

Παράγοντες που Επηρεάζουν την Αναζήτηση Υπηρεσιών Υγείας: Μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Μαρία Τζαφάλια¹, Αριστείδης Ρούτσος²

1. Οδοντίατρος, MSc(c)

2. Νοσηλεύτης T.E. MSc(c), Κ. Υγείας Κάτω Νευροκοπίου, Δράμα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η καθυστέρηση λήψης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας από τους ασθενείς που εμφανίζουν συγκεκριμένα κλινικά συμπτώματα, επηρεάζεται από πλήθος δημογραφικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, γνωστικών και θρησκευτικών παραγόντων, όπως είναι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η προηγούμενη εμπειρία του ατόμου, η ψυχική του διάθεση, οι αντιλήψεις του για τα νοσήματα, η στάση και οι φόβοι του απέναντι στην ασθένεια, το κοινωνικό του δίκτυο και οι θρησκευτικές του πεποιθήσεις. Ιδιαίτερο ρόλο στη λήψη της απόφασης για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, φαίνεται να διαδραματίζει το επίπεδο των γνώσεων του ατόμου, με τους επαγγελματίες υγείας να συνιστούν μία ειδική κατηγορία που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να παρουσιάσει τους παράγοντες που επιδρούν στην απόφαση του ατόμου, για την αναζήτηση ή την καθυστέρηση αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, με απώτερο στόχο να διατυπωθούν προτάσεις, ώστε να περιοριστεί ο χρόνος της καθυστέρησης αυτής.

Λέξεις κλειδιά: Ιατρονοσηλευτική φροντίδα, γνωστικό επίπεδο, φύλο, πεποιθήσεις υγείας, επαγγελματίες υγείας.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Οι παράγοντες αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας είναι δημογραφικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και θρησκευτικοί.
- Το επίπεδο των γνώσεων σχετίζεται θετικά με την αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.
- Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μία κατηγορία ασθενών που χρήζει προσοχής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε χρονική στιγμή, ενώ το 75%-90% των ανθρώπων βιώνουν διάφορα συμπτώματα αναφορικά με την υγεία τους, τα οποία θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως κλινικώς σημαντικά, ωστόσο, μόλις το 20%-30% αυτών των ατόμων αποφασίζει να αναζητήσει τη συμβουλή ενός ειδικού επαγγελματία υγείας (Kellner 1986). Οι ασθενείς έχουν την τάση να παραβλέπουν ή να παρερμηνεύουν τα συμπτώματά τους, αλλά ακόμη και όταν τα αναγνωρίζουν ως σημαντικά, συχνά χρονοτριβούν άσκοπα. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Devon et al (2011), βρέθηκε ότι ο μέσος χρόνος καθυστέρησης μεταξύ της εμφάνισης συμπτωμάτων εμφράγματος του μυοκαρδίου και αναζήτησης βοήθειας, κυμαίνεται από 1,5 έως 6 ώρες, ενώ στην περίπτωση του εγκεφαλικού επεισοδίου μπορεί να φτάσει τις 16 ώρες. Το αποτέλεσμα αυτής της καθυστέρησης είναι να επιβαρύνεται η πρόγνωση για την έκβαση της υγείας του ασθενούς (Kleindorfer et al 2007).

Επιπλέον, παρατηρείται το παράδοξο φαινόμενο, οι άνδρες να εμφανίζουν κατώτερα επίπεδα υγείας, σε σχέση με τις γυναίκες, αν και διαθέτουν μεγαλύτερη κοινωνικοοικονομική δύναμη (Springer & Mouzon 2011). Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο μέσος όρος ζωής των γυναικών είναι 83,1 έτη, ενώ των ανδρών 77,5 έτη (Eurostat 2014). Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι άνδρες κάνουν σημαντικά λιγότερες ιατρικές επισκέψεις από τις γυναίκες (Courtenay 2000), αν και η διαφορά εξαλείφεται όταν το πρόβλημα υγείας κρίνεται ως σοβαρό (Mor et al 1990). Οι ερευνητές αποδίδουν εν μέρει τις διαφορές αυτές στα κοινωνικά χαρακτηριστικά των δύο φύλων και στο ρόλο που τους αποδίδεται, στο εκάστοτε χρονικό και πολιτισμικό πλαίσιο (Courtenay 2000, Springer & Mouzon 2011).

Επίσης, σημαντικές επιδράσεις δέχεται το άτομο αναφορικά με την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, από τα κοινωνικά δίκτυα που το πλαισιώνουν. Τα δίκτυα αυτά αποτελούνται από τα μέλη της οικογένειάς του, τους φίλους, τους συναδέλφους στο χώρο εργασίας κ.τ.λ. Αυτοί είναι δυνατό να αποτελέσουν από τη μια πλευρά

πηγή υλικής, πληροφοριακής και συναισθηματικής υποστήριξης, ενώ από την άλλη, συνιστούν πηγή άγχους και ανησυχίας (Umberson et al 2010). Έτσι, επηρεάζουν σημαντικά τις στάσεις και τις συμπεριφορές του ατόμου στα ζητήματα υγείας (Resnick et al 1997) και ο ρόλος τους κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντικός στην απόφαση για την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας (Smith et al 2005).

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, είναι να περιγραφούν τα στάδια της καθυστέρησης στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, να εξεταστούν οι παράγοντες που παρακινούν ένα άτομο να αναζητήσει βοήθεια για τα συμπτώματα που εμφανίζει και να αναλυθεί ο ρόλος του επιπέδου των γνώσεων των ασθενών σχετικά με τα διάφορα νοσήματα.

ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ο εντοπισμός συμπτωμάτων ή σωματικών αλλαγών, δεν οδηγεί απαραίτητα σε αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, αλλά προηγείται η προσπάθεια εκλογίκευσης και ερμηνείας τους. Αυτή η διαδικασία περιγράφεται από τους Leventhal et al (1980), στο μοντέλο της “κοινής λογικής αναπαράστασης της ασθένειας”. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, αρχικά επιχειρείται από τον ασθενή η αναγνώριση του προβλήματος και ακολουθεί ο προσδιορισμός της αιτίας του. Στα επόμενα στάδια, υπολογίζεται η πιθανή διάρκεια της ασθένειας, έπεται η εκτίμηση των συνεπειών της (σωματικές, κοινωνικές, ψυχολογικές) και τέλος εκτιμάται η δυνατότητα θεραπείας.

Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη στιγμή της εμφάνισης των συμπτωμάτων μέχρι τη λήψη ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, ορίζεται ως «συνολική καθυστέρηση» και διακρίνεται στην καθυστέρηση που οφείλεται στον ασθενή και σε εκείνη που οφείλεται στους παρόχους ιατρικής φροντίδας (Facione 1993). Η καθυστέρηση οφειλόμενη στον ασθενή αναφέρεται στο χρόνο που μεσολαβεί από την πρώτη αναγνώριση των συμπτωμάτων από τον ασθενή, μέχρι την αρχική του επίσκεψη στο γιατρό, ενώ η καθυστέρηση οφειλόμενη στον πάροχο αποτελεί το χρόνο που μεσολαβεί ανάμεσα στην αρχική επίσκεψη και την τελική θεραπεία. Για την περιγραφή της καθυστέρησης, προτείνονται στη βιβλιογραφία δύο βασικά μοντέλα: α) των τριών σταδίων (Safer et al 1979) και β) των πέντε σταδίων (Andersen et al (1995).

Το μοντέλο των τριών σταδίων

Το μοντέλο των τριών σταδίων προτάθηκε για πρώτη φορά από τους Safer et al (1979), σε μελέτη που πραγματοποίησαν, προκειμένου να εντοπίσουν τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των ασθενών να προσέλθουν σε κλινική για να αναζητήσουν ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η συνολική καθυστέρηση μπορεί να διαιρεθεί σε τρία στάδια:

- Το πρώτο στάδιο ορίζεται ως «χρόνος αξιολόγησης»

και αναφέρεται στο διάστημα που μεσολαβεί από την αρχική εμφάνιση των συμπτωμάτων, μέχρι τη στιγμή που ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι αποτελούν ένδειξη προβλήματος υγείας. Ο κυριότερος προσδιοριστικός παράγοντας στο στάδιο αξιολόγησης, είναι η φύση του συμπτώματος, όπως η παρουσία πόνου κι ο εντοπισμός του, ο υψηλός πυρετός και η ύπαρξη αιμορραγίας.

- Το δεύτερο στάδιο ονομάζεται «καθυστέρηση στην αντιμετώπιση της ασθένειας» και ορίζεται ως ο χρόνος που μεσολαβεί από τη στιγμή που ένα άτομο αντιλαμβάνεται ότι νοσεί, μέχρι να λάβει την απόφαση να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Η καθυστέρηση σε αυτό το στάδιο, σχετίζεται με την αντίληψη που έχει ένα άτομο για τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του, εάν αυτά είναι παλιά ή νέα, την πιθανή υποτίμηση αυτών, τα αναμενόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα, τον αρνητισμό απέναντι στη θεραπεία. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η εφαρμογή πρακτικών θεραπειών επιτείνει το φαινόμενο της καθυστέρησης.
- Η «καθυστέρηση στη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών» αποτελεί το τρίτο στάδιο. Αφορά στο χρόνο που μεσολαβεί ανάμεσα στην απόφαση για λήψη ιατρικής φροντίδας και στην υλοποίησή της. Φραγμοί σχετιζόμενοι με το οικονομικό κόστος της θεραπείας ή γεωγραφικά εμπόδια, αποτελούν σχετικούς παράγοντες καθυστέρησης. Επιπρόσθετο παράγοντα, συνιστά η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων του ατόμου και ιδιαίτερα τα γεγονότα που αποσπούν την προσοχή του.

Το μοντέλο των πέντε σταδίων

Οι Andersen et al (1995), επέκτειναν το μοντέλο των Safer et al (1979), προτείνοντας ένα εμπλουτισμένο μοντέλο πέντε σταδίων για την περιγραφή της ολικής καθυστέρησης στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Αντικατέστησαν το τρίτο στάδιο της καθυστέρησης χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών με: α) το στάδιο της καθυστέρησης “ανταπόκρισης”, για να περιγράψουν το διάστημα που μεσολαβεί από την απόφαση του ατόμου ότι νοσεί, μέχρι την απόφαση του να δράσει, β) το στάδιο της καθυστέρησης που αφορά στο διάστημα από τη λήψη της απόφασης του ατόμου να δράσει ως τον προγραμματισμό της πρώτης επίσκεψης σε επαγγελματία υγείας και γ) το στάδιο της καθυστέρησης της «θεραπείας», που αφορά στο διάστημα από την πρώτη επίσκεψη σε επαγγελματία υγείας, ως την έναρξη της θεραπείας.

