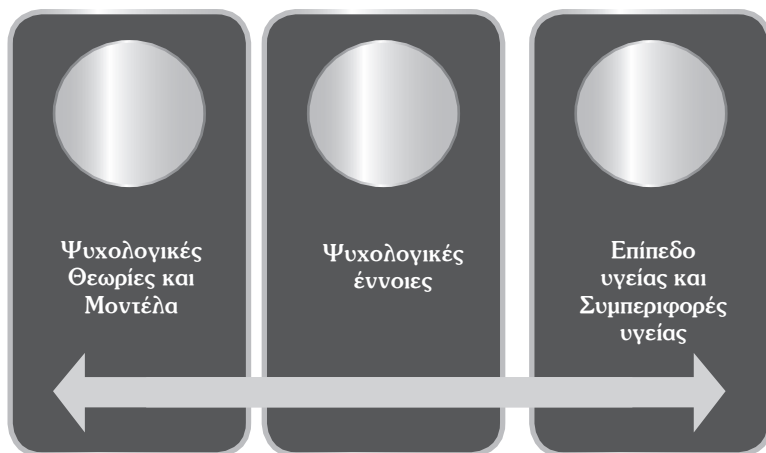


Κεφάλαιο 2

Ψυχολογικές Θεωρίες για την Υγεία και τη Νόσο

Οι θεωρίες για την υγεία και τη νόσο έχουν υποστεί σειρά αναθεωρήσεων και παραλλαγών τόσο όσον αφορά το κύριο θέμα όσο και την ουσία. Τα πρώιμα θεωρητικά μοντέλα βασίστηκαν στο σταθερό διαχωρισμό ανάμεσα στο μυαλό και στο σώμα. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη (περίπου 460-377 π.Χ.), το σώμα και το μυαλό θεωρούνταν μία μονάδα, που εξισορροπούνταν από τέσσερις χυμούς ή σωματικά υγρά (κίτρινη χολή, φλέγμα, αίμα και μαύρη χολή) (Karpozilos and Pavlidis, 2004). Ο Γαληνός (περίπου 129-199 μ.Χ.) πίστευε ότι όλες οι σωματικές και νοητικές ασθένειες προέρχονταν από σωματικά (φυσικά) αίτια, και ότι οι τέσσερις χυμοί αντιπροσώπευαν τέσσερις κυρίαρχες ιδιοσυγκρασίες (αιματώδης, χολερικός, φλεγματώδης και μελαγχολικός) (Karpozilos and Pavlidis, 2004). Οι εσωτερικοί χυμοί των υγιών ατόμων βρίσκονται σε κατάσταση ισορροπίας που μπορεί να διαταραχθεί από εξωτερικούς παράγοντες με συνέπεια την επιβάρυνση της υγείας. Το δυϊστικό μοντέλο του Καρτέσιου (1564-1650) ήταν χρήσιμο για την κατανόηση της αιτιολογίας της κακής κατάστασης της υγείας, μέσω της θεώρησης του «μυαλού» ως διακριτής αλλά διαδραστικής οντότητας από το «σώμα» (Καρτέσιος, 1984-1991). Από αυτά τα πρώιμα έργα, το βιοϊατρικό (αναγωγιστικό) μοντέλο αποτέλεσε το πρώτο μοντέλο διερεύνησης των εσωτερικών (όπως οι χημικές μεταβολές) και των εξωτερικών (όπως τα βακτήρια) μηχανισμών που επηρεάζουν την υγεία και τη νόσο. Ωστόσο, ακόμη και εάν σημειώθηκε βελτίωση στο θέμα των μονοπαραγοντικών θεωριών (uni-factorial theories), οι θεωρίες αυτές απέτυχαν να ενσωματώσουν, τις ατομικές διαφορές ή τους ψυχολογικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη διατήρηση της υγείας ή την εμφάνιση της νόσου και για το λόγο αυτό, η ιατρική διατήρησε την πατερναλιστική της πρακτική. Το ψυχοσωματικό μοντέλο, που ήταν η εξέλιξη της βιοϊατρικής θεώρησης, ενσωμάτωσε τόσο τις φυσιολογικές όσο και τις ψυχολογικές διεργασίες που εμπλέκονται στην εμφάνιση και στη διατήρηση της υγείας και της νόσου.



Εικόνα 2.1 Ψυχολογική θεωρία και εννοιολογικές διεργασίες που εξηγούν το επίπεδο και τις συμπεριφορές υγείας.

2.1 20ος Αιώνας: Ψυχολογικά Μοντέλα που Εφαρμόζονται στην Υγεία και στη Νόσο

Αντίθετα από το βιοϊατρικό μοντέλο, το ψυχοσωματικό μοντέλο α) αναγνώρισε τους ατομικούς παράγοντες στην υγεία και στη νόσο, β) δέχεται ότι η κακή κατάσταση της υγείας ασκεί ψυχολογικές επιδράσεις, αλλά γ) προτείνει περαιτέρω ότι η κακή κατάσταση της υγείας ενδέχεται να προκαλείται και από ψυχολογικούς παράγοντες. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel (1977) υποστηρίζει ότι η νόσος μπορεί να εξηγηθεί από το συνδυασμό φυσικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και ψυχολογικών παραγόντων. Σύμφωνα με τους Freud και Breuer, (1895), οι παράγοντες αυτοί, ευθύνονται εν μέρει για τον επανακαθορισμό του προβλήματος «μυαλό-σώμα», ως «συνείδηση».

Παρατήρησαν, επίσης, το ενδιαφέρον φαινόμενο της παράλυσης χωρίς την ύπαρξη προφανούς φυσικής (σωματικής) αιτιολογίας, εξηγώντας τη διαταραχή αυτή ως υστερία μετατροπής (conversion hysteria). Αυτό σηματοδότησε την αρχή ενός επαναστατικού τρόπου σκέψης για την υγεία και τη νόσο ενώ παράλληλα διαμορφώνει τα θεμέλια για περαιτέρω έρευνα και ανάπτυξη θεωριών, όπως η ορθά αποκαλούμενη συμπεριφορική ιατρική και ψυχολογία της υγείας. Η συμπεριφορική ιατρική επικεντρώνεται στη θεραπεία, τροποποίηση και πρόληψη της νόσου μέσω συμπεριφορικών μηχανισμών που προέρχονται από τις κοινωνικές επιστήμες, ενώ ο κύριος στόχος της ψυχολογίας της υγείας είναι η διατήρηση της υγείας, καθώς και η παρέμβαση και θεραπεία της νόσου, αξιοποιώντας τις βιολογικές και ψυχολογικές έρευνες και θεωρίες. Στην Εικόνα 2.1 περιγράφονται οι θεωρητικοί και εννοιολογικοί καθοριστικοί παράγοντες των συμπεριφορών και του επιπέδου της υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΜΟΝΤΕΛΑ			
Θεωρία απόδοσης αιτιών	Μοντέλο σταδίων αλλαγής	Γνωστικά μοντέλα	Κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα
Εστίαση ελέγχου υγείας	Διαθεωρητικό μοντέλο αλλαγής της συμπεριφοράς	Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία	Θεωρία αιτιολογημένης/ έλλογης δράσης
Μη ρεαλιστική αισιοδοξία		Θεωρία κινητοποίησης προστασίας	Θεωρία προσχεδιασμένης συμπεριφοράς
Θεωρία αυτο-επιβεβαίωσης			Μοντέλο πληροφόρησης – κινήτρων – συμπεριφορικών δεξιοτήτων Διαδικασία δράσης για την υγεία

2.2 Ψυχολογικά Μοντέλα Υγείας

Πολυάριθμες ψυχολογικές θεωρίες έχουν χρησιμοποιηθεί για την επεξήγηση της υγείας και της νόσου, ενώ παράλληλα τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα (που επικεντρώνονται στις πεποιθήσεις και στις συμπεριφορές) και οι θεωρίες των σταδίων (που επικεντρώνονται στις μεταβολές και στην εξέλιξη ενός ατόμου) σημείωσαν την ευρύτερη εφαρμογή στην ψυχολογία της υγείας. Στον Πίνακα 2.1 περιγράφονται οι θεωρητικές και εννοιολογικές ψυχολογικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα με αντικείμενο την ψυχολογία της υγείας. Παρακάτω θα ακολουθήσει συνοπτική περιγραφή για κάθε μία από αυτές τις θεωρίες. Οι περισσότερες από αυτές τις θεωρίες παρέχουν μεγαλύτερη υποστήριξη σε διάφορες μεταβλητές που δρουν διαμεσολαβητικά (mediators) ή ρυθμιστικά (moderators). Για παράδειγμα, διαμεσολαβητικοί παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, μπορούν να επηρεάσουν την εμπειρία του stress και να επηρεαστούν από άλλες μεταβλητές, όπως ο τρόπος αντιμετώπισης των αντιξοοτήτων (coping style) (Baron and Kenny, 1986). Ο σκοπός αυτών των θεωριών που περιγράφεται παρακάτω, είναι η πρόβλεψη των συμπεριφορών.

2.2.1 Θεωρία απόδοσης αιτιών

Η θεωρία απόδοσης αιτιών (Attribution theory) αναπτύχθηκε για πρώτη φορά από τον Kelly (1967; 1971) που πρότεινε ένα σύνολο σχημάτων ή αναπαραστάσεων αιτιότητας (ή αιτιώδους συνάφειας), που αποδίδονται σε άτομα με συγκεκριμένες συμπεριφορές. Στο σύγγραμμα αυτό, το αίτιο της συμπεριφοράς αποδίδεται αιτιολογικά σε εσωτερικά ή εξωτερικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως περιγράφεται στον Πίνακα 2.2

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2 ΑΙΤΙΩΔΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Ιδιαιτερότητα – το αίτιο της συμπεριφοράς είναι συγκεκριμένο για το εκάστοτε άτομο
 Συναίνεση – άλλοι θα συμφωνούσαν σχετικά με το αίτιο της συμπεριφοράς
 Σταθερότητα – με την πάροδο του χρόνου θα γίνει η ίδια απόδοση σχετικά με την αιτιώδη συνάφεια
 Σταθερότητα έναντι ποικιλομορφίας (consistency over modality) – η ίδια αιτιώδης απόδοση θα γίνει και σε άλλη περίπτωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΑΙΤΙΩΔΕΙΣ ΑΠΟΔΟΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Εσωτερικές έναντι εξωτερικών αιτιωδών αποδόσεων
 Σταθερές έναντι ασταθών αιτιωδών αποδόσεων
 Καθολικές έναντι συγκεκριμένων αιτιωδών αποδόσεων
 Ελέγξιμες έναντι ανεξέλεγκτων αιτιωδών αποδόσεων

Αυτές οι διαστάσεις έχουν τροποποιηθεί με την πάροδο του χρόνου (βλ. Ogden, 2007, σελ. 18), ενώ οι αυτο-αποδόσεις, σε αντίθεση με άλλες αποδόσεις, διατυπώνονται πλέον με μεγαλύτερη σαφήνεια. Οι τροποποιημένες διαστάσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.3.

