



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών
συμπεριφορών υγείας των γυναικών»

ΟΝΟΜ/ΝΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: Κανελλοπούλου Παναγιώτα

ΟΝΟΜ/ΝΟ Α΄ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΟΣ: Τόγκας Κωνσταντίνος

ΟΝΟΜ/ΝΟ Β΄ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑΣ: Φλωρά Κατερίνα

Πάτρα , Μάιος 2026

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής εργασίας σηματοδοτεί το τέλος μιας απαιτητικής αλλά δημιουργικής διαδρομής. Θα ήθελα να ευχαριστήσω πρωτίστως τον καθηγητή μου, κ. Κωνσταντίνο Τόγκα , που με την καθοδήγησή του με βοήθησε να φέρω εις πέρας αυτό το έργο.

Ευχαριστώ επίσης τους καθηγητές του ΕΑΠ για την ακαδημαϊκή υποστήριξη που μου παρείχαν όλα αυτά τα χρόνια.

Οι μεγαλύτερες όμως ευχαριστίες ανήκουν στην οικογένειά μου.. Χωρίς την αγάπη, την υπομονή και τη συνεχή τους ενθάρρυνση, η επίτευξη αυτού του στόχου δεν θα ήταν δυνατή.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Περίληψη

Η παρούσα εργασία διερευνά τη σχέση μεταξύ του προσανατολισμού υγείας και της υιοθέτησης προληπτικών συμπεριφορών υγείας στις γυναίκες. Σκοπός της μελέτης ήταν η αποτύπωση του επιπέδου ενημέρωσης και συμμετοχής σε βασικές προληπτικές εξετάσεις, η εξέταση των επιμέρους διαστάσεων του προσανατολισμού υγείας και η διερεύνηση της στατιστικής τους σχέσης με την πρόληψη. Ακολουθήθηκε ποσοτική, διατομεακή ερευνητική προσέγγιση και χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο σε δείγμα 150 γυναικών ηλικίας 30 έως 60 ετών. Το ερευνητικό εργαλείο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία, ερωτήσεις σχετικά με τη συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις και την ελληνική εκδοχή της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας. Η εσωτερική συνοχή των επιμέρους διαστάσεων κυμάνθηκε από $\alpha = 0,688$ έως $\alpha = 0,877$. Για την ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκαν περιγραφικά στατιστικά μέτρα, συσχετίσεις Pearson και αναλύσεις διακύμανσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλό επίπεδο ενημέρωσης για το πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων, το οποίο συνοδεύτηκε από χαμηλότερο επίπεδο πραγματικής συμμετοχής. Η πραγματοποίηση τεστ Παπανικολάου ήταν ιδιαίτερα συχνή, ενώ η μαστογραφία πραγματοποιούνταν με μεγαλύτερη συστηματικότητα στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Οι υψηλότερες μέσες τιμές καταγράφηκαν στον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, $M = 3,98$ και $TA = 0,717$, στην προσωπική επίγνωση της υγείας, $M = 3,72$ και $TA = 0,699$, και στο κίνητρο για διατήρηση της υγείας, $M = 3,71$ και $TA = 0,801$. Η χαμηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στην ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους, $M = 1,77$ και $TA = 0,794$. Η ισχυρότερη συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων εντοπίστηκε ανάμεσα στο κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης και στο κίνητρο για διατήρηση της υγείας, $r(148) = 0,830$, $p < 0,001$. Οι συσχετίσεις του δείκτη πρόληψης με τις διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας παρέμειναν γενικά χαμηλές. Συμπερασματικά, η υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών συνδέεται με ένα σύνθετο σύνολο ψυχολογικών, κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών. Ο προσανατολισμός υγείας δεν παρουσίασε ισχυρή και άμεση στατιστική σχέση με τον δείκτη πρόληψης στο συγκεκριμένο δείγμα, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της συνεξέτασης πρακτικών, κοινωνικών και δομικών παραγόντων..

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Λέξεις κλειδιά: Προσανατολισμός υγείας, προληπτικές συμπεριφορές, γυναικεία υγεία, προληπτικές εξετάσεις, Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας.

Abstract

This study investigates the relationship between health orientation and the adoption of preventive health behaviours among women. The study aimed to assess participants' awareness of and participation in essential preventive examinations, examine the individual dimensions of health orientation, and investigate their statistical associations with preventive behaviour. A quantitative, cross-sectional research design was employed using a structured questionnaire administered to a sample of 150 women aged 30 to 60 years. The research instrument included demographic questions, items concerning participation in preventive examinations, and the Greek version of the Health Orientation Scale. The internal consistency of the individual dimensions ranged from $\alpha = .688$ to $\alpha = .877$. Descriptive statistics, Pearson correlation analyses, and analyses of variance were used to analyse the data. The findings indicated a high level of awareness of the preventive screening programme, although actual participation was comparatively lower. Participation in Papanicolaou testing was particularly frequent, whereas mammography was performed more systematically among older age groups. The highest mean scores were recorded for internal health control, $M = 3.98$ and $SD = 0.717$, personal health consciousness, $M = 3.72$ and $SD = 0.699$, and motivation to maintain health, $M = 3.71$ and $SD = 0.801$. The lowest mean score was observed for concern about health image in relation to others, $M = 1.77$ and $SD = 0.794$. The strongest correlation between the dimensions was found between motivation to avoid an unhealthy condition and motivation to maintain health, $r(148) = .830$, $p < .001$. Associations between the prevention index and the dimensions of health orientation were generally weak. In conclusion, the adoption of preventive health behaviours is associated with a complex combination of psychological, social, and demographic characteristics. Health orientation did not demonstrate a strong and direct statistical association with the prevention index in this sample, highlighting the importance of considering practical, social, and structural factors alongside individual health-related attitudes. **Keywords:** Health orientation, preventive health behaviors, women's health, preventive screening, Health Orientation Scale.

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα	6
Κατάλογος Πινάκων	8
Κατάλογος Διαγραμμάτων	10
Εισαγωγή	12
1. Προληπτικές συμπεριφορές υγείας	14
1.1 Προληπτικές συμπεριφορές υγείας. Θεωρητική προσέγγιση	14
1.2 Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Μοντέλα Αυτορρύθμισης	17
1.3 Βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις προληπτικές συμπεριφορές	20
1.4 Ο ρόλος του φύλου και των κοινωνικών προσδοκιών στις συμπεριφορές υγείας	24
2. Η υγεία των γυναικών και η πρόληψη	29
2.1 Χαρακτηριστικά της υγείας των γυναικών	29
2.2 Προληπτικές εξετάσεις και συνήθειες υγείας των γυναικών	32
2.3 Εμπόδια στην πρόσβαση στην πρόληψη	36
2.4 Κοινωνικοπολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες	39
2.5 Ψυχολογικοί και γνωστικοί παράγοντες κινήτρων	42
3. Προσανατολισμός υγείας	46
3.1 Έννοια και ορισμός του προσανατολισμού υγείας	46
3.2. Συνείδηση για την Υγεία	49
3.3 Λοιπές διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας	51
4. Μεθοδολογία έρευνας	55
4.1 Σχεδιασμός της έρευνας	55
4.2 Δείγμα και δειγματοληψία	55
4.3 Ερευνητικά εργαλεία	56
4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	58

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

4.5 Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης	58
4.6 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας	58
5. Αποτελέσματα	59
5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	59
5.2 Προληπτικές εξετάσεις	64
5.3 Οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με την Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας	68
5.4 Οι διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας και η συσχέτισή τους	88
5.4.1 Έλεγχος αξιοπιστίας	88
5.4.2 Βαθμολογία στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου προσανατολισμού υγείας	89
5.4.3 Συσχετίσεις	91
5.5 Οι Παράγοντες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας και ο Δείκτης Πρόληψης	95
5.6 Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικά δημογραφικά προφίλ	103
Συζήτηση	118
Βιβλιογραφία	123
Παράρτημα	134

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά της μεταβλητής «Ηλικία»	60
Πίνακας 2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	63
Πίνακας 3. Προληπτικές εξετάσεις	67
Πίνακας 4. Προσωπική επίγνωση της υγείας	69
Πίνακας 5. Ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους	71
Πίνακας 6. Άγχος για την υγεία	73
Πίνακας 7. Εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία	75
Πίνακας 8. Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	77
Πίνακας 9. Κίνητρο για διατήρηση της υγείας	79
Πίνακας 10. Εσωτερικός έλεγχος της υγείας	81
Πίνακας 11. Εξωτερικός έλεγχος της υγείας	83
Πίνακας 12. Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία	85
Πίνακας 13. Τρέχουσα κατάσταση υγείας	87
Πίνακας 14. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας	88
Πίνακας 15. Οι διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας	90
Πίνακας 16. Ανάλυση συσχέτισης για τις διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας	93
Πίνακας 17. Οι Παράγοντες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας και ο Δείκτης Πρόληψης	95

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 18. Ανάλυση συσχέτισης για τους Παράγοντες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας.....97

Πίνακας 19. Ανάλυση συσχέτισης του Δείκτη Πρόληψης με τους Παράγοντες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας..... 98

Πίνακας 20. Ανάλυση συσχέτισης του Δείκτη Πρόληψης με τις Διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας..... 99

Πίνακας 21. Ανάλυση συσχέτισης της ηλικίας και του Δείκτη Πρόληψης με τις Διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας..... 101

Πίνακας 22. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική ηλικία..... 103

Πίνακας 23. Τα αποτελέσματα του post hoc test LSD για τη διαφορετική ηλικία104

Πίνακας 24. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο 107

Πίνακας 25. Τα αποτελέσματα του post hoc test LSD για το διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο 108

Πίνακας 26. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό τόπο κατοικίας..... 114

Πίνακας 27. Τα αποτελέσματα του post hoc test LSD για τον διαφορετικό τόπο κατοικίας..... 115

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Συμμετοχή σε έρευνα	59
Διάγραμμα 2. Τόπος κατοικίας	61
Διάγραμμα 3. Ύπαρξη παιδιών	61
Διάγραμμα 4. Ενημέρωση για το πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού «Φώφη Γεννηματά»	64
Διάγραμμα 5. Συχνότητα μαστογραφίας	65
Διάγραμμα 6. Συχνότητα τεστ Παπανικολάου	66
Διάγραμμα 7. Οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με την διάσταση «Προσωπική επίγνωση της υγείας»	69
Διάγραμμα 8 . Ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους	71
Διάγραμμα 9. Άγχος για την υγεία	73
Διάγραμμα 10. Εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία	75
Διάγραμμα 11. Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	77
Διάγραμμα 12. Κίνητρο για διατήρηση της υγείας	79
Διάγραμμα 13. Εσωτερικός έλεγχος της υγείας	81
Διάγραμμα 14. Εξωτερικός έλεγχος της υγείας	83
Διάγραμμα 15. Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία	85
Διάγραμμα 16. Τρέχουσα κατάσταση υγείας	87
Διάγραμμα 17. Οι διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας	90

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Διάγραμμα 18. Οι Παράγοντες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας 96

Διάγραμμα 19. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική ηλικία 105

Διάγραμμα 20. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο 111

Διάγραμμα 21. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο II 111

Διάγραμμα 22. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο III 112

Διάγραμμα 23. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο IV 112

Διάγραμμα 24. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό τόπο κατοικίας 116

Διάγραμμα 25. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό τόπο κατοικίας II 116

Διάγραμμα 26. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό τόπο κατοικίας III 117

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Εισαγωγή

Η πρόληψη στην υγεία αποτελεί βασικό πεδίο της δημόσιας υγείας, καθώς συνδέεται με την έγκαιρη ανίχνευση νοσημάτων, τη μείωση του κινδύνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Στην περίπτωση των γυναικών, οι προληπτικές συμπεριφορές αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, επειδή σχετίζονται με τον προσυμπτωματικό έλεγχο, την αναπαραγωγική υγεία, τη φροντίδα του σώματος και τη διαχείριση παραγόντων κινδύνου σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Η σχετική βιβλιογραφία δείχνει ότι η πρόληψη επηρεάζεται από βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες, από τα κοινωνικά συμφραζόμενα του φύλου και από γνωστικούς και κινητοποιητικούς μηχανισμούς που κατευθύνουν τη συμπεριφορά υγείας (Blanchard & Goodall, 2016; Phipps et al., 2019; Walters, 2004; Ritchie et al., 2021). Στο ίδιο πλαίσιο, ο προσανατολισμός υγείας αναδεικνύεται ως σύνθετη ψυχολογική έννοια που συνδέεται με στάσεις, πεποιθήσεις και τάσεις δράσης απέναντι στην υγεία (Snell et al., 1991; Togas & Parlalis, 2021).

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στον προσανατολισμό υγείας και στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας σε γυναίκες ηλικίας τριάντα έως εξήντα ετών. Η σημασία της μελέτης εντοπίζεται στο ότι προσεγγίζει την πρόληψη όχι μόνο ως πρακτική χρήσης υπηρεσιών υγείας αλλά και ως αποτέλεσμα εσωτερικών στάσεων, κινήτρων και αντιλήψεων ελέγχου. Σκοπός της είναι να αποτυπώσει το επίπεδο ενημέρωσης και συμμετοχής των γυναικών στις προληπτικές εξετάσεις, να εξετάσει τις διαστάσεις και τους παράγοντες του προσανατολισμού υγείας και να διερευνήσει τη μεταξύ τους σχέση. Η μελέτη ακολούθησε ποσοτική προσέγγιση με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία, ερωτήσεις για την πρόληψη και την ελληνική έκδοση της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας.

Η εργασία οργανώνεται σε διακριτές αλλά αλληλένδετες ενότητες. Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει το θεωρητικό πλαίσιο των προληπτικών συμπεριφορών υγείας, με έμφαση στη θεωρητική τους προσέγγιση, στη Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, στα μοντέλα αυτορρύθμισης και στους βιοψυχοκοινωνικούς προσδιοριστές τους. Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει ειδικά στην υγεία των γυναικών, στις προληπτικές εξετάσεις, στα εμπόδια πρόσβασης και στους κοινωνικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς, ψυχολογικούς και γνωστικούς παράγοντες που

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

επηρεάζουν την πρόληψη. Το τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσει την έννοια του προσανατολισμού υγείας και τη συνείδηση για την υγεία. Στη συνέχεια ακολουθούν η μεθοδολογία, η παρουσίαση των αποτελεσμάτων, η συζήτηση των ευρημάτων και τα τελικά συμπεράσματα της μελέτης.

1. Προληπτικές συμπεριφορές υγείας

1.1 Προληπτικές συμπεριφορές υγείας. Θεωρητική προσέγγιση

Οι προληπτικές συμπεριφορές υγείας αναφέρονται σε σκόπιμες ενέργειες που μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης ασθένειας, ανιχνεύουν καταστάσεις σε μια πρώιμη και πιο διαχειρίσιμη φάση και διατηρούν τη λειτουργική ικανότητα των ατόμων σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Τυπικά παραδείγματα περιλαμβάνουν τον εμβολιασμό, τη συμμετοχή σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, τις ασφαλέστερες σεξουαλικές πρακτικές, τα ισορροπημένα διατροφικά πρότυπα, την τακτική σωματική δραστηριότητα και την τήρηση των οδηγιών για την μείωση των παραγόντων κινδύνου. Θεωρητικά, η προληπτική συμπεριφορά λειτουργεί ως σύνδεση μεταξύ του βιοϊατρικού κινδύνου και της καθημερινής λήψης αποφάσεων, καθώς απαιτεί από τα άτομα να ερμηνεύουν πληροφορίες, να εκτιμούν τις συνέπειες των πράξεων τους, να προβλέπουν τα αποτελέσματα και να συντονίζουν τη δράση τους σε πραγματικές συνθήκες. Η σχετική βιβλιογραφία στη νοσηλευτική και τη δημόσια υγεία τοποθετεί επίσης την πρόληψη σε έναν ευρύτερο προσανατολισμό προαγωγής της υγείας, στον οποίο η υγεία αντιμετωπίζεται ως μια έννοια που εκφράζεται μέσω διαδικασιών, ρόλων και πόρων (Kulbok & Baldwin, 1992).

Ένα σύνολο θεωρητικών προσεγγίσεων πλαισιώνει την πρόληψη μέσω της νόησης και της μάθησης. Το μοντέλο Γνώσης-Στάσης-Πρακτικής οργανώνει την αλλαγή συμπεριφοράς ως μια εξέλιξη από την απόκτηση πληροφοριών στη διαμόρφωση αξιολογικών προσανατολισμών και στη συνέχεια στην έκφραση αυτών των προσανατολισμών στην πράξη. Μέσα σε αυτή τη λογική, η γνώση λειτουργεί ως μια συνθήκη προδιάθεσης που διαμορφώνει αυτό που οι άνθρωποι θεωρούν εύλογο και ωφέλιμο, ενώ οι στάσεις και οι αντιληπτοί κανόνες επηρεάζουν την ετοιμότητα για τη μετατροπή των πληροφοριών σε συνήθειες πρακτικές. Στην ιατρική πρακτική, οι θεωρητικές προσεγγίσεις έχουν τονίσει ότι η εκπαίδευση αποκτά αποτελεσματικότητα όταν ευθυγραμμίζεται με τους κοινωνικούς κανόνες, τις προσωπικές προσδοκίες και το περιβάλλον, καθώς αυτά τα στοιχεία ρυθμίζουν τη συμπεριφορά σε πολλαπλά μοντέλα που χρησιμοποιούνται στην εκπαίδευση υγείας (Maeland & Aarø, 1993).

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης και οι σχετικές προσεγγίσεις περιγράφουν την προληπτική συμπεριφορά ως μια διαδικασία που διαμορφώνεται και σταθεροποιείται όταν το άτομο παρατηρεί πρότυπα, δοκιμάζει τη συμπεριφορά του και βλέπει ότι αυτή ανταμείβεται ή το ανακουφίζει, ενώ παράλληλα νιώθει ότι μπορεί να την εφαρμόσει αποτελεσματικά. Τα άτομα παρακολουθούν τις συνέπειες που βιώνουν τα ίδια και οι άνθρωποι του περιβάλλοντός τους και στη συνέχεια ενημερώνουν τις προσδοκίες τους σχετικά με το ποιες ενέργειες προσφέρουν πολύτιμα αποτελέσματα. Με αυτή τη λογική, το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει καθοριστικά την πρόληψη, καθώς τα πρότυπα συμπεριφοράς που προσφέρουν οι φίλοι, η οικογένεια και οι επαγγελματίες υγείας δίνουν πρακτικούς τρόπους εφαρμογής και ταυτόχρονα σηματοδοτούν ότι η προληπτική δράση είναι αποδεκτή, χρήσιμη και ρεαλιστικά εφαρμόσιμη. Η Κοινωνικογνωσιακή Θεωρία του Bandura επεκτείνει αυτήν την ερμηνεία συνδέοντας την συμπεριφορική απόδοση με αμοιβαίες αλληλεπιδράσεις μεταξύ προσωπικών παραγόντων, συμπεριφοράς και περιβάλλοντος, με την αυτό-αποτελεσματικότητα να λειτουργεί ως κεντρικός μηχανισμός για τη μετατροπή της πρόθεσης σε διαρκή δράση. Η εκπαίδευση υγείας υποστηρίζει έτσι την πρόληψη ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση και την ικανότητα των ατόμων, παράλληλα με την καλλιέργεια των προσδοκιών για αποτελέσματα (Maeland & Aarø, 1993).

Η θεωρία ελέγχου για την υγεία παρέχει μια συμπληρωματική παρακινητική ερμηνεία εστιάζοντας στις πεποιθήσεις σχετικά με τις πηγές των αποτελεσμάτων για την υγεία. Τα άτομα που αντιλαμβάνονται μια ουσιαστική σύνδεση μεταξύ των ενεργειών τους και των αποτελεσμάτων για την υγεία συχνά επενδύουν στην μεγαλύτερη προσπάθεια στην πρόληψη, καθώς η συμπεριφορά βιώνεται ως επακόλουθη. Αυτό συνδέεται με την έννοια της υγείας ως αξίας, η οποία αντιμετωπίζει την πρόληψη ως συνάρτηση της προτεραιότητας που έχει αποδοθεί στην υγεία σε σχέση με τους ανταγωνιστικούς στόχους. Εμπειρικές έρευνες έδειξαν ότι η αξία της υγείας αλληλεπιδρά με τις πεποιθήσεις σχετικά με τον έλεγχο και την αποτελεσματικότητα για να διαμορφώσει την επακόλουθη προληπτική συμπεριφορά, ειδικά όταν η υγεία αποτελεί την κύρια αξία που διέπει τη συμπεριφορά (Lau et al., 1986).

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία παρέχει μια ευρέως χρησιμοποιούμενη δομή για την εξήγηση της υιοθέτησης προληπτικών δράσεων

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

μέσω της αντιληπτής ευαισθησίας, της αντιληπτής σοβαρότητας, των αντιληπτών οφελών, των αντιληπτών εμποδίων, των ενδείξεων για δράση και της αυτο-αποτελεσματικότητας. Το μοντέλο λαμβάνει υπόψη τα πρότυπα συμμετοχής στις υπηρεσίες ελέγχου και πρόληψης και παραμένει ισχυρό σε όλους τους τομείς πρόληψης (Alyafei & Easton Carr, 2024). Η εφαρμοσμένη χρησιμότητά του είναι σαφής στις προσπάθειες πρόληψης που απαιτούν εθελοντική αλλαγή, όπως η εκπαίδευση για την πρόληψη του HIV. Σε αυτό το πλαίσιο, τα γνωστικά αντιληπτικά στοιχεία υποστηρίζουν την έναρξη της προληπτικής συμπεριφοράς, καθώς τα άτομα σταθμίζουν τις εκτιμήσεις απειλών και τις εκτιμήσεις δράσης σε σχέση με τις διαθέσιμες στρατηγικές και τις προσωπικές συνθήκες (Soto Mas et al., 1997).

Η Θεωρία της Λογικής Δράσης προσφέρει μια άλλη γνωστική κοινωνική ερμηνεία συνδέοντας τη συμπεριφορά με την πρόθεση συμπεριφοράς, η οποία διαμορφώνεται από τις στάσεις απέναντι στη συμπεριφορά και τους αντιληπτούς κοινωνικούς κανόνες. Στο πλαίσιο της προληπτικής υγείας, υποστηρίζει την έμφαση σε κανονιστικά πλαίσια και ομάδες αναφοράς, καθώς η αντιληπτή έγκριση από το κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων μπορεί να αυξήσει την προθυμία για την εκτέλεση προληπτικών ενεργειών και τη διατήρησή τους με την πάροδο του χρόνου. Αυτό ευθυγραμμίζεται με στρατηγικές που συνδυάζουν την ενημερωτική συμβουλευτική με τη διαμόρφωση κανόνων και τους μηχανισμούς κοινωνικής υποστήριξης, έτσι ώστε η πρόληψη να αποκτά τόσο προσωπικό νόημα όσο και κοινωνική αποδοχή (Maeland & Aarø, 1993).

Από την άποψη της εφαρμογής, οι θεωρίες πρόληψης επηρεάζουν επίσης τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες δομούν τις παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι ανασκοπήσεις των προσεγγίσεων αλλαγής συμπεριφοράς στην κλινική πρακτική έχουν δώσει έμφαση σε πρακτικές στρατηγικές όπως η ανάπτυξη δεξιοτήτων, η ενίσχυση, η μείωση των εμποδίων και η κινητοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης, παράλληλα με τις γνωστικές προσεγγίσεις που αντιμετωπίζουν τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες (Elder et al., 1999). Πρόσφατα στοιχεία υπογραμμίζουν περαιτέρω πώς η προληπτική συμπεριφορά ποικίλλει ανάλογα με τους ψυχοκοινωνικούς πόρους που αντανακλούν τη γνώση, την αυτοπεποίθηση και την εμπιστοσύνη. Μια αντιπροσωπευτική μελέτη σε μια πολύγλωσση περιοχή της Βόρειας Ιταλίας διαπίστωσε υψηλότερες βαθμολογίες προληπτικής συμπεριφοράς

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

μεταξύ γυναικών, ηλικιωμένων, ατόμων με ανώτερη εκπαίδευση και συμμετεχόντων με ισχυρότερη ενεργοποίηση ασθενών και υγειονομική παιδεία, ενώ η δυσπιστία στις επαγγελματικές πληροφορίες υγείας έδειξε μια αντίστροφη συσχέτιση με την προληπτική συμπεριφορά (Ausserhofer et al., 2025).

Συνολικά, μια θεωρητική προσέγγιση στις προληπτικές συμπεριφορές υγείας γίνεται καλύτερα αντιληπτή μέσα από ένα ολοκληρωμένο πρίσμα που αντιμετωπίζει την πρόληψη ως προϊόν γνωστικών αξιολογήσεων, μαθησιακών προσδοκιών, εκτιμημένων στόχων, κοινωνικών κανόνων και ενίσχυσης από το κοινωνικό περιβάλλον. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, οι επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν την πρόληψη διαμορφώνοντας το νόημα της, ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα, ευθυγραμμίζοντας τους κανόνες και δομώντας περιβάλλοντα που καθιστούν τις προληπτικές επιλογές βολικές, ορατές και κοινωνικά υποστηριζόμενες (Maeland & Aarø, 1993; Kulbok & Baldwin, 1992).

1.2 Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Μοντέλα Αυτορρύθμισης

Η παρούσα ενότητα εστιάζει στη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και στα μοντέλα αυτορρύθμισης ως συμπληρωματικές εξηγήσεις της συμπεριφοράς πρόληψης ασθενειών, με έμφαση στο πώς διαμορφώνονται οι προθέσεις και πώς οι προθέσεις μεταφράζονται σε διαρκή δράση. Η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς αντιλαμβάνεται την προληπτική συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα της πρόθεσης και του αντιληπτού ελέγχου συμπεριφοράς, με την πρόθεση να διαμορφώνεται από τις στάσεις απέναντι στη συμπεριφορά, τους υποκειμενικούς κανόνες και τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς. Οι στάσεις καταγράφουν μια συνολική αξιολόγηση της εκτέλεσης μιας προληπτικής πράξης, οι υποκειμενικοί κανόνες καταγράφουν τις αντιληπτές κοινωνικές προσδοκίες από σημαντικά σημεία αναφοράς και ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς καταγράφει την αντιληπτή ικανότητα και την πρόσβαση σε πόρους στο σχετικό πλαίσιο. Αυτή η δομή ταιριάζει σε συμπεριφορές πρόληψης που απαιτούν συνειδητή επιλογή σε καθημερινές συνθήκες, όπως η εμβολιαστική αγωγή, η συμμετοχή στον έλεγχο, οι πρακτικές υγιεινής και η τήρηση των κλινικών συστάσεων.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Ένα σύγχρονο εμπειρικό παράδειγμα προέρχεται από τους Fang et al. (2025), οι οποίοι ενσωμάτωσαν τις έννοιες του TPB σε μεταβλητές πεποιθήσεων υγείας για να εξηγήσουν την πρόθεση προληπτικής συμπεριφοράς υγείας σε ένα περιβάλλον εξέτασης υγείας. Τα ευρήματά τους έδειξαν ότι η στάση, οι υποκειμενικοί κανόνες και ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς προβλέπουν σημαντικά την πρόθεση, ενώ η αυτοαποτελεσματικότητα λειτουργεί ως μερικός μεσολαβητής, ενισχύοντας τη μετάβαση από αυτούς τους προγνωστικούς παράγοντες προς την πρόθεση. Η συγκεκριμένη διαπίστωση αποσαφηνίζει έναν πρακτικό μηχανισμό, καθώς οι πεποιθήσεις σχετικά με την προσωπική ικανότητα ενισχύουν τον σχηματισμό της πρόθεσης και διευκολύνουν τη μετατροπή των κοινωνικών επιρροών και των αξιολογήσεων σε ετοιμότητα για δράση. Παράλληλα, η ίδια μελέτη ανέδειξε ότι τα αντιληπτά εμπόδια λειτουργούν ανασταλτικά μέσα στη συνολική δομή των πεποιθήσεων, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της μείωσης της καθημερινής τριβής και των πρακτικών δυσκολιών, ώστε ο αντιληπτός έλεγχος και η αυτοαποτελεσματικότητα να διατηρούνται σε υψηλά επίπεδα στις κρίσιμες στιγμές λήψης απόφασης (Fang et al., 2025).

Η ανάλυση σχετικά με την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων υποστηρίζει επίσης την πρόληψη τους ως ένα χρήσιμο πλαίσιο για τον σχεδιασμό στρατηγικών προαγωγής της υγείας. Σε μια συστηματική ανασκόπηση των συμπεριφορών πρόληψης της COVID-19, οι εφαρμογές της πρόληψης των λοιμωδών νοσημάτων τόνιζαν σταθερά την κεντρική θέση της πρόθεσης, της κανονιστικής επιρροής και του αντιληπτού ελέγχου, υποδηλώνοντας ότι οι εκστρατείες πρόληψης κερδίζουν έδαφος όταν ενισχύουν τις ευνοϊκές στάσεις, σηματοδοτούν ισχυρή κοινωνική έγκριση και αυξάνουν την αντιληπτή σκοπιμότητα μέσω σαφών οδηγιών και προσβάσιμων πόρων (Prasetya et al., 2024). Σε αυτό το πλαίσιο, η πρόληψη των ασθενειών αναδεικνύεται σε κοινωνικά ενσωματωμένη πρακτική, καθώς επηρεάζεται τόσο από τον τρόπο με τον οποίο οι κοινότητες διατυπώνουν και μεταδίδουν τις προσδοκίες τους, όσο και από τον βαθμό στον οποίο οι θεσμοί οργανώνουν υποδομές και διαδικασίες που καθιστούν την προληπτική δράση εφικτή και άμεσα εφαρμόσιμη.

Επιπλέον, οι Paul et al. (2023) αξιολόγησαν παρεμβάσεις βασισμένες στο TPB για τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων σε περιβάλλοντα χαμηλού υγειονομικού γραμματισμού και κατέγραψαν ότι οι παρεμβάσεις εμφανίζουν αποτελεσματικότητα,

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

πρακτική εφαρμοσιμότητα και υψηλή πιστότητα υλοποίησης στις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν, ενώ η δομημένη εκπαίδευση αποτέλεσε τον συχνότερο και κοινό τρόπο παροχής τους (Paul et al., 2023). Η εκπαίδευση μπορεί να ενισχύσει τις στάσεις διευκρινίζοντας τα οφέλη, να ενισχύσει τους υποκειμενικούς κανόνες μέσω της έγκρισης από τον κλινικό ιατρό και των ομαδικών διαδικασιών και να ενισχύσει τον αντιληπτό έλεγχο μέσω της πρακτικής εξάσκησης δεξιοτήτων και της υποστήριξης επίλυσης προβλημάτων, αυξάνοντας έτσι την πρόθεση και την επακόλουθη δράση (Paul et al., 2023). Για περιβάλλοντα όπου οι απαιτήσεις κατανόησης είναι υψηλές, το πρίσμα του TPB ενθαρρύνει τους σχεδιαστές παρεμβάσεων να συνδυάσουν το πειστικό περιεχόμενο με την ανάπτυξη ικανοτήτων.

Μια ευρύτερη συζήτηση λαμβάνει χώρα στην έρευνα των Alhamad και Donyai (2021), οι οποίοι εξέτασαν την καταλληλότητα του TPB για την κατανόηση των προθέσεων για επαναχρησιμοποίηση φαρμάκων. Η ανάλυσή τους υπογραμμίζει την εννοιολογική δύναμη σαφώς καθορισμένων δομών και την ευελιξία του TPB σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία που περιλαμβάνουν συμβιβασμούς, κοινωνική έγκριση και κρίσεις σκοπιμότητας. Αυτού του είδους η έρευνα υποστηρίζει την αυτορρύθμιση ως ένα γενικό επεξηγηματικό πλαίσιο για συμπεριφορές προσανατολισμένες στην πρόθεση, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών επιλογών, όταν η συμπεριφορά περιλαμβάνει τόσο προσωπική αξιολόγηση όσο και αντιληπτή κοινωνική αποδοχή (Alhamad & Donyai, 2021).

Τα μοντέλα αυτορρύθμισης εστιάζουν στις διαδικασίες που μετακινούν τους ανθρώπους από την πρόθεση στη διατηρούμενη συμπεριφορά. Η αυτορρύθμιση αναφέρεται στον έλεγχο της προσοχής, του συναισθήματος και της δράσης που κατευθύνεται από τον στόχο μέσω τεχνικών όπως ο καθορισμός στόχων, ο σχεδιασμός δράσης, η αυτό-παρακολούθηση, η χρήση ανατροφοδότησης και οι αντιδράσεις αντιμετώπισης. Μια συστηματική ανασκόπηση διαπίστωσε ότι τα στοιχεία παρέμβασης συχνά καθιστούν λειτουργική την αυτορρύθμιση μέσω τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς, όπως η εξατομικευμένη ανατροφοδότηση, ο καθορισμός στόχων και η αυτό-παρακολούθηση, με την αποτελεσματικότητα να ποικίλλει ανάλογα με τη συμπεριφορά και τον πληθυσμό (Hennessy et al., 2020). Αυτά τα στοιχεία τοποθετούν την αυτορρύθμιση ως μια πρακτική βάση για τον

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

σχεδιασμό παρεμβάσεων και έναν τρόπο εξήγησης για το γιατί ορισμένες προθέσεις επιμένουν και γενικεύονται.

Επιπλέον, ο Bellg (2003) πρότεινε ένα μοντέλο εσωτερίκευσης της συμπεριφοράς υγείας στο οποίο η ανάληψη ευθύνης, η αυτοδιάθεση, η ασφάλεια και η υποστήριξη, μαζί με τις ανάγκες ικανότητας και αντιμετώπισης, διευκολύνουν την ενσωμάτωση νέων συμπεριφορών στην ταυτότητα και την καθημερινή ρουτίνα. Αυτή η προσέγγιση ευθυγραμμίζεται με την πρόληψη ως ένα βιώσιμο πρότυπο τρόπου ζωής και όχι ως μία μόνο απόφαση, και αναδεικνύει τις υποστηρικτικές κλινικές σχέσεις και τον σχεδιασμό πλαισίου ως κινητήριες δυνάμεις της διαρκούς αυτορρύθμισης (Bellg, 2003). Τέλος, οι Miller et al. (2018) περιέγραψαν παρεμβάσεις που στοχεύουν στην εκτελεστική λειτουργία, τη ρύθμιση των συναισθημάτων και τη σκέψη προσανατολισμένη στο μέλλον, συνδέοντας την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτορρύθμισης με πρότυπα συμπεριφοράς υγείας, όπως η διατροφή και η δραστηριότητα. Αυτή η προσέγγιση υποστηρίζει την πρόληψη ως μια πορεία που διαμορφώνεται από την απόκτηση δεξιοτήτων και τη δομή του περιβάλλοντος, με την αυτορρύθμιση να χρησιμεύει ως μια ικανότητα που επιτρέπει πιο υγιεινές επιλογές διαχρονικά (Miller et al., 2018).

1.3 Βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις προληπτικές συμπεριφορές

Οι βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες στηρίζουν την εξήγηση των προληπτικών συμπεριφορών υγείας ως πρότυπα δράσης που διαμορφώνονται από τη βιολογική κατάσταση των ατόμων, τις ψυχολογικές τους διεργασίες και τις κοινωνικές συνθήκες. Αυτή η προσέγγιση αντιμετωπίζει την πρόληψη ως μια δυναμική ευθυγράμμιση μεταξύ των αντιληπτών αναγκών υγείας, των κινήτρων και των γνωστικών πόρων και της πρόσβασης σε υποστηρικτικά περιβάλλοντα που καθιστούν τις προστατευτικές πρακτικές ουσιαστικές. Η πρώιμη έρευνα στην κοινωνική εργασία τόνισε ότι οι καθοριστικοί παράγοντες της προληπτικής συμπεριφοράς συσσωρεύονται γύρω από τις υποστηρίξεις και τους περιορισμούς που λειτουργούν σε ατομικό, διαπροσωπικό και θεσμικό επίπεδο, με άμεσες επιπτώσεις στον σχεδιασμό παρεμβάσεων σε κοινοτικό και κλινικό περιβάλλον (Coulton, 1978). Σύγχρονα στοιχεία συνεχίζουν να

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

ενισχύουν αυτήν την πολυεπίπεδη λογική στην πρόληψη χρόνιων ασθενειών, τον έλεγχο των λοιμωδών ασθενειών και την αξιοποίηση των προληπτικών υπηρεσιών.

Η βιολογική διάσταση συμβάλλει μέσω της κατάστασης της υγείας, της εμπειρίας των συμπτωμάτων και των προφίλ χρόνιων παθήσεων που διαμορφώνουν την αντιληπτή επείγουσα ανάγκη και το αντιληπτό όφελος των προληπτικών δράσεων. Σε πληθυσμούς μέσης ηλικίας, η χρήση υπηρεσιών προληπτικής υγείας σχετίζεται με τα προσωπικά χαρακτηριστικά υγείας, συμπεριλαμβανομένων των προφίλ χρόνιων ασθενειών και αναπηρίας, παράλληλα με πόρους που σχετίζονται με τις ικανότητες, όπως οι αριθμητικές δεξιότητες και οι γνώσεις σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες (Yarifard et al., 2025). Στην πρόληψη χρόνιων νοσημάτων, βασικές συμπεριφορές κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, οι ανθυγιεινές διατροφικές επιλογές, η ανεπαρκής σωματική δραστηριότητα, η στέρηση ύπνου, το χρόνιο στρες και τα φτωχά πρότυπα κοινωνικής σύνδεσης, λειτουργούν ως άμεσες συνέπειες που αυξάνουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Ο ουσιαστικός αντίκτυπος στη δημόσια υγεία προκύπτει όταν οι παρεμβάσεις κατορθώνουν να μετατοπίσουν αυτές τις τροποποιήσιμες πρακτικές σε επίπεδο πληθυσμού και σε επαρκή κλίμακα, ώστε να αλλάξουν συνολικά το προφίλ κινδύνου των κοινοτήτων (Rahelić et al., 2024). Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την αντίληψη ότι η προληπτική συμπεριφορά αποτελεί αφενός αντίδραση σε έναν κίνδυνο που βιώνεται στο σώμα και στην καθημερινότητα, και αφετέρου μηχανισμό που επηρεάζει τις μελλοντικές πορείες υγείας μέσω της συσσώρευσης μικρών αλλά σταθερών αλλαγών στον τρόπο ζωής.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες λειτουργούν μέσω της γνώσης, των αντιληπτών οφελών, των αντιληπτών εμποδίων, των συναισθημάτων και της αυτοαποτελεσματικότητας, τα οποία επηρεάζουν την έναρξη και τη διατήρηση των προληπτικών πρακτικών. Κατά τη διάρκεια του COVID-19, έρευνα με δεδομένα φοιτητών νοσηλευτικής τόνισαν τον φόβο της μόλυνσης, τα αντιληπτά οφέλη του ελέγχου των λοιμώξεων, τα αντιληπτά εμπόδια και τις εκπαιδευτικές ανάγκες ως σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες προληπτικών συμπεριφορών, υποδηλώνοντας ότι η συναισθηματική διέγερση και η πρακτική αξιολόγηση διαμορφώνουν από κοινού την τήρηση των προστατευτικών διαδικασιών (Jung & Kim, 2022). Στο ευρύ κοινό, οι προληπτικές ενέργειες κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος πανδημίας σχετίζονταν με την αντιληπτή σοβαρότητα και την αντιληπτή

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

αποτελεσματικότητα των μέτρων, παράλληλα με την υγειονομική παιδεία και την πρόσβαση σε πληροφορίες, υποδεικνύοντας μια διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης στην οποία η κατανόηση και η αξιολόγηση καθορίζουν τα πρότυπα συμπεριφοράς (Sánchez Arenas et al., 2021).

Στην πράξη του προληπτικού ελέγχου, τα ευρήματα μικτών μεθόδων για την αυτοεξέταση μαστού σε φοιτήτριες ιατρικής ανέδειξαν ένα επαναλαμβανόμενο χάσμα ανάμεσα στη γνώση και στην πράξη. Παρότι η ενημέρωση γύρω από τους παράγοντες κινδύνου ήταν σχετικά ικανοποιητική, η εφαρμογή της αυτοεξέτασης παρέμενε άνιση. Παράγοντες που διευκόλυναν την υιοθέτηση της πρακτικής ήταν η εκπαίδευση από αξιόπιστη πηγή και η προσωπική επαφή με το πρόβλημα μέσω ενός γνωστού προσώπου, στοιχεία που αύξαναν τη σημασία και την αίσθηση ρεαλισμού της πρόληψης. Αντίθετα, τα κύρια ψυχολογικά εμπόδια συνδέονταν με χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα και με φόβους που είτε αποθάρρυναν την αναζήτηση της εξέτασης είτε ενίσχυαν την αποφυγή μπροστά στο ενδεχόμενο ενός ευρήματος (Reddy et al., 2024). Συνολικά, οι σχετικές μελέτες δείχνουν ότι η πρόληψη διαμορφώνεται από τη συνύπαρξη τριών παραγόντων, μιας ενημερωμένης αξιολόγησης του κινδύνου, μιας συναισθηματικής κινητοποίησης που καθιστά το ζήτημα σημαντικό και μιας επαρκούς αυτοπεποίθησης ότι η συμπεριφορά μπορεί να εκτελεστεί σωστά και να επαναληφθεί σταθερά.