Επίσης, οι ερευνητές επεσήμαναν ότι η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο δεν είναι μονόδρομη, αλλά συνιστά μια παλίνδρομη διεργασία, επηρεαζόμενη από διάφορα γεγονότα που προκύπτουν κατά την πορεία της νόσου ή από παράγοντες όπως η ψυχοσύνθεση του ατόμου και οι οικογενειακές συνθήκες. Για παράδειγμα, ένας πόνος που υποχωρεί, μπορεί να οδηγήσει στην αναθεώρηση της απόφασης του ατόμου να αναζητήσει βοήθεια.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στη διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρεται ένα πλήθος παραγόντων που παρακινούν τα άτομα για την αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Σε αυτούς, συγκαταλέγονται δημογραφικοί (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία), ψυχολογικοί (οι στάσεις του ατόμου απέναντι στην ασθένεια, οι προηγούμενες εμπειρίες του, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του και η ψυχική του διάθεση), κοινωνικοί (κοινωνικά δίκτυα-δίκτυο μη ειδημόνων) και θρησκευτικοί παράγοντες. Ας τονιστεί επίσης ότι, οι παράγοντες αυτοί δεν επιδρούν μεμονωμένα, αλλά ο συνδυασμός τους είναι αυτός που τελικά καθορίζει την έγκαιρη ή μη, απόφαση των ατόμων για την αναζήτηση βοήθειας. Αναλυτικότερα:

Δημογραφικοί παράγοντες

Το φύλο αποτελεί έναν από τους κυριότερους δημογραφικούς παράγοντες, η επίδραση του οποίου έχει μελετηθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία. Αρχικά, αξίζει να γίνει αναφορά στον τρόπο με τον οποίο δομούνται τα στερεότυπα σχετικά με το ρόλο και τα χαρακτηριστικά των δύο φύλων. Σε κάθε κοινωνία, οι άνθρωποι ενθαρρύνονται να συμμορφώνονται και να υιοθετούν στερεότυπες αντιλήψεις και συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνονται ανάλογα με τις κοινωνικές νόρμες που επικρατούν σχετικά με τον ανδρισμό και τη θηλυκότητα (Bohan 1993). Οι άντρες, ήδη από νεαρή ηλικία, δέχονται μεγαλύτερη κοινωνική πίεση συγκριτικά με τις γυναίκες, να υιοθετήσουν τις κοινωνικές αυτές επιταγές (Martin 1995). Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές των ανδρών είναι πιο στερεότυπες από αυτές των γυναικών (Rice & Coates 1995). Έτσι, οι άντρες αναμένεται να είναι ανεξάρτητοι, αυτάρχεις, δυνατοί και σκληροί, δεν πρέπει να επιδεικνύουν αδυναμία και οφείλουν να διατηρούν σωματικό και ψυχικό έλεγχο, προκειμένου να αποδεικνύουν τον ανδρισμό τους (Martin 1995). Εξάλλου, κυριαρχεί η αντίληψη ότι το ανδρικό σώμα είναι ανώτερο και λιγότερο ευάλωτο από το γυναικείο (Courtenay 2000).

Ωστόσο, η υιοθέτηση του παραπάνω στερεοτύπου του ανδρισμού έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και τη μακροβιότητα των ανδρών, καθώς επηρεάζει αρνητικά την απόφασή τους να αναζητήσουν ιατρονοσηλευτική βοήθεια (Smith et al 2005). Η φροντίδα για την υγεία θεωρείται γυναικεία έγνοια, ενώ η αναζήτηση βοήθειας συνιστά αδυναμία και έρχεται σε αντίθεση με το ανδρικό πρότυπο σύμφωνα με το οποίο το ανδρικό σώμα είναι άτρωτο (White 2000). Ακόμη, πολλοί άνδρες αποφεύγουν την επίσκεψη στο γιατρό, γιατί δε θέλουν να βρεθούν σε μία υποδεέστερη θέση σε σχέση με τον επαγγελματία υγείας (Courtenay 2000). Επίσης, αρκετοί εργάζονται πολλές ώρες, προκειμένου να

εξασφαλίσουν ένα ανώτερο κοινωνικοοικονομικό στάτους, που επιβεβαιώνει τον ανδρισμό τους, με αποτέλεσμα να παραβλέπουν τις ενδείξεις ότι απειλείται η υγεία τους (Saltonstall 1993). Σύμφωνα, όμως, με έρευνα των Smith et al (2008) η καθυστερημένη αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας από τους άνδρες δε σημαίνει ότι οι τελευταίοι αδιαφορούν για την υγεία τους. Απλά οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο που παρακολουθούν και αξιολογούν τις μεταβολές στο σώμα τους.

Σε αντίθεση με τους άντρες, οι γυναίκες θεωρούνται περισσότερο ευάλωτες και λιγότερο ανταγωνιστικές, ενώ ενθαρρύνονται να αναζητούν ιατρική βοήθεια για τα προβλήματα υγείας τους (Corney 1990). Οι γυναίκες εντοπίζουν πιο γρήγορα αλλαγές στο σώμα τους (π.χ. οσμές, πυρετός) και είναι περισσότερο ευαίσθητες σε συμπτώματα που συνοδεύονται από πόνο (Burns et al 2010). Άλλωστε, το ενδιαφέρον για την υγεία θεωρείται συστατικό στοιχείο της θηλυκότητας. Ωστόσο, στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Galdas et al (2005) δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και θεωρήθηκε ότι άλλοι κοινωνικοοικονομικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι πιο σημαντικοί σε σχέση με το φύλο. Επομένως, σημαντικές καθυστερήσεις στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζονται και στην περίπτωση των γυναικών. Σύμφωνα με τους Schroetter and Peck (2008), η γυναικεία παθητικότητα συντελεί στην αυξημένη καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας σε περιπτώσεις καρδιοπάθειας, σε σχέση με τους άνδρες. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και άλλες έρευνες (Dempsey et al 1995, Lefler & Bondy 2004, Kreatsoulas 2014). Οι ερευνητές, απέδωσαν την καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας στην εσφαλμένη αντίληψη των γυναικών ότι η στεφανιαία νόσος αφορά κυρίως στους άνδρες, στην προσπάθεια τους να διατηρήσουν τον έλεγχο της κατάστασης με την παραγνώριση των συμπτωμάτων, στην τάση για αυτοφροντίδα, στην επιθυμία τους να μην ενοχλήσουν τα οικεία τους πρόσωπα και στην απόδοση των συμπτωμάτων σε λιγότερο απειλητικές καταστάσεις. Επίσης, λόγω των αυξημένων οικογενειακών και εργασιακών τους υποχρεώσεων, συχνά οι γυναίκες έχουν την τάση να θέτουν σε δεύτερη μοίρα τις δικές τους ανάγκες και να αναβάλλουν τη λήψη ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Arslanian-Engoren 2007).