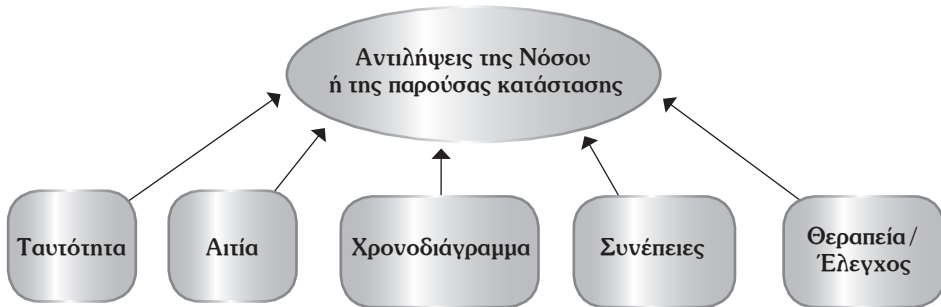
2.2.1.1 Εστίαση ελέγχου υγείας (Health locus of control) Η εστίαση ελέγχου υγείας (Rotter, 1966; 1990) ορίζει ότι οι άνθρωποι είτε πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο των γεγονότων που επηρεάζουν την υγείας τους ή ότι τα γεγονότα καθορίζονται από άλλα ισχυρά άτομα ή από τη μοίρα, και συνεπώς δεν είναι ελέγξιμα από τους ίδιους. Η εστίαση ελέγχου υγείας μπορεί να είναι χρήσιμη στην έρευνα, καθώς καθορίζει την προθυμία των ανθρώπων να αλλάξουν τις συμπεριφορές τους. Τα άτομα που πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο της δικής τους υγείας, είναι τα άτομα με εσωτερική εστίαση ελέγχου (internal locus of control), που έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποδεχτούν ότι μπορούν να αλλάξουν τις συμπεριφορές τους από ότι τα άτομα που πιστεύουν ότι δεν έχουν τον έλεγχο των γεγονότων, και συνεπώς έχουν μία υψηλού βαθμού εξωτερική εστίαση ελέγχου (external locus of control) και έχουν λίγες πιθανότητες να αλλάξουν την συμπεριφορά τους.

2.2.1.2 Μη ρεαλιστική αισιοδοξία (unrealistic optimism) Η μη ρεαλιστική αισιοδοξία αποτέλεσε μία χρήσιμη έννοια στην έρευνα διερεύνησης του λόγου για τον οποίο τα άτομα υιοθετούν εν γνώσει τους ανθυγιεινές συμπεριφορές (Weinstein, 1987). Η έννοια αυτή προέρχεται από ανακριβείς και μερικές φορές ανορθολογικές, λαϊκές πεποιθήσεις που έχουν τα άτομα σχετικά με τον κίνδυνο που διατρέχουν και την ευπάθεια για την εμφάνιση μίας νόσου. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, υπάρχει ένα σύνολο διαστάσεων που συμβάλλουν στη μη ρεαλιστική αισιοδοξία, όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 2.4.

2.2.1.3 Αυτο-επιβεβαίωση (self-affirmation) Η έννοια της αυτο-επιβεβαίωσης σχετίζεται με το κίνητρο ενός ατόμου να διατηρήσει και να προστατεύσει την αντί-

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ
ΣΤΗ ΜΗ ΠΡΕΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ**

Έλλειψη εμπειρίας για ένα πρόβλημα υγείας
Το πρόβλημα υγείας μπορεί να αποφευχθεί
Το πρόβλημα υγείας δεν έχει εμφανισθεί ακόμη και συνεπώς, είναι πιθανό να μην
εμφανισθεί και στο μέλλον
Το πρόβλημα υγείας είναι σπάνιο



Εικόνα 2.2 Πέντε παράγοντες που θεωρείται ότι επηρεάζουν την αντίληψη ενός ατόμου σχετικά με την κατάσταση ή τη νόσο του.

ληψη που έχει για τον εαυτό του, διατηρώντας μία αίσθηση αυτο-ακεραιότητας (Steele, 1988). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οποιαδήποτε απειλή για την αίσθηση της αυτο-ακεραιότητας του ατόμου οδηγεί τα άτομα είτε να συμπεριφέρονται αμυντικά είτε να αυτο-επιβεβαιώνουν την ακεραιότητά τους σε συνάρτηση με άλλες πτυχές της ζωής τους.

2.2.1.4 Μοντέλο αυτο-ρύθμισης (Self-regulatory model) Το μοντέλο αυτο-ρύθμισης (ή το μοντέλο της κοινής λογικής) που αναπτύχθηκε από τους Leventhal και συνεργάτες (Leventhal, Meyer and Nerenz, 1980; Leventhal, Brisette and Leventhal, 2003) διαθέτει ένα σύνολο δομών εκ των οποίων η κεντρική αφορά τις λαϊκές πεποιθήσεις ενός ατόμου ή τις αναπαραστάσεις του σχετικά με τη νόσο. Αυτές οι λαϊκές πεποιθήσεις διαμορφώνονται από τυποποιημένες οδηγίες, που ακολούθως συνδυάζονται ώστε να προσδώσουν νόημα στα συμπτώματα της ασθένειας και στις ενέργειες του ατόμου για την αντιμετώπισή τους. Το μοντέλο αυτό βασίζεται σε πέντε συνιστώσες ειδικές για την περιγραφή της νόσου, όπως η ταυτότητα, η αιτία, το χρονοδιάγραμμα, οι συνέπειες, η δυνατότητα θεραπείας και ελέγχου. Οι αντιλήψεις των ανθρώπων σχετικά με την κατάστασή τους ή τη νόσο, καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο κατανοούν την κατάσταση ή τη νόσο, όπως απεικονίζεται και στην Εικόνα 2.2. Σύμφωνα με τους Leventhal *et al.* (1985), ένας περιεκτικός κατάλογος των παραγόντων που μεμονωμένα ή σε συνδυασμό μπορούν να προβλέψουν τις συμπεριφορές υγείας, περιλαμβάνει ακόμη και τους παράγοντες που παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.5.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΛΕΤΗΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Κοινωνικοί παράγοντες Γενετικοί παράγοντες Συναισθηματικοί παράγοντες Αντιληπτά συμπτώματα

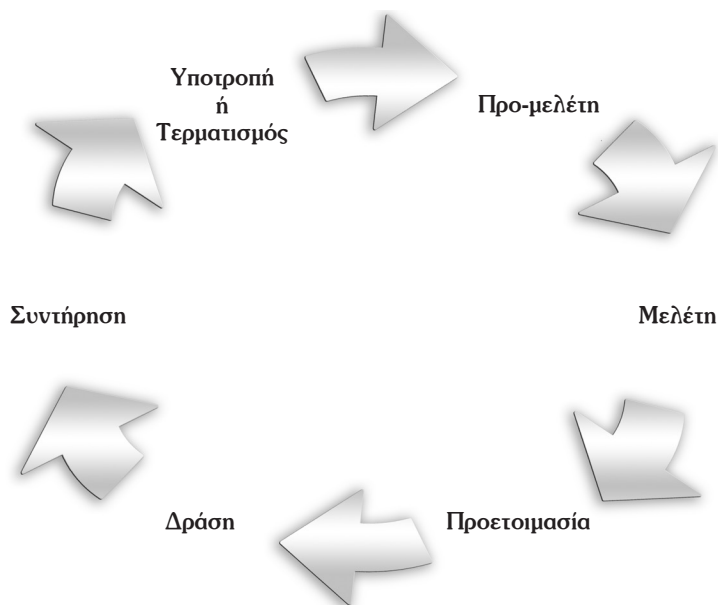
2.2.2 Μοντέλα σταδίων αλλαγής

2.2.2.1 Το δια-θεωρητικό μοντέλο (Trans-theoretical model) Το μοντέλο σταδίων αλλαγής ή το διαθεωρητικό μοντέλο (Prochaska and DiClemente, 1983) αποτελεί ένα επαρκώς ανεπτυγμένο και πολυ-χρησιμοποιημένο μοντέλο συμπεριφορικής αλλαγής που συναντάται στην έρευνα με αντικείμενο την ψυχολογία της υγείας. Το μοντέλο αυτό περιγράφει τα έξι στάδια αλλαγής, από τα οποία διέρχεται ένα άτομο όταν πρόκειται να προβεί σε μία αλλαγή στη συμπεριφορά υγείας. Τα έξι αυτά στάδια είναι η προ-μελέτη, η μελέτη, η προετοιμασία, η δράση, η συντήρηση και έπειτα είτε ο τερματισμός είτε η υποτροπή. Το μοντέλο αυτό είναι ευρέως γνωστό ως κυκλικό μοντέλο, καθώς συνηθισμένο φαινόμενο αποτελεί, τα άτομα να μετακινούνται από το ένα στάδιο στο επόμενο, αν και ενδέχεται να παρατηρηθούν παραλλαγές (Εικόνα 2.3).

