



Η θεωρία απόδοσης του ελέγχου της υγείας. Νεότερα δεδομένα

Πετρέλης Ματθαίος

Φυσικοθεραπευτής Τ.Υ.Π.Ε.Τ, MSc (c) Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

DOI: 10.5281/zenodo.1439155

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θεωρία της Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας αναφέρεται στη μέτρηση των πεποιθήσεων των ατόμων για τον καθορισμό ή όχι της υγείας από τις συμπεριφορές τους, μέσω της Πολυδιάστατης Κλίμακας που εισήγαγαν οι Wallston και συν. Η εσωτερική και η εξωτερική απόδοση (εσωτερική διάσταση και των δυο διαχωρισμένων εξωτερικών διαστάσεων του ελέγχου των «ισχυρών άλλων» και της μοίρας ή της τύχης) έχουν χρησιμοποιηθεί για την πρόβλεψη διαφόρων συμπεριφορών υγείας σε ένα μεγάλο πλήθος μελετών, όπως της άθλησης, της φροντίδας της στοματικής υγείας, της μείωσης του σωματικού βάρους, της πιστής τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής και της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς, με θετική συσχέτιση. Εντούτοις, η «Αχιλλείος πτέρνα» της θεωρίας της απόδοσης του ελέγχου της υγείας οφείλεται σε αδυναμίες του ίδιου του ερευνητικού εργαλείου (με την συνεχιζόμενη ανάπτυξη νέων υποκλιμάκων και την ανεξαρτησία των τριών της διαστάσεων), καθώς και στις σημαντικές αλληλεπιδράσεις άλλων σημαντικών ψυχοκοινωνικών συντελεστών όπως η ηλικία, το φύλο, η αξία της ζωής, η εθνικότητα, η θρησκευτικότητα, η κοινωνική συνοχή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να κρίνεται επιβεβλημένη η προσθήκη συστατικών στοιχείων και άλλων θεωρητικών μοντέλων (της αυτό-αποτελεσματικότητας, της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς κ.ά.), τα οποία έχουν φανεί να καλύπτουν και να εξηγούν καλύτερα και άλλες όψεις και πτυχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Λέξεις Κλειδιά: Πολυδιάστατη Κλίμακα Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας, συμπεριφορές υγείας, άθληση, αδυναμίες.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Πετρέλης Γ. Ματθαίος Σωκράτους 34, Άνω Λιόσια, Τ.Κ.13341, Τηλ.: 00306977275939, E-mail: matpetrelis@hotmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 17, Issue 4 (October - December 2018)

SPECIAL ARTICLE

The theory of health locus of control. Latest data

Petrelis Matthaïos

Physiotherapist T.Y.P.E.T, MSc (c) Health Management, Faculty of Social Sciences, Hellenic Open University, Greece

DOI: 10.5281/zenodo.1439155

ABSTRACT

The theory of Health Locus of Control (HLC) refers to measuring people' beliefs about whether or not health is determined by their behaviors through the Multidimensional Scale which introduced by Wallston et al. Internality and externality (internal and the two separated external dimensions of locus of control of "Powerful Others" and Chance) have been used as a predictor of various health behaviors in a large number of studies with a positive correlation, such as physical activity, medical teeth protection, diet, patients-doctors communication, medication adherence. Nevertheless, the Achilles' heel of HLC is due to weaknesses of the research tool itself (with the continual development of new subscales and the independence of its three dimensions), as well as the significant interactions of other psychosocial determinants, for instance age, gender, value of life, ethnicity, religiosity and social cohesion. In consequence, it is imperative to add and include components of other theoretical models (self-efficacy, the Theory of Planned Behavior etc.), which have been found to handle and clarify better other views and aspects of human behavior.

Keywords: Multidimensional Scale of Health Locus of Control, health behaviors, physical activity, weaknesses.