Η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου αποτελεί έναν πρόσθετο δημογραφικό παράγοντα που επηρεάζει την αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Συχνά τα μέλη της οικογένειας είναι αυτά που αναγνωρίζουν τα συμπτώματα και παροτρύνουν το άτομο να επισκεφτεί έναν ειδικό ή ακόμα ο/η σύζυγος αναλαμβάνει να φέρει σε επαφή τον/την ασθενή με το γιατρό (Gascoigne et al 1999, Burgess et al 2001). Ωστόσο, τα μέλη της οικογένειας είναι δυνατό να καθυστερήσουν την απόφαση του ατόμου για αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Έχει βρεθεί ότι η παρουσία ενός άλλου προσώπου κατά την

εμφάνιση συμπτωμάτων ενδεικτικών οξέων καρδιακών νοσημάτων, ελαττώνει το χρόνο αναζήτησης βοήθειας σε σχέση με την περίπτωση που το άτομο είναι μόνο του στο σπίτι (Moser et al 2006). Το παραπάνω, όμως, δεν ισχύει στην περίπτωση που το άλλο παρευρισκόμενο άτομο είναι μέλος της οικογένειας, γιατί τα μέλη της οικογένειας έχουν την τάση να αποδίδουν τα συμπτώματα σε μη καρδιακά αίτια, καθυστερώντας την απόφαση για λήψη ιατρικής συμβουλής (Moser et al 2006, Rosenfeld et al 2005).

Επίσης, η κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου μπορεί να επηρεάσει την απόφαση του να αναζητήσει ή όχι ιατρονοσηλευτική βοήθεια. Αν και τα ευρήματα σχετικά με την επίδραση του συγκεκριμένου παράγοντα είναι μάλλον αντικρουόμενα (Smith et al 2005), ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ενδεχόμενη οικονομική επιβάρυνση αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Moser et al 2006). Το παραπάνω επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Niederdeppe & Levy (2007), οι οποίοι διαπίστωσαν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ της μοιρολατρικής-παθητικής στάσης απέναντι στην ασθένεια και της αδυναμίας ανταπόκρισης στο κόστος θεραπείας.

Επιπρόσθετα, οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς τείνουν να καθυστερούν περισσότερο την απόφαση για λήψη ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Οι Moser et al (2005) διαπίστωσαν ότι οι νεότερες γυναίκες απευθύνονταν γρηγορότερα σε ειδικό, όταν εμφάνιζαν θωρακικό άλγος σε σχέση με τις πιο ηλικιωμένες. Σύμφωνα με τους Grunfeld et al (2003), το παραπάνω εξηγείται από το γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς είναι λιγότερο ενημερωμένοι σχετικά με τη φύση των ασθενειών με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι η επιστήμη δεν μπορεί να τους βοηθήσει ή ακόμα ότι οι προτεινόμενες θεραπείες είναι επώδυνες και αναποτελεσματικές. Εξάλλου, οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με την παρουσία συμπτωμάτων έτσι, ώστε να μη θορυβούνται από την εμφάνισή τους και να καθυστερούν να απευθυνθούν σε ειδικό (Arslanian-Engoren 2007)

Ψυχολογικοί παράγοντες

Η αντίληψη του ατόμου σχετικά με το πόσο δεκτικό είναι στη νόσο, συμβάλλει στην επίσπευση της αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής βοήθειας (Smith et al 2008). Η αντίληψη αυτή επηρεάζεται σημαντικά από την υποκειμενική σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα θεωρούνται σοβαρά όταν επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Smith et al 2008), έχουν την τάση να επιδεινώνονται (Gascoigne et al 1999, Burgess et al 2001), εμφανίζονται νέα συμπτώματα (Facione & Dodd 1995), συνοδεύονται από πόνο (Burgess et al 2001, Smith et al 2007) και ξεπερνούν τον ουδό ανοχής του ατόμου (Burgess et al 2001). Επιπλέον, η παρεμπόδιση των καθημερινών δραστηριοτήτων και ιδιαίτερα η παρεμπόδιση της ικανότητας για εργασία έχει ως αποτέλεσμα την άμεση ανα-

ζήτηση ιατρονοσηλευτικής βοήθειας (Gascoigne et al 1999, Smith et al 2008). Επίσης, συμπτώματα που είναι εμφανή, και συνήθως πρόκειται για σωματικά συμπτώματα, δύσκολα παραβλέπονται (Smith et al 2008).

Επιπρόσθετα, η προηγούμενη εμπειρία έχει σημαντική επίδραση στην απόφαση ενός ατόμου να αναζητήσει ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Οι άνθρωποι δεν επιθυμούν να βιώνουν πόνο και έτσι τείνουν να αποφεύγουν τις δυνητικά επώδυνες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες. Σύμφωνα με μελέτη του Αυστραλιανού Ερευνητικού Κέντρου για τη Στοματική Υγεία του Πληθυσμού (A.R.C.P.O.H. 2012), τα δύο τρίτα των Αυστραλών καθυστερούσαν ή ανέβαλλαν την επίσκεψη τους στον οδοντίατρο εξαιτίας του φόβου τους ότι θα βιώσουν πόνο κατά την θεραπεία. Επιπλέον, οι ασθενείς καθυστερούν να προσέλθουν στο ιατρείο όταν τα συμπτώματα είναι οικεία, όπως στις περιπτώσεις ηλικιωμένων ή ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (Arslanian-Engoren 2007, DeVon et al 2011). Ωστόσο, η παρατεταμένη διάρκεια ή η αυξημένη βαρύτητα των συμπτωμάτων ή ακόμα η εμφάνιση πρωτόγωνων συμπτωμάτων επισπεύδει τη διαδικασία αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής βοήθειας (Smith et al 2008).