Οι αυτοαντιλήψεις και οι ταυτοτικές δομές επηρεάζουν ουσιαστικά τη μακροχρόνια υιοθέτηση προληπτικών συνηθειών, επειδή οργανώνουν το πώς το άτομο κατανοεί τις δυνατότητές του, την ευαλωτότητα και το τι θεωρεί εφικτό στην καθημερινότητα. Διαχρονικά δεδομένα έδειξαν ότι πιο θετικές αυτοαντιλήψεις για τη γήρανση συνδέονται με υψηλότερη και πιο σταθερή δέσμευση σε συμπεριφορές όπως ισορροπημένη διατροφή, άσκηση και τήρηση οδηγιών φαρμακευτικής αγωγής σε βάθος χρόνου (Levy & Myers, 2004). Το εύρημα αυτό εντάσσει την πρόληψη σε ένα προσωπικό πλαίσιο, όπου η ερμηνεία του σταδίου ζωής και η πεποίθηση επάρκειας καθορίζουν την προθυμία να επενδυθεί προσπάθεια σε βιώσιμες προστατευτικές διαδικασίες. Κατά συνέπεια, παρεμβάσεις που ενισχύουν ρεαλιστικές και ενδυναμωτικές αναπαραστάσεις της γήρανσης, μαζί με δεξιότητες και καθοδήγηση, μπορούν να στηρίξουν την καλύτερη διατήρηση προληπτικών πρακτικών.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Παράλληλα, η κοινωνική διάσταση της πρόληψης περιλαμβάνει κοινωνικοοικονομικούς πόρους, εκπαίδευση, πρόσβαση σε θεσμούς, ασφάλεια στέγασης, χαρακτηριστικά του τόπου κατοικίας και υποδομές εμπιστοσύνης και πληροφόρησης που καθορίζουν τις πραγματικές ευκαιρίες δράσης. Στην έρευνα των Kino & Kawachi (2020) με ανάλυση δεδομένων NHANES, οι προληπτικές πρακτικές εξηγούσαν μεγάλο μέρος των ανισοτήτων υγείας που συνδέονται με το επίπεδο εκπαίδευσης, με το κάπνισμα και το υπερβολικό βάρος να συμβάλλουν ιδιαίτερα, ενώ οι ανισότητες που συνδέονται με το εισόδημα παρουσίαζαν διαφορετική επεξηγηματική δομή, γεγονός που δείχνει ότι η κοινωνική διαστρωμάτωση δρα μέσω πολλαπλών οδών πέρα από τις συμπεριφορές του τρόπου ζωής (Kino & Kawachi, 2020). Στη μέση ηλικία, παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση προληπτικών υπηρεσιών οργανώνονται σε προσωπικούς, θεσμικούς και κοινωνικούς τομείς, με την ανασφάλεια στέγασης και την αστικοποίηση να επηρεάζουν την πρόσβαση και τη γνώση (Yarifard et al., 2025). Κατά την COVID-19, η υγειονομική παιδεία και η πρόσβαση σε αξιόπιστες πηγές σχετίστηκαν με περισσότερες προληπτικές δράσεις, αναδεικνύοντας τη σημασία των πληροφοριακών περιβαλλόντων (Sánchez Arenas et al., 2021). Η εικόνα αυτή συνάδει με την άποψη του Coulton (1978), σύμφωνα με την οποία οι περιβαλλοντικές ενισχύσεις και η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες αποτελούν κρίσιμους μοχλούς αύξησης της υιοθέτησης προληπτικής συμπεριφοράς (Coulton, 1978).

Τα διαθέσιμα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι οι αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης στηρίζονται σε μια ταυτόχρονη εστίαση σε τρία επίπεδα. Στις ιατρικές ανάγκες και τον ατομικό κίνδυνο, στους ψυχολογικούς μηχανισμούς που κινητοποιούν και διατηρούν τη συμπεριφορά και στις κοινωνικές και οργανωτικές συνθήκες που διευκολύνουν ή δυσκολεύουν την εφαρμογή. Η μείωση των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου αποδίδει περισσότερο όταν συνδέεται με τις καθημερινές πρακτικές, λαμβάνει υπόψη το πλαίσιο του στρες, ενισχύει τις δεξιότητες και την υτοπεποίθηση και συνδέει το άτομο με υποστηρικτικά δίκτυα και εύκολα προσβάσιμες υπηρεσίες (Rahelić et al., 2024; Coulton, 1978). Σε συνθήκες πανδημίας, η πρόληψη γίνεται πιο σταθερή όταν η εκπαίδευση μετατρέπει τα αντιληπτά οφέλη σε σαφή και εφαρμόσιμα βήματα δράσης και όταν η πρόσβαση σε αξιόπιστες πληροφορίες επιτρέπει την ακριβή αξιολόγηση του κινδύνου και συνεχή συμμετοχή (Jung & Kim, 2022; Sánchez Arenas et al., 2021). Στον προληπτικό έλεγχο,

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

η υιοθέτηση ενισχύεται όταν η εκπαίδευση προέρχεται από αξιόπιστες πηγές, η αυτό-αποτελεσματικότητα καλλιεργείται μέσω πρακτικής και ανατροφοδότησης και αξιοποιούνται κοινωνικά ερεθίσματα που αυξάνουν τη σημασία και τη δέσμευση (Reddy et al., 2024). Σε βάθος χρόνου, οι αυτό-αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις των ατόμων περί της ταυτότητάς τους επηρεάζουν την επιμονή και τη σταθεροποίηση των προληπτικών διαδικασιών (Levy & Myers, 2004). Συνολικά, η πρόληψη αποδίδει περισσότερο όταν ο σχεδιασμός της αντιμετωπίζει συντονισμένα το ιατρικό σκέλος, το ψυχολογικό σκέλος και τις κοινωνικές και οργανωτικές προϋποθέσεις της εφαρμογής.

1.4 Ο ρόλος του φύλου και των κοινωνικών προσδοκιών στις συμπεριφορές υγείας

Οι προσδοκίες για το φύλο και οι κοινωνικές προσδοκίες διαμορφώνουν τις συμπεριφορές υγείας μέσω σεναρίων ρόλων που επηρεάζουν την αξιολόγηση κινδύνου, την αναζήτηση βοήθειας και τη συμμετοχή στην πρόληψη. Η προληπτική συμπεριφορά υγείας περιλαμβάνει δράσεις που μειώνουν την έκθεση σε ασθένειες και τραυματισμούς, υποστηρίζουν την έγκαιρη ανίχνευση και διατηρούν τη λειτουργικότητα σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Μια κοινωνιολογική προσέγγιση εξηγεί ότι οι διαφορές στην προληπτική συμπεριφορά σχετίζονται με τους κοινωνικούς και πολιτισμικούς ρόλους των φύλων. Οι ρόλοι αυτοί καθορίζουν τι θεωρείται σωστή φροντίδα του εαυτού, ποια μορφή ευαλωτότητας θεωρείται κοινωνικά αποδεκτή και πότε η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας αντιμετωπίζεται ως θεμιτή επιλογή (Nathanson, 1977).

Η συμπεριφορά υγείας λειτουργεί επομένως ως κοινωνική πρακτική που διαμορφώνεται από την κοινωνικοποίηση και τις απαιτήσεις των ρόλων των ενηλίκων. Η κοινωνικοποίηση του ρόλου του φύλου επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ερμηνεύουν τα σωματικά σήματα και αποφασίζουν εάν η επαγγελματική φροντίδα ταιριάζει στην ταυτότητα του ρόλου τους. Ο Nathanson (1977) περιγράφει ένα μοτίβο στο οποίο οι άνδρες σε πολλά δυτικά περιβάλλοντα εμπλέκονται συχνότερα στην ανάληψη κινδύνων και λιγότερο συχνά σε προληπτικά μέτρα, ενώ οι γυναίκες εμπλέκονται συχνότερα στην αποφυγή κινδύνων και στην πρόληψη που περιλαμβάνει ιατρική επαφή. Αυτός ο μηχανισμός επικεντρώνεται σε κανόνες που

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

ενθαρρύνουν τις γυναίκες να ορίζουν τα προβλήματα με ιατρικούς όρους και να αναζητούν βοήθεια εντός των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι άνδρες λαμβάνουν ισχυρότερα ερεθίσματα για αντοχή και αυτόνομη αντιμετώπιση (Nathanson, 1977). Αυτές οι προσδοκίες διαμορφώνουν τον χρόνο αναζήτησης φροντίδας, την εξέχουσα θέση στον έλεγχο και την υιοθέτηση προστατευτικών πρακτικών.

Η συστηματική παρακολούθηση του πληθυσμού ενισχύει την ιδέα ότι οι συμπεριφορές υγείας τείνουν να εμφανίζονται σε συγκεκριμένους συνδυασμούς, οι οποίοι οργανώνονται από κοινωνικούς κανόνες και προσδοκίες. Οι Liang et al. (1999) μελέτησαν ταυτόχρονα πολλές προληπτικές συμπεριφορές και συμπεριφορές που σχετίζονται με κίνδυνο και έδειξαν ότι σχηματίζονται διακριτές ομάδες, με σαφείς διαφοροποιήσεις ως προς την ηλικία και το φύλο. Στους άνδρες, οι ιατρικοί έλεγχοι και οι εξετάσεις χοληστερόλης συγκροτούσαν έναν χαρακτηριστικό συνδυασμό, ενώ στις γυναίκες περισσότερες πρακτικές ελέγχου και πρόληψης τείνουν να συνυπάρχουν και να ομαδοποιούνται μεταξύ τους (Liang et al., 1999). Παράλληλα, οι συμπεριφορές ανάληψης κινδύνου εμφανίζονταν συχνότερα σε νεότερες ηλικιακές ομάδες, στοιχείο που υποδηλώνει ότι σε πρώιμες φάσεις του κύκλου ζωής οι κοινωνικές προσδοκίες και οι ρόλοι συνδέουν πολλές επιμέρους επιλογές σε ένα ενιαίο πρότυπο τρόπου ζωής ή σε ένα σύνολο καθημερινών πρακτικών (Liang et al., 1999).

Άλλες έρευνες επίσης δείχνουν διαφορές μεταξύ των φύλων στην προληπτική ετοιμότητα και τις αντιληπτές ανάγκες. Σε μια αυστραλιανή έρευνα, οι πρακτικές ελέγχου και η προθυμία για αναζήτηση ιατρικής συμβουλής ποικίλλουν ανάλογα με το φύλο και την ηλικία, και οι ερωτηθέντες αξιολόγησαν τον τρόπο ζωής, τις σχέσεις και το περιβάλλον ως σημαντικές επιρροές στην υγεία (Deeks et al., 2009). Οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερη ετοιμότητα για ετήσιους ελέγχους υγείας και μεγαλύτερο ενδιαφέρον για συνεδρίες ενημέρωσης και εκπαίδευσης για την πρόληψη, υποδεικνύοντας έναν ισχυρότερο προσανατολισμό προς την προληπτική συμμετοχή (Deeks et al., 2009). Οι προσανατολισμοί αυτοί συνδέονται με κοινωνικές προσδοκίες που αποδίδουν στις γυναίκες τον ρόλο της κύριας φροντίστριας και συντονίστριας θεμάτων υγείας μέσα στην οικογένεια και στο ευρύτερο κοινωνικό τους δίκτυο.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις ενισχύουν τη σημασία του φύλου για την πρωτογενή πρόληψη. Οι Hiller et al. (2017) εξέτασαν μελέτες σε όλους τους τομείς πρόληψης και διαπίστωσαν μια ευρεία τάση για τις γυναίκες να επιδεικνύουν υψηλότερο ενδιαφέρον για την υγεία και προληπτική συμμετοχή, παράλληλα με την ετερογένεια μεταξύ συμπεριφορών και ρυθμίσεων. Αυτό υποστηρίζει τον σχεδιασμό προγραμμάτων με ευαισθησία ως προς το φύλο, ο οποίος χαρτογραφεί τα εμπόδια και τους παράγοντες που διευκολύνουν την ανάπτυξη ανά τύπο συμπεριφοράς και πλαίσιο (Hiller et al., 2017).

Μια κανονιστική οπτική συνδέει τα συγκεκριμένα πρότυπα με ευρύτερους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Οι Fleming και Agnew Brune (2015) παρουσιάζουν τα έμφυλα πρότυπα ως μηχανισμό που κατευθύνει τις συμπεριφορές υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο που οι μορφές αρρενωπότητας και τα ανδρικά πρότυπα επηρεάζουν πρακτικές οι οποίες σχετίζονται με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Τα πρότυπα ενεργοποιούνται μέσα από τρεις συμπληρωματικές διεργασίες. Πρώτον, μέσω της επιρροής των ατόμων από το κοινωνικό περιβάλλον, όπου η αποδοχή και η αναγνώριση συνδέονται με την τήρηση κοινών προσδοκιών. Δεύτερον, μέσω της επικοινωνίας της ταυτότητας, καθώς οι επιλογές υγείας λειτουργούν ως σήματα για το ποιος είναι κανείς και σε ποια ομάδα ανήκει. Τρίτον, μέσω της κοινωνικής νομιμοποίησης, δηλαδή του βαθμού στον οποίο μια συμπεριφορά παρουσιάζεται ως ταιριαστή και θεμιτή για μια συγκεκριμένη έμφυλη ταυτότητα. Με αυτόν τον τρόπο, η πρόληψη αξιολογείται ως περισσότερο ή λιγότερο συμβατή με ό,τι έχει αξία για το άτομο και την ομάδα αναφοράς του, όπως κύρος, αυτονομία, ανθεκτικότητα ή υπευθυνότητα (Fleming & Agnew Brune, 2015).

Η έρευνα για τις υπηρεσίες υγείας προσθέτει λεπτομέρειες σχετικά με τις διαφορές των φύλων στις επιλογές αναζήτησης υγείας και αυτοφροντίδας. Χρησιμοποιώντας το Συμπεριφορικό Μοντέλο του Andersen, οι Rata Mohan et al. (2025) ανέλυσαν δεδομένα στη Μαλαισία και εντόπισαν διαφορές στην αναζήτηση θεραπείας και την αυτοθεραπεία, με διακριτούς προγνωστικούς παράγοντες που λειτουργούν εντός κάθε ομάδας. Οι συνθήκες που επιτρέπουν την ανάπτυξη και οι αντιληπτές ανάγκες διαμόρφωσαν τις αποφάσεις με διαφορετικούς τρόπους, υποστηρίζοντας στοχευμένες προσεγγίσεις που ευθυγραμμίζουν τον σχεδιασμό και

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

την προσέγγιση των υπηρεσιών με τους κύριους καθοριστικούς παράγοντες (Rata Mohan et al., 2025).

Οι προσεγγίσεις τμηματοποίησης διευκρινίζουν ότι οι ανισότητες λειτουργούν παράλληλα με τους ψυχοκοινωνικούς πόρους και την εμπιστοσύνη. Σε μια πολιτισμικά ποικιλόμορφη ιταλική περιοχή, οι Ausserhofer et al. (2025) εντόπισαν προφίλ προληπτικής συμπεριφοράς και βρήκαν υψηλότερες πιθανότητες χαμηλής εμπλοκής μεταξύ ανδρών, νεότερων ενηλίκων, ατόμων με χαμηλή ενεργοποίηση ασθενών, άτομα που ζουν μόνοι και ερωτηθέντες με υψηλή δυσπιστία στις πληροφορίες υγείας. Οι συγκρίσεις έδειξαν διαφορές στην αναζήτηση πληροφοριών, την στοματική υγιεινή και τις διατροφικές συμπεριφορές, υποδηλώνοντας ότι οι κοινωνικοί κανόνες και οι ατομικές δεξιότητες συνδιαμορφώνουν τις καθημερινές πρακτικές και τις σταθερές ρουτίνες (Ausserhofer et al., 2025).

Μελέτες σε κοινότητες ηλικιωμένων ενηλίκων δείχνουν ότι η προληπτική εμπλοκή αντανακλά την πρόσβαση και τους κοινωνικούς πόρους. Σε ένα δείγμα που συμμετείχε σε προληπτικές εξετάσεις υπό την καθοδήγηση φοιτητών, οι βαθμολογίες της προληπτικής δραστηριότητας ποικίλλουν ανάλογα με παράγοντες όπως η σύνδεση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και η ασφάλιση, υποδεικνύοντας ευκαιρίες για ενίσχυση της πρόληψης μέσω της σύνδεσης υπηρεσιών και της υποστήριξης (Frugé et al., 2024). Τα ευρήματα σε ηλικιωμένους ενήλικες δείχνουν ότι η πρόληψη επηρεάζεται άμεσα από το πλαίσιο κοινωνικής συμμετοχής. Οι προληπτικές εξετάσεις λειτουργούν αφενός ως μηχανισμός εντοπισμού αναγκών που είχαν μείνει χωρίς κάλυψη και αφετέρου ως αφετηρία για ενεργοποίηση και παρακολούθηση της υποστήριξης, όταν αυτή οργανώνεται μέσω κοινοτικών συνεργασιών και αξιόπιστων προσώπων διαμεσολάβησης μέσα στην κοινότητα (Frugé et al., 2024).

Συνολικά, οι έμφυλες προσδοκίες και οι ευρύτεροι κοινωνικοί κανόνες επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας με τρεις βασικούς τρόπους. Πρώτον, καθορίζουν κατά πόσο η πρόληψη ταιριάζει με την ταυτότητα που το άτομο θέλει να προβάλλει. Δεύτερον, τείνουν να οργανώνουν τις πρακτικές υγείας σε σταθερές δέσμες συμπεριφορών, δηλαδή σε κανονιστικά πακέτα που λειτουργούν ως πρότυπα τρόπου ζωής. Τρίτον, διαμορφώνουν πότε και πώς θεωρείται θεμιτή η προσφυγή σε

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

υπηρεσίες υγείας, με βάση αυτό που το περιβάλλον αναγνωρίζει ως αρμόζουσα στάση για κάθε φύλο (Ausserhofer et al., 2025; Fleming & Agnew Brune, 2015).

2. Η υγεία των γυναικών και η πρόληψη

2.1 Χαρακτηριστικά της υγείας των γυναικών

Η υγεία των γυναικών αποτελεί διακριτό πεδίο στη δημόσια υγεία, επειδή βιολογικοί παράγοντες, μεταβάσεις στον κύκλο ζωής και η κοινωνική θέση συνδυάζονται και επηρεάζουν τους κινδύνους, την εκδήλωση συμπτωμάτων και τις ανάγκες πρόληψης. Οι έρευνες τονίζουν ότι η αναπαραγωγική υγεία και η φυσιολογία που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη επηρεάζουν πολλές καταστάσεις, ενώ αρκετές σημαντικές ασθένειες εμφανίζουν πρότυπα που σχετίζονται με το φύλο στην κλινική εκδήλωση και εξέλιξη, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων, της οστεοπόρωσης και της αναιμίας (Gronowski & Schindler, 2014). Επομένως, η πρόληψη εκτείνεται σε αναπαραγωγικούς και μη αναπαραγωγικούς τομείς, σε όλη τη διάρκεια ζωής από την εφηβεία έως την ενήλικη ζωή.

Οι φυσιολογικές μεταβάσεις διαρθρώνουν τις προτεραιότητες πρόληψης με τρόπους που αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Η εφηβεία και η καθιέρωση των ωορρηκτικών κύκλων εφιστούν την προσοχή στην υγεία της εμμήνου ρύσεως και τη λήψη αποφάσεων για την αντισύλληψη. Η εγκυμοσύνη περιλαμβάνει ταχεία μεταβολική και αιμοδυναμική προσαρμογή, με επιπτώσεις στον έλεγχο και την παρακολούθηση, όπως η αρτηριακή πίεση, η ρύθμιση της γλυκόζης και η πρόληψη της αναιμίας. Η εμμηνόπαυση εισάγει ορμονικές αλλαγές που επηρεάζουν την οστική πυκνότητα, τον καρδιομεταβολικό κίνδυνο και τα πρότυπα συμπτωμάτων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, οι κλινικοί γιατροί επωφελούνται από την πρόληψη που βασίζεται σε κάθε στάδιο της ζωής, η οποία ευθυγραμμίζει τον έλεγχο, την παροχή συμβουλών και την εργαστηριακή αξιολόγηση με κάθε φάση (Gronowski & Schindler, 2014).

Η υγεία των γυναικών αντικατοπτρίζει επίσης τον τρόπο με τον οποίο παράγονται και μεταφράζονται στην πράξη τα στοιχεία. Ένα βασικό θέμα περιλαμβάνει τον ακριβή χαρακτηρισμό της φυσιολογίας και της κλινικής εικόνας που σχετίζεται με το φύλο, έτσι ώστε οι στρατηγικές πρόληψης να ευθυγραμμίζονται με τις τροχιές των ασθενειών των γυναικών και τις θεραπευτικές αντιδράσεις (Gronowski & Schindler, 2014). Αυτός ο προσανατολισμός υποστηρίζει προσεγγίσεις

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

που λαμβάνουν υπόψη το φύλο στη γενική πρακτική, καθώς οι γυναίκες λαμβάνουν φροντίδα σε πολλαπλά περιβάλλοντα και σε μακροπρόθεσμους ορίζοντες.

Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες παρέχουν ένα παράλληλο επίπεδο που συνδέει τις καθημερινές συνθήκες διαβίωσης με τα αποτελέσματα υγείας και τις προληπτικές ευκαιρίες. Ο Walters (2004) υπογραμμίζει ότι το βιολογικό φύλο από μόνο του αποτελεί περιορισμένο δείκτη για την κατανόηση των έμφυλων διαφορών στην υγεία και ότι οι σχέσεις των φύλων εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου, διαμορφώνοντας την έκθεση σε κινδύνους, την πρόσβαση σε πόρους και τις προσδοκίες σχετικά με τους ρόλους και τις συμπεριφορές. Η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανεργία, οι κακές συνθήκες εργασίας και οι άνισες σχέσεις επηρεάζουν τα πρότυπα ασθένειας τόσο μέσω των υλικών συνθηκών ζωής όσο και μέσω περιορισμών στον χρόνο και στις διαθέσιμες επιλογές. Η πρόληψη λειτουργεί έτσι ως κοινωνική πρακτική ενσωματωμένη στα νοικοκυριά, τους χώρους εργασίας και τις κοινότητες, με τις πολιτικές για την υγεία να αντιμετωπίζουν τις κοινωνικές και οικονομικές πηγές της κακής υγείας (Walters, 2004).

Μεγάλες διαχρονικές μελέτες ενισχύουν την κατανόηση του πώς οι κοινωνικοί και βιολογικοί παράγοντες συνδυάζονται ειδικά κατά τη γήρανση. Η Παρατηρητική Μελέτη της Πρωτοβουλίας για την Υγεία των Γυναικών ενέγραψε 93.676 γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, επιτρέποντας αναλύσεις της έκθεσης σε κίνδυνο, των συμπεριφορών υγείας και των συμβάντων ασθένειας με την πάροδο του χρόνου, με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις και προσοχή στην αξιοπιστία των βασικών μετρήσεων (Langer et al., 2003). Αυτός ο σχεδιασμός υποστηρίζει τη διερεύνηση καθιερωμένων και αναδυόμενων παραγόντων κινδύνου και βοηθά στη χαρτογράφηση των διαχρονικών τάσεων στους προγνωστικούς παράγοντες της υγιούς γήρανσης (Langer et al., 2003).

Η εργασιακή ζωή αποτελεί ένα σημαντικό πλαίσιο στο οποίο η φυσιολογία και οι κοινωνικοί ρόλοι αλληλεπιδρούν με την πρόληψη και τη διαχείριση της υγείας. Μια ανασκόπηση σε πολλές χώρες εντόπισε συσχετίσεις μεταξύ των τομέων της υγείας των γυναικών και των αποτελεσμάτων τους, όπως η απουσία της ασθένειας και η ικανότητα για εργασία, δίνοντας έμφαση στο επαγγελματικό περιβάλλον ως καθοριστικό παράγοντα συμμετοχής (Gjellestad et al., 2023). Αυτή η έρευνα

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

τοποθετεί την πρόληψη στο πλαίσιο των ρυθμίσεων στον χώρο εργασίας, των υπηρεσιών επαγγελματικής υγείας και των υποστηρικτικών πολιτικών που διευκολύνουν τη βιώσιμη ικανότητα για εργασία (Gjellestad et al., 2023).

Για την ενίσχυση της κλινικής ικανότητας, πρόσφατη εργασία διευκρίνισε τις βασικές γνώσεις για την υγεία των γυναικών για τους γιατρούς. Μια μελέτη Delphi σε διάφορες ειδικότητες κατέληξε ότι οι τομείς προτεραιότητας που πρέπει να γνωρίζει κάθε γιατρός που φροντίζει γυναίκες θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν την κοινωνική θέση, την αντίληψη των ασθενών για την ασθένεια και τη θεραπεία, τις διαφορές των συμπτωμάτων, τις φαρμακολογικές παραμέτρους και τον αντίκτυπο του κύκλου ζωής των γυναικών στην υγεία και την ασθένεια (de Heer Koster et al., 2025). Η έρευνα αυτή υποστηρίζει την ενσωμάτωση της έμφυλης οπτικής στην αξιολόγηση, στη συμβουλευτική πρόληψης και στις θεραπευτικές επιλογές για συχνές παθήσεις.

Η αναπαραγωγική ευεξία και η γονιμότητα συνδέουν την ατομική υγεία με τη δυναμική σε επίπεδο πληθυσμού. Μια περιφερειακή ανασκόπηση στην περιοχή Ασίας-Ειρηνικού συνόψισε στοιχεία που συνδέουν τη διατροφή, τον τρόπο ζωής, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τους περιβαλλοντικούς ρύπους, την μεταβολική υγεία και την αναπαραγωγική υγεία με τη γονιμότητα και τα αποτελέσματα των γεννήσεων, τοποθετώντας την κατάσταση της υγείας των γυναικών ως καθοριστικό παράγοντα του αναπαραγωγικού δυναμικού και των ευρύτερων δημογραφικών προτύπων (Yang et al., 2025).

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός και οι προσεγγίσεις ακριβείας προσφέρουν πρόσθετες επισημάνσεις για την προώθηση της πρόληψης και της διαχείρισης. Ο Satveit (2017) περιγράφει ένα σύστημα υγείας που μαθαίνει, είναι ενσωματωμένο με εργαλεία υγείας ακριβείας και το οποίο οργανώνει τη φροντίδα μέσα από μια ενιαία ψηφιακή υποδομή που συγκεντρώνει δεδομένα και υποστηρίζει συνεχείς βελτιώσεις για τη φροντίδα των ασθενών με το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται σε σχεδιασμό με επίκεντρο την ασθενή, στη συνένωση δεδομένων όμοιων προφίλ, βιομετρικών μετρήσεων και αυτοαναφερόμενων πληροφοριών, καθώς και σε συνεχείς κύκλους ανατροφοδότησης που ανανεώνουν τη φροντίδα με βάση τα νεότερα ευρήματα. Τέτοια μοντέλα συνδέονται με την

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

εξατομικευμένη πρόληψη, όπου η συστηματική παρακολούθηση και οι στοχευμένες συστάσεις υποστηρίζουν την ενδυνάμωση και τη διατηρήσιμη αυτοδιαχείριση.

Συνολικά, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υγείας των γυναικών προκύπτουν από την αλληλεπίδραση της φυσιολογίας της ζωής, του κοινωνικού πλαισίου, των υποδομών τεκμηρίωσης και των εξελισσόμενων μοντέλων φροντίδας. Η αποτελεσματική πρόληψη βασίζεται σε γνώσεις που βασίζονται σε ομάδες, στις ικανότητες των κλινικών ιατρών που ενσωματώνουν γνώσεις σχετικά με το φύλο και σε πολιτικές που αντιμετωπίζουν κοινωνικούς και επαγγελματικούς παράγοντες. Η πρόοδος στην υγεία των γυναικών εξαρτάται από ερευνητικές ατζέντες που αντιπροσωπεύουν διαφορετικές περιοχές, εκπαιδευτικά προγράμματα σπουδών που διαδίδουν γνώσεις που λαμβάνουν υπόψη το φύλο και σε συστήματα υγείας που συνδέουν τις προληπτικές υπηρεσίες με κοινωνικές υποστηρίξεις. Αυτή η ευθυγράμμιση ενισχύει την ισότητα στην πρόληψη, ενισχύει την έγκαιρη ανίχνευση και προωθεί την υγιή γήρανση σε όλες τις κοινότητες.

2.2 Προληπτικές εξετάσεις και συνήθειες υγείας των γυναικών

Οι προληπτικές εξετάσεις και οι συνήθειες υγείας των γυναικών αποτελούν βασικό πυλώνα της δημόσιας υγείας επειδή υποστηρίζουν την έγκαιρη ανίχνευση του κινδύνου καρκίνου και χρόνιων ασθενειών, βελτιώνουν τα αναπαραγωγικά και καρδιομεταβολικά αποτελέσματα και ενισχύουν τις πιθανότητες υγιούς γήρανσης. Στην πράξη, η πρόληψη για τις γυναίκες συνδυάζει περιοδικές εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου, όπως η κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου της μήτρας και η απεικόνιση του μαστού, με συμπεριφορές στον τρόπο ζωής που μειώνουν την έκθεση σε κίνδυνο και συντηρούν τη μεταβολική υγεία. Η εννοιολογική βάση σε όλη τη διάρκεια της ζωής είναι η προσέγγιση της γυναίκας, η οποία ενσωματώνει τον προσυμπτωματικό έλεγχο, την παροχή συμβουλών και την αξιολόγηση κινδύνου στη συνήθη φροντίδα αντί να αντιμετωπίζει την πρόληψη ως ένα εφάπαξ γεγονός (Blanchard & Goodall, 2016). Αυτή η προσέγγιση ταιριάζει επίσης με την ιδέα ενός δομημένου προληπτικού προγράμματος οργανωμένου ανά ηλικία και κατάσταση, μεταφράζοντας τις συστάσεις που βασίζονται σε στοιχεία σε εφαρμόσιμες κλινικές εργασίες και προτροπές προς τις ασθενείς (Phipps et al., 2019).

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Ο προληπτικός έλεγχος για τον καρκίνο παραμένει κεντρικό στοιχείο, επειδή η ανίχνευση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του μαστού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την τακτική συμμετοχή σε αυτούς τους ελέγχους. Τα στοιχεία από την Ελλάδα καταδεικνύουν σημαντικά κενά στην τήρηση ωστόσο, αυτών των ελέγχων. Σε ένα μεγάλο δείγμα γυναικών ηλικίας 40 έως 69 ετών που εντάχθηκαν σε πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου μαστού, μόνο μια μικρή μειοψηφία τήρησε τα συνιστώμενα χρονικά πλαίσια σε όλο το πρόγραμμα τεστ Παπανικολάου, μαστογραφίας και αυτοεξέτασης μαστού, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό ανέφερε ότι δεν έκανε χρήση οποιασδήποτε από αυτές τις υπηρεσίες σε όλη τη ζωή (Simou et al., 2011). Οι συσχετίσεις με τη μη τήρηση αφορούσαν την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την κατοικία, την εθνικότητα, τον δείκτη μάζας σώματος, τη σταθερότητα του εμμηνορροϊκού κύκλου και το οικογενειακό ιστορικό, υποδηλώνοντας ότι η συμπεριφορά ελέγχου αντανακλά τόσο την κοινωνικοδημογραφική θέση όσο και το αντιληπτό πλαίσιο κινδύνου (Simou et al., 2011). Αυτά τα πρότυπα δείχνουν ότι η συμμετοχή στον προληπτικό έλεγχο εξαρτάται από την ενημέρωση, την πρόσβαση και την ικανότητα αξιοποίησης των διαθέσιμων υπηρεσιών, μαζί με το πόσο σημαντικός θεωρείται ο έλεγχος σε σχέση με το προσωπικό ιστορικό.

Η διεθνής έρευνα σχετικά με την παροχή προληπτικών υπηρεσιών υποδεικνύει συστημικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την αποδοχή πέρα από το ατομικό κίνητρο. Ένα πλαίσιο πολιτικής που αφαιρεί το άμεσο κόστος μπορεί να επεκτείνει τη διαθεσιμότητα των ελέγχων, ωστόσο τα κενά στην παραλαβή των υπηρεσιών μπορεί να επιμένουν, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πρόσβαση από μόνη της δεν μεταφράζεται αυτόματα σε αξιοποίηση τους (Stolp & Fox, 2015). Από την πλευρά των υπηρεσιών, μια επίσκεψη προληπτικού ελέγχου από γυναίκα με ενεργή φροντίδα υγείας μπορεί να αποτελέσει κρίσιμο σημείο παρέμβασης για να καλυφθούν τα κενά. Αυτό επιτυγχάνεται με συστηματικές υπενθυμίσεις, με οργάνωση της κλινικής πρακτικής σύμφωνα με τα προτεινόμενα χρονικά διαστήματα των οδηγιών και με σαφή ενημέρωση για τα οφέλη και τις πιθανές επιβαρύνσεις του ελέγχου (Blanchard & Goodall, 2016). Το Διάγραμμα Well Woman Chart παρέχει ένα δομημένο εργαλείο για κλινικούς ιατρούς και ασθενείς, οργανώνοντας συστάσεις για έλεγχο, συμβουλευτική και άλλες προληπτικές υπηρεσίες σε όλες τις φάσεις της εφηβείας, της ενηλικίωσης και της εγκυμοσύνης, μειώνοντας έτσι την ασάφεια ως προς το τι πρέπει να συμβαίνει σε κάθε στάδιο (Phipps et al., 2019).

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Τα περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και οικογενειακής ιατρικής διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο επειδή διαχειρίζονται κοινές ασθένειες παράλληλα με τα προληπτικά προγράμματα. Οι σύγχρονες συζητήσεις στην οικογενειακή ιατρική δίνουν έμφαση στην πρόληψη στην πράξη, συμπεριλαμβανομένων των ψηφιακών ειδοποιήσεων push, των σχέσεων μεταξύ της χρήσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των προτύπων μεταγενέστερης περίθαλψης και της κοινής λήψης αποφάσεων, υποδεικνύοντας ότι η πρόληψη εξαρτάται όλο και περισσότερο από προληπτικά συστήματα που προτρέπουν την προσέλευση και υποστηρίζουν ενημερωμένες επιλογές (Bowman et al., 2025). Αυτή η συστημική οπτική είναι κρίσιμη για τον προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών, επειδή η τήρηση των εξετάσεων απαιτεί επαναλαμβανόμενο προγραμματισμό, παρακολούθηση και συνέχεια στη φροντίδα, αντί για μεμονωμένες επισκέψεις.

Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής συμπληρώνουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο, επειδή μειώνουν τον βασικό κίνδυνο και βελτιώνουν τη συνολική κατάσταση υγείας. Οι προληπτικοί έλεγχοι, όπως η παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης και του σωματικού βάρους, εντοπίζουν έγκαιρα πιθανά σημεία κινδύνου, ενώ επιλογές όπως η συστηματική σωματική δραστηριότητα, η ποιοτική διατροφή, η μετριοπαθής κατανάλωση αλκοόλ και η αποχή από παράνομες ουσίες επηρεάζουν τα καρδιομεταβολικά και τα αναπαραγωγικά αποτελέσματα. Διαχρονικά δεδομένα από την Αυστραλία δείχνουν ότι πολλές γυναίκες στην προ της σύλληψης περίοδο απέχουν από τα προτεινόμενα επίπεδα άσκησης και διατροφής και αρκετές αναφέρουν κατανάλωση αλκοόλ, με μικρές διαφορές ανάμεσα σε όσες επιδιώκουν εγκυμοσύνη και σε όσες δεν επιδιώκουν (Mekonnen et al., 2025). Το εύρημα υποδηλώνει ότι οι προληπτικές συνήθειες λειτουργούν ως σταθερές ρουτίνες που διαμορφώνονται από το περιβάλλον και τους κανόνες, ενώ η πρόθεση εγκυμοσύνης μεταβάλλει επιλεκτικά ορισμένες πρακτικές. Η ίδια μελέτη δείχνει μεγαλύτερη προσοχή στον έλεγχο βάρους και μικρότερη χρήση παράνομων ουσιών, κάτι που σημαίνει ότι ορισμένες συμπεριφορές αλλάζουν πιο εύκολα όταν συνδέονται με τη γονιμότητα, ενώ άλλες χρειάζονται στοχευμένη υποστήριξη για να αλλάξουν. Σε αυτό το πλαίσιο, η συμβουλευτική υγείας συνδέει τον έλεγχο με ρεαλιστικούς στόχους, παρακολούθηση προόδου και υποστηρικτικά δίκτυα κοινότητας.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η ενσωμάτωση του ελέγχου και της αλλαγής του τρόπου ζωής στο πλαίσιο της τακτικής φροντίδας απαιτεί ένα συνεκτικό πλαίσιο πρόληψης που να είναι σε θέση να συνδέει την αξιολόγηση του κινδύνου, την παροχή συμβουλών και την παρακολούθηση. Οι μαιευτήρες και γυναικολόγοι συχνά λειτουργούν ως πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας για τις γυναίκες και μπορούν να ενσωματώσουν την πρόληψη στις ετήσιες επισκέψεις τους, αντιμετωπίζοντας τις κύριες αιτίες θνησιμότητας και τους τροποποιήσιμους κινδύνους, συντονίζοντας παράλληλα τις παραπομπές για μαστογραφία και προληπτικό έλεγχο τραχήλου της μήτρας και ευθυγραμμίζοντας την παροχή συμβουλών με τις προτεραιότητες των ασθενών (Blanchard & Goodall, 2016). Το Διάγραμμα Ευεξίας για τη Γυναίκα (Well Woman Chart) εφαρμόζει αυτήν την ενσωμάτωση χαρτογραφώντας τις προληπτικές δράσεις στις διάφορες ηλικιακές ομάδες και ανάλογα με την κατάσταση εγκυμοσύνης, υποστηρίζοντας τη συνεπή παροχή υπηρεσιών που περιλαμβάνουν προληπτικό έλεγχο καθώς και συμβουλευτική και μείωση κινδύνου (Phipps et al., 2019). Στην πράξη, εργαλεία όπως δομημένες λίστες ελέγχου, συστήματα υπενθύμισης και προσαρμοσμένη εκπαίδευση μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο και να υποστηρίξουν τη συνέχεια μεταξύ των παρόχων και των δομών, ευθυγραμμιζόμενα με ευρύτερες προσπάθειες για την αύξηση της λήψης προληπτικών υπηρεσιών (Stolp & Fox, 2015).

Ερευνητικά στοιχεία από την Ελλάδα υπογραμμίζουν τη σημασία των στρατηγικών που αφορούν συγκεκριμένα το πλαίσιο. Η χαλαρή τήρηση των συνιστώμενων διαστημάτων προληπτικού ελέγχου και τα υψηλά ποσοστά μη χρήσης του υποδεικνύουν την ανάγκη για συντονισμένα προγράμματα που ευαισθητοποιούν και μειώνουν τα εμπόδια στην τακτική συμμετοχή, με προσοχή στην εκπαίδευση, τις διαφορές πρόσβασης που σχετίζονται με την κατοικία και τους παράγοντες του ιστορικού υγείας που επηρεάζουν την αντιληπτή συνάφεια (Simou et al., 2011). Όταν συνδυάζονται με την ευρύτερη βιβλιογραφία για την πρόληψη, προκύπτει ένα συμπέρασμα, σύμφωνα με το οποίο, η υιοθέτηση του προληπτικού ελέγχου και οι πρακτικές υγιεινού τρόπου ζωής βελτιώνονται όταν τα συστήματα καθιστούν την πρόληψη εύκολη στην έναρξη, απλή στην επανάληψη και σαφώς συνδεδεμένη με τους προσωπικούς στόχους κινδύνου και σταδίου ζωής (Blanchard & Goodall, 2016; Mekonnen et al., 2025; Phipps et al., 2019).