Corresponding author: Petrelis Matthaïos, Sokratous 34, Ano Liosia, 13341, Mob: 00306977275939, E-mail: matpetrelis@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εν γένει ανθρώπινη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία, τη διατήρηση και την προστασία αυτής ή την έκθεση της σε κίνδυνο, αποτελεί πρόκληση για τον χώρο της υγείας.¹ Σύμφωνα με το πρότυπο των Dahlgren και Whitehead, η σχέση συντελεστών και υγείας περιγράφεται με τη μορφή των στρώσεων ενός ουράνιου τόξου, όπου στο κέντρο βρίσκονται τα άτομα (προσωπικότητα και ατομικά χαρακτηριστικά) περιβαλλόμενα από τον τρόπο ζωής των ατόμων, τα κοινωνικά δίκτυα και την κοινωνική υποστήριξη-συννοχή, τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, το μορφωτικό επίπεδο και τέλος το γενικότερο πολιτικοοικονομικό, πολιτισμικό και φυσικό περιβάλλον.²

Για την διαφώτιση και εξήγηση των παραγόντων που διαμορφώνουν τις πεποιθήσεις, προθέσεις, στάσεις και συμπεριφορές που υιοθετούν τα άτομα, έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα από τους ψυχολόγους της υγείας, κυρίως κοινωνιογνωστικών όπως το μοντέλο των πεποιθήσεων, η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, η θεωρία της απόδοσης του ελέγχου της υγείας κ.ά. Τα μοντέλα αυτά υποστηρίζουν ότι ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται (αναπαριστούν) μια κατάσταση, όπως μια ασθένεια ή μια συνήθεια που συνδέεται με το επίπεδο υγείας, θα καθορίσει και την τελική συμπεριφορά

τους. Με άλλα λόγια, οι θεωρίες αυτές βοηθούν στην πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς στο πλαίσιο της υγείας και της αρρώστιας, καθώς και στην παρέμβαση μέσω αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, για την τροποποίηση της προς την επιθυμητή κατεύθυνση, δηλαδή της καλύτερης υγείας.³

Σε αυτήν την μελέτη, αρχικώς περιγράφονται η θεωρία για την απόδοση ελέγχου της υγείας και η εφαρμογή της σε συμπεριφορές όπως της άθλησης και της φροντίδας της στοματικής υγιεινής, της πιστής τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής και της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς. Τέλος, διατυπώνονται διάφοροι προβληματισμοί (αδυναμίες, αναγκαίες προσθήκες, περιορισμοί) και κριτικές αποτίμησης της θεωρίας της απόδοσης ελέγχου της υγείας.

Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η αρχική έννοια της απόδοσης του ελέγχου της υγείας αναφέρεται στην μονοδιάστατη μέτρηση των πεποιθήσεων των ατόμων για τον καθορισμό ή όχι της υγείας από τις συμπεριφορές τους. Οι αρχές της θεωρίας βασίζονται στην θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Rotter, σύμφωνα με την οποία η πιθανότητα εκδήλωσης μιας συμπεριφοράς σε μια δεδομένη συνθήκη, εξαρτάται από την προσδοκία ότι μια συγκεκριμένη

συμπεριφορά θα τους κατευθύνει σε ένα συγκεκριμένο αιτιατό-ενίσχυση (reinforcement), καθώς και από την αξία που προσδίδουν σε αυτό το αιτιατό.^{4,5}

Αρχικώς, η απόδοση ελέγχου (Locus of Control ή LC) υπολογίστηκε από τον Rotter (1966), με την κλίμακα «I-E» (αναφέρεται στα αρχικά των όρων Internal και External), και η οποία δημιουργήθηκε για να καταγράψει τις πεποιθήσεις των ατόμων για το εάν η απόδοση ελέγχου είναι εσωτερική (internal) ή εξωτερική (external).⁴ Αργότερα, οι Wallston και συν.,⁵ εισήγαγαν μια αντίστοιχη κλίμακα στο τομέα της υγείας, η οποία λειτουργούσε σε δυο διαστάσεις «I-E», όπου οι Health Externals θεωρούσαν ότι οι παράγοντες καθορισμού της υγείας ήταν η τύχη, η μοίρα, οι συμπτώσεις και οι «ισχυροί άλλοι», όπως οι ειδικοί επαγγελματίες υγείας, η οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον. Αντίθετα, οι Health Internals θεωρούσαν ότι η απόδοση ελέγχου της υγείας ήταν εσωτερική, δηλ. η προάσπιση και η διατήρηση της ήταν αποτέλεσμα της δικής τους συμπεριφοράς.