Η ψυχική κατάσταση του ατόμου αποτελεί έναν επιπρόσθετο παράγοντα. Ο νευρωτισμός, αυξάνει την ευαισθησία σε υποκείμενα συμπτώματα και οδηγεί σε αυξημένη αναζήτηση υπηρεσιών υγείας (Gramling et al 1996). Παρόμοια συμπεριφορά επιδεικνύουν και τα υποχονδρικά άτομα, καθώς δίνουν υπέρμετρη σημασία σε πληροφορίες σχετικές με την υγεία και επικεντρώνονται υπερβολικά στα σωματικά συμπτώματα (Lecci & Cohen, 2002). Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνες, η παρουσία στρες μειώνει το χρόνο αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, εφόσον συμβάλλει στην έστω και προσωρινή εκτόνωση της ψυχικής έντασης και τη μετατόπιση του ενδιαφέροντος σε άλλο πρόβλημα (Moser et al 2006) Γενικότερα, τα ευσυνειδήτα άτομα υποκινούνται από την αίσθηση ευθύνης τους απέναντι στους άλλους και απευθύνονται ταχύτερα στους επαγγελματίες υγείας (Tucker et al, 2006).

Κοινωνικοί παράγοντες

Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα δεν προσέρχονται στο γιατρό τους, αλλά αναζητούν μία αρχική εκτίμηση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων τους από τον οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο. Ενδεικτικά της μεγάλης σημασίας του δικτύου των μη ειδημόνων, αποτελούν τα ευρήματα της έρευνας της Arslanian-Engoren (2007), σύμφωνα με την οποία, οι περισσότερες από τις γυναίκες που συμμετείχαν, απάντησαν ότι αρχικά θα αναζητούσαν τη συμβουλή των μελών της οικογένειάς τους, εάν εμφάνιζαν συμπτώματα ενδεικτικά ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι όταν τα άτομα δεν αποκαλύπτουν τα συμπτώματά τους σε κάποιο άλλο πρόσωπο, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες για καθυστέρηση στην

αναζήτηση βοήθειας (Cameron et al 1993, Perry et al 2001). Η αποκάλυψη των συμπτωμάτων σχετίζεται με την άμεση αναζήτηση βοήθειας, εφόσον έτσι, εξασφαλίζεται η επικύρωση τους και η προτροπή για επίσκεψη σε ειδικό από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Αντίθετα, η παραγνώρισή τους συνδέεται με αύξηση του χρόνου αναζήτησης ιατρικής συμβουλής (Zola 1973, Cameron et al 1993). Εξάλλου, όταν ο/η ασθενής συζητά με το κοινωνικό περιβάλλον του για ένα σύμπτωμα, η συννηθέστερη αντίδραση τους είναι να προτείνουν την αναζήτηση βοήθειας, όχι πάντα λόγω της ορθής ερμηνείας των συμπτωμάτων, αλλά χάρin της ροής της συζήτησης. Σε κάθε περίπτωση, το είδος της σχέσης παίζει σημαντικό ρόλο στην τελική απόφαση για αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής βοήθειας: όσο στενότερη είναι η σχέση τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να επηρεασθεί η απόφαση του ατόμου να συμβουλευτεί ένα γιατρό (Conford & Conford 1999).

Ειδικότερα στην περίπτωση των ανδρών, το κοινωνικό δίκτυο επηρεάζει σημαντικά την απόφασή τους να αναζητήσουν βοήθεια. Συχνά οι άντρες, αναβάλλουν την επίσκεψή τους στο γιατρό, επειδή φοβούνται μήπως τα συμπτώματά τους αποδειχθούν τελικά ασήμαντα. Εξάλλου, η ανησυχία για την υγεία αποτελεί γυναικείο χαρακτηριστικό (Courtenay 2000). Επομένως, η παρουσία της οικογένειας και των φίλων που παροτρύνουν τους άνδρες να δεχθούν ιατρική συμβουλή ουσιαστικά αποτελεί έρεισμα ότι τα συμπτώματα τους είναι σημαντικά και νομιμοποιεί την απόφασή τους για αναζήτηση βοήθειας, παρακάμπτοντας το φόβο τους ότι μπορεί να ντροπιαστούν (Gascoigne et al 1999).

Επιπλέον, ας τονιστεί ότι δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στη χρήση του δικτύου των μη ειδημόνων από τα δύο φύλα (Conford & Conford 1999). Γενικά, οι άνδρες αναπτύσσουν ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα, ενώ οι γυναίκες διατηρούν μικρότερα, αλλά πιο έμπιστα. Ακόμη, οι άνδρες λαμβάνουν τις περισσότερες πρακτικές πληροφορίες από το κοντινότερο πρόσωπο που συνήθως είναι ο σύζυγος (Fuhrer & Stansfeld 2002), ενώ οι γυναίκες είναι πιο δεκτικές σε συμβουλές προερχόμενες από το γενικότερο οικείο περιβάλλον (Ek 2013).

Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι το κοινωνικό στίγμα που περιβάλλει ορισμένες ασθένειες, όπως το AIDS και οι ψυχικές διαταραχές, απομονώνει τα άτομα. Το αποτέλεσμα είναι να αποφεύγουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Clement et al 2015).