2.2.3 Γνωστικά μοντέλα

2.2.3.1 Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (Health belief model) Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (Rosenstock, 1966) είναι ένα γνωστικό μοντέλο που εξετάζει τους προγνωστικούς δείκτες και καθορίζει τους προδιαθεσικούς παράγοντες για ορισμένες συμπεριφορές υγείας. Βασίζεται σε τρεις βασικές μεταβλητές (π.χ. κοινωνικο-δημογραφικές, ψυχοκοινωνικές και δομικές μεταβλητές) καθώς και σε τέσσερις δομές-κλειδιά, οι δύο εκ των οποίων μπορούν να αποτελέσουν απειλή για τη συμπεριφορά υγείας, ενώ οι άλλες δύο συνιστούν προσδοκίες αναφορικά με τη συμπεριφορά υγείας. Αυτές επηρεάζουν ακολούθως την πιθανότητα εμφάνισης μίας συμπεριφοράς, παρά το γεγονός ότι ξεχωριστές ενδείξεις ενδέχεται να επηρεάσουν τις ενέργειες που αποσκοπούν στην εφαρμογή αυτής της συμπεριφοράς. Το μοντέλο αυτό παρουσιάζεται παρακάτω, στην Εικόνα 2.4.

2.2.3.2 Θεωρία κινητοποίησης προστασίας (The protection motivation theory) Το δεύτερο γνωστικό μοντέλο είναι η θεωρία κινητοποίησης προστασίας (Rogers, 1983). Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι, η εκτίμηση της απειλής και της αντιμετώπισής της, καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζουν την απειλή για την υγεία. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι δύο διεργασίες εκτίμησης, η εκτίμηση της απειλής για την υγεία σε συνδυασμό με την εκτίμηση της αντιμε-

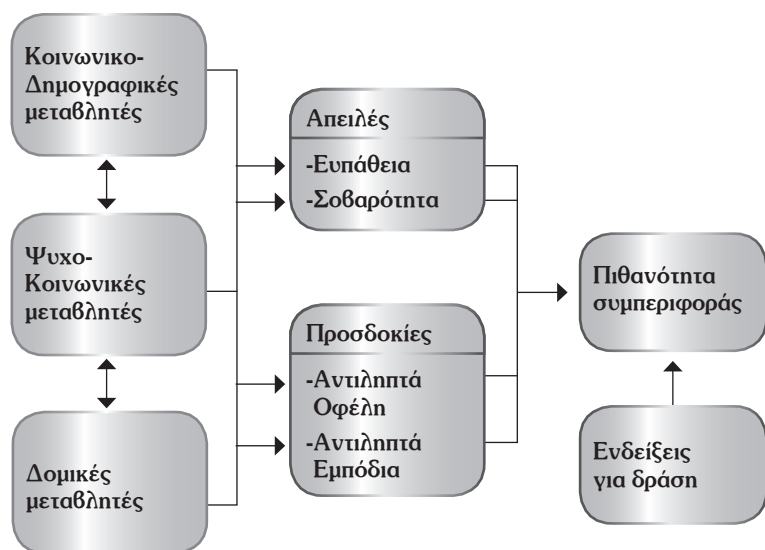


Εικόνα 2.3 Το διαθεωρητικό μοντέλο της αλλαγής ή το μοντέλο των σταδίων αλλαγής (από Prochaska and DiClemente, 1983).

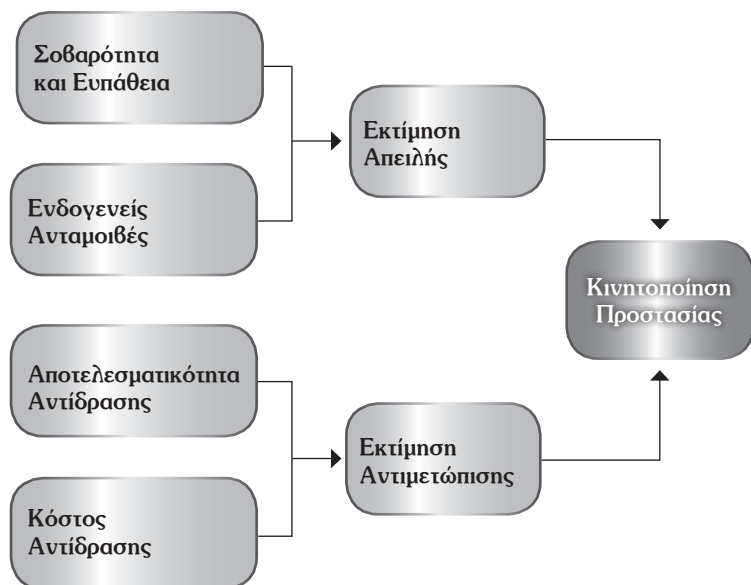
τώπισης αυτής της απειλής, έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μίας πρόθεσης ή μίας κινητοποίησης (ή κινητοποίησης προστασίας) προκειμένου να διαμορφωθεί μία προσαρμοστική ή δυσπροσαρμοστική αντίδραση. Η αντίδραση μπορεί να θέσει την υγεία του ατόμου σε κίνδυνο. Ωστόσο, τέσσερις δομές αυτού του μοντέλου – σοβαρότητα/ευπάθεια, ενδογενείς ανταμοιβές, αποτελεσματικότητα αντίδρασης και κόστος αντίδρασης – μπορούν να επηρεάσουν την πρόθεση ενός ατόμου να προστατεύσει τον εαυτό του από τους παράγοντες που απειλούν την υγεία του (Εικόνα 2.5). Όπως και το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία, το κόστος και το όφελος των συμπεριφορών ενσωματώνονται καθώς προβλέπουν τη πιθανότητα αλλαγής της συμπεριφοράς. Η θεωρία κινητοποίησης προστασίας λειτουργεί καλύτερα σε περιστατικά όπου η απειλή για την υγεία είναι σοβαρή και το άτομο νιώθει ευάλωτο. Οι συμπεριφορές που προστατεύουν την υγεία του ατόμου από την απειλή θεωρούνται αποτελεσματικές στην αποτροπή της απειλής, ενώ το άτομο έχει αυτοπεποίθηση σχετικά με την ικανότητά του να υιοθετήσει μία προσαρμοστική αντίδραση. Τελικά, το κόστος και η ανταμοιβή ή το όφελος που σχετίζονται με τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές θα είναι μικρά.

2.2.4 Κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα

2.2.4.1 Θεωρία αιτιολογημένης/έλλογης δράσης (Theory of reasoned action) Σύμφωνα με τον Bandura (1986), τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα λαμβάνουν υπό-

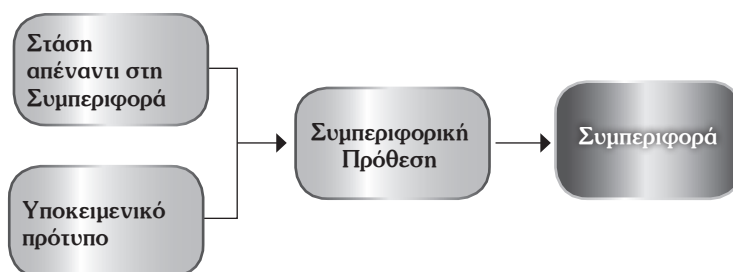


Εικόνα 2.4 Μεταβλητές, απειλές και προσδοκίες που είναι πιθανό να επηρεάσουν τις συμπεριφορές και τις ενδείξεις για δράση, όπως αυτές ενσωματώνονται στο μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (από Rosenstock, 1966).



Εικόνα 2.5 Θεωρία κινητοποίησης προστασίας (από Rogers, 1983).

ψη τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες και τις γνωστικές διεργασίες της συμπεριφοράς. Η θεωρία της αιτιολογημένης δράσης (Fishbein and Ajen, 1975· Εικόνα 2.6) υιοθετεί την παραδοχή ότι τα άτομα πράττουν αυτό που επιθυμούν ή

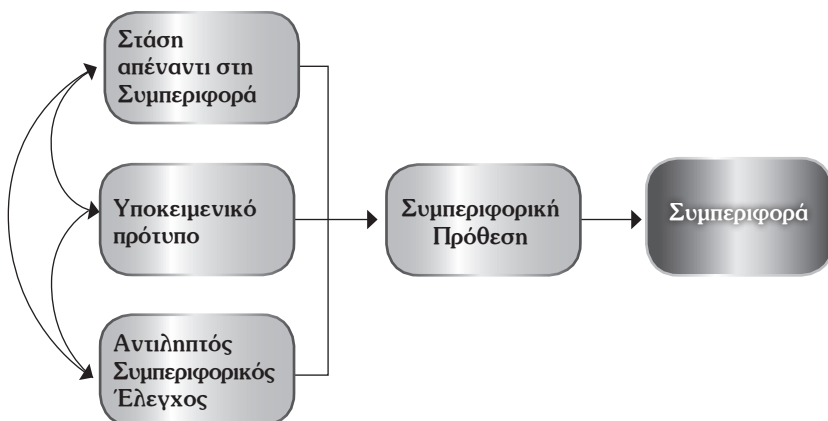


Εικόνα 2.6 Θεωρία της αιτιολογημένης/έλλογης δράσης (από Fishbein and Ajzen, 1975).

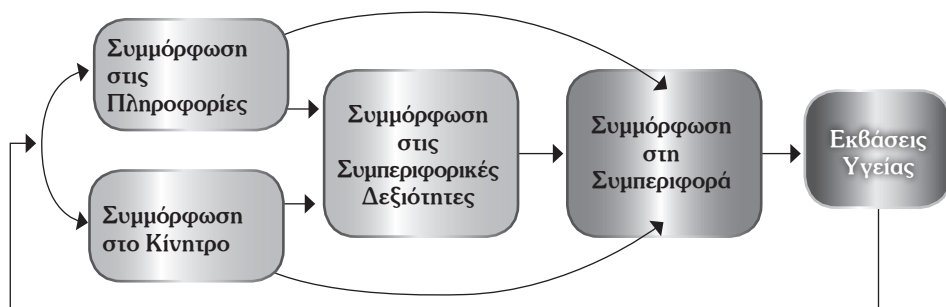
που έχουν σκοπό να πράξουν και ότι η συμπεριφορική πρόθεση των ατόμων εξαρτάται από τις στάσεις τους απέναντι σε συμπεριφορές και υποκειμενικά πρότυπα. Συνεπώς, το μοντέλο αυτό βασίζεται σε τρεις κύριες δομές, με τη συμπεριφορική πρόθεση να επηρεάζεται από τις στάσεις και τα υποκειμενικά πρότυπα. Στο μοντέλο αυτό, συνεπάγεται ότι οι συμπεριφορές υγείας υπόκεινται στο βουλητικό έλεγχο.