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

2.3 Εμπόδια στην πρόσβαση στην πρόληψη

Τα εμπόδια στην πρόσβαση στην πρόληψη λειτουργούν σε πολλαπλά επίπεδα, καλύπτοντας την ατομική εμπειρία, τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, την κλινική ροή εργασίας, την οργανωτική ικανότητα και τις συνθήκες πολιτικής. Στην προληπτική φροντίδα των γυναικών, αυτά τα εμπόδια διαμορφώνουν το κατά πόσον ο προληπτικός έλεγχος και οι τακτικές εξετάσεις γίνονται έγκαιρες, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές που υποστηρίζουν την έγκαιρη ανίχνευση και τη μείωση του κινδύνου. Μια ανάλυση σχετικών ερευνών αντιμετωπίζει την πρόσβαση ως μια διαδικασία που ξεκινά με την επίγνωση και την πρόθεση, προχωρά μέσω του προγραμματισμού και της προσέλευσης και κορυφώνεται με την ολοκλήρωση, την παρακολούθηση και την επανεισαγωγή σε συνιστώμενα χρονικά διαστήματα. Σε όλη αυτή την πορεία, τα εμπόδια εμφανίζονται ως σημεία τριβής που αυξάνουν την προσπάθεια, την αβεβαιότητα και το συναισθηματικό κόστος της προληπτικής δράσης, με σωρευτικές επιπτώσεις στην αποδοχή.

Σε επίπεδο κλινικής διαδικασίας, ο προληπτικός έλεγχος συχνά εξαρτάται από τον σχεδιασμό των συναντήσεων, τη δομή του χρόνου και την ποιότητα της επικοινωνίας. Μια μελέτη περίπτωσης σχεδιασμού με επίκεντρο την κοινότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα κατέδειξε πώς οι γυναίκες και το προσωπικό της κλινικής σχεδίασαν από κοινού ένα ολοκληρωμένο εργαλείο ελέγχου και προσδιόρισαν ρητά ένα σύνολο συνθηκών διαδικασίας που συνοψίζονται ως χρόνος, εμπιστοσύνη και συζήτηση, καθεμία από τις οποίες λειτουργεί ως συνθήκη για αποτελεσματικό έλεγχο (Foley et al., 2019). Ο χρόνος αντικατοπτρίζει τη διάρκεια της επίσκεψης και τις ανταγωνιστικές προτεραιότητες κατά τη διάρκεια των συναντήσεων. Η εμπιστοσύνη αντικατοπτρίζει την ασφάλεια των σχέσεων και την εμπιστευτικότητα, την ικανότητα και την φροντίδα με σεβασμό. Η συζήτηση αντικατοπτρίζει τον χώρο συνομιλίας που απαιτείται για την αποκάλυψη ευαίσθητων κινδύνων και την κατανόηση των συστάσεων. Αυτό το πλαίσιο διευκρινίζει ότι τα εμπόδια ελέγχου εκτείνονται πέρα από τη διαθεσιμότητα ραντεβού, καθώς η ποιότητα της αλληλεπίδρασης επηρεάζει την ολοκλήρωση και την αποκάλυψη, ιδιαίτερα για θέματα όπως η βία μεταξύ συντρόφων (Foley et al., 2019). Η ίδια μελέτη ανέδειξε και τον κίνδυνο των στερεοτύπων στη διαδικασία του ελέγχου. Τόνισε ότι ο τρόπος οργάνωσης και επικοινωνίας του ελέγχου μπορεί να κάνει τις γυναίκες να αισθανθούν ότι

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

αξιολογούνται με βάση την κατηγοριοποίηση τους με προκαθορισμένο τρόπο, κάτι που τελικά μειώνει τη συμμετοχή και την ενεργή εμπλοκή τους (Foley et al., 2019).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον πάροχο και την κλινική πρακτική μπορούν να συνοψιστούν σε τρεις βασικές διαστάσεις, ήτοι την ενημέρωση, την αποδοχή και τη δυνατότητα εφαρμογής. Αυτό βοηθά να εξηγηθεί γιατί η τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών διαφέρει από περιβάλλον σε περιβάλλον (Rubin, 2000). ενημέρωση αφορά τη γνώση των συστάσεων και τον εντοπισμό των κατάλληλων ατόμων για πρόληψη. Η συμφωνία αφορά τον βαθμό αποδοχής από τον κλινικό ιατρό και την προσδοκία ότι η συμβουλευτική ή ο έλεγχος αποδίδει ουσιαστικό όφελος. Η δυνατότητα εφαρμογής αφορά την πρακτική ικανότητα, όπως χρόνος, στελέχωση, ροές εργασίας, συστήματα υπενθύμισης και δεξιότητες ένταξης της πρόληψης παράλληλα με την οξεία φροντίδα. Ο Rubin (2000) δείχνει ότι οι παρεμβάσεις αποδίδουν όταν στοχεύουν το κυρίαρχο εμπόδιο, πχ ενσωμάτωση ελέγχου σε υπάρχουσες επισκέψεις ή απλούστευση της διαδικασίας εξέτασης (Rubin, 2000).

Τα εμπόδια στην εμπειρία του ασθενούς συνδέονται με οικονομικούς, πρακτικούς, διαδικαστικούς και επικοινωνιακούς παράγοντες. Σε έρευνα σε νεαρές ενήλικες γυναίκες, οι καθυστερήσεις στην τακτική γυναικολογική φροντίδα συσχετίστηκαν με πρακτικές δυσκολίες, διαδικαστική δυσφορία, ανησυχίες για την εξέταση, εμπόδια που αφορούσαν τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης και ζητήματα ασφαλιστικής κάλυψης. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η ποιότητα της σχέσης με τον επαγγελματία υγείας, οι σαφείς εξηγήσεις, ο σεβασμός και η υποστηρικτική επικοινωνία διευκολύνουν την πρόσβαση στους απαραίτητους ελέγχους, ενώ η ασφαλιστική κάλυψη επηρεάζει την αντιληπτή οικονομική προσιτότητα της φροντίδας (Clark et al., 2025).

Η ψυχολογική κατάσταση διαμορφώνει επίσης την προληπτική πρόσβαση μέσω του κινήτρου, του γνωστικού φορτίου και των προτύπων αναζήτησης βοήθειας. Μια μελέτη σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας στις ΗΠΑ διαπίστωσε ότι η ψυχολογική δυσφορία σχετίζεται με την καθυστέρηση των τακτικών εξετάσεων και με συνθήκες που σχετίζονται με την πρόσβαση, όπως το ασφαλιστικό καθεστώς και η κατοχή μιας συνήθους πηγής φροντίδας, υποδεικνύοντας ότι η δυσφορία μπορεί να ενισχύσει τα υλικότεχνικά εμπόδια και να αποδυναμώσει τη συνέχεια (Witt et al.,

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

2009). Αυτό το εύρημα υποστηρίζει μια αντίληψη της πρόσβασης με βάση την οποία η συναισθηματική καταπόνηση επηρεάζει τη συμπεριφορά προγραμματισμού, την παρακολούθηση και την αντιληπτή ικανότητα συμμετοχής στην ρουτίνα φροντίδας. Σε αυτό το πλαίσιο, η συνέχεια της φροντίδας λειτουργεί ως σταθεροποιητικός παράγοντας που υποστηρίζει την έγκαιρη χρήση των προληπτικών υπηρεσιών (Witt et al., 2009).

Για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η βιβλιογραφία αναδεικνύει εμπόδια που σχετίζονται με την αμηχανία, τον φόβο των αποτελεσμάτων, την αντιληπτή παρεμβατικότητα της εξέτασης, το κόστος και τη δυσκολία πρόσβασης. Σε συστηματική ανασκόπηση για γυναίκες ηλικίας έως 30 ετών, εντοπίστηκαν ως βασικά εμπόδια οι οικονομικοί περιορισμοί, η αμηχανία και η περιορισμένη προσβασιμότητα, γεγονός που δείχνει την ανάγκη συνδυασμού ενημέρωσης, κοινωνικής ομαλοποίησης και ενεργής ενθάρρυνσης από τους επαγγελματίες υγείας (Shpendi et al., 2025). Αντίστοιχα, έρευνα στο Σάο Πάολο έδειξε ότι ο φόβος δυσάρεστων αποτελεσμάτων, οι καθυστερήσεις, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής και η ντροπή επηρεάζουν τη συμμετοχή στον έλεγχο, ενώ οι γυναίκες που κατανοούσαν καλύτερα τον προληπτικό του ρόλο εμφάνιζαν θετικότερες στάσεις απέναντι στην εξέταση (Luizaga et al., 2025).

Επιπλέον, οι δομικές ανισότητες εμφανίζονται με ιδιαίτερη ένταση σε πληθυσμούς μεταναστών που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές. Μια ανασκόπηση με επίκεντρο την πρόσβαση στην προληπτική υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των μεταναστών στην αγροτική Αμερική περιέγραψε αλληλένδετα εμπόδια που στηρίζονται σε ατομικούς ψυχολογικούς παράγοντες και αποκλεισμούς σε επίπεδο πολιτικής, παράλληλα με παράγοντες όπως πρωτοβουλίες που βασίζονται στην κοινότητα, φροντίδα που ανταποκρίνεται στην κουλτούρα και υποστήριξη πολιτικής, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων Medicaid και εμβολιασμού (Zeng et al., 2025). Η έρευνα δείχνει ότι τα εμπόδια πρόσβασης μεγαλώνουν όταν η απόσταση και ο τόπος κατοικίας συνδυάζονται με γλωσσικές ανάγκες, δυσκολίες μετακίνησης, έλλειψη προσωπικού και αυστηρά κριτήρια επιλεξιμότητας. Η ανασκόπηση εντοπίζει επίσης ελλιπή δεδομένα για ορισμένες ομάδες μεταναστών και για συγκεκριμένες προληπτικές υπηρεσίες. Αυτό σημαίνει ότι ο σχεδιασμός των υπηρεσιών χρειάζεται

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

αξιολόγηση προσαρμοσμένη στις τοπικές συνθήκες και κάλυψη ενός ευρέος φάσματος προληπτικών παρεμβάσεων (Zeng et al., 2025).

Σε όλη την σχετική βιβλιογραφία στην οποία έγινε αναφορά στην ενότητα αυτή, προκύπτει ότι τα εμπόδια συσσωρεύονται διαδοχικά κατά μήκος της διαδρομής φροντίδας. Οι παρεμβάσεις προσεγγίζουν καλύτερα τις συνθήκες της καθημερινής πράξης όταν εστιάζουν στον χρόνο και στη ροή εργασίας, ενδυναμώνουν την εμπιστοσύνη και την επικοινωνία, περιορίζουν την ταλαιπωρία και την αμηχανία των διαδικασιών μέσω πρακτικών πολιτισμικά κατάλληλων, βελτιώνουν τα θέματα ασφάλισης και οικονομικής προσιτότητας και στηρίζουν τη συνέχεια φροντίδας για γυναίκες που βιώνουν δυσφορία (Foley et al., 2019; Clark et al., 2025; Witt et al., 2009). Σε επίπεδο συστήματος, η χαρτογράφηση των εμποδίων μέσα από το πλαίσιο «ενημέρωση, συμφωνία και δυνατότητα εφαρμογής» προσφέρει μια καθαρή λογική για στοχευμένο επανασχεδιασμό, ώστε η παρέμβαση να αντιστοιχεί στον επικρατέστερο τύπο εμποδίου στο συγκεκριμένο πλαίσιο (Rubin, 2000). Παράλληλα, οι προσεγγίσεις που στηρίζονται στην εμπλοκή της κοινότητας και στην τμηματοποίηση βοηθούν τις υπηρεσίες πρόληψης να προσαρμόζονται στις προσδοκίες και στις εμπειρίες των χρηστών, με ιδιαίτερη σημασία να πρέπει να δίνεται σε αγροτικές κοινότητες μεταναστών όπου η πρόσβαση εξαρτάται έντονα από πολιτισμικά ευαίσθητες και θεσμικά υποστηριζόμενες υποδομές, όπως τεκμηριώνουν οι Zeng et al., 2025. Συνδυαστικά, οι στρατηγικές αυτές μετατρέπουν την πρόληψη από γενικό στόχο σε μια σταθερή πρακτική ρουτίνα, ενταγμένη σε φροντίδα προσβάσιμη και πραγματικά ανταποκρινόμενη στις ανάγκες των γυναικών.

2.4 Κοινωνικοπολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες

Οι κοινωνικοπολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες διαμορφώνουν τις προληπτικές συμπεριφορές των γυναικών μέσω της κατανομής των πόρων, της οργάνωσης της καθημερινής ζωής και του βαθμού δράσης που μπορούν να ασκήσουν οι γυναίκες στα νοικοκυριά, τους χώρους εργασίας και τις κοινότητες. Μια οπτική των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων μετατοπίζει την πρόληψη από αμιγώς ατομική επιλογή σε αποτέλεσμα που διαμορφώνεται από τον τρόπο λειτουργίας των θεσμών και από τις κοινωνικές ανισότητες. Σε αυτό το πλαίσιο, οι συμπεριφορές διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των κοινωνικών δομών και των ατομικών επιλογών σε

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

όλη τη διάρκεια της ζωής των γυναικών (Short & Mollborn, 2015). Η προληπτική δράση εμφανίζεται συχνότερα όταν το περιβάλλον εξασφαλίζει σταθερότητα υλικών πόρων, εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες, κανόνες που στηρίζουν την πρόληψη και πληροφορίες που εμπνέουν εμπιστοσύνη.

Η κοινωνικοοικονομική θέση αποτυπώνει τόσο την έκθεση σε δυσκολίες όσο και την πρόσβαση σε προστατευτικούς πόρους, όπως εκπαίδευση, σταθερή απασχόληση και ασφαλή στέγαση. Στον κύκλο ζωής τους, πολλές γυναίκες αντιμετωπίζουν περιορισμένη πρόσβαση σε τέτοιους πόρους, επειδή διάφορες θεσμικές ρυθμίσεις και κοινωνικές προσδοκίες επηρεάζουν τις επιδόσεις και την συμμετοχή των κοριτσιών στο σχολείο, τη συμμετοχή στην αγορά εργασίας, τα βάρη φροντίδας και τον έλεγχο των περιουσιακών στοιχείων του νοικοκυριού (O'Neil et al., 2020). Η άνιση κατανομή πόρων δημιουργεί κοινωνική διαβάθμιση στη νοσηρότητα και στη μακροζωία και επηρεάζει τις ευκαιρίες πρόληψης. Έτσι, οικονομικοί και χρονικοί περιορισμοί διαμορφώνουν την ικανότητα εκτέλεσης προληπτικών εξετάσεων, τη συνέχεια της φροντίδας και τη διατήρηση υγιεινών συνθηκών, όπως η υγιεινή διατροφή και τακτική σωματική δραστηριότητα (O'Neil et al., 2020).

Οι ανισότητες στις συμπεριφορές υγείας ανάμεσα στα κοινωνικοοικονομικά στρώματα εξηγούνται από περισσότερους από έναν παράγοντες. Μια ανασκόπηση έδειξε ότι η συχνότερη χρήση καπνού, η λιγότερη άσκηση, η φτωχότερη διατροφή και το μεγαλύτερο σωματικό βάρος στις ομάδες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου συνδέονται με υλικούς περιορισμούς, μεγαλύτερη έκθεση σε στρες, λιγότερες ευκαιρίες στη γειτονιά για υγιείς επιλογές, επιρροές από κοινωνικά δίκτυα, ελλείψεις στην ενημέρωση και θεσμικές πρακτικές που συσσωρεύουν κινδύνους σε συγκεκριμένους πληθυσμούς (Pampel et al., 2010). Στις γυναίκες, οι ίδιοι μηχανισμοί εντείνονται όταν συνδυάζονται με ευθύνες φροντίδας και με κοινωνικές προσδοκίες που καθορίζουν πώς μοιράζεται ο χρόνος, πόσο ασφαλές είναι το περιβάλλον και πόσο εύκολα τοποθετείται η αυτοφροντίδα ως προτεραιότητα. Με αυτή τη λογική, η προληπτική συμπεριφορά δεν φαίνεται ως απλή ατομική επιλογή, αλλά ως πρακτική που διαμορφώνεται από τις συνθήκες ζωής και τα διαθέσιμα περιθώρια δράσης.

Επιπρόσθετα, οι Whitehead et al. (2016) συνδέουν τον αντιλαμβανόμενο και τον πραγματικό βαθμό ελέγχου που διαθέτει το άτομο στο περιβάλλον διαβίωσης με

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

τις ανισότητες στην υγεία, αναδεικνύοντας τρία αλληλένδετα επίπεδα ανάλυσης. Σε μικρο επίπεδο, ο έλεγχος επηρεάζει την αίσθηση αποτελεσματικότητας, τη διαχείριση του στρες και τον προσανατολισμό προς το μέλλον, στοιχεία που στηρίζουν τον προγραμματισμό και τη συνέπεια σε προληπτικές ρουτίνες. Σε μεσο επίπεδο, ο κοινοτικός έλεγχος συνδέεται με τη συλλογική αποτελεσματικότητα και με τοπικούς θεσμούς που ενισχύουν την ορατότητα της πρόληψης και διευκολύνουν την πρόσβαση σε σχετικές υπηρεσίες. Σε μακρο επίπεδο, οι πολιτικές επιλογές και οι δομές της αγοράς εργασίας διαμορφώνουν την ανασφάλεια και την αυτονομία, άρα και τη δυνατότητα του ατόμου να μετατρέψει τις προθέσεις πρόληψης σε πράξη (Whitehead et al., 2016). Η πολυεπίπεδη αυτή οπτική εξηγεί γιατί ίδια μηνύματα υγείας οδηγούν σε διαφορετική ανταπόκριση σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια.

Η εγγραμματοσύνη υγείας (health literacy) λειτουργεί ως μια άμεση ικανότητα που μεταφράζει τις δομικές συνθήκες σε προληπτική συμπεριφορά. Σε ένα δείγμα γυναικών στη Σερβία, η ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας ήταν πιο συχνός μεταξύ των κατοίκων της υπαίθρου και των φτωχότερων τάξεων, ενώ η απασχόληση, η τριτοβάθμια εκπαίδευση και η καλύτερη αυτό-αξιολόγηση της υγείας συσχετίστηκαν με υψηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας (Maricic et al., 2021). Η εγγραμματοσύνη υγείας ευθυγραμμίστηκε επίσης με συμπεριφορές όπως η δέσμευση επίσκεψης σε έναν γυναικολόγο, η χρήση αντισυλληπτικών, η γνώση σχετικά με τον HPV και η ευαισθητοποίηση για τα εμβόλια, καθώς και η ενασχόληση με θέματα υγείας (Maricic et al., 2021). Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η εγγραμματοσύνη υγείας υποστηρίζει την ενημερωμένη δράση και μπορεί να λειτουργήσει ως ένας προσδιοριστικός παράγοντας εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης.

Επιπρόσθετα, μια συγκριτική μελέτη στο Μπαγκλαντές κατέγραψε υψηλότερη μη προσέλευση σε ελέγχους εγκυμοσύνης και υψηλότερους τοκετούς στο σπίτι μεταξύ των αγροτικών ζευγαριών. Αυτό παρατηρήθηκε πιο έντονα σε ζευγάρια με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και χαμηλότερο εισόδημα, με τη δραστηριότητα δημιουργίας εισοδήματος των γυναικών να αναδεικνύεται ως σημαντικός παράγοντας (Hossain, 2021). Η μελέτη καταδεικνύει πώς οι πόροι του νοικοκυριού και οι έμφυλοι εργασιακοί ρόλοι επηρεάζουν από κοινού τη χρήση των υπηρεσιών πρόληψης.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η έρευνα για τον υγιεινό τρόπο ζωής δείχνει ότι οι συμπεριφορές τείνουν να εμφανίζονται σε ομάδες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από παρόμοιες κοινωνικές ταυτότητες και κοινά πρότυπα. Μια σχετική έρευνα ανέδειξε σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα φύλα, έντονες μεταβολές ανά ηλικιακή φάση και υπογράμμισε τον ρόλο της κοινωνικοοικονομικής θέσης ως βασικού δομικού παράγοντα που κατευθύνει τα πρότυπα τρόπου ζωής (Mollborn et al., 2020). Με βάση αυτά τα ευρήματα, οι παρεμβάσεις αποδίδουν περισσότερο όταν στοχεύουν σε σύνολα συμπεριφορών και τα κοινωνικά πλαίσια που τα διατηρούν, αντί να περιορίζονται σε μία μόνο πρακτική. Επιπλέον, σε επίπεδο πληθυσμού, τα πρότυπα υγείας των γυναικών αντανακλούν επίσης το στίγμα και τις πολιτικές δομές που διαμορφώνουν αυτό που γίνεται ορατό και εφαρμόσιμο στην πρόληψη. Οι Short και Zacher (2022) τονίζουν ότι η γνώση για την υγεία των γυναικών έχει περιοριστεί από τον αποκλεισμό από την έρευνα και από το στίγμα γύρω από βασικές διαδικασίες της ζωής, παράλληλα με τις δομικές ανισότητες που παραμένουν.

Ανακεφαλαιώνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι οι κοινωνικοπολιτισμικοί και οικονομικοί καθοριστικοί παράγοντες επηρεάζουν τις προληπτικές συμπεριφορές των γυναικών μέσω της κατανομής των πόρων, της αυτονομίας και του ελέγχου, της υγειονομικής παιδείας και των κανόνων υγιεινού τρόπου ζωής που είναι ενσωματωμένοι στην εκάστοτε κοινωνία. Με αυτήν την έννοια, οι στρατηγικές πρόληψης αποκτούν αποτελεσματικότητα όταν αντιμετωπίζουν αυτούς τους μηχανισμούς από κοινού, συνδυάζοντας προσβάσιμες υπηρεσίες και πληροφορίες με πολιτικές που μειώνουν τις οικονομικές δυσκολίες, ενισχύουν τους κοινοτικούς πόρους και αυξάνουν την αυτονομία των γυναικών σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους (O’Neil et al., 2020; Short & Mollborn, 2015; Whitehead et al., 2016).

2.5 Ψυχολογικοί και γνωστικοί παράγοντες κινήτρων

Ψυχολογικοί και γνωστικοί παράγοντες κινήτρων διαμορφώνουν τις προληπτικές συμπεριφορές των γυναικών επηρεάζοντας τον τρόπο με τον οποίο οι πληροφορίες για την υγεία αποκτούν προσωπικό νόημα, τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνονται οι προθέσεις και τον τρόπο με τον οποίο οι δράσεις συνεχίζουν να υλοποιούνται σε βάθος χρόνου και σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Πρόσφατα εμπειρικά στοιχεία υπογραμμίζουν παράγοντες όπως τα αντιληπτά οφέλη και τα εμπόδια, οι πεποιθήσεις

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

για την αποτελεσματικότητα, ο σχεδιασμός της δράσης, η κοινωνική επιρροή και οι δεξιότητες ρύθμισης της συμπεριφοράς.

Στοιχεία από τον έλεγχο με μαστογραφία δείχνουν σημαντική επεξηγηματική ικανότητα για τις κοινωνικο-γνωστικές δομές. Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που εκτείνεται σε μελέτες από το 1974 έως το 2020, μοντέλα από το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς συνέβαλαν σε μια ουσιαστική συνεισφορά σε αυτό το πεδίο, με τα ερεθίσματα για δράση να δείχνουν μια συγκριτικά μεγάλη συσχέτιση με την συμμετοχή στον έλεγχο (Ritchie et al., 2021). Οι υπενθυμίσεις των παρόχων, οι προτροπές από τα συστήματα υγείας και η επικοινωνία λειτουργούν ως ερεθίσματα που ενεργοποιούν τις αποφάσεις ελέγχου, ενώ οι στάσεις και ο αντιληπτός έλεγχος διοχετεύουν τις αξιολογήσεις της αξίας και της σκοπιμότητας στην πρόθεση (Ritchie et al., 2021).

Η έρευνα για τον έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Αιθιοπία παρέχει μια εστιασμένη απεικόνιση των ψυχογραφικών παραγόντων της πρόθεσης ελέγχου. Μεταξύ των γυναικών που επισκέπτονται υπηρεσίες υγείας, η πρόθεση χρήσης ελέγχου ευθυγραμμίστηκε με τη στάση απέναντι στον έλεγχο, την αντιληπτή κοινωνική πίεση και τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς, ενώ η γνώση για την ασθένεια και η προηγούμενη εμπειρία ελέγχου ενίσχυσαν περαιτέρω την πρόθεση (Abamecha et al., 2019). Η εν λόγω έρευνα τονίζει ότι τα κίνητρα προκύπτουν από αξιολογικές πεποιθήσεις, αντιληπτές προσδοκίες εντός των κοινωνικών δικτύων και εμπιστοσύνη στη διαχείριση πρακτικών περιστάσεων (Abamecha et al., 2019).

Η ευρύτερη πρόθεση για προληπτική φροντίδα δείχνει ότι οι αποφάσεις υγείας διαμορφώνονται από συνδυασμό πεποιθήσεων και κοινωνικών επιρροών. Σε δείγμα ατόμων που προσήλθαν για προληπτικό έλεγχο σε νοσοκομείο στην Κίνα, οι αντιλήψεις σχετικά με την ευαλωτότητα, την σοβαρότητα, τα οφέλη και τα εμπόδια επηρέασαν τη στάση απέναντι στις προληπτικές συμπεριφορές. Στη συνέχεια, η στάση, οι υποκειμενικοί κανόνες και ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς προέβλεψαν την πρόθεση συμμετοχής στην πρόληψη. Η αυτοαποτελεσματικότητα λειτούργησε ως μεσολαβητής, ενισχύοντας τις παραπάνω σχέσεις και κάνοντας πιο πιθανή τη μετάβαση από την αξιολόγηση στην πρόθεση (Fang et al., 2025). Με άλλα λόγια, η αυτοαποτελεσματικότητα αναδεικνύεται ως κρίσιμος γνωστικός πόρος που

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

βοηθά το άτομο να μετατρέπει τις πεποιθήσεις και την κοινωνική πίεση σε σαφή και σταθερή δέσμευση για προληπτική δράση (Fang et al., 2025).

Σε πολλές συμπεριφορές που σχετίζονται με την πρόληψη της υγείας, ο ρόλος των διεργασιών και του σχεδιασμού αναδεικνύεται ως κρίσιμος σύνδεσμος ανάμεσα στο κίνητρο και στην εφαρμογή. Μια μετα-ανάλυση της Προσέγγισης της Διαδικασίας Δράσης για την Υγεία (Health Action Process Approach), που περιέλαβε 95 μελέτες και 108 ανεξάρτητα δείγματα, έδειξε μικρές έως μέτριες συσχετίσεις της αυτοαποτελεσματικότητας δράσης, της αυτοαποτελεσματικότητας συντήρησης και των προσδοκιών αποτελεσμάτων με τις συμπεριφορές υγείας. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι η πρόθεση και κυρίως οι διαδικασίες σχεδιασμού εξηγούν σημαντικό μέρος της μετάβασης από την πρόθεση στην πράξη, με ιδιαίτερη βαρύτητα στον σχεδιασμό δράσης και στον σχεδιασμό αντιμετώπισης εμποδίων (Zhang et al., 2019). Στο πεδίο της πρόληψης για τις γυναίκες, τα ευρήματα αυτά στηρίζουν παρεμβάσεις που προσθέτουν συγκεκριμένη υποστήριξη σχεδιασμού. Δηλαδή, βοηθούν να οριστεί το πότε, το πού και το πώς θα γίνει η συμπεριφορά, και να προβλεφθούν πρακτικές λύσεις για τα εμπόδια που είναι πιθανό να εμφανιστούν (Zhang et al., 2019).

Επιπλέον, οι παρεμβάσεις ψηφιακής υγείας για γυναίκες μέσης ηλικίας παρέχουν μια λεπτομερή εικόνα για τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς που θέτουν σε λειτουργία ψυχολογικούς μηχανισμούς. Μια συστηματική ανασκόπηση δεκατριών ψηφιακών παρεμβάσεων ανέφερε συχνή χρήση τεχνικών που διαμορφώνουν τη γνώση και υποστηρίζουν την επανάληψη των προληπτικών εξετάσεων. Η χαρτογράφηση της πορείας αλλαγής συμπεριφοράς έδειξε ότι το περιεχόμενο της παρέμβασης συχνά στοχεύει στην ικανότητα και το κίνητρο, με τη ρύθμιση της συμπεριφοράς, τη γνώση και τις γνωστικές και διαπροσωπικές δεξιότητες ως συχνά στοχευμένους μηχανισμούς (Sediva et al., 2022). Αυτά τα ευρήματα ενισχύουν την κεντρική θέση που πρέπει να έχουν οι δεξιότητες ρύθμισης της συμπεριφοράς, όπως η αυτοπαρακολούθηση και η δομημένη επιδίωξη στόχων, για συμπεριφορές τρόπου ζωής που σχετίζονται με την υγεία της μέσης ηλικίας (Sediva et al., 2022).

Η ποιότητα των κινήτρων και η διαπροσωπική υποστήριξη δείχνουν συνεπείς εμπειρικές συσχετίσεις με την αλλαγή συμπεριφοράς, ειδικά για τη σωματική

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

δραστηριότητα. Μια μετα-ανάλυση παρεμβάσεων που βασίζεται στη θεωρία του αυτοπροσδιορισμού διαπίστωσε μικρές έως μεσαίες βελτιώσεις στο αυτόνομο κίνητρο, με σχετικές βελτιώσεις στις συμπεριφορές υγείας στο τέλος της παρέμβασης και στην παρακολούθηση (Ntoumanis et al., 2021). Μια μεταγενέστερη ανάλυση που επικεντρώνεται στη σωματική δραστηριότητα και την άσκηση τόνισε τις επιδράσεις που διαμεσολαβούνται κυρίως μέσω του αυτόνομου κινήτρου και τόνισε τις ευκαιρίες που δημιουργούνται από την τεχνολογία για την προσαρμογή και βελτιστοποίηση των παρεμβάσεων (Ntoumanis & Moller, 2025).

Συνολικά, η εμπειρική βιβλιογραφία συγκλίνει σε ένα συμπέρασμα σύμφωνα με το οποίο, τα κίνητρα για την συμμετοχή σε προληπτικούς ελέγχους ενισχύονται μέσω σημαντικών ενδείξεων, προσδοκιών θετικών αποτελεσμάτων, πεποιθήσεων αποτελεσματικότητας, υποστηρικτικών κανόνων και δομημένων δεξιοτήτων σχεδιασμού και ρύθμισης. Η ψηφιακή παροχή υπηρεσιών και το υποστηρικτικό διαπροσωπικό κλίμα ενισχύουν αυτούς τους μηχανισμούς παρέχοντας υποδείξεις, ανατροφοδότηση και υποστηρικτική καθοδήγηση, υποστηρίζοντας έτσι την συμμετοχή σε διαρκή προληπτικά προγράμματα σε όλη τη διάρκεια της ζωής των γυναικών (Ntoumanis et al., 2021; Ritchie et al., 2021; Sediva et al., 2022; Zhang et al., 2019).

3. Προσανατολισμός υγείας

3.1 Έννοια και ορισμός του προσανατολισμού υγείας

Ο προσανατολισμός στην υγεία περιγράφει μια σχετικά σταθερή τάση να αντιμετωπίζεται η υγεία ως σημαντική και άμεσα συνδεδεμένη με τις ανάγκες και τις επιλογές του ατόμου. Η έννοια λειτουργεί ως γενική στάση και προδιάθεση που κατευθύνει την προσοχή σε ενδείξεις υγείας, την προτίμηση για προληπτικές πρακτικές, την αυτοπεποίθηση στη χρήση πληροφοριών υγείας και την προθυμία να επενδύεται προσπάθεια σε διαδικασίες που ενισχύουν την υγεία. Η πρόσφατη βιβλιογραφία προσεγγίζει τον προσανατολισμό στην υγεία ως πολυδιάστατη έννοια, στην οποία η αναζήτηση πληροφοριών, η προληπτική εστίαση και οι επιλογές του τρόπου ζωής συνδέονται σε μια ενιαία στάση απέναντι σε ζητήματα υγείας (Lee et al., 2023).

Η βασική εργασία μέτρησης καθόρισε τον προσανατολισμό στην υγεία μέσω μιας κλίμακας αυτοαναφοράς που καταγράφει τις ψυχολογικές τάσεις που σχετίζονται με την υγεία. Τα στοιχεία αξιοπιστίας σε όλες τις υποκλίμακες υποστήριξαν την εσωτερική συνέπεια, και οι συσχετίσεις με την αυτοαναφερόμενη συμμόρφωση με συμπεριφορές που προάγουν την υγεία τοποθέτησαν τον προσανατολισμό στην υγεία ως καθοριστικό παράγοντα των προτύπων δράσης (Snell et al., 1991). Αργότερα, η ψυχομετρική έρευνα βελτίωσε το στοιχείο της πληροφoρίας μέσω της Κλίμακας Προσανατολισμού στις Πληροφορίες Υγείας, η οποία αξιολογεί την εμπλοκή και την αντίληψη στις πληροφορίες, επιτρέποντας τη μοντελοποίηση των κινήτρων που σχετίζονται με τις πληροφορίες στο πλαίσιο του ευρύτερου προσανατολισμού στην υγεία (DuBenske et al., 2009).

Η εμπειρική εργασία στην επικοινωνία της υγείας πλαισιώνει τον προσανατολισμό στην υγεία ως ένα ολιστικό σύστημα που συνδέει ποικίλες συμπεριφορές μέσω ενός υποκείμενου προσανατολισμού προς την υγεία. Σε μια τυχαιοποιημένη διατομεακή έρευνα νοικοκυριών, οι τακτικά ασκούμενοι διέφεραν από τους μη ασκούμενους σε όλες τις υποκλίμακες προσανατολισμού στην υγεία, συμπεριλαμβανομένου του προσανατολισμού στις πληροφορίες για την υγεία, του προληπτικού προσανατολισμού, του προσανατολισμού στην άσκηση, του

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

προσανατολισμού στην υγιεινή διατροφή και της αποτελεσματικότητας των πληροφοριών για την υγεία. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η συμπεριφορά υιοθέτησης της άσκησης ευθυγραμμίζεται με ένα ευρύτερο προφίλ προσανατολισμένο στην υγεία και διαφοροποιείται από άλλες συμπεριφορικές δομές όπως η καθιστική συμπεριφορά και το κάπνισμα, υποστηρίζοντας την άποψη ότι ο προσανατολισμός στην υγεία δομεί ομάδες ενεργειών μέσω κοινών κινήτρων και ικανοτήτων (Lee et al., 2023).

Ο προσανατολισμός στην υγεία προβλέπει επίσης τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα επεξεργάζονται προληπτικά ερεθίσματα σε καταναλωτικά περιβάλλοντα. Η έρευνα σχετικά με τις επιλογές διατροφής δείχνει ότι ο προσανατολισμός στην υγεία διαμορφώνει τις στάσεις και ενισχύει τις προθέσεις για ενασχόληση με τις πληροφορίες της ετικέτας των προϊόντων, με επακόλουθη επιρροή στην πρόθεση αγοράς. Αυτά τα στοιχεία διευρύνουν την έννοια πέρα από τα κλινικά πλαίσια, δείχνοντας ότι τα άτομα που προσανατολίζονται στην υγεία αντιμετωπίζουν τις πληροφορίες της αγοράς ως εισροή για τη διατήρηση της υγείας, ενσωματώνοντας έτσι την πρόληψη στην ρουτίνα επιλογής τροφίμων (Szymkowiak et al., 2021).

Μελέτες που εξετάζουν διαφορετικές ηλικιακές φάσεις δείχνουν ότι η στάση του ατόμου απέναντι στην υγεία, δηλαδή η προτεραιότητα που της δίνει και η τάση του να λειτουργεί προληπτικά, εμφανίζεται ήδη στα πρώτα χρόνια και στη συνέχεια σταθεροποιείται μέσα από μάθηση και εμπειρίες. Μεταξύ των εφήβων, ο προσανατολισμός στην πληροφόρηση για την υγεία συσχετίζεται έντονα με συμπεριφορές προαγωγής της υγείας. Τα μοντέλα παλινδρόμησης των You & Ahn (2025) αναγνώρισαν τον προσανατολισμό στην πληροφόρηση για την υγεία και την υγειονομική παιδεία ως βασικούς καθοριστικούς παράγοντες, παράλληλα με την οικονομική κατάσταση και τον πάροχο πληροφοριών που σχετίζονται με την πρωτοβάθμια υγεία. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι ο προσανατολισμός στην αναζήτηση πληροφοριών και η ικανότητα στην κατανόηση των πληροφοριών υποστηρίζουν από κοινού την προαγωγή της υγείας κατά τη διάρκεια μιας περιόδου αυξανόμενης αυτονομίας, ενώ οι οικογενειακές και σχολικές πηγές πληροφοριών διαμορφώνουν το κανάλι μέσω του οποίου ο προσανατολισμός γίνεται συμπεριφορά (You & Ahn, 2025).

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Ευρύτεροι ψυχολογικοί πόροι συνδέονται με τον προσανατολισμό στην υγεία. Δομικές αναλύσεις μεταξύ προπτυχιακών φοιτητών έδειξαν ότι το νόημα της ζωής σχετίζεται με τα αποτελέσματα της υγείας εν μέρει μέσω του προληπτικού προσανατολισμού στην υγεία, υποδεικνύοντας ότι ο προσανατολισμός στην υγεία μπορεί να μεταδώσει τον σκοπό των κινήτρων σε συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας. Ο προληπτικός προσανατολισμός στην υγεία αντανακλά τη δέσμευση στη διατήρηση της υγείας, ενώ η υποτίμηση των πληροφοριών δείχνει μια στάση απαξίωσης απέναντι στα μηνύματα υγείας, η οποία μειώνει την προθυμία να τα λάβει υπόψη το άτομο και επηρεάζει τις επιλογές συμπεριφοράς του (Steger et al., 2014).

Σε επίπεδο ψυχομετρικής βάσης, η εργασία των Togas και Parlalis (2021) τεκμηριώνει τη μετάφραση και αξιολόγηση της Health Orientation Scale σε δείγμα στην Ελλάδα και την Κύπρο, υποστηρίζοντας μια δομή συμβατή με την αρχική επικύρωση, επαρκή αξιοπιστία για τις περισσότερες υποκλίμακες και ικανοποιητική σταθερότητα επαναμέτρησης, ενώ η εγκυρότητα ενισχύεται μέσω συσχετίσεων με τον έλεγχο υγείας, την αισιοδοξία, την εκτίμηση σώματος και δείκτες άγχους (Togas & Parlalis, 2021). Η συγκεκριμένη έρευνα λειτουργεί ως μεθοδολογικό υπόβαθρο, καθώς παρέχει εργαλείο μέτρησης που επιτρέπει συγκρίσεις και εφαρμογές σε ποικίλα πλαίσια.

Σε επίπεδο ψυχολογικών συσχετίσεων, η μελέτη των Orlandou et al. (2024) εστιάζει στη σχέση αισιοδοξίας και προσανατολισμού υγείας στον γενικό πληθυσμό κατά την πανδημία, αναδεικνύοντας θετικές συσχετίσεις της αισιοδοξίας με διαστάσεις όπως η αυτοπεποίθηση υγείας, οι προσδοκίες υγείας και τα κίνητρα για υγιεινές συμπεριφορές, καθώς και διαφοροποιήσεις ως προς φύλο και επίπεδο άσκησης, με τους συχνά ασκούμενους να εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερες βαθμολογίες σε κρίσιμες υποκλίμακες (Orlandou et al., 2024). Η εργασία αυτή προσδίδει ερμηνευτική αξία στον προσανατολισμό υγείας ως ψυχολογικό πόρο διαχείρισης απαιτητικών συνθηκών.

Τέλος, σε επίπεδο κλινικής εφαρμογής, η μελέτη των Saridi et al. (2026) σε επαρχιακό νοσοκομείο συνδέει τον προσανατολισμό υγείας με την εγγραμματοσύνη υγείας, δείχνοντας ότι υψηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας σχετίζεται με ιδιωτική συνειδητότητα υγείας, αυτοεκτίμηση και κίνητρα υγιεινής, με την εκπαίδευση και την

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

ηλικία να συνδιαμορφώνουν επιμέρους διαστάσεις ελέγχου και στάσεων (Saridi et al., 2026).

3.2. Συνείδηση για την Υγεία

Η συνείδηση για την υγεία υποδηλώνει τον βαθμό στον οποίο τα άτομα φροντίζουν για την υγεία, αξιολογούν τις συνέπειες για την υγεία και ενσωματώνουν τους στόχους υγείας στην καθημερινή ζωή. Οι εννοιολογικές ανασκοπήσεις την περιγράφουν ως μια δυναμική διαμόρφωση γνωστικής αξιολόγησης, ανησυχίας και τάσεων δράσης που συνδέουν την αυτοφροντίδα, την πρόληψη και τη λήψη αποφάσεων των καταναλωτών (Espinosa & Mulenga, 2024). Εμπειρικές μελέτες δείχνουν ότι η συνείδηση για την υγεία λειτουργεί ως καταλύτης κινήτρων που ενισχύει την εμπλοκή με την πληροφόρηση, αυξάνει τη συνάφεια των ενδείξεων υγείας και υποστηρίζει τη μετάφραση των προθέσεων σε συμπεριφορά σε διαφορετικά περιβάλλοντα.