Θρησκευτικοί παράγοντες

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, ως μέσο κοινωνικής εκδήλωσης και αλληλοϋποστήριξης, έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία, όταν συνδυάζονται με την αποδοχή και τη χρήση της ιατρικής επιστήμης (Sanderson 2013). Ωστόσο, έχουν συσχετισθεί και με την υιοθέτηση παθητικής στάσης απέναντι στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Ειδικότερα, όταν η πεποίθηση αυτή συνοδεύεται από την πίστη ότι καταφεύγοντας στην προσευχή ή σε

θρησκευτικές πρακτικές επιτυγχάνεται θεραπεία, τότε παρατηρείται καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Franklin et al 2007).

ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το επίπεδο των γνώσεων του ατόμου σχετικά με μία νόσο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Όσες περισσότερες πληροφορίες διαθέτει το άτομο, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να αναγνωρίσει τα συμπτώματα μίας σοβαρής ασθένειας και να επισκεφτεί άμεσα το γιατρό του (Bish et al 2005, DeVon et al 2011). Σύμφωνα με έρευνα των Meischke et al (1999), οι οποίοι διεξήγαγαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε δείγμα 862 γυναικών ηλικίας άνω των 50 ετών, διαπιστώθηκε ότι η μη αναγνώριση των συμπτωμάτων του εμφράγματος του μυοκαρδίου, είχε ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη προσέλευση στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών.

Ωστόσο, συχνά δημιουργείται σύγχυση εξαιτίας της στερεότυπης αντίληψης που διαμορφώνουν οι άνθρωποι σχετικά με τα νοσήματα. Έτσι, όταν δεν παρατηρούνται τα τυπικά συμπτώματα που συνοδεύουν μία νόσο, τότε το άτομο καθυστερεί σημαντικά την αναζήτηση βοήθειας (Arslanian-Engoren, 2007). Οι Ramirez et al (1999), διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του μαστού και δεν παρουσίαζαν κάποιο ψηλαφητό όγκο, καθυστερούσαν σημαντικά περισσότερο την επίσκεψη στο γιατρό σε σχέση με εκείνες που εμφάνιζαν έναν τέτοιο όγκο. Ομοίως, οι Perry et al (2001), διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου καθυστερούσαν σημαντικά περισσότερο την προσέλευση τους στο νοσοκομείο, όταν εμφάνιζαν άτυπα συμπτώματα.

Πάντως, η απλή αναγνώριση των συμπτωμάτων δεν επαρκεί, ώστε να παρακινήσει τον ασθενή να αναζητήσει ιατρική βοήθεια (Chapple et al 2004). Συχνά, ο φόβος του ατόμου ότι μπορεί να πάσχει από μία σοβαρή ασθένεια, οι επώδυνες θεραπείες που τη συνοδεύουν καθώς και ο φόβος του θανάτου αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες (Gascoigne et al 1999, Burgess et al 2001). Σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι Bish et al (2005), συμπέραναν ότι τόσο η αρχική στάση των γυναικών που έπασχαν από καρκίνο του μαστού, όσο και ο φόβος τους για τη θεραπεία, καθυστερούσαν σημαντικά την απόφασή τους για αναζήτηση βοήθειας.

Επιπλέον, η απειλή μίας σοβαρής νόσου, έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα να ενεργοποιούν μηχανισμούς άρνησης της πραγματικότητας, παραβλέποντας τα συμπτώματα, ώστε τελικά να καθυστερούν την αναζήτηση ιατρικής συμβουλής (Cameron et al 1993). Θεωρούν ότι σύντομα θα περάσουν από μόνα τους και αναζητούν εναλλακτικές ερμηνείες, πιστεύοντας ότι είναι νέοι και δυνατοί και ότι είναι απίθανο να τους συμβαίνει κάτι σοβαρό (Sanden et al 2000).

Ειδικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η στάση των επαγγελματιών υγείας ως προς το χρόνο αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Οι επαγγελματίες υγείας ως μία ιδιαίτερη ομάδα, απόλυτα σχετιζόμενη με τις γνώσεις για την υγεία, θα αναμενόταν ότι θα έδιναν ιδιαίτερη προσοχή σε συμπτώματα που τους αφορούν. Αντίθετα πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι πολλοί παραμελούν την υγεία τους και καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας, λόγω των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων, της δυσκολίας τους να υποδυθούν το ρόλο του ασθενή, της άρνησης τρωτότητας ως μέρος της επαγγελματικής τους κουλτούρας, της τάσης να αυτοθεραπεύονται και της ντροπής να απευθυνθούν σε συνάδελφό τους (Rosvold & Bjertness 2002, Davidson & Schattne, 2003).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρ' όλο που η επιμήκυνση του χρόνου αναζήτησης ιατρονοσηλευτικής βοήθειας είναι δυνατό να επηρεάσει την τελική έκβαση για την υγεία του ασθενούς, οι περισσότεροι άνθρωποι τείνουν να καθυστερούν τη λήψη της απόφασης για χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η καθυστέρηση αυτή επηρεάζεται από το επίπεδο γνώσεων του ατόμου σχετικά με τα νοσήματα, καθώς και από πλήθος δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η κοινωνικοποίηση των ανδρών φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. Ωστόσο και οι γυναίκες καθυστερούν σημαντικά την απόφασή τους για λήψη ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Επίσης, ο κοινωνικός περίγυρος μπορεί να προτρέψει ή και να αποτρέψει ένα άτομο από το να ζητήσει ιατρική συμβουλή.