2.2.4.2 Θεωρία προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Theory of planned behaviour) Ωστόσο, η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς (Ajzen, 1985; 1991) αναγνωρίζει ότι μερικές συμπεριφορές δεν υπόκεινται στον ελεύθερο και βουλητικό έλεγχο των ατόμων και συνεπώς, το μοντέλο αυτό έχει μία επιπρόσθετη μεταβλητή, τον «αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο», που αναφέρεται στην αντίληψη που έχει ένα άτομο για τον έλεγχο που ασκεί (ή που δεν ασκεί) στη συμπεριφορά του, ενώ παράλληλα ενσωματώνει, με υποσυνείδητο τρόπο, τις επιτυχίες και τα εμπόδια του παρελθόντος, στην υπό εξέταση συμπεριφορά. Η προσθήκη του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου είναι σημαντική καθώς η συγκεκριμένη δομή μπορεί να επηρεάσει ανεξάρτητα τις προθέσεις και τις συμπεριφορές των ατόμων. Το μοντέλο που απεικονίζεται στην Εικόνα 2.7, αν και πρόκειται για μία πολύ διαδεδομένη έρευνα στον τομέα της ψυχολογίας της υγείας, αποτυγχάνει να αναγνωρίσει τη σημασία της πολιτισμικής παράδοσης και της θρησκείας, που αποτελούν σημαντικές μεταβλητές, καθώς καθορίζουν μερικές συμπεριφορές υγείας.

2.2.4.3 Μοντέλο πληροφόρησης – κινήτρων – συμπεριφορικών δεξιοτήτων (Information motivation behavioural skills model, μοντέλο IBM) Το μοντέλο IBM (Fisher and Fisher, 1992, 2000) παρουσιάζεται στην Εικόνα 2.8 και ενσωματώνει πληροφόρηση, κίνητρα και συμπεριφορικές δεξιότητες. Σύμφωνα με τα όσα ορίζει το συγκεκριμένο μοντέλο, το άτομο, προτού δράσει, χρειάζεται την παροχή σχετικών πληροφοριών. Για παράδειγμα, οι πληροφορίες αναφορικά με τη συμπεριφορά υγείας μπορούν να διευκολύνουν την υιοθέτηση μίας προληπτικής συμπεριφοράς. Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι η ύπαρξη κινήτρου με σκοπό την υιοθέτηση μίας συγκεκριμένης συμπεριφοράς είναι αναγκαία προϋπόθεση για τη διαμόρφωση προληπτικών συμπεριφορών ή για την προαγωγή υγιεινών συμπεριφορών. Τέλος, οι κατάλληλες συμπεριφορικές δεξιότητες είναι



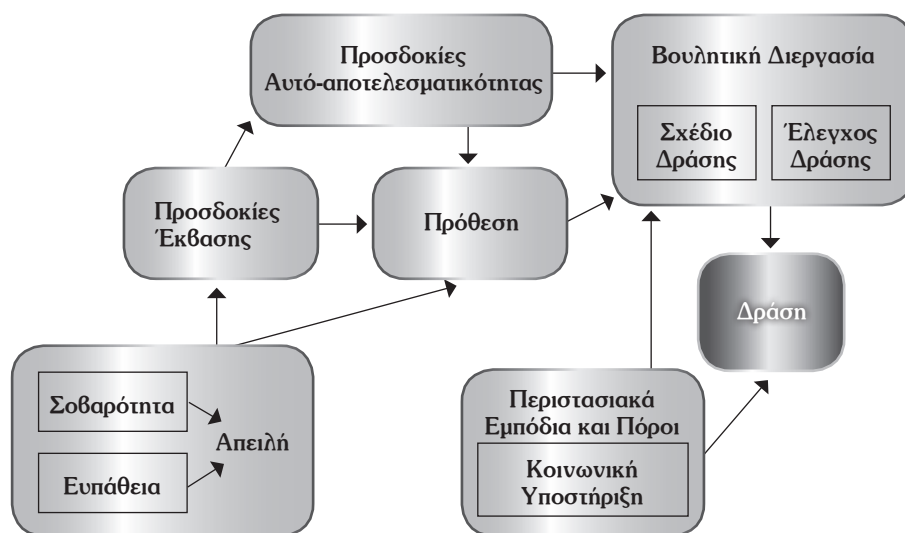
Εικόνα 2.7 Η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς (από Ajzen, 1985, 1991).



Εικόνα 2.8 Μοντέλο πληροφόρησης-κινήτρων-συμπεριφορικών δεξιοτήτων (από Fisher and Fisher, 1992; 2000).

απαραίτητες ώστε το άτομο να δράσει αποτελεσματικά ή να αποφύγει προβληματικές συμπεριφορές με σκοπό τη διασφάλιση της ευεξίας. Η τελευταία από αυτές τις τρεις δομές, οι συμπεριφορικές δεξιότητες, επικεντρώνεται στην αυτο-αποτελεσματικότητα των ατόμων για την ενίσχυση της υγείας ή την αποφυγή επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας. Το μοντέλο αυτό αναγνωρίζει ένα σύνολο τροποποιητικών μεταβλητών, όπως η ψυχολογική υγεία του ατόμου, οι συνθήκες διαβίωσης, η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και η χρήση ουσιών ή ο εθισμός.

2.2.4.4 Το μοντέλο διαδικασίας δράσης για την υγεία (Health action process model), Το μοντέλο της διαδικασίας δράσης για την υγεία (HAPA, Schwartz, 1992) βασίζεται στην κατανόηση, εκ μέρους του ατόμου, των πρόσκαιρων συμπεριφορών και πεποιθήσεων, με την αυτο-αποτελεσματικότητα να συμβάλει στις συμπεριφορικές προθέσεις και στις πραγματικές συμπεριφορές. Το μοντέλο αυτό βασίζεται σε τρεις κύριες έννοιες, που έχουν ενσωματωθεί σε προηγούμενα μοντέλα, και οι οποίες θα καθορίσουν την πρόθεση ενός ατόμου για δράση. Οι έννοιες αυτές είναι οι εξής:



Εικόνα 2.9 Προσέγγιση διαδικασίας δράσης για την υγεία (από Schwartz, 1992).

- Αυτο-αποτελεσματικότητα
- Προσδοκίες έκβασης (συμπεριλαμβανομένων και των προσδοκιών για τις κοινωνικές εκβάσεις)
- Εκτίμηση απειλής

Το μοντέλο αυτό βελτιώνεται από την ενσωμάτωση α) ενός σταδίου δράσης, β) ενός γνωστικού παράγοντα, γ) ενός στοιχείου ελέγχου της δράσης, δ) της κοινωνικής υποστήριξης και ε) των περιστασιακών εμποδίων (θεωρητικών ή πραγματικών). Στόχος του μοντέλου είναι να γεφυρώσει το γνωστό χάσμα ανάμεσα στις προθέσεις και στη συμπεριφορά, χαρακτηριστικό γνώρισμα που βάζει σε μειονεκτική θέση τα περισσότερα από τα υπόλοιπα μοντέλα (βλ. Εικόνα 2.9).

Τα μοντέλα έχουν περιορισμένη προβλεψιμότητα, αλλά παρέχουν ένα δομημένο τρόπο για περαιτέρω έρευνα σε διαφορετικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Ωστόσο, το χάσμα ανάμεσα στην πρόθεση και στη συμπεριφορά, δεν γεφυρώνεται πάντοτε σε όλα τα μοντέλα, καθώς πολυάριθμοι παράγοντες επηρεάζουν τόσο τις προθέσεις των ατόμων όσο και τον τρόπο συμπεριφοράς τους.

Εντούτοις, σύμφωνα με μία μετα-ανάλυση που περιελάμβανε 94 μελέτες της επίδρασης της πρόθεσης σε πολυάριθμους συμπεριφορικούς στόχους, βρέθηκε ότι η πρόθεση είχε μία εύλογη επίδραση (μέτρια έως υψηλή) στην επίτευξη του στόχου (ή στη συμπεριφορά) (Gollwitzer and Sheeran, 2006).

Μερικοί τομείς, στα πλαίσια της ψυχολογίας της αναπαραγωγικής υγείας, έχουν ωφεληθεί από τα μοντέλα με αντικείμενο την ψυχολογία της υγείας. Τα μοντέλα αυτά αξιοποιήθηκαν στα ερευνητικά πλαίσια τομέων, όπως οι έρευνες για τον HIV και το AIDS, τις συμπεριφορές αντισύλληψης και τη δωρεά γαμετών.

2.3 Μεταβάλλοντας το Επίπεδο Υγείας

Υπάρχει ένα σύνολο παραγόντων που επηρεάζει τη μεταβαλλόμενη φύση των πιο κυρίαρχων παθήσεων καθώς και τις μεταβολές στο προσδόκιμο ζωής ή επιβίωσης (Whelan, 1988). Σε αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνονται: η αύξηση του ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων (απομόνωση αιτιολογικών παραγόντων, εμβολιασμός, αντιμικροβιακά σκευάσματα), η βελτίωση της υγιεινής, οι φαρμακολογικές εξελίξεις, οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η βελτιωμένη εκπαίδευση, οι εξελίξεις στη γεωργία, οι διατροφικές αλλαγές και η εξέλιξη στα συστήματα αποχέτευσης και διάθεσης αποβλήτων. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν είναι οι παροχές ασθενοείας που επιδοτούνται από κυβερνητικά προγράμματα σε πολλές χώρες του δυτικού κόσμου, η εξέλιξη της τεχνολογίας, καθώς και η βελτίωση των διαγνωστικών συστημάτων και των θεραπευτικών μεθόδων. Η υγεία συσχετίστηκε σε παγκόσμιο επίπεδο με την ικανότητα για εργασία.