Λόγω των επικρίσεων των ερευνητών για την λειτουργικότητα και την ικανότητα πρόβλεψης της θεωρίας, και κυρίως της Levenson για τις διαστάσεις της κλίμακας, οι Wallston και συν.,⁵ κατασκεύασαν την Πολυδιάστατη Κλίμακα Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας, διαχωρίζοντας την εξωτερική απόδοση σε δυο ξεχωριστές διαστάσεις, τον έλεγχο των «ισχυρών άλλων»

και την μοίρα ή την τύχη.⁵ Η βασική πρόβλεψη της θεωρίας αναφέρεται στην αυξημένη πιθανότητα των ατόμων με εσωτερική απόδοση ελέγχου της υγείας να υιοθετήσουν συμπεριφορές πρόληψης και προαγωγής της υγείας, υπό την προϋπόθεση τα άτομα αυτά να δίνουν μεγάλη αξία στην υγεία.⁴

Η Πολυδιάστατη Κλίμακα Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας περιλαμβάνει 18 προτάσεις, οι οποίες ανά έξι αντιστοιχούν στις τρεις διαστάσεις. Οι προτάσεις αποτυπώνουν την ισχύ των πεποιθήσεων για την απόδοση του ελέγχου της υγείας, προτρέποντας τα άτομα να υποδείξουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σε μια 6βαθμη κλίμακα τύπου Likert, από το συμφωνώ απόλυτα (6) έως το διαφωνώ ριζικά (1). Όσο πιο ψηλά είναι το σκορ σε καθεμία από τις διαστάσεις τόσο πιο ισχυρές είναι και οι πεποιθήσεις για τον έλεγχο της υγείας από ίδιο το άτομο, τους «ισχυρούς άλλους» και την τύχη. Από την άλλη, η μέτρηση της αξίας της υγείας κρίνεται απαραίτητη, καθώς λειτουργεί ως διαμεσολαβητικός παράγοντας ανάμεσα στις πεποιθήσεις για εσωτερική απόδοση ελέγχου και στην άσκηση των συμπεριφορών σε σχέση με την υγεία. Αυτή επιτυγχάνεται είτε μέσω της προσέγγισης της έρευνας του Rokeach (σχετική αξία αυτής), είτε με την κλίμακα των Lau και συν.,⁶ η οποία αποτελείται από τέσσερις προτάσεις, στις

οποίες καλούνται τα άτομα να απαντήσουν τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους, σε 7βαθμη κλίμακα τύπου Likert, από συμφωνώ απόλυτα (7) έως το διαφωνώ ριζικά (1). Το συνολικό σκορ που προκύπτει για την υγεία κυμαίνεται από 1 (πολύ χαμηλή αξία) έως 7 (πολύ υψηλή αξία).^{3,6}

Αξίζει να σημειωθεί ότι με την πάροδο των ετών αναπτύχθηκε μια τρίτη φόρμα της κλίμακας σχετικά με την αξιολόγηση της απόδοσης του ελέγχου των πεποιθήσεων των ασθενών που αντιμετωπίζουν μια ασθένεια, της οποίας η διάσταση των «ισχυρών άλλων» απαρτίζεται από δυο ανεξάρτητες διαστάσεις, των ιατρών και των άλλων ατόμων με τρεις προτάσεις το καθένα. Προσέτι, μια τέταρτη υποκλίμακα προστέθηκε στους Health Externals (Έλεγχος της απόδοσης της υγείας από τον Θεό ή God Health Locus of Control ή GHLC) και η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μόνη της ή σε συνδυασμό με τις προϋπάρχουσες φόρμες.⁷ Σύμφωνα με τον Wallston,⁸ όλες οι μορφές των ερωτηματολογίων ανήκουν σε μια ευρύτερη «οικογένεια» εργαλείων που ερευνούν τις πεποιθήσεις των ατόμων, οι οποίες όμως δεν αποτελούν χαρακτηριστικό της προσωπικότητας τους, αλλά μια κλίση προς μια καθορισμένη συμπεριφορά σε καθορισμένη συνθήκη, σχετιζόμενες με την υγεία.

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΣΕ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Πολυδιάστατη Κλίμακα Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας έχει εφαρμοστεί ως παράγοντας πρόβλεψης σε διάφορες συμπεριφορές υγείας όπως της άθλησης και της στοματικής φροντίδας υγείας, της μείωσης του σωματικού βάρους, της πιστής τήρησης των φαρμακευτικής αγωγής και της επικοινωνίας γιατρών-ασθενών. Αδρομερώς, τα αποτελέσματα τείνουν προς την κατεύθυνση της θεωρίας, εμφανίζοντας μια σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στις πεποιθήσεις για την εσωτερική απόδοση ελέγχου και την μελετώμενη συμπεριφορά.⁹