Επομένως, είναι απαραίτητο να αναγνωριστούν και να τροποποιηθούν οι παράγοντες εκείνοι που καθυστερούν την αναζήτηση φροντίδας. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω εθνικών εκστρατειών (φυλλάδια, διαφημίσεις στην τηλεόραση, ειδικές ιστοσελίδες στο διαδίκτυο, ενημερώσεις στα σχολεία κ.λ.π.), οι οποίες θα έχουν ως στόχο την ενημέρωση και τη βελτίωση του γνωστικού επιπέδου των ασθενών, αλλά και του κοινωνικού τους περιγύρου σχετικά με τα νοσήματα και τη σημασία της έγκαιρης λήψης ιατρονοσηλευτικής βοήθειας. Ιδιαίτερη έμφαση επίσης θα πρέπει να δοθεί στα άτυπα συμπτώματα που δύσκολα αναγνωρίζονται ως σοβαρά. Επιπλέον, η συμμετοχή διάσημων προσωπικοτήτων που δεν διστάζουν να εκθέσουν δημόσια την πάθησή τους και να παροτρύνουν την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής ή την προληπτική χρήση των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να συμβάλλει θετικά στα αποτελέσματα των εκστρατειών αυτών. Στην περίπτωση των ανδρών, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να τους ενθαρρύνουν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ακόμη και όταν δεν εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα και να τους διαβεβαιώνουν ότι δεν είναι δείγμα αδυναμίας το να αναζητούν τη συμβουλή ενός ειδικού για θέματα που αφορούν στην υγεία τους. Τέλος, ιδιαίτερο βάρος θα πρέπει να δοθεί στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας μέσω ειδι-

κών προγραμμάτων ενημέρωσης και τακτικής πραγματοποίησης προληπτικών εξετάσεων. Σε κάθε περίπτωση, απαιτείται εξατομικευμένη προσέγγιση, ανάλογα με τα ιδιαίτερα σωματικά, συναισθηματικά, γνωστικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ατόμων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Andersen B., Cacioppo J. & Roberts D. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis: stages and psychophysiological comparison processes. *British Journal of Social Psychology* 34:33-52.
- Arslanian-Engoren C. (2007). Black, Hispanic, and White Women's Perception of Heart Disease. *Progress in Cardiovascular Nursing* 22(1):13-9.
- Australian Research Centre for Population Oral Health, the University of Adelaide, South Australia. A.R.C.P.O.H. (2012). The avoidance and delaying of dental visits in Australia. *Australian Dental Journal* 57: 1-5.
- Bish A., Ramirez A., Burgess C. & Hunter M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of Psychosomatic Research* 58: 321- 326.
- Bohan J.S. (1993). Regarding gender: essentialism, constructionism and feminist psychology. *Psychology of Women Quarterly* 17: 5-21.
- Burgess C., Hunter M.S. & Ramirez A.J. (2001). A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *British Journal of General Practice* 51: 967-71.
- Cameron L., Leventhal E., & Leventhal H. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community dwelling, adult sample population. *Health Psychology* 12(3): 171 -9.
- Chapple A., Ziebland S. & McPherson A. (2004). Qualitative study of men's perceptions of why treatment delays occur in the UK for those with testicular cancer. *British Journal of General Practice* 54: 25-32.
- Clement S., Schauman O., Graham T., Maggioni F., Evans-Lacko S., Bezborodovs N., Rusch N., Brown J.S. & Thornicroft J. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine* 45(1): 11-27 (2015).
- Conford C. & Conford H. (1999). 'I'm only here because of my family.' A study of lay referral networks. *British Journal of General Practice* 49(445): 617-620.
- Corney R.H. (1990). Sex differences in general practice attendance and help seeking for minor illness. *Journal of Psychosomatic Research* 34: 525-534.
- Courtenay W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* 50: 1385-1401.
- Davidson S. & Schattner P. (2003). Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Medical Journal of Australia* 179(6): 302-5.
- Dempsey S.J., Dracup K. & Moser D.K. (1995). Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart Lung* 24(6): 444- 456.
- DeVon H., Saban K. & Garrett D. (2011). Recognizing and responding to symptoms of Acute Coronary Syndromes and stroke in women. *Gynecologic, & Neonatal Nursing* 40: 372-382.
- Ek S. (2013). Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. Health Promotion International. Available at: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2013/08/28/heapro.dat063.full>. [Accessed: 28-12-2014].
- Eurostat (2014). Healthy life years and life expectancy at birth, by sex. Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/main-tables>. [Accessed: 30-12-2014].
- Facione N. (1993). Delay versus help-seeking for breast cancer symptoms: a critical review of the literature on patient and provider delay. *Social Science & Medicine* 36(12): 358- 71.
- Franklin M., Schlundt D., McClellan L., Kinebrew T., Sheats J., Belue R., Brown A., Smikes D., Patel K. & Hargreaves M. (2007). Religious Fatalism and its association with Health Behaviors and Outcomes. *American Journal of Health Behavior* 31(6): 563-72.
- Fuhrer R. & Stansfeld S. (2002). How gender affects patterns of social relations and their impact on health: A comparison of one of multiple sources of support from "close persons". *Social Science and Medicine* 54: 811- 825.
- Galdas P., Cheater F. & Marshall P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 49(6): 616-623.
- Gascoigne P, Mason M.D. & Roberts E. (1999). Factors affecting presentation and delay in patients with testicular cancer: results of a qualitative study. *Psychooncology* 8:144-54.
- Gramling E., Clawson P. & McDonald M. (1996). Perceptual and cognitive abnormality model of hypochondriasis: Amplification and physiological reactivity in women. *Psychosomatic Medicine* 58: 423-431.
- Grunfeld E., Ramirez A., Hunter M. & Richards M. (2003). Perceptions of breast cancer across the lifespan. *Journal of Psychosomatic Research* 54: 141- 6.
- Kellner R. (1986). *Somatization of hypochondriasis*. New York: Praeger.
- Kleindorfer D. O., Miller R., Moomaw C. J., Alwell K., Broderick J. P., Khoury J. & Kissela B. M. (2007). Designing a message for public education regarding stroke: Does FAST capture enough stroke? *Stroke* 38: 2864-2868.
- Kreatsoulas C. (2014). Why Are So Many Women Ignoring Heart Attack Symptoms? Available at: http://www.huffingtonpost.com/2014/10/30/heart-attack-symptoms%women_n_6068030.html Accessed 15-1-2015.
- Lecci L. & Cohen D. J. (2002). Perceptual consequences of an illness-concern induction and its relation to hypochondriacal tendencies. *Health Psychology* 21: 147-156.
- Lefler L. & Bondy K.N. (2004). Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: a meta-synthesis. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 19(4): 251-68.
- Leventhal H., Meyer D., & Nerenz D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*, New York: Pergamon.
- Martin C.L. (1995). Stereotypes about children with traditional and nontraditional gender roles. *Sex Roles* 33: 727-751.
- Meischke H., Yasui Y. & Kuniyuki A. (1999). How women label and respond to symptoms of acute myocardial infarction. *Heart Lung* 28:261-269.
- Mor V., Masterson-Allen S., Goldberg R., Guadagnoli E. & Wool