Ωστόσο, παράλληλα με τη μεταβαλλόμενη φύση ή την εξάλειψη πολλών από τις κυρίαρχες παθήσεις, παρατηρείται και μία αύξηση στην (αναπαραγωγική) νοσηρότητα και θνησιμότητα, που σχετίζεται με τις συμπεριφορές του τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και οι διατροφικοί παράγοντες, καθώς και ο καθιστικός τρόπος ζωής, που οδηγεί στην παχυσαρκία. Συγκεκριμένα, η παχυσαρκία θεωρείται ο μοναδικός σημαντικότερος παράγοντας που σχετίζεται με τις χρόνιες παθήσεις και το θάνατο (WHO, 2004). Σήμερα, γνωρίζουμε πλέον ότι αυτοί οι παράγοντες δεν αποτελούν απλά προβλήματα για το άτομο, αλλά ενδέχεται να αποδοθούν α) σε άλλους κοινωνικοπεριβαλλοντικούς παράγοντες (Zhang and Wang, 2004) που κυριαρχούν τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες (Monteiro, Conde and Popkin, 2002), όπως και β) σε ατομικές διαφορές που παρατηρούνται σε στάσεις, πεποιθήσεις, συμπεριφορές, στην ψυχολογική κατάσταση και στα γενετικά χαρακτηριστικά.

2.4 Έννοιες που Χρησιμοποιούνται στην Ψυχολογία της Υγείας

Οι ψυχολογικές έννοιες που μελετήθηκαν στα πλαίσια της ψυχολογίας της υγείας είναι πολυάριθμες και περιλαμβάνουν την αυτο-αποτελεσματικότητα, τη γνωστική ασυμφωνία, τα στερεότυπα, την αντίληψη του κινδύνου και τα θέματα ταυτότητας (βλ. Πίνακα 2.6).

Κάθε μία από αυτές τις έννοιες χρησιμοποιούνται στην καθημερινή ορολογία για την περιγραφή χαρακτηριστικών, συμπεριφορών και στάσεων που διαφοροποιούνται μεταξύ των ατόμων.

Οι έννοιες αυτές συναντώνται μεμονωμένα ή αλληλεπιδρούν με πολλούς τρόπους. Για παράδειγμα, η εσωτερική εστίαση ελέγχου έχει συσχετισθεί με την αυτο-αποτελεσματικότητα (Wood and Bandura, 1989) ενώ η εξωτερική εστίαση ελέγχου ομοιάζει περισσότερο με την παθητικότητα και την επίκτητη αδυναμία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ	
Στερεότυπα	Τα στερεότυπα αναφέρονται στις πάγιες νοητικές εντυπώσεις που έχουν διαμορφώσει οι άνθρωποι για άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Συχνά, χρησιμοποιείται για το στιγματισμό ατόμων που ανήκουν σε συγκεκριμένες κατηγορίες.
Στιγματισμός	Ο στιγματισμός αναφέρεται συνήθως σε σοβαρή κοινωνική αποδοκιμασία των χαρακτηριστικών ή των συμπεριφορών ενός ατόμου, που αντιτίθενται στα πολιτισμικά πρότυπα και στις αξίες.
Ατομικότητα	Η ατομικότητα (ή ατομική ταυτότητα) αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει ότι έχει μία μοναδική ταυτότητα.
Αυτο-αποτελεσματικότητα	Η αυτο-αποτελεσματικότητα ή η αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην πεποίθηση ενός ατόμου αναφορικά με την ικανότητά του να ενεργεί με συγκεκριμένο τρόπο. Για παράδειγμα, η έννοια αυτή αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου ότι έχει την ικανότητα να υιοθετεί μία συμπεριφορά ασκώντας επιρροή στα γεγονότα της ζωής του. Συνεπώς, η αυτο-αποτελεσματικότητα καθορίζει τον τρόπο σκέψης, τα συναισθήματα, τα κίνητρα αλλά και τις συμπεριφορές των ατόμων.
Εστίαση ελέγχου	Η εστίαση ελέγχου είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που αντανakλά τις πεποιθήσεις ενός ατόμου σχετικά με το εάν τα γεγονότα υπόκεινται στο δικό του έλεγχο (εσωτερική εστίαση ελέγχου) ή υπόκεινται στον έλεγχο άλλων ισχυρών ατόμων ή εξωτερικών παραγόντων (εξωτερική εστίαση ελέγχου) (Rotter, 1966, 1990).
Αίσθηση συνοχής	Η αίσθηση συνοχής αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να αντιλαμβάνεται ένα στρεσογόνο παράγοντα ως σαφή, διαχειρίσιμο και σημαντικό (Engelhard, van den Hout & Vlaeyen, 2003, σελ. 80).
Αντοχή	Η αντοχή αναφέρεται στα άτομα που έχουν α) ισχυρή αίσθηση δέσμευσης προς τον εαυτό τους, β) μία στάση εγρήγορσης προς το περιβάλλον και γ) ανεπτυγμένη την αίσθηση ότι η προσπάθεια αξίζει τον κόπο (Kobasa, 1979, σελ.1)
Προσαρμοστικότητα	Η προσαρμοστικότητα αναφέρεται στη διατήρηση της θετικής προσαρμογής παρά τις βιωματικές εμπειρίες σημαντικών αντιξοοτήτων (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000)
Κοινωνική υποστήριξη	Στα πλαίσια της κοινωνικής υποστήριξης περιλαμβάνονται η φυσική (σωματική), κοινωνική ή συναισθηματική άνεση που παρέχει στα άτομα η οικογένεια, αλλά και το φιλικό ή το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Η κοινωνική υποστήριξη βοηθά τα άτομα να νιώσουν ότι ανήκουν κάπου, και ότι είναι μέλη μίας οικογένειας ή μίας κοινότητας. Μέσω της κοινωνικής υποστήριξης, τα άτομα αισθάνονται ότι οι υπόλοιποι ενδιαφέρονται για εκείνα.
Γεγονότα ζωής	Τα γεγονότα της ζωής αναφέρονται στα θετικά και αρνητικά γεγονότα που πραγματοποιούνται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου.
Επικτήτη αδυναμία	Τα άτομα μπορούν να συμπεριφέρονται ως αδύναμα ακόμη και όταν παρουσιάζονται ευκαιρίες για να αποφύγουν δυσάρεστες ή επιβλαβείς συνθήκες (Seligman, 1975)
Αντίληψη κινδύνου	Η αντίληψη του κινδύνου αναφέρεται στον υποκειμενικό τρόπο με τον οποίο τα άτομα κρίνουν τα χαρακτηριστικά και τη σοβαρότητα ενός κινδύνου ή μίας απειλής.

2.5 Stress, Αντιμετώπιση και Εκτίμηση

Οι Lazarus και Folkman διαμόρφωσαν μία θεωρία για το ψυχολογικό stress και την αντιμετώπισή του (1984). Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι τα άτομα χρησιμοποιούν τη γνωστική εκτίμηση όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν μία στρεσογόνο κατάσταση, συμπεριλαμβανομένων των προκλήσεων της αναπαραγωγικής υγείας, όπως η υπογονιμότητα και η αποβολή. Η γνωστική εκτίμηση περιλαμβάνει το πρωτογενές και δευτερογενές στάδιο τα οποία χρησιμοποιούνται για την εξακρίβωση της σημασίας μίας στρεσογόνου κατάστασης για ένα άτομο. Στα πλαίσια της πρωτογενούς εκτίμησης το άτομο λαμβάνει υπόψη του τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της δεδομένης κατάστασης στο ίδιο ή σε άλλα σημαντικά για αυτό άτομα. Στα πλαίσια της δευτερογενούς εκτίμησης, το άτομο μελετά πιθανές λύσεις προκειμένου να προσπαθήσει και τελικά να βελτιώσει την κατάσταση. Συνεπώς, η δευτερογενής εκτίμηση συνιστά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει το stress. Οι Lazarus και Folkman (1984) όρισαν την αντιμετώπιση αυτή ως «τις διαρκώς μεταβαλλόμενες γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες που επιστρατεύονται ώστε το άτομο να διαχειριστεί συγκεκριμένες εξωτερικές και/ή εσωτερικές απαιτήσεις που εκτιμώνται ότι υπερβαίνουν τους πόρους του ατόμου αυτού».

Ο ορισμός αυτός εμπεριέχει τα εξής τρία κύρια χαρακτηριστικά: α) επικεντρώνεται στις σκέψεις και στις συμπεριφορές του ατόμου που βιώνει stress (λαμβάνει υπόψη τα ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία), β) ο τρόπος αντιμετώπισης είναι εξατομικευμένος καθώς επηρεάζεται από ατομικές και περιστασιακές μεταβλητές και γ) δεν υπάρχουν προηγούμενες παραδοχές όσον αφορά το τι συνιστά καλό ή κακό τρόπο αντιμετώπισης (αποτελεί μία κυκλική διεργασία που συνεχώς αναθεωρείται). Η λειτουργία του τρόπου αντιμετώπισης είναι να ρυθμίζει τα στρεσογόνα συναισθήματα (τρόπος αντιμετώπισης που επικεντρώνεται στο συναίσθημα) και να τροποποιεί το περιβάλλον που προκαλεί αυτό το stress (τρόπος αντιμετώπισης που επικεντρώνεται στο πρόβλημα), (Folkman *et al.*, 1986).

