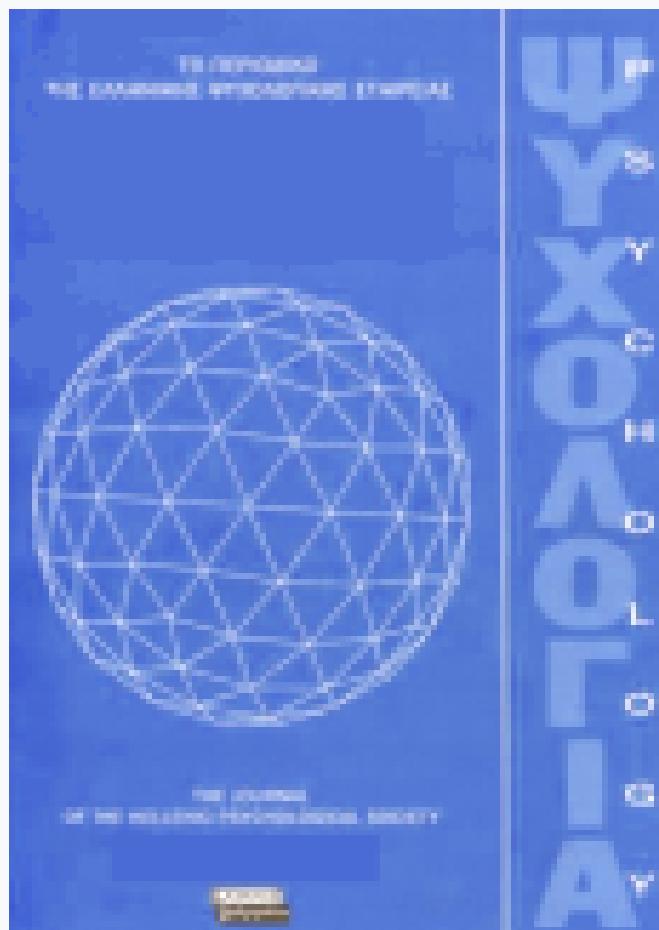


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 15, No 1 (2008)



Culture and health: urrent perspectives of a continuous relationship

Ευάγγελος Χ. Καραδήμας

doi: [10.12681/psy_hps.23797](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23797)

Copyright © 2020, Ευάγγελος Χ. Καραδήμας



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Χ. Καραδήμας Ε. (2020). Culture and health: urrent perspectives of a continuous relationship. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 15(1), 16–31. https://doi.org/10.12681/psy_hps.23797

Πολιτισμός και υγεία: σύγχρονες προσεγγίσεις σε μια διαρκή σχέση

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ¹

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο «πολιτισμός», αν και παραμένει μια μάλλον γενική και δύσκολη στην αξιολόγησή της έννοια, ασκεί καταλυτική επίδραση στον τρόπο που κατανοούμε την υγεία και την ασθένεια, καθώς και στις μεθόδους που χρησιμοποιούμε για την αποκατάσταση προβλημάτων και ασθενειών. Κάθε πολιτισμός έχει να παρουσιάσει τη δική του κοσμοθεωρία για την υγεία και τις δικές του πρακτικές, οι οποίες μπορεί να είναι τόσο μοναδικές που να αποτελούν ταμπού για κάποιον άλλο πολιτισμό. Στο παρόν άρθρο θα προσπαθήσουμε να αναδείξουμε τη μοναδική επίδραση του πολιτισμικού πλαισίου σε θέματα υγείας, καθώς και το ρόλο των διαπολιτισμικών διαφορών. Επίσης, επιχειρούμε μια ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας σε θέματα που αφορούν τους τρόπους σύνδεσης πολιτισμού και υγείας και τον επιπολιτισμό, σε προκαταλήψεις και παρεξηγήσεις, καθώς και σε θέματα δόμησης πολιτισμικά ευαίσθητων παρεμβάσεων. Τέλος, συζητιούνται οι ευρύτερες δυτικές, καθώς και οι ελληνικές αντιλήψεις περί υγείας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους.