Στη ζωή των ανθρώπων, η συνείδηση για την υγεία σχετίζεται με την επικοινωνία για την υγεία. Μεταξύ των ηλικιωμένων που χρησιμοποιούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, η υψηλότερη συνείδηση για την υγεία προβλέπει ισχυρότερη πρόθεση για κοινοποίηση πληροφοριών για την υγεία, με την αυτοαποτελεσματικότητα και τους κοινωνικούς κανόνες να λειτουργούν ως διαμεσολαβητικές οδοί (An et al., 2025). Αυτό δείχνει ότι η υψηλή συνείδηση για την υγεία ενισχύει την αυτοπεποίθηση του ατόμου να συζητά και να μεταφέρει πληροφορίες υγείας. Παράλληλα, το βοηθά να προσαρμόζει όσα κοινοποιεί σε αυτό που θεωρεί ότι περιμένουν ή εγκρίνουν τα σημαντικά πρόσωπα γύρω του, με αποτέλεσμα οι προληπτικές πληροφορίες να διαδίδονται ευκολότερα μέσα στα δίκτυα συνομηλίκων.

Η συνείδηση για την υγεία διαμορφώνει επίσης συμπεριφορές που σχετίζονται με την άθληση όταν διάφοροι περιορισμοί επηρεάζουν τις καθημερινές ρουτίνες. Κατά τη διάρκεια της περιόδου COVID-19 στην Κίνα, η συνείδηση για την υγεία προέβλεψε την άσκηση στο σπίτι και το αποτέλεσμα λειτούργησε μέσω των στόχων υγείας και του αντιληπτού ελέγχου συμπεριφοράς ως διαδοχικών μεσολαβητών (Pu et al., 2020). Τα ευρήματα αυτά δείχνουν μια πορεία δράσης στην οποία η συνείδηση

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

για την υγεία αυξάνει την έμφαση του στόχου, ενισχύει την αντιληπτή ικανότητα άσκησης υπό περιορισμούς και υποστηρίζει την υιοθέτηση ρουτινών δραστηριότητας.

Η έρευνα για τη συμπεριφορά των καταναλωτών παρέχει συμπληρωματικά στοιχεία που συνδέουν τη συνείδηση για την υγεία με τη γνωστική λειτουργία και τις αγορές που σχετίζονται με τα τρόφιμα. Στο Μπαγκλαντές, η συνείδηση για την υγεία αύξησε την αντιληπτή γνώση, τις πεποιθήσεις για την υγεία και τις στάσεις και η πρόθεση αγοράς ευθυγραμμίστηκε πιο έντονα με την πεποίθηση και την αντιληπτή γνώση (Hoque et al., 2018). Στην Κίνα, η συνείδηση για την υγεία προέβλεψε την πρόθεση αγοράς για τρόφιμα υγείας και ευεξίας μέσω της στάσης και της επιθυμίας, και η ανάλυση των απαραίτητων συνθηκών τοποθέτησε τη συνείδηση για την υγεία και την επιθυμία ως προϋποθέσεις για την αγορά αυτών των προϊόντων (Pan et al., 2025). Στο Περού, η υψηλότερη συνείδηση για την υγεία σχετιζόταν με τη μειωμένη πρόθεση αγοράς για ανθυγιεινά τρόφιμα, ενώ η αισθητηριακή ελκυστικότητα έδειξε θετική συσχέτιση με την πρόθεση αγοράς για ανθυγιεινά τρόφιμα (Saintila et al., 2025). Μαζί, αυτά τα αποτελέσματα απεικονίζουν τη συνείδηση για την υγεία ως ρυθμιστή των καταναλωτικών επιλογών, ενισχύοντας την προσοχή στην αξία για την υγεία και μετριάζοντας την έλξη της αισθητηριακής ελκυστικότητας των ανθυγιεινών προϊόντων.

Η έρευνα για την υιοθέτηση της ψηφιακής τεχνολογίας επεκτείνει την έννοια πέρα από την κατανάλωση υγείας στις επιλογές τεχνολογίας. Ένα ολοκληρωμένο μοντέλο UTAUT2 για την υιοθέτηση του 5G έδειξε ότι η στάση απέναντι στην υγεία αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα και μεσολαβητή της πρόθεσης συμπεριφοράς (Mustafa et al., 2022). Αυτό δείχνει ότι η συνείδηση για την υγεία μπορεί να παρακινήσει την υιοθέτηση τεχνολογιών που θεωρούνται ότι υποστηρίζουν την υγεία ή είναι ευθυγραμμισμένες με το περιβάλλον, ειδικά όταν συνδυάζονται με συνθήκες που διευκολύνουν την υγεία και την κοινωνική επιρροή.

Το κοινωνικό πλαίσιο συμβάλλει επίσης στην εμφάνιση της ίδιας της συνείδησης για την υγεία. Χρησιμοποιώντας δεδομένα εθνικής έρευνας στην Κίνα, οι διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου, όπως η συμμετοχή, η εμπιστοσύνη, τα δίκτυα και η αμοιβαιότητα, προέβλεψαν υψηλότερη συνείδηση για την υγεία (Shi et al., 2025). Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν μια ερμηνεία της συνείδησης για την

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

υγεία ως κοινωνικά ενσωματωμένης, διαμορφωμένης από σχεσιακούς πόρους που ενισχύουν την έκθεση σε κανόνες υγείας, ευκαιρίες για συζήτηση για την υγεία και συλλογικές προσδοκίες.

Σε αυτές τις έρευνες, η συνείδηση για την υγεία λειτουργεί ως ένας επικουρικός ψυχολογικός πόρος που συνδέει την προσοχή στην υγεία με πεποιθήσεις αποτελεσματικότητας, κανονιστική ευθυγράμμιση και δράση που κατευθύνεται από στόχους. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αύξηση της προληπτικής εμπλοκής μπορούν να αξιοποιήσουν αυτό το πλεονέκτημα ενισχύοντας την αυτο-αποτελεσματικότητα για τη διαχείριση της υγείας, καλλιεργώντας υποστηρικτικούς κανόνες, ενισχύοντας ουσιαστικούς στόχους υγείας και σχεδιάζοντας περιβάλλοντα πληροφοριών και επισήμανσης που καθιστούν τα σημάδια υγείας σημαντικά και εφαρμόσιμα (An et al., 2025; Pan et al., 2025; Pu et al., 2020).

3.3 Λοιπές διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας

Ο προσανατολισμός υγείας αποτελεί πολυδιάστατη ψυχολογική έννοια, καθώς περιλαμβάνει περισσότερες πλευρές από τη γενική συνείδηση για την υγεία. Η Health Orientation Scale αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει διαφορετικές ψυχολογικές τάσεις που συνδέονται με τη φροντίδα, την αντίληψη, την πρόληψη και τη διαχείριση της υγείας. Στην αρχική της μορφή, η κλίμακα περιλαμβάνει επιμέρους διαστάσεις όπως η προσωπική συνείδηση υγείας, το ενδιαφέρον για την εικόνα υγείας, το άγχος υγείας, η αυτοπεποίθηση υγείας, τα κίνητρα για υγιεινή συμπεριφορά, η αποφυγή ανθυγιεινών επιλογών, ο εσωτερικός και εξωτερικός έλεγχος υγείας, οι προσδοκίες υγείας και η αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας (Snell et al., 1991). Η ελληνόφωνη προσαρμογή της κλίμακας από τους Togas και Parlalis (2021) επιβεβαιώνει τη χρησιμότητα αυτής της πολυδιάστατης προσέγγισης σε ελληνικό και κυπριακό πληθυσμό.

Μια πρώτη διάσταση αφορά το ενδιαφέρον για την εικόνα υγείας. Η διάσταση αυτή εκφράζει τον βαθμό στον οποίο το άτομο ενδιαφέρεται για την εικόνα που εκπέμπει η υγεία, η φυσική κατάσταση και η σωματική του παρουσία προς τους άλλους. Με αυτή την έννοια, η υγεία αποκτά και κοινωνική σημασία, καθώς συνδέεται με την αυτοπαρουσίαση, την αυτοεκτίμηση και την αντίληψη του σώματος. Η διάσταση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία σε νεότερες ηλικιακές ομάδες, όπου η

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

εικόνα του σώματος και η κοινωνική αξιολόγηση μπορούν να επηρεάσουν επιλογές διατροφής, άσκησης και πρόληψης. Στην ελληνόφωνη αξιολόγηση της κλίμακας, η εικόνα υγείας συνδέθηκε με ψυχολογικές μεταβλητές, όπως η εκτίμηση σώματος και η αισιοδοξία, γεγονός που δείχνει ότι η αντίληψη της υγείας περιλαμβάνει τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά στοιχεία (Togas & Parlalis, 2021).

Μια δεύτερη διάσταση είναι το άγχος υγείας. Το άγχος υγείας αναφέρεται στην τάση του ατόμου να ανησυχεί για την κατάσταση της υγείας του, να παρακολουθεί πιθανά συμπτώματα και να σκέφτεται κινδύνους που σχετίζονται με ασθένεια. Η διάσταση αυτή μπορεί να ενισχύσει την προληπτική εγρήγορση, επειδή το άτομο παρακινείται να ελέγχει την υγεία του και να αναζητά πληροφορίες. Ταυτόχρονα, όταν το άγχος είναι αυξημένο, μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει τις πληροφορίες υγείας και βιώνει την επαφή με τις υπηρεσίες υγείας. Οι Togas και Parlalis (2021) αναφέρουν ότι η διάσταση αυτή σχετίζεται με δείκτες ψυχολογικής έντασης, στοιχείο που αναδεικνύει τη σημασία της για την κατανόηση της στάσης του ατόμου απέναντι στην πρόληψη και στη φροντίδα.

Μια τρίτη διάσταση αφορά την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση υγείας. Η έννοια αυτή περιγράφει την αίσθηση του ατόμου ότι μπορεί να φροντίσει αποτελεσματικά την υγεία του και να διατηρήσει έναν ικανοποιητικό βαθμό σωματικής και ψυχικής ευεξίας. Άτομα με υψηλότερη αυτοπεποίθηση υγείας είναι πιθανότερο να πιστεύουν ότι μπορούν να οργανώσουν καλύτερα την καθημερινή τους συμπεριφορά, να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες και να ανταποκριθούν σε απαιτήσεις πρόληψης. Η διάσταση αυτή συνδέεται με την ευρύτερη έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας, καθώς η πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί να δράσει αποτελεσματικά λειτουργεί ως προϋπόθεση για τη σταθερή υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας (Snell et al., 1991).

Σημαντικές είναι και οι κινητοποιητικές διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας. Το κίνητρο για υγιεινή συμπεριφορά αφορά την εσωτερική διάθεση του ατόμου να επιλέγει πρακτικές που υποστηρίζουν την υγεία, όπως η άσκηση, η ισορροπημένη διατροφή, ο επαρκής ύπνος και η συμμετοχή σε προληπτικούς ελέγχους. Αντίστοιχα, το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινών καταστάσεων αφορά την προσπάθεια απομάκρυνσης από συμπεριφορές που θεωρούνται επιβλαβείς, όπως η

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

καθιστική ζωή, η ακατάλληλη διατροφή, το κάπνισμα ή η παραμέληση της πρόληψης. Οι δύο αυτές διαστάσεις δείχνουν ότι ο προσανατολισμός υγείας περιλαμβάνει τόσο θετική επιδίωξη υγιεινών επιλογών όσο και αποφυγή κινδύνων. Η αρχική επικύρωση της κλίμακας έδειξε ότι οι διαστάσεις αυτές συνδέονται με αυτοαναφερόμενες συμπεριφορές προαγωγής της υγείας, γεγονός που ενισχύει τη συμπεριφορική αξία του εργαλείου (Snell et al., 1991).

Μια ακόμη κρίσιμη ομάδα διαστάσεων αφορά τον εσωτερικό και εξωτερικό έλεγχο υγείας. Ο εσωτερικός έλεγχος υγείας εκφράζει την πεποίθηση ότι το άτομο μπορεί να επηρεάσει την υγεία του μέσα από τις επιλογές, τις συνήθειες και τις αποφάσεις του. Ο εξωτερικός έλεγχος υγείας εκφράζει την τάση απόδοσης της υγείας σε παράγοντες έξω από το άτομο, όπως οι επαγγελματίες υγείας, οι συνθήκες ζωής ή η τύχη. Η διάκριση αυτή είναι σημαντική, επειδή ο εσωτερικός έλεγχος συνδέεται συνήθως με πιο ενεργητική στάση απέναντι στην πρόληψη, ενώ ο εξωτερικός έλεγχος δείχνει μεγαλύτερη εξάρτηση από εξωτερικές συνθήκες ή θεσμούς. Στην ελληνόφωνη μελέτη των Togas και Parlalis (2021), ο εσωτερικός έλεγχος υγείας αποτέλεσε βασική διάσταση της κλίμακας και συνδέθηκε με την ευρύτερη αντίληψη του ατόμου για την προσωπική του ευθύνη στη διατήρηση της υγείας.

Τέλος, οι προσδοκίες υγείας και η αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας συμπληρώνουν την έννοια του προσανατολισμού υγείας. Οι προσδοκίες υγείας αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τη μελλοντική του υγεία και την πιθανότητα διατήρησης ή βελτίωσής της. Η αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας αφορά την προσωπική αξιολόγηση του ατόμου για τη σωματική και γενική του υγεία. Οι δύο αυτές διαστάσεις επηρεάζουν την πρόθεση για αυτοφροντίδα, την αναζήτηση πληροφοριών και τη συμμετοχή σε προληπτικές πρακτικές. Η έρευνα των Orlandou et al. (2024) έδειξε ότι η αισιοδοξία συνδέεται θετικά με επιμέρους διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας, όπως οι προσδοκίες υγείας, η αυτοπεποίθηση υγείας και τα κίνητρα για υγιεινή συμπεριφορά. Παρόμοια, οι Steger et al. (2014) υποστήριξαν ότι το νόημα ζωής μπορεί να ενισχύει έναν πιο προληπτικό προσανατολισμό προς την υγεία, ο οποίος με τη σειρά του συνδέεται με ευνοϊκότερες συμπεριφορές και αντιλήψεις υγείας.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Συνολικά, οι λοιπές διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας δείχνουν ότι η σχέση του ατόμου με την υγεία του είναι σύνθετη. Περιλαμβάνει γνωστικές πεποιθήσεις, συναισθηματικές αντιδράσεις, κοινωνικές εικόνες, προσωπικά κίνητρα, αντιλήψεις ελέγχου και προσδοκίες για το μέλλον. Για τον λόγο αυτό, η μελέτη του προσανατολισμού υγείας προσφέρει ένα ευρύτερο πλαίσιο κατανόησης της πρόληψης και της αυτοφροντίδας, καθώς εξηγεί όχι μόνο τι γνωρίζει το άτομο για την υγεία, αλλά και πώς αισθάνεται, πώς αξιολογεί τις δυνατότητές του και πόσο πρόθυμο είναι να δράσει.

4. Μεθοδολογία έρευνας

4.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Η παρούσα μελέτη ακολούθησε ποσοτική ερευνητική προσέγγιση με διατομεακό σχεδιασμό. Αντικείμενο της έρευνας αποτέλεσε η αποτύπωση των διαστάσεων του προσανατολισμού υγείας, η καταγραφή της συμμετοχής σε βασικές προληπτικές εξετάσεις και η διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων σε σχέση με επιλεγμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Στόχος ήταν η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στον προσανατολισμό υγείας και στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας από γυναίκες ηλικίας 30 έως 60 ετών. Τα ερευνητικά ερωτήματα ήταν τα εξής.

- Ποιο είναι το επίπεδο ενημέρωσης και συμμετοχής των γυναικών στις προληπτικές εξετάσεις και πώς αποτυπώνονται οι επιμέρους διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας στο συγκεκριμένο δείγμα;
- Σε ποιο βαθμό ο προσανατολισμός υγείας, τόσο σε επίπεδο επιμέρους διαστάσεων όσο και σε επίπεδο ευρύτερων παραγόντων, συνδέεται με την υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών, όπως αυτή εκφράζεται μέσω του δείκτη πρόληψης;
- Πώς διαφοροποιούνται οι διαστάσεις και οι παράγοντες του προσανατολισμού υγείας, καθώς και οι προληπτικές συμπεριφορές υγείας, σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών;

4.2 Δείγμα και δειγματοληψία

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 150 γυναίκες. Η δειγματοληψία ήταν μη πιθανοτική και χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας με στοιχεία χιονοστιβάδας, καθώς το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε τόσο διαδικτυακά όσο και επιτόπια. Κριτήριο ένταξης αποτέλεσαν το γυναικείο φύλο, η ηλικία από 30 έως 60 ετών και η δυνατότητα κατανόησης της ελληνικής γλώσσας. Η ηλικία δηλώθηκε αρχικά ως

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

συνεχής μεταβλητή και στη συνέχεια ομαδοποιήθηκε σε τρεις κατηγορίες για τις ανάγκες της στατιστικής επεξεργασίας.

4.3 Ερευνητικά εργαλεία

Το ερευνητικό εργαλείο ήταν δομημένο ερωτηματολόγιο με τρία μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το δεύτερο μέρος αφορούσε την πρόληψη και περιλάμβανε ερωτήσεις για την ενημέρωση και τη συμμετοχή στο πρόγραμμα «Φώφη Γεννηματά», για τη συχνότητα μαστογραφίας και τεστ Παπανικολάου και για τους λόγους πραγματοποίησης ή μη πραγματοποίησης προληπτικών εξετάσεων. Για την αποτύπωση της υιοθέτησης προληπτικών συμπεριφορών κατασκευάστηκε δείκτης πρόληψης ως μέσος όρος της συχνότητας μαστογραφίας και τεστ Παπανικολάου μετά από κατάλληλη κωδικοποίηση των απαντήσεων.

Το τρίτο μέρος περιλάμβανε την Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας Health Orientation Scale των Snell et al. (1991), η οποία στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε στην ελληνική της εκδοχή όπως μεταφράστηκε και ψυχομετρικά αξιολογήθηκε από τους Togas και Parlalis (2021). Η κλίμακα περιλαμβάνει 50 δηλώσεις σε πενταβάθμια κλίμακα Likert από το 1 έως το 5 και οργανώνεται σε δέκα διαστάσεις με πέντε ερωτήσεις η καθεμία.

Οι διαστάσεις είναι η προσωπική επίγνωση της υγείας, η ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους, το άγχος για την υγεία, η εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία, το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης, το κίνητρο για διατήρηση της υγείας, ο εσωτερικός έλεγχος της υγείας, ο εξωτερικός έλεγχος της υγείας, οι προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία και η τρέχουσα κατάσταση υγείας. Οι ερωτήσεις 14, 38, 39, 40, 48, 49 και 50 έχουν αντίστροφη βαθμολόγηση.

Παράλληλα, οι δέκα επιμέρους διαστάσεις συντέθηκαν σε τρεις ευρύτερους παράγοντες, οι οποίοι αποδίδουν τη συνολική δομή του προσανατολισμού υγείας. Ο πρώτος παράγοντας, που αποδόθηκε ως θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία, περιλάμβανε την προσωπική επίγνωση της υγείας, την εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία, το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης, το κίνητρο για διατήρηση της υγείας, τις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία και την

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

τρέχουσα κατάσταση υγείας. Ο δεύτερος παράγοντας, που αποδόθηκε ως άγχος και κοινωνική ανησυχία για την υγεία, περιλάμβανε την ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους και το άγχος για την υγεία. Ο τρίτος παράγοντας, που αποδόθηκε ως αντιλήψεις ελέγχου της υγείας, περιλάμβανε τον εσωτερικό έλεγχο της υγείας και τον εξωτερικό έλεγχο της υγείας.

Η επιλογή της συγκεκριμένης κλίμακας στηρίζεται και στις διαθέσιμες ψυχομετρικές της ιδιότητες. Η πρωτότυπη κλίμακα Health Orientation Scale των Snell et al. (1991) αναπτύχθηκε ως εργαλείο αυτοαναφοράς για την αποτύπωση ψυχολογικών τάσεων που συνδέονται με την υγεία και τις σχετικές συμπεριφορές. Η αρχική μελέτη ανάπτυξης και επικύρωσης παρείχε ενδείξεις εσωτερικής συνέπειας των υποκλιμάκων και θεμελίωσε τη χρήση της HOS ως πολυδιάστατου εργαλείου μέτρησης του προσανατολισμού υγείας (Snell et al., 1991, όπως αναφέρεται στο Togas & Parlalis, 2021). Η δομή των 50 ερωτημάτων και των δέκα υποκλιμάκων αναφέρεται και σε μεταγενέστερες ψυχομετρικές εφαρμογές της κλίμακας, οι οποίες επιβεβαιώνουν τη χρήση της για τη διερεύνηση γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών τάσεων που συνδέονται με την υγεία και την πρόληψη.

Για την ελληνόγλωσση χρήση της κλίμακας, οι Togas και Parlalis (2021) πραγματοποίησαν μετάφραση και ψυχομετρική αξιολόγηση σε ελληνόφωνο κοινοτικό δείγμα από την Ελλάδα και την Κύπρο. Η μελέτη τους περιέλαβε 358 άτομα ηλικίας 18 έως 73 ετών και χρησιμοποίησε, εκτός από την HOS, εργαλεία όπως η Health Locus of Control Scale, το Life Orientation Test Revised, η Body Appreciation Scale και το State Trait Anxiety Inventory για τον έλεγχο της εγκυρότητας κατασκευής. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν τριπαραγοντική δομή παρόμοια με εκείνη της αρχικής επικύρωσης. Ως προς την εσωτερική συνέπεια, οι εννέα από τις δέκα υποκλίμακες παρουσίασαν καλές έως εξαιρετικές τιμές Cronbach's α , από 0,76 έως 0,87, ενώ η υποκλίμακα του εξωτερικού ελέγχου της υγείας εμφάνισε χαμηλότερη αξιοπιστία, με $\alpha = 0,46$. Επιπλέον, η αξιοπιστία επαναληπτικής μέτρησης κρίθηκε ικανοποιητική, με τιμές από $r = 0,69$ έως $r = 0,94$. Συνεπώς, η ελληνική εκδοχή της HOS θεωρείται κατάλληλη για ερευνητική χρήση σε ελληνόφωνο πληθυσμό, με προσοχή στην ερμηνεία της υποκλίμακας του εξωτερικού ελέγχου λόγω της χαμηλότερης εσωτερικής της συνέπειας.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ανώνυμη και εθελοντική συμμετοχή διαδικτυακά αλλά και σε έντυπη μορφή, με τα περισσότερα ερωτηματολόγια να συμπληρώνονται ηλεκτρονικά. Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δόθηκαν σαφείς πληροφορίες για τον σκοπό της έρευνας, τον ακαδημαϊκό χαρακτήρα της μελέτης και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων.

4.5 Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης

Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε στο SPSS. Αρχικά εφαρμόστηκαν περιγραφικά μέτρα όπως συχνότητες, ποσοστά, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις. Η αξιοπιστία των διαστάσεων ελέγχθηκε με τον δείκτη Cronbach α . Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε συντελεστής συσχέτισης Pearson για τη διερεύνηση των σχέσεων ανάμεσα στις διαστάσεις, στους παράγοντες και στον δείκτη πρόληψης. Για τον έλεγχο διαφορών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά εφαρμόστηκαν αναλύσεις διακύμανσης και όπου χρειάστηκε ακολούθησε post hoc έλεγχος LSD. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%.

4.6 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

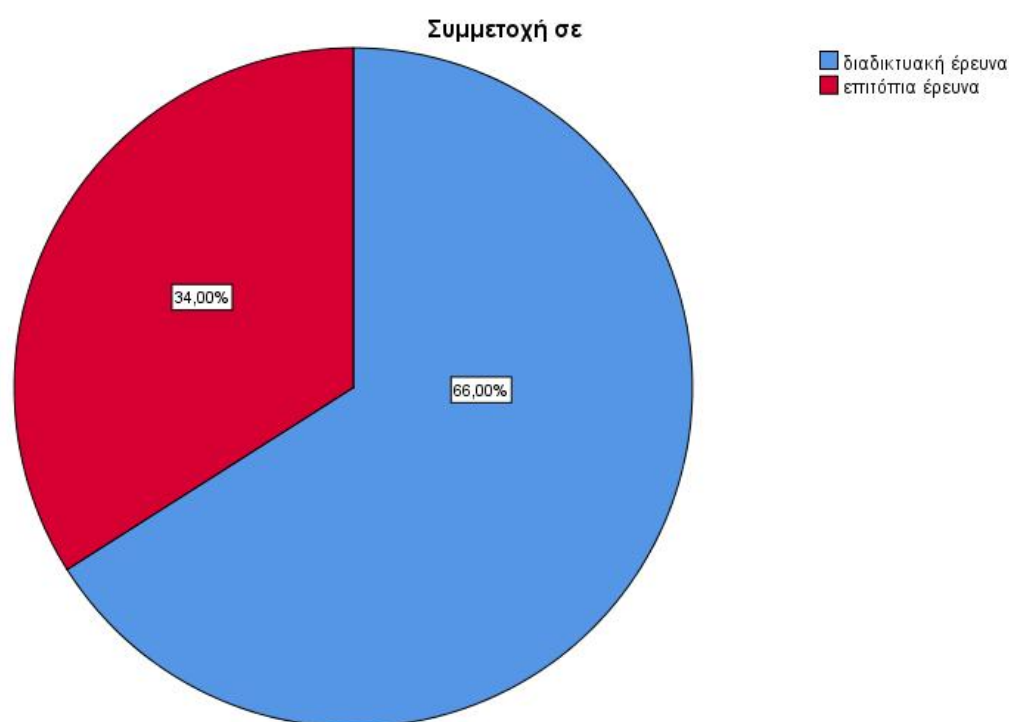
Η έρευνα συμμορφώθηκε πλήρως με τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι και στηρίχθηκε στις βασικές αρχές της εθελοντικής συμμετοχής, της ανωνυμίας, της εμπιστευτικότητας και της αποκλειστικής χρήσης των δεδομένων για ερευνητικούς σκοπούς. Οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν επαρκώς για τον σκοπό, το περιεχόμενο και τη διαδικασία της μελέτης, καθώς και για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θεωρήθηκε ένδειξη ενημερωμένης συναίνεσης. Η συλλογή και η διαχείριση των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν με σεβασμό στις αρχές προστασίας προσωπικών δεδομένων και επιστημονικής δεοντολογίας, ενώ τα στοιχεία αξιοποιήθηκαν αποκλειστικά στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

5. Αποτελέσματα

5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 150 γυναίκες. Ως προς τον τρόπο συμμετοχής, οι 99 γυναίκες, δηλαδή το 66,0% του δείγματος, συμμετείχαν μέσω διαδικτυακής έρευνας, ενώ οι υπόλοιπες 51, που αντιστοιχούν στο 34,0%, συμμετείχαν με επιτόπια συμπλήρωση.



Διάγραμμα 1. Συμμετοχή σε έρευνα

Η ηλικία καταγράφηκε αρχικά ως συνεχής μεταβλητή και στη συνέχεια ομαδοποιήθηκε σε κλειστές κατηγορίες για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης. Ειδικότερα, 59 συμμετέχουσες, δηλαδή το 39,3%, ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 30 έως 39 ετών, 65 γυναίκες, που αντιστοιχούν στο 43,3%, εντάχθηκαν στην ομάδα 40 έως 49 ετών, ενώ 26 γυναίκες, δηλαδή το 17,3%, ανήκαν στην ομάδα 50 έως 60 ετών. Συνεπώς, η πολυπληθέστερη ηλικιακή κατηγορία ήταν εκείνη των 40 έως 49 ετών, ενώ μικρότερη ήταν η συμμετοχή των γυναικών ηλικίας 50 έως 60 ετών.

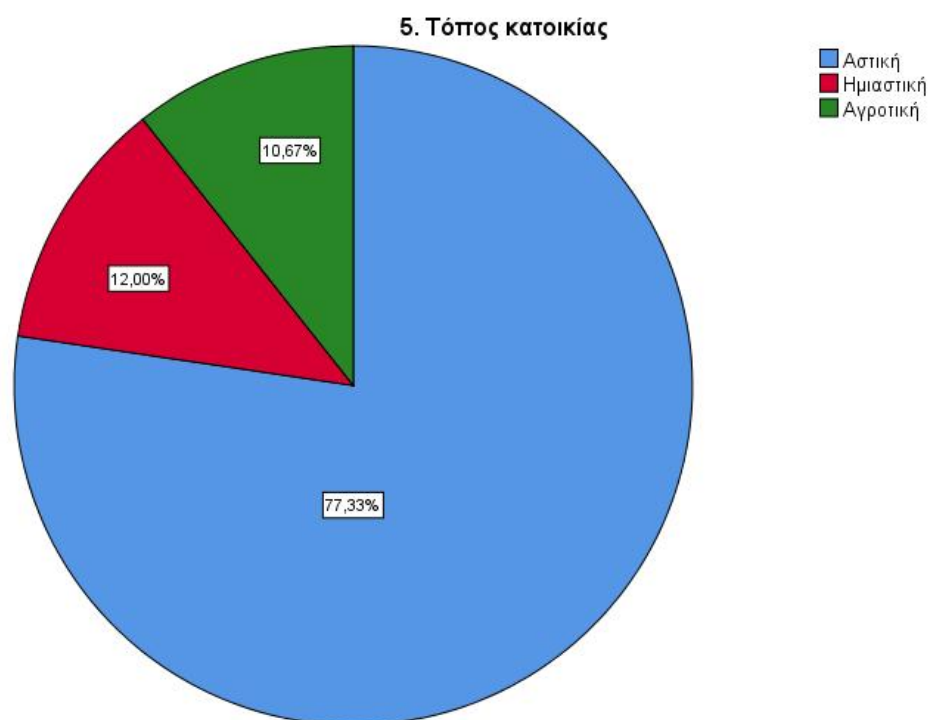
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά της μεταβλητής «Ηλικία»

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
1. Ηλικία	150	30	60	42,15	7,734

Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, 12 συμμετέχουσες, ποσοστό 8,0%, δήλωσαν υποχρεωτική εκπαίδευση, 25 γυναίκες, ποσοστό 16,7%, δήλωσαν απόφοιτες λυκείου, 55 γυναίκες, ποσοστό 36,7%, ανέφεραν σπουδές σε ΤΕΙ ή ΑΕΙ, 51 γυναίκες, ποσοστό 34,0%, δήλωσαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και 7 γυναίκες, ποσοστό 4,7%, δήλωσαν διδακτορικό τίτλο.

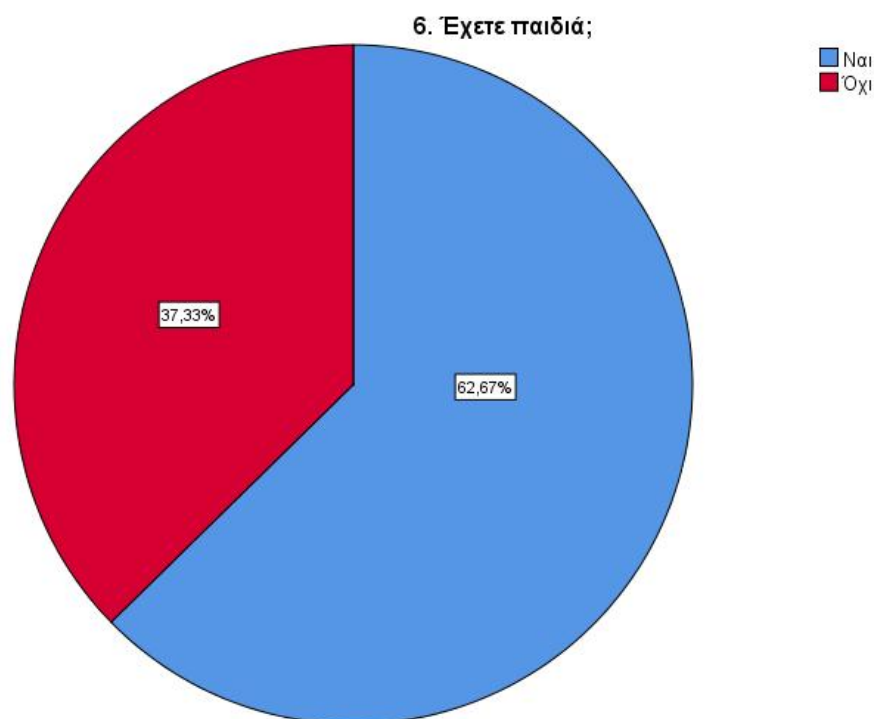
Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, 41 γυναίκες, δηλαδή το 27,3%, ήταν άγαμες, 95 γυναίκες, ποσοστό 63,3%, ήταν έγγαμες, 11 γυναίκες, ποσοστό 7,3%, ήταν διαζευγμένες και 3 γυναίκες, ποσοστό 2,0%, ήταν χήρες. Αναφορικά με τον τόπο κατοικίας, 116 γυναίκες, δηλαδή το 77,3%, διέμεναν σε αστικές περιοχές, 18 γυναίκες, ποσοστό 12,0%, σε ημιαστικές περιοχές και 16 γυναίκες, ποσοστό 10,7%, σε αγροτικές περιοχές.



Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Διάγραμμα 2. Τόπος κατοικίας

Σε ό,τι αφορά τη μητρότητα, 94 γυναίκες, ποσοστό 62,7%, δήλωσαν ότι έχουν παιδιά, ενώ 56 γυναίκες, ποσοστό 37,3%, δήλωσαν ότι δεν έχουν.



Διάγραμμα 3. Ύπαρξη παιδιών

Αντίστοιχα, ως προς τον αριθμό τέκνων, 56 συμμετέχουσες, δηλαδή το 36,7%, ανέφεραν ότι δεν έχουν παιδιά, 30 γυναίκες, ποσοστό 20,0%, δήλωσαν ένα παιδί, 47 γυναίκες, ποσοστό 32,0%, δήλωσαν δύο παιδιά, 10 γυναίκες, ποσοστό 6,7%, δήλωσαν τρία παιδιά και 7 γυναίκες, ποσοστό 4,7%, δήλωσαν τέσσερα ή περισσότερα παιδιά.

Τέλος, η μεταβλητή του επαγγέλματος συλλέχθηκε αρχικά με ανοιχτή ερώτηση και στη συνέχεια ανακωδικοποιήθηκε σε έξι ευρύτερες κατηγορίες για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης. Η τελική κατηγοριοποίηση βασίστηκε τόσο στις λεκτικές απαντήσεις όσο και στην ήδη διαθέσιμη κωδικοποίηση των τελευταίων 51 περιπτώσεων. Συγκεκριμένα, στην κατηγορία οικιακά και άνεργη εντάχθηκαν 10 γυναίκες, ποσοστό 6,7% του δείγματος. Στην κατηγορία εκπαιδευτικός εντάχθηκαν 36 γυναίκες, ποσοστό 24,0%, όπου περιλήφθηκαν απαντήσεις όπως εκπαιδευτικός,

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

δασκάλα, καθηγήτρια, φιλόλογος, ειδικός παιδαγωγός και παιδαγωγός ειδικής αγωγής. Στην κατηγορία ελεύθερη επαγγελματίας εντάχθηκαν 41 γυναίκες, ποσοστό 27,3%, και σε αυτήν περιλήφθηκαν επαγγέλματα όπως λογίστρια, δικηγόρος, ιατρός, φαρμακοποιός, μηχανικός, αισθητικός, φυσικοθεραπεύτρια, εργοθεραπεύτρια, γεροντολόγος και άλλες αντίστοιχες επαγγελματικές ιδιότητες. Στην κατηγορία ιδιωτικός υπάλληλος ταξινομήθηκαν 45 γυναίκες, ποσοστό 30,0%, αποτελώντας τη συχνότερη επαγγελματική κατηγορία του δείγματος. Στην κατηγορία δημόσιος υπάλληλος εντάχθηκαν 12 γυναίκες, ποσοστό 8,0%. Τέλος, στην κατηγορία αγρότισσα εντάχθηκαν 6 γυναίκες, ποσοστό 4,0%.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

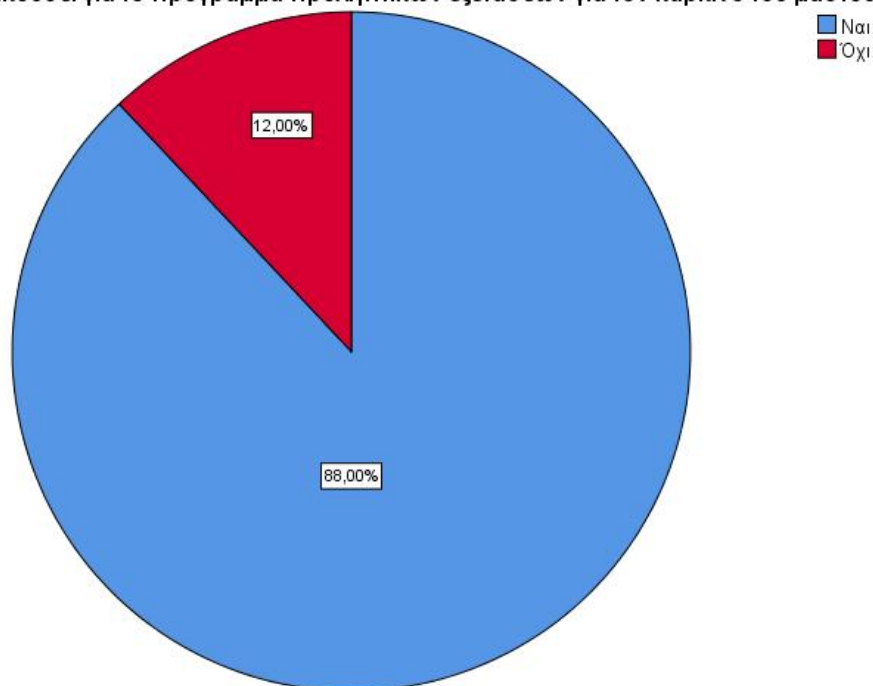
Ερώτηση	Επιλογές	Συχνότητες	% Συχνότητες
Συμμετοχή σε	διαδικτυακή έρευνα	99	66,0
	επιτόπια έρευνα	51	34,0
Ηλικιακή ομάδα	30- 39	59	39,3
	40-49	65	43,3
	50-60	26	17,3
Επίπεδο εκπαίδευσης	Υποχρεωτική εκπαίδευση	12	8,0
	Λύκειο	25	16,7
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	55	36,7
	Μεταπτυχιακό	51	34,0
	Διδακτορικό	7	4,7
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	41	27,3
	Έγγαμη	95	63,3
	Διαζευγμένη	11	7,3
	Χήρα	3	2,0
Τόπος κατοικίας	Αστική	116	77,3
	Ημιαστική	18	12,0
	Αγροτική	16	10,7
Έχετε παιδιά;	Ναι	94	62,7
	Όχι	56	37,3
Αριθμός τέκνων	0	56	36,7
	1	30	20,0
	2	47	32,0
	3	10	6,7
	4 ή και περισσότερα	7	4,7

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

5.2 Προληπτικές εξετάσεις

Στην ενότητα των προληπτικών εξετάσεων καταγράφεται υψηλό επίπεδο ενημέρωσης των συμμετεχουσών σχετικά με το πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού «Φώφη Γεννηματά». Συγκεκριμένα, 132 γυναίκες, δηλαδή το 88,0% του δείγματος, δήλωσαν ότι έχουν ακούσει για το πρόγραμμα, ενώ 18 γυναίκες, που αντιστοιχούν στο 12,0%, ανέφεραν ότι δεν το γνωρίζουν.