Ωστόσο, ο τρόπος αντιμετώπισης του stress είναι σύνθετος και παρότι έχει οριστεί και έχει διερευνηθεί επαρκώς, διασταυρώνεται με άλλες παρόμοιες δομές, όπως η προσαρμοστικότητα και η γενικότερη κατάσταση ευεξίας (Beutler, Moos and Lane, 2003; Roesch and Weiner, 2001) ενώ παράλληλα του έχει αποδοθεί η έννοια μίας πολυδιάστατης διεργασίας που χρήζει περαιτέρω θεωρητικής ανάπτυξης (Aldwin and Park, 2004). Εντούτοις, ένα μεγάλο μέρος της έρευνας που αφιερώθηκε στην αναπαραγωγική υγεία, έχει χρησιμοποιήσει συνιστώσες του τρόπου αντιμετώπισης σε συνάρτηση με αναπαραγωγικές διαταραχές, όπως η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, της εγκυμοσύνης, του προσυμπτωματικού ελέγχου στην εγκυμοσύνη, της αποβολής και της έκτρωσης, αλλά και του γονεϊκού ρόλου και της εμμηνόπαυσης, με τελικό σκοπό την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας και παρέμβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.7 ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΥΓΕΙΑΣ (2006)

Περιοχή	Αριθμός χωρών	Εύρος	Συνολικό ποσοστό γονιμότητας ανά γυναίκα
Αφρική	46	1,7-7,3	4,9
Αμερική	35	1,5-4,3	2,5
Ανατολική Μεσόγειος	21	1,9-7,2	3,4
Ευρώπη	52	1,2-3,5	1,7
Βορειο-ανατολική Ασία	11	1,8-6,7	2,8
Χώρες του δυτικού Ειρηνικού	26	1,2-4,2	2,9

2.6 Δια-πολιτισμικές Διαφορές

Οι γεωγραφικές και πολιτισμικές διαφορές στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία είναι σημαντικές και συχνά παραγκωνίζονται στην έρευνα αλλά και κατά τη διαμόρφωση των θεωριών. Δυστυχώς, αυτή η τακτική δεν είναι σωστή, εάν αναλογιστεί κανείς τις μετεγκαταστάσεις, τον εκπολιτισμό της μετανάστευσης και την ενσωμάτωση των μαζών, καθώς και το διαχωρισμό συγκεκριμένων φυλετικών και εθνικών ομάδων. Οι δια-πολιτισμικές διαφορές έχουν αναγνωριστεί σε πολλούς τομείς της ψυχολογίας της αναπαραγωγικής υγείας. Παράδειγμα αποτελεί η σεξουαλική και αναπαραγωγική ελευθερία που καθορίζεται σε πολλούς πολιτισμούς μέσω θρησκευτικών περιορισμών, νόμων και κοινωνικά αποδεκτών κανονιστικών και στερεότυπων αξιών. Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία εκτιμώνται στις διάφορες πολιτισμικές, εθνικές και θρησκευτικές ομάδες. Παρά το γεγονός αυτό, η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας μπορεί να περιοριστεί λόγω πολιτισμικών επιταγών, όπως καθίσταται εμφανές στο παράδειγμα της περιτομής, του ακρωτηριασμού των γυναικείων γεννητικών οργάνων και των πολιτισμών που δεν υιοθετούν τη δυτική ιατρική αλλά στηρίζονται στη λαογραφία, στη μαγεία και σε άλλες τοπικές ή εθνικές παραδόσεις. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2006) δημοσίευσε στατιστικά στοιχεία αναφορικά με τα ποσοστά γονιμότητας ανά γυναίκα σε διαφορετικές περιοχές ανά τον κόσμο. Στον Πίνακα 2.7 συνοψίζονται με ακρίβεια οι γεωγραφικές διαφορές για το έτος 2006.

Τα στοιχεία αυτά ανέδειξαν εντυπωσιακές διαφορές μεταξύ διαφόρων γεωγραφικών περιοχών σε παγκόσμιο επίπεδο, αλλά και μέσα στα πλαίσια αυτών: εντός της Ευρώπης, η διακύμανση αλλά και τα ποσοστά γονιμότητας ανά γυναίκα ήταν στη χαμηλότερη θέση, ενώ στις αφρικανικές χώρες, η διακύμανση και τα ποσοστά γονιμότητας ανά γυναίκα ήταν στην υψηλότερη θέση. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην Αφρική, περιλαμβάνονται 46 χώρες ενώ στην Ευρώπη 53 χώρες. Είναι πιθανό αυτές οι γεωγραφικές διαφορές να αντανakλούν τη

διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών του συστήματος φροντίδας υγείας, τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες, καθώς και τους εκπαιδευτικούς, επαγγελματικούς και οικονομικούς παράγοντες, μερικοί εκ των οποίων παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 1.

2.7 Ηθικά Ζητήματα

Η ψυχολογία της αναπαραγωγικής υγείας υπόκειται σε έντονα ηθικά ζητήματα και διλήμματα. Αυτό συμβαίνει καθώς, η πολιτεία, αλλά και τα πολιτικά, οικονομικά, εκπαιδευτικά συστήματα καθώς και τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας, όπως επίσης και τα άτομα που ανήκουν σε διάφορες κοινωνικές, πολιτισμικές, εθνικές και ηλικιακές ομάδες, έχουν την ευθύνη να συμμετέχουν στη διατήρηση της δικής τους υγείας και ευεξίας, καθώς και των άλλων ατόμων. Η αυτονομία του ατόμου και του ασθενούς πρέπει να σταθμιστεί έναντι του συμφέροντος της κοινωνίας και του κόστους και οφέλους για το σύστημα φροντίδας υγείας.

Η συμβουλευτική και η παροχή υποστήριξης στη φροντίδα υγείας και στο εκπαιδευτικό περιβάλλον διασταυρώνονται με τα ηθικά ζητήματα, που αναλύονται και παρακάτω. Η παροχή πληροφόρησης και υποστήριξης σε άτομα και ομάδες είναι σύμφυτη με πολλές από τις ευθύνες των επαγγελματιών υγείας. Η ενημέρωση παρέχει δύναμη και τη δυνατότητα λήψης ενημερωμένων αποφάσεων. Η παρουσίαση μεθόδων λήψης αποφάσεων στα άτομα, πρέπει να εξυπηρετεί με τον καλύτερο τρόπο τα συμφέροντα των ατόμων.

Ωστόσο, αυτό μπορεί να μην ισχύει σε περίπτωση που οι κακές συνήθειες του τρόπου ζωής ενός ατόμου προκύπτουν από εθισμούς, όπως το κάπνισμα ή από διατροφικούς εθισμούς. Σε αυτήν την περίπτωση, ίσως χρειασθούν τροποποιήσεις της συμπεριφοράς μέσω παρότρυνσης ώστε να αντιμετωπισθεί οποιαδήποτε ανθυγιεινή συνήθεια του ατόμου (στο παρόν ή στο μέλλον). Συνεπώς, στα πλαίσια της αυτονομίας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και ποικίλοι ηθικοί προβληματισμοί.

Σε μερικές από τις κυρίαρχες συμπεριφορές του τρόπου ζωής, που επηρεάζουν αρνητικά την αναπαραγωγική υγεία (όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία), υπάρχει μία κοινωνικοοικονομική διάσταση. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να επιστρατευτεί μεγαλύτερη προσπάθεια για την εκπαίδευση των πληθυσμών χαμηλού κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου. Η ευθύνη της αναπαραγωγικής υγείας επαφίεται στη διακριτική ευχέρεια του κάθε ατόμου, αν και προκειμένου να αποκτήσουν την ευθύνη αυτή, τα άτομα θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στην εκπαίδευση υγείας.

Δυσκολίες προκύπτουν όταν άτομα που κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, ή που είναι εθισμένα στο κάπνισμα ή στο αλκοόλ, ή πάσχουν από νοσογόνο παχυσαρκία, αναζητούν υπηρεσίες υποστήριξης για την αναπαραγωγική υγεία. Το κόστος, το όφελος και οι κίνδυνοι που απορρέουν από τη θεραπεία ή τη φροντίδα υγείας για τα άτομα αυτά και τους απογόνους τους, που ενδέχεται να διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο, πρέπει να σταθμιστούν έναντι της αυτονομίας του

ατόμου. Η διάκριση δεν αποτελεί επιλογή, ενώ η αιτιολόγηση των δαπανών για τη φροντίδα υγείας των ατόμων που διάγουν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής, αλλά και για τους απογόνους τους (που διατρέχουν κίνδυνο), πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης. Ένας άλλος προβληματισμός αναφορικά με την τροποποίηση του τρόπου ζωής είναι το γεγονός ότι οποιαδήποτε προσπάθεια αλλαγής των ανθυγιεινών συνηθειών, χρειάζεται χρόνο. Όταν τα άτομα με επηρεασμένη αναπαραγωγική λειτουργία εμφανίζονται στις κλινικές για θεραπεία, όπως για παράδειγμα τα άτομα που παρουσιάζουν υπογονιμότητα ή επαναλαμβανόμενα επεισόδια αυτόματων αποβολών, λόγω των ανθυγιεινών συνηθειών του τρόπου ζωής, ο χρόνος που απαιτείται για να αναστραφούν οι επιδράσεις π.χ του καπνίσματος, κυλά σε βάρος των ποσοστών επιτυχίας επειδή καθυστερεί η αντιμετώπιση.

