση με την μέθοδο παραγοντοποίησης κυρίων αξόνων (principal axis factoring) με εξαγωγή πέντε παραγόντων. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν ότι η λύση των πέντε παραγόντων εξηγούσε το 33.2% της συνολικής διακύμανσης. Σαράντα έξι προτάσεις με υψηλή φόρτιση στον παράγοντά τους αντιστοιχήθηκαν σε αυτόν (Πίνακας 6.8). Τρεις προτάσεις (#20,36,47) φόρτιζαν σε πάνω από ένα παράγοντα, και αντιστοιχήθηκαν στον παράγοντα με την υψηλότερη φόρτιση. Δύο προτάσεις (#5, 35) ήταν χωρίς-φόρτιση, αλλά καθώς οι φορτίσεις τους δεν ήταν πολύ χαμηλές ($>.150$), ανατέθηκαν στον στοχευόμενο για αυτά παράγοντα. Τα αποτελέσματα για την πρόταση 52, που έχει αρνητική φόρτιση ($-.315$) για το Μέλλον (F) και θετική φόρτιση ($.200$) για το Ηδονιστικό Παρόν (PH), όμως σχετικά χαμηλή θετική φόρτιση στον προβλεπόμενο παράγοντα Μοιρολατρικού Παρόντος (PF) ($.028$), ήταν παρόμοια με την Πορτογαλική (Ortuno και Gamboa 2009) και την Ισπανική (Diaz-Morales 2006) εκδοχή. Αν και το πρόσημο της φόρτισης αυτής της πρότασης στο Μοιρολατρικό Παρόν (PF) ήταν στην προβλεπόμενη (θετική) κατεύθυνση, αφαιρέθηκε από τις μετέπειτα αναλύσεις εξαιτίας της πολύ χαμηλής φόρτισής της στον προβλεπόμενο για αυτή παράγοντα. Η πρόταση 25 είχε υψηλή θετική φόρτιση στο Αρνητικό Παρελθόν (PN) ($.605$) αντί για μία υψηλότερη (σε απόλυτη τιμή) στον προβλεπόμενο για αυτή παράγοντα Θετικού Παρελθόντος (PP) ($-.232$), και αφαιρέθηκε από τις μετέπειτα αναλύσεις. Η πρόταση 11 είχε μια υψηλή

Πίνακας 6.8 Διερευνητική παραγοντική ανάλυση ZTPI

Παραγοντική δομή	
Ερωτήματα	Ηδονιστικό παρόν
17. Προσπαθώ να ζω τη ζωή μου όσο το δυνατόν πιο έντονα, ζώντας την κάθε μέρα ξεχωριστά	.724
32. Το να απολαμβάνω το ταξίδι της ζωής είναι για μένα πιο σημαντικό από το να εστιάζω την προσοχή μου στον προορισμό του μόνο	.654
26. Είναι σημαντικό να υπάρχει ενθουσιασμός στη ζωή μου	.620
42. Ρισκάρω για να υπάρχει ενθουσιασμός στη ζωή μου	.594
31. Ρισκάρω ώστε να μην γίνεται βαρετή η ζωή μου	.554
46. Βρίσκω ότι με συνεπαίρνει τελείως ο ενθουσιασμός της στιγμής	.553
55. Μου αρέσει να υπάρχει πάθος στις στενές μου σχέσεις	.522
19. Ιδανικά, θα ήθελα να ζω κάθε ημέρα της ζωής μου σαν να ήταν η τελευταία	.485
1. Πιστεύω ότι το να μαζεudόμαστε με φίλους για να διασκεδάσουμε είναι μια από τις σημαντικές απολαύσεις της ζωής	.478
8. Ενεργώ αυθόρμητα	.476
44. Συχνά ακολουθώ την καρδιά μου περισσότερο από το μυαλό μου	.471
48. Προτιμώ φίλους που είναι αυθόρμητοι παρά φίλους που είναι προβλέψιμοι	.466
23. Αποφασίζω ανάλογα με την έμπνευση και την ευχαρίστηση της στιγμής	.416
28. Νομίζω ότι είναι σημαντικότερο να απολαμβάνεις αυτό που κάνεις από το να τελειώνεις τη δουλειά σου εγκαίρως	.367
12. Όταν ακούω την αγαπημένη μου μουσική, συχνά χάνω τελείως την αίσθηση του χρόνου	.336
Ερωτήματα	Μέλλον
40. Η έγκαιρη ολοκλήρωση των εργασιών μου είναι αποτέλεσμα σταδιακής προόδου	.711
30. Όταν πρόκειται να πάρω μια απόφαση, ζυγίζω τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα	.609
6. Πιστεύω ότι καθένας πρέπει να οργανώνει και να σχεδιάζει την ημέρα του κάθε πρωί	.598
21. Εκπληρώνω εγκαίρως τις υποχρεώσεις μου απέναντι σε φίλους, υπηρεσίες και αρχές	.568
10. Όταν θέλω να επιτύχω κάτι, βάζω στόχους και εξετάζω συγκεκριμένους τρόπους για να φτάσω ως εκεί	.551
24. Δεν προγραμματίζω την μέρα μου και λειτουργώ ανάλογα με το πως αυτή έρχεται	-.524
45. Έχω την ικανότητα να αντιστέκομαι σε πειρασμούς που θα με έβγαζαν εκτός προγράμματος όταν ξέρω ότι υπάρχει δουλειά που πρέπει να γίνει	.522
13. Η τήρηση των προθεσμιών και η εκτέλεση των απαραίτητων εργασιών για αύριο προηγείται της αποψινής διασκέδασης	.521
43. Φτιάχνω λίστες με τα πράγματα που έχω να κάνω	.497
56. Υπάρχει πάντα χρόνος να κάνω τη δουλειά μου κάποια στιγμή αργότερα	-.481
9. Εάν οι δουλειές δεν γίνονται στην ώρα τους, δεν στενοχωριέμαι	-.475
51. Δεν παραιτούμαι από τις δύσκολες ή μη ενδιαφέρουσες εργασίες, εάν αυτές θα με βοηθήσουν να προοδεύσω	.471
18. Με στενοχωρεί να φτάνω καθυστερημένος στα ραντεβού	.429

52. Είναι καλύτερα να ξοδεύω αυτά που κερδίζω για να περνάω καλά σήμερα παρά να τα αποταμιεύω για να έχω ασφάλεια αύριο	-.315
Ερωτήματα	Αρνητικό παρελθόν
50. Σκέφτομαι τα κακά πράγματα που μου έχουν συμβεί στο παρελθόν	.812
34. Δυσκολεύομαι να ξεχάσω δυσάρεστες σκηνές από τα νεανικά μου χρόνια	.809
16. Οδυνηρές εμπειρίες από το παρελθόν επανέρχονται διαρκώς στο μυαλό μου	.767
25. Προτιμώ να μην σκέφτομαι πολλές από τις αναμνήσεις του παρελθόντος γιατί δεν είναι ευχάριστες	.605
54. Σκέφτομαι όσα καλά δεν είχα την ευκαιρία να ζήσω	.561
22. Έχω περάσει συναισθηματική κακοποίηση και απόρριψη στο παρελθόν	.559
11. Οι αναμνήσεις από το παρελθόν μου είναι στο σύνολό τους περισσότερο καλές και όμορφες	-.516
36. Ακόμα και όταν το παρόν με ευχαριστεί, έχω την τάση να κάνω συγκρίσεις με παρόμοιες εμπειρίες από το παρελθόν	.449
4. Συχνά σκέφτομαι τι θα έπρεπε να είχα κάνει αλλιώς στη ζωή μου	.405
27. Έχω κάνει λάθη στο παρελθόν που θα ήθελα να μην τα είχα κάνει	.266
33. Τα πράγματα στη ζωή μου σπάνια είχαν την εξέλιξη που περίμενα και λογάριαζα	.180
5. Οι αποφάσεις που έχω πάρει ως τώρα έχουν επηρεαστεί αρνητικά από τους ανθρώπους και τις συνθήκες που υπήρχαν γύρω μου	.175
Ερωτήματα	Μοιρολατρικό παρόν
38. Η πορεία της ζωής μου ελέγχεται από δυνάμεις τις οποίες δεν μπορώ να επηρεάσω	.725
37. Δεν μπορείς πραγματικά να κάνεις σχέδια για το μέλλον διότι τα πράγματα είναι ρευστά και αλλάζουν	.603
14. Αφού ό,τι είναι να γίνει θα γίνει, δεν έχει και μεγάλη σημασία το τι κάνω	.524
39. Δεν έχει νόημα να ανησυχώ για το μέλλον εφόσον δεν μπορώ ούτως ή άλλως να κάνω τίποτα για να το αλλάξω	.483
3. Η μοίρα καθορίζει τη ζωή μου σε μεγάλο βαθμό	.428
47. Ό,τι και να κάνεις, η ζωή σήμερα θα παραμένει υπερβολικά περίπλοκη, σε σχέση με την πιο απλή που υπήρχε παλιά	.380
53. Συχνά μπορεί να κερδίσεις περισσότερα αν είσαι τυχερός παρά αν δουλέψεις σκληρά	.323
35. Χάνω την χαρά της διαδικασίας και της ροής των πράξεών μου, εάν πρέπει να σκέφτομαι το σκοπό και το πιθανό αποτέλεσμα που θα προκύψει από αυτές	.181
Ερωτήματα	Θετικό παρελθόν
7. Με ευχαριστεί να σκέφτομαι το παρελθόν μου	.613
29. Με πιάνει νοσταλγία για την παιδική μου ηλικία	.602
20. Εύκολα περνάω από το μυαλό μου χαρούμενες αναμνήσεις από καλές εποχές	.557
49. Οι οικογενειακές συνήθειες και παραδόσεις που επαναλαμβάνονται τακτικά με ευχαριστούν	.534
2. Ήχοι, εικόνες και μυρωδιές που μου θυμίζουν την παιδική μου ηλικία συχνά μου φέρνουν στο μυαλό πολύ όμορφες αναμνήσεις	.527
15. Μου αρέσουν οι ιστορίες για τα «παλιά καλά χρόνια»	.466
41. Χάνω κάθε ενδιαφέρον όταν τα μέλη της οικογένειάς μου συζητούν για το πώς ήταν τα πράγματα παλιότερα	-.330

αρνητική φόρτιση στο Αρνητικό Παρελθόν (PN) (— .516) αντί για μία υψηλότερη στον προβλεπόμενο για αυτή παράγοντα του Θετικού Παρελθόντος (PP) (.405), μία περίπτωση παρόμοια με εκείνη που παρατηρήθηκε στην Ισπανική έκδοση. Καθώς η φόρτισή της δεν ήταν χαμηλή ($> .320$) σε απόλυτη τιμή, αυτή η πρόταση ανατέθηκε στον προβλεπόμενο για αυτή παράγοντα. Δύο άλλες προτάσεις (#27, 33) του παράγοντα Αρνητικό Παρελθόν (PN) παράγοντα είχαν επίσης ταυτόχρονα υψηλότερες φορτίσεις στον παράγοντα Μοιρολατρικό Παρόν (PF) (.318, και .312 αντίστοιχα), αλλά ανατέθηκαν στον προβλεπόμενο για αυτές παράγοντα.

Μετά την αναδιάταξη των προτάσεων, ο πρώτος παράγοντας, που εξηγεί 11.7% της διακύμανσης, αποτελούνταν από 15 προτάσεις σχετικές με το ηδονιστικό παρόν (PH) (π.χ. προσπαθώ να ζήσω τη ζωή μου όσο το δυνατόν πιο έντονα, ζώντας την κάθε μέρα ξεχωριστά). Ο δεύτερος παράγοντας, που εξηγεί 8.3% της διακύμανσης, αποτελούνταν από 13 προτάσεις που υποδείκνυαν μελλοντικό χρονικό προσανατολισμό (π.χ. πιστεύω ότι καθένας πρέπει να οργανώνει και να σχεδιάζει την ημέρα του κάθε πρωί). Ο τρίτος παράγοντας, που εξηγεί 5.5% της διακύμανσης αποτελούνταν από 10 προτάσεις, και φάνηκε να αντιπροσωπεύει το Αρνητικό Παρελθόν (PN) (π.χ. σκέπτομαι τα κακά πράγματα που μου έχουν συμβεί στο παρελθόν). Ο τέταρτος παράγοντας, που εξηγεί 5.0% της διακύμανσης, περιελάμβανε 8 προτάσεις σχετικά με το Μοιρολατρικό Παρόν (PF) (π.χ. η πορεία της ζωής μου ελέγχεται από δυνάμεις τις οποίες δεν μπορώ να επηρεάσω). Ο πέμπτος παράγοντας, που εξηγεί 2.7% της διακύμανσης, περιελάμβανε 8 προτάσεις που αντιπροσώπευαν Θετικό Παρελθόν (π.χ. με ευχαριστεί να σκέφτομαι το παρελθόν μου).

Η εσωτερική συνέπεια για κάθε κλίμακα αξιολογήθηκε βάσει του δείκτη Cronbach's alpha. Η αξιοπιστία των πέντε κλιμάκων ήταν αρκετά ικανοποιητική, κυμαινόμενη από .710 έως .845. Οι μέσες συσχετίσεις των προτάσεων μεταξύ τους για τις πέντε κλίμακες θεωρήθηκαν αποδεκτές, εντός του επιθυμητού εύρους από .150 έως .500 που προτάθηκε από τους Clark και Watson (1995), κυμαινόμενες μεταξύ .197 και .283. Στον Πίνακα 6.9 παρουσιάζονται οι δείκτες κεντρικής τάσης (π.χ. μέσος όρος), διακύμανσης (π.χ. τυπική απόκλιση) και το σχήμα της κατανομής (ασυμμετρία, κύρτωση), μαζί με μέσες συσχετίσεις μεταξύ προτάσεων, για τις πέντε κλίμακες του ZTPI. Οι αθροισμένες βαθμολογίες του δείγματος στην πλειονότητα των πέντε κλιμάκων ήταν κοντά στην κανονική κατανομή. Ο έλεγχος μονοδιάστατης

κανονικότητας D'Agostino για τις κλίμακες PH και F ήταν ίσος με 2.779 ($p = .249$) και 4.751 ($p = .093$) αντίστοιχα. Το PP έδειξε μία τάση προς αρνητική ασυμμετρία, ενώ το PN και PF είχαν ελαφρώς θετική ασυμμετρία.

Πίνακας 6.9 Περιγραφικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων του ZTPI

	PH	F	PN	PF	PP
Μέση τιμή	52.534	45.558	26.107	20.377	30.539
Τυπική απόκλιση	8.905	8.288	6.899	5.135	5.445
Ασυμμετρία	-0.144 (0.133)	-0.269 (0.133)	0.399 (0.133)	0.386 (0.133)	-0.333 (0.133)
Κύρτωση	-0.306 (0.265)	-0.222 (0.265)	-0.088 (0.265)	-0.015(0.265)	0.130 (0.265)
Μέση τιμή συσχέτισης προτάσεων	.273	.278	.283	.197	.233

Σχετικά με τις αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων του ZTPI, οι μισές από αυτές βρέθηκαν να είναι σημαντικές σε επίπεδο 5%. Σημαντικά θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ PH και PF ($r = .211$) και μεταξύ PN και PF ($r = .409$), ενώ σημαντικά αρνητικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ PH και F ($r = -.502$), F και PF ($r = -.186$). Ασθενείς ($r < .170$) και μη σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ κλιμάκων βρέθηκαν μεταξύ PP και τριών άλλων κλιμάκων (PH, F, και PF) και μεταξύ PN και δύο άλλων κλιμάκων (PP, F). Λαμβάνοντας υπόψη τις ισχυρές συσχετίσεις ($>.200$), τα μοτίβα των συσχετίσεων που προκύπτουν μεταξύ κλιμάκων επιβεβαιώνουν ότι μία αρνητική στάση και στάση αποστροφής προς το παρελθόν (PN) συνδέεται με μία μοιρολατρική, ανέλπιδη στάση προς το παρόν (PF). Μία ηδονιστική, ριψοκίνδυνη στάση προς τη ζωή στο παρόν (PH) συνδέεται με μια τάση μειωμένης αντίστασης στους πειρασμούς, μειωμένης προσπάθειας επίτευξης μελλοντικών στόχων και υπολογισμού μελλοντικών οφελών και κόστους (F), μία αρνητική άποψη του παρελθόντος (PN), και μία μοιρολατρική, αβοήθητη στάση προς το μέλλον και τη ζωή (PF).

6.4.3.2. Έλεγχος συγκλίνουσας, αποκλίνουσας και διαφορικής εγκυρότητας

Όσον αφορά στις συσχετίσεις μεταξύ κλιμάκων ZTPI και άλλων ψυχολογικών μετρήσεων, το PN και PF είχαν θετική και σημαντική σχέση με το ιδιοσυγκρασιακό

άγχος και την κατάθλιψη, ενώ είχαν αρνητική συσχέτιση με την αυτοεκτίμηση, την προληπτική αντιμετώπιση και την προδιαθεσική αισιοδοξία. Το F είχε θετική σχέση με την προληπτική αντιμετώπιση. Το PP είχε αρνητική σχέση με την κατάθλιψη και το ιδιοσυγκρασιακό άγχος, ενώ είχε θετική συσχέτιση με την αυτοεκτίμηση. Το PH δεν είχε σημαντική σχέση με οποιονδήποτε δείκτη ψυχικής υγείας. Εκτός από το PP, η ηλικία συσχετιζόταν μόνο ασθενώς ή μη-σημαντικά με τις άλλες τέσσερις κλίμακες. Αυτή η τάση των συσχετίσεων παρείχε υποστήριξη για την συγκλίνουσα και τη αποκλίνουσα εγκυρότητα του ZTPI (Πίνακας 6.10)

Όσον αφορά στη διαφορική εγκυρότητα, τα δημοσιευμένα δεδομένα θα μας οδηγούσαν στο να αναμένουμε υψηλότερους μέσους όρους για το PP και F στις γυναίκες εν συγκρίσει με τους άνδρες. Σε συμφωνία με αυτή την πρόβλεψη, οι γυναίκες έδειξαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στο PP ($M = 31.204$, $SD = 5.619$), σε σύγκριση με τις βαθμολογίες των ανδρών ($M = 30.145$, $SD = 5.075$), $t(335) = -1.679$, $p < .05$. Το ίδιο αποδείχθηκε αληθές για το F, όπου οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες ($M = 46.174$, $SD = 8.656$) από τους άνδρες ($M = 44.507$, $SD = 7.407$), $t(335) = -1.982$, $p < .05$. Έτσι, αυτές οι κλίμακες του ZTPI μπορούσαν να διαφοροποιήσουν μεταξύ ανδρών και γυναικών, επιδεικνύοντας την εγκυρότητα γνωστών ομάδων.

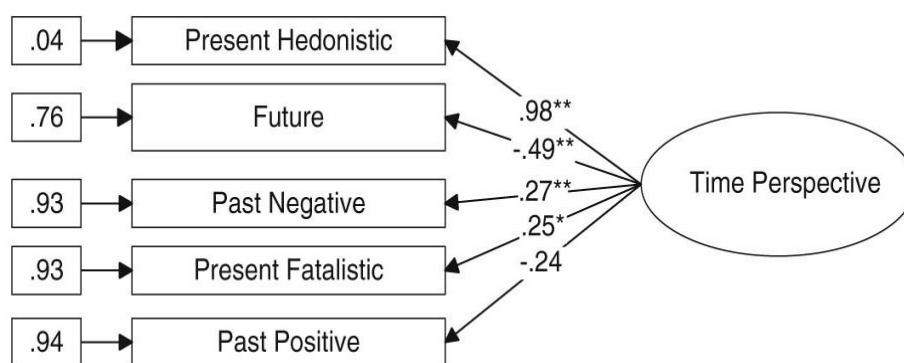
Πίνακας 6.10 Συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων ZTPI και ψυχολογικών μεταβλητών

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Μέλλον	1									
2. Θετικό παρελθόν	.054									
3. Ηδονιστικό παρόν	-.502**	.127								
4. Αρνητικό παρελθόν	-.091	-.169	.225*							
5.Μοιρολατρικό παρόν	-.186	.051	.211*	.409**						
6. Αυτοεκτίμηση	.079	.191*	-.066	-.507**	-.225*					
7. Δομικό άγχος	-.082	-.217*	.119	.770**	.331**	-.694**				
8. Κατάθλιψη	-.086	-.184*	.172	.625**	.263**	-.599**	.766**			
9. Αισιοδοξία	.021	.117	.106	-.456**	-.328**	.503**	-.546**	-.432**		
10. Προκαταβολική αντιμετώπιση	.239**	.106	.055	-.443**	-.363**	.629**	-.595**	-.451**	.504**	
11. Ηλικία	.050	-.281**	-.200*	-.064	-.123	.208*	-.266**	-.278**	.168	.239**

Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο: $p < .001$, ** $p < .05$ *

6.4.3.3.. Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων του ZTPI

Ένα μοντέλο ενός-παράγοντα ελέγχθηκε επίσης μέσω επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων. Στο Σχήμα 6.1, οι παρατηρούμενες μεταβλητές αντιπροσωπεύονται από τετράγωνα και οι λανθάνουσες μεταβλητές εσωκλείονται σε σχήμα έλλειψης. Πέντε παρατηρούμενες μεταβλητές λειτούργησαν ως δείκτες του «χρονικού προσανατολισμού». Με δεδομένο ότι το PN και το PF επέδειξαν ελαφρές αποκλίσεις από τη μονοδιάστατη κανονικότητα σύμφωνα με το D'Agostino-Pearson χ^2 test, χρησιμοποιήθηκαν ενισχυμένες (robust) στατιστικές βάσει του κλιμακοποιημένου Satorra-Bentler- chi-square. Αυτή η στατιστική ανάλυση μπορεί να λάβει υπόψη τη μη-κανονικότητα, χρησιμοποιώντας τον ασυμπτωτικό πίνακα συνδιασποράς (asymptotic covariance matrix). Το Srivastava test ασυμμετρίας πολλαπλών μεταβλητών ήταν ίσο με 2.923, $df = 5$, $p = .712$, και το Mardia's test κύρτωσης πολλαπλών μεταβλητών ήταν ίσο με 34.081, $p = .547$. Οι φορτίσεις κάθε μίας από τις πέντε μετρούμενες μεταβλητές στον λανθάνοντα παράγοντα ήταν σχεδόν όλες στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 5%, κυμαινόμενες από .240 έως .980. Οι φορτίσεις των παραγόντων PH, PN, και PF στον χρονικό προσανατολισμό ήταν θετικές και σημαντικές. Η φόρτιση του παράγοντα του F στον χρονικό προσανατολισμό ήταν αρνητική και σημαντική ($b = -.493$, $p < .05$). Ωστόσο, η φόρτιση του PP στον χρονικό προσανατολισμό δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($b = -.243$, $p > .05$).



Σχήμα 6.1. Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση του ZTPI

Οι δείκτες καλή προσαρμογής (goodness-of-fit indices) δεν ήταν επαρκείς, οι περισσότεροι αποτυγχάνοντας να φθάσουν στα προκαθορισμένα κριτήρια διάκρισης

για αποδεκτή προσαρμογή στο μοντέλο: Satorra-Bentler χ^2 (5) = 26.775, $p < .001$; RMSEA = .191, SRMR = .104, CFI = .850, GFI = .922. Η εφαρμογή ενός αναθεωρημένου μοντέλου στο οποίο συμπεριλήφθηκαν οι συνδιασπορές μεταξύ των υπολοίπων (residuals) των μεταβλητών PF και PN και των μεταβλητών PP, PF και PH, είχαν ως αποτέλεσμα μία ουσιαστική βελτίωση στους δείκτες καλής προσαρμογής: $\Delta\chi^2$ (3) = 22.940, $p < .001$, RMSEA = .058, SRMR = .043, NNFI = .910, CFI = .970, GFI = .988.

6.4.3.4. Σχέση δημογραφικών και ατομικών στοιχείων υγείας με χρονικό προσανατολισμό

Ο έγγαμος βίος και η συμβίωση με κάποιο σύντροφο φάνηκαν να ευνοούν περισσότερο έναν μελλοντικό χρονικό προσανατολισμό, καθώς παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες που ήταν έγγαμες ή συμβίωναν με κάποιον άλλον εστίαζαν περισσότερο στο μέλλον F (2, 191) = 4,64, $p = .011$, σε σχέση με αυτές που δήλωναν άγαμες. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που δήλωναν είτε χηρευάμενες, είτε διαζευγμένες φάνηκαν να εστιάζουν περισσότερο σε ένα αρνητικό παρελθοντικό προσανατολισμό F (2, 191) = 6,94, $p = .001$) σε σχέση με τις έγγαμες ή αυτές που συμβίωναν με κάποιο σύντροφο. Η ύπαρξη παιδιών έδειξε να σχετίζεται με μελλοντικό χρονικό προσανατολισμό t (191) = 2,27, $p = .024$. Οι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εστίαζαν περισσότερο σε ένα αρνητικό παρελθόν F (2, 191) = 4,71, $p = .010$) και σε ένα μοιρολατρικό παρόν F (2, 191) = 3,26, $p = .040$), σε αντίθεση με τις γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου οι οποίες φάνηκαν να εστιάζουν περισσότερο σε ένα θετικό παρελθόν F (2, 191) = 5,10, $p = .007$). Περισσότερο προσανατολισμένες σε ένα αρνητικό παρελθόν ήταν και οι γυναίκες που εμφάνιζαν μέτρια ή άσχημη οικονομική κατάσταση F (2, 191) = 4,51, $p = .004$), σε σχέση με αυτές που δήλωναν καλή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση. Περισσότερο προσανατολισμένες προς το μέλλον φαίνονταν να είναι και όσες γυναίκες υποβάλλονταν τακτικά σε κλινική ψηλάφηση του μαστού F (3, 190) = 2,96 $p = .033$, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν υποβληθεί ποτέ σε αυτή την διαδικασία. Η διάγνωση καλοήθους πάθησης στο μαστό, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, και η διάγνωση καρκίνου του μαστού στο φιλικό περιβάλλον, δεν φάνηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με κάποια διάσταση του χρονικού προσανατολισμού.

Πίνακας 6.11 Συσχετίσεις μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών του μοντέλου επέκτασης της ΘΠΣ

	Πρόθεση	Στάση	Υποκ. κανόνες	Αντιληπτός έλεγχος	Αντιληπτός κίνδυνος	Αισιοδοξία	Θετικό παρελθόν	Αρνητικό παρελθόν	Ηδονιστικό παρόν	Μοιρολατρικό παρόν	Μέλλον
Στάση	,609**										
Υποκ. κανόνες	,462**	,561**									
Αντιληπτός έλεγχος	,590**	,658**	,482**								
Αντιληπτός κίνδυνος	,263**	,334**	,340**	,262**							
Αισιοδοξία	-,010	,128	,109	,006	-,162*						
Θετικό παρελθόν	,182*	,248**	,142*	,110	,124	,048					
Αρνητικό παρελθόν	-,035	-,118	-,059	-,026	,089	-,372**	-,044				
Ηδονιστικό παρόν	-,068	,182*	,131	-,023	,057	,186**	,360**	,075			
Μοιρολατρικό παρόν	,014	-,059	-,037	,072	,036	-,319**	,164*	,525**	,159*		
Μέλλον	,228**	,238**	,189**	,181*	,251**	,152*	,174*	-,041	-,053	-,019	
Προηγούμενη συμπεριφορά	,498**	,285**	,243**	,269**	,238**	-,009	,011	,036	-,071	-,084	,153*

** p < .001, * p < .05

6.5. Διερεύνηση της επίδρασης των παραγόντων του μοντέλου επέκτασης της ΘΠΣ στην πρόθεση για εφαρμογή μαστογραφίας

Η πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας εξετάσθηκε στο σύνολο του δείγματος και παρατηρήθηκε πως καμία από τις δημογραφικές μεταβλητές δεν σχετιζόταν στατιστικά μαζί της (Πίνακας 6.12). Πιο ισχυρή πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας εμφάνιζαν και όσες γυναίκες υποβάλλονταν τακτικά σε κλινική ψηλάφηση του μαστού $F(3, 190) = 9,24, p = .000$, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν υποβάλλονταν συχνά σε αυτή την διαδικασία. Στατιστικά σημαντική ήταν επίσης η σχέση μεταξύ οικογενειακού ιστορικού και πρόθεσης $F(2, 193) = 4,19, p = .017$. Σύμφωνα με τον Πίνακα 6.11 η πρόθεση παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση με τους υπόλοιπους παράγοντες της ΘΠΣ, και συγκεκριμένα με την στάση ($r = .609$), τους υποκειμενικούς κανόνες ($r = .462$), και τον αντιληπτό έλεγχο ($r = .590$). Επιπρόσθετα, η αυξημένη αίσθηση αντιληπτού κινδύνου για καρκίνο του μαστού οδηγεί σε αύξηση της πρόθεσης για εφαρμογή μαστογραφίας. Μικρού μεγέθους αλλά στατιστικά σημαντική δείχνει να είναι σχέση της πρόθεσης με τον χρονικό προσανατολισμό μιας γυναίκας αναφορικά με το θετικό παρελθόν ($r = .182$) και το μέλλον ($r = .228$). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως όσο αυξάνεται ο μελλοντικός προσανατολισμός μιας γυναίκας, και όσο εκείνη εστιάζει σε μια θετική ανασκόπηση του παρελθόντος τόσο αυξάνεται και η πρόθεσή της να εμπλακεί σε μαστογραφικό έλεγχο. Το ίδιο ισχύει και την συχνότητα εφαρμογής ($r = .498$), καθώς η πρόθεσή της να εμπλακεί σε μελλοντικό έλεγχο αυξάνει όταν φαίνεται να κάνει μαστογραφία τακτικά, τηρώντας τα χρονικά πλαίσια που ορίζουν την εφαρμογή της.

Πίνακας 6.12 *Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών και στοιχείων υγείας με πρόθεση*

Ηλικία	$r = .028^*$		
Οικογενειακή κατάσταση Έγγαμες 76% Μη έγγαμες 8% Διαζευγμένες/Χηρευάμενες 16%	$F = 1.481, p = .230$	Αυτοεξέταση Ναι 48% Όχι 52%	$t = 0.934, p = .351$
Ύπαρξη παιδιών Ναι 83% Όχι 17%	$t = 1.284, p = .201$	Κλινική ψηλάφηση Κάθε χρόνο 54% Κάθε δύο χρόνια 10% Πάνω από δύο χρόνια 16% Ποτέ 20%	$F = 9.242, p = .001^*$
Μορφωτικό επίπεδο Χαμηλό 6% Μέτριο 57% Υψηλό 37%	$F = 1.649, p = .201$	Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου Ναι 71% Όχι 25% Δεν γνωρίζω 4%	$F = 4.190, p = .017^*$
Απασχόληση Ναι 60% Όχι 40%	$t = 0.311, p = .756$	Διάγνωση φιλικό περιβάλλον Ναι 62% Όχι 33% Δεν γνωρίζω 5%	$F = 2.159, p = .118$
Οικονομική κατάσταση Πολύ καλή 7% Καλή 48% Μέτρια 38% Κακή 7%	$F = 0.463, p = .708$	Καλοήθης πάθηση μαστού Ναι 18% Όχι 82%	$t = 0.296, p = .768$

Κατόπιν, ακολούθησε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση ώστε να μελετηθεί η επίδραση του μοντέλου επέκτασης της ΘΠΣ ως προς την ικανότητα πρόβλεψης της πρόθεσης για εφαρμογή μαστογραφίας. Για την εισαγωγή των μεταβλητών στην εξίσωση παλινδρόμησης, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ιεραρχικής εισαγωγής σε διαδοχικά blocks. Το σκεπτικό της σειράς της επιλογής των μεταβλητών βασιζόταν στην επιδίωξη της μελέτης των παραγόντων της ΘΠΣ έχοντας λάβει υπόψη την επίδραση των παραγόντων που προτάθηκαν για επέκταση σε σχέση με την εφαρμογή μαστογραφίας, ενώ ταυτόχρονα έδινε την δυνατότητα να ελεγχθεί στατιστικά το προτεινόμενο μοντέλο επέκτασης.

Πίνακας 6.13 *Ευρήματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη την πρόθεση για εφαρμογή μαστογραφίας*

Μεταβλητές	B	SE	Beta	t	p value	Tolerance	VIF
<i>Block 1</i>	Χαρακτηριστικά μοντέλου: $R^2 = 0.140$; $F = 15.484$, $p = 0.000$						
Κλινική ψηλάφηση	.431	.093	.315	4.654	.000	9.84	1.016
Οικογενειακό ιστορικό	.569	.233	.165	2.441	.016	.985	1.016
<i>Block 2</i>	Χαρακτηριστικά μοντέλου: $R^2 = 0.206$; R change = 0.066; $F = 9.742$, $p = 0.000$						
Κλινική ψηλάφηση	.378	.092	-.276	4.118	.000	.942	1.062
Οικογενειακό ιστορικό	.400	.232	-.166	1.722	.087	.930	1.076
Θετικό παρελθόν	.034	.023	.100	1.503	.034	.954	1.048
Μέλλον	.031	.020	.107	1.553	.122	.890	1.124
Αντιληπτός κίνδυνος	.181	.071	.178	2.565	.011	.881	1.135
<i>Block 3</i>	Χαρακτηριστικά μοντέλου: $R^2 = 0.317$; R change = .111; $F = 14.457$, $p = 0.000$						
Κλινική ψηλάφηση	.093	.100	-.068	.937	.350	.690	1.450
Οικογενειακό ιστορικό	.298	.217	-.086	1.374	.171	.923	1.083
Θετικό παρελθόν	.046	.021	.134	2.160	.032	.944	1.059
Μέλλον	.029	.018	.100	1.559	.121	.889	1.124
Αντιληπτός κίνδυνος	.101	.067	.100	1.511	.133	.841	1.190
Προηγούμενη συμπεριφορά	.579	.105	.407	5.515	.000	.671	1.490
<i>Block 4</i>	Χαρακτηριστικά μοντέλου: $R^2 = 0.560$; R change = .243; $F = 26.045$, $p = 0.000$						
Κλινική ψηλάφηση	.155	.081	.113	1.913	.057	.681	1.468
Οικογενειακό ιστορικό	.199	.177	.058	1.127	.261	.907	1.102
Θετικό παρελθόν	.019	.018	.055	1.070	.286	.896	1.116
Μέλλον	.009	.015	.030	.577	.565	.873	1.145
Αντιληπτός κίνδυνος	.031	.056	.031	.558	.578	.779	1.284
Προηγούμενη συμπεριφορά	.353	.088	.248	4.005	.000	.622	1.607
Στάση	.289	.086	.251	3.456	.001	.453	2.208
Υποκ. κανόνες	.138	.062	.144	2.229	.027	.573	1.746
Αντιληπτός έλεγχος	.238	.064	.254	3.729	.000	.514	1,947
Durbin – Watson = 2.182							

Σύμφωνα με τους σταθμισμένους συντελεστές β , οι μεταβλητές που σχετίζονται με την πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας είναι η συχνότητα της κλινικής εξέτασης ($\beta = .315$, $p = .000$), η ύπαρξη καρκίνου του μαστού στην οικογένεια ($\beta = .165$, $p = .016$), ο αντιληπτός κίνδυνος για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού ($\beta = .178$, $p = .001$), το θετικό παρελθόν ($\beta = .134$, $p = .032$), η προηγούμενη συμπεριφορά μαστογραφίας ($\beta = .407$, $p = .000$), και οι παράγοντες της ΘΠΣ, δηλαδή η στάση απέναντι στην μαστογραφία ($\beta = .251$, $p = .001$), οι υποκειμενικοί κανόνες ($\beta = .144$, $p = .027$) και ο αντιληπτός έλεγχος ($\beta = .254$, $p = .000$) (Πίνακας 6.13). Συνεπώς, οι γυναίκες που έχουν στο οικογενειακό ιστορικό τους διάγνωση καρκίνου του μαστού, και εμπλέκονται τακτικά σε κλινική ψηλάφηση, έχουν μεγαλύτερη πρόθεση να εφαρμόσουν μαστογραφία. Αντίστοιχα, εκείνες που αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο πρόσληψης από καρκίνο ως κάτι πιθανό εμφανίζουν και μεγαλύτερη πρόθεση για να εφαρμόσουν μαστογραφία. Η θετική στάση απέναντι στην μαστογραφία, η σχετική πίεση από το περιβάλλον και η αίσθηση ότι η γυναίκα μπορεί να εμπλακεί σε αυτήν σχετικά εύκολα, αυξάνουν και την πρόθεση να εφαρμόσει την μαστογραφία.

Ωστόσο, οι προτεινόμενοι παράγοντες επέκτασης, με εξαίρεση την προηγούμενη συμπεριφορά, δεν φαίνονται να σχετίζονται άμεσα με την πρόθεση, καθότι σε κάθε βήμα της εξίσωσης παλινδρόμησης, το μέγεθος της επίδρασής τους ως προς την πρόθεση ενισχύεται ή αποδυναμώνεται ανάλογα, υποδηλώνοντας πως κάποιοι από αυτούς συνδέονται με την πρόθεση με την διαμεσολάβηση άλλων παραγόντων του προτεινόμενου μοντέλου επέκτασης. Πιο συγκεκριμένα, η ένταξη της μεταβλητής της προηγούμενης συμπεριφοράς, προκαλεί την μείωση του συντελεστή της επίδρασης του αντιληπτού κινδύνου στην πρόθεση και την καθιστά μη στατιστικά σημαντική ($\beta = .100$, $p = .133$), υποδηλώνοντας πως όσες γυναίκες εφαρμόζουν τακτικά την συμπεριφορά μαστογραφίας θεωρούν πως διατρέχουν και μικρότερο κίνδυνο για να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού, παρόλο που η μαστογραφία δεν εξασφαλίζει ότι προφυλάσσει από έναν τέτοιου είδους κίνδυνο. Ανάλογα, η τακτική κλινικής ψηλάφησης που δείχνει να επηρεάζει την πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας, παύει να είναι στατιστικά σημαντική με την προσθήκη του παράγοντα της προηγούμενης συμπεριφοράς ($\beta = .113$, $p = .057$), καθότι φαίνεται πως η πρόθεση των γυναικών που εφαρμόζουν τακτικά την μαστογραφία δεν επηρεάζεται από το πόσο συχνά η όχι εμπλέκονται σε κλινική ψηλάφηση. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως η προηγούμενη συμπεριφορά παραμένει σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της

πρόθεσης ακόμα δηλαδή και μετά τον έλεγχο της επίδρασης των παραγόντων της ΘΠΣ, υποδηλώνοντας την ύπαρξη άμεσης επίδρασης στην πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας. Σύμφωνα με την τιμή του R^2 , το σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών ερμήνευαν το 56% της διακύμανσης της πρόθεσης για την εφαρμογή μαστογραφίας. Η τιμή του Durbin-Watson ήταν αποδεκτή (2.182) εφόσον κυμαινόταν από 1.50 έως 2.50.

6.6 Διερεύνηση της επίδρασης των παραγόντων του μοντέλου επέκτασης της ΘΠΣ στην εφαρμογή μαστογραφίας

Παρατηρήθηκε ότι τα δύο δείγματα δεν διέφεραν ιδιαίτερα από άποψη δημογραφικών παραγόντων παρά μόνο ως προς την ηλικία καθώς οι γυναίκες γενικού δείγματος ήταν κυρίως μικρότερες σε ηλικία, $t(191) = -2,448$, $p = .015$ σε σχέση με τις γυναίκες που επισκέπτονταν το νοσοκομείο. Παρουσίαζαν ωστόσο διαφορές ως προς τις μεταβλητές που σχετίζονταν με την μαστογραφία και το ατομικό ιατρικό ιστορικό. Οι γυναίκες που επισκέπτονταν το νοσοκομείο ήταν πιο πιθανό να έχουν διαγνωσθεί στο παρελθόν με καλοήγη πάθηση στο μαστό $\chi^2(1) = 6,529$, $p = .011$, και να έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού $\chi^2(2) = 10,366$, $p = .006$. Οι μονοδιάστατες αναλύσεις υπέδειξαν ότι οι γυναίκες του δείγματος του γενικού πληθυσμού είχαν ελαττωμένη πρόθεση να εφαρμόσουν μαστογραφία $t(192) = -3,919$, $p = .000$, βίωναν λιγότερη πίεση από το κοινωνικό περιβάλλον να συμμορφωθούν ως προς την εφαρμογή μαστογραφίας $t(192) = -2,451$, $p = .015$, και ταυτόχρονα αισθάνονταν πως διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού $t(192) = -2,362$, $p = .023$, σε σχέση με τις γυναίκες του νοσοκομειακού δείγματος. Παράλληλα, φάνηκαν να εφαρμόζουν λιγότερο συχνά τον έλεγχο μαστογραφίας $t(192) = -4,997$, $p = .000$, σε σχέση με τις γυναίκες που επισκέπτονταν το κέντρο μαστού του νοσοκομείου. Δεν υπήρχε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την στάση, $t(192) = -1.311$, $p = .191$, τον αντιληπτό έλεγχο $t(192) = -.0132$, $p = .895$ αλλά και τις μεταβλητές του χρονικού προσανατολισμού $t(192) = -.662$, $p = .509$ (θετικό παρελθόν), $t(192) = -1.911$, $p = .057$ (αρνητικό παρελθόν), $t(192) = -.761$, $p = .448$ (ηδονιστικό παρόν), $t(192) = -1.763$, $p = .079$ (μοιρολατρικό παρόν), $t(192) = -1,533$, $p = .127$. Ο Πίνακας 6.14 παρουσιάζει τα ευρήματα των συσχετίσεων μεταξύ δημογραφικών στοιχείων, ατομικών στοιχείων υγείας, και των υπολοίπων μεταβλητών του μοντέλου ως προς την συμπεριφορά μαστογραφίας.

Πίνακας 6.14 Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών, ατομικών στοιχείων και εφαρμογή μαστογραφίας

Μεταβλητές	Δείγμα νοσοκομείου (n = 69)	Δείγμα γενικού πληθυσμού (n = 125)	Τιμή p
Ηλικία	52.6 (9.4)	49.6 (7.4)	.015*
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμες	58	90	.126
Μη έγγαμες	5	11	
Διαζευγμένες /Χηρευάμενες	6	24	
Ύπαρξη παιδιών			
Ναι	60	101	.275
Όχι	9	24	
Μορφωτικό επίπεδο			
Χαμηλό	6	6	.416
Μέτριο	36	75	
Υψηλό	27	44	
Απασχόληση			
Ναι	35	81	.056
Όχι	34	44	
Οικονομική κατάσταση			
Πολύ καλή	5	6	.698
Καλή	30	64	
Μέτρια	28	45	
Κακή	6	7	
Αυτοψηλάφηση			
Ναι	32	61	.746
Όχι	27	64	
Κλινικός έλεγχος			
Κάθε χρόνο	43	60	.200
Κάθε δύο χρόνια	5	15	
Πάνω από δύο χρόνια	11	20	
Ποτέ	10	30	
Οικογενειακό ιστορικό			
Ναι	26	22	.006*
Όχι	42	97	
Δεν γνωρίζω	1	6	
Διάγνωση στο φιλικό περιβάλλον			
Ναι	44	74	.529
Όχι	20	45	
Δεν γνωρίζω	5	6	
Διάγνωση καλοήθους πάθησης			
Ναι	19	16	.011*
Όχι	50	109	
Προηγούμενη συμπεριφορά	3.71 (0.6)	2.87 (1.3)	.000*
Αντιληπτός κίνδυνος	7.33 (1.5)	6.77 (1.7)	.023*
Αισιοδοξία	15.81 (4.3)	16.35 (4.16)	.390
Θετικό παρελθόν	24.49 (5.0)	23.99 (4.94)	.509
Αρνητικό παρελθόν	32.15 (8.8)	29.52 (9.38)	.057
Ηδονιστικό παρόν	42.32 (8.5)	43.26 (8.0)	.448
Μοιρολατρικό παρόν	18.47 (5.8)	17.05 (5.11)	.079
Μέλλον	38.57 (6.0)	37.22 (5.87)	.127
Πρόθεση	14.07 (1.37)	13.18 (1.76)	.000*
Στάση	13.86 (1.34)	13.58 (1.46)	.192
Υποκειμενικοί κανόνες	13.29 (1.56)	12.54 (1.81)	.004*
Αντιληπτός έλεγχος	13.35 (1.84)	13.31 (1.8)	.395

Πριν την διεξαγωγή της λογιστικής πολλαπλής παλινδρόμησης έγινε έλεγχος των συσχετίσεων μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών για να εντοπιστεί το μέγεθος συσχέτισης και η πιθανή ύπαρξη πολυσυγγραμικότητας. Μέτρια προς μεγάλου βαθμού ήταν η συσχέτιση μεταξύ πρόθεσης και υποκειμενικών κανόνων ($r = .520$), και μεταξύ πρόθεσης και προηγούμενης συμπεριφοράς ($r = .498$) (Πίνακας 6.15).

Πίνακας 6.15. *Συσχετίσεις μεταξύ ανεξάρτητων μεταβλητών*

	Ηλικία	Οικογενειακό ιστορικό	Διάγνωση καλοήθους	Προηγούμενη συμπεριφορά	Αντιληπτός κίνδυνος	Πρόθεση
Ηλικία	1					
Οικογενειακό ιστορικό	.031					
Διάγνωση καλοήθους πάθησης	.149*	.154*				
Προηγούμενη συμπεριφορά	.172*	.179*	.159*			
Αντιληπτός κίνδυνος	.083	.238**	.188**	.238**		
Πρόθεση	.012	.205**	.021	.498**	.263**	
Υποκειμενικοί κανόνες	.133	.089	.112	.296*	.339**	.520*

Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο: ** $p < .001$, * $p < .05$

Κατόπιν, όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές που βρέθηκε να έχουν στατιστικώς σημαντική σχέση με την εξαρτημένη μεταβλητή (μαστογραφία) εισήχθησαν στην πολλαπλή παλινδρόμηση. Τα βήματα (blocks) της παλινδρόμησης καθορίστηκαν από το βασικό θεωρητικό υπόβαθρο της ΘΠΣ, η οποία πρεσβεύει πως η πρόθεση είναι ο πιο καθοριστικός παράγοντας της συμπεριφορά, ενώ άλλοι παράγοντες όπως οι δημογραφικά ή ατομικά επηρεάζουν έμμεσα την συμπεριφορά μέσω των παραγόντων της ΘΠΣ. Η προηγούμενη συμπεριφορά μπήκε στο τελευταίο block, έτσι ώστε να ελεγχθεί η επίδρασή της έχοντας λάβει πρώτα υπόψη τους παράγοντες της ΘΠΣ.

Πίνακας 6.16 *Ευρήματα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη την συμπεριφορά μαστογραφίας*

Μεταβλητή	B	SE	Wald	p value
Block 1 -2log-likelihood = 237.660, Nagelkerke R = 0.101				
Πρόθεση	.293	.118	6.154	.013
Υποκ. κανόνες	.120	.105	1.324	.250
Block 2 -2log-likelihood = 223.033, Nagelkerke R = 0.190				
Αντιληπτός κίνδυνος	.079	.105	.577	.448
Προηγούμενη συμπεριφορά	.645	.198	10.635	.001
Block 3 -2log-likelihood = 203.634, Nagelkerke R = 0.301				
Ηλικία	.262	.542	.234	.628
Οικογενειακό ιστορικό	.865	.399	4.690	.030
Καλοήθης πάθηση	.675	.446	2.298	.130
Σημείωση: αρχική τιμή -2log-likelihood = 252.577				

Λαμβάνοντας υπόψη το κριτήριο Wald, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης για την συμπεριφορά μαστογραφίας ήταν η πρόθεση (Wald = 6.154, $p = .013$), η προηγούμενη συμπεριφορά (Wald = 10.635, $p = .001$), και το οικογενειακό ιστορικό (Wald = 4.690, $p = .030$). Οι συντελεστές παλινδρόμησης για τις συγκεκριμένες μεταβλητές υποδεικνύουν πως οι γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, έχουν ξανακάνει αρκετές μαστογραφίες στο παρελθόν, και έχουν υψηλή πρόθεση για να εφαρμόσουν την συμπεριφορά, είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε έλεγχο μαστογραφίας σε σχέση με τις γυναίκες που παρουσιάζουν απουσία οικογενειακού ιστορικού, δεν κάνουν συχνά μαστογραφία και έχουν χαμηλή πρόθεση να συμμετάσχουν σε έλεγχο μαστογραφίας. Η επάρκεια του μοντέλου κρίθηκε βάσει των τιμών p του -2log-likelihood (-2LL). Η σταδιακή μείωση της τιμής του -2LL με την προσθήκη των επιπλέον ανεξάρτητων μεταβλητών υποδεικνύει την καλή προσαρμογή των δεδομένων και την επάρκεια του μοντέλου, (βλ. Πίνακα 6.16). Έχοντας ελέγξει την επίδραση των παραγόντων της ΘΠΣ που σύμφωνα με την τιμή Nagelkerke R^2 εξηγούσαν το 10% της διακύμανσης της συμπεριφοράς, παρατηρήθηκε ότι η ένταξη της μεταβλητής της προηγούμενης συμπεριφοράς πρόσθεσε 9%, στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς μαστογραφίας. Παράλληλα, η

προσθήκη των δημογραφικών μεταβλητών και των μεταβλητών που σχετίζονταν με το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό ερμήνευσε ένα επιπρόσθετο 11% υποδεικνύοντας πως οι συναφείς με τον καρκίνο του μαστού παράγοντες επηρεάζουν αρκετά την εφαρμογή μαστογραφίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Συζήτηση και συμπεράσματα

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια μορφή καρκίνου που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον γυναικείο πληθυσμό, καθότι μέχρι σήμερα, θεωρείται η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ενώ είναι υπεύθυνος για το 17.5% των θανάτων που προκαλούνται από καρκίνο στην Ευρώπη (Ferlay et al., 2007; Jemal et al., 2008). Δεδομένου ότι ο καρκίνος γενικότερα είναι ένα πολύπλοκο πρόβλημα υγείας του οποίου οι αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης δεν έχουν επαρκώς αποσαφηνιστεί, η πρωτογενής πρόληψη καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη. Συνεπώς, η δευτερογενής πρόληψη βρίσκεται στο επίκεντρο όλων των προσπαθειών σε πλαίσιο δημόσιας υγείας, και στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού αυτές οι προσπάθειες εστιάζουν κυρίως σε συμπεριφορές ανίχνευσης και έγκαιρου εντοπισμού. Η συστηματική εφαρμογή μαστογραφίας θεωρείται ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για τον έγκαιρο εντοπισμό του καρκίνου στον μαστό, καθώς έχει σχετιστεί με μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας (Anderson, et al., 2006; Klemi et al., 2003). Ωστόσο, συχνά παρατηρείται ασυμφωνία μεταξύ της προτεινόμενης και της πραγματικής εφαρμογής της μαστογραφίας (Botha et al., 2003; Consedine, et al., 2004) και το ερευνητικό ενδιαφέρον στρέφεται στην μελέτη των παραγόντων που είναι καθοριστική για την εφαρμογή της. Η έρευνα για την προληπτική μαστογραφία στο πέρασμα των χρόνων απομακρύνθηκε από την έμφαση στους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες και επεκτάθηκε στην μελέτη της επίδρασης των ψυχολογικών και των γνωστικών παραγόντων. Ένα μεγάλο μέρος της ψυχολογικής έρευνας στον τομέα της υγείας έχει επηρεαστεί από την κοινωνιογνωστική θεώρηση, η οποία πρεσβεύει πως τα άτομα λειτουργούν με βάση τις προσωπικές τους αντιλήψεις, επιτυγχάνοντας ένα είδος συνέπειας μεταξύ αυτών και των πράξεών τους. Οι συγκεκριμένες αντιλήψεις, οι επανομαζόμενοι γνωστικοί παράγοντες καθορίζουν σε ένα μεγάλο βαθμό την λήψη αποφάσεων σχετικά με την εφαρμογή μιας συμπεριφοράς. Τα μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί στο πλαίσιο της κοινωνιογνωστικής θεώρησης, όπως η Θεωρία της Προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, έχουν εφαρμοστεί στον τομέα της ψυχολογίας της υγείας με στόχο να εξετάσουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα παίρνουν αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους και τι είναι αυτό που καθορίζει εν γένει την συμπεριφορά τους σε σχέση με θέματα υγιεινής και υγείας. Η ΘΠΣ έχει εφαρμοστεί για την μελέτη συμπεριφορών υγείας συμπεριλαμβανομένου της εφαρμογής μαστογραφίας και έχει βρεθεί να είναι αρκετά αποτελεσματική κυρίως στην πρόβλεψη της πρόθεσης αλλά

και της συμπεριφοράς (Armitage & Conner, 2001; Godin & Kok, 1996). Στο πλαίσιο μιας προσπάθειας για την αύξηση της προβλεπτικής ικανότητας του μοντέλου, οι ερευνητές έχουν στραφεί προς την επέκταση της ΘΠΣ, με την προσθήκη και άλλων παραγόντων, καθώς έχει βρεθεί πως η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς ενδέχεται να διέπεται και από παράγοντες οι οποίοι δεν λαμβάνονται υπόψη στο θεωρητικό πλαίσιο της ΘΠΣ.

Η παρούσα μελέτη αντανακλά μια τέτοια προσπάθεια με την προσθήκη παραγόντων που είτε έχουν αποδειχθεί στο παρελθόν πως αυξάνουν την προβλεπτική ικανότητα της ΘΠΣ, όπως για παράδειγμα η προηγούμενη συμπεριφορά, είτε δεν έχουν μελετηθεί ξανά στο πλαίσιο της ΘΠΣ, όπως ο χρονικός προσανατολισμός. Ο στόχος ήταν η δημιουργία ενός μοντέλου πρόβλεψης της πρόθεσης και εφαρμογής της μαστογραφίας, με δυνατότητα εφαρμογής του για την πρόβλεψη και άλλων συμπεριφορών υγείας. Στις ενότητες που ακολουθούν συνοψίζονται τα ευρήματα αυτής της μελέτης και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτά.

7.1 Ψυχομετρικός έλεγχος ερωτηματολογίων

Η δημιουργία ερωτηματολογίου για την μέτρηση των παραγόντων της ΘΠΣ κατέστησε απαραίτητη την στάθμιση του ώστε να εξασφαλιστούν οι ψυχομετρικές ιδιότητές του. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως η θεωρητική δομή της ΘΠΣ παρουσιάζει μεγάλη ευελιξία και μπορεί να προσαρμοστεί σε ένα μεγάλο εύρος συμπεριφορών. Ωστόσο, αυτή ακριβώς η ευελιξία σημαίνει ότι για κάθε συμπεριφορά που μελετάται, για κάθε πληθυσμό που την εφαρμόζει, καθώς και για το πλαίσιο και τον χρόνο που αυτή διαδραματίζεται, απαιτείται η δημιουργία ενός νέου εργαλείου μέτρησης που απαιτεί προσεκτική ανάπτυξη, πιλοτικό έλεγχο και αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων. Το ερωτηματολόγιο για την παρούσα μελέτη συγκροτήθηκε με βάση τις λεπτομερείς οδηγίες κατασκευής ερωτηματολογίου που προτείνονται από τον Icek Ajzen (2002) και ελέγχθηκε πιλοτικά για την εννοιολογική του συνοχή με την μέθοδο της γνωστικής συνέντευξης. Η παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου της ΘΠΣ επιβεβαίωσε την αναμενόμενη δομή των τεσσάρων παραγόντων της θεωρίας που εξηγούσαν το 56.2% της διασποράς. Η εσωτερική συνέπεια για κάθε κλίμακα ήταν αρκετά ικανοποιητική, ενώ οι αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων βρέθηκαν να είναι όλες στατιστικά σημαντικές.

Κατόπιν, ελέγχθηκαν οι ψυχομετρικές ιδιότητες της αυτοσχέδιας κλίμακας αντιληπτού κινδύνου. Ο έλεγχος για τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας αυτής περιορίστηκε στην ανάλυση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας, και στον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ των ερωτημάτων, καθότι η απομάκρυνση της ερώτησης που σχετιζόταν με τον «υπό όρους αντιληπτό κίνδυνο» καθιστούσε αδύνατη την διεξαγωγή πολυπαραγοντικής ανάλυσης λόγω του περιορισμένου αριθμού των ερωτήσεων. Στις περισσότερες έρευνες η αξιολόγηση του αντιληπτού κινδύνου γίνεται με την χρήση ενός ερωτήματος, ενώ αγνοούνται άλλες διαστάσεις του αντιληπτού κινδύνου όπως ο «συγκριτικός αντιληπτός κίνδυνος» και ο «υπό όρους αντιληπτός κίνδυνος». Η παρούσα έρευνα περιέλαβε και τις τρεις αυτές διαστάσεις σε μια προσπάθεια συγκερασμού και ολοκληρωτικής κάλυψης της έννοιας του αντιληπτού κινδύνου όπως αυτή απαντάται βιβλιογραφικά. Εντούτοις, δεδομένου ότι η μαστογραφία είναι μια συμπεριφορά υγείας, η εφαρμογή της οποίας δεν εξασφαλίζει την πιθανότητα ότι μια γυναίκα δεν θα προσβληθεί από καρκίνο του μαστού, η συγκεκριμένη ερώτηση αφορούσε στην έγκαιρη διάγνωση, με αποτέλεσμα να διαφοροποιείται εννοιολογικά από τις υπόλοιπες. Θα ήταν ενδιαφέρον μελλοντικές προσπάθειες για χρησιμοποιήσουν τον υπό όρους αντιληπτό κίνδυνο αλλά για την μελέτη συμπεριφορών όπου η συνέπεια της μη εφαρμογής μιας συμπεριφοράς συνδέεται άμεσα και σε επίπεδο αιτίας – αιτιατού με ένα ανεπιθύμητο για την υγεία αποτέλεσμα. Παράλληλα, όπως αναφέρθηκε και στην μεθοδολογία, ένα πλεονέκτημα στην αξιολόγηση του αντιληπτού κινδύνου στο σύνολό του ήταν η χρήση κλίμακας τύπου Likert έναντι της χρήσης αριθμητικών κλιμάκων, όπως συνηθίζεται σε αρκετές έρευνες με την μορφή ποσοστών (0%-100%). Όπως αναφέρθηκε και στην μεθοδολογία, η ποσοστιαία μέθοδος αξιολόγησης φαίνεται να είναι παραπλανητική και οδηγεί σε υπερεκτίμηση του αντιληπτού κινδύνου (Katapodi, Lee, Facione, & Dodd, 2004), καθότι έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο που αντιλαμβάνεται το ενδεχόμενο να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού εξίσου το ίδιο με άλλες γυναίκες παρόμοιων χαρακτηριστικών, να τοποθετεί τον εαυτό του στο 50% μη συνειδητοποιώντας ότι ένα τέτοιο ποσοστό μεταφράζεται στην ουσία σαν μια στις δύο πιθανότητες να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού (Katapodi et al., 2004; Slovic, Peters, Finucane & MacGregor, 2005).

Τέλος, ελέγχθηκαν οι ψυχομετρικές ιδιότητες του Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) των Zimbardo & Boyd (1999) που δεν είχε μεταφραστεί και σταθμιστεί ξανά στα Ελληνικά. Έγινε διερευνητική και επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνάφειας, και έλεγχος της συγκλίνουσας, και αποκλίνουσας και διαφορικής εγκυρότητας. Η διερευνητική και επιβεβαιωτική ανάλυση αναπαρήγαγε την αρχική δομή του ερωτηματολογίου, αυτή των πέντε παραγόντων του θετικού και αρνητικού παρελθόντος, του ηδονιστικού και μοιρολατρικού παρόντος και του μέλλοντος που εξηγούσαν το 33.2% της διασποράς, ενώ οι δείκτες εσωτερικής συνέπειας για την κάθε κλίμακα ήταν αρκετά ικανοποιητικοί. Οι αναλύσεις συσχετίσεων στην προκαταρκτική μελέτη, με τις κλίμακες αισιοδοξίας, αυτοεκτίμησης, ιδιοσυγκρασιακού άγχους, συμπτωμάτων κατάθλιψης και προκαταβολικής αντιμετώπισης υποστήριξαν τη συγκλίνουσα εγκυρότητα του ZTPI, ενώ η ασθενής ή μη-σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με όλες τις κλίμακες, εκτός του ΘΠ, παρείχε υποστήριξη για την συγκλίνουσα και τη αποκλίνουσα εγκυρότητα του ZTPI. Σχετικά με την διαφορική εγκυρότητα, οι κλίμακες του ZTPI μπορούσαν να διαφοροποιήσουν μεταξύ ανδρών και γυναικών, επιδεικνύοντας την εγκυρότητα γνωστών ομάδων. Τα μοτίβα των συσχετίσεων που προέκυψαν μεταξύ κλιμάκων επιβεβαιώνουν ότι μία αρνητική και αποστροφική στάση προς το παρελθόν (αρνητικό μέλλον) συνδέεται με μία μοιρολατρική, ανέλπιδη στάση προς το παρόν (μοιρολατρικό παρόν). Μία ηδονιστική, ριψοκίνδυνη στάση προς τη ζωή στο παρόν (ηδονιστικό παρόν) συνδέεται με μια τάση μειωμένης αντίστασης απέναντι σε πειρασμούς, αλλά και μειωμένης προσπάθειας για την επίτευξη στόχων (μέλλον). Ταυτόχρονα, συνδέεται και με μία αρνητική άποψη για το παρελθόντος (αρνητικό παρόν), και μία μοιρολατρική, αβοήθητη στάση προς το μέλλον και τη ζωή (μοιρολατρικό παρόν).

Η ανάλυση της πολυδιάστατης κλιμακοποίησης MDS υπέδειξε ότι ένας χρονικός προσανατολισμός προς το αρνητικό παρελθόν θα μπορούσε να συνδεθεί με το ιδιοσυγκρασιακό άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα των Drake et al., (2008), που συμπέραναν ότι μία σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ του αρνητικού παρελθόντος και της ψυχικής υγείας των ατόμων (μετρούμενη με την υποκειμενική ευτυχία). Όσον αφορά άτομα με υψηλές βαθμολογίες στο αρνητικό παρελθόν, οι οποίοι έχουν αρνητική άποψη για το παρελθόν τους, έχει βρεθεί ότι υπάρχουν μόνο λίγες πλευρές της τωρινής τους ζωής

στις οποίες αναφέρουν ότι βρίσκουν ευχαρίστηση, ενώ οι διαπροσωπικές τους σχέσεις είναι ελάχιστες και όχι ικανοποιητικές (Zimbardo & Boyd, 1999), με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ψυχική τους υγεία. Η διάσταση του αρνητικού παρελθόντος έχει βρεθεί να είναι προβλεπτικός παράγοντας για υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους σε άτομα που έχουν διαγνωσθεί με χρόνιες παθήσεις, όπως ο διαβήτης (Livneh & Martz, 2007). Όσον αφορά άτομα με υψηλές βαθμολογίες στο μοιρολατρικό παρόν, οι οποίοι έχουν μία μοιρολατρική και αβοήθητη στάση προς το μέλλον τους και τη ζωή τους, τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι αυτά τα άτομα βιώνουν αρνητικά συναισθήματα. Η διάσταση του μοιρολατρικού παρόντος έχει βρεθεί να είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας του αυτοκτονικού ιδεασμού σε εφήβους (Laghi, Baiocco, D'Alessio, & Gurrieri, 2009), ενώ αντίθετα ο μελλοντικός προσανατολισμός σχετίζεται με μειωμένο αυτοκτονικό ιδεασμό σε ενήλικες (Hirsch, et al., 2006). Τα αποτελέσματά μας είναι συνεπή με την άποψη ότι εκείνοι που έχουν υψηλές βαθμολογίες στο μοιρολατρικό παρόν τείνουν να είναι δυσαρεστημένοι με την τωρινή τους ζωή και δεν θεωρούν ότι θα βελτιωθεί, ενώ πιστεύουν ότι το μέλλον είναι προκαθορισμένο και δεν επηρεάζεται από τις ατομικές ενέργειες. Όσον αφορά τη θετική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης του μέλλοντος και της προκαταβολικής αντιμετώπισης, τα ευρήματά μας υποστηρίζονται από τα ευρήματα των Boyd & Zimbardo (2005), οι οποίοι προτείνουν ότι ένας μελλοντικός χρονικός προσανατολισμός σχετίζεται με τον υπολογισμό μελλοντικών κερδών και κόστους, αποφεύγοντας έτσι εκ των προτέρων ενέργειες που είναι πιθανό να συνδεθούν με αρνητικές μελλοντικές συνέπειες.

Η στάθμιση του ερωτηματολογίου του ZTPI, για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, δίνει την δυνατότητα της εφαρμογής της έννοιας του χρονικού προσανατολισμού για την μελλοντική μελέτη συμπεριφορών στο πλαίσιο της σωματικής αλλά και της ψυχικής υγείας.

7.2 Η επίδραση του μοντέλου επέκτασης της ΘΠΣ στην πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας

Σύμφωνα με τους Ajzen & Fishbein (2004), η πρόθεση για κάποιες συμπεριφορές ενδέχεται να καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την επίδραση των στάσεων απέναντι

σε αυτές, ενώ για άλλες συμπεριφορές η πρόθεση να καθορίζεται από κυρίως από την επίδραση είτε των υποκειμενικών αντιλήψεων, είτε των αντιλήψεων περί προσωπικής αίσθησης ελέγχου. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αποκαλύπτουν πως η πρόθεση για την συμμετοχή σε έλεγχο μαστογραφίας σε μεγάλο βαθμό βρίσκεται κάτω από την επίδραση των στάσεων παρά των υποκειμενικών κανόνων. Η επίδραση του παράγοντα των υποκειμενικών κανόνων ήταν μικρότερη σε σχέση με την επίδραση της στάσης και του αντιληπτού ελέγχου. Το συγκεκριμένο εύρημα, είναι σύντονο και με τα ευρήματα πρόσφατης μετα-αναλυτικής έρευνας για την αποτελεσματικότητα της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, στην οποία το μέγεθος της σχέσης μεταξύ υποκειμενικών κανόνων και πρόθεσης ήταν μικρότερο για την μαστογραφία, συγκριτικά με άλλες συμπεριφορές υγείας (Cooke & French, 2007). Καμία από τις δημογραφικές μεταβλητές (οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική κατάσταση, μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο), δεν φάνηκε να ασκεί κάποια επίδραση στην πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας. Ωστόσο, από τις μεταβλητές που σχετίζονταν με άλλες σχετικές πρακτικές (αυτοεξέταση, κλινική ψηλάφηση), και με το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό (καλοήθη πάθηση στο μαστό), η κλινική ψηλάφηση και το οικογενειακό ιστορικό φάνηκαν να είναι προβλεπτικοί παράγοντες της πρόθεσης για την εφαρμογή μαστογραφίας, όμως η επίδρασή τους εξαλείφθηκε όταν εισήχθη στο μοντέλο η προηγούμενη συμπεριφορά μαστογραφίας και οι παράγοντες της ΘΠΣ.

Αναφορικά με τον παράγοντα της προηγούμενης συμπεριφοράς, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν ότι ασκεί σημαντική επίδραση στην πρόβλεψη της πρόθεσης για μελλοντικό έλεγχο μαστογραφίας. Το συγκεκριμένο εύρημα είναι σύμφωνο και με πρόσφατη ανασκόπηση ερευνών που σύγκριναν συμπεριφορές προσυμπτωματικού ελέγχου του μαστού ανάμεσα σε γυναίκες που είχαν εφαρμόσει την συμπεριφορά στο παρελθόν και σε άλλες που δεν είχαν, και η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε προληπτική μαστογραφία εμφανίζουν ισχυρότερη πρόθεση να την εφαρμόσουν στο μέλλον συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν έχουν ξανακάνει μαστογραφία (Bankhead et al., 2003). Επιπρόσθετα, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε πως η επίδραση της προηγούμενης συμπεριφοράς παρέμενε ισχυρή ακόμα και μετά τον έλεγχο της επίδρασης των παραγόντων της ΘΠΣ, εύρημα που υποδεικνύει πως η προσθήκη του παράγοντα της προηγούμενης συμπεριφορά μπορεί να βελτιώσει την πρόβλεψη μιας συμπεριφοράς

υγείας. Η συγκεκριμένη διαπίστωση είναι σύμφωνη και με συμπεράσματα άλλων ερευνών σε ένα μεγάλο εύρος συμπεριφορών υγείας (Brickell, Chatzisarantis, & Pretty, 2006; Nornam & Conner, 1996; Norman, Conner & Bell, 2000; Umeh & Patel, 2004; Moan & Rise, 2006). Σύμφωνα με τον Ajzen (1991), η ΘΠΣ μπορεί να δεχθεί την προσθήκη άλλων παραγόντων υπό την προϋπόθεση ότι οι συγκεκριμένοι παράγοντες θα ερμηνεύουν ένα συγκεκριμένο ποσοστό της διακύμανσης έχοντας πρώτα λάβει υπόψη την επίδραση των παραγόντων της ΘΠΣ. Ωστόσο, αναφορικά με την προσθήκη του παράγοντα της προηγούμενης συμπεριφοράς φαίνεται να είναι επιφυλακτικός (Ajzen, 2002; 2011) καθώς θεωρεί πως η προηγούμενη συμπεριφορά δεν έχει ερμηνευτική αξία για την μελλοντική συμπεριφορά, δεδομένου ότι τα άτομα δεν εμπλέκονται σε μια συμπεριφορά απλά και μόνο επειδή είχαν εμπλακεί σε αυτήν στο παρελθόν. Άρα, η προηγούμενη συμπεριφορά μπορεί να θεωρεί σημαντική μόνο στον βαθμό που ασκεί την επίδρασή της δια μέσω των παραγόντων της ΘΠΣ, όπως μέσω του αντιληπτού ελέγχου, καθώς η επανάληψη μιας συμπεριφοράς οδηγεί σε πιο ρεαλιστικές αντιλήψεις ελέγχου. Σε κάθε άλλη περίπτωση, όπως αυτή της άμεσης επίδρασης, θα σημαίνει πως η συμπεριφορά ενός ατόμου υπόκειται στην δύναμη της συνήθειας. Πολλές έρευνες δείχνουν μεθοδολογική σύγχυση ως προς την μέτρηση αυτού του παράγοντα, καθώς χρησιμοποιούν την συχνότητα για να μετρήσουν την προηγούμενη συμπεριφορά, υποδηλώνοντας έτσι ότι μετρούν την επίδραση μιας συνήθειας. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε μεν η συχνότητα για την μέτρηση της προηγούμενης συμπεριφοράς, ωστόσο η φύση της συμπεριφοράς υγείας που μελετήθηκε σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να υποδηλώνει συνήθεια. Η μαστογραφία διαφοροποιείται από άλλες συμπεριφορές υγείας, όπως το κάπνισμα ή την σωματική άσκηση, ως προς την απαραίτητη διαμεσολάβηση μεγάλου χρονικού διαστήματος για την εφαρμογή της, που συνεπάγεται την εξάλειψη οποιασδήποτε επίδρασης οφειλόμενης στην συνήθεια. Σύμφωνα με τους Ouellette & Wood (1998), η προηγούμενη συμπεριφορά χρησιμεύει στα άτομα ως πηγή πληροφόρησης που διαμορφώνει τις πεποιθήσεις τους για μια μελλοντική συμπεριφορά. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν και οι Drossaert et al., (2003, σελ.563), “μια γυναίκα δεν χρειάζεται να σκεφτεί ξανά τους λόγους ή τις αντιρρήσεις της απέναντι στην μαστογραφία”. Η προσθήκη της προηγούμενης συμπεριφοράς στην παρούσα μελέτη ερμήνευσε ένα επιπλέον 4,5% της διακύμανσης για την πρόθεση. Το συγκεκριμένο εύρημα θεωρείται ότι είναι αντιπροσωπευτικό της επίδρασης του παράγοντα καθώς μετα-ανάλυση των Armitage & Conner (1998) κατέληξε στο συμπέρασμα πως κατά

μέσο όρο η επίδραση της προηγούμενης συμπεριφοράς ερμήνευε ένα επιπλέον 7% της πρόθεσης σε μελέτες συμπεριφορών υγείας.

Αναφορικά με τον χρονικό προσανατολισμό οι παράγοντες του μέλλοντος και του θετικού παρόντος σχετίζονταν θετικά με την πρόθεση, και ο παράγοντας του θετικού παρελθόντος ασκούσε μέτριου μεγέθους άμεση επίδραση σε αυτήν, η οποία όμως εξαλείφθηκε με την εισαγωγή των παραγόντων της ΘΠΣ στο μοντέλο, υποδεικνύοντας μια διαμεσολαβητική επίδραση του χρονικού προσανατολισμού στην πρόθεση μέσω της στάσης, των υποκειμενικών κανόνων και του αντιληπτού ελέγχου. Ο θετικός παρελθοντικός προσανατολισμός είναι από τις λιγότερο μελετημένες διαστάσεις του χρονικού προσανατολισμού, ειδικά για τις συμπεριφορές υγείας, καθώς οι περισσότερες έρευνες σε αυτό το πλαίσιο χρησιμοποιούν ως επί το πλείστον τις διαστάσεις του μέλλοντος, του ηδονιστικού παρόντος και του μοιρολατρικού παρόντος (Apostolidis, Fieulaine, & Soulé, 2006; Keough, Zimbardo, & Boyd; Rothspan & Read, 1996), ενώ η διάσταση του αρνητικού παρελθόντος χρησιμοποιείται περισσότερο στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας (Bitsko, Stern, Dillon, Russel & Laver, 2008; Hirsch, et al., 2006; Laghi, Baiocco, D'Alessio, & Gurrieri, 2009). Η ανακατασκευή ενός θετικού παρελθόντος αντανακλά μεν θετικά βιώματα από το παρελθόν, αλλά ενδέχεται να αντανακλά και μια στάση που επιτρέπει στα άτομα να βλέπουν την θετικά πλευρά των πραγμάτων και υπό αυτή την έννοια τα όποια αρνητικά γεγονότα να καταγράφονται με θετικούς όρους. Σύμφωνα με τους Boyd & Zimbardo (2005), μια τέτοια στάση ενδέχεται να σχετίζεται με την ανθεκτικότητα απέναντι σε αντιξοότητες. Επιπρόσθετα, η ανακατασκευή ενός θετικού παρελθόντος ενδέχεται να επηρεάζει τα άτομα ως προς τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, δηλαδή σαν άτομα που αξίζουν και οφείλουν να φροντίζουν την υγεία τους. Η σχέση του θετικού παρόντος με την εφαρμογή μαστογραφίας ανεξάρτητα από την επίδραση των παραγόντων της ΘΠΣ, είναι ένα εύρημα που υποδεικνύει πως η συγκεκριμένη διάσταση μπορεί να συνεισφέρει στην μελέτη των συμπεριφορών στο πλαίσιο της προληπτικής υγείας.

Στην παρούσα έρευνα η προσθήκη του αντιληπτού κινδύνου επιβεβαίωσε τα ευρήματα προηγούμενων μετα-αναλύσεων και ανασκοπήσεων για την σχέση αντιληπτού κινδύνου και εφαρμογής μαστογραφίας (Katapodi, Lee, Facione, & Dodd, 2004; Magai, Consedine, Neugut, & Hershman, 2007; Schueler, Chu, &

Smith - Bindman, 2008) υποδεικνύοντας πως η επίδρασή του είναι μεν θετική και στατιστικά σημαντική, ωστόσο είναι μια μικρού μεγέθους επίδραση. Ο αντιληπτός κίνδυνος σχετιζόταν με την πρόθεση μέσω των παραγόντων της ΘΠΣ, επιβεβαιώνοντας έτσι την αρχική υπόθεση της διαμεσολαβητικής σχέσης, που προέκυψε άλλωστε από την ανασκόπηση προηγούμενων ερευνών που επιβεβαιώνουν το συγκεκριμένο εύρημα (Aiken, West, Woodward, Reno, & Reynolds, 1994; Fishbein, 2000; Katapodi, Lee, Facione, & Dodd, 2004; McQueen, Vernon, Myers, & Tilley, 2006). Σημαντικό επίσης ήταν και το εύρημα ότι η επίδραση του αντιληπτού κινδύνου μειώθηκε με την εισαγωγή της μεταβλητής της προηγούμενης συμπεριφοράς στο μοντέλο της παρούσας έρευνας. Στο παρελθόν έχει διατυπωθεί η διαπίστωση ότι όταν τα άτομα έχουν υιοθετήσει ήδη μια προληπτική συμπεριφορά υγείας αντιλαμβάνονται ως μικρότερο τον κίνδυνο να νοσήσουν (Gerrard, Gibbons, & Bushman 1996; Ingledew & Brunning, 1997). Υπό αυτήν έννοια ο αντιληπτός κίνδυνος φαίνεται να αντανάκλα μια θετική συμπεριφορά υγείας, παρά να επιδρά σε αυτήν ως παράγοντας κινητοποίησης για την περαιτέρω εφαρμογή της. Σύμφωνα με αυτήν την εξήγηση είναι και η διαπίστωση ότι, παρόλο που ο αντιληπτός κίνδυνος σχετιζόταν σε μεγάλο βαθμό με την αρχική μαστογραφία, αυτό δεν συνέβαινε σε επαναξιολόγηση 4 χρόνια μετά (Aiken, Fenaughty, West, Johnson, & Luckett, 1995). Συμπερασματικά, παρότι τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν την σχέση μεταξύ αντιληπτού κινδύνου και προηγούμενης συμπεριφοράς, ο αντιληπτός κίνδυνος δεν φαίνεται να είναι ικανός να προβλέψει την εφαρμογή μαστογραφίας, σε αντίθεση με την προηγούμενη συμπεριφορά η οποία φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης.

7.3 Η επίδραση του μοντέλου επέκτασης της ΘΠΣ στην εφαρμογή μαστογραφίας

Όπως ήταν αναμενόμενο για τους παράγοντες της ΘΠΣ, η πρόθεση ήταν προβλεπτικός παράγοντας της συμπεριφοράς. Οι στάσεις, οι υποκειμενικοί κανόνες και ο αντιληπτός έλεγχος δεν βρέθηκαν να έχουν άμεση επίδραση στην συμπεριφορά επιβεβαιώνοντας έτσι το θεωρητικό υπόβαθρο της ΘΠΣ, που πρεσβεύει πως η πρόθεση είναι ο πιο ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας για μία συμπεριφορά, ενώ οι υπόλοιποι παράγοντες της θεωρίας επιδρούν σε αυτή διαμεσολαβητικά. Τα δύο δείγματα δεν διέφεραν ως προς τις στάσεις και τον αντιληπτό έλεγχο, αλλά διέφεραν ως προς τους υποκειμενικούς κανόνες. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι διαφορές

σημειώθηκαν και σε μεταβλητές που σχετίζονταν με την υγεία και την μαστογραφία. Οι γυναίκες που εφάρμοζαν την μαστογραφία βρέθηκαν είτε να έχουν διαγνωσθεί στο παρελθόν με καλοήγη πάθηση του μαστού, είτε να έχουν στο οικογενειακό ιστορικό τους κάποιο πρόσωπο που να έχει διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού σε ποσοστά μεγαλύτερα συγκριτικά με τις γυναίκες από το γενικό πληθυσμό. Ως εκ τούτου, τα συγκεκριμένα ευρήματα ενδέχεται να υποδηλώνουν πως οι γυναίκες με επιβαρημένο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό να βιώνουν ως πιο ισχυρή την πίεση από το περιβάλλον τους, και να είναι πιο ευάλωτες στην άποψη των σημαντικών άλλων στην ζωή τους σε σχέση με αυτό το θέμα. Ο συγκεκριμένος συλλογισμός είναι σύντονος ως προς την διαπίστωση ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε συμπεριφορές και πληθυσμούς ως προς τους παράγοντες της ΘΠΣ (Ajzen, 1991). Αντίστοιχα, οι Trafimow & Finlay (1996), διαπίστωσαν πως οι υποκειμενικοί κανόνες είναι ιδιαίτερα σημαντικοί στον τομέα της υγείας, ενώ οι στάσεις απέναντι σε μια συμπεριφορά είναι περισσότερο σημαντικές όταν εξετάζονται συμπεριφορές εκτός που πλαισίου της υγείας. Επιπρόσθετα, η απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς ανάμεσα στα δύο δείγματα, αναφορικά με τον αντιληπτό έλεγχο ενδέχεται να υποδεικνύει πως η εφαρμογή μαστογραφίας θεωρείται από τις γυναίκες σαν μια συμπεριφορά που είναι κάτω από τον δικό τους έλεγχο. Σύμφωνα με τον Ajzen (1991), ο συγκεκριμένος παράγοντας προστέθηκε για την πρόβλεψη των συμπεριφορών εκείνων που δεν βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του ατόμου. Οι σχετικές με την εφαρμογή μαστογραφίας έρευνες που αναφέρουν επίδραση του παράγοντα του αντιληπτού ελέγχου στην πρόθεση αλλά και στην συμπεριφορά είναι κυρίως αυτές που έχουν διεξαχθεί είτε σε πληθυσμούς που δεν διαμένουν σε αστικές περιοχές (Tolma et al., Steele & Porche), είτε σε πληθυσμούς μειονότητες (Bowie, Curbow, LaVeist, Fitzgerald, Zabora, 2003; Jennings-Dosier, 1999). Θα ήταν ενδιαφέρον μελλοντικές έρευνες στην Ελλάδα να εξετάσουν την προβλεπτική ισχύ αυτού του παράγοντα σε μη αστικούς, απομακρυσμένους πληθυσμούς καθώς οι γυναίκες του συγκεκριμένου δείγματος διέμεναν όλες εντός των συνόρων της Αττικής.

Στο σύνολό τους οι παράγοντες της ΘΠΣ, στο συγκεκριμένο μοντέλο κατάφεραν να ερμηνεύσουν ένα μικρό ποσοστό της διακύμανσης για την εφαρμογή μαστογραφίας (10%). Το συγκεκριμένο ποσοστό αν και χαμηλό φαίνεται να είναι αντιπροσωπευτικό των ποσοστών που δηλώνονται σε έρευνες σχετικά με την πρόβλεψη της εφαρμογής

μαστογραφίας αλλά και άλλων συμπεριφορών. Πιο συγκεκριμένα, για την μαστογραφία, το ποσοστό πρόβλεψης της συμπεριφοράς κυμαίνεται μεταξύ (7% και 20%) (Drossaert, Boyer & Seydel, 2003; Montano & Taplin, 1991; Steadman, Rutter & Field, 2002). Η διαπίστωση ότι η ΘΠΣ είναι πιο αποτελεσματική στην πρόβλεψη της πρόθεσης και λιγότερο στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς επιβεβαιώνεται και από ευρήματα μετα-αναλυτικών μελετών (Armitage & Conner, 2001; Godin & Kok, 1996). Στην έρευνα των Moan & Rise (2006) για την μείωση του καπνίσματος, το ποσοστό πρόβλεψης της συμπεριφοράς που ερμήνευε η ΘΠΣ ήταν 7%, ενώ η προσθήκη του παράγοντα της προηγούμενης συμπεριφοράς ερμήνευσε ένα επιπρόσθετο 20% της διακύμανσης. Στην παρούσα επίσης έρευνα, η προηγούμενη συμπεριφορά ήταν ο μοναδικός από τους παράγοντες της επέκτασης που συνείσφερε στην πρόβλεψη της εφαρμογής μαστογραφίας, προσθέτοντας ένα 9% στην ερμηνεία της διακύμανσης της πρόβλεψης. Το συγκεκριμένο εύρημα είναι σύμφωνο και με αποτελέσματα προδρομικών ερευνών, κυρίως σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, όπου η συμπεριφορά στον πρώτο κύκλο του προγράμματος, ήταν ο μοναδικός προβλεπτικός παράγοντας για την συμμετοχή σε μετέπειτα κύκλους του προγράμματος (Drossaert, Boer & Seydel, 2003; Rutter, 2000). Οι υπόλοιποι παράγοντες επέκτασης του μοντέλου δεν είχαν καμία επίδραση στην εφαρμογή μαστογραφίας, ωστόσο, η ύπαρξη καρκίνου του μαστού στην οικογένεια, έδειξε να είναι ισχυρός παράγοντας της συμπεριφοράς. Το συγκεκριμένο εύρημα παρότι αντιφατικό με την ΘΠΣ που πρεσβεύει πως οι ατομικοί και δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την συμπεριφορά άμεσα, μέσω της επίδρασης που ασκούν στους υπόλοιπους παράγοντες του μοντέλου, είναι ένα εύρημα που έχει επιβεβαιωθεί και στο παρελθόν. Στη έρευνα των Drossaert, Boer, & Seydel (2003), η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών, ήταν προβλεπτικός παράγοντας της συμμετοχής σε πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου, ενώ στην έρευνα των Montano & Taplin, (1991) και η οικογενειακή κατάσταση και η ηλικία ήταν προβλεπτικοί παράγοντες της εφαρμογής μαστογραφίας.

7.4 Αλλαγή συμπεριφοράς στο πλαίσιο της ΘΠΣ

Τα ερευνητικά δεδομένα εν γένει υποστηρίζουν ότι οι παρεμβάσεις που σχεδιάζονται με βάση τα μοντέλα κοινωνιογνωστικής θεώρησης είναι πιο αποτελεσματικές σε σχέση με παρεμβάσεις άλλων προσεγγίσεων χωρίς θεωρητικό υπόβαθρο. Μια συστηματική ανασκόπηση των παρεμβάσεων που είχαν ως στόχο να αυξήσουν την

ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά (π.χ., χρήση προφυλακτικού) κατέληξε πως μόνο οι παρεμβάσεις που βασίζονταν σε κοινωνιογνωστικά μοντέλα ήταν αποτελεσματικές στην διευκόλυνση της επιθυμητής αλλαγής συμπεριφοράς (Stephenson, Imrie, & Sutton, 2000). Αντίστοιχα, μια συστηματική ανασκόπηση των παρεμβάσεων για την αύξηση της συχνότητας της σωματικής άσκησης σε ενήλικες κατέληξε πως οι παρεμβάσεις που βασίζονταν σε κοινωνιογνωστικά μοντέλα είχαν περισσότερες πιθανότητες να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα συγκριτικά με τις παρεμβάσεις που βασίζονταν σε άλλες προσεγγίσεις χωρίς θεωρητικό υπόβαθρο (Conn, Minor, Burks, Rantz, & Pomeroy, 2003). Αναφορικά με την θέμα της παρούσας διατριβής, αρκετοί ερευνητές έχουν καταδείξει την χρησιμότητα των παρεμβάσεων που βασίζονται στην κοινωνιογνωστική θεώρηση. Μια μετα-ανάλυση 63 παρεμβάσεων προώθησης μαστογραφίας αποκάλυψε πως οι παρεμβάσεις κοινωνιογνωστικού πλαισίου αύξησαν τα ποσοστά συμμετοχής σε προσυμπτωματικό έλεγχο κατά 23.6% σε σχέση με παρεμβάσεις άλλων προσεγγίσεων όπως οι συμπεριφορικές ή οι ενημερωτικές στρατηγικές (Yabroff & Mandelblatt, 1999). Ομοίως, οι κοινωνιογνωστικές παρεμβάσεις που στόχευαν στην προτροπή του ιατρικού προσωπικού αναφορικά με την σύσταση μαστογραφικού ελέγχου στους ασθενείς ήταν ιδιαιτέρως αποτελεσματικές (Mandelblatt & Yabroff, 1999).

Η ΘΠΣ αν και στο μεγαλύτερο ποσοστό της χρησιμοποιείται για την πρόβλεψη συμπεριφορών υγείας, έχει χρησιμοποιηθεί και για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων, αν και λιγότερο σε σχέση με άλλα κοινωνιογνωστικά μοντέλα. Στις περισσότερες παρεμβάσεις αυτού του είδους, παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τους προγνωστικούς παράγοντες της θεωρίας και η επίδρασή τους στη συμπεριφορά ανιχνεύεται μέσα από τις πεποιθήσεις που αυτοί αντανακλούν. Σύμφωνα με τον Ajzen (1991), ο κάθε ένας από τους παράγοντες του μοντέλου αναπαριστά ένα σύνολο πεποιθήσεων που στο σύνολό τους απαρτίζουν αυτόν τον συγκεκριμένο παράγοντα. Έτσι, η στάση απέναντι σε μια συμπεριφορά αναπαριστά α) τις πεποιθήσεις του ατόμου για την πιθανότητα να συμβεί ένα επιθυμητό αποτέλεσμα και β) την αξιολόγησή του για την σημασία τους. Ομοίως, οι υποκειμενικοί κανόνες αναπαριστούν α) τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με το αν οι σημαντικοί άλλοι εγκρίνουν ή απορρίπτουν την συμπεριφορά, και β) το κίνητρο του ατόμου να συμμορφωθεί με τις προσδοκίες τους. Ο αντιληπτός έλεγχος καθορίζεται από α) τις πεποιθήσεις σχετικά με την παρουσία ή απουσία διευκολυντικών παραγόντων ή των

φραγμών στην υιοθέτηση της συμπεριφοράς και, β) στον αντίκτυπο που αυτοί έχουν στην ικανότητά του ατόμου να εφαρμόσει την συμπεριφορά.

Δεδομένου ότι ο στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της ικανότητας ενός μοντέλου επέκτασης στην πρόβλεψη της πρόθεσης και της συμπεριφοράς, η μέτρηση των παραγόντων της ΘΠΣ, έγινε κάνοντας χρήση της άμεσης μέτρησης των προβλεπτικών παραγόντων μοντέλου και όχι των πεποιθήσεων που αυτοί αντανakλούν. Σύμφωνα με τον Ajzen, όταν ο στόχος της έρευνας είναι να προσδιορίσει τις συγκεκριμένες πεποιθήσεις που συμβάλλουν περισσότερο στην πρόβλεψη των τριών βασικών μεταβλητών του μοντέλου, τότε η αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει και τον άμεσο και τον έμμεσο τρόπο μέτρησης. Επιπρόσθετα, αν ο στόχος της έρευνας είναι να εκτιμηθεί η επίδραση του κάθε παράγοντα πρόβλεψης, με σκοπό τον σχεδιασμό μιας παρέμβασης για την τροποποίηση του πιο ισχυρού προγνωστικού παράγοντα, τότε η διερεύνηση των πεποιθήσεων μπορεί να παρέχει πληροφορίες σχετικά με το που θα ήταν πιο αποτελεσματικό να εστιάσει η συγκεκριμένη παρέμβαση. Οι πεποιθήσεις που διαμορφώνουν τις στάσεις για την μαστογραφία (π.χ., θα ήταν ρίσκο εξαιτίας της έκθεσης στην ακτινοβολία») ή τον αντιληπτό έλεγχο (π.χ., θα έκανα μαστογραφία ακόμα κι αν χρειαζόταν να πάρω άδεια από την εργασία μου) (Gagne & Godin, 2000; Steadman & Rutter; 2004) ενδέχεται να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες, που καθιστούν εφικτό τον σχεδιασμό παρέμβασης σε διάφορα επίπεδα, όπως για παράδειγμα σε επίπεδο προληπτικής επικοινωνίας για την μετάδοση της γνώσης γύρω από θέματα μαστογραφίας, ή σε πρακτικό επίπεδο, όπως η ευελιξία του ωραρίου λειτουργίας των κέντρων μαστού. Εντούτοις, η διερεύνηση αυτών των πεποιθήσεων συχνά απαιτεί την διεξαγωγή προκαταρκτικής ποιοτικής μελέτης δεδομένου ότι οι πεποιθήσεις διαφοροποιούνται από πληθυσμό σε πληθυσμό και δεν δύναται να μετρηθούν πάντα με προκαθορισμένες ερωτήσεις.

Η διερεύνηση των επιρροών και ο σχεδιασμός παρέμβασης ήταν πέραν του στόχου της παρούσας μελέτης, και η χρήση της άμεσης μέτρησης των παραγόντων του μοντέλου δεν επιτρέπει την εξαγωγή συγκεκριμένων προτάσεων παρέμβασης. Οι παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί με βάση την ΘΠΣ για την εφαρμογή μαστογραφίας εστιάζουν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους στην τροποποίηση των στάσεων. Οι μέθοδοι ποικίλουν ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο εφαρμόζονται και

τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται. Για παράδειγμα, στα οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, γίνεται υπενθύμιση για τον επερχόμενο έλεγχο είτε με προσωπική σύντομη επιστολή, είτε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, ως μέσο προτροπής για την τήρηση του προκαθορισμένου ραντεβού για μαστογραφία. Παράλληλα, σε κοινοτικό επίπεδο γίνεται συχνά χρήση ενημερωτικών φυλλαδίων ή μαγνητοσκοπημένων μηνυμάτων και συνεντεύξεων που παρέχει πληροφορίες για την διαδικασία της μαστογραφίας, για την σημασία της εξέτασης και για τους παράγοντες επικινδυνότητας στόχο την αύξηση της γνώσης και την περαιτέρω κινητοποίηση (Avis, Smith, Link, & Goldman, 2004). Μια κατηγορία παρέμβασης είναι και η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου, η οποία θεωρείται ως η πιο προσωπικού τύπου παρέμβαση καθώς ο διάλογος που αναπτύσσεται μεταξύ των γυναικών και των συμβούλων ειδικής υγείας δίνει την δυνατότητα να εντοπιστούν οι λόγοι που παρεμποδίζουν μια γυναίκα σε προσωπικό επίπεδο και να αντιμετωπιστούν με στόχο την αλλαγή των στάσεων και την ενίσχυση της πρόθεσης (Vernon, McQueen, Tiro & Junco, 2010). Αναφορικά με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, θα ήταν χρήσιμο οι παρεμβάσεις να εστιάσουν στην μετάδοση της γνώσης ότι ο καρκίνος του μαστού δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στις γυναίκες οι οποίες έχουν ήδη στο οικογενειακό ιστορικό τους κάποια τέτοια διάγνωση. Επιπρόσθετα, μαζί με τις όποιες προσπάθειες για την αλλαγή των στάσεων, θα ήταν σκόπιμο να ενισχυθεί η προηγούμενη συμπεριφορά μιας γυναίκας σε σχέση με την εφαρμογή μαστογραφίας.

7.5 Περιορισμοί της παρούσας έρευνας

Η συγκεκριμένη μελέτη ως προς τον σχεδιασμό της ήταν συγχρονική και όχι προοπτική. Ως εκ τούτου, ο σχεδιασμός δεν επιτρέπει την διερεύνηση της κατεύθυνσης των σχέσεων μεταξύ των παραγόντων (π.χ. αν η εφαρμογή της μαστογραφίας είναι αποτέλεσμα μιας ισχυρής πρόθεσης ή το αντίστροφο). Χρειάζονται προδρομικές έρευνες για να εξασφαλιστεί το μέγεθος της επίδρασης της πρόθεσης και των άλλων παραγόντων της ΘΠΣ στην συμπεριφορά, καθώς στις επιτόπιες μελέτες όπως η συγκεκριμένη, δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσο οι πεποιθήσεις που έχουν τα άτομα είναι καθοριστικές για την υιοθέτηση της συμπεριφοράς, ή αν τα άτομα υιοθετούν αυτές τις πεποιθήσεις έτσι ώστε να επιτευχθεί μια αίσθηση συνέπειας ανάμεσα σε αυτές και στην συμπεριφορά τους. Ένας δεύτερος περιορισμός ήταν η χρήση του αυτοαναφερόμενου τρόπου μέτρησης

της προηγούμενης συμπεριφοράς, καθότι αυτός ο τρόπος μέτρησης θεωρείται λιγότερο αξιόπιστος σε σχέση με τις αντικειμενικές μετρήσεις. Το συγκεκριμένο ζήτημα έχει δύο συνιστώσες: Η πρώτη αφορά στην προκατάληψη της κοινωνικής αποδοχής (social desirability bias), όπου τα άτομα εμφανίζουν την τάση να απαντούν επιλέγοντας την περισσότερο κοινωνικά αποδεκτή απάντηση (Rauscher, Johnson, Cho, & Walk, 2008).. Η δεύτερη σχετίζεται με την προκατάληψη της ανάκλησης (recall bias), όπου τα άτομα τείνουν να υπερεκτιμούν την συχνότητα εφαρμογής μιας επιθυμητής συμπεριφοράς στο παρελθόν και να υποτιμούν την συχνότητα εφαρμογής μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς (Newell, Girgis, Sanson-Fisher, & Savolainen, 1999). Η μέτρηση της προηγούμενης συμπεριφοράς στην παρούσα έρευνα έγινε με χρήση αυτό-αναφερόμενης ερώτησης σε σχέση με την συχνότητα εφαρμογής και ενδέχεται να εμπεριέχει και τα δύο προαναφερόμενα σφάλματα. Σε αντίστοιχη έρευνα των Tolma et al. (2003), προς αποφυγή του προβλήματος μεροληψίας που παρατηρείται με διόγκωση απαντήσεων για κοινωνικά επιθυμητές συμπεριφορές έγινε χρήση σχετικής κλίμακας. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι συγκεκριμένα για την μαστογραφία, προηγούμενες έρευνες υποδεικνύουν υψηλό ποσοστό συμφωνίας μεταξύ αυτό-αναφερόμενης συμπεριφοράς και επιβεβαιωμένης από ιατρικά αρχεία συμπεριφοράς (Etzi, Lane, Grimson, 1994; King, Rimer, Trock, Balshem, Engstrom, 1990; Zapka, Bigelow, Hurley et al., 1994). Οι προβληματισμοί σχετικά με την αυτό-αναφερόμενη συμπεριφορά έχουν ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της μελέτης συμπεριφορών υπό το πρίσμα της ΘΠΣ. Σύμφωνα με την Ogden (2003), «οι αυτοαναφερόμενες συμπεριφορές είναι επιμολυσμένες από τις αυτοαναφερόμενες γνώσεις» (σελ. 426), με αποτέλεσμα οποιεσδήποτε συσχετίσεις μεταξύ αυτών των δύο να μην έχουν επαρκή αξιοπιστία. Στην έρευνα των Bowie et al. (2003), σε μια προσπάθεια να διασφαλισθεί ότι οι προθέσεις των γυναικών δεν είχαν επηρεασθεί από τις απαντήσεις σχετικά με τις πεποιθήσεις τους, η πρόθεση μετρήθηκε τόσο στην αρχή όσο και στο τέλος της έρευνας, επιβεβαιώνοντας έτσι πως η διαμεσολάβηση των «αυτοαναφερόμενων γνώσεων» δεν μετέβαλλε την πρόθεσή τους να εμπλακούν σε έλεγχο μαστογραφίας. Στην παρούσα έρευνα σε μια προσπάθεια να περιοριστεί ένα αντίστροφο φαινόμενο αλληλεπίδρασης μεταξύ πρόθεσης και ανάκλησης προηγούμενης συμπεριφοράς η μέτρηση της δεύτερης προηγήθηκε της μέτρησης των στάσεων, των υποκειμενικών κανόνων και του αντιληπτού ελέγχου.

7.6 Συμπεράσματα και προτάσεις για μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν την προβλεπτική ικανότητα της ΘΠΣ, ως προς την πρόβλεψη της πρόθεσης για την εφαρμογή μαστογραφίας, καθώς και οι στάσεις, και οι υποκειμενικοί κανόνες, αλλά και ο αντιληπτός έλεγχος παρέμειναν ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες της πρόθεσης, έχοντας λάβει υπόψη τους παράγοντες επέκτασης. Η πρόθεση ήταν με την σειρά της προβλεπτικός παράγοντας για την εφαρμογή, σύμφωνα με την ΘΠΣ, ωστόσο παρατηρήθηκε πως το οικογενειακό ιστορικό και η προηγούμενη συμπεριφορά λειτούργησαν ανεξάρτητα στην πρόβλεψη της μαστογραφίας. Και τα δύο ευρήματα έχουν επιβεβαιωθεί σε προηγούμενες έρευνες, ωστόσο ενδέχεται το πλαίσιο στο οποίο διεξήχθη η μελέτη να επηρέασαν την προβλεπτική ισχύ αυτών των παραγόντων. Θα ήταν σκόπιμο μελλοντικές έρευνες να εξετάσουν κατά πόσο ατομικοί παράγοντες όπως το οικογενειακό ιστορικό, επιδρούν στην πρόβλεψη της εφαρμογής μαστογραφίας και σε άλλα πλαίσια εκτός νοσοκομείου. Ταυτόχρονα, και με δεδομένο το γεγονός ότι οι επίδραση των παραγόντων της ΘΠΣ διαφοροποιείται ανάλογα με τον πληθυσμό που μελετάται, θα ήταν χρήσιμο να μελετηθούν και πληθυσμοί οι οποίοι διαμένουν εκτός των συνόρων μιας μεγάλης αστικής περιοχής, έτσι ώστε να καθοριστεί κατά πόσο οι υπόλοιποι παράγοντες της ΘΠΣ, όπως ο αντιληπτός έλεγχος συνεισφέρουν στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη ο παράγοντας της προηγούμενης συμπεριφοράς βρέθηκε να αυξάνει την προβλεπτική ικανότητα του μοντέλου και θα ήταν σκόπιμο να συμπεριληφθεί στη ΘΠΣ για την μελέτη της πρόθεσης και της εφαρμογής μαστογραφίας. Οι μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες θα μπορούσαν να στραφούν στην μελέτη της επίδρασης του συγκεκριμένου παράγοντα και για άλλες συμπεριφορές υγείας, για να καθοριστεί το μέγεθος της επίδρασής του, καθώς αυτό ενδέχεται να διαφοροποιείται ανάλογα με την συμπεριφορά. Επιπρόσθετα, η απουσία επίδρασης του παράγοντα του χρονικού προσανατολισμού στην πρόθεση για μαστογραφία υποδεικνύει πως ως παράγοντας επέκτασης, απέτυχε να συνεισφέρει στην αύξηση της προβλεπτικής ικανότητας του μοντέλου. Παρατηρήθηκαν ωστόσο, συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του παράγοντα αυτού με την πρόθεση, ενώ η διάσταση του θετικού παρελθόντος φάνηκε να επιδρά μεν στην πρόθεση αλλά η επίδραση του εξαλειφόταν με την προσθήκη των παραγόντων της ΘΠΣ και την

προηγούμενης συμπεριφοράς. Σχετικά με το συγκεκριμένο εύρημα, θα ήταν ενδιαφέρον να μελετηθεί στο μέλλον ο παράγοντας του χρονικού προσανατολισμού, εκτός του θεωρητικού πλαισίου της ΘΠΣ, καθότι και η παρούσα μελέτη, αλλά και προηγούμενες επιβεβαιώνουν την ανεξάρτητη σχέση του με την συμπεριφορά υγείας. Αντίστοιχα, και ο αντιληπτός κίνδυνος δεν φάνηκε να προσφέρει στην προβλεπτική ικανότητα του μοντέλου, καθότι η επίδρασή του απορροφήθηκε από εκείνη των άλλων παραγόντων επιβεβαιώνοντας πως σαν παράγοντας συνεισφέρει μεν θετικά στην πρόθεση για την εφαρμογή μαστογραφίας, ωστόσο δεν είναι καθοριστικός για την διαμόρφωση μιας ισχυρής πρόθεσης. Παράλληλα, το εύρημα της εξάλειψης της επίδρασης του συγκεκριμένου παράγοντα με την ένταξη της προηγούμενης συμπεριφοράς στο μοντέλο, επιβεβαιώνει την διαπίστωση ότι σαν παράγοντας ενδέχεται να αντανakλά μια υπάρχουσα θετική συμπεριφορά υγείας, παρά να επιδρά σε αυτήν ως παράγοντας κινητοποίησης για την περαιτέρω εφαρμογή της, καθότι τα άτομα ενδέχεται να αντιλαμβάνονται ως μικρότερο τον κίνδυνο να νοσήσουν όταν έχουν ήδη εφαρμόσει μια συμπεριφορά υγείας. Δεδομένου όμως ότι η μαστογραφία εξασφαλίζει μόνο την έγκαιρη ανίχνευση και όχι την πιθανότητα ότι μια γυναίκα δεν θα προσληφθεί από καρκίνο του μαστού, θα ήταν σκόπιμο οι μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες να εστιάσουν στην επίδραση του παράγοντα του αντιληπτού κινδύνου σε συμπεριφορές όπου υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της υιοθέτησης ή μη μιας συμπεριφοράς υγείας και των επιπτώσεων που αυτή έχει στην υγεία ενός ατόμου.

Κρίνεται επίσης σκόπιμο να υπάρξουν έρευνες με προδρομικό σχεδιασμό, στις οποίες η όποια επίδραση των παραγόντων στην συμπεριφορά θα είναι πιο ξεκάθαρη. Δεδομένου επίσης ότι στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης παραγόντων επέκτασης για την αύξηση της προβλεπτικής ικανότητας της ΘΠΣ, και όχι η διερεύνηση των πεποιθήσεων που καθορίζουν τους παράγοντες της στάσης, των υποκειμενικών αντιλήψεων και του αντιληπτού κινδύνου, θα ήταν χρήσιμο οι μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες να εστιάσουν στον εντοπισμό των πεποιθήσεων για τον ελληνικό πληθυσμό με την χρήση ποιοτικής μελέτης. Διερευνώντας τις πεποιθήσεις που απαρτίζουν τους βασικούς παράγοντες της ΘΠΣ, ενδέχεται να συμβάλλουν πιο ολοκληρωμένα στον σχεδιασμό παρεμβάσεων για την προώθηση της εφαρμογής μαστογραφίας.

Βιβλιογραφία

- Aarts, H., Verplanken, B., & van Knippenberg, A. (1998). Predicting behavior from actions in the past: repeated decision making or a matter of habit? *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1355-1374.
- Abraham, C., Clift, S., & Grabowski, P. (1999). Cognitive predictors of adherence to malaria prophylaxis regimens on return from a malarious region: A prospective study. *Social Science and Medicine*, 48, 1641-1654
- Abraham, C. & Sheeran, P. (1993) In search of a psychology of safer-sex promotion; beyond beliefs and texts, *Health Education Research: Theory and Practice*, 8, 245–54.
- American Cancer Society (2009). Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures. Ανασύρθηκε από: <http://www.cancer.org/ResearchCancerPreventionEarlyDetectionFactsFigures/index>
- Adams, J. (2009). The role of time perspective in smoking cessation amongst older English adults. *Health Psychology*, 28, 529-534.
- Agnew, C., & Loving, T. (1998). Future time orientation and condom use: attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13, 755-764.
- Aiken, L., A. Fenaughty, S. West, J. Johnson and T. Luckett (1995). Perceived determinants of risk for breast cancer and the relations among objective risk, perceived risk, and screening behavior over time. *Women's Health*, 1, 27-50.
- Aiken, L. S., West, S. G., Woodward, C. K., Reno, R. R., Reynolds, K. D. (1994). Increasing screening mammography in asymptomatic women: Evaluation of a second-generation, theory-based program. *Health Psychology*, 13, 526-538.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Milton Keynes: Oxford University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (1998). Models of human social behavior and their application to health psychology. *Psychology and Health*, 13, 735-739.
- Ajzen, I. (2002a) Perceived behavioural control, self-efficacy, locus of control, and

- the theory of planned behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1–20.
- Ajzen, I. (2002). Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations. Retrieved from http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb_measurement.pdf
- Ajzen, I. (2002). Residual effects of past on later behavior: habituation and reasoned action perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 107-122.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26, 1114 – 1127.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977.) Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2004). Questions raised by a reasoned action approach: Comment on Ogden (2003). *Health Psychology*, 23, 431-4.
- Anagnostopoulos, F. & Griva, F. (2012). Exploring Time Perspective in Greek Young Adults: Validation of the Zimbardo Time Perspective Inventory and Relationships with Mental Health Indicators. *Social Indicators Research*, 106, 49-59.
- Anderson, W. F., Jatoi, I., & Devesa, S.S. (2006). Assessing the impact of screening mammography : breast cancer incidence and mortality rates in Connecticut (1943-2002). *Breast Cancer Research & Treatment*, 99, 333-40.
- Appleby, P. R., Marks, G., Ayala, A., Miller, L. C., Murphy, S., & Mansergh, G. (2005). Consideration of future consequences and unprotected anal intercourse among men who have sex with men. *Journal of Homosexuality*, 50,, 119-133.
- Apostolidis, T., & Fieulaine, N. (2004). Validation française de l'échelle de Temporalité - The Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 54, 207-217.
- Apostolidis, T., Fieulaine, N., Simonin, L., Rolland, G. (2006). Cannabis Use, Time perspective and Risk Perception : Evidence of a moderating effect. *Psychology & Health*, 21(5), 571-592.
- Apostolidis, T., Fieulaine, N., & Soulé, F. (2006). Future time perspective as predictor of cannabis use: Exploring the role of substance perception among French adolescents. *Addictive Behaviors*, 31, 2339-43.
- Armitage, C.J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: a structured review. *Psychology and Health*, 15, 173-189.

- Armitage, C., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology* 40, 471-497.
- Ashing-Giwa, K. (1999). Health behavior models and their socio-cultural relevance for breast cancer screening in African American women. *Women & Health*, 28, 53-71.
- Austin, L. T., Ahmad, F., McNally, M. J., & Stewart, D. E. (2002). Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: A literature review using the health belief model. *Women Health Issues*, 12, 122-8.
- Avis, N. E., Smith, K. W., Link, C. L., & Goldman, M. B. (2004). Increasing mammography screening among women over age 50 with a videotape intervention. *Preventive Medicine*, 39, 498-506.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In J. Madden, (Ed.), *Neurobiology of learning, emotion and affect* (pp. 229-270). New York: Raven, 1991.
- Bagozzi, R. (1992). The self-regulation of attitudes, intentions and behaviour . *Social Psychology Quarterly* , 55, 178-204.
- Baker, S. R. (2006). Toward an idiographic understanding of the role of social problem solving in daily event, mood and health experiences: A prospective daily diary approach. *British Journal of Health Psychology*, 11, 513-531.
- Barratt, A., Howard, K., Irwig, L., Salkeld, G., & Houssami, N. (2005). Model of outcomes of screening mammography: Information to support informed choices. *British Medical Journal*, 330, 936-940.
- Barton, M. B., Harris, R., & Fletcher, S. W. (1999). Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: Should it be done? How? *Journal of American Medical Association*, 282, 1270-1280.
- Barton, M. B. (2009). Update: Breast cancer. In David L. Simel & Drummond Rennie (Eds.) *The Rational Clinical Examination*. eBook: McGraw-Hill Publications
- Baxter, N., & The Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001). Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Canadian Medical Association Journal*, 164, 1837-1846.

- Becker, M. H., (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- Becker, M H & Rosenstock, I M (1987) Comparing social learning theory and the health belief model. In: W. B. Ward, (Eds) *Advances in Health Education and Promotion*. JAI Press: Greenwich.
- Betancourt, H., Flynn, P., & Hodges, M. (2006). Disparities in breast cancer screening: Investigating the role of culture. *Annals of Behavioral Medicine, Proceedings from the Society of Behavioral Medicine, 27th Annual Meeting*, 31, 75.
- Biesecker, B. B., Ishibe, N., Hadley, D. W., Giambarresi, T. R., Kase, R. G., Lerman, C., *et al.* (2000). Psychosocial factors predicting BRCA1/BRCA2 testing decisions in members of hereditary breast and ovarian cancer families. *American Journal of Medical Genetics* 93, 257-263.
- Blanks, R. G., Moss, S. M., McGahan, C. E., Quinn, M. J., Babb, P. J. (2000). Effects of NHS breast screening programme on mortality fro breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed with predicted mortality. *British Medical Journal*, 321, 1411-1417.
- Blue, C. L. (2007). Does the theory of planned behavior identify diabetes related cognitions for intention to be physically active and eat a healthy diet. *Public Health Nursing*, 24(2), 141-150.
- Bobo, J. K., Lee, N. C., & Thames, S. F. (2000). Findings from 752081 clinical breast examinations reported to a national screening program from 1995 through 1998. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 971-976.
- Botha, J.L., Bray, F., Sankila, R., & Parkin, D. M. (2003). Breast cancer incidence and mortality trends in 16 European countries. *European Journal of Cancer*, 39, 1718–29.
- Boyd, J. N., and Zimbardo, P. G. (2005). Time perspective, health and risk taking. In *Understanding Behavior in the Context of Time: Theory, Research and Applications*. A. Strahman, and J. Joireman (Eds.). (Pp. 85-107). Mahwah, N. J.: Erlbaum.
- Boyle, P., Autier, P., Bartelink, H. et al., 2003. European Code Against Cancer and scientific justification: third version. *Annals of Oncology*, 14, 973-1005.

- Bowie, J. V., Curbow, B., LaVeist, T.A., Fitzgerald, S., & Zabora, J. (2003). The theory of planned behavior and intention to repeat mammography among African-American women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21, 23-42.
- Breen, N., Wagener, D. K., Brown, M. L., Davis, W. W., & Ballard-Barbash, R. (2001). Progress in cancer screening over a decade: results of cancer screening from the 1987, 1992, and 1998 National Health Interview Surveys. *Journal of National Cancer Institute*, 93, 1676-1677.
- Brenes, G. A., Rapp, S. R., & Rejeski, W. J. (2002). Do optimism and pessimism predict physical functioning? *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 219-231.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N.D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology*, 26, 136-41.
- Brewer, N. T., & Rimer, B. K. (2008). Perspectives on health behavior theories that focus on individuals. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.) *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brickell, T. A., Chatzisarantis, N. L. D., & Pretty, G. M. (2006). Using past behaviour and spontaneous implementation intentions to enhance the utility of the theory of planned behaviour in predicting exercise. *British Journal of Health Psychology*, 11, 249-262.
- Burmúdez, J. (1999). Personality and health-protective behaviour. *European Journal of Personality*, 13, 83-103.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., Jr., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Castellan, N. J. (1992). Shuffling arrays: Appearances may be deceiving. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 24, 72-77.
- Champion, V. (1994). Relationship of age to mammography compliance. *Cancer*, 74 (1 Suppl): 329-35.

- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., & D’Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.
- Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2003). Optimism, accumulated life stress, and psychological and physical adjustment: Is it always adaptive to expect the best? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 96-114.
- Chavez, L. R., Hubbell, F. A., Mishra, S. I., & Valdez, R. B. (1997). The influence of fatalism on self-reported use of Papanicolaou smears. *American Journal of Preventive Medicine*, 13, 418-424.
- Churchill, S., Jessop, D., & Sparks, P. (2008). Impulsive and/or planned behaviour: Can impulsivity contribute to the predictive utility of the theory of planned behaviour? *British Journal of Social Psychology*, 47, 631-646.
- Clark, L.F. (1994). Social cognition and health psychology. In R.S. Wyer & T.K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309–319.
- Clarke, V.A., Lovegrove, H., Williams, A., & Machperson, M. (2000). Unrealistic optimism and the Health Belief Model. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 367–376.
- Claus, E. B., Risch, N., & Thompson, W. D. (1991). Genetic analysis of breast cancer in the cancer and steroid hormone study. *American Journal of Human Genetics*, 48, 232-242.
- Collins D. (2003) Pre-testing survey instruments: an overview of cognitive methods. *Quality of Life Research* 12, 229-238.
- Conn, V. S., Minor, M. A., Burks, K. J., Rantz, M. J., & Pomeroy, S. H. (2003). Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1159-1168.
- Conner, M., Abraham, C. (2001). Conscientiousness and the theory of planned behavior: Toward a more complete model of the antecedents of intentions and behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1547-1561.
- Conner, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the theory of planned behavior: a review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1429-1464.

- Consedine, N., Magai, C., Krivoshekova, Y., Ryzewicz, L., & Neugut, A. I. (2004). Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behavior: a critical review. *Cancer, Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 13, 501-510.
- Consedine, N. S., Magai, C., & Neugut, A. I. (2004). The contribution of emotional characteristics to breast cancer screening among women from six ethnic groups. *Preventive Medicine*, 38, 64-77.
- Cooke, R., & French, D.P. (2007). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behavior predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology and Health*, 23, 745-765.
- Corwyn, R.F., Benda, B.B. (1999) Examination of an integrated theoretical model of exercise behavior. *American Journal of Health Behavior*, 23, 381-392.
- Creed, P. A., Patton, W., & Bartrum, D. (2002). Multidimensional properties of the LOT-R: Effects of optimism and pessimism on career and well-being related variables in adolescents. *Journal of Career Assessment*, 10, 42-61.
- Crockett, R. A., Weinman, J., Hankins, M., & Marteau, T. (2009). Time orientation and health-related behaviour: Measurement in general population samples. *Psychology & Health*, 24, 333-350.
- Curry, S. & Emmons, K. (1994). Theoretical models of predicting and improving compliance with breast cancer screening. *Annals of Behavioral Medicine* 16, 302-16.
- Cuzick, J. (2003). Epidemiology of breast cancer-selected highlights. *The Breast*, 12, 405-411.
- Darvill, T.J., & Johnson, R.C. (1991). Optimism and perceived control of life events as related to personality. *Personality Individual Differences*, 12(9), 951-954.
- Dimitrakaki, C., Boulamatsis, D., Mariolis, A., Kontodimopoulos, N., Niakas, D., & Tountas, Y. (2009). Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from the nation-wide Hellas Health I survey. *European Journal of Cancer Prevention*, 18, 248-257.
- Diaz- Morales, J. F. (2006). Estructura factorial y fiabilidad del inventario de perspectiva temporal de Zimbardo. *Psicothema*, 18, 565- 571.
- Drake, L., Duncan, E., Sutherland, F., Abernethy, C., & Henry, C. (2008). Time perspective and correlates of wellbeing. *Time & Society*, 17, 47-61.
- Drossaert, C. H. C., Boer, H., & Seydel, E. R. (2003). Prospective study on the

- determinants of repeat attendance and attendance patterns in breast cancer screening using the theory of planned behavior. *Psychology & Health* 18, 551-565.
- Drossaert, C.H. C., Boer, H., & Seydel, E.R. (2005). Women's opinions about attending for breast cancer screening: Stability of cognitive determinants during three rounds of screening. *British Journal of Health Psychology* 10, 133-149.
- Duffy, S. W., Tabár, L., Chen, H. H., Holmqvist, M., Yen, M. F., Abdsalah, S., Epstein, B, Frodis, E., Ljungberg, E. et al. (2002). The impact of organized mammography service screening on breast carcinoma mortality in seven Swedish counties. *Cancer*, 95, 458-469.
- Edwards, W. (1954). The theory of decision making. *Psychological Bulletin*, 51, 380-417.
- Ellman, R., Moss, S. M., Coleman, D, & Chamberlain, J. (1993). Breast self-examination programmes in the trial of early detection of breast cancer: ten year findings. *British Journal of Cancer*, 68, 208-212.
- Elmore, J. G., Armstrong, K., Lehman, C. D., & Fletcher, S.W. (2005). Screening for breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 293, 1245-56.
- Elmore, J. G., Barton, M. B., Mocer, V. M., Polk, S., Arena, P. J., & Fetcher, S. W. (1998). Ten-year risk of false-positive screening mammograms and clinical breast examinations. *The New England Journal of Medicine*, 338, 1089-1096.
- Etzi S, Lane D.S, Grimson R. (1994). The use of mammography vans by low-income women: the accuracy of self-reports. *American Journal of Public Health*, 84, 107-109.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4, 272-299.
- Facione, N. C. (2002). Perceived risk of breast cancer. Influence of heuristic thinking. *Cancer Practice*, 10, 256-262.
- Farmer, D., Reddick, R., D'Agostino, R., & Jackson, S. (2007). Psychosocial correlates of mammography screening in older African American women. *Oncology Nursing Forum*, 34, 117-123.
- Ferketich S. (1991) Selected aspects of item analysis. *Research in Nursing and Health*, 14, 165-168.

- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18, 581-92.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12, 273–278.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). *Social Cognition*. New York: McGraw-Hill.
- Francis, J. J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., Kaner, E. F. S., Smith, L., & Bonetti, D. (2004). Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: A manual for the health services researchers. Newcastle: Centre for Health Services Research. Ανασύρθηκε από: www.rebeqi.org/ViewFile.aspx?itemID=212
- Furnham, A., & Heaven, P. (1999). *Personality and social behaviour*. London: Arnold.
- Gagné, C. and Godin, G. (2000), The Theory of Planned Behavior: Some Measurement Issues Concerning Belief-Based Variables. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 2173–2193
- Garcia, K., & Mann, T. (2003). From ‘I wish’ to ‘I will’: social cognitive predictors of behavioral intentions. *Journal of Health Psychology*, 8, 252-280.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 119, 390-409.
- Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L., & Taubert, S. (1999). *The proactive coping inventory (PCI): A multidimensional research instrument*. Paper presented at the 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12-14.
- Griva, F. & Anagnostopoulos, F. (2010). Positive psychological effects and anxiety: The mediating effect of proactive coping. *Psychological Reports*, 107: 3, 795-804.
- Griva, F., Anagnostopoulos, F., Madoglou, S. (2009). Mammography screening and the theory of planned behavior: suggestions towards an extended model of prediction. *Women & Health*, 49, 662-681.
- Godin, G., Gagne, C., Maziade, J., Moreault, L., Beaulieu, D., & Morel, L. (2001). Breast cancer: the intention to have a mammography and a clinical breast examination – application of the theory of planned behavior. *Psychology & Health* 16, 423-41.

- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion* 11, 87-98.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. *European Review of Social Psychology*, 4, 141-185.
- Gullate, M. (2006). The influence of spirituality and religiosity on breast cancer screening delay in African American women: application of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior. *ABNF J* 17, 89-94.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross cultural adaptation of health-related quality of life-measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417-1432.
- Hakama, M., Coleman, M. P., Alexe, D. M., & Anssi, A. (2008). Cancer screening: Evidence and practice in Europe 2008. *European Journal of Cancer*, 44, 1404-1413.
- Hall, J., Gepard, K., Salkeld, G., & Richardson, J. (1992). A cost utility analysis of mammography screening in Australia. *Social Science and Medicine*, 34, 993-1004.
- Hall, P. A., & Fong, G. T. (2003). The effects of brief time perspective intervention for increasing physical activity among young adults. *Psychology and Health*, 18, 685 – 706.
- Ham, O. K. (2005). The intention of future mammography screening among Korean women. *Journal of Communication Health Nursing* 22, 1-13.
- Ham, O. K. (2006). Factors affecting mammography behavior and intention among Korean women. *Oncology Nursing Forum. Online*. 33, 113-9.
- Harris, R., & Kissinger, L. S. (2002). Routinely teaching breast-self examination is dead. What does this mean? *Journal of National Cancer Institute*, 94, 1420-1421.
- Harris, P., & Middleton, W. (1994). The illusion of control and optimism about health: On being less at risk but no more in control than others. *British Journal of Social Psychology*, 33, 369-386.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health education Research*, 7, 107-116.

- Hay, J.L., Buckley, T.R., & Ostroff, J.S. (2005). The role of cancer worry in cancer screening: a theoretical and empirical review of the literature. *Psychooncology*, 14, 517-34.
- Hay, J.L., McCaul, K.D., & Magnan, R. E. (2006). Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence. *Preventive Medicine*, 42, 401-8.
- Hayton, J. C., Allen, D. G., & Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. *Organizational Research Methods*, 7, 191–205.
- Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2006). Associations among health behaviors and time perspective in young adults: Model testing with boot-strapping replication. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 127-137.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1997). ‘Equivalence’ and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*, 6, 237–247.
- Herzberg, P. Y., Glaesmer, H., & Hoyer, J. (2006). Separating optimism and pessimism: A robust psychometric analysis of the Revised Live Orientation Test (LOT-R). *Psychological Assessment*, 18, 433-438.
- Hill, D., Gardner, G., & Rassaby, J. (1985). Factors predisposing women to take precautions against breast and cervix cancer. *Journal of Applied Social Psychology*, 15, 59-79.
- Hirsch, J. K., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Heisel, M. J., Beckman, A. B. S., Franus, N. M. S., & Conwell, Y. (2006). Future orientation, suicide ideation and attempts in depressed adults ages 50 and over. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 752-757.
- Holman, E. A., & Silver, R. C. (1998). Getting “stuck” in the past: temporal orientation and coping with trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1146-1163.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Hulka, B., & Stark, A. T. (1995). Breast cancer: cause and prevention. *Lancet*, 346, 884-887.

- Humphrey, L. L., Helfand, M., Chan, B. K., & Woolf, S. H. (2002). Breast cancer screening: A summary of evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 3, 347-360.
- Ingledew, D. K., & Brunning, S. (1999). Personality, preventive health behaviour and comparative optimism about health problems. *Journal of Health Psychology*, 4, 193-208.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jacobs, E., & Lauderdale, D. (2001). Receipt of Cancer Screening Procedures among Hispanic and non-Hispanic HMO Members. *Cancer*, 91(S1), 257-261.
- Jelinski, S. E., Maxwell, C. J., Onysko, J., & Bancej, C. M. (2005). The influence of breast self-examination on subsequent mammography participation. *American Journal of Public Health*, 95, 506- 511.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Murray, T., & Thun, M. J. 2008. Cancer statistics, 2008. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58, 71-96.
- Jepson, C., & Rimer, B.K. (1993). Determinants of mammography intentions among prior screenees and non-screenees. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(1), 40-51.
- Joreskog K. and Sorbom D. (1996). *LISREL 8: User's Reference Guide*, Chicago: Scientific Software International.
- Jorgensen, K. J., Klahn, A., & Gotzsche, P. (2007). Are benefits and harms in mammography screening given equal attention in scientific articles? A cross-sectional study. *BMC Medicine*, 5, 12-18.
- Katapodi, M. C., Lee, K. A., Facione, N. C., & Dodd, M. J. 2004. Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: a meta-analytic review. *Preventive Medicine* 38, 388-402.
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Who's smoking, drinking and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic & Applied Social Psychology*, 21, 149-64.
- Kerlikowske, K., Grady, D., Rubin, S. M., Sandrock, C., & Ernster, V. (1995). Efficacy of screening mammography: a meta-analysis. *Journal of the Medical Association*, 273, 149-154.

- King E.S, Rimer B.K, Trock, B, Balshem A, Engstrom, P. (1990). How valid are mammography self-reports? *American Journal of Public Health*, 80, 1386-1388
- Klemi, P. J., Parvinen, I., Pylkkanen, L., Kauhava, L., Immonen-Raiha, P., Rasanen, O., & Helenius, H. (2003). Significant improvement in breast cancer survival through population-based mammography screening. *The Breast*, 12, 308-313.
- Kos, J. M., & Clarke, V. A. (2001). Is optimistic bias influenced by control or delay? *Health Education Research*, 16, 533-540.
- Laghi, F., Baiocco, R., D'Alessio, M., & Gurrieri, G. (2009). Suicidal ideation and time perspective in high school students. *European Psychiatry*, 24, 41-46.
- Lai, J. C. L., Cheung, H., Lee, W., & Yu, H. (1998). The utility of the revised life orientation test to measure optimism among Hong Kong Chinese. *International Journal of Psychology*, 33, 45-56.
- Lapham, S. C., C'de Baca, J., Chang, I., Hunt, W. C., & Berger, L. R. (2002). Are drunk-driving offenders referred for screening accurately reporting their drug use? *Drug & Alcohol Dependencies*, 66, 243-253.
- Lechner, L., de Vries, H., & Offermans, N. (1997). Participation in breast cancer screening program: Influence of past behavior and determinants on future screening participation. *Preventive Medicine*, 26, 473-482
- Livneh, H, Martz, E. (2007). Reactions to diabetes and their relationship to time orientation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30, 127-136.
- Litwin, M.S. (1995). *How to measure survey reliability and validity*. London: Sage Publications
- Lyrakos, G. N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou, G., & Dimoliatis, I. D. K. (2009) A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Social Indicators Research*, 95, 129-142.
- Loftus, E.F., Klinger, M.R., Smith, K.D., and Fiedler, J. (1990) A tale of two questions: Benefits of asking more than one question. *Public Opinion Quarterly*, 54,330-345.
- Magai, C., Consedine, N., Neugut, A. I., & Hershman, D. L. (2007). Common psychosocial factors underlying breast cancer screening and breast cancer treatment adherence: a conceptual review and synthesis. *Journal of Women's Health*, 16, 11-23.

- Madlensky, L., Goel, V., Polzer, J., & Ashbury, F. D. (2003). Assessing the evidence for organized cancer screening programs. *European Journal of Cancer*, 39, 1648-1653.
- Mandelblatt, J., & Yabroff, R. (1999). Effectiveness of interventions designed to increase mammography use: a meta-analysis of provider-targeted strategies. *Cancer Epidemiology, Biomarkers, & Prevention*, 8, 759-767.
- Μαμαλάκης, Γ. & Τριλίβα, Σ. (2002). Τεστ Προσανατολισμού για τη ζωή-Αναθεωρημένο (Life Orientation Test-Revised-LOT-R). Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Επιμ.), *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα* (σελ. 336-337). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kuslas, J. W. Hervig, L. K., & Vickers, R. R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1067-1074.
- McCaul, K.D., Branstetter, A.D., Schroeder, D.M., & Glasgow, R.E. (1996). What is the relationship between breast cancer risk and mammography screening? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 15(6), 423-429.
- McGregor, B. A., Bowen, D. J., Ankerst, D. P., Andersen, M. R., Yasui, Y., & McTiernan, A. (2004). Optimism, perceived risk of breast cancer, and cancer worry among a community-based sample of women. *Health Psychology*, 23, 339-44.
- McMillan, B., Higgins, A. R., & Conner, M. (2005). Using an extended theory of planned behaviour to understand smoking amongst schoolchildren. *Addiction Research and Theory*, 13, 293-306.
- McQueen, A., Vernon, S. W., Myers, R. E., & Tilley, B. C. (2006). Examining mediators of perceived susceptibility on colorectal cancer screening intention and behavior among male autoworkers. *Paper presented at the 27th annual meeting for Society of Behavioral Medicine*. San Francisco, CA.
- Mehrbian, A., & Ljunggren, E. (1997). Dimensionality and content of optimism-pessimism analyzed in terms of the PAD temperament model. *Personality and Individual Differences*, 23, 729-737.
- Mertler, C. A. & Vannatta, R. A. (2005). *Advanced and multivariate statistical methods: Practical application and interpretation* (3rd ed.). Los Angeles: Pyrczak.

- Michels, T. C., Taplin, S. M., Carter, W. B., & Kugler, J. P. (1995). Barriers to screening: The theory of reasoned action applied to mammography use in a military beneficiary population. *Military Medicine* 160, 431-37.
- Miedema, B., and Tatemichi, S. (2003). Breast and cervical cancer screening for women between 50 and 69 years of age: What prompts women to screen. *Woman's Health Issues*, 13, 180-184.
- Miki, Y., Swensen, J., Shattuck-Eidens, D., Futreal, P.A., Harshman, K., Tavtigian, S., Liu, Q., Cochran, C., Bennett, L.M., Ding, W., et al. (1994). A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1. *Science*, 266, 120-122.
- Miller, A. B., Baines, C. J., & Wall, C. (2000). Screening mammography re-evaluated, *Lancet*, 355, 747.
- Moan, I., S., & Rise, J. (2006). Predicting smoking reduction among adolescents using an extended version of the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 21, 717-738.
- Montano, D. E., & Taplin, S. H. (1991). A test of expanded theory of reasoned action to predict mammography participation. *Social Science & Medicine*, 32, 733-41.
- Montano, D. E., Thompson, B., Taylor, V. M., & Mahloch, J. (1997). Understanding mammography intention and utilization among women in an inner city public hospital clinic. *Preventive Medicine* 26, 817-24.
- Mroczek, D. K., Spiro, A., Aldwin, C. M., Ozer, D. J., & Bosse, R. (1993). Construct validation of the optimism and pessimism in older men: Findings from the normative aging study. *Health Psychology*, 12, 406-409.
- Myers, L. B., & Steed, L. (1999). The relationship between dispositional optimism, dispositional pessimism and repressive coping and trait anxiety. *Personality and Individual Differences*, 27, 1261-1272.
- Nageotte, C., Sullivan, G., Duan, N., & Camp, P.L. (1997). Medication compliance among seriously mentally ill in the public mental health system. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2, 49-56.
- National Cancer Institute, (2009). What you need to know about breast cancer. In K. Bellenir (ed.), *Breast Cancer Sourcebook*. Omnigraphics: Detroit, US.

- Newell S.A, Girgis A, Sanson-Fisher, R.W, Savolainen, N. J. (1999). The accuracy of self-reported health behaviors and risk factors relating to cancer and cardiovascular disease in the general population: a critical review. *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 211–29.
- Norman, P., & Conner, M. (1993). Role of social cognition models in predicting attendance at health checks. *Psychology and Health*, 8, 447-462.
- Norman, P., & Conner, M. (2006). The theory of planned behaviour and binge drinking: assessing the moderating role of past behaviour within the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 11, 55-70.
- Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health Psychology*, 18, 89-94.
- Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (2000). The theory of planned behaviour and exercise: evidence for the moderating role of past behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 5, 249-261.
- Ogden, J. (2003) Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22, 424-428.
- O’Neil, S., Bowling, J. M., Brewer, N. T., Lipkus, I. M., Skinner, C. S., Strigo, T. S., & Rimmer, B. K. (2008). Intentions to maintain adherence to mammography screening. *Journal of Women Health* 17, 1133-41.
- Orbell, S., Perugini, M., & Rakow, T. 2004. Individual differences in sensitivity to health communications: Consideration of future consequences. *Health Psychology*, 23, 388-96.
- Orbell, S. & Hagger, M. (2006). Temporal framing and the decision to take part in Type 2 diabetes screening: Effects of individual differences in consideration of future consequences on persuasion. *Health Psychology*, 25, 537-548.
- Ortuño, V., & Gamboa, V. (2009). Estrutura factorial do Zimbardo Time Perspective Inventory – ZTPI numa amostra de estudantes universitários portugueses. *Avances en Psicologia Latinoamericana*, 27, 21-32.
- Otto, S., Fracheboud, J., Looman, C., Broeders, M., Boer, R., Hendriks, J., Verbeek, A., & de Koning, H. (2003). Initiation of population-based mammography screening in Dutch municipalities and effect on breast-cancer mortality: a systematic review, *Lancet*, 361, 1411-1417

- Ouellette, J. A., & Wood, W. (1998). Habit and intention in everyday life: The multiple processes by which past behavior predicts future behavior. *Psychological Bulletin*, 124, 54-74.
- Peak, H. (1995). Attitude and motivation. In: M.R. Jones (Ed.), *Nebraska Symposium on motivation* (vol. 3, pp. 149-188). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Peterson, C., Seligman, M. E., & Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Perez-Stable E.J., Sabogal, F., Otero-Sabogal, R., Hiatt, R.A., McPhee, S.J. (1992). Misconceptions about cancer among Latinos and Anglos. *Journal of American Medical Association*, 268, 3219-23
- Plomin, R., Scheier, M. F., Bergeman, C. S., Pederson, N. L., Nesselroade, J. R., & McClearn, G. E. (1992). Optimism, pessimism and mental health: A twin/adoption analysis. *Personality and Individual Differences*, 13, 921-930.
- Powe, B. D. (1995). Fatalism among elderly African Americans: effects on colorectal cancer screening. *Cancer Nursing*, 18, 385-92.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1985). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 3-27). New York: Plenum.
- Rauscher, G.H, Johnson, T.P., Cho YI, Walk, J.A. (2008). Accuracy of self-reported cancer-screening histories: a meta-analysis. *Cancer & Epidemiological Biomarkers Prevention*, 748-57.
- Ries L. A. G., Kosary C. L., Hankey B. F., Miller B. A., & Edwards B. K. (1999). *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1996*. National Cancer Institute: Bethesda, MD
- Richard, R., van der Pligt, J., & de Vries, N. (1996). Anticipated affect and behavioral choice. *Basic and Applied Social Psychology*, 18, 111- 129.
- Robbins, A. S., Spence, J. T., & Clark, H. (1991). Psychological determinants of health and performance: The tangled web of desirable and undesirable characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 755-765.
- Roberts, R. A., & Borch, N. J. (2001). A comparison of breast cancer secondary prevention activities and satisfaction with access and communication issues in women 50 and over. *Preventive Medicine*, 66, 805-818.

- Robinson-Whelen, S., Kim, C., MacCallum, R. C., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1997). Distinguishing optimism from pessimism in older adults: It is more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1345-1353.
- Rodriguez, C., Plasencia, A., & Schroeder, D.G. (1995). Predictive factors of enrollment and adherence in a breast cancer screening program in Barcelona (Spain). *Social Science & Medicine*, 40(8), 1155-1160.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rosenstock, I. M., (1974). The health belief model and preventive behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rothspan, S., & Read, S. J. (1996). Present versus future time perspective and HIV risk among heterosexual college students. *Health Psychology*, 15, 131-34.
- Russo, J. & Russo, I. H. (1995). The etiopathogenesis of breast cancer prevention. *Cancer Letters*, 90, 81-89.
- Rutter, D. R. (2000). Attendance and reattendance for breast cancer screening: A prospective 3 year test of the theory of planned behavior. *British Journal of Health Psychology* 5, 1-13.
- Salsman, J. M., Pavlik, E., Boerner, L. M., & Andrykowski, M. A. (2004). Clinical, demographic, and psychological characteristics of new, asymptomatic participants in a transvaginal ultrasound screening program for ovarian cancer. *Prev Med* 39: 315-22.
- Saslow, D., Hannan, J., Osuch, J., Alciati, M. H., Baines, C., Barton, M., Bobo, J. K., Coleman, C., Dolan, M. et al., (2004). Clinical breast examination: Practical recommendations for optimizing performance and reporting. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 54, 327-344.
- Savage, S. A. & Clarke, V.A. (1996). Factors associated with screening mammography and breast self-examination intentions. *Health Educational Research* 11, 409-21.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S., (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology* 4, 219-47.

- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schopper, D., & de Wolf, C. (2009). How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *European Journal of Cancer*, 45, 1916-1923.
- Schueler, K.M., Chu, P.W., & Smith - Bindman, R. (2008) Factors associated with mammography utilization: A systematic quantitative review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17, 1477 - 1498.
- Schwarz, N. (1999). Self-reports: How the questions shape the answers. *American Psychologist*, 54, 93-05.
- Schwartz, L. M., Woloshin, S., Fowler, F. J., & Welch, H. G. (2004). Enthusiasm for cancer screening in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 291, 7-78.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-242). Washington, DC: Hemisphere.
- Semiglazov, V. F., Moiseyenko, V. M., Bavli, J. L., Migmanova, N., S., Seleznyov, N. K., Popova, R. T., Ivanova, O. A., Orlov, A. A., Chagunava, O. A., & Barash, N. J. (1992). The role of breast self-examination in early breast cancer detection (results of the 5-years USSR/WHO randomized study in Leningrad). *European Journal of Epidemiology*, 8, 498-502.
- Sheeran, P., & Abraham, C. (1996). The health belief model. In M. Conner and P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior* (pp. 23-61). Buckingham: Open University Press.
- Sheeran, P., Conner, M., & Norman, P. (2001). Can the theory of planned behavior explain patterns of health behavior change? *Health Psychology* 20, 12-19.
- Shepperd, J. A., Maroto, J. J., & Pbert, L. A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30, 517-534.

- Siegler, I. C., Feaganes, J. R., & Rimer, B. K. (1995). Predictors of adoption of mammography in women under age 50. *Health Psychology, 14*, 274-278.
- Skinner, C. S., Champion, V., Menon, U., & Seshadri, R. (2002). Racial and educational differences in mammography related perceptions among 1,336 nonadherent women. *Journal of Psychosocial Oncology, 20*, 1-18.
- Slovic, P., Peters, E., Finucane, M.L., & MacGregor, D.G. (2005). Affect, risk, and decision making. *Health Psychology, 24*, S35-S40.
- Smith, R.A. (2003). An overview of mammography: Benefits and limitations. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 1*, 264-271.
- Smith, R. A., Saslow, D., Dawyer, K. A., Burke, W., Costanza, M. E., Evans, Foster, R. S., Hendrick, E., & Eyre, H. J. (2003). American Cancer Society guidelines for breast cancer screening. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 53*, 141-169.
- Smith, R. A., Cokkinides, V., & Brawley, O. W. 2009. Cancer screening in the United States, 2009: A review of the current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 59*, 27-41.
- Smith, R. A., Cokkinides, V., Eyre, H. J. (2005). American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 55*, 31-44.
- Soskolne, V., Marie, S., & Manor, O. (2007). Beliefs, recommendations and intentions are important explanatory factors of mammography screening behavior among Muslim Arab women in Israel. *Health Educational Research, 22*, 665-76.
- Stanton, A. L., & Snider, P. R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology, 12*, 16-23.
- Steele, S. K., & Porche, D. J. (2005). Testing the theory of planned behavior to predict mammography screening. *Nursing Research 54*, 332-38.
- Steadman, L., & Rutter, D. R. (2004). Belief importance and the theory of planned behavior: Comparing modal and ranked modal beliefs in predicting attendance at breast screening. *British Journal of Health Psychology 9*, 447-63.
- Steadman, L., & Rutter, D. R., & Field, S. (2002). Individually elicited versus modal normative beliefs in predicting attendance at breast screening: Examining the role of belief salience in the theory of planned behavior. *British Journal of Health Psychology 7*, 317-30.

- Stephenson, J. M., Imrie, J., & Sutton, S. R. (2000). Rigorous trials of sexual behaviour interventions in STD/HIV prevention: What can we learn from them? *AIDS*, 14, S115-S124.
- Step toe, A., Wardle, J., Vinck, J., Tuomisto, M., Holte, A., & Wichstrøm, L. (1994). Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Psychology and Health*, 9, 331–343.
- Sugarek, N. J., Deyo, R. A., & Holmes, B. C. (1988). locus of control and beliefs about cancer in a multi-ethnic clinic population. *Oncology Nursing Forum*, 15, 481-86.
- Sutton, S. R. (1994). The past predicts the future: interpreting behaviour-behaviour relationships in social psychological models of health behaviours. In D. R. Rutter, & L. Quine (Eds.) *Social psychology and health: European Perspectives*. (pp. 71-88). Aldershot: Avebury.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (4th ed.). Boston: Pearson Education.
- Tabar, L., Gad, A., Holmberg, L., & Ljungquist, U. (1985). Significant reduction in advanced breast cancer: Results of the first seven years of mammography screening in Kopparberg, Sweden. *Diagnostic Imaging in Clinical Medicine*, 54, 158-164.
- Taplin, S. H & Montano, D. E. (1993). Attitudes, age, and participation in mammography screening: a prospective analysis. *Journal of American Board of Family Practice* 6, 13-23.
- Taylor, S. D., Bagozzi, R. P., & Gaither, C. A. 2005. Decision making and the effort in the self-regulation of hypertension: Testing two competing theories. *British Journal of Health Psychology*, 10, 505-30.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall, L.G., Schneider, S.G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.
- Taylor, V. M., Montano, D.E., & Koepsell, T. (1994). Use of mammography by general internists. *Cancer Detection Prevention* 18, 455-62.
- Terán, L., Baezconde-Garbanati, L., Márquez, M., Castellanos, E., & Belkić, K. (2007). On-time mammography screening with a focus on Latinas with low income: A proposed cultural model. *Anticancer Research*, 27, 4325-38.

- Terry, D.J., & O’Leary, J.E. (1995). The theory of planned behavior: The effects of perceived behavioral control and self-efficacy. *British Journal of Social Psychology*, 34, 199-220.
- Tolma, E. L., Reininger, B. M., Ureda, J., & Evans, A. (2003). Cognitive motivations associated with screening mammography in Cyprus. *Preventive Medicine* 36, 363-73.
- Tolma, E., Reininger, B. M., Evans, A., & Ureda, J. (2006). Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mammography intention. *Health Education & Behavior* 33, 233-251.
- Trafimow, D., & Finlay, K.A. (1996). The importance of subjective norms for a minority of people: Between-subjects and within-subjects analyses. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 820-828.
- Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M., & Finlay, K. A. (2002). Evidence that perceived behavioral control is a multidimensional construct: Perceived control and perceived difficulty. *British Journal of Social Psychology*, 41, 101-121.
- Umeh, K., & Patel, R. (2004). Theory of planned behaviour and ecstasy use: an analysis of moderator-interactions. *British Journal of Health Psychology*, 9, 25-38.
- Van der Pligt, J. (1996). Risk perception and self-protective behavior. *European Psychologist*, 1, 34-43.
- Vautier, S., Raufaste, E., & Cariou, M. (2003). Dimensionality of the Revised Life Orientation Test and the status of the filler items. *International Journal of Psychology*, 38, 390-400.
- Vernon, S. W., McQueen, A., Tiro, J. A., & del Junco, D. J. (2010). Interventions to promote repeat breast cancer screening with mammography: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*, 102, 1-17.
- Verplanken, B. (2006). Beyond frequency: habit as mental construct. *British Journal of Social Psychology*, 45, 639–656.
- Wardle, J. & Steptoe, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Epidemiology and Community Health*, 57, 440 - 443.
- Webb, T., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender

- behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132, 249-268.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355–386.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12, 324-33.
- Weinstein, N. D., & Klein, W. M. (1996). Unrealistic optimism: present and future. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 1-8.
- Weinstein, N. D., & Lachendro, E. (1982). Egocentrism as a source of unrealistic optimism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 195-200.
- Wills, T. A., Sandy, J. M., & Yaeger, A. M. 2001. Time perspective and early-onset substance use: A model based on stress-coping theory. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 118-25.
- Wooster, R., Bignell, G., Lancaster, J., Swift, S., Seal, S., Mangion, J., Collins, N., Gregory, S., Gumbs, C., & Micklem, G. (1995). Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. *Nature*, 378, 789-791.
- Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12, 59-72.
- Yabroff, K. R., & Mandelblatt, J. S. (1999). Interventions targeted toward patients to increase mammography use. *Cancer Epidemiology, Biomarkers, & Prevention*, 8, 749-757.
- Yarbrough, S. S., & Braden, C. J. (2001). Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 677-688.
- Zapka, J.G, Bigelow C, Hurley T et al. (1996). Mammography use among sociodemographically diverse women: the accuracy of self-report. *American Journal of Public Health*, 86, 1016-1021
- Zimbarbo, P.G., & Boyd, J.N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271-1288.
- Zimbardo P. G., & Boyd J. N. (2008). *The Time Paradox*. New York: Free Press.
- Zimbardo, P. G., Keough, K. A., & Boyd, J. N. (1997). Present time perspective as a predictor of risky driving. *Personality & Individual Differences*, 23, 1007-23.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
Ενημερωτικό φυλλάδιο – Δελτίο συγκατάθεσης – Ερωτηματολόγιο
έρευνας



ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αντικείμενο έρευνας: Προληπτική Μαστογραφία
Σχολή/Τμήμα: Πάντειο Πανεπιστήμιο – Τμήμα Ψυχολογίας

1. Σκοπός:

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να εντοπιστούν οι κυρίαρχες αντιλήψεις γύρω από το θέμα της προληπτικής εξέτασης για τον εντοπισμό του καρκίνου του μαστού και πιο συγκεκριμένα της μαστογραφίας.

2. Διαδικασία:

Η συμμετοχή σας περιλαμβάνει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου που έχει διαμορφωθεί στο πλαίσιο έρευνας για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής.

3. Κόστος έρευνας:

Δεν προβλέπεται κάποιο κόστος για την συμμετοχή σας στην έρευνα.

4. Οφέλη:

Οι απόψεις σας θα συνεισφέρουν στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των γυναικών γύρω από το θέμα της μαστογραφίας και θα συμβάλουν μελλοντικά στην προώθηση της προληπτικής μαστογραφίας.

5. Εμπιστευτικότητα:

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνεται ανώνυμα, δεν τίθεται θέμα εμπιστευτικότητας.

6. Δικαίωμα μη – συμμετοχής:

Έχετε το δικαίωμα να μην συμμετάσχετε στην έρευνα, με την μη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

7. Στοιχεία επικοινωνίας:

Αν υπάρχουν επιπλέον ερωτήσεις ή σχόλια σχετικά με την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια ως ακολούθως:

Φαίη Γρίβα

Υπ. Διδάκτορας Ψυχολογίας Υγείας

Πάντειο Πανεπιστήμιο

Τηλ: 210 9768186

E-mail: faygriva@gmail.com

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω πληροφορίες και συμφωνώ να παραλάβω το ερωτηματολόγιο.



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΡΕΥΝΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ

Παρακαλώ αφιερώστε λίγα λεπτά από τον χρόνο σας για να συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν.

Οι απόψεις σας θα συνεισφέρουν στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των γυναικών γύρω από το θέμα της μαστογραφίας και θα συμβάλουν μελλοντικά στην προώθηση της προληπτικής μαστογραφίας.

Οι ερωτήσεις δείχνουν να μοιάζουν νοηματικά μεταξύ τους αλλά αγγίζουν διαφορετικές πλευρές της συμπεριφοράς πρόληψης του καρκίνου του μαστού.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Διαβάστε την κάθε ερώτηση και απαντήστε, όσο πιο ειλικρινά μπορείτε, ανάλογα με το πόσο πολύ θεωρείτε ότι σας χαρακτηρίζει η κάθε μία.

Βεβαιωθείτε πως έχετε απαντήσει όλες τις ερωτήσεις. Αν αλλάξετε γνώμη για κάποια απάντησή σας μπορείτε να την διαγράψετε και να κυκλώσετε μια άλλη.

Α. Παρακαλώ διαβάστε κάθε ερώτηση προσεκτικά και **κυκλώστε** την απάντηση που θεωρείτε ότι σας χαρακτηρίζει περισσότερο.

1. Πόσων ετών είστε; _____
2. Πού κατοικείτε;
 - α) Αθήνα
 - β) Ευρύτερη Αττική
 - γ) Επαρχία
3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
 - α) Παντρεμένη
 - β) Ανύπανδρη
 - γ) Ελεύθερη συμβίωση με σύντροφο
 - δ) Διαζευγμένη
 - ε) Χήρα
4. Έχετε παιδιά;
 - α) Ναι
 - β) Όχι
5. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;
 - α) Δημοτικό
 - β) Γυμνάσιο – Λύκειο
 - γ) ΑΕΙ – ΤΕΙ

6. Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση;
 - α) Εργαζόμενη ολικής απασχόλησης
 - β) Εργαζόμενη μερικής απασχόλησης
 - γ) Συνταξιούχος
 - δ) Άνεργη ή οικιακά
7. Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση;
 - α) πολύ καλή
 - β) καλή
 - δ) μέτρια
 - ε) κακή
8. Έχετε κάνει μαστογραφία στο παρελθόν;
 - α) Ναι
 - β) Όχι
9. Εάν «ναι» πόσες μαστογραφίες έχετε κάνει;
 - α) Μία
 - β) Δύο
 - γ) 3-5
 - δ) 6-10
 - ε) πάνω από 10
10. Εάν «ναι» πως θα χαρακτηρίζατε αυτήν την εμπειρία σας;
 - α) ευχάριστη
 - β) αδιάφορη
 - γ) δυσάρεστη
11. Πόσο συχνά κάνετε μαστογραφία;
 - α) Τουλάχιστον κάθε 1-2 χρόνια
 - β) Κάθε 3-4 χρόνια
 - γ) Πάνω από 5 χρόνια
12. Εξετάζετε από μόνη σας τακτικά (κάθε ένα-δυο μήνες) το στήθος σας;
 - α) Ναι
 - β) Όχι
13. Πόσο συχνά εξετάζει το στήθος σας κάποιος γιατρός;
 - α) μια φορά το χρόνο
 - β) κάθε δύο χρόνια
 - γ) πάνω από δύο χρόνια
 - δ) ποτέ
14. Υπάρχει κάποιο πρόσωπο στην οικογένειά σας, στην οικογένεια της μητέρας σας ή του πατέρα σας, που να είχε ποτέ καρκίνο του μαστού;
 - α) Ναι
 - β) Όχι

15. Υπάρχει κάποιο πρόσωπο στο φιλικό σας περιβάλλον που να είχε ποτέ καρκίνο του μαστού;
 α) Ναι
 β) Όχι
 γ) Δεν ξέρω
16. Έχετε διαγνωσθεί στο παρελθόν με καλοήγη πάθηση στο μαστό;
 α) Ναι
 β) Όχι
17. Έχετε διαγνωσθεί στο παρελθόν και λάβει θεραπεία για καρκίνο του μαστού;
 α) Ναι
 β) Όχι

B. Παρακαλώ διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις και **κυκλώστε τον αριθμό** ανάλογα με το πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με αυτό που δηλώνουν :

Αν διαφωνείτε απόλυτα κυκλώστε το **1**

Αν απλώς διαφωνείτε κυκλώστε το **2**

Αν ούτε διαφωνείτε, ούτε συμφωνείτε κυκλώστε το **3**

Αν απλώς συμφωνείτε κυκλώστε το **4**

Αν συμφωνείτε απόλυτα κυκλώστε το **5**

1. Πιστεύω πως είναι εύκολο για μένα να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

2. Οι άνθρωποι που θεωρώ σημαντικούς στη ζωή μου πιστεύουν ότι πρέπει να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

3. Πιστεύω πως θα ήταν καλό για μένα να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

4. Σκοπεύω να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

5. Το αν θα κάνω ή όχι μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια εξαρτάται από εμένα και μόνο

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

6. Οι περισσότερες γυναίκες που γνωρίζω στην ηλικία μου κάνουν μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

7. Πιστεύω πως θα ήταν χρήσιμο για μένα να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

8. Είμαι σίγουρη πως αν ήθελα θα μπορούσα να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

9. Οι άλλοι περιμένουν από εμένα ότι θα κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

10. Πιστεύω πως θα μου ήταν ευχάριστο να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

11. Θα προσπαθήσω έτσι ώστε να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

12. Πιστεύω πως είναι εφικτό να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

13. Οι περισσότεροι άνθρωποι των οποίων την γνώμη λαμβάνω υπόψη μου εγκρίνουν το να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	Συμφωνώ απόλυτα
------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

14. Πιστεύω πως θα ήταν ασφαλές να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 **Συμφωνώ απόλυτα**

15. Θέλω να κάνω μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 **Συμφωνώ απόλυτα**

Γ. Παρακαλώ διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις και **κυκλώστε τον αριθμό** ανάλογα με το πόσο πιθανό θεωρείτε να συμβεί αυτό που δηλώνουν :

Αν το θεωρείτε καθόλου πιθανό κυκλώστε το **1**

Αν το θεωρείτε ελάχιστα πιθανό κυκλώστε το **2**

Αν το θεωρείτε ούτε πιθανό, ούτε απίθανο κυκλώστε το **3**

Αν το θεωρείτε αρκετά πιθανό κυκλώστε το **4**

Αν το θεωρείτε πολύ πιθανό κυκλώστε το **5**

1. Πόσο πιθανό θεωρείτε ότι είναι να προσβληθείτε από καρκίνου του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής σας;

Καθόλου πιθανό 1 2 3 4 5 **πολύ πιθανό**

2. Σε σύγκριση με άλλες γυναίκες της ηλικίας σας ή του ίδιου κληρονομικού ιστορικού πόσο πιθανό θεωρείτε ότι είναι να προσβληθείτε από καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής σας;

Καθόλου πιθανό 1 2 3 4 5 **πολύ πιθανό**

3. Πόσο πιθανό θεωρείτε να διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο ο καρκίνος του μαστού αν δεν κάνετε μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια;

Καθόλου πιθανό 1 2 3 4 5 **πολύ πιθανό**

Κλίμακα αισιοδοξίας - Αναθεωρημένη

Παρακαλώ απαντήστε στις ερωτήσεις που ακολουθούν. Σε κάθε μια από τις ερωτήσεις σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε / διαφωνείτε **σημειώνοντας ένα Χ στο αντίστοιχο κουτάκι.**

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ απόλυτα
1	Σε στιγμές αβεβαιότητας, συνήθως αναμένω να συμβεί το καλύτερο.					
2	Μου είναι εύκολο να χαλαρώσω.					
3	Αν υπάρχει η πιθανότητα κάτι να πάει στραβά, σίγουρα έτσι θα μου πάει (στραβά, δηλαδή).					
4	Πάντα είμαι αισιόδοξος/η για το μέλλον μου.					
5	Μου αρέσουν πολύ οι φίλοι μου.					
6	Είναι σημαντικό για μένα να είμαι συνεχώς απασχολημένος/η					
7	Πολύ σπάνια περιμένω να μου έρθουν ευνοϊκά οι καταστάσεις ή τα πράγματα.					
8	Δεν χαλάω την ζαχαρένια μου για ψύλλου πήδημα (δεν ταρασσομαι πάρα πολύ εύκολα).					
9	Σπάνια βασίζομαι στην πιθανότητα πως κάτι καλό θα μπορούσε κι εμένα να μου συμβεί.					
10	Γενικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά παρά κακά.					

Ερωτηματολόγιο Χρονικής Προοπτικής Zimbardo

Διαβάστε την κάθε δήλωση και απαντήστε, όσο πιο ειλικρινά μπορείτε, πόσο σας χαρακτηρίζει **σημειώνοντας ένα Χ στο αντίστοιχο κουτάκι**

Αν δεν σας χαρακτηρίζει **καθόλου** βάλτε Χ στο κουτάκι **1**

Αν σας χαρακτηρίζει **λίγο** βάλτε Χ στο κουτάκι **2**

Αν δεν σας χαρακτηρίζει **ούτε λίγο ούτε πολύ** βάλτε Χ στο κουτάκι **3**

Αν σας χαρακτηρίζει **πολύ** βάλτε Χ στο κουτάκι **4**

Αν σας χαρακτηρίζει **απόλυτα** βάλτε Χ στο κουτάκι **5**

	Πόσο σας χαρακτηρίζει η παρακάτω πρόταση;	1	2	3	4	5
1	Πιστεύω ότι το να μαζευόμαστε με φίλους για να διασκεδάσουμε είναι μια από τις σημαντικές απολαύσεις της ζωής.					
2	Ήχοι, εικόνες και μυρωδιές που μου θυμίζουν την παιδική μου ηλικία συχνά μου φέρνουν στο μυαλό πολύ όμορφες αναμνήσεις.					
3	Η μοίρα καθορίζει τη ζωή μου σε μεγάλο βαθμό.					
4	Συχνά σκέφτομαι τι θα έπρεπε να είχα κάνει αλλιώς στη ζωή μου.					
5	Οι αποφάσεις που έχω πάρει ως τώρα έχουν επηρεαστεί αρνητικά από τους ανθρώπους και τις συνθήκες που υπήρχαν γύρω μου.					
6	Πιστεύω ότι καθένας πρέπει να οργανώνει και να σχεδιάζει την ημέρα του κάθε πρωί.					
7	Με ευχαριστεί να σκέφτομαι το παρελθόν μου.					
8	Ενεργώ αυθόρμητα.					
9	Εάν οι δουλειές δεν γίνονται στην ώρα τους, δεν στενοχωριέμαι.					
10	Όταν θέλω να επιτύχω κάτι, βάζω στόχους και εξετάζω συγκεκριμένους τρόπους για να φτάσω ως εκεί.					
11	Οι αναμνήσεις από το παρελθόν μου είναι στο σύνολό τους περισσότερο καλές και όμορφες.					
12	Όταν ακούω την αγαπημένη μου μουσική, συχνά χάνω τελείως την αίσθηση του χρόνου.					
13	Η τήρηση των προθεσμιών και η εκτέλεση των απαραίτητων εργασιών για αύριο προηγείται της αποψινής διασκέδασης.					
14	Αφού ό,τι είναι να γίνει θα γίνει, δεν έχει και μεγάλη σημασία το τι κάνω.					
15	Μου αρέσουν οι ιστορίες για τα «παλιά καλά χρόνια».					
16	Οδυνηρές εμπειρίες από το παρελθόν επανέρχονται διαρκώς στο μυαλό μου					
17	Προσπαθώ να ζω τη ζωή μου όσο το δυνατόν πιο έντονα, ζώντας την κάθε μέρα ξεχωριστά.					

	Πόσο σας χαρακτηρίζει η παρακάτω πρόταση; 1= Καθόλου, 2= Λίγο, 3= Ουδέτερα, 4= Πολύ, 5= Απόλυτα	1	2	3	4	5
18	Με στενοχωρεί να φτάνω καθυστερημένος στα ραντεβού.					
19	Ιδανικά, θα ήθελα να ζω κάθε ημέρα της ζωής μου σαν να ήταν η τελευταία.					
20	Εύκολα περνάνε από το μυαλό μου χαρούμενες αναμνήσεις από καλές εποχές.					
21	Εκπληρώνω εγκαίρως τις υποχρεώσεις μου απέναντι σε φίλους, υπηρεσίες και αρχές.					
22	Έχω περάσει συναισθηματική κακοποίηση και απόρριψη στο παρελθόν.					
23	Αποφασίζω ανάλογα με την έμπνευση και την ευχαρίστηση της στιγμής.					
24	Δεν προγραμματίζω την μέρα μου και λειτουργώ ανάλογα με το πως αυτή έρχεται.					
25	Προτιμώ να μην σκέφτομαι πολλές από τις αναμνήσεις του παρελθόντος γιατί δεν είναι ευχάριστες.					
26	Είναι σημαντικό να υπάρχει ενθουσιασμός στη ζωή μου.					
27	Έχω κάνει λάθη στο παρελθόν που θα ήθελα να μην τα είχα κάνει.					
28	Νομίζω ότι είναι σημαντικότερο να απολαμβάνεις αυτό που κάνεις από το να τελειώνεις τη δουλειά σου εγκαίρως.					
29	Με πιάνει νοσταλγία για την παιδική μου ηλικία.					
30	Όταν πρόκειται να πάρω μια απόφαση, ζυγίζω τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα.					
31	Ρισκάρω ώστε να μην γίνεται βαρετή η ζωή μου.					
32	Το να απολαμβάνω το ταξίδι της ζωής είναι για μένα πιο σημαντικό από το να εστιάζω την προσοχή μου στον προορισμό του μόνο.					
33	Τα πράγματα στη ζωή μου σπάνια είχαν την εξέλιξη που περίμενα και λογάριάζα.					
34	Δυσκολεύομαι να ξεχάσω δυσάρεστες σκηνές από τα νεανικά μου χρόνια.					
35	Χάνω την χαρά της διαδικασίας και της ροής των πράξεών μου, εάν πρέπει να σκέφτομαι το σκοπό και το πιθανό αποτέλεσμα που θα προκύψει από αυτές.					
36	Ακόμα και όταν το παρόν με ευχαριστεί, έχω την τάση να κάνω συγκρίσεις με παρόμοιες εμπειρίες από το παρελθόν.					
37	Δεν μπορείς πραγματικά να κάνεις σχέδια για το μέλλον διότι τα πράγματα είναι ρευστά και αλλάζουν.					
38	Η πορεία της ζωής μου ελέγχεται από δυνάμεις τις οποίες δεν μπορώ να επηρεάσω.					

	Πόσο σας χαρακτηρίζει η παρακάτω πρόταση; 1= Καθόλου, 2= Λίγο, 3= Ουδέτερα, 4= Πολύ, 5= Απόλυτα	1	2	3	4	5
39	Δεν έχει νόημα να ανησυχώ για το μέλλον εφόσον δεν μπορώ ούτως ή άλλως να κάνω τίποτα για να το αλλάξω.					
40	Η έγκαιρη ολοκλήρωση των εργασιών μου είναι αποτέλεσμα σταδιακής προόδου.					
41	Χάνω κάθε ενδιαφέρον όταν τα μέλη της οικογένειάς μου συζητούν για το πώς ήταν τα πράγματα παλιότερα.					
42	Ρισκάρω για να υπάρχει ενθουσιασμός στη ζωή μου.					
43	Φτιάχνω λίστες με τα πράγματα που έχω να κάνω.					
44	Συχνά ακολουθώ την καρδιά μου περισσότερο από το μυαλό μου.					
45	Έχω την ικανότητα να αντιστέκομαι σε πειρασμούς που θα με έβγαζαν εκτός προγράμματος όταν ξέρω ότι υπάρχει δουλειά που πρέπει να γίνει.					
46	Βρίσκω ότι με συνεπαίρνει τελείως ο ενθουσιασμός της στιγμής.					
47	Ό, τι και να κάνεις, η ζωή σήμερα θα παραμένει υπερβολικά περίπλοκη, σε σχέση με την πιο απλή που υπήρχε παλιά.					
48	Προτιμώ φίλους που είναι αυθόρμητοι παρά φίλους που είναι προβλέψιμοι.					
48	Οι οικογενειακές συνήθειες και παραδόσεις που επαναλαμβάνονται τακτικά με ευχαριστούν.					
50	Σκέφτομαι τα κακά πράγματα που μου έχουν συμβεί στο παρελθόν.					
51	Δεν παραιτούμαι από τις δύσκολες ή μη ενδιαφέρουσες εργασίες, εάν αυτές θα με βοηθήσουν να προοδεύσω.					
52	Είναι καλύτερα να ξοδεύω αυτά που κερδίζω για να περνάω καλά σήμερα παρά να τα αποταμιεύω για να έχω ασφάλεια αύριο.					
53	Συχνά μπορεί να κερδίσεις περισσότερα αν είσαι τυχερός παρά αν δουλέψεις σκληρά.					
54	Σκέφτομαι όσα καλά δεν είχα την ευκαιρία να ζήσω.					
55	Μου αρέσει να υπάρχει πάθος στις στενές μου σχέσεις.					
56	Υπάρχει πάντα χρόνος να κάνω τη δουλειά μου κάποια στιγμή αργότερα.					

Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο που διαθέσατε.

Για πληροφορίες ή σχόλια μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο faygriva@gmail.com ή στο 210-9768186

Φαίη Γρίβα

Υποψ. Διδάκτωρ Ψυχολογίας Υγείας

Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