- M.S. (1990). Prediagnostic symptom recognition and help seeking among cancer patients. *Journal of Community Health* 15(4): 253-261.
- Moser D. K., Kimble L. P., Alberts M. J., Alonzo A., Croft J. B., Dracup K. & Zerwic J. J. (2006). Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. *Circulation* 114: 168-182.
- Niederdeppe J. & Levy A. (2007). Fatalistic Beliefs about Cancer Prevention and Three Prevention Behaviors. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 16(5): 998-1003.
- Perry K., Petrie K., Ellis C., Horne R. & Moss-Morris R. (2001). Symptom expectations and delay in acute myocardial infarction patients. *Heart* 86:91-3.
- Ramirez A.J., Westcombe A.M., Burgess C.C., Sutton S., Littlejohns P. & Richards M.A. (1999). Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* 353: 1127- 31.
- Resnick M.D., Bearman P.S., Blum R.W., Bauman K.E. & Harris K.M. (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *JAMA* 278:823-32.
- Rice T.W. & Coates D.L. (1995). Gender role attitudes in the southern United States. *Gender and Society* 9(6): 744-756.
- Rosenfeld A. G., Lindauer A. & Darney B. G. (2005). Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: Descriptions of decision-making patterns. *American Journal of Critical Care* 14: 285-293.
- Rosvold E. & Bjertness E. (2002). Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scandinavian Journal of Public Health* 30(2): 125-32.
- Safer M. A., Tharps Q. J., Jackson, T. & Leventhal H. (1979). Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic. *Medical Care* 17: 11-29.
- Saltonstall R. (1993). Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine* 36 (1): 7-14.
- Sanden I., Larsson U.S. & Eriksson C. (2000). An interview study of men discovering testicular cancer. *Cancer Nursing* 23(4): 304- 309.
- Sanderson C. (2013). *Health Psychology*, Hoboken U.S.A: Wiley.
- Schroetter S. A. & Peck S. D. (2008). Women's risk of heart disease: Promoting awareness and prevention - A primary care approach. *Medsurg Nursing* 17:107-113.
- Smith J., Braunack-Mayer A., Wittert G. & Warin M. (2007). "I've been independent for so damn long!": Independence, masculinity and aging in a help seeking context. *Journal of Aging Studies* 21: 325-335.
- Smith J., Braunack-Mayer A., Wittert G. & Warin M. (2008). "It's sort of like being a detective": Understanding how Australian men self-monitor their health prior to seeking help. *BMC Health Services Research* 8:56. Available at <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/56>. Accessed 30-12-2014.
- Smith L., Pope C. & Botha J. (2005). Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet* 366: 825-31.
- Springer K. & Mouzon W. (2011). "Macho men" and preventive health care: implications for older men in different social classes. Available at <http://hsb.sagepub.com/content/early/2011/04/13/0022146510393972>. Accessed 23-12-2014).
- Tucker J., Elliott M. & Klein D. (2006). Social Control of Health Behavior: Associations with Conscientiousness and Neuroticism. *Personality and Social Psychology Bulletin* 32(9): 1143-1152.
- Umberson D., Crosnoe R. & Reczek C. (2010). Social Relationships and Health Behavior Across Life Course. *Annual Review of Sociology* 36: 139-157.
- White A.K. (2000) *Men Making Sense of their Chest Pain*, Doctoral Dissertation. University of Manchester, Manchester. Cited in Courtney (2000).
- Zola I. (1973). Pathways to the doctor-from person to patient. *Social Science & Medicine* 7: 677-689.

Factors Affecting the Decision To Seek For Medical Care: A Literature Review

Maria Tzafalia¹, Aristeidis Routsis²

1. Dentist MSc(c)

2. R.N. MSc(c), Health Center Kato Neurokopi, Drama, Greece.

ABSTRACT

The delay in seeking medical care, when patients experience specific symptoms, is influenced by a range of demographic, psychological, social, cognitive and religious factors such as gender, family status, age, symptom severity, previous experiences, psychological mood, perceptions towards diseases, attitudes and fears towards illness, social networks and religious beliefs. The patient's cognitive level appears to play a significant role in his/her decision to seek for medical care. Health professionals constitute a particular group which requires special attention. The aim of the present literature review is to highlight the factors which affect the patient's decision to seek for or to delay seeking medical help and to offer suggestions in order to limit this delay.

Key Words: Cognitive level, gender, health perceptions, health professionals, medical care

Correspondence author: Tzafalia Maria
Email: mariatzafalia@yahoo.gr Tel: +30 6971643807