Οι Schenker και Eisenberg (1997) συνέταξαν ένα άρθρο αμφισβητώντας τα ηθικά ζητήματα που εγείρονται αναφορικά με το «δικαίωμα τεκνοποίησης ή αναπαραγωγής» και ιδίως το πόσο ηθικά αποδεκτή θεωρείται η εμπλοκή της επιστήμης στην αναπαραγωγική διαδικασία. Έλαβαν υπόψη τους α) τα θέματα της επιλογής και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως αναφέρονται στις συμβάσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα, και β) την επιλογή μίας γυναίκας να συνευρεθεί σεξουαλικά, να χρησιμοποιήσει αντισύλληψη αλλά και την ελεύθερη επιλογή της να μείνει έγκυος. Η ελευθερία επιλογής δεν είναι πάντοτε αυτονόητη είτε στις κοινωνίες του αναπτυσσόμενου είτε του ανεπτυγμένου κόσμου, και τα θέματα αυτά εμπίπτουν στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, που υπόκειται σε αυστηρούς κανόνες σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα ανθρώπινα δικαιώματα δεν είναι μόνο σημαντικά για την ασφάλεια της πρακτικής και των παρεμβάσεων, αλλά έχουν και κοινωνικές συνέπειες. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, παρατηρούνται διαφορές στα νομοθετικά πλαίσια των διαφόρων κρατών σχετικά με την άδεια ή τον έλεγχο των αναπαραγωγικών παρεμβάσεων, όπως η έκτρωση και η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Η εξωσωματική γονιμοποίηση (In Vitro Fertilization – IVF – ΕΣΓ) είναι αποδεκτή στα πλαίσια του γάμου από χριστιανικά δόγματα, τον Ιουδαϊσμό, τον Ινδουισμό, το Βουδισμό και τον Ισλαμισμό, (Schenker, 1992), παρά το γεγονός ότι άλλες μορφές υποβοηθούμενης από τρίτο πρόσωπο σύλληψης (όπως η δωρεά γαμετών και η παρένθετη μητρότητα) εγείρουν περισσότερες ενστάσεις. Τα ρωμαιοκαθολικά δόγματα δεν αποδέχονται την εξωσωματική γονιμοποίηση καθώς η κλινική διαδικασία διαχωρίζει τη σεξουαλική συνεύρεση από την αναπαραγωγή (Σύνοδος της Πίστεως, Congregation of Faith, 1987). Αυτή η πεποίθηση σχετίζεται γενικά με διαφωνίες ως προς την αδιευκρίνιστη ηθική κατάσταση (moral status) του εμβρύου (Schenker, 1993).

Ηθικά μεμπτή θεωρείται και η διενέργεια μεθόδων όπως ο βιοϊατρικός έλεγχος, καθώς και η χρήση εμβρυϊκού ιστού, ωοκυττάρων, εμβρύων, αίματος από τον ομφάλιο λώρο και άλλων ιστών, χωρίς να έχει προηγηθεί η επαρκής ενημέρωση των γυναικών που συμμετέχουν στη διαδικασία αφαίρεσης των ιστών αυτών (Kent, 2008). Για παράδειγμα, οι κλινικοί ιατροί προμηθεύονται αυτά τα είδη ιστών για τους βιοϊατρικούς επιστήμονες που ενδέχεται να τα χρησιμοποιήσουν στην έρευνα για τα βλαστοκύτταρα. Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες

ΠΛΑΙΣΙΟ 2.1 ΔΙΑΛΕΚΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

- Επίσημη συμβουλευτική
- Επαγγελματική συμβουλευτική σε κάποιον με κοινωνικά ή προσωπικά προβλήματα
- Παροχή βοήθειας και καθοδήγησης σε ένα άτομο προκειμένου να λύσει προσωπικά προβλήματα

δεν παρέχουν ένα νομικό πλαίσιο, αλλά οριοθετούν ένα σύνολο προβληματισμών (Pfeiffer and Kent, 2007), όπως για παράδειγμα το ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση δεν θα πρέπει να ενημερώνονται για το εάν ή με ποιον τρόπο θα χρησιμοποιηθεί το έμβρυο αυτό.

2.8 Συμβουλευτική, Συστάσεις και Υποστήριξη

Η παροχή συμβουλευτικής για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία έχει εξειδικευτεί και όσον αφορά το περιεχόμενό της είναι δυνατό να διαχωριστεί στη συμβουλευτική υποστήριξης και ενημέρωσης. Η πρώτη μορφή συμβουλευτικής βοηθά τα άτομα να συμβιβαστούν με τα τρέχοντα θέματα που τα επηρεάζουν, ενώ η δεύτερη μορφή συμβουλευτικής επικεντρώνεται στην ενημέρωση και στη μετάδοση γνώσης με σκοπό να βοηθήσει τα άτομα να κατανοήσουν τις διεργασίες που εμπλέκονται στην κατάστασή τους, στη θεραπεία ή στις παρεμβάσεις, ή ακόμη και τις συνέπειες της θεραπείας και των παρεμβάσεων. Στο Πλαίσιο 2.1 παρατίθεται ο ορισμός της συμβουλευτικής.

Πλέον, γνωρίζουμε πολύ καλά τα οφέλη της συμβουλευτικής. Παράλληλα, ταυτόχρονα με αυτή τη συνειδητοποίηση, παρατηρούμε ότι το σύνολο των επαγγελματιών που παρέχουν συμβουλευτική έχει αυξηθεί, ενώ διατίθενται διπλώματα και πτυχία ως πιστοποιητικά εξειδίκευσης και επάρκειας σε ειδικούς και εξειδικευμένους τομείς. Η συμβουλευτική γάμου και πένθους συνιστούν μερικούς από τους πιο κοινούς τομείς εξειδίκευσης. Επίσης, υπάρχουν ειδικοί που παρέχουν συμβουλευτική για τον εκπαιδευτικό, ποιμαντικό (θρησκευτικό), ιατρικό και επαγγελματικό τομέα. Πλέον, ειδική συμβουλευτική παρέχεται ακόμη και για θέματα όπως η αναπαραγωγική υγεία, το πένθος, το τραύμα, το σεξ αλλά και η υπογονιμότητα.

Η συμβουλευτική διαφέρει από την ψυχοθεραπεία, παρά το γεγονός ότι εμπίπτουν σε παρόμοια θεωρητικά πλαίσια. Οι προσωποκεντρικές, οι λογικο-συναισθηματικές, οι συναλλακτικές, οι φεμινιστικές, οι ολιστικές καθώς και οι θεωρίες προσωπικής δόμησης ανήκουν τόσο στον τομέα της συμβουλευτικής όσο και της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας αλλά και της ψυχανάλυσης. Στο Πλαίσιο 2.2 παρουσιάζεται ο ορισμός της συμβουλευτικής σύμφωνα με τη Βρετανική Ένωση Συμβουλευτικής (British Association of Counselling – BAC).

Ο ρόλος του συμβούλου είναι να διευκολύνει το έργο του ατόμου με τέτοιον τρόπο ώστε να επιδεικνύει τον απαραίτητο σεβασμό στις προσωπικές αξίες, στους

ΠΛΑΙΣΙΟ 2.2 ΣΤΟΧΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ

- Στόχος της συμβουλευτικής είναι να παρέχει στο άτομο την ευκαιρία να ζει με έναν πιο ικανοποιητικό και αποδοτικό τρόπο.
- Η συμβουλευτική αναφέρεται τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και στη συνεργασία μεταξύ των ατόμων.
- Οι συγκεκριμένοι στόχοι της συμβουλευτικής θα εξαρτηθούν από τις ανάγκες του ατόμου.
- Η συμβουλευτική ενδέχεται να περιλαμβάνει α) ζητήματα ανάπτυξης και ωρίμανσης, β) την αντιμετώπιση και την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων, γ) τη λήψη αποφάσεων, δ) τον τρόπο αντιμετώπισης των αντιξοοτήτων, ε) την ανάπτυξη διορατικότητας ή γνώσης, στ) την ενασχόληση με τα συναισθήματα της εσωτερικής σύγκρουσης ή τη βελτίωση των σχέσεων με τους άλλους.

πόρους αλλά και στην ικανότητα αυτο-καθορισμού του ατόμου (BAC, 1990). Υπάρχουν πολλές παραλλαγές στον ορισμό της συμβουλευτικής, ανάλογα και με το θεωρητικό προσανατολισμό στον οποίο βασίζονται αλλά και στους επαγγελματικούς οργανισμούς που συναντώνται σε διαφορετικές χώρες.

Η συμβουλευτική σεξουαλικής υγείας είναι δυνατό να περιλαμβάνει τη σεξουαλική θεραπεία, που παρέχεται στα άτομα με σεξουαλικές δυσλειτουργίες, όπως η πρωτογενής ή η δευτερογενής ανικανότητα ή ο κολεόσπασμος ή άλλες ποικίλες σεξουαλικές διαταραχές αμφότερων των φύλων σχετικά με τη σεξουαλική επιθυμία ή τη διέγερση ή την έλλειψη οργασμού. Εξειδικευμένη ψυχοσεξουαλική συμβουλευτική παρέχεται σε άτομα με α) τις ανωτέρω διαταραχές ή ακόμη και με β) προβληματισμούς ή φοβίες αναφορικά με τη σεξουαλική υγεία, ή γ) με σύγχυση αναφορικά με το σεξουαλικό προσανατολισμό, αλλά και δ) σε άτομα που καλούνται να λάβουν απόφαση σχετικά με εκτρώσεις ή για άτομα που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση, καθώς και ε) σε άτομα που έχουν υποστεί βιασμό, στ) ήταν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, ζ) εμφανίζουν υπογονιμότητα ή η) έχουν διαμορφώσει ποικίλους γονεϊκούς προβληματισμούς.

Αν και πολλά άτομα δεν αναζητούν ποτέ βοήθεια ή δεν λαμβάνουν υπηρεσίες συμβουλευτικής για τη σεξουαλική ή αναπαραγωγική υγεία, ωστόσο οι υπηρεσίες αυτές και η προσβασιμότητα στη συμβουλευτική σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, θα έπρεπε υπό ιδανικές συνθήκες να είναι διαθέσιμη προς όλους. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν πολυτέλεια και δεν υποστηρίζονται από τα συστήματα φροντίδας υγείας. Στη Δύση, και ιδίως στις Η.Π.Α., η συμβουλευτική είναι ευρέως διαθέσιμη και χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό.

Ωστόσο, δεν είναι χρήσιμο να αντιμετωπίσουμε τη συμβουλευτική ως μία επιπρόσθετη υπηρεσία υποστήριξης, καθώς η μη θεραπεία των ψυχολογικών προβλημάτων ή προβληματισμών των ατόμων αναφορικά με τη σεξουαλική ή αναπαραγωγική τους υγεία ενδέχεται να επιφέρει σοβαρές και μακροπρόθεσμες συνέπειες στην υγεία.