Σε μια πρόσφατη έρευνα, οι Grotz και συν.,¹⁰ εξέτασαν την συσχέτιση μεταξύ των κοινωνικών και δημογραφικών μεταβλητών και των τριών διαστάσεων του Health Locus of Control (HLC), καθώς και του HLC με την υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών υγείας σε Γερμανικό πληθυσμό 5542 ατόμων, ηλικίας άνω των 18 ετών. Από την ανάλυση προέκυψε ότι τα άτομα με μεγαλύτερη ηλικία, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και με άλλη καταγωγή (ετερόχθονες) θεωρούσαν το HLC αποτέλεσμα των «ισχυρών άλλων» και της τύχης, με αυτούς που δήλωναν υψηλά ποσοστά στην τύχη να εμπλέκονται λιγότερο σε αθλητικές δραστηριότητες, φροντίδας της στοματικής τους υγείας, σε υγειονομικά προγράμματα (διακοπής του καπνίσματος, προγραμμάτων ελέγχου της διατροφής) και

αναζήτηση συστηματικής πληροφόρησης σε υγειονομικά θέματα.¹⁰

Επιπρόσθετα, οι Gale και συν.,¹¹ στη μελέτη κούρτης που διεξήγαγαν στη Μ. Βρετανία, διερεύνησαν τη σχέση του HLC σε 11563 άτομα στην ηλικία των 10 ετών και στα αποτελέσματα υγείας (αυξημένο σωματικό βάρος, παχυσαρκία, κατάθλιψη, επίπεδο υγείας, υπέρταση) και στις συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, άθληση) στην ηλικία των 30 ετών με τη βοήθεια αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων, σταθμίζοντας το φύλο, τον παιδικό δείκτη νοημοσύνης, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Από τα ευρήματα κατέληξαν ότι τα άτομα (άνδρες και γυναίκες) με περισσότερη εσωτερική απόδοση του ελέγχου στην παιδική ηλικία είχαν μειωμένο κίνδυνο παχυσαρκίας και αυξημένου σωματικού βάρους, χαμηλής αναφερόμενης υγείας και αγωνίας.

Ακολούθως, η συστηματική ανασκόπηση των Nafradi και συν.,¹² υποστηρίζει την σύνδεση του πεδίου ελέγχου στην υγεία και της αυτό-αποτελεσματικότητας με την πιστή ακολουθία της φαρμακευτικής αγωγής. Πιο συγκεκριμένα, τα υψηλά επίπεδα εσωτερικής απόδοσης και της αυτό-αποτελεσματικότητας φαίνεται να προωθούν την τήρηση της αγωγής σε αντίθεση με την εξωτερική απόδοση (τύχη, μοίρα, θεός). Εξαίρεση αποτελεί ο έλεγχος της απόδοσης

από τους γιατρούς, ο οποίος ενισχύει την παραπάνω σχέση.

Σε συνέχεια, στην έρευνα των Martins και συν.,¹³ σε 72 ογκολογικούς ασθενείς αναδείχτηκε ο σημαντικός ρόλος του HLC στην κατανόηση των προτιμήσεων των ασθενών κατά την διαδικασία ενημέρωσης δυσάρεστων ειδήσεων στους πρώτους από τους γιατρούς. Σύμφωνα με τις απαντήσεις, οι ασθενείς που απέδιδαν περισσότερο εσωτερικά τον έλεγχο της υγείας τους, προτιμούσαν ένα τρόπο πληροφόρησης, στον οποίο οι επαγγελματίες υγείας επέδειχναν κατανόηση και συμπαράσταση, ενισχύοντας με αυτόν τρόπο την μεταξύ τους επικοινωνία. Όπως είναι γνωστό, ο τρόπος επικοινωνίας γιατρών-ασθενών παίζει καθοριστικό ρόλο στη σχέση τους, στην ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας και στην συμμετοχή τους στη λήψη των ιατρικών αποφάσεων.^{13,14}

Συνολικά, αν και οι έρευνες αποτυπώνουν μια συσχέτιση, αυτή φαίνεται να είναι πολύ αδύναμη ή και απύσχα όταν μελετώνται συγκεκριμένες συμπεριφορές.¹⁵ Η σχέση ανάμεσα στο HLC και στις συμπεριφορές υγείας δεν είναι γραμμική, παρεμβάλλονται ή διαμεσολαβούν και άλλα συστατικά στοιχεία όπως οι προσδοκίες της αυτό-αποτελεσματικότητας και η κοινωνική υποστήριξη, ενώ συνυπάρχουν και αλληλεπιδράσεις από άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως η ηλικία,