8. Έχετε ακούσει για το πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού «Φώφη Γεννηματά»;

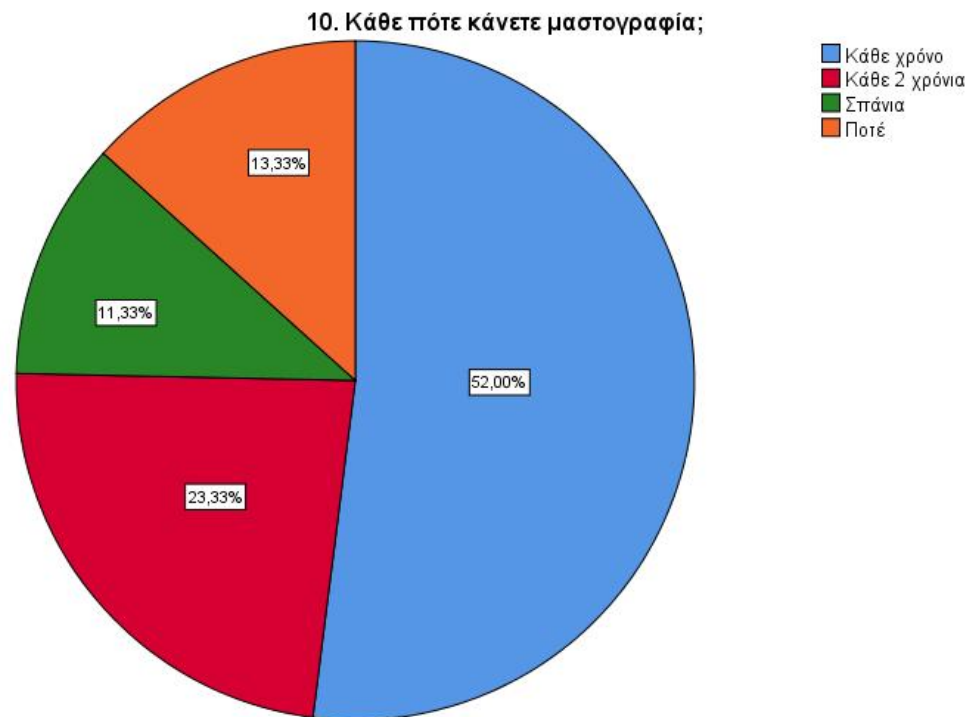


Διάγραμμα 4. Ενημέρωση για το πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού «Φώφη Γεννηματά»

Ως προς τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, 53 γυναίκες, ποσοστό 35,3%, δήλωσαν ότι έχουν συμμετάσχει, ενώ 97 γυναίκες, ποσοστό 64,7%, ανέφεραν ότι δεν έχουν συμμετάσχει.

Σε σχέση με τη συχνότητα πραγματοποίησης μαστογραφίας, 78 γυναίκες, δηλαδή το 52,0%, απάντησαν ότι πραγματοποιούν μαστογραφία κάθε χρόνο. Επιπλέον, 35 γυναίκες, ποσοστό 23,3%, δήλωσαν ότι προχωρούν στην εξέταση κάθε δύο χρόνια, 17 γυναίκες, ποσοστό 11,3%, απάντησαν ότι την κάνουν σπάνια και 20 γυναίκες, ποσοστό 13,3%, δήλωσαν ότι δεν την κάνουν ποτέ.

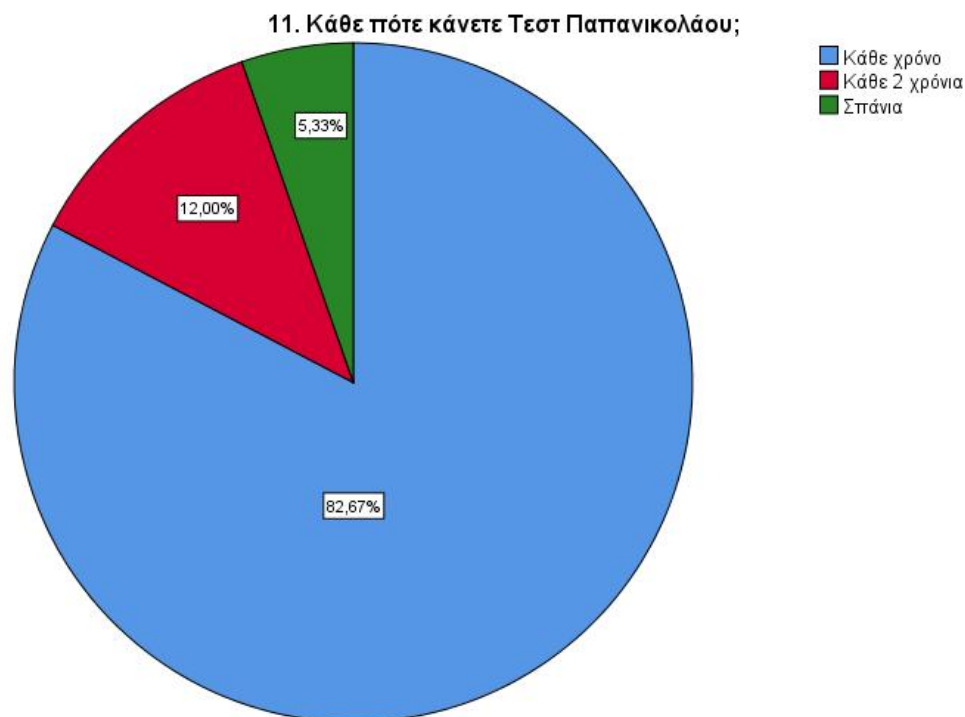
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών



Διάγραμμα 5. Συχνότητα μαστογραφίας

Ακόμη συχνότερη εμφανίζεται η πραγματοποίηση τεστ Παπανικολάου. Συγκεκριμένα, 124 γυναίκες, δηλαδή το 82,7% του δείγματος, δήλωσαν ότι κάνουν τεστ Παπανικολάου κάθε χρόνο, ενώ 18 γυναίκες, ποσοστό 12,0%, απάντησαν ότι το πραγματοποιούν κάθε δύο χρόνια. Επιπλέον, 8 γυναίκες, ποσοστό 5,3%, ανέφεραν ότι το κάνουν σπάνια.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών



Διάγραμμα 6. Συχνότητα τεστ Παπανικολάου

Τέλος, αναφορικά με τους λόγους που σχετίζονται με την πραγματοποίηση ή τη μη πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων, η συχνότερη απάντηση ήταν η προτροπή από ιατρό, η οποία αναφέρθηκε από 53 γυναίκες, δηλαδή από το 35,3% του δείγματος. Ακολούθησε η ενημέρωση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τις καμπάνιες, με 46 γυναίκες και ποσοστό 30,7%. Ο φόβος για το αποτέλεσμα δηλώθηκε από 15 γυναίκες, ποσοστό 10,0%, ενώ η έλλειψη χρόνου αναφέρθηκε από 12 γυναίκες, ποσοστό 8,0%. Οι οικονομικοί λόγοι καταγράφηκαν σε 7 περιπτώσεις, ποσοστό 4,7%, και η αντίληψη ότι η εξέταση δεν είναι αναγκαία αναφέρθηκε από 3 γυναίκες, ποσοστό 2,0%. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που συνδέονται με τις προληπτικές εξετάσεις εντοπίζονται κυρίως στην ιατρική παρότρυνση και στη δημόσια ενημέρωση.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 3. Προληπτικές εξετάσεις

Ερώτηση	Επιλογές	Συχνότητες	% Συχνότητες
Έχετε ακούσει για το πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού «Φώφη Γεννηματά»;	Ναι	132	88,0
	Όχι	18	12,0
Έχετε συμμετάσχει στο πρόγραμμα;	Ναι	53	35,3
	Όχι	97	64,7
Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία;	Κάθε χρόνο	78	52,0
	Κάθε 2 χρόνια	35	23,3
	Σπάνια	17	11,3
	Ποτέ	20	13,3
Κάθε πότε κάνετε Τεστ Παπανικολάου;	Κάθε χρόνο	124	82,7
	Κάθε 2 χρόνια	18	12,0
	Σπάνια	8	5,3
Ποιοι είναι οι λόγοι που κάνετε/δεν κάνετε προληπτικές εξετάσεις;	Φόβος για το αποτέλεσμα	15	10,0
	Οικονομικοί λόγοι	7	4,7
	Προτροπή από ιατρό	53	35,3
	Έλλειψη χρόνου	12	8,0
	Δεν θεωρώ ότι το χρειάζομαι	3	2,0
	Ενημέρωση από τα ΜΜΕ /καμπάνιες	46	30,7

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

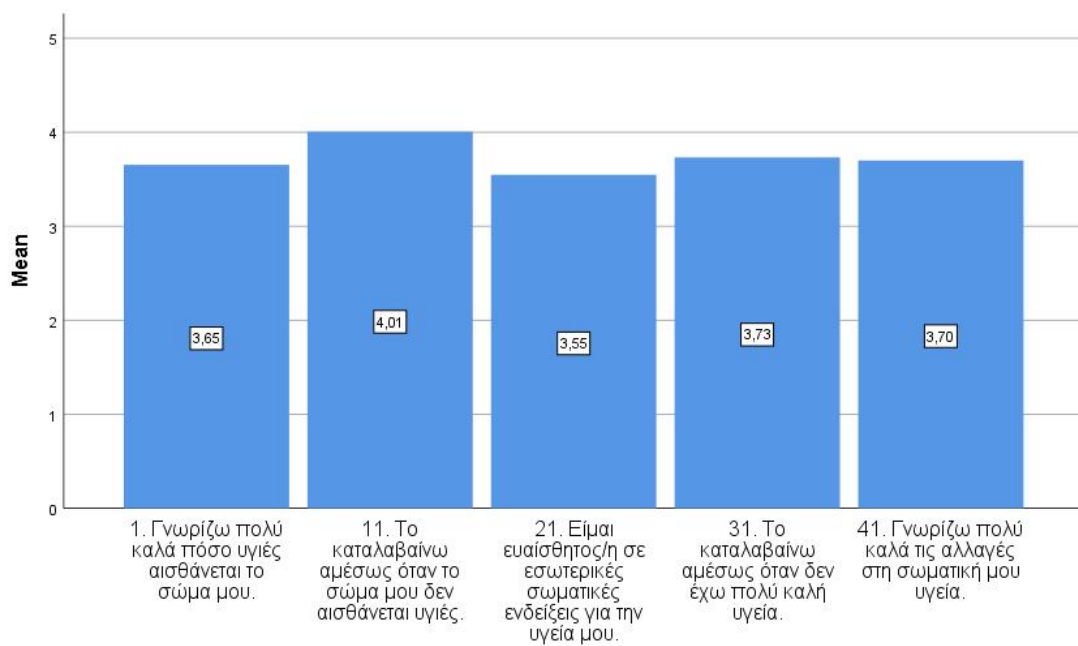
5.3 Οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με την Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας

Η διάσταση «Προσωπική επίγνωση της υγείας» αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο οι συμμετέχουσες αντιλαμβάνονται τα σήματα του σώματός τους και παρακολουθούν τη σωματική τους κατάσταση. Συνολικά, οι μέσες τιμές της συγκεκριμένης διάστασης κινούνται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, στοιχείο που δείχνει αυξημένη εγρήγορση και επαφή με τη σωματική εμπειρία. Η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφεται στη δήλωση «Το καταλαβαίνω αμέσως όταν το σώμα μου δεν αισθάνεται υγιές» με μέσο όρο 4,01 και τυπική απόκλιση 0,986. Σε επίσης σχετικά υψηλό επίπεδο βρίσκεται η πρόταση «Το καταλαβαίνω αμέσως όταν δεν έχω πολύ καλή υγεία», με μέση τιμή 3,73 και τυπική απόκλιση 1,079, ενώ η δήλωση «Γνωρίζω πολύ καλά τις αλλαγές στη σωματική μου υγεία» παρουσιάζει μέση τιμή 3,70 και τυπική απόκλιση 1,054. Παράλληλα, η πρόταση «Γνωρίζω πολύ καλά πόσο υγιές αισθάνεται το σώμα μου» καταγράφει μέση τιμή 3,65 και τυπική απόκλιση 1,010. Η χαμηλότερη, αν και πάλι αξιοσημείωτη, μέση τιμή παρατηρείται στη δήλωση «Είμαι ευαίσθητος ή ευαίσθητη σε εσωτερικές σωματικές ενδείξεις για την υγεία μου» με μέσο όρο 3,55 και τυπική απόκλιση 1,084. Συνολικά, η διάσταση χαρακτηρίζεται από θετική τοποθέτηση των ερωτώμενων, με τις τιμές να υποδηλώνουν ότι η επίγνωση της υγείας αποτελεί αρκετά έντονο χαρακτηριστικό του δείγματος.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 4. Προσωπική επίγνωση της υγείας

Προσωπική επίγνωση της υγείας	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
1. Γνωρίζω πολύ καλά πόσο υγιές αισθάνεται το σώμα μου.	150	3,65	1,010
11. Το καταλαβαίνω αμέσως όταν το σώμα μου δεν αισθάνεται υγιές.	150	4,01	,986
21. Είμαι ευαίσθητος/η σε εσωτερικές σωματικές ενδείξεις για την υγεία μου.	150	3,55	1,084
31. Το καταλαβαίνω αμέσως όταν δεν έχω πολύ καλή υγεία.	150	3,73	1,079
41. Γνωρίζω πολύ καλά τις αλλαγές στη σωματική μου υγεία.	150	3,70	1,054



Διάγραμμα 7. Οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με την διάσταση «Προσωπική επίγνωση της υγείας»

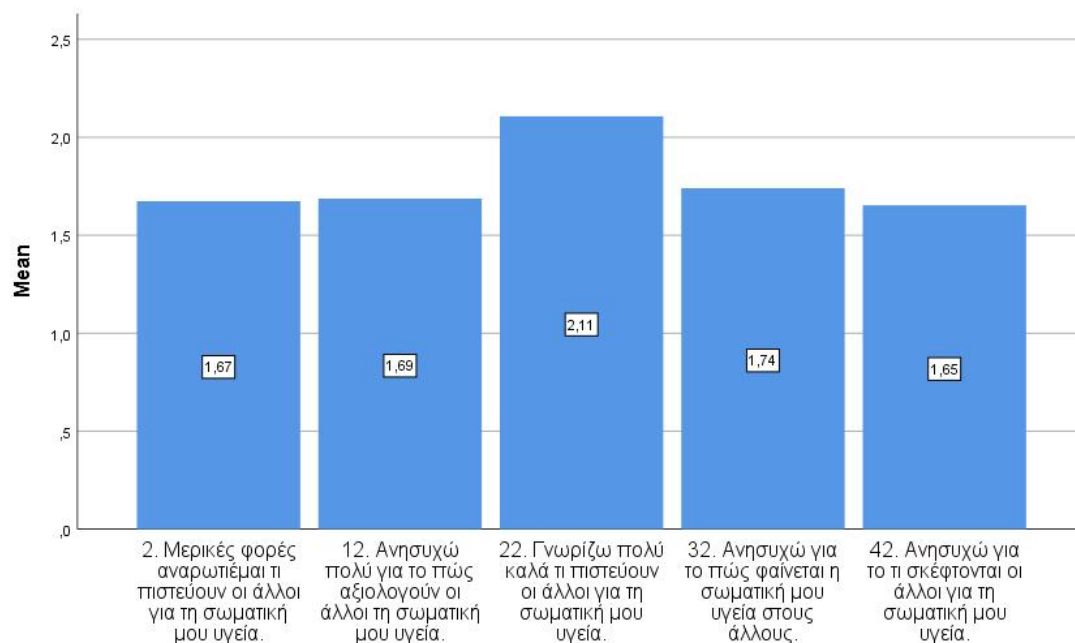
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η διάσταση «Ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους» εκφράζει το ενδιαφέρον των συμμετεχουσών για το πώς αξιολογείται από τους άλλους η σωματική τους υγεία. Οι μέσες τιμές σε όλες τις επιμέρους προτάσεις διαμορφώνονται σε χαμηλά επίπεδα, στοιχείο που δείχνει ότι η κοινωνική διάσταση της εικόνας της υγείας έχει περιορισμένη βαρύτητα για τις περισσότερες γυναίκες του δείγματος. Η υψηλότερη μέση τιμή παρατηρείται στη δήλωση «Γνωρίζω πολύ καλά τι πιστεύουν οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία» με μέσο όρο 2,11 και τυπική απόκλιση 1,216. Οι υπόλοιπες προτάσεις παρουσιάζουν ακόμη χαμηλότερες μέσες τιμές. Ειδικότερα, η δήλωση «Ανησυχώ για το πώς φαίνεται η σωματική μου υγεία στους άλλους» εμφανίζει μέση τιμή 1,74 και τυπική απόκλιση 1,077, ενώ η πρόταση «Ανησυχώ πολύ για το πώς αξιολογούν οι άλλοι τη σωματική μου υγεία» καταγράφει μέσο όρο 1,69 και τυπική απόκλιση 1,106. Παρόμοια εικόνα παρουσιάζει και η δήλωση «Μερικές φορές αναρωτιέμαι τι πιστεύουν οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία» με μέση τιμή 1,67 και τυπική απόκλιση 1,033. Η χαμηλότερη μέση τιμή εντοπίζεται στην πρόταση «Ανησυχώ για το τι σκέφτονται οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία» με μέσο όρο 1,65 και τυπική απόκλιση 1,062. Συνεπώς, η συγκεκριμένη διάσταση χαρακτηρίζεται από χαμηλή ένταση, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ερωτώμενες προσανατολίζονται περισσότερο στη δική τους αντίληψη για την υγεία τους και λιγότερο στην κοινωνική αποτίμηση αυτής.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 5. Ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους

Ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
2. Μερικές φορές αναρωτιέμαι τι πιστεύουν οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία.	150	1,67	1,033
12. Ανησυχώ πολύ για το πώς αξιολογούν οι άλλοι τη σωματική μου υγεία.	150	1,69	1,106
22. Γνωρίζω πολύ καλά τι πιστεύουν οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία.	150	2,11	1,216
32. Ανησυχώ για το πώς φαίνεται η σωματική μου υγεία στους άλλους.	150	1,74	1,077
42. Ανησυχώ για το τι σκέφτονται οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία.	150	1,65	1,062



Διάγραμμα 8 . Ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους

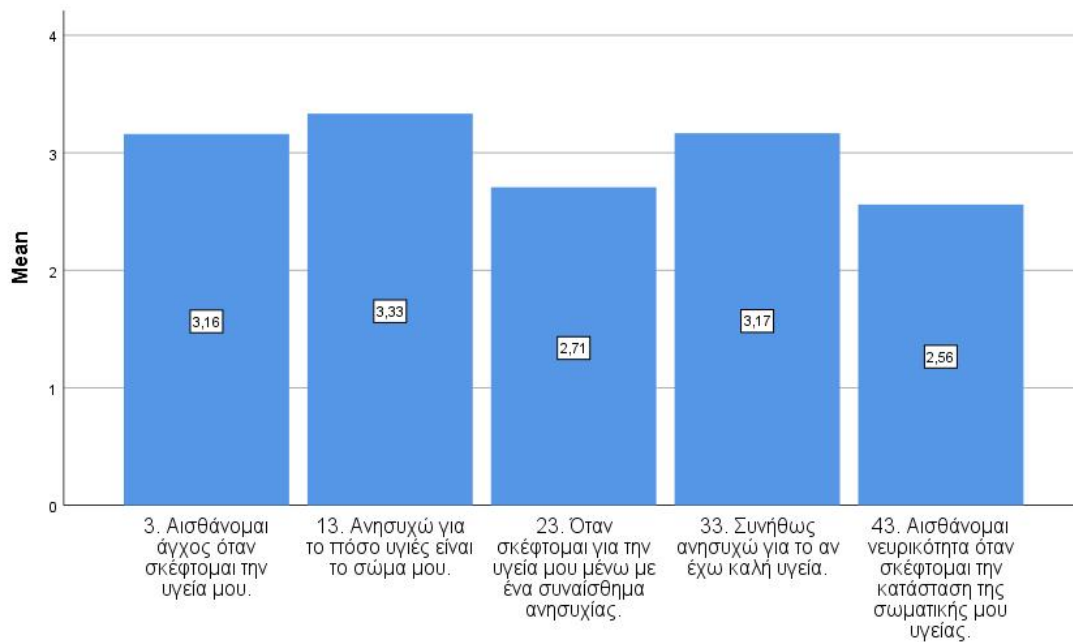
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η διάσταση «Άγχος για την υγεία» αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο οι συμμετέχουσες βιώνουν ανησυχία, ψυχική ένταση ή νευρικότητα όταν σκέφτονται τη σωματική τους κατάσταση. Οι μέσες τιμές των επιμέρους δηλώσεων κινούνται σε μεσαία επίπεδα, γεγονός που δείχνει ότι το άγχος για την υγεία είναι παρόν στο δείγμα, χωρίς όμως να εμφανίζεται με ομοιόμορφα υψηλή ένταση σε όλες τις εκφάνσεις του. Η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφεται στη δήλωση «Ανησυχώ για το πόσο υγιές είναι το σώμα μου» με μέσο όρο 3,33 και τυπική απόκλιση 1,127. Σε παρόμοιο επίπεδο κινείται και η πρόταση «Συνήθως ανησυχώ για το αν έχω καλή υγεία» με μέση τιμή 3,17 και τυπική απόκλιση 1,206, καθώς και η δήλωση «Αισθάνομαι άγχος όταν σκέφτομαι την υγεία μου» με μέσο όρο 3,16 και τυπική απόκλιση 1,285. Χαμηλότερες μέσες τιμές εμφανίζονται στις δηλώσεις «Όταν σκέφτομαι για την υγεία μου μένω με ένα συναίσθημα ανησυχίας» με μέσο όρο 2,71 και τυπική απόκλιση 1,283 και «Αισθάνομαι νευρικότητα όταν σκέφτομαι την κατάσταση της σωματικής μου υγείας» με μέση τιμή 2,56 και τυπική απόκλιση 1,256. Συνολικά, η διάσταση αυτή δείχνει ότι οι ερωτώμενες δεν είναι αδιάφορες απέναντι στην υγεία τους, αλλά σε σημαντικό βαθμό τη συνδέουν με μέτρια επίπεδα ανησυχίας.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 6. Άγχος για την υγεία

Άγχος για την υγεία	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
3. Αισθάνομαι άγχος όταν σκέφτομαι την υγεία μου.	150	3,16	1,285
13. Ανησυχώ για το πόσο υγιές είναι το σώμα μου.	150	3,33	1,127
23. Όταν σκέφτομαι για την υγεία μου μένω με ένα συναίσθημα ανησυχίας.	150	2,71	1,283
33. Συνήθως ανησυχώ για το αν έχω καλή υγεία.	150	3,17	1,206
43. Αισθάνομαι νευρικότητα όταν σκέφτομαι την κατάσταση της σωματικής μου υγείας.	150	2,56	1,256



Διάγραμμα 9. Άγχος για την υγεία

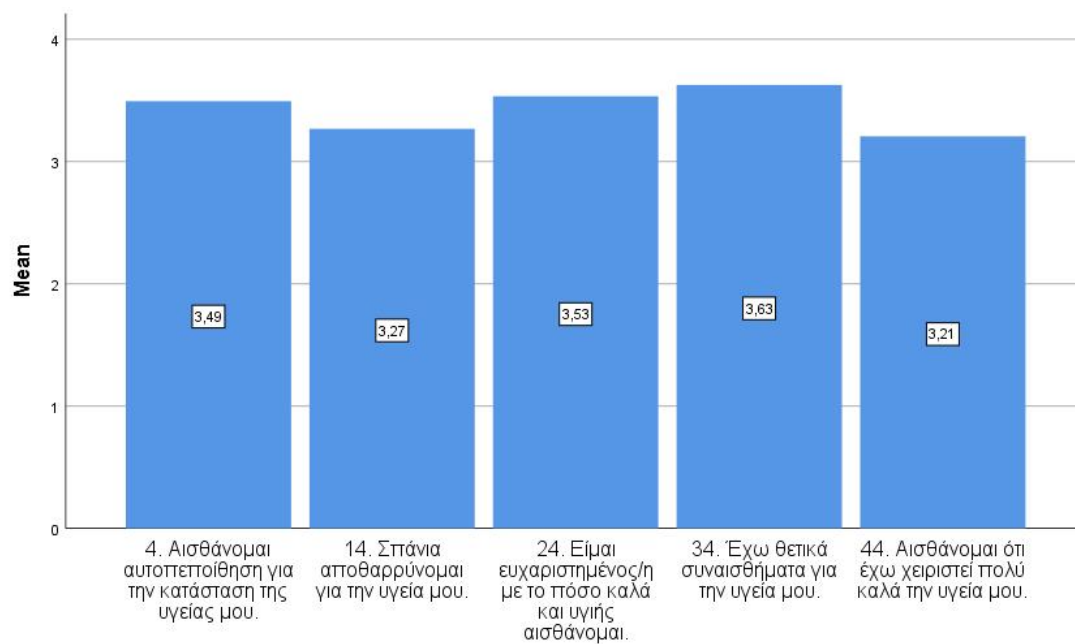
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η διάσταση «Εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία» εκφράζει τον θετικό τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχουσες αξιολογούν τη σωματική τους κατάσταση και την εμπιστοσύνη που αισθάνονται απέναντι στη διαχείριση της υγείας τους. Οι μέσες τιμές των επιμέρους δηλώσεων διαμορφώνονται σε σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα, αποτυπώνοντας μια μάλλον θετική στάση απέναντι στη σωματική ευεξία. Η υψηλότερη μέση τιμή παρατηρείται στη δήλωση «Έχω θετικά συναισθήματα για την υγεία μου» με μέσο όρο 3,63 και τυπική απόκλιση 1,033. Ακολουθεί η πρόταση «Είμαι ευχαριστημένος ή ευχαριστημένη με το πόσο καλά και υγιής αισθάνομαι» με μέση τιμή 3,53 και τυπική απόκλιση 1,053, ενώ η δήλωση «Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση για την κατάσταση της υγείας μου» εμφανίζει μέσο όρο 3,49 και τυπική απόκλιση 1,174. Η δήλωση «Σπάνια αποθαρρύνομαι για την υγεία μου» παρουσιάζει μέση τιμή 3,27 και τυπική απόκλιση 1,202, ενώ η πρόταση «Αισθάνομαι ότι έχω χειριστεί πολύ καλά την υγεία μου» καταγράφει τη χαμηλότερη μέση τιμή της διάστασης με 3,21 και τυπική απόκλιση 1,149. Παρά τη σχετική αυτή διακύμανση, η συνολική εικόνα της διάστασης είναι θετική και δείχνει ότι οι συμμετέχουσες τείνουν να αξιολογούν με αρκετή εμπιστοσύνη τη σχέση τους με την υγεία τους.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 7. Εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία

Εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
4. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση για την κατάσταση της υγείας μου.	150	3,49	1,174
14. Σπάνια αποθαρρύνομαι για την υγεία μου.	150	3,27	1,202
24. Είμαι ευχαριστημένος/η με το πόσο καλά και υγιής αισθάνομαι.	150	3,53	1,053
34. Έχω θετικά συναισθήματα για την υγεία μου.	150	3,63	1,033
44. Αισθάνομαι ότι έχω χειριστεί πολύ καλά την υγεία μου.	150	3,21	1,149



Διάγραμμα 10. Εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία

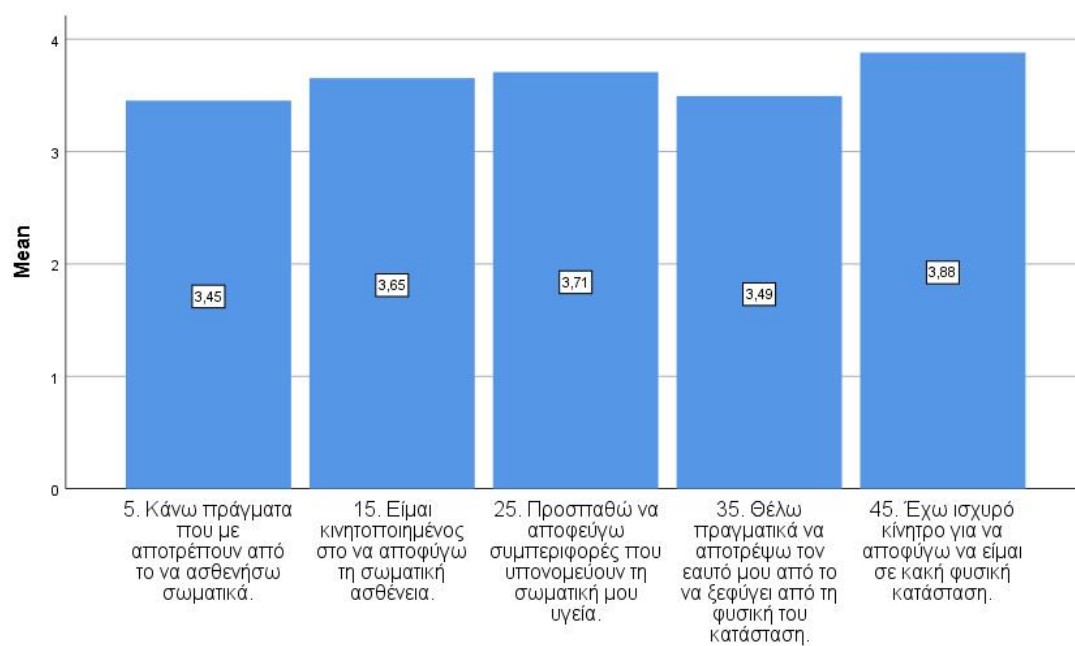
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η διάσταση «Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης» αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο οι συμμετέχουσες επιδιώκουν να προστατεύσουν τον εαυτό τους από ασθένεια, σωματική επιβάρυνση ή επιδείνωση της φυσικής τους κατάστασης. Οι μέσες τιμές των επιμέρους δηλώσεων κινούνται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, γεγονός που δείχνει ότι στο δείγμα υπάρχει αρκετά έντονη κινητοποίηση προς την αποφυγή συμπεριφορών και καταστάσεων που θεωρούνται επιβλαβείς για την υγεία. Η υψηλότερη μέση τιμή εντοπίζεται στη δήλωση «Έχω ισχυρό κίνητρο για να αποφύγω να είμαι σε κακή φυσική κατάσταση» με μέσο όρο 3,88 και τυπική απόκλιση 1,080. Σε επίσης υψηλό επίπεδο κινείται η πρόταση «Προσπαθώ να αποφεύγω συμπεριφορές που υπονομεύουν τη σωματική μου υγεία» με μέση τιμή 3,71 και τυπική απόκλιση 0,994, ενώ η δήλωση «Είμαι κινητοποιημένος στο να αποφύγω τη σωματική ασθένεια» παρουσιάζει μέσο όρο 3,65 και τυπική απόκλιση 0,976. Η δήλωση «Θέλω πραγματικά να αποτρέψω τον εαυτό μου από το να ξεφύγει από τη φυσική του κατάσταση» εμφανίζει μέση τιμή 3,49 και τυπική απόκλιση 1,230, ενώ η πρόταση «Κάνω πράγματα που με αποτρέπουν από το να ασθενήσω σωματικά» καταγράφει μέσο όρο 3,45 και τυπική απόκλιση 1,133. Συνολικά, η διάσταση αυτή παρουσιάζει σταθερά θετική εικόνα και αναδεικνύει ότι οι ερωτώμενες διαθέτουν ουσιαστικό κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινών καταστάσεων.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 8. Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης

Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
5. Κάνω πράγματα που με αποτρέπουν από το να ασθενήσω σωματικά.	150	3,45	1,133
15. Είμαι κινητοποιημένος στο να αποφύγω τη σωματική ασθένεια.	150	3,65	0,976
25. Προσπαθώ να αποφεύγω συμπεριφορές που υπονομεύουν τη σωματική μου υγεία.	150	3,71	0,994
35. Θέλω πραγματικά να αποτρέψω τον εαυτό μου από το να ξεφύγει από τη φυσική του κατάσταση.	150	3,49	1,230
45. Έχω ισχυρό κίνητρο για να αποφύγω να είμαι σε κακή φυσική κατάσταση.	150	3,88	1,080



Διάγραμμα 11. Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης

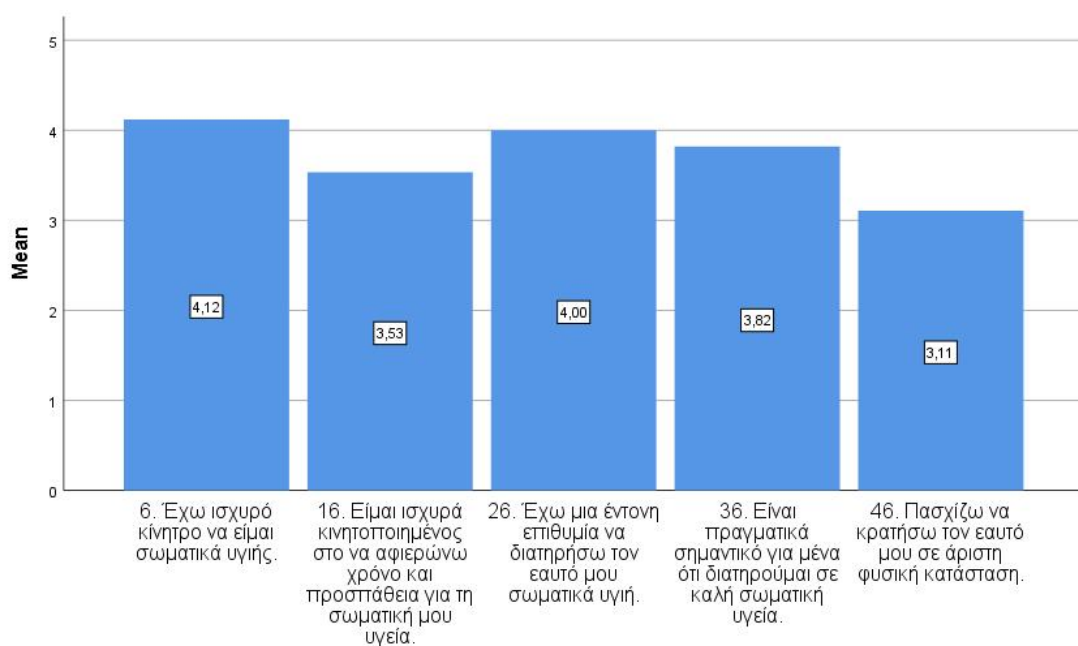
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η διάσταση «Κίνητρο για διατήρηση της υγείας» εξετάζει τη θετική εσωτερική κινητοποίηση των συμμετεχουσών να επενδύουν χρόνο, προσπάθεια και προσωπικό ενδιαφέρον στη διατήρηση καλής σωματικής κατάστασης. Οι απαντήσεις δείχνουν ότι πρόκειται για μία από τις πιο έντονες διαστάσεις της κλίμακας, καθώς οι περισσότερες μέσες τιμές βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα. Η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφεται στη δήλωση «Έχω ισχυρό κίνητρο να είμαι σωματικά υγιής» με μέσο όρο 4,12 και τυπική απόκλιση 0,983. Αντίστοιχα, η πρόταση «Έχω μια έντονη επιθυμία να διατηρήσω τον εαυτό μου σωματικά υγιή» παρουσιάζει μέση τιμή 4,00 και τυπική απόκλιση 0,969, ενώ η δήλωση «Είναι πραγματικά σημαντικό για μένα ότι διατηρούμαι σε καλή σωματική υγεία» εμφανίζει μέσο όρο 3,82 και τυπική απόκλιση 1,170. Η πρόταση «Είμαι ισχυρά κινητοποιημένος στο να αφιερώνω χρόνο και προσπάθεια για τη σωματική μου υγεία» καταγράφει μέση τιμή 3,53 και τυπική απόκλιση 1,053, ενώ η χαμηλότερη μέση τιμή της διάστασης παρατηρείται στη δήλωση «Πασχίζω να κρατήσω τον εαυτό μου σε άριστη φυσική κατάσταση» με μέσο όρο 3,11 και τυπική απόκλιση 1,112. Παρά τη σχετική αυτή διαφοροποίηση, η συνολική εικόνα της διάστασης είναι ξεκάθαρα θετική και αναδεικνύει ισχυρό κίνητρο για διατήρηση της υγείας στο υπό μελέτη δείγμα.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 9. Κίνητρο για διατήρηση της υγείας

Κίνητρο για διατήρηση της υγείας	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
6. Έχω ισχυρό κίνητρο να είμαι σωματικά υγιής.	150	4,12	0,983
16. Είμαι ισχυρά κινητοποιημένος στο να αφιερώνω χρόνο και προσπάθεια για τη σωματική μου υγεία.	150	3,53	1,053
26. Έχω μια έντονη επιθυμία να διατηρήσω τον εαυτό μου σωματικά υγιή.	150	4,00	,969
36. Είναι πραγματικά σημαντικό για μένα ότι διατηρούμαι σε καλή σωματική υγεία.	150	3,82	1,170
46. Πασχίζω να κρατήσω τον εαυτό μου σε άριστη φυσική κατάσταση.	150	3,11	1,112



Διάγραμμα 12. Κίνητρο για διατήρηση της υγείας

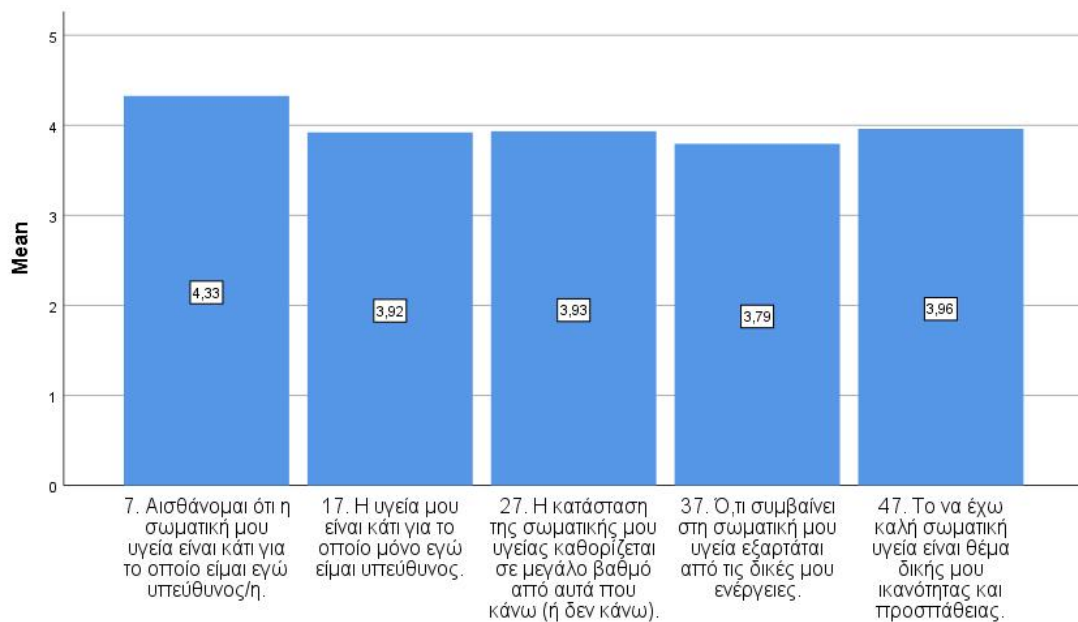
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η διάσταση «Εσωτερικός έλεγχος της υγείας» αναφέρεται στην πεποίθηση ότι η κατάσταση της υγείας συνδέεται κυρίως με τις προσωπικές επιλογές, τη συμπεριφορά και την ατομική ευθύνη. Στο συγκεκριμένο δείγμα η διάσταση αυτή εμφανίζεται ιδιαίτερα ενισχυμένη, καθώς όλες οι μέσες τιμές κινούνται σε υψηλά επίπεδα. Πιο έντονη αποδοχή συγκεντρώνει η δήλωση «Αισθάνομαι ότι η σωματική μου υγεία είναι κάτι για το οποίο είμαι εγώ υπεύθυνος ή υπεύθυνη», με μέση τιμή 4,33 και τυπική απόκλιση 0,855. Παρόμοια εικόνα προκύπτει και από τις υπόλοιπες προτάσεις της διάστασης. Η δήλωση «Το να έχω καλή σωματική υγεία είναι θέμα δικής μου ικανότητας και προσπάθειας» παρουσιάζει μέση τιμή 3,96 και τυπική απόκλιση 0,982, ενώ η πρόταση «Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από αυτά που κάνω ή δεν κάνω» καταγράφει μέσο όρο 3,93 και τυπική απόκλιση 1,008. Αντίστοιχα, η δήλωση «Η υγεία μου είναι κάτι για το οποίο μόνο εγώ είμαι υπεύθυνος» συγκεντρώνει μέση τιμή 3,92 και τυπική απόκλιση 1,065. Ελαφρώς χαμηλότερα, αλλά πάντως σε καθαρά θετική κατεύθυνση, κινείται η πρόταση «Ό,τι συμβαίνει στη σωματική μου υγεία εξαρτάται από τις δικές μου ενέργειες» με μέση τιμή 3,79 και τυπική απόκλιση 1,005. Συνολικά, η εικόνα της διάστασης αποκαλύπτει μια ισχυρή αίσθηση προσωπικού ελέγχου, με τις περισσότερες γυναίκες να αντιμετωπίζουν την υγεία ως πεδίο προσωπικής ευθύνης και ενεργητικής διαχείρισης.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 10. Εσωτερικός έλεγχος της υγείας