Αυτές οι μακροπρόθεσμες καταστάσεις stress και άγχους μπορούν να καταστούν διαχειρίσιμες από ψυχοφαρμακολογικούς παράγοντες, που είναι πιο δαπανηροί σε μακροπρόθεσμη βάση και πιο πιθανό να καταστούν λιγότερο αποτελεσματι-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.8 ΠΟΙΟΤΙΚΑ, ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

<i>Ποιοτικές μέθοδοι</i>	<i>Ποσοτικές μέθοδοι</i>	<i>Πειραματικές μέθοδοι</i>
Ανάλυση λόγου	Μελέτη	Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες
Θεμελιωμένη θεωρία	Ερωτηματολόγιο	Πειραματικά σχέδια
Ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση		Ημι-πειραματικές μέθοδοι
Θεματικές αναλύσεις		

κοί, καθώς επικαλύπτουν αλλά δεν αντιμετωπίζουν τα υποκείμενα προβλήματα.

Τα προβλήματα στα πλαίσια ενός γάμου που σχετίζονται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία, τα θέματα γονιμότητας ή οι καταχρηστικές σεξουαλικές συμπεριφορές (σε περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης) έχουν αρνητικές συνέπειες σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο. Η πρωτογενής φροντίδα δεν είναι ακόμη επαρκώς ανεπτυγμένη ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της ψυχολογικής υγείας του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται.

Το φαινόμενο αυτό οφείλεται εν μέρει, στο γεγονός ότι τα ίδια τα άτομα είναι απρόθυμα να αποκαλύψουν τα σεξουαλικά ή αναπαραγωγικά τους προβλήματα λόγω φόβου στιγματισμού ή από αμηχανία. Συνεπώς, είναι δύσκολο για όσους διαμορφώνουν την πολιτική της πρωτογενούς φροντίδας υγείας, να καθορίσουν τις ακριβείς ψυχολογικές ανάγκες ή τις ανάγκες συμβουλευτικής για τη φροντίδα υγείας, στους τομείς που εξειδικεύονται.

2.9 Μεθοδολογίες

Η έρευνα για την ψυχολογία της υγείας εμπεριέχει μία σειρά από μεθοδολογικές προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν τόσο ποιοτικούς, όσο και ποσοτικούς και πειραματικούς σχεδιασμούς (βλ. Πίνακα 2.8). Όλες αυτές οι μεθοδολογίες έχουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους και χρησιμοποιούνται ανάλογα με το σχέδιο και τις ερωτήσεις που επιστρατεύονται στην έρευνα. Η πλήρης και περιεκτική ανάλυση διαφορετικών ερευνητικών σχεδίων και μεθοδολογιών καθώς και η εφαρμογή τους, δεν εμπίπτουν στο αντικείμενο του παρόντος συγγράμματος.

2.10 Περίληψη

Η έρευνα και η θεωρία της ψυχολογικής υγείας είναι ογκώδεις, καθώς χρησιμοποιούν όλες τις ερευνητικές μεθόδους, από μελέτες περιστατικών μέχρι και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες και από συστηματικές ανασκοπήσεις μέχρι μετα-αναλύσεις. Μερικές από αυτές τις μεθόδους έχουν εφαρμοσθεί σε

πολλά από τα ζητήματα αναπαραγωγικής υγείας που πραγματεύεται το παρόν σύγγραμμα. Η ψυχολογία της υγείας, ως επί το πλείστον, χρησιμοποιεί κοινή ορολογία και ευρέως γνωστές έννοιες για την περιγραφή α) των διεργασιών σκέψης, αλλά και των ατομικών χαρακτηριστικών, όπως η προσωπικότητα και οι γνωστικές δεξιότητες, καθώς και β) για την περιήγηση σε «συμπεριφορικές διαδρομές» που οδηγούν σε υγιεινές και ανθυγιεινές αναπαραγωγικές εκβάσεις. Η επιρροή της πολιτισμικής παράδοσης, της ηθικής, της εξωτερικής υποστήριξης και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στην αναπαραγωγική υγεία, είναι πλέον γνωστή, όπως φαίνεται και από το αντικείμενο των επόμενων κεφαλαίων.

2.11 Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Ajzen, I. (1985) From intention to actions: a theory of planned behaviour, in *Action-Control: From cognition to behaviour*, (eds J. Kuhl and J. Beckman), Springer, Heidelberg, pp. 11-39.
- Ajzen, I. (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Aldwin, CM. and Park, C.L. (2004) Coping and physical health outcomes: an overview. *Psychology and Health*, 19, 2 77-281.
- BAC (1990) *Code of ethics and practice for counsellors (AGM/9/90)*, Rugby: BAC.
- Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs. New York.
- Baron, R.M. and Kenny, D.A. (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 51, 1173-1182.
- Benyamini, Y., Leventhal, E.A. and Leventhal, H. (2003) Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health. *Social Science and Medicine* 56, 1661-1667.
- Beutler, L.E., Moos, R.H. and Lane, G. (2003) Coping, Treatment Planning, and Treatment Outcome: Discussion. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1151-1167.
- Congregation for the Doctrine of the Faith, (1987) *Instruction on Respect for Human Life in its Origin and on the Dignity of Procreation Replies to Certain Questions of the Day*, Vatican (22 February 1987), <[http:// www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/it_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/it_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_en.html)> [accessed 21 September 2011].
- Descartes Rene (1984-1991) *The Philosophical Writings of Descartes*, trans. John Cottingham, Robert Stoothoff, Dugald Murdoch and Anthony Kenny, Cambridge University Press, 3 vols.
- Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 29-36.
- Engelhard, I.M., van den Hout, M.A. and Vlaeyen, J.W.S. (2003) The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: A prospective study. *Behavioral Medicine* 29, 80-84.

- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention and Behaviour: An introduction to theory and research*, Addison-Wesley, Reading: MA.
- Fisher, J.D. and Fisher, W.A. (1992) Changing AIDS risk behaviour. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fisher, J.D. and Fisher, W.A. (2000) Individual level theories of HIV risk behaviour change, in *Handbook of HIV Prevention*, (eds J. Peterson and R. DiClemente), Plenum, New York, pp. 3-53.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C. *et al.* (1986) Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Freud, S. and Breuer, J. (1895) Studies on hysteria, in *Standard Edition*, Vol. 2, pp. 1-335.
- Gollwitzer, P.M. and Sheeran, P. (2006) Implementation intentions and goal achievement: A meta analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69-119.
- Karpozilos, A. and Pavlidis, N. (2004) The treatment of cancer in Greek Antiquity. *European Journal of Cancer* 40, 2033-2040.
- Kelly, H.H. (1967) Attribution theory in social psychology, in *Nebraska Symposium on Motivation*, (ed. D Levine), University of Nebraska Press, Lincoln, NE, pp. 192-238.
- Kelly, H.H. (1971) *Attribution: Perceiving the causes of behaviour*, General Learning Press, New York.
- Kent, J. (2008) The fetal tissue economy: from the abortion clinic to the stem cell laboratory. *Social Science and Medicine*, 67, 1747-1756.
- Kobasa, S.C. (1979) Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York.
- Leventhal, H., Brissette, I. and Leventhal, E.A. (2003) The common sense model of self regulation of health and illness, in (eds L. Cameron and H. Leventhal), *The Self Regulation of Health and Illness Behaviour*, Routledge, London, pp. 42-65.
- Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980) The common sense representation of illness danger, *Medical Psychology*, 2, 7-30.
- Leventhal, H., Prochaska, T.R. and Hirschman, R.S. (1985) Preventive health behaviour across the life span, in (eds J.C. Rosen and L.J. Solomon), *Prevention in Health Psychology*. University Press of New England, Hanover NH.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. and Becker, B. (2000) The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Monteiro, C.A., Conde, W.L. and Popkin, B.M. (2002) Is obesity replacing or adding to over nutrition? Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutrition*, 5, 105-112.
- Ogden, J. (2007) *Health Psychology* 4th edn, McGraw Hill, Open University Press, p. 18.
- Pfeiffer, N. and Kent, J. (2007) Framing women, framing foetuses: how Britain regulated arrangements for the collection and use of aborted foetuses in stem cell research and therapies. *Biosocieties*, 2, 429-447.

- Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1983) Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Roesch, S.C. and Weiner, B. (2001) A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research* 50, 205-219.
- Rogers, R.W. (1983) Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation, in (eds J Caccioppo and R Petty) *Social Psychology: A source book*, Guilford Press, New York, pp. 153-176.
- Rosenstock, I.M. (1966) Why people use health services. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-124.
- Rotter, J.B. (1966) Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1.
- Rotter, J.B. (1990) Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.
- Schenker, J.G. (1992) Health care policies around the world: religious views regarding treatment of infertility by assisted reproductive technologies. *Journal of Assisted Reproductive Genetics*, 9, 1-8.
- Schenker, J.G. (1993) Pre-embryo: therapeutic approaches. *Annals of Medicine* 25, 265-270.
- Schenker, J.G. and Eisenberg, V.H. (1997) Ethical issues relating to reproduction control and women's health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 58, 167-176.
- Schwartz, R. (ed.) (1992) *Self Efficacy: Thought control of action*, Hemisphere, Washington DC.
- Seligman, M.E.P. (1975) *Helplessness: On Depression, Development, and Death*, W.H. Freeman, San Francisco.
- Steele, C.M. (1988) The psychology of self affirmation: sustaining the integrity of the self, in *Advances in Experimental Social Psychology*, 21 pp. 261-302, Academic Press, New York.
- Weinstein, N. (1987) Unrealistic optimism about illness susceptibility: conclusions from a community-wide sample, *Journal of Behavioural Medicine*, 10, 481-500.
- Whelan, H. (1988) Nature tourism. *Environmental Conservation* 15, 182.
- WHO (2004) Developing countries face double burden of disease. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 556.
- WHO (2006) *The World Health Report 2006: Working Together for Health*, Geneva/CH.
- Wood, R. and Bandura, A. (1989) Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review*, 14, 361-384.
- Zhang, Q. and Wang, Y. (2004) Trends in the association between obesity and socioeconomic status in US adults: 1971-2000. *Obesity Research*, 12, 1622-1632.