το φύλο και η αξία της υγείας που αναφέρουν τα ίδια τα άτομα.^{16,17}

ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ, ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ

Όπως ειπώθηκε και προηγουμένως, η θεωρία του HLC αποτελεί ένα μάλλον αδύναμο προβλεπτικό παράγοντα του ιδιαίτερα περίπλοκου θέματος όπως είναι η συμπεριφορά των ατόμων σε σχέση με την υγεία τους. Αδυναμίες του ερευνητικού εργαλείου, αναγκαίες προσθήκες άλλων θεωρητικών μοντέλων, αλληλεπιδράσεις άλλων ψυχοκοινωνικών συντελεστών (ηλικία, φύλο, αξία ζωής, εθνικότητα, θρησκευτικότητα, κοινωνική συνοχή) έχουν αναφερθεί ως αιτίες μείωσης της ισχύς του HLC.¹⁵

Οι αδυναμίες της Πολυδιάστατης Κλίμακας της Απόδοσης Ελέγχου της Υγείας έχουν να κάνουν με την συνεχιζόμενη ανάπτυξη νέων υποκλιμάκων στους Health Externals (GHLC), καθώς και με την ανεξαρτησία των τριών διαστάσεων (θεωρούνται ορθογώνιες μεταξύ τους), οι οποίες δημιουργούν προβλήματα στην ερμηνεία. Τα άτομα μπορεί να διακρίνονται τόσο για τις ισχυρές πεποιθήσεις τους στην εσωτερική απόδοση, όσο και στην εξωτερική («ισχυροί άλλοι» και τύχη), με συνέπεια να μην προκύπτουν σαφείς ομάδες ή κατηγορίες, σύμφωνα με τις μετρήσεις της Πολυδιάστατης κλίμακας, και οι οποίες να μπορούν να συσχετιστούν με την

καλή υγεία. Επιπλέον, τα άτομα μπορεί να προσανατολίζονται διαφορετικά, όταν καταλήγουν στην αιτία ενός προβλήματος ή στην επίλυση του ίδιου προβλήματος, ενώ πτυχές της υγείας όπως ο πόνος, οι δείκτες επιβίωσης σε καρκινοπαθείς προβάλλουν την χαμηλή «ευαισθησία» του ερευνητικού εργαλείου σε χρόνιες και καταληκτικές παθήσεις.⁹

Ακολούθως, η διαμεσολάβηση άλλων ανταγωνιστικών μοντέλων (αυτό-αποτελεσματικότητα, θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς) φαίνεται να καλύπτουν και εξηγούν καλύτερα και άλλες όψεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς.¹⁶ Η Πολυδιάστατη Κλίμακα του HLC διερευνά τις γενικότερες πεποιθήσεις των ατόμων, οι οποίες όμως δεν αποτελούν χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, αλλά μια κλίση προς μια καθορισμένη συμπεριφορά με αμφίσημα αποτελέσματα (έχει υπολογιστεί ότι μαζί με την αξία της Υγείας ανταναικλούν το 4% της διακύμανσης). Από την άλλη, η αυτό-αποτελεσματικότητα μελετά με περισσότερο επεξηγηματικό και προβλεπτικό τρόπο ειδικά μια πτυχή ή γενικά όλες τις πτυχές μιας πάθησης ή συμπεριφοράς, και στην οποία αποδίδεται το 21% μιας πρόσθετης διακύμανσης για την πρόθεση-εκδήλωση μια συμπεριφοράς. Προς την ίδια κατεύθυνση κινείται και η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς.⁹

Επιπρόσθετα, η αναφερόμενη αξία της ζωής δημιουργεί πολλές δυσκολίες στην ισχύ του HLC. Αρχικώς, η μεγάλη αξία στην υγεία που πρέπει να δίνουν τα άτομα, αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση, την οποία όμως δεν την συμμερίζονται όλα τα άτομα. Ταυτόχρονα, τα άτομα προσδίδουν μεγάλη αξία στην υγεία, ανάλογα με την ηλικία τους (όσο μεγαλώνουν) και σε περιπτώσεις απειλητικών ασθενειών για την ίδια τους τη ζωή.^{3,6}