Λέξεις-κλειδιά: Πολιτισμός, Υγεία, Ασθένεια, Αντιλήψεις περί υγείας.

1. Εισαγωγή

Όπως είναι αδύνατο να διαχωριστεί ο άνθρωπος, οι αντιλήψεις του και η συμπεριφορά του από το πολιτισμικό πλαίσιο που νοηματοδοτεί όλα αυτά τα στοιχεία, έτσι και ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται την υγεία και αντιδρά στα ζητήματα που σχετίζονται με αυτήν έχει τις ρίζες του στο ευρύτερο σύστημα πεποιθήσεων, οι οποίες είναι σαφώς πολιτισμικά καθορισμένες. Βέβαια, ο πολιτισμός είναι τόσο διάχυτος και επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό το σύνολο των σκέψεων, συναισθημάτων και πράξεων,

ώστε τις περισσότερες φορές αδυνατούμε να καταλάβουμε τις σχέσεις αυτές, αλλά και να τις αξιολογήσουμε (Pedersen, 1997). Επιπρόσθετα, ο πολιτισμός προσδιορίζει σε μεγάλο βαθμό τον ορίζοντα των γεγονότων και των καταστάσεων (π.χ. σχέσεις, ηθική, συμβάντα, βαθμός και είδος διαθέσιμης υποστήριξης κ.λπ.) μέσα στον οποίο ζει ένα άτομο ή μια ομάδα και ο οποίος επηρεάζει την υγεία και τις αντιλήψεις περί υγείας. Σήμερα υπάρχουν δεκάδες ερευνών και θεωρητικών προσεγγίσεων που φανερώνουν τη σχέση μεταξύ πολιτισμού αφενός, και ευεξίας, υγείας και σχετικών αντιλήψεων και συμπεριφορών αφενός.

1. Διεύθυνση: Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 74100, Γάλλος, Ρέθυμνο. Τηλ.: 28310 77532, Fax: 28310 77578, e-mail: karademas@psy.soc.uoc.gr

τέρου (βλ., π.χ., Arrendondo et al., 1996. Kleinman, 1986. Marks et al., 2000. Salant & Lauderdale, 2003. Sue et al., 1999). Όμως, παρά τις υπάρχουσες προσπάθειες, πολύ απέχουμε από το να πούμε πως η σχετική έρευνα είναι πλήρης ή ότι έχει καλύψει όλα τα ερωτήματα (Wolder-Levin & Browner, 2005).

Στο πλαίσιο του παρόντος άρθρου θα προσπαθήσουμε να αναδείξουμε τον καίριο ρόλο του πολιτισμικού υποβάθρου στη διαμόρφωση της υγείας, της ασθένειας και των ανάλογων αντιλήψεων. Επίσης, θα υπογραμμίσουμε το ρόλο των διαπολιτισμικών διαφορών στην υγεία και την ασθένεια. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε, βέβαια, ότι τα επίπεδα υγείας προσδιορίζονται ανά πάσα στιγμή από μια μεγάλη σειρά παραγόντων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών (Καραδήμας, 2005). Κορυφαίο ρόλο διαδραματίζουν οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες μεταξύ χωρών και πληθυσμιακών ομάδων, καθώς και η φτώχεια (Wilkinson & Marmot, 2003). Η συζήτηση των θεμάτων αυτών όμως θα ήταν πολύ μεγάλη, ενώ ξεπερνά κατά πολύ τους στόχους του παρόντος κειμένου που εστιάζει μόνο στο ρόλο του πολιτισμικού πλαισίου.

Μιλώντας όμως για υγεία, θα αναφερθούμε τόσο στις σωματικές όσο και στις ψυχοκοινωνικές πλευρές της, δίνοντας έμφαση στο ενιαίο του φαινομένου. Παράλληλα, όμως, θα προσπαθήσουμε να φέρουμε παραδείγματα και από τους δύο επικαλυπτόμενους χώρους, της σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας. Στόχος του άρθρου είναι