Εσωτερικός έλεγχος της υγείας	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
7. Αισθάνομαι ότι η σωματική μου υγεία είναι κάτι για το οποίο είμαι εγώ υπεύθυνος/η.	150	4,33	0,855
17. Η υγεία μου είναι κάτι για το οποίο μόνο εγώ είμαι υπεύθυνος.	150	3,92	1,065
27. Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από αυτά που κάνω (ή δεν κάνω).	150	3,93	1,008
37. Ό,τι συμβαίνει στη σωματική μου υγεία εξαρτάται από τις δικές μου ενέργειες.	150	3,79	1,005
47. Το να έχω καλή σωματική υγεία είναι θέμα δικής μου ικανότητας και προσπάθειας.	150	3,96	0,982



Διάγραμμα 13. Εσωτερικός έλεγχος της υγείας

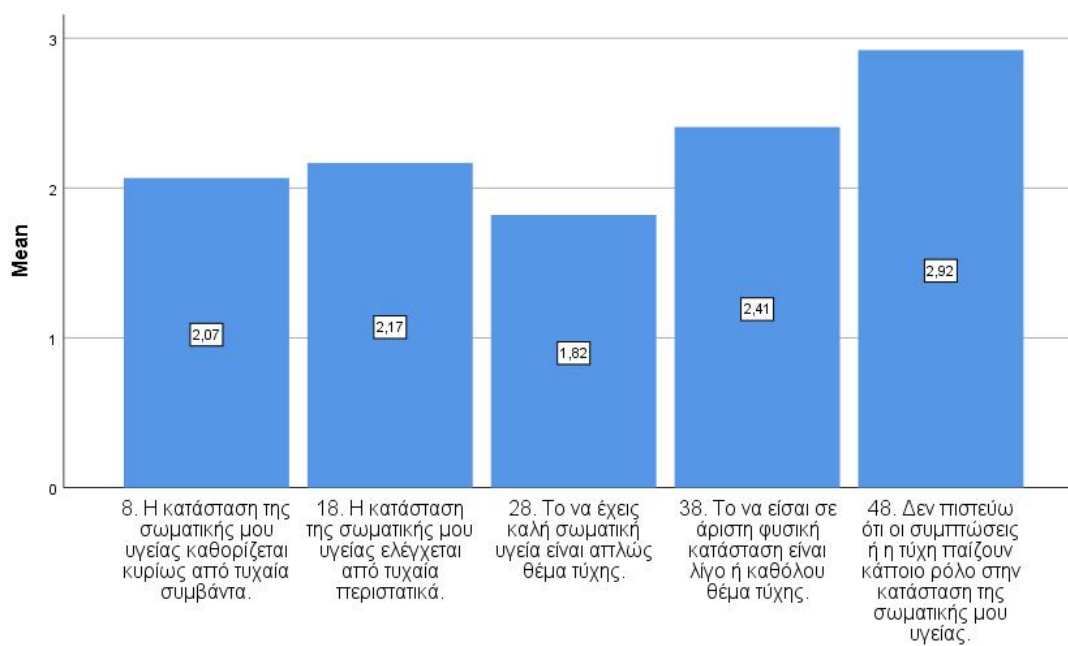
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η διάσταση «Εξωτερικός έλεγχος της υγείας» εξετάζει κατά πόσο η υγεία συνδέεται, στη σκέψη των ερωτώμενων, με την τύχη, τις συμπτώσεις ή άλλα εξωτερικά γεγονότα. Εδώ το μοτίβο των απαντήσεων είναι πιο σύνθετο και δείχνει ότι οι συμμετέχουσες δεν αποδίδουν σε ιδιαίτερα μεγάλο βαθμό τη σωματική τους κατάσταση σε τυχαίους παράγοντες. Οι χαμηλότερες μέσες τιμές εμφανίζονται στις δηλώσεις «Το να έχεις καλή σωματική υγεία είναι απλώς θέμα τύχης» με μέσο όρο 1,82 και τυπική απόκλιση 1,112 και «Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας καθορίζεται κυρίως από τυχαία συμβάντα» με μέση τιμή 2,07 και τυπική απόκλιση 1,028. Παρόμοια είναι και η εικόνα στην πρόταση «Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας ελέγχεται από τυχαία περιστατικά», η οποία καταγράφει μέση τιμή 2,17 και τυπική απόκλιση 1,089. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι δύο διατυπώσεις που στρέφονται προς την αντίθετη κατεύθυνση. Η δήλωση «Το να είσαι σε άριστη φυσική κατάσταση είναι λίγο ή καθόλου θέμα τύχης» συγκεντρώνει μέση τιμή 2,41 και τυπική απόκλιση 1,321, ενώ η πρόταση «Δεν πιστεύω ότι οι συμπτώσεις ή η τύχη παίζουν κάποιο ρόλο στην κατάσταση της σωματικής μου υγείας» φθάνει στη σχετικά υψηλότερη μέση τιμή 2,92 με τυπική απόκλιση 1,468. Η συνολική εικόνα δείχνει ότι η τύχη και οι εξωτερικοί παράγοντες δεν κατέχουν κεντρική θέση στον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες του δείγματος ερμηνεύουν την υγεία τους. Αντίθετα, διαφαίνεται μια σαφής τάση να συνδέεται η υγεία περισσότερο με προσωπική επίδραση παρά με εξωτερική συγκυρία.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 11. Εξωτερικός έλεγχος της υγείας

Εξωτερικός έλεγχος της υγείας	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
8. Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας καθορίζεται κυρίως από τυχαία συμβάντα.	150	2,07	1,028
18. Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας ελέγχεται από τυχαία περιστατικά.	150	2,17	1,089
28. Το να έχεις καλή σωματική υγεία είναι απλώς θέμα τύχης.	150	1,82	1,112
38. Το να είσαι σε άριστη φυσική κατάσταση είναι λίγο ή καθόλου θέμα τύχης.	150	2,41	1,321
48. Δεν πιστεύω ότι οι συμπτώσεις ή η τύχη παίζουν κάποιο ρόλο στην κατάσταση της σωματικής μου υγείας.	150	2,92	1,468



Διάγραμμα 14. Εξωτερικός έλεγχος της υγείας

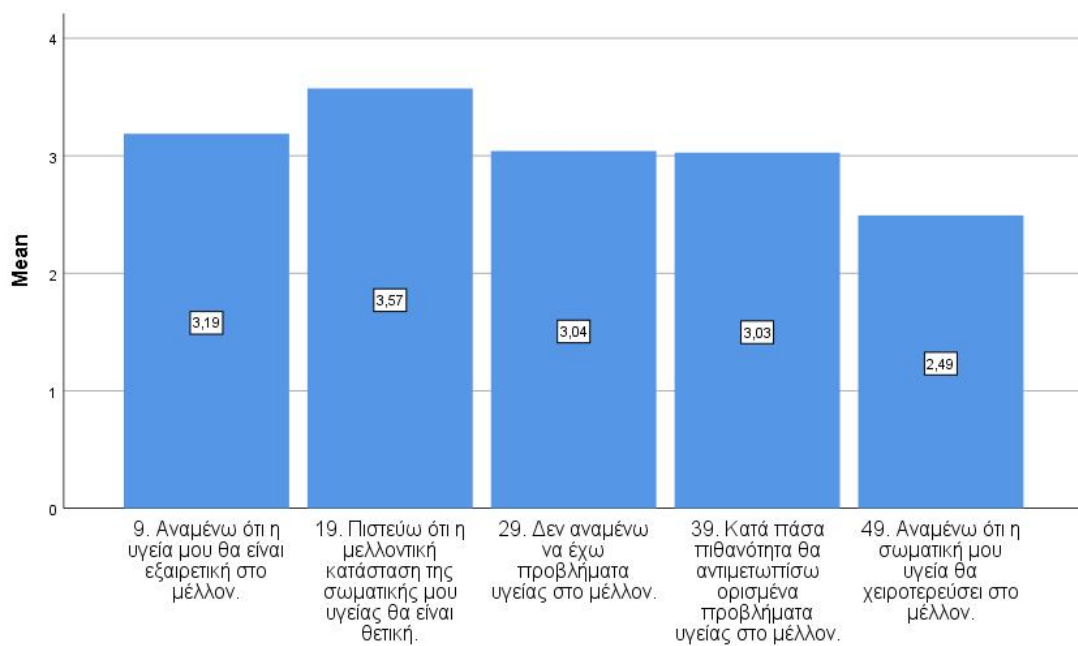
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η διάσταση «Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία» φωτίζει τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχουσες φαντάζονται την πορεία της υγείας τους στο μέλλον. Η συνολική εικόνα που διαμορφώνεται παραπέμπει περισσότερο σε έναν συγκρατημένα θετικό ορίζοντα παρά σε απόλυτη βεβαιότητα. Η πιο αισιόδοξη τοποθέτηση καταγράφεται στη δήλωση «Πιστεύω ότι η μελλοντική κατάσταση της σωματικής μου υγείας θα είναι θετική», η οποία συγκεντρώνει μέση τιμή 3,57 και τυπική απόκλιση 1,025. Σε ηπιότερο επίπεδο κινείται η πρόταση «Αναμένω ότι η υγεία μου θα είναι εξαιρετική στο μέλλον», με μέσο όρο 3,19 και τυπική απόκλιση 1,132. Παρόμοια είναι και η εικόνα στη δήλωση «Δεν αναμένω να έχω προβλήματα υγείας στο μέλλον», η οποία παρουσιάζει μέση τιμή 3,04 και τυπική απόκλιση 1,158. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το ότι η πρόταση «Κατά πάσα πιθανότητα θα αντιμετωπίσω ορισμένα προβλήματα υγείας στο μέλλον» συγκεντρώνει σχεδόν ταυτόσημη μέση τιμή, ίση με 3,03, και τυπική απόκλιση 1,147. Η λιγότερο έντονη συμφωνία καταγράφεται στη δήλωση «Αναμένω ότι η σωματική μου υγεία θα χειροτερεύσει στο μέλλον», με μέση τιμή 2,49 και τυπική απόκλιση 1,236, εύρημα που ενισχύει την εικόνα ότι οι περισσότερες προσανατολίζονται προς μια μάλλον ευνοϊκή, έστω προσεκτική, προσδοκία για το μέλλον της υγείας τους.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 12. Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία

Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
9. Αναμένω ότι η υγεία μου θα είναι εξαιρετική στο μέλλον.	150	3,19	1,132
19. Πιστεύω ότι η μελλοντική κατάσταση της σωματικής μου υγείας θα είναι θετική.	150	3,57	1,025
29. Δεν αναμένω να έχω προβλήματα υγείας στο μέλλον.	150	3,04	1,158
39. Κατά πάσα πιθανότητα θα αντιμετωπίσω ορισμένα προβλήματα υγείας στο μέλλον.	150	3,03	1,147
49. Αναμένω ότι η σωματική μου υγεία θα χειροτερεύσει στο μέλλον.	150	2,49	1,236



Διάγραμμα 15. Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία

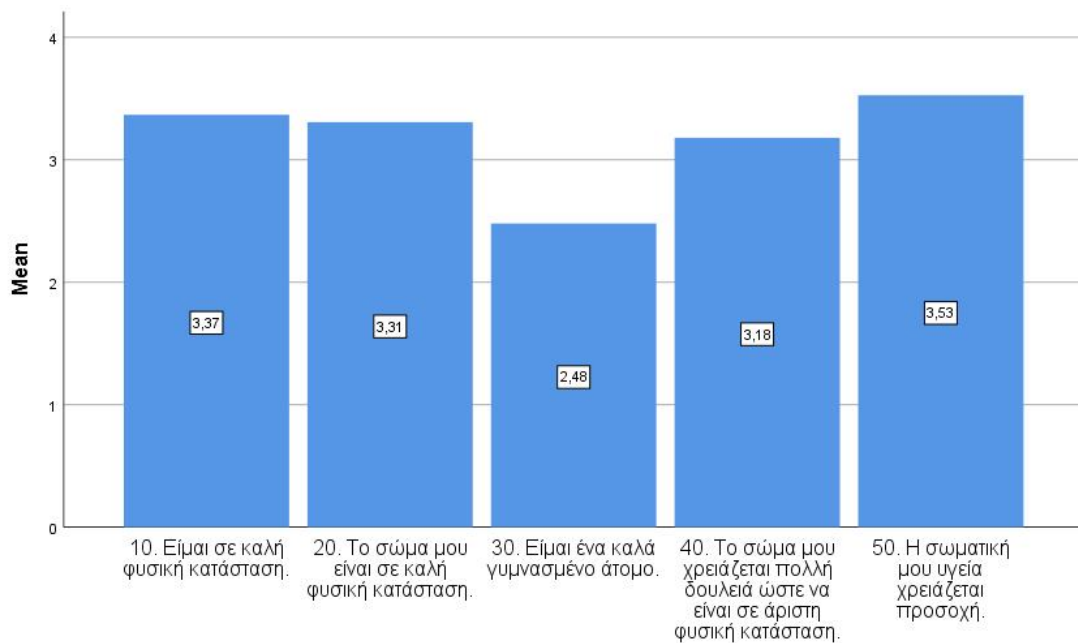
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Η διάσταση «Τρέχουσα κατάσταση υγείας» αποτυπώνει τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχουσες αξιολογούν τη φυσική τους κατάσταση στο παρόν. Εδώ η εικόνα είναι πιο σύνθετη και δίνει την εντύπωση μιας μέτριας προς καλής αυτοαξιολόγησης, χωρίς υπερβολική βεβαιότητα. Η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφεται στη δήλωση «Η σωματική μου υγεία χρειάζεται προσοχή», με μέσο όρο 3,53 και τυπική απόκλιση 1,314. Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς δείχνει ότι ένα σημαντικό μέρος των γυναικών αναγνωρίζει την ανάγκη φροντίδας και παρακολούθησης της υγείας του. Ταυτόχρονα, οι δηλώσεις «Είμαι σε καλή φυσική κατάσταση» και «Το σώμα μου είναι σε καλή φυσική κατάσταση» συγκεντρώνουν μέσες τιμές 3,37 και 3,31 αντίστοιχα, με τυπικές αποκλίσεις 1,132 και 1,135. Στο ίδιο περίπου επίπεδο τοποθετείται και η πρόταση «Το σώμα μου χρειάζεται πολλή δουλειά ώστε να είναι σε άριστη φυσική κατάσταση», η οποία παρουσιάζει μέση τιμή 3,18 και τυπική απόκλιση 1,232. Η χαμηλότερη μέση τιμή της διάστασης εμφανίζεται στη δήλωση «Είμαι ένα καλά γυμνασμένο άτομο», με μέσο όρο 2,48 και τυπική απόκλιση 1,314. Συνολικά, η διάσταση σκιαγραφεί μια ρεαλιστική αυτοεικόνα, στην οποία συνυπάρχουν η αίσθηση σχετικά καλής υγείας και η επίγνωση ότι η σωματική κατάσταση απαιτεί σταθερή φροντίδα.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 13. Τρέχουσα κατάσταση υγείας

Τρέχουσα κατάσταση υγείας	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
10. Είμαι σε καλή φυσική κατάσταση.	150	3,37	1,132
20. Το σώμα μου είναι σε καλή φυσική κατάσταση.	150	3,31	1,135
30. Είμαι ένα καλά γυμνασμένο άτομο.	150	2,48	1,314
40. Το σώμα μου χρειάζεται πολλή δουλειά ώστε να είναι σε άριστη φυσική κατάσταση.	150	3,18	1,232
50. Η σωματική μου υγεία χρειάζεται προσοχή.	150	3,53	1,314



Διάγραμμα 16. Τρέχουσα κατάσταση υγείας

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

5.4 Οι διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας και η συσχέτισή τους

5.4.1 Έλεγχος αξιοπιστίας

Η αξιοπιστία των δέκα διαστάσεων της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας εξετάστηκε με τον δείκτη Cronbach's α και τα αποτελέσματα αποτυπώνουν συνολικά ικανοποιητική έως πολύ καλή εσωτερική συνοχή. Η υψηλότερη τιμή καταγράφηκε στη διάσταση της προσωπικής επίγνωσης της υγείας με α ίσο με 0,877, γεγονός που δείχνει πολύ ισχυρή εσωτερική συνάφεια των επιμέρους ερωτήσεων. Σε επίσης υψηλά επίπεδα κινήθηκαν η εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία με α ίσο με 0,841, το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης με α ίσο με 0,801, ο εξωτερικός έλεγχος της υγείας με α ίσο με 0,778, οι προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία με α ίσο με 0,772, το άγχος για την υγεία με α ίσο με 0,770 και το κίνητρο για διατήρηση της υγείας με α ίσο με 0,760. Παράλληλα, ο εσωτερικός έλεγχος της υγείας παρουσίασε αποδεκτή αξιοπιστία με α ίσο με 0,713, ενώ η ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους και η τρέχουσα κατάσταση υγείας κατέγραψαν τιμές 0,694 και 0,688 αντίστοιχα, οι οποίες κινούνται σε οριακά αποδεκτό επίπεδο για ερευνητική χρήση.

Πίνακας 14. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας

Υποκλίμακα του ερωτηματολογίου προσανατολισμού υγείας	Αριθμός ερωτήσεων	Cronbach's α
Προσωπική επίγνωση της υγείας	5	0,877
Ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους	5	0,694
Άγχος για την υγεία	5	0,770
Εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία	5	0,841
Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	5	0,801
Κίνητρο για διατήρηση της υγείας	5	0,760
Εσωτερικός έλεγχος της υγείας	5	0,713
Εξωτερικός έλεγχος της υγείας	5	0,778
Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία	5	0,772
Τρέχουσα κατάσταση υγείας	5	0,688

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

5.4.2 Βαθμολογία στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου προσανατολισμού υγείας

Ως προς τους μέσους όρους των διαστάσεων, η ισχυρότερη παρουσία εντοπίζεται στον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, με μέση τιμή 3,98 και τυπική απόκλιση 0,717. Σε πολύ κοντινά επίπεδα βρίσκονται η προσωπική επίγνωση της υγείας με μέση τιμή 3,72 και τυπική απόκλιση 0,699, καθώς και το κίνητρο για διατήρηση της υγείας με μέση τιμή 3,71 και τυπική απόκλιση 0,801. Υψηλά επίπεδα εμφανίζει και το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης με μέσο όρο 3,63 και τυπική απόκλιση 0,776, στοιχείο που ενισχύει την εντύπωση μιας ενεργητικής στάσης απέναντι στην πρόληψη.

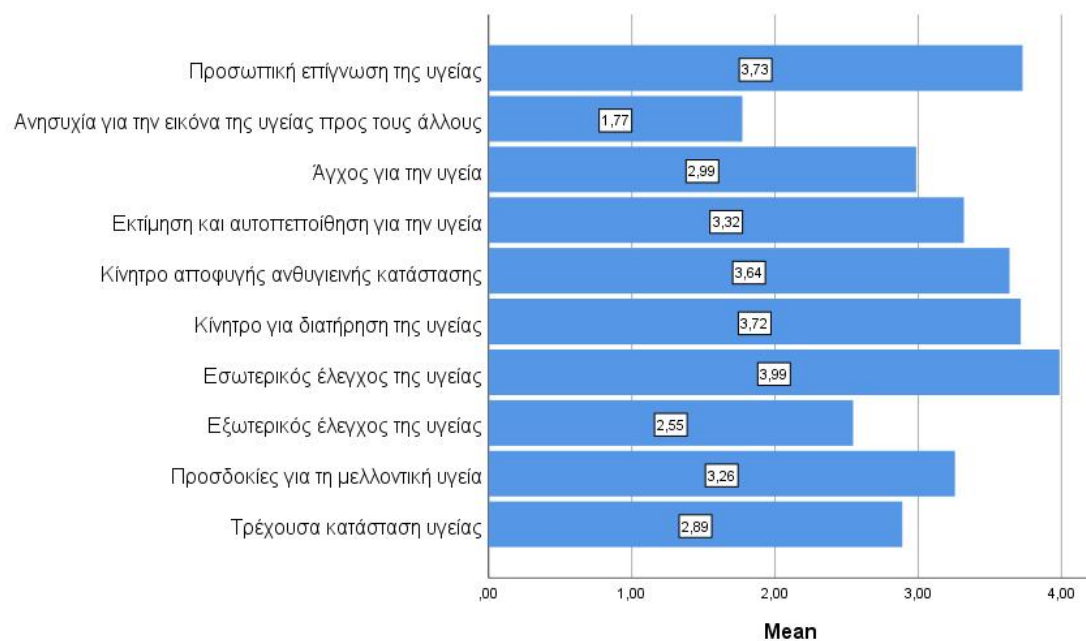
Σε πιο μεσαία επίπεδα κινούνται οι διαστάσεις που συνδέονται με τη συναισθηματική και αξιολογική πλευρά της υγείας. Η εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία συγκέντρωσε μέση τιμή 3,31 και τυπική απόκλιση 0,660, ενώ οι προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία διαμορφώθηκαν στο 3,25 με τυπική απόκλιση 0,825. Το άγχος για την υγεία κατέγραψε μέσο όρο 2,98 και τυπική απόκλιση 0,963, αποτυπώνοντας μια μέτρια συναισθηματική επιβάρυνση όταν οι γυναίκες σκέφτονται τη σωματική τους κατάσταση. Η τρέχουσα κατάσταση υγείας παρουσίασε μέση τιμή 2,88 και τυπική απόκλιση 0,862, γεγονός που δείχνει μια μάλλον συγκρατημένη αξιολόγηση της παρούσας φυσικής κατάστασης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν οι δύο διαστάσεις με τις χαμηλότερες μέσες τιμές. Ο εξωτερικός έλεγχος της υγείας εμφανίζει μέσο όρο 2,54 και τυπική απόκλιση 0,608, στοιχείο που υποδηλώνει περιορισμένη αποδοχή της αντίληψης ότι η υγεία καθορίζεται κυρίως από τύχη ή εξωτερικές συγκυρίες. Ακόμη χαμηλότερα τοποθετείται η ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους με μέση τιμή 1,77 και τυπική απόκλιση 0,794, γεγονός που φανερώνει ότι η κοινωνική αξιολόγηση της υγείας δεν αποτελεί κεντρικό σημείο αναφοράς για τις συμμετέχουσες.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 15. Οι διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας

Οι διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Προσωπική επίγνωση της υγείας	150	3,72	0,699
Ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους	150	1,77	0,794
Άγχος για την υγεία	150	2,98	0,963
Εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία	150	3,31	0,660
Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	150	3,63	0,776
Κίνητρο για διατήρηση της υγείας	150	3,71	0,801
Εσωτερικός έλεγχος της υγείας	150	3,98	0,717
Εξωτερικός έλεγχος της υγείας	150	2,54	0,608
Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία	150	3,25	0,825
Τρέχουσα κατάσταση υγείας	150	2,88	0,862



Διάγραμμα 17. Οι διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

5.4.3 Συσχετίσεις

Η ανάλυση συσχέτισης Pearson μεταξύ των διαστάσεων της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας πραγματοποιήθηκε στο σύνολο των 150 συμμετεχουσών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σύμφωνα με τις οδηγίες της APA, με αναφορά στον συντελεστή συσχέτισης Pearson r , στους βαθμούς ελευθερίας και στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

Η προσωπική επίγνωση της υγείας συσχετίστηκε θετικά με την εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία, $r(148) = .330$, $p < .001$, με το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης, $r(148) = .392$, $p < .001$, με το κίνητρο για διατήρηση της υγείας, $r(148) = .422$, $p < .001$, με τον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = .503$, $p < .001$, και με τις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία, $r(148) = .234$, $p = .004$. Παράλληλα, παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τον εξωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = -.264$, $p = .001$. Οι συσχετίσεις της με την ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους, $r(148) = .056$, $p = .494$, με το άγχος για την υγεία, $r(148) = .144$, $p = .079$, και με την τρέχουσα κατάσταση υγείας, $r(148) = .067$, $p = .417$, καταγράφηκαν σε χαμηλό επίπεδο.

Η ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους εμφάνισε θετική συσχέτιση με το άγχος για την υγεία, $r(148) = .211$, $p = .009$. Οι υπόλοιπες σχέσεις της με τις άλλες διαστάσεις κινήθηκαν σε πολύ χαμηλά επίπεδα, με τιμές από $r = .010$ έως $r = .086$ και επίπεδα σημαντικότητας από $p = .297$ έως $p = .900$.

Το άγχος για την υγεία παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με την εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία, $r(148) = -.301$, $p < .001$, με τις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία, $r(148) = -.336$, $p < .001$, και με την τρέχουσα κατάσταση υγείας, $r(148) = -.456$, $p < .001$. Οι συσχετίσεις του με το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης, $r(148) = -.088$, $p = .283$, με το κίνητρο για διατήρηση της υγείας, $r(148) = -.037$, $p = .653$, με τον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = .011$, $p = .898$, και με τον εξωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = .104$, $p = .208$, καταγράφηκαν σε χαμηλή ένταση.

Η εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία συνδέθηκε θετικά με το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης, $r(148) = .643$, $p < .001$, με το κίνητρο για

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

διατήρηση της υγείας, $r(148) = .620$, $p < .001$, με τον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = .375$, $p < .001$, με τις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία, $r(148) = .643$, $p < .001$, και με την τρέχουσα κατάσταση υγείας, $r(148) = .573$, $p < .001$. Η σχέση της με τον εξωτερικό έλεγχο της υγείας καταγράφηκε ως $r(148) = -.154$, $p = .060$.

Το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης εμφάνισε θετική συσχέτιση με το κίνητρο για διατήρηση της υγείας, $r(148) = .830$, $p < .001$, με τον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = .426$, $p < .001$, με τις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία, $r(148) = .523$, $p < .001$, και με την τρέχουσα κατάσταση υγείας, $r(148) = .532$, $p < .001$. Παράλληλα, κατεγράφη αρνητική συσχέτιση με τον εξωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = -.179$, $p = .029$.

Το κίνητρο για διατήρηση της υγείας συσχετίστηκε θετικά με τον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = .475$, $p < .001$, με τις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία, $r(148) = .516$, $p < .001$, και με την τρέχουσα κατάσταση υγείας, $r(148) = .519$, $p < .001$, ενώ παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τον εξωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = -.232$, $p = .004$.

Τέλος, ο εσωτερικός έλεγχος της υγείας συνδέθηκε αρνητικά με τον εξωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = -.460$, $p < .001$, και θετικά με τις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία, $r(148) = .398$, $p < .001$, καθώς και με την τρέχουσα κατάσταση υγείας, $r(148) = .196$, $p = .016$. Ο εξωτερικός έλεγχος της υγείας παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία, $r(148) = -.165$, $p = .044$. Τέλος, η ισχυρότερη συσχέτιση του πίνακα καταγράφηκε ανάμεσα στις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία και στην τρέχουσα κατάσταση υγείας, $r(148) = .666$, $p < .001$.

Πίνακας 16. Ανάλυση συσχέτισης για τις διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας

		επίγνωση	Ανησυχία	Άγχος	Εκτίμηση	Κίνητρο αποφυγής	Κίνητρο διατήρησης	Εσωτερικός	Εξωτερικός	Προσδοκίες	Τρέχουσα κατάσταση
Προσωπική επίγνωση της υγείας	Pearson Correlation	1	,056	,144	,330**	,392**	,422**	,503**	-,264**	,234**	,067
	Sig. (2-tailed)		,494	,079	,000	,000	,000	,000	,001	,004	,417
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους	Pearson Correlation	,056	1	,211**	-,017	,086	,037	,074	,016	,018	,010
	Sig. (2-tailed)	,494		,009	,840	,297	,652	,367	,844	,827	,900
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Άγχος για την υγεία	Pearson Correlation	,144	,211**	1	-,301**	-,088	-,037	,011	,104	-,336**	-,456**
	Sig. (2-tailed)	,079	,009		,000	,283	,653	,898	,208	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία	Pearson Correlation	,330**	-,017	-,301**	1	,643**	,620**	,375**	-,154	,643**	,573**
	Sig. (2-tailed)	,000	,840	,000		,000	,000	,000	,060	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	Pearson Correlation	,392**	,086	-,088	,643**	1	,830**	,426**	-,179*	,523**	,532**
	Sig. (2-tailed)	,000	,297	,283	,000		,000	,000	,029	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Κίνητρο για	Pearson	,422**	,037	-,037	,620**	,830**	1	,475**	-,232**	,516**	,519**

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

διατήρηση της υγείας	Correlation										
	Sig. (2-tailed)	,000	,652	,653	,000	,000		,000	,004	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Εσωτερικός έλεγχος της υγείας	Pearson Correlation	,503**	,074	,011	,375**	,426**	,475**	1	-,460**	,398**	,196*
	Sig. (2-tailed)	,000	,367	,898	,000	,000	,000		,000	,000	,016
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Εξωτερικός έλεγχος της υγείας	Pearson Correlation	-,264**	,016	,104	-,154	-,179*	-,232**	- ,460**	1	-,165*	-,043
	Sig. (2-tailed)	,001	,844	,208	,060	,029	,004	,000		,044	,603
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία	Pearson Correlation	,234**	,018	- ,336**	,643**	,523**	,516**	,398**	-,165*	1	,666**
	Sig. (2-tailed)	,004	,827	,000	,000	,000	,000	,000	,044		,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Τρέχουσα κατάσταση υγείας	Pearson Correlation	,067	,010	- ,456**	,573**	,532**	,519**	,196*	-,043	,666**	1
	Sig. (2-tailed)	,417	,900	,000	,000	,000	,000	,016	,603	,000	
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).											
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).											

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

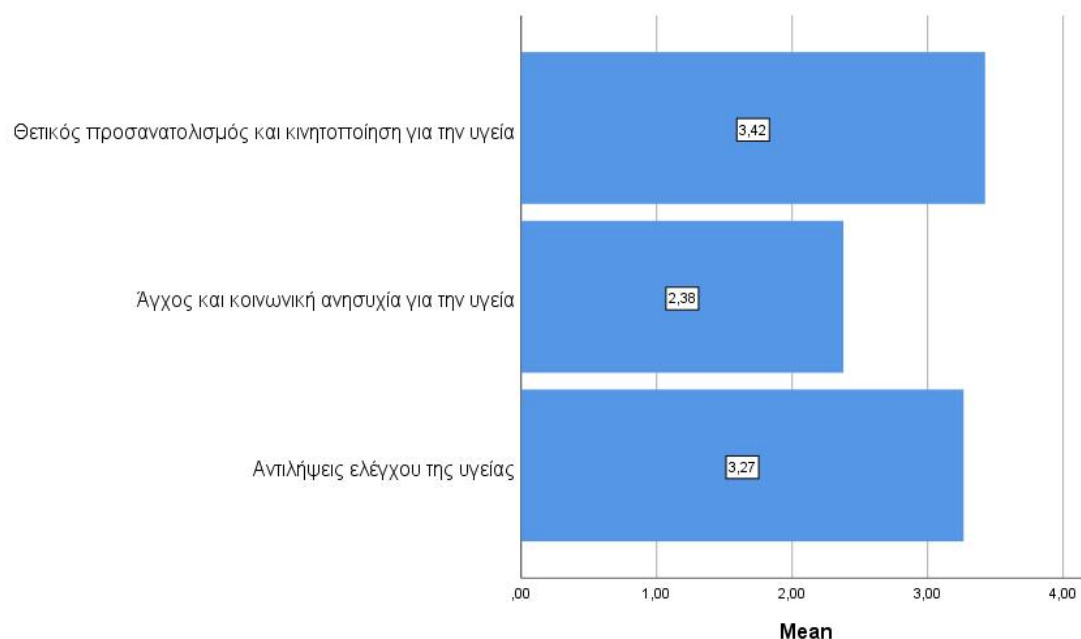
5.5 Οι Παράγοντες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας και ο Δείκτης Πρόληψης

Σε επίπεδο περιγραφικής αποτύπωσης, ο παράγοντας «Θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία» παρουσίασε τη υψηλότερη μέση τιμή, με $M = 3,42$ και $TA = 0,591$, γεγονός που δείχνει ότι στο δείγμα κυριαρχεί μια αρκετά ενισχυμένη στάση προσωπικής ενεργοποίησης και θετικής εμπλοκής με ζητήματα υγείας. Ο παράγοντας «Αντιλήψεις ελέγχου της υγείας» ακολούθησε με $M = 3,26$ και $TA = 0,347$, τιμή που παραπέμπει σε σχετικά σταθερή αίσθηση ελέγχου ως προς τη διαχείριση της υγείας. Χαμηλότερα κινήθηκε ο παράγοντας «Άγχος και κοινωνική ανησυχία για την υγεία» με $M = 2,37$ και $TA = 0,686$, αποτυπώνοντας συγκριτικά πιο περιορισμένη ένταση στη συναισθηματική και κοινωνική διάσταση του προσανατολισμού υγείας. Ο δείκτης πρόληψης διαμορφώθηκε σε $M = 3,45$ και $TA = 0,660$, τιμή που υποδηλώνει σχετικά συχνή υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών στο σύνολο των συμμετεχουσών. Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι ο δείκτης πρόληψης κατασκευάστηκε ως σύνθετη μεταβλητή, με βάση τις δύο ερωτήσεις που αποτύπωναν τη συχνότητα πραγματοποίησης μαστογραφίας και τεστ Παπανικολάου. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν οι μεταβλητές β3 «Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία;» και β4 «Κάθε πότε κάνετε Τεστ Παπανικολάου;». Οι απαντήσεις των δύο ερωτήσεων κωδικοποιήθηκαν στην ίδια κατεύθυνση, ώστε οι υψηλότερες τιμές να δηλώνουν συχνότερη συμμετοχή σε προληπτικό έλεγχο. Στη συνέχεια, ο δείκτης πρόληψης υπολογίστηκε ως ο μέσος όρος των δύο μεταβλητών για κάθε συμμετέχουσα.

Πίνακας 17. Οι Παράγοντες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας και ο Δείκτης Πρόληψης

Παράγοντες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας και ο Δείκτης Πρόληψης	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία	150	3,42	0,591
Άγχος και κοινωνική ανησυχία για την υγεία	150	2,37	0,686
Αντιλήψεις ελέγχου της υγείας	150	3,26	0,347
δείκτης πρόληψης	150	3,45	0,660

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών



Διάγραμμα 18. Οι Παράγοντες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας

Η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των τριών παραγόντων της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας έδειξε ότι ο παράγοντας «Θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία» συνδέεται θετικά με τον παράγοντα «Αντιλήψεις ελέγχου της υγείας», $r(148) = .333$, $p < .001$. Η σχέση αυτή καταγράφεται σε χαμηλό προς μέτριο επίπεδο και δείχνει ότι οι δύο αυτοί παράγοντες συνυπάρχουν σε έναν βαθμό στο ίδιο ψυχολογικό προφίλ. Αντίθετα, η συσχέτιση του «Θετικού προσανατολισμού και κινητοποίησης για την υγεία» με το «Άγχος και κοινωνική ανησυχία για την υγεία» καταγράφηκε ως $r(148) = -.147$, $p = .072$, ενώ η σχέση ανάμεσα στο «Άγχος και κοινωνική ανησυχία για την υγεία» και στις «Αντιλήψεις ελέγχου της υγείας» ήταν $r(148) = .124$, $p = .131$. Οι δύο τελευταίες σχέσεις κινούνται σε χαμηλά επίπεδα.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 18. Ανάλυση συσχέτισης για τους Παράγοντες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας

Correlations				
		Θετικός προσανατολισμός και	Άγχος	Αντιλήψεις ελέγχου
Θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία	Pearson Correlation	1	-,147	,333**
	Sig. (2-tailed)		,072	,000
	N	150	150	150
Άγχος και κοινωνική ανησυχία για την υγεία	Pearson Correlation	-,147	1	,124
	Sig. (2-tailed)	,072		,131
	N	150	150	150
Αντιλήψεις ελέγχου της υγείας	Pearson Correlation	,333**	,124	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,131	
	N	150	150	150
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανάλυση συσχέτισης του δείκτη πρόληψης με τους τρεις παράγοντες της κλίμακας. Η συσχέτιση με τον «Θετικό προσανατολισμό και κινητοποίηση για την υγεία» ήταν $r(148) = .119$, $p = .148$, με το «Άγχος και κοινωνική ανησυχία για την υγεία» ήταν $r(148) = .042$, $p = .613$, και με τις «Αντιλήψεις ελέγχου της υγείας» ήταν $r(148) = .014$, $p = .865$. Οι σχέσεις αυτές καταγράφονται ως εξαιρετικά χαμηλές και δεν συγκροτούν ισχυρό γραμμικό πρότυπο σύνδεσης ανάμεσα στους τρεις γενικούς παράγοντες και τον δείκτη πρόληψης.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 19. Ανάλυση συσχέτισης του Δείκτη Πρόληψης με τους Παράγοντες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας

		δείκτης πρόληψης
δείκτης πρόληψης	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	150
Θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία	Pearson Correlation	,119
	Sig. (2-tailed)	,148
	N	150
Άγχος και κοινωνική ανησυχία για την υγεία	Pearson Correlation	,042
	Sig. (2-tailed)	,613
	N	150
Αντιλήψεις ελέγχου της υγείας	Pearson Correlation	,014
	Sig. (2-tailed)	,865
	N	150
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

Ανάλογη εικόνα προκύπτει και από τη συσχέτιση του δείκτη πρόληψης με τις επιμέρους διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας. Οι περισσότεροι συντελεστές παραμένουν χαμηλοί, όπως στην προσωπική επίγνωση της υγείας, $r(148) = .088$, $p = .286$, στην ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους, $r(148) = -.047$, $p = .567$, στο άγχος για την υγεία, $r(148) = .098$, $p = .232$, στην εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία, $r(148) = .073$, $p = .372$, στον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = .105$, $p = .201$, στον εξωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = -.108$, $p = .189$, στις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία, $r(148) = .004$, $p = .957$, και στην τρέχουσα κατάσταση υγείας, $r(148) = .073$, $p = .376$. Η μόνη οριακά στατιστικά σημαντική σχέση εντοπίζεται στο «Κίνητρο για διατήρηση της υγείας», $r(148) = .160$, $p = .050$, ενώ το «Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης» πλησιάζει το όριο σημαντικότητας με $r(148) = .150$, $p = .067$.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 20. Ανάλυση συσχέτισης του Δείκτη Πρόληψης με τις Διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας

		δείκτης πρόληψης
δείκτης πρόληψης	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	150
Προσωπική επίγνωση της υγείας	Pearson Correlation	,088
	Sig. (2-tailed)	,286
	N	150
Ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους	Pearson Correlation	-,047
	Sig. (2-tailed)	,567
	N	150
Άγχος για την υγεία	Pearson Correlation	,098
	Sig. (2-tailed)	,232
	N	150
Εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία	Pearson Correlation	,073
	Sig. (2-tailed)	,372
	N	150
Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	Pearson Correlation	,150
	Sig. (2-tailed)	,067
	N	150
Κίνητρο για διατήρηση της υγείας	Pearson Correlation	,160*
	Sig. (2-tailed)	,050
	N	150
Εσωτερικός έλεγχος της υγείας	Pearson Correlation	,105
	Sig. (2-tailed)	,201
	N	150
Εξωτερικός έλεγχος της υγείας	Pearson Correlation	-,108
	Sig. (2-tailed)	,189
	N	150
Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία	Pearson Correlation	,004
	Sig. (2-tailed)	,957
	N	150
Τρέχουσα κατάσταση	Pearson Correlation	,073

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

υγείας	Sig. (2-tailed)	,376
	N	150
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

Η συσχέτιση της ηλικίας με τον δείκτη πρόληψης και με τις διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας παρουσιάζεται στον Πίνακα 21. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική θετική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και στον δείκτη πρόληψης, $r(148) = .334$, $p < .001$. Η τιμή αυτή δείχνει ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες συνδέονται με υψηλότερες τιμές στον δείκτη πρόληψης, δηλαδή με συχνότερη υιοθέτηση των δύο βασικών προληπτικών εξετάσεων που συμπεριλήφθηκαν στον σύνθετο δείκτη. Το εύρημα αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς η μαστογραφία αφορά εντονότερα τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες του δείγματος και εντάσσεται συχνότερα σε οργανωμένες ή ιατρικά προτεινόμενες πρακτικές προληπτικού ελέγχου.

Αντίθετα, οι συσχετίσεις της ηλικίας με τις επιμέρους διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας παρέμειναν χαμηλές. Ειδικότερα, η ηλικία παρουσίασε πολύ ασθενείς σχέσεις με την προσωπική επίγνωση της υγείας, $r(148) = .023$, $p = .776$, το άγχος για την υγεία, $r(148) = .060$, $p = .466$, την εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία, $r(148) = .069$, $p = .398$, το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης, $r(148) = .095$, $p = .246$, το κίνητρο για διατήρηση της υγείας, $r(148) = .014$, $p = .865$, και τον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = .014$, $p = .863$. Αρνητικές αλλά χαμηλές σχέσεις καταγράφηκαν με την ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους, $r(148) = -.085$, $p = .299$, τον εξωτερικό έλεγχο της υγείας, $r(148) = -.096$, $p = .242$, και τις προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία, $r(148) = -.050$, $p = .546$. Η τρέχουσα κατάσταση υγείας παρουσίασε την υψηλότερη αρνητική τάση, $r(148) = -.153$, $p = .062$, χωρίς όμως να φθάνει στο συμβατικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Ανάλογη εικόνα παρατηρήθηκε και στους τρεις ευρύτερους παράγοντες, καθώς ο θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία, $r(148) = -.007$, $p = .931$, το άγχος και η κοινωνική ανησυχία για την υγεία, $r(148) = -.007$, $p = .929$, και οι αντιλήψεις ελέγχου της υγείας, $r(148) = -.069$, p

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

= .398, παρουσίασαν πολύ χαμηλές και μη στατιστικά σημαντικές σχέσεις με την ηλικία.

Πίνακας 21. Ανάλυση συσχέτισης της ηλικίας και του Δείκτη Πρόληψης με τις Διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας

		1. Ηλικία
1. Ηλικία	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	150
δείκτης πρόληψης	Pearson Correlation	,334**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	150
Προσωπική επίγνωση της υγείας	Pearson Correlation	,023
	Sig. (2-tailed)	,776
	N	150
Ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους	Pearson Correlation	-,085
	Sig. (2-tailed)	,299
	N	150
Άγχος για την υγεία	Pearson Correlation	,060
	Sig. (2-tailed)	,466
	N	150
Εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία	Pearson Correlation	,069
	Sig. (2-tailed)	,398
	N	150
Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	Pearson Correlation	,095
	Sig. (2-tailed)	,246
	N	150
Κίνητρο για διατήρηση της υγείας	Pearson Correlation	,014
	Sig. (2-tailed)	,865
	N	150
Εσωτερικός έλεγχος της υγείας	Pearson Correlation	,014
	Sig. (2-tailed)	,863
	N	150
Εξωτερικός έλεγχος της υγείας	Pearson Correlation	-,096
	Sig. (2-tailed)	,242
	N	150
Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία	Pearson Correlation	-,050
	Sig. (2-tailed)	,546
	N	150

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Τρέχουσα κατάσταση υγείας	Pearson Correlation	-,153
	Sig. (2-tailed)	,062
	N	150
Θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία	Pearson Correlation	-,007
	Sig. (2-tailed)	,931
	N	150
Άγχος και κοινωνική ανησυχία για την υγεία	Pearson Correlation	-,007
	Sig. (2-tailed)	,929
	N	150
Αντιλήψεις ελέγχου της υγείας	Pearson Correlation	-,069
	Sig. (2-tailed)	,398
	N	150
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		

Συνολικά, η ανάλυση των συσχετίσεων δείχνει ότι ο δείκτης πρόληψης συνδέεται καθαρότερα με την ηλικία παρά με τις περισσότερες ψυχολογικές διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας. Οι συσχετίσεις του δείκτη πρόληψης με τους ευρύτερους παράγοντες και τις επιμέρους διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας ήταν γενικά χαμηλές, με μόνη οριακά σημαντική σχέση εκείνη του κινήτρου για διατήρηση της υγείας. Αντίθετα, η ηλικία εμφάνισε στατιστικά σημαντική θετική σχέση με τον δείκτη πρόληψης, γεγονός που υποδηλώνει ότι η ηλικιακή ομάδα αποτελεί σημαντικότερη παράμετρο για την ερμηνεία της συμμετοχής στις συγκεκριμένες προληπτικές εξετάσεις. Με βάση τα παραπάνω, η πραγματοποίηση πολυμεταβλητής παλινδρόμησης με κύριους προβλεπτικούς παράγοντες τις διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας θα είχε περιορισμένη ερμηνευτική αξία. Ωστόσο, η ηλικία μπορεί να ληφθεί υπόψη ως δημογραφική μεταβλητή με ουσιαστική σύνδεση με τον δείκτη πρόληψης, ιδίως επειδή η μαστογραφία διαφοροποιείται ηλικιακά στο πλαίσιο των συστάσεων προληπτικού ελέγχου.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

5.6 Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικά δημογραφικά προφίλ

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται μόνο τα ευρήματα για τα οποία προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις συμμετέχουσες με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Για τη διερεύνηση των διαφορών χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης και, όπου η συνολική δοκιμασία ήταν στατιστικά σημαντική, ακολούθησε έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων LSD. Στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, επειδή η μεταβλητή της συχνότητας μαστογραφίας είχε κωδικοποιηθεί ως εξής, 1 ίσον κάθε χρόνο, 2 ίσον κάθε 2 χρόνια, 3 ίσον σπάνια και 4 ίσον ποτέ. Επομένως, χαμηλότερη μέση τιμή αντιστοιχεί σε συχνότερη πραγματοποίηση μαστογραφίας.

Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη συχνότητα πραγματοποίησης μαστογραφίας μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, $F(2, 147) = 20,10$, $p < .001$. Ειδικότερα, οι γυναίκες ηλικίας 30 έως 39 ετών παρουσίασαν μέση τιμή 2,47 και τυπική απόκλιση 1,264, οι γυναίκες ηλικίας 40 έως 49 ετών μέση τιμή 1,49 και τυπική απόκλιση 0,732, ενώ οι γυναίκες ηλικίας 50 έως 60 ετών μέση τιμή 1,38 και τυπική απόκλιση 0,571. Με βάση την κωδικοποίηση της μεταβλητής, οι δύο μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες βρίσκονται πιο κοντά στην επιλογή «κάθε χρόνο», ενώ η ομάδα 30 έως 39 ετών τοποθετείται συγκριτικά προς αραιότερη πραγματοποίηση της εξέτασης.

Πίνακας 22. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική ηλικία

10. Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία;					
	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	F	p-value
30- 39	59	2,47	1,264		
40-49	65	1,49	,732		
50-60	26	1,38	,571		
Total	150	1,86	1,075	20,100	,000

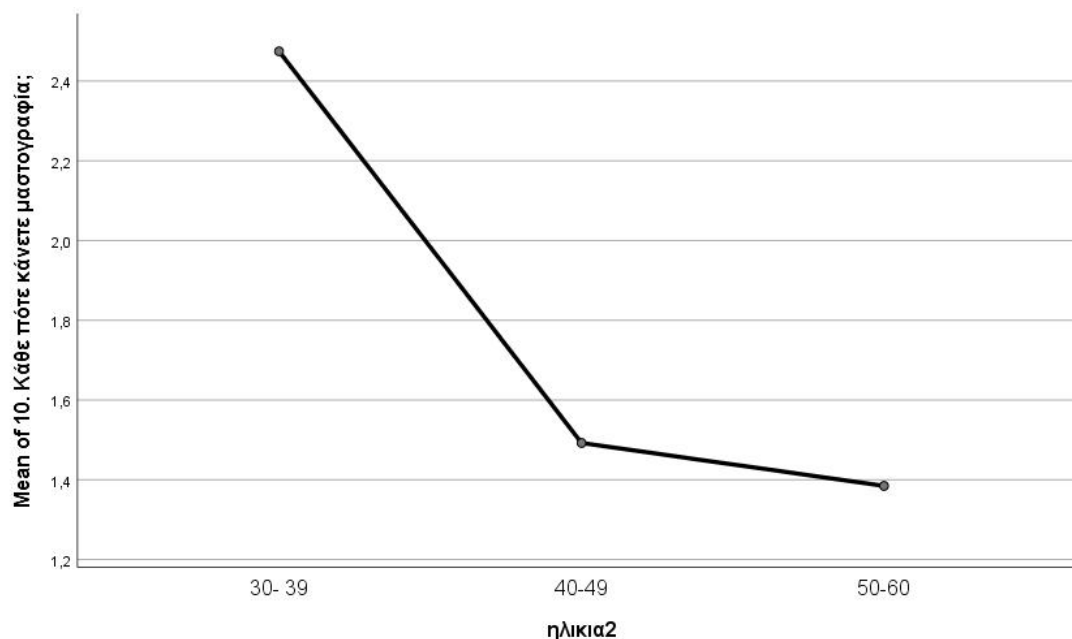
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Ο έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων LSD έδειξε ότι η ηλικιακή ομάδα 30 έως 39 ετών διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά από την ομάδα 40 έως 49 ετών, με μέση διαφορά 0,982 και $p < .001$, καθώς και από την ομάδα 50 έως 60 ετών, με μέση διαφορά 1,090 και $p < .001$. Αντίθετα, η διαφορά ανάμεσα στις ομάδες 40 έως 49 ετών και 50 έως 60 ετών δεν ήταν στατιστικά σημαντική, με μέση διαφορά 0,108 και $p = .629$. Συνεπώς, η ηλικία συνδέεται στατιστικά σημαντικά με τη συχνότητα πραγματοποίησης μαστογραφίας, με τις γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω να εμφανίζουν συχνότερο μαστογραφικό έλεγχο σε σύγκριση με τις γυναίκες ηλικίας 30 έως 39 ετών.

Πίνακας 23. Τα αποτελέσματα του post hoc test LSD για τη διαφορετική ηλικία

πολλαπλές συγκρίσεις				
10. Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία;				
LSD				
(I) ηλικια2	(J) ηλικια2	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
30- 39	40-49	,982*	,172	,000
	50-60	1,090*	,226	,000
40-49	30- 39	-,982*	,172	,000
	50-60	,108	,222	,629
50-60	30- 39	-1,090*	,226	,000
	40-49	-,108	,222	,629
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.				

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών



Διάγραμμα 19. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική ηλικία

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε τέσσερις διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, το «Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης» διαφοροποιήθηκε σημαντικά μεταξύ των ομάδων, $F(4, 145) = 3,64$, $p = .007$. Η χαμηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στην ομάδα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης, $M = 3,02$, $TA = 0,57$, ενώ η υψηλότερη στο διδακτορικό επίπεδο, $M = 4,20$, $TA = 0,59$. Ο έλεγχος LSD έδειξε ότι η ομάδα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης είχε χαμηλότερες τιμές από το λύκειο, $p = .041$, από την κατηγορία TEI ή AEI, $p = .002$, από το μεταπτυχιακό, $p = .018$, και από το διδακτορικό, $p = .001$. Παράλληλα, οι κάτοχοι διδακτορικού παρουσίασαν υψηλότερες τιμές από το λύκειο, $p = .048$, και από το μεταπτυχιακό, $p = .046$.

Αντίστοιχα, στο «Κίνητρο για διατήρηση της υγείας» εντοπίστηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά, $F(4, 145) = 5,33$, $p < .001$. Η ομάδα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης είχε τη χαμηλότερη μέση τιμή, $M = 2,87$, $TA = 0,85$, ενώ η ομάδα του διδακτορικού την υψηλότερη, $M = 4,29$, $TA = 0,60$. Από τις πολλαπλές συγκρίσεις φάνηκε ότι η υποχρεωτική εκπαίδευση διαφοροποιείται από όλες τις

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

υπόλοιπες ομάδες, με p που κυμαίνονται από $.007$ έως $< .001$. Επιπλέον, το διδακτορικό επίπεδο υπερείχε και έναντι της ομάδας του λύκειου, $p = .034$.

Στη διάσταση «Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία» η συνολική διαφοροποίηση ήταν στατιστικά σημαντική, $F(4, 145) = 2,57$, $p = .040$. Και εδώ η υψηλότερη μέση τιμή εμφανίστηκε στην ομάδα του διδακτορικού, $M = 4,00$, $TA = 0,50$, ενώ οι χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στο λύκειο, $M = 3,14$, $TA = 0,83$, και στο μεταπτυχιακό, $M = 3,08$, $TA = 0,90$. Ο έλεγχος LSD ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές του διδακτορικού σε σχέση με την υποχρεωτική εκπαίδευση, $p = .044$, με το λύκειο, $p = .014$, και με το μεταπτυχιακό, $p = .005$.

Τέλος, στην «Τρέχουσα κατάσταση υγείας» παρατηρήθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, $F(4, 145) = 4,47$, $p = .002$. Η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε και πάλι στην ομάδα του διδακτορικού, $M = 3,86$, $TA = 0,79$, ενώ η χαμηλότερη στην υποχρεωτική εκπαίδευση, $M = 2,33$, $TA = 0,61$. Οι πολλαπλές συγκρίσεις έδειξαν ότι οι κάτοχοι διδακτορικού διαφοροποιούνται από όλες τις άλλες μορφωτικές κατηγορίες, με επίπεδα σημαντικότητας από $.013$ έως $< .001$. Επιπλέον, η ομάδα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης εμφάνισε χαμηλότερη τιμή από την ομάδα ΤΕΙ ή ΑΕΙ, $p = .009$.

Συνολικά, το εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέθηκε με στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις κυρίως σε διαστάσεις που αφορούν το κίνητρο, τις μελλοντικές προσδοκίες και την τρέχουσα αποτίμηση της υγείας, με τις υψηλότερες τιμές να εμφανίζονται συστηματικά στην ομάδα του διδακτορικού και τις χαμηλότερες στην ομάδα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 24. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο

		N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	F	p-value
Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	Υποχρεωτική εκπαίδευση	12	3,0167	,56862		
	Λύκειο	25	3,5600	,76158		
	ΤΕΙ/AEI	55	3,7782	,72487		
	Μεταπτυχιακό	51	3,5922	,82069		
	Διδακτορικό	7	4,2000	,58878		
	Total	150	3,6373	,77629	3,635	,007
Κίνητρο για διατήρηση της υγείας	Υποχρεωτική εκπαίδευση	12	2,8667	,84567		
	Λύκειο	25	3,5920	,72222		
	ΤΕΙ/AEI	55	3,8400	,71946		
	Μεταπτυχιακό	51	3,7647	,81261		
	Διδακτορικό	7	4,2857	,59841		
	Total	150	3,7160	,80177	5,331	,000
Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία	Υποχρεωτική εκπαίδευση	12	3,2167	,70043		
	Λύκειο	25	3,1440	,82769		
	ΤΕΙ/AEI	55	3,3855	,75900		
	Μεταπτυχιακό	51	3,0784	,89896		
	Διδακτορικό	7	4,0000	,50332		
	Total	150	3,2560	,82580	2,574	,040
Τρέχουσα κατάσταση υγείας	Υποχρεωτική εκπαίδευση	12	2,3333	,60503		
	Λύκειο	25	2,7680	1,00611		
	ΤΕΙ/AEI	55	3,0291	,79108		
	Μεταπτυχιακό	51	2,7961	,80943		
	Διδακτορικό	7	3,8571	,78921		
	Total	150	2,8893	,86219	4,467	,002

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 25. Τα αποτελέσματα του post hoc test LSD για το διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο

πολλαπλές συγκρίσεις					
LSD					
Dependent Variable	(I) εκπαιδευτικό επίπεδο	(J) εκπαιδευτικό επίπεδο	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	Υποχρεωτική εκπαίδευση	Λύκειο	-,54333*	,26346	,041
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,76152*	,23903	,002
		Μεταπτυχιακό	-,57549*	,24070	,018
		Διδακτορικό	-1,18333*	,35679	,001
	Λύκειο	Υποχρεωτική εκπαίδευση	,54333*	,26346	,041
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,21818	,18096	,230
		Μεταπτυχιακό	-,03216	,18316	,861
		Διδακτορικό	-,64000*	,32080	,048
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	Υποχρεωτική εκπαίδευση	,76152*	,23903	,002
		Λύκειο	,21818	,18096	,230
		Μεταπτυχιακό	,18602	,14584	,204
		Διδακτορικό	-,42182	,30106	,163
	Μεταπτυχιακό	Υποχρεωτική εκπαίδευση	,57549*	,24070	,018
		Λύκειο	,03216	,18316	,861
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,18602	,14584	,204
		Διδακτορικό	-,60784*	,30239	,046
	Διδακτορικό	Υποχρεωτική εκπαίδευση	1,18333*	,35679	,001
		Λύκειο	,64000*	,32080	,048
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	,42182	,30106	,163
		Μεταπτυχιακό	,60784*	,30239	,046
Κίνητρο για διατήρηση της υγείας	Υποχρεωτική εκπαίδευση	Λύκειο	-,72533*	,26650	,007
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,97333*	,24179	,000
		Μεταπτυχιακό	-,89804*	,24348	,000

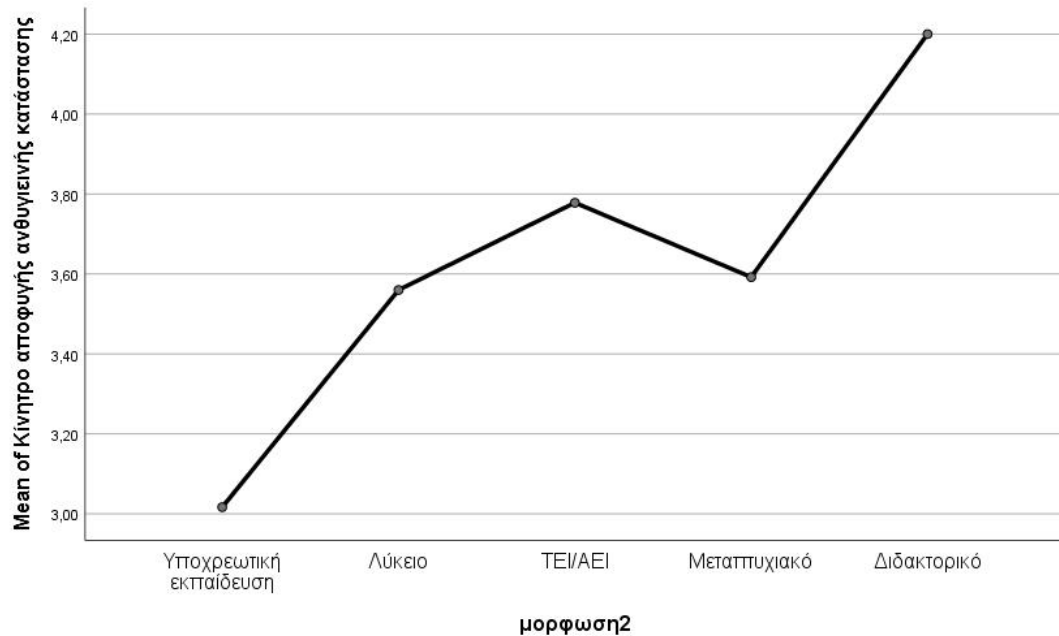
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

	Λύκειο	Διδακτορικό	-1,41905*	,36091	,000
		Υποχρεωτική εκπαίδευση	,72533*	,26650	,007
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,24800	,18305	,178
		Μεταπτυχιακό	-,17271	,18527	,353
		Διδακτορικό	-,69371*	,32450	,034
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	Υποχρεωτική εκπαίδευση	,97333*	,24179	,000
		Λύκειο	,24800	,18305	,178
		Μεταπτυχιακό	,07529	,14752	,611
		Διδακτορικό	-,44571	,30453	,145
	Μεταπτυχιακό	Υποχρεωτική εκπαίδευση	,89804*	,24348	,000
		Λύκειο	,17271	,18527	,353
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,07529	,14752	,611
		Διδακτορικό	-,52101	,30588	,091
	Διδακτορικό	Υποχρεωτική εκπαίδευση	1,41905*	,36091	,000
		Λύκειο	,69371*	,32450	,034
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	,44571	,30453	,145
		Μεταπτυχιακό	,52101	,30588	,091
Προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία	Υποχρεωτική εκπαίδευση	Λύκειο	,07267	,28407	,798
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,16879	,25772	,514
		Μεταπτυχιακό	,13824	,25953	,595
		Διδακτορικό	-,78333*	,38470	,044
	Λύκειο	Υποχρεωτική εκπαίδευση	-,07267	,28407	,798
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,24145	,19511	,218
		Μεταπτυχιακό	,06557	,19749	,740
		Διδακτορικό	-,85600*	,34589	,014
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	Υποχρεωτική εκπαίδευση	,16879	,25772	,514
		Λύκειο	,24145	,19511	,218
		Μεταπτυχιακό	,30702	,15724	,053
		Διδακτορικό	-,61455	,32460	,060

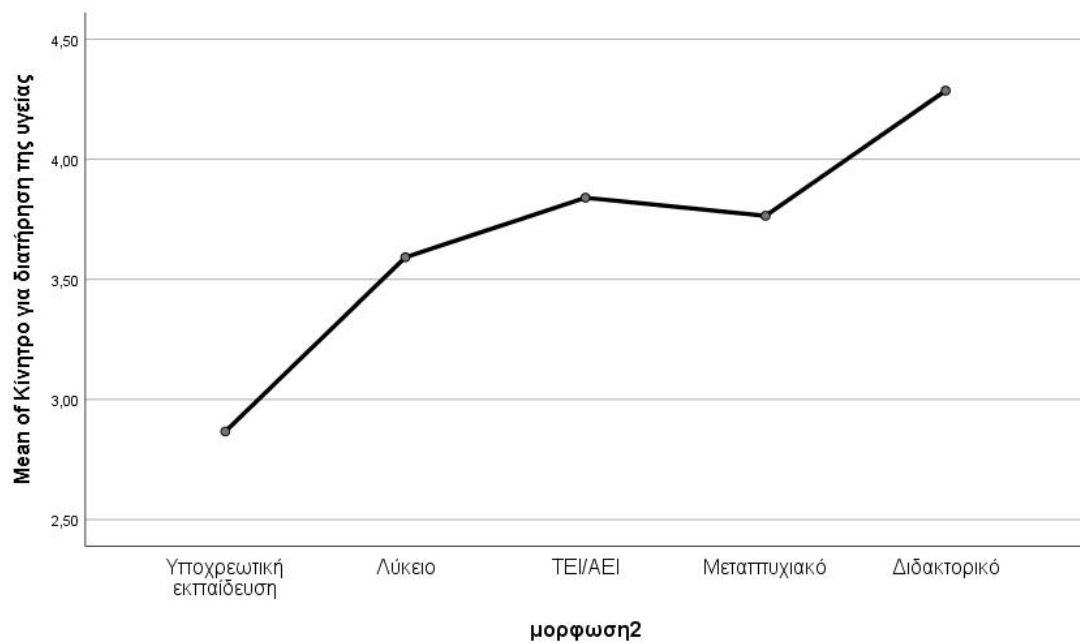
Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

	Μεταπτυχιακό	Υποχρεωτική εκπαίδευση	-,13824	,25953	,595
		Λύκειο	-,06557	,19749	,740
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,30702	,15724	,053
		Διδακτορικό	-,92157*	,32604	,005
	Διδακτορικό	Υποχρεωτική εκπαίδευση	,78333*	,38470	,044
		Λύκειο	,85600*	,34589	,014
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	,61455	,32460	,060
		Μεταπτυχιακό	,92157*	,32604	,005
Τρέχουσα κατάσταση υγείας	Υποχρεωτική εκπαίδευση	Λύκειο	-,43467	,28961	,136
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,69576*	,26275	,009
		Μεταπτυχιακό	-,46275	,26459	,082
		Διδακτορικό	-1,52381*	,39221	,000
	Λύκειο	Υποχρεωτική εκπαίδευση	,43467	,28961	,136
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,26109	,19892	,191
		Μεταπτυχιακό	-,02808	,20134	,889
		Διδακτορικό	-1,08914*	,35264	,002
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	Υποχρεωτική εκπαίδευση	,69576*	,26275	,009
		Λύκειο	,26109	,19892	,191
		Μεταπτυχιακό	,23301	,16031	,148
		Διδακτορικό	-,82805*	,33094	,013
	Μεταπτυχιακό	Υποχρεωτική εκπαίδευση	,46275	,26459	,082
		Λύκειο	,02808	,20134	,889
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	-,23301	,16031	,148
		Διδακτορικό	-1,06106*	,33240	,002
	Διδακτορικό	Υποχρεωτική εκπαίδευση	1,52381*	,39221	,000
		Λύκειο	1,08914*	,35264	,002
		ΤΕΙ/ΑΕΙ	,82805*	,33094	,013
		Μεταπτυχιακό	1,06106*	,33240	,002
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.					

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

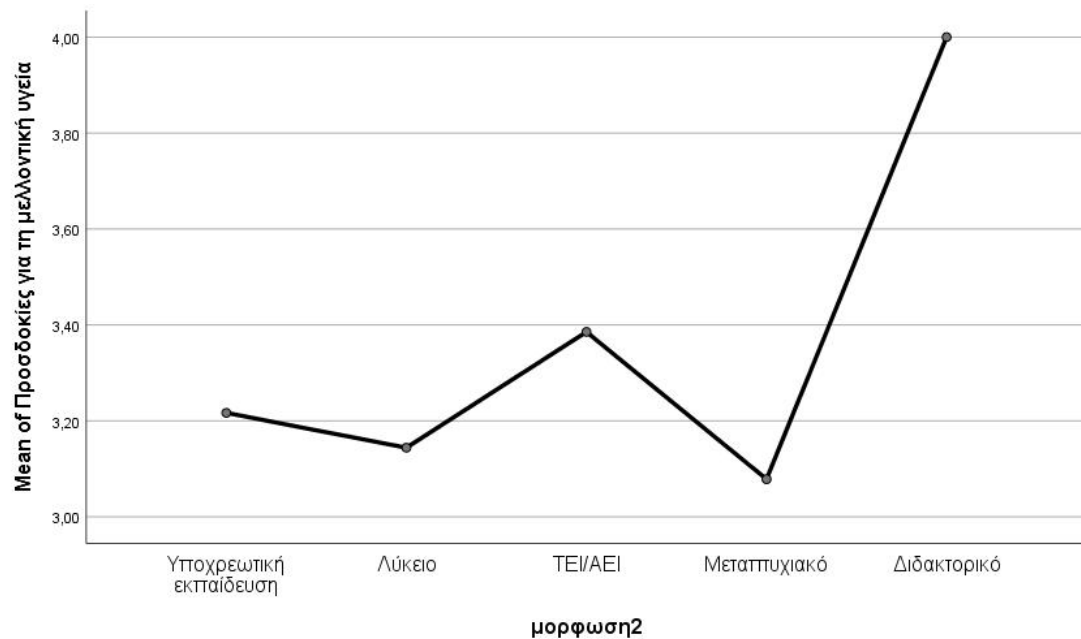


Διάγραμμα 20. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο

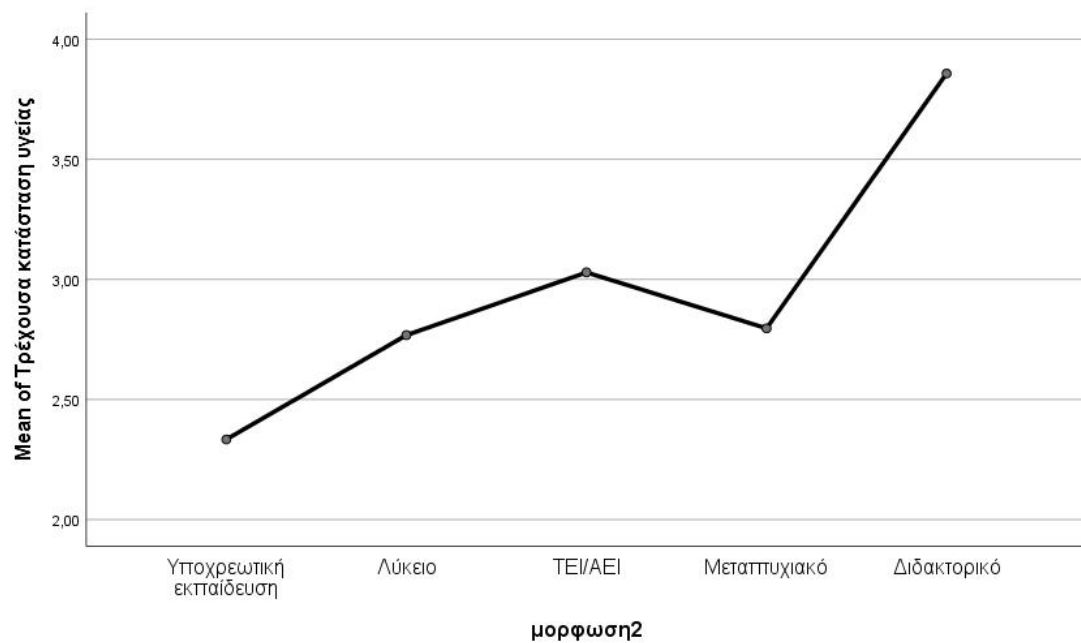


Διάγραμμα 21. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο II

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών



Διάγραμμα 22. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο III



Διάγραμμα 23. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο IV

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Ως προς τον τόπο κατοικίας, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε τρεις μεταβλητές, δηλαδή στο «Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης», στο «Κίνητρο για διατήρηση της υγείας» και στον συνολικό παράγοντα «Θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία». Ειδικότερα, για το «Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης» η ανάλυση διακύμανσης έδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση του τόπου κατοικίας, $F(2, 147) = 5,31$, $p = .006$. Η υψηλότερη μέση τιμή καταγράφηκε στις γυναίκες που κατοικούν σε αστική περιοχή, $M = 3,74$, $TA = 0,73$, ενώ η χαμηλότερη στις γυναίκες που κατοικούν σε αγροτική περιοχή, $M = 3,14$, $TA = 0,76$. Ο έλεγχος LSD έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο ανάμεσα στην αστική και την αγροτική κατηγορία, $p = .003$.

Ανάλογη εικόνα προέκυψε και για το «Κίνητρο για διατήρηση της υγείας», όπου επίσης εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, $F(2, 147) = 8,05$, $p < .001$. Οι συμμετέχουσες από αστικές περιοχές παρουσίασαν μέση τιμή 3,83 με τυπική απόκλιση 0,75, οι γυναίκες από ημιαστικές περιοχές μέση τιμή 3,56 με τυπική απόκλιση 0,75, ενώ οι γυναίκες από αγροτικές περιοχές κατέγραψαν μέση τιμή 3,04 με τυπική απόκλιση 0,90. Και εδώ, η στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ αστικής και αγροτικής περιοχής, $p < .001$.

Τέλος, στον παράγοντα «Θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία» καταγράφηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς τον τόπο κατοικίας, $F(2, 147) = 5,45$, $p = .005$. Οι γυναίκες που διαμένουν σε αστικές περιοχές συγκέντρωσαν μέση τιμή 3,51 και τυπική απόκλιση 0,56, οι γυναίκες από ημιαστικές περιοχές μέση τιμή 3,23 και τυπική απόκλιση 0,61, ενώ οι γυναίκες από αγροτικές περιοχές μέση τιμή 3,06 και τυπική απόκλιση 0,62. Ο μεταγενέστερος έλεγχος LSD έδειξε και πάλι στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο μεταξύ αστικής και αγροτικής περιοχής, $p = .004$.

Συνεπώς, οι στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τον τόπο κατοικίας εντοπίζονται συστηματικά ανάμεσα στις αστικές και τις αγροτικές περιοχές, με τις αστικές περιοχές να εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές στις συγκεκριμένες διαστάσεις.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Πίνακας 26. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό τόπο κατοικίας

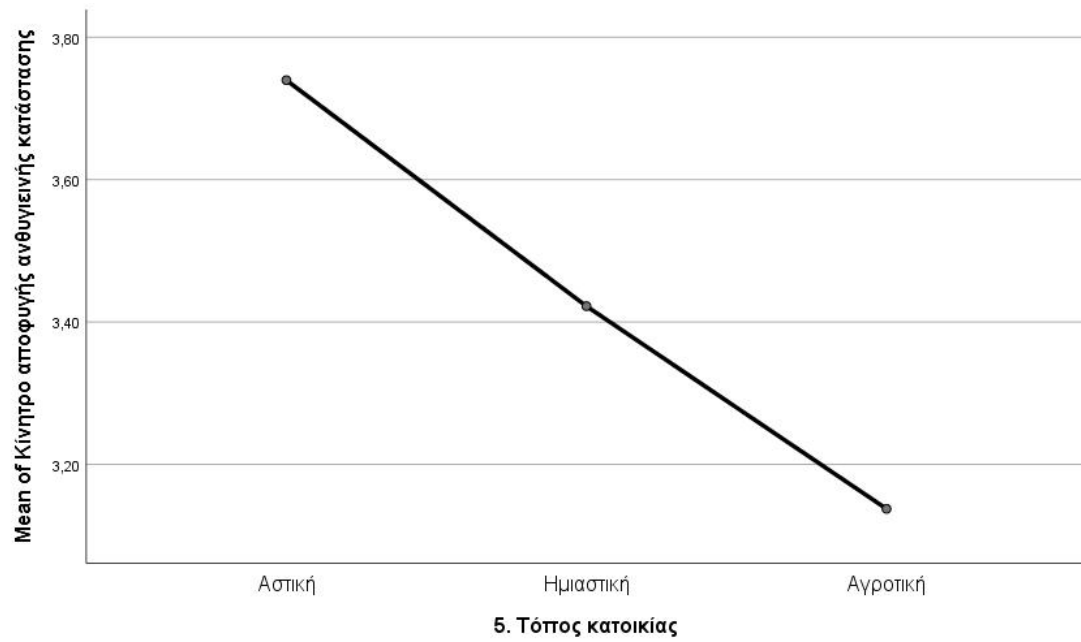
		N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	F	p-value
Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	Αστική	116	3,7397	,73341		
	Ημιαστική	18	3,4222	,88088		
	Αγροτική	16	3,1375	,76147		
	Total	150	3,6373	,77629	5,305	,006
Κίνητρο για διατήρηση της υγείας	Αστική	116	3,8345	,75032		
	Ημιαστική	18	3,5556	,74693		
	Αγροτική	16	3,0375	,89805		
	Total	150	3,7160	,80177	8,053	,000
Θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία	Αστική	116	3,5052	,56376		
	Ημιαστική	18	3,2278	,60620		
	Αγροτική	16	3,0583	,61554		
	Total	150	3,4242	,59120	5,453	,005

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

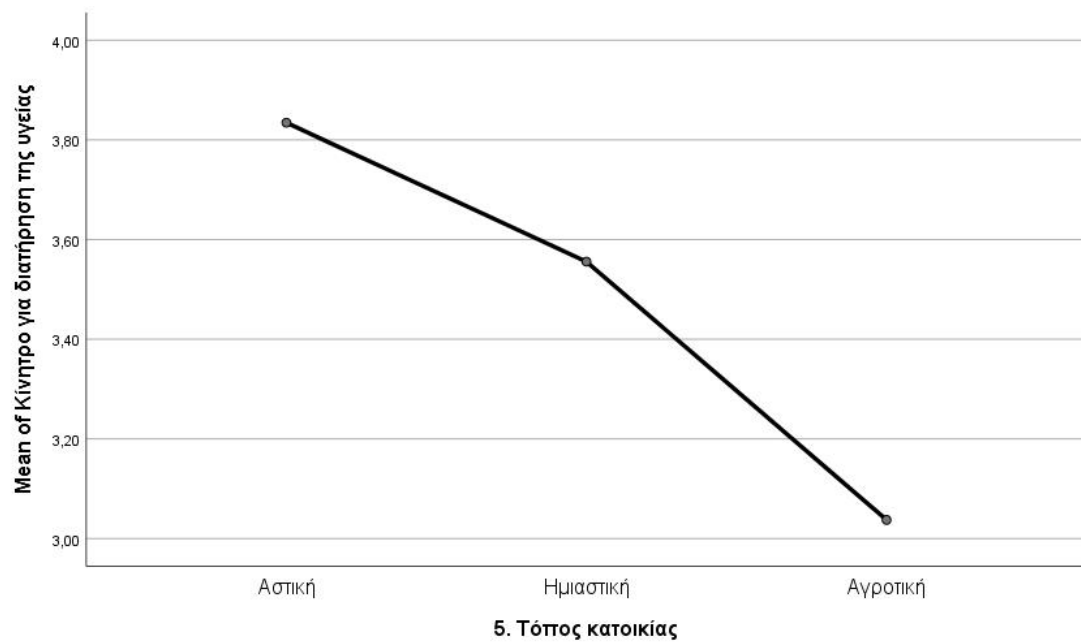
Πίνακας 27. Τα αποτελέσματα του post hoc test LSD για τον διαφορετικό τόπο κατοικίας

πολλαπλές συγκρίσεις					
LSD					
Dependent Variable	(I) 5. Τόπος κατοικίας	(J) 5. Τόπος κατοικίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης	Αστική	Ημιαστική	,31743	,19121	,099
		Αγροτική	,60216*	,20129	,003
	Ημιαστική	Αστική	-,31743	,19121	,099
		Αγροτική	,28472	,25934	,274
	Αγροτική	Αστική	-,60216*	,20129	,003
		Ημιαστική	-,28472	,25934	,274
Κίνητρο για διατήρηση της υγείας	Αστική	Ημιαστική	,27893	,19413	,153
		Αγροτική	,79698*	,20436	,000
	Ημιαστική	Αστική	-,27893	,19413	,153
		Αγροτική	,51806	,26330	,051
	Αγροτική	Αστική	-,79698*	,20436	,000
		Ημιαστική	-,51806	,26330	,051
Θετικός προσανατολισμός και κινητοποίηση για την υγεία	Αστική	Ημιαστική	,27739	,14548	,059
		Αγροτική	,44684*	,15315	,004
	Ημιαστική	Αστική	-,27739	,14548	,059
		Αγροτική	,16944	,19732	,392
	Αγροτική	Αστική	-,44684*	,15315	,004
		Ημιαστική	-,16944	,19732	,392
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.					

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

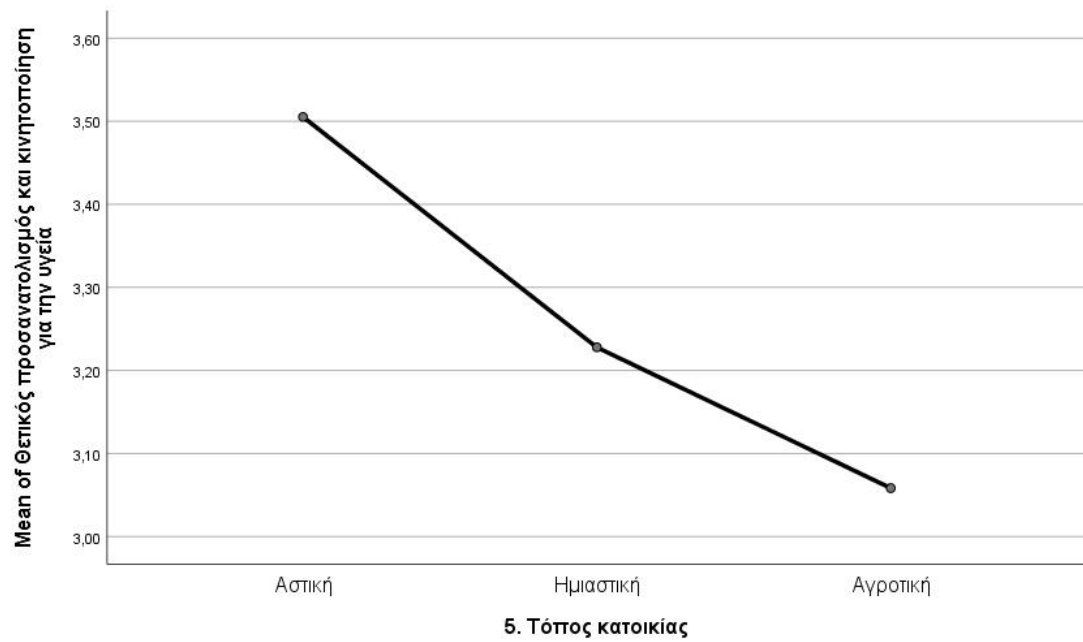


Διάγραμμα 24. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό τόπο κατοικίας



Διάγραμμα 25. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό τόπο κατοικίας II

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών



Διάγραμμα 26. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό τύπο κατοικίας III

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε τη σχέση ανάμεσα στον προσανατολισμό υγείας και στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας στις γυναίκες, εστιάζοντας στην ενημέρωση, στη συμμετοχή σε βασικές προληπτικές εξετάσεις και στις ψυχολογικές διαστάσεις που συνδέονται με την αντίληψη και τη διαχείριση της υγείας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η πρόληψη αποτελεί σύνθετη πρακτική, η οποία δεν εξαρτάται μόνο από τη γνώση ή από τη θετική στάση απέναντι στην υγεία, αλλά διαμορφώνεται από τον συνδυασμό ατομικών κινήτρων, πρόσβασης, ιατρικής καθοδήγησης, κοινωνικών συνθηκών και δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Ως προς το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, τα αποτελέσματα ανέδειξαν μια εικόνα σχετικά υψηλής εξοικείωσης με την πρόληψη, αλλά με σαφή απόσταση ανάμεσα στην ενημέρωση και στην ενεργή συμμετοχή. Η ενημέρωση για το πρόγραμμα «Φώφη Γεννηματά» ήταν ιδιαίτερα υψηλή, καθώς το 88,0% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι το γνωρίζει, ενώ η συμμετοχή στο πρόγραμμα ήταν σαφώς χαμηλότερη, στο 35,3%. Η διαφοροποίηση αυτή δείχνει ότι η γνώση μιας διαθέσιμης υπηρεσίας δεν αρκεί από μόνη της για να οδηγήσει σε αξιοποίησή της. Αντίθετα, η πραγματική προληπτική συμπεριφορά φαίνεται να απαιτεί ενεργοποίηση μέσα από ιατρική σύσταση, προσωπική ανάγκη, οργανωτική ευκολία και πρακτική δυνατότητα πρόσβασης. Το εύρημα αυτό είναι συμβατό με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία δείχνει ότι η πρόσβαση στην πληροφορία και η ύπαρξη προληπτικών υπηρεσιών δεν μετατρέπονται αυτόματα σε συμμετοχή, καθώς συχνά παρεμβάλλονται οργανωτικοί, κοινωνικοί και πρακτικοί παράγοντες (Blanchard & Goodall, 2016; Phipps et al., 2019; Stolp & Fox, 2015).

Η εικόνα διαφοροποιείται όταν εξετάζονται επιμέρους προληπτικές εξετάσεις. Η συχνότητα πραγματοποίησης τεστ Παπανικολάου ήταν ιδιαίτερα υψηλή, καθώς το 82,7% των γυναικών δήλωσε ότι το πραγματοποιεί κάθε χρόνο. Αντίθετα, η μαστογραφία παρουσίασε μεγαλύτερη σύνδεση με την ηλικία, καθώς οι γυναίκες 40 ετών και άνω ανέφεραν συχνότερη συμμετοχή. Η διαφοροποίηση αυτή είναι αναμενόμενη, επειδή το τεστ Παπανικολάου εντάσσεται συχνά από νεότερη ηλικία στην τακτική γυναικολογική παρακολούθηση, ενώ η μαστογραφία συνδέεται

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

περισσότερο με ηλικιακά καθορισμένες συστάσεις και με στοχευμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Επομένως, η πρόληψη δεν εμφανίζεται ως ενιαία συμπεριφορά, αλλά ως σύνολο πρακτικών που επηρεάζονται από το είδος της εξέτασης, την ηλικιακή ομάδα και το πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται η κάθε υπηρεσία.

Ως προς τον προσανατολισμό υγείας, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι συμμετέχουσες τείνουν να αντιλαμβάνονται την υγεία ως προσωπική υπόθεση φροντίδας και ευθύνης. Οι υψηλότερες τιμές στον εσωτερικό έλεγχο της υγείας, στην προσωπική επίγνωση της υγείας και στα κίνητρα διατήρησης και προστασίας της υγείας υποδηλώνουν ένα προφίλ γυναικών που αποδίδουν σημασία στη δική τους ενεργό στάση απέναντι στην υγεία. Αντίθετα, οι χαμηλότερες τιμές στην ανησυχία για την εικόνα της υγείας προς τους άλλους και στον εξωτερικό έλεγχο δείχνουν ότι η στάση αυτή δεν φαίνεται να καθορίζεται κυρίως από κοινωνική έκθεση ή από την πεποίθηση ότι η υγεία ελέγχεται από εξωτερικούς παράγοντες. Το εύρημα αυτό συμβαδίζει με τη λογική της Health Orientation Scale, όπως έχει αποδοθεί και στην ελληνόγλωσση ψυχομετρική μελέτη, όπου ο προσανατολισμός υγείας νοείται ως πολυδιάστατη ψυχολογική κατασκευή και όχι ως απλή στάση υπέρ της υγείας (Orlandou et al., 2024; Togas & Parlalis, 2021).

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τη σχέση ανάμεσα στον προσανατολισμό υγείας και στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συσχετίσεις του δείκτη πρόληψης με τις διαστάσεις και τους ευρύτερους παράγοντες της κλίμακας ήταν γενικά χαμηλές και στην πλειονότητά τους μη στατιστικά σημαντικές. Η μόνη διάσταση που εμφάνισε οριακά σημαντική θετική σχέση ήταν το κίνητρο για διατήρηση της υγείας, ενώ το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης κινήθηκε κοντά στο όριο σημαντικότητας. Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή δείχνει ότι η θετική ψυχολογική στάση απέναντι στην υγεία δεν μεταφράζεται αυτόματα σε συστηματική προληπτική συμπεριφορά. Με άλλα λόγια, μια γυναίκα μπορεί να έχει υψηλή επίγνωση, κίνητρο και αίσθηση προσωπικού ελέγχου, αλλά η πραγματοποίηση μαστογραφίας ή τεστ Παπανικολάου να επηρεάζεται επίσης από τη σύσταση του ιατρού, τον χρόνο, την πρόσβαση, την οικονομική ή οργανωτική ευκολία και την προηγούμενη εμπειρία από τις υπηρεσίες υγείας.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τις διαφοροποιήσεις ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η ηλικία συνδέθηκε κυρίως με τη συχνότητα μαστογραφίας, γεγονός που συνάδει με τον ηλικιακά προσανατολισμένο χαρακτήρα του συγκεκριμένου ελέγχου. Το επίπεδο εκπαίδευσης διαφοροποίησε διαστάσεις όπως το κίνητρο αποφυγής ανθυγιεινής κατάστασης, το κίνητρο διατήρησης της υγείας, οι προσδοκίες για τη μελλοντική υγεία και η τρέχουσα κατάσταση υγείας. Επιπλέον, ο τόπος κατοικίας ανέδειξε διαφορές υπέρ των αστικών περιοχών ως προς τα κίνητρα προστασίας και διατήρησης της υγείας και ως προς τον συνολικό θετικό προσανατολισμό. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τη βιβλιογραφία για τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της πρόληψης, σύμφωνα με την οποία η εκπαίδευση, ο τόπος κατοικίας, οι διαθέσιμοι πόροι και ο υγειονομικός γραμματισμός επηρεάζουν τη συνέπεια στην προληπτική φροντίδα (Maricic et al., 2021; O'Neil et al., 2020; Simou et al., 2011; Walters, 2004).

Περιορισμοί και δυνατά σημεία της έρευνας

Η έρευνα παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που χρειάζεται να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Ο σημαντικότερος αφορά τον δείκτη πρόληψης, ο οποίος βασίστηκε μόνο στη συχνότητα μαστογραφίας και τεστ Παπανικολάου και, επομένως, ίσως δεν απέδωσε με επάρκεια το πλήρες εύρος της προληπτικής συμπεριφοράς των γυναικών. Αυτό πιθανόν συνέβαλε στο να μη φανεί ισχυρή σύνδεση με τον προσανατολισμό υγείας. Επιπλέον, το δείγμα ήταν σχετικά περιορισμένο και στηρίχθηκε σε δεδομένα αυτοαναφοράς, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει την ακρίβεια των απαντήσεων.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, η έρευνα παρουσιάζει σημαντικά δυνατά σημεία. Πρώτον, διαθέτει πρωτοτυπία για τον ελληνικό πληθυσμό, καθώς συνδέει την προληπτική συμπεριφορά των γυναικών με τον προσανατολισμό υγείας, ένα ψυχολογικό σχήμα που έχει μελετηθεί σε περιορισμένο βαθμό στο ελληνικό ερευνητικό πλαίσιο. Δεύτερον, αξιοποιεί την ελληνική εκδοχή της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας, ένα δομημένο ψυχομετρικό εργαλείο που επιτρέπει την ανάλυση πολλών επιμέρους διαστάσεων και ευρύτερων παραγόντων. Τρίτον, η μελέτη συνδυάζει την περιγραφή πραγματικών προληπτικών πρακτικών με την ψυχολογική αποτύπωση στάσεων απέναντι στην υγεία, προσφέροντας πιο σύνθετη

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

εικόνα από μια απλή καταγραφή συμμετοχής σε εξετάσεις. Τέλος, τα ευρήματα έχουν πρακτική αξία για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων ενημέρωσης και ενίσχυσης της πρόληψης, καθώς δείχνουν ότι η γνώση, τα προσωπικά κίνητρα, η ηλικία, η εκπαίδευση και ο τόπος κατοικίας χρειάζεται να συνεκτιμώνται στον σχεδιασμό προγραμμάτων δημόσιας υγείας.

Κλινικές προεκτάσεις

Τα ευρήματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν στην καθημερινή κλινική πρακτική από επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με γυναίκες αναπαραγωγικής και μέσης ηλικίας, όπως ιατρούς, μαίες, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας και επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η χαμηλότερη συμμετοχή στο πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων σε σχέση με το υψηλό επίπεδο ενημέρωσης δείχνει ότι η απλή γνώση χρειάζεται να συνοδεύεται από ενεργή καθοδήγηση, υπενθύμιση και εξατομικευμένη συμβουλευτική. Στην πράξη, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να αξιοποιεί κάθε κλινική επαφή ως ευκαιρία για σύντομη αξιολόγηση της προληπτικής συμπεριφοράς, διερεύνηση της συχνότητας μαστογραφίας και τεστ Παπανικολάου και ενίσχυση της συμμετοχής σε διαθέσιμα προγράμματα. Παράλληλα, η χρήση διαστάσεων του προσανατολισμού υγείας μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση γυναικών που έχουν χαμηλότερα κίνητρα διατήρησης της υγείας, χαμηλότερη αίσθηση προσωπικού ελέγχου ή μικρότερη προσδοκία για τη μελλοντική τους υγεία. Έτσι, η κλινική συμβουλευτική μπορεί να γίνει πιο στοχευμένη, με έμφαση στην ενδυνάμωση, στην καλλιέργεια προσωπικής ευθύνης και στην άρση πρακτικών εμποδίων πρόσβασης. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να δοθεί σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας, χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου ή κατοίκους αγροτικών περιοχών, καθώς τα ευρήματα δείχνουν διαφοροποιήσεις που έχουν άμεση σημασία για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων πρόληψης.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η μελλοντική έρευνα μπορεί να επεκτείνει ουσιαστικά τα παρόντα ευρήματα μέσα από πιο σύνθετες και θεωρητικά εμπλουτισμένες προσεγγίσεις. Αρχικά, θα ήταν χρήσιμη η κατασκευή ενός ευρύτερου δείκτη πρόληψης που να ενσωματώνει περισσότερες πρακτικές πρόληψης, όπως ιατρικές επισκέψεις, αυτοεξέταση, εμβολιασμό ή άλλες τακτικές ελέγχου. Παράλληλα, μεγαλύτερα και περισσότερο

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

αντιπροσωπευτικά δείγματα θα επέτρεπαν ασφαλέστερες γενικεύσεις και ισχυρότερη στατιστική διερεύνηση. Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα θα ήταν και η αξιοποίηση πολυμεταβλητών μοντέλων ή μεικτών μεθόδων, ώστε να διερευνηθεί βαθύτερα πώς ο προσανατολισμός υγείας αλληλεπιδρά με την εγγραμματοσύνη υγείας, την πρόσβαση στις υπηρεσίες και τα κοινωνικά βιώματα των γυναικών.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η παρούσα εργασία δείχνει ότι η πρόληψη στις γυναίκες δεν μπορεί να ερμηνευθεί μόνο μέσα από τον ατομικό προσανατολισμό υγείας. Η ενημέρωση και η θετική στάση αποτελούν σημαντική βάση, αλλά η πραγματική συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις επηρεάζεται από ηλικιακούς, κοινωνικούς, μορφωτικούς και οργανωτικούς παράγοντες. Η υψηλή συχνότητα του τεστ Παπανικολάου και η ηλικιακά διαφοροποιημένη χρήση της μαστογραφίας δείχνουν ότι η πρόληψη υιοθετείται πιο σταθερά όταν εντάσσεται σε γνώριμες ή συστηματικά προτεινόμενες πρακτικές φροντίδας. Παράλληλα, οι χαμηλές συσχετίσεις του δείκτη πρόληψης με τις περισσότερες διαστάσεις της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας αναδεικνύουν μια γκρίζα περιοχή: η ψυχολογική ετοιμότητα υπέρ της υγείας φαίνεται σημαντική, αλλά δεν επαρκεί από μόνη της για να εξηγήσει τη συμπεριφορά πρόληψης. Επομένως, μελλοντικές παρεμβάσεις χρειάζεται να συνδυάζουν ενημέρωση, ιατρική σύσταση, ευκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες και στοχευμένη υποστήριξη ομάδων με χαμηλότερη συμμετοχή στην πρόληψη.

Βιβλιογραφία

- Abamecha, F., Tena, A., & Kiros, G. (2019). Psychographic predictors of intention to use cervical cancer screening services among women attending maternal and child health services in Southern Ethiopia: The theory of planned behavior perspective. *BMC Public Health*, 19(1), 434.
- Alhamad, H., & Donyai, P. (2021). The validity of the theory of planned behaviour for understanding people's beliefs and intentions toward reusing medicines. *Pharmacy*, 9(1), 58.
- Alyafei, A., & Easton Carr, R. (2024). The health belief model of behavior change. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- An, J., Xiang, Z., Wan, K., Zhu, X., An, J., & Yang, Y. (2025). The effect of health consciousness on older adults' health information sharing intention: The mediating role of self-efficacy and social norms. *Frontiers in Public Health*, 13, 1621866.
- Ausserhofer, D., Barbieri, V., Lombardo, S., Gärtner, T., Eisendle, K., Piccoliori, G., Engl, A., & Wiedermann, C. J. (2025). Segmenting preventive health behavior: Gender disparities and psychosocial predictors in a culturally diverse Italian region. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(8), 148.
- Ausserhofer, D., Wiedermann, C. J., Barbieri, V., Lombardo, S., Gärtner, T., Eisendle, K., Piccoliori, G., & Engl, A. (2025). Preventive health behavior and readiness for self-management in a multilingual adult population: A representative study from Northern Italy. *Nursing Reports*, 15(7), 240.
- Bellg, A. J. (2003). Maintenance of health behavior change in preventive cardiology. Internalization and self-regulation of new behaviors. *Behavior Modification*, 27(1), 103–131.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Blanchard, A. K., & Goodall, P. (2016). Preventive care in women's health. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 43(2), 165–180.

Bowman, M. A., Seehusen, D. A., Britz, J., Tietbohl, C. K., & Ledford, C. J. W. (2025). Women's health care, prevention in practice, and common medical illnesses. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 38(2), 195–198.

Clark, A. M., Long, M. C., & Magnusson, B. M. (2025). Barriers to routine gynecological care in young adult females in the United States. *Women's Health Reports*, 6(1), 586–598.

Coulton, C. J. (1978). Factors related to preventive health behavior: Implications for social work intervention. *Social Work in Health Care*, 3(3), 297–310.

de Heer Koster, M. H., Benedetto, C., Bjegović Mikanović, V., Banaitytė Baleišienė, I., Perdiou, M., Gerdt, E., Kautzky Willer, A., Mazières, J., McGregor, A., Newman, C., Price, S., Roeters van Lennep, J., Stankevičiūtė, S., Sommer, I. E., Stadler, G., Thibaut, F., van 't Land, K., Wermer, M., Wilbur, K., & Scheele, F. (2025). What all physicians should know about women's health: A Delphi study. *BMJ Public Health*, 3(1), e001786.

Deeks, A., Lombard, C., Michelmores, J., & Teede, H. (2009). The effects of gender and age on health-related behaviors. *BMC Public Health*, 9, 213.

DuBenske, L. L., Gustafson, D. H., Namkoong, K., Hawkins, R. P., Atwood, A. K., Brown, R. L., Carmack, C. L., Buss, M. K., & Chih, M. Y. (2009). Psychometric evaluation of the Health Information Orientation Scale. *Cancer Nursing*, 32(6), 447–456.

Elder, J. P., Ayala, G. X., & Harris, S. (1999). Theories and intervention approaches to health behavior change in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*, 17(4), 275–284.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

- Espinosa, A., & Mulenga, L. (2024). Health consciousness: Theory, measurement, and evidence. In P. Liangputtong (Ed.), *Handbook of concepts in health, health behavior and environmental health*. Springer.
- Fang, L., Zhang, Q., Zhou, N., Chen, J., & Lou, H. (2025). Influencing factors and mechanisms promoting proactive health behavior intention: An integration of the health belief model and the theory of planned behavior. *Frontiers in Public Health*, 13, 1629046.
- Fleming, P. J., & Agnew Brune, C. (2015). Current trends in the study of gender norms and health behaviors. *Current Opinion in Psychology*, 5, 72–77.
- Foley, K. A., Shelton, J., Richardson, E., Smart, N., Smart McMillan, C., Mustakem, O. S., Young, A., Davis, D., & Frayne, D. (2019). Primary care women's health screening: A case study of a community engaged human centered design approach to enhancing the screening process. *Maternal and Child Health Journal*, 23(11), 1446–1458.
- Frugé, A. D., Robinson, L. A., Strickland, K. P., Watts, S. O., Tuggle, F. J., Slay, J. L., Sewell, J., Helms, K., & Ellison, K. J. (2024). Race and gender disparities in preventive health activity engagement of older adults in the southeastern United States. *Geriatric Nursing*, 56, 184–190.
- Gjellestad, M., Haraldstad, K., Enehaug, H., & Helmersen, M. (2023). Women's health and working life: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1080.
- Gronowski, A. M., & Schindler, E. I. (2014). Women's health. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation Supplementum*, 74(244), 2–7.
- Hennessy, E. A., Johnson, B. T., Acabchuk, R. L., McCloskey, K., & Stewart James, J. (2020). Self-regulation mechanisms in health behavior change: A systematic meta review of metaanalyses, 2006–2017. *Health Psychology Review*, 14(1), 6–42.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Hiller, J., Schatz, K., & Drexler, H. (2017). Gender influence on health and risk behavior in primary prevention: A systematic review. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 25(4), 339–349.

Hoque, M. Z., Alam, M. N., & Nahid, K. A. (2018). Health consciousness and its effect on perceived knowledge, and belief in the purchase intent of liquid milk: Consumer insights from an emerging market. *Foods*, 7(9), 150.

Hossain, D. (2021). Socioeconomic status and maternal health seeking behavior: A comparative study between a rural site and an urban community in Bangladesh. *International Journal of Women's Studies*, 21(6), 125–137.

Jung, Y. M., & Kim, N. Y. (2022). Factors affecting preventive health behaviors against COVID 19 in nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5496.

Kino, S., & Kawachi, I. (2020). How much do preventive health behaviors explain education and income related inequalities in health? Results of Oaxaca Blinder decomposition analysis. *Annals of Epidemiology*, 43, 44–50.

Kulbok, P. A., & Baldwin, J. H. (1992). From preventive health behavior to health promotion: Advancing a positive construct of health. *ANS. Advances in Nursing Science*, 14(4), 50–64.

Langer, R. D., White, E., Lewis, C. E., Kotchen, J. M., Hendrix, S. L., & Trevisan, M. (2003). The Women's Health Initiative Observational Study: Baseline characteristics of participants and reliability of baseline measures. *Annals of Epidemiology*, 13(9 Suppl), S107–S121.

Lau, R. R., Hartman, K. A., & Ware, J. E., Jr. (1986). Health as a value: Methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5(1), 25–43.

Lee, S. T., Dutta, M. J., Luk, P., Kaur Gill, S., & Lin, J. (2023). Health orientation as a psychographic framework for understanding physical exercise behavior. *Health Communication*, 38(3), 460–467.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39(3), 625–629.
- Liang, W., Shediak Rizkallah, M. C., Celentano, D. D., & Rohde, C. (1999). A population-based study of age and gender differences in patterns of health-related behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 17(1), 8–17.
- Luizaga, C. T. M., Câmara, A. B., Cury, L. C. P. B., Lopez, R. V. M., Contreras, C. A. H., Basu, P., Wünsch Filho, V., & Carvalho, A. L. (2025). Barriers and attitudes toward cervical cancer screening among eligible women. *Cancer Causes & Control*, 36(12), 1763–1774.
- Maeland, J. G., & Aarø, L. E. (1993). Atferdsteori og forebyggende helsearbeid i praksis [Theory of behavior and preventive health care in medical practice]. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 113(1), 51–55.
- Maricic, M., Stojanovic, G., Pazun, V., Stepović, M., Djordjevic, O., Macuzic, I. Z., Milicic, V., Vucic, V., Radevic, S., & Radovanovic, S. (2021). Relationship between socio demographic characteristics, reproductive health behaviors, and health literacy of women in Serbia. *Frontiers in Public Health*, 9, 629051.
- Mekonnen, A., Doust, J., Gete, D., & Mishra, G. D. (2025). Is there a difference in preventive health checks and healthy lifestyle practices based on preconception status? Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Preventive Medicine*, 192, 108227.
- Miller, A. L., Gearhardt, A. N., Fredericks, E. M., Katz, B., Shapiro, L. F., Holden, K., Kaciroti, N., Gonzalez, R., Hunter, C., & Lumeng, J. C. (2018). Targeting self-regulation to promote health behaviors in children. *Behaviour Research and Therapy*, 101, 71–81.
- Mollborn, S., Lawrence, E. M., & Hummer, R. A. (2020). A gender framework for understanding health lifestyles. *Social Science & Medicine*, 265, 113182.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

Mustafa, S., Zhang, W., Shehzad, M. U., Anwar, A., & Rubakula, G. (2022). Does health consciousness matter to adopt new technology? An integrated model of UTAUT2 with SEM fsQCA approach. *Frontiers in Psychology, 13*, 836194.

Nathanson, C. A. (1977). Sex roles as variables in preventive health behavior. *Journal of Community Health, 3*(2), 142–155.

Ntoumanis, N., & Moller, A. C. (2025). Self-determination theory informed research for promoting physical activity: Contributions, debates, and future directions. *Psychology of Sport and Exercise, 80*, 102879.

Ntoumanis, N., Ng, J. Y. Y., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J. E., Thøgersen Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Lonsdale, C., & Williams, G. C. (2021). A metaanalysis of self-determination theory informed intervention studies in the health domain: Effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health Psychology Review, 15*(2), 214–244.

O’Neil, A., Russell, J. D., Thompson, K., Martinson, M. L., & Peters, S. A. E. (2020). The impact of socioeconomic position on women’s health over the lifetime. *Maturitas, 140*, 1–7.

Orlandou, K., Togas, C., & Alexias, G. (2024). Association between optimism and health orientation and differences across gender and exercise status. A cross-sectional study during the COVID 19 pandemic. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society, 29*(2), 438–452.

Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology, 36*, 349–370.

Pan, J., Wu, K. S., Huang, D. M., & Sun, S. W. (2025). Role of health consciousness on purchase intention of health and wellness food: The serial mediating effect of attitude and desire. *Nutrients, 17*(5), 746.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

- Patrick, H., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory: Its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 18.
- Paul, B., Kirubakaran, R., Isaac, R., Dozier, M., Grant, L., Weller, D., & RESPIRE Collaboration. (2023). A systematic review of the theory of planned behaviour interventions for chronic diseases in low health literacy settings. *Journal of Global Health*, 13, 04079.
- Phipps, M. G., Son, S., Zahn, C., O'Reilly, N., Cantor, A., Frost, J., Gregory, K. D., Jones, M., Kendig, S. M., Nelson, H. D., Pappas, M., Qaseem, A., Ramos, D., Salganicoff, A., Taylor, G., Conry, J., & Women's Preventive Services Initiative. (2019). Women's Preventive Services Initiative's well woman chart: A summary of preventive health recommendations for women. *Obstetrics and Gynecology*, 134(3), 465–469.
- Prasetya, H., Darmayanti, A. T., & Setyorini, Y. (2024). Theory of planned behavior in creating disease prevention behavior. *International Journal of Public Health Science*, 13(1), 109–115.
- Pu, B., Zhang, L., Tang, Z., & Qiu, Y. (2020). The relationship between health consciousness and home-based exercise in China during the COVID 19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5693.
- Rahelić, V., Perković, T., Romić, L., Perković, P., Klobučar, S., Pavić, E., & Rahelić, D. (2024). The role of behavioral factors on chronic diseases practice and knowledge gaps. *Healthcare*, 12(24), 2520.
- Rata Mohan, D. S., Jawahir, S., Manual, A., Abdul Mutalib, N. E., Mohd Noh, S. N., Ab Rahim, I., Ab Hamid, J., & Amer Nordin, A. (2025). Gender differences in health seeking behaviour: Insights from the National Health and Morbidity Survey 2019. *BMC Health Services Research*, 25(1), 900.
- Reddy, H., Joshi, A., Joshi, S. H., Gupta, V., & Mehendale, A. M. (2024). Understanding preventive health behavior: A mixed methods study to explore

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

factors influencing the practice of breast self-examination among Indian medical students. *Cureus*, 16(6), e62151.

Ritchie, D., Van den Broucke, S., & Van Hal, G. (2021). The health belief model and theory of planned behavior applied to mammography screening: A systematic review and metaanalysis. *Public Health Nursing*, 38(3), 482–492.

Rubin, H. R. (2000). Overcoming barriers to preventive care. *Journal of General Internal Medicine*, 15(6), 434–436.

Saintila, J., Florián Castro, R. O., Macedo Barrera, E. M., Pérez Facundo, R. P., & Calizaya Milla, Y. E. (2025). Health consciousness, sensory appeal, and perception of front of package food labels as predictors of purchase intention for unhealthy foods in Peruvian university students. *Nutrients*, 17(11), 1921.

Sánchez Arenas, R., Doubova, S. V., González Pérez, M. A., & Pérez Cuevas, R. (2021). Factors associated with COVID 19 preventive health behaviors among the general public in Mexico City and the State of Mexico. *PLOS ONE*, 16(7), e0254435.

Saridi, M., Dimitriadou, I., Toska, A., Fradelos, E. C., Togas, K., Papadopoulos, C., & Souliotis, K. (2025). Health orientation and health literacy of individuals coming in the outpatient clinic and in the emergency department of a provincial hospital in Greece. In P. Vlamos (Ed.), *GeNeDIS 2024* (pp. 1–7). Springer.

Satveit, S. (2017). Addressing the unique healthcare needs of women: Opportunity for change exists at the intersection of precision health and learning health systems. *Learning Health Systems*, 2(2), e10033.

Sediva, H., Cartwright, T., Robertson, C., & Deb, S. K. (2022). Behavior change techniques in digital health interventions for midlife women: Systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 10(11), e37234.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

- Shi, Z., Du, X., Wang, D., Paek, S. C., Kitcharoen, P., Li, J., & Marohabutr, T. (2025). Social capital and health consciousness based on regional differences in China: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 13, 1598121.
- Short, S. E., & Mollborn, S. (2015). Social determinants and health behaviors: Conceptual frames and empirical advances. *Current Opinion in Psychology*, 5, 78–84.
- Short, S. E., & Zacher, M. (2022). Women's health: Population patterns and social determinants. *Annual Review of Sociology*, 48, 277–298.
- Shpendi, S., Norman, P., Gibson Miller, J., & Webster, R. (2025). Identifying the key barriers, facilitators and factors associated with cervical cancer screening attendance in young women: A systematic review. *Women's Health*, 21, 17455057251324309.
- Shpendi, S., Norman, P., Gibson Miller, J., & Webster, R. (2025). Identifying the key barriers, facilitators and factors associated with cervical cancer screening attendance in young women: A systematic review. *Women's Health*, 21, 17455057251324309.
- Simou, E., Foundoulakis, E., Kourlaba, G., & Maniadakis, N. (2011). Factors associated with the use of preventive services by women in Greece. *European Journal of Public Health*, 21(4), 512–519.
- Snell, W. E., Johnson, G., Lloyd, P. J., & Hoover, M. W. (1991). The Health Orientation Scale: A measure of psychological tendencies associated with health. *European Journal of Personality*, 5(2), 169–183.
- Soto Mas, F., Lacoste Marín, J. A., Papenfuss, R. L., & Gutiérrez León, A. (1997). The health belief model. A theoretical approach to the prevention of AIDS. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335–341.
- Steger, M. F., Fitch Martin, A. R., Donnelly, J., & Rickard, K. M. (2014). Meaning in life and health: Proactive health orientation links meaning in life to health

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

variables among American undergraduates. *Journal of Happiness Studies*, 16(3), 583–597.

Stolp, H., & Fox, J. (2015). Increasing receipt of women's preventive services. *Journal of Women's Health*, 24(11), 875–881.

Szymkowiak, A., Antoniuk, M. A., & Borusiak, B. (2021). The role of health orientation in determining purchase intention and behaviour. *British Food Journal*, 124(13), 559–577.

Togas, C., & Parlalis, S. (2021). Translation and psychometric evaluation of the Health Orientation Scale in a Greek speaking sample (Greece Cyprus). *Health Psychology Research*, 9(1), 24766.

Walters, V. (2004). The social context of women's health. *BMC Women's Health*, 4(Suppl 1), S2.

Whitehead, M., Pennington, A., Orton, L., Nayak, S., Petticrew, M., Sowden, A., & White, M. (2016). How could differences in control over destiny lead to socio economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. *Health & Place*, 39, 51–61.

Witt, W. P., Kahn, R., Fortuna, L., Winickoff, J., Kuhlthau, K., Pirraglia, P. A., & Ferris, T. (2009). Psychological distress as a barrier to preventive healthcare among U.S. women. *The Journal of Primary Prevention*, 30(5), 531–547.

Yang, J., et al. (2025). Women's health and female fertility: Current evidence and knowledge gaps in the Asia Pacific region. *The Lancet Regional Health Western Pacific*, 65, 101710.

Yarifard, K., Abdi, Z., & Jaafari-pooyan, E. (2025). Factors affecting the utilization of preventive health services by middle aged population: A scoping review. *Iranian Journal of Public Health*, 54(3), 554–566.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

You, M. A., & Ahn, J. A. (2025). Health information orientation and health literacy as determinants of health promotion behaviors in adolescents: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1522838.

Zeng, Y., Kang, X., Yang, Y., et al. (2025). Barriers and facilitators of preventive healthcare access among immigrants in rural America: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 24, 241.

Zhang, C. Q., Zhang, R., Schwarzer, R., & Hagger, M. S. (2019). A metaanalysis of the health action process approach. *Health Psychology*, 38(7), 623–637.

Παράρτημα

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ (Ε.Α.Π.)

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: Διοίκηση Μονάδων Υγείας (Δ.Μ.Υ.)

Φοιτήτρια: Παναγιώτα Κανελλοπούλου

Επιβλέπων Καθηγητής: Τόγκας Κωνσταντίνος

Αγαπητή συμμετέχουσα,

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιείται στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής εργασίας του Προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Στόχος της είναι να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ ορισμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της συχνότητας με την οποία οι γυναίκες πραγματοποιούν προληπτικούς ελέγχους υγείας, όπως μαστογραφία και τεστ Παπανικολάου. Αφορά γυναίκες ηλικίας από 30 έως 60 ετών.

Η συμμετοχή σας είναι ανώνυμη και εθελοντική, και τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Παρακαλώ διαβάστε κάθε ερώτηση προσεκτικά και επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

ΟΔΗΓΙΕΣ: Η λίστα των ερωτήσεων αναφέρεται στην ανθρώπινη υγεία. Παρακαλώ διαβάστε κάθε ερώτηση προσεκτικά και αποφασίστε σε ποιο βαθμό είναι δικό σας χαρακτηριστικό. Δώστε σε κάθε ερώτηση μια βαθμολογία του κατά πόσο σας εκφράζει. Θυμηθείτε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις, ακόμη κι αν δεν είστε απόλυτα σίγουροι. Οι απαντήσεις θα κρατηθούν με απόλυτη εχεμύθεια. Επίσης, παρακαλώ να είστε ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

ΜΕΡΟΣ Α: Δημογραφικά στοιχεία

1. Ηλικία: _____

2. Επίπεδο εκπαίδευσης: ☐ Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐ ΤΕΙ/ΑΕΙ

☐ Μεταπτυχιακό ☐ Διδακτορικό

3. Οικογενειακή κατάσταση: ☐ Άγαμη ☐ Έγγαμη ☐ Διαζευγμένη ☐
Χήρα

4. Επάγγελμα: _____

5. Τόπος κατοικίας: ☐ Αστική ☐ Ημιαστική ☐ Αγροτική

6. Έχετε παιδιά; ☐ Ναι ☐ Όχι

7. Αριθμός παιδιών: _____

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

ΜΕΡΟΣ Β: Προληπτικές εξετάσεις

8. Έχετε ακούσει για το πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού «Φώφη Γεννηματά»; ☐ Ναι ☐ Όχι

9. Έχετε συμμετάσχει στο πρόγραμμα; ☐ Ναι ☐ Όχι

10. Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία; ☐ Κάθε χρόνο ☐ Κάθε 2 χρόνια
☐ Σπάνια ☐ Ποτέ

11. Κάθε πότε κάνετε Τεστ Παπανικολάου; ☐ Κάθε χρόνο ☐ Κάθε 2 χρόνια
☐ Σπάνια ☐ Ποτέ

12. Ποιοι είναι οι λόγοι που κάνετε/δεν κάνετε προληπτικές εξετάσεις;

- | | |
|--|--|
| ☐ Φόβος για το αποτέλεσμα | ☐ Έλλειψη χρόνου |
| ☐ Οικονομικοί λόγοι | ☐ Δεν θεωρώ ότι το χρειάζομαι |
| ☐ Προτροπή από ιατρό | ☐ Ενημέρωση από τα ΜΜΕ /καμπάνιες |
| ☐ Άλλο (αναφέρετε συνοπτικά): _____ | |

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

ΜΕΡΟΣ Γ: Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας (Health Orientation Scale – HOS)

Οδηγίες: Παρακαλώ επιλέξτε πόσο σας χαρακτηρίζει καθεμία από τις παρακάτω δηλώσεις:

1 = Δε με χαρακτηρίζει καθόλου, 2 = Με χαρακτηρίζει ελαφρώς, 3 = Με χαρακτηρίζει κάπως, 4 = Με χαρακτηρίζει μέτρια, 5 = Με χαρακτηρίζει πολύ

<i>1=Δε με χαρακτηρίζει καθόλου, 2=Με χαρακτηρίζει ελαφρώς, 3=Με χαρακτηρίζει κάπως 4=Με χαρακτηρίζει μέτρια, 5=Με χαρακτηρίζει πολύ</i>		
1	Γνωρίζω πολύ καλά πόσο υγιές αισθάνεται το σώμα μου.	1 2 3 4 5
2	Μερικές φορές αναρωτιέμαι τι πιστεύουν οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία.	1 2 3 4 5
3	Αισθάνομαι άγχος όταν σκέφτομαι την υγεία μου.	1 2 3 4 5
4	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση για την κατάσταση της υγείας μου.	1 2 3 4 5
5	Κάνω πράγματα που με αποτρέπουν από το να ασθενήσω σωματικά.	1 2 3 4 5
6	Έχω ισχυρό κίνητρο να είμαι σωματικά υγιής.	1 2 3 4 5
7	Αισθάνομαι ότι η σωματική μου υγεία είναι κάτι για το οποίο είμαι εγώ	1 2 3 4 5
8	Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας καθορίζεται κυρίως από τυχαία	1 2 3 4 5
9	Αναμένω ότι η υγεία μου θα είναι εξαιρετική στο μέλλον.	1 2 3 4 5
10	Είμαι σε καλή φυσική κατάσταση.	1 2 3 4 5
11	Το καταλαβαίνω αμέσως όταν το σώμα μου δεν αισθάνεται υγιές.	1 2 3 4 5
12	Ανησυχώ πολύ για το πώς αξιολογούν οι άλλοι τη σωματική μου υγεία.	1 2 3 4 5
13	Ανησυχώ για το πόσο υγιές είναι το σώμα μου.	1 2 3 4 5
14	Σπάνια αποθαρρύνομαι για την υγεία μου.	1 2 3 4 5
15	Είμαι κινητοποιημένος στο να αποφύγω τη σωματική ασθένεια.	1 2 3 4 5
16	Είμαι ισχυρά κινητοποιημένος στο να αφιερώνω χρόνο και προσπάθεια για τη	1 2 3 4 5
17	Η υγεία μου είναι κάτι για το οποίο μόνο εγώ είμαι υπεύθυνος.	1 2 3 4 5
18	Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας ελέγχεται από τυχαία περιστατικά.	1 2 3 4 5

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

19	Πιστεύω ότι η μελλοντική κατάσταση της σωματικής μου υγείας θα είναι	1	2	3	4	5
20	Το σώμα μου είναι σε καλή φυσική κατάσταση.	1	2	3	4	5
21	Είμαι ευαίσθητος/η σε εσωτερικές σωματικές ενδείξεις για την υγεία μου.	1	2	3	4	5
22	Γνωρίζω πολύ καλά τι πιστεύουν οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία.	1	2	3	4	5
23	Όταν σκέφτομαι για την υγεία μου μένω με ένα συναίσθημα ανησυχίας.	1	2	3	4	5
<i>1=Δε με χαρακτηρίζει καθόλου, 2=Με χαρακτηρίζει ελαφρώς, 3=Με χαρακτηρίζει κάπως</i> <i>4=Με χαρακτηρίζει μέτρια, 5=Με χαρακτηρίζει πολύ</i>						
24	Είμαι ευχαριστημένος/η με το πόσο καλά και υγιής αισθάνομαι.	1	2	3	4	5
25	Προσπαθώ να αποφεύγω συμπεριφορές που υπονομεύουν τη σωματική μου	1	2	3	4	5
26	Έχω μια έντονη επιθυμία να διατηρήσω τον εαυτό μου σωματικά υγιή.	1	2	3	4	5
27	Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από	1	2	3	4	5
28	Το να έχεις καλή σωματική υγεία είναι απλώς θέμα τύχης.	1	2	3	4	5
29	Δεν αναμένω να έχω προβλήματα υγείας στο μέλλον.	1	2	3	4	5
30	Είμαι ένα καλά γυμνασμένο άτομο.	1	2	3	4	5
31	Το καταλαβαίνω αμέσως όταν δεν έχω πολύ καλή υγεία.	1	2	3	4	5
32	Ανησυχώ για το πώς φαίνεται η σωματική μου υγεία στους άλλους.	1	2	3	4	5
33	Συνήθως ανησυχώ για το αν έχω καλή υγεία.	1	2	3	4	5
34	Έχω θετικά συναισθήματα για την υγεία μου.	1	2	3	4	5
35	Θέλω πραγματικά να αποτρέψω τον εαυτό μου από το να ξεφύγει από τη φυσική του κατάσταση.	1	2	3	4	5
36	Είναι πραγματικά σημαντικό για μένα ότι διατηρούμαι σε καλή σωματική υγεία.	1	2	3	4	5
37	Ό,τι συμβαίνει στη σωματική μου υγεία εξαρτάται από τις δικές μου ενέργειες.	1	2	3	4	5
38	Το να είσαι σε άριστη φυσική κατάσταση είναι λίγο ή καθόλου θέμα τύχης.	1	2	3	4	5
39	Κατά πάσα πιθανότητα θα αντιμετωπίσω ορισμένα προβλήματα υγείας στο	1	2	3	4	5
40	Το σώμα μου χρειάζεται πολλή δουλειά ώστε να είναι σε άριστη φυσική κατάσταση.	1	2	3	4	5

Η επίδραση του προσανατολισμού υγείας στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας των γυναικών

41	Γνωρίζω πολύ καλά τις αλλαγές στη σωματική μου υγεία.	1	2	3	4	5
42	Ανησυχώ για το τι σκέφτονται οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία.	1	2	3	4	5
43	Αισθάνομαι νευρική όταν σκέφτομαι την κατάσταση της σωματικής μου υγείας.	1	2	3	4	5
44	Αισθάνομαι ότι έχω χειριστεί πολύ καλά την υγεία μου.	1	2	3	4	5
45	Έχω ισχυρό κίνητρο για να αποφύγω να είμαι σε κακή φυσική κατάσταση.	1	2	3	4	5
46	Πασχίζω να κρατήσω τον εαυτό μου σε άριστη φυσική κατάσταση.	1	2	3	4	5
47	Το να έχω καλή σωματική υγεία είναι θέμα δικής μου ικανότητας και προσπάθειας.	1	2	3	4	5
48	Δεν πιστεύω ότι οι συμπτώσεις ή η τύχη παίζουν κάποιο ρόλο στην κατάσταση της σωματικής μου υγείας.	1	2	3	4	5
49	Αναμένω ότι η σωματική μου υγεία θα χειροτερεύσει στο μέλλον.	1	2	3	4	5
50	Η σωματική μου υγεία χρειάζεται προσοχή.	1	2	3	4	5

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ – ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Σας ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο και τη συμβολή σας στην έρευνα. Με τη συμπλήρωση και υποβολή του ερωτηματολογίου, δηλώνετε ότι συμμετέχετε εθελοντικά και ανώνυμα, έχοντας ενημερωθεί για τον σκοπό της έρευνας.