Εν κατακλείδι, από την εμπειρική έρευνα αποκαλύπτεται η επιρροή δημογραφικών, πολιτισμικών και θρησκευτικών παραγόντων στη μέτρηση των διαστάσεων του HLC, που μεσολαβούν ή αλληλοεπιδρούν με το HLC και τις συμπεριφορές υγείας.⁹ Σύμφωνα με τους Cheng και συν.,¹⁵ η ηλικία (ηλικιωμένοι), το φύλο (γυναίκες) και η χώρα (βαθμός κοινωνικής συνοχής-υποστήριξης) επιδρούν στην υποκλίμακα των «ισχυρά άλλων», συσχετίζοντας την θετικά με την άσκηση (αντίθετα από την θεωρία). Προσέτι, η θρησκευτικότητα των ατόμων μεταβάλλει την διάσταση του GHLC σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις που συμμετέχουν ενεργά στα θρησκευτικά τους πιστεύω, σε αντιδιαστολή με αυτούς που δεν συμμετέχουν. Τέλος, σε χώρες όπου κυριαρχεί ο κολεκτιβισμός υπάρχει ισχυρή σύνδεση της εσωτερικής απόδοσης του HLC και της διατροφής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και η θεωρία της Απόδοσης του Ελέγχου της Υγείας έχει επιδράσει θετικά στην καλύτερη κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, αποτελεί έναν αδύναμο προβλεπτικό συντελεστή των συμπεριφορών των ατόμων σε σχέση με την υγεία τους. Η ανάπτυξη του σε ένα ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο, ώστε να ενσωματώσει συστατικών στοιχεία άλλων προσεγγίσεων και μοντέλων με ισχυρή υποστήριξη, όπως της αυτό-αποτελεσματικότητας, της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, του Διαθεωρητικού μοντέλου, κρίνεται επιβεβλημένη, η οποία θα συνδυαστεί με περισσότερες πειραματικές μελέτες σχετικά με την σύνδεση της υγείας του και του ελέγχου των πεποιθήσεων τόσο στην Ελλάδα όσο και άλλους πληθυσμούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καραδήμας, ΕΧ. "Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη." Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2005.
2. Πετρέλης Μ, Δομάγερ ΦΡ. "Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου." Το Βήμα του Ασκληπιού 2016;15(3): 223-236.
3. Κουλιεράκης Γ, Μεταλληνού Ο, Πάντζου Π. "Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας." Τόμ. Β.

-
- Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2000.
4. Rotter, JB. "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement." Psychological monographs: General and applied 1966;80(1):1.
5. Wallston, KA, Wallston BS, DeVellis R. "Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales." Health education monographs 1978;6(1):160-170.
6. Lau RR, Hartman KA, Ware JE. "Health as a value: Methodological and theoretical considerations." Health psychology 1986;5(1):25.
7. Wallston KA, et al. "Does God determine your health? The God locus of health control scale." Cognitive Therapy and Research 2009;23(2):131-142.
8. Wallston KA. "The validity of the multidimensional health locus of control scales." Journal of health psychology 2005;10(5):623-631.
9. Luszczynska A, Schwarzer R. "Multidimensional health locus of control: comments on the construct and its measurement." Journal of Health Psychology 2005;10(5):633-642.
10. Grotz M, Hapke U, Lampert T, Baumeister H. "Health locus of control and health behavior: Results from a nationally representative survey." Psychology, health & medicine 2011;16(2):129-140.
11. Gale CR, Batty GD, Deary IJ. "Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: the 1970 British Cohort Study." Psychosomatic Medicine 2008;70(4):397-403.
12. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. "Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence." PloS one 2017;12(10):e0186458.
13. Martins RG, Carvalho IP. "Breaking bad news: patients' preferences and health locus of control." Patient education and counseling 2013; 92(1): 67-73.
14. Τσούνης Α, Σαράφης Π. "Η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας." Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014;31(5):534-540.
15. Cheng C, Cheung MWL, Lo BCY. "Relationship of health locus of control with specific health behaviours and global health appraisal: a meta-analysis and effects of moderators." Health psychology review 2016;10(4):460-477.
16. Marr J, Wilcox S. "Self-efficacy and social support mediate the relationship between internal health locus of control and health
-



behaviors in college students." American Journal of Health Education 2015;46(3):122-131.

17. Steptoe A, Wardle J. "Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries." British journal of Psychology 2001;92(4):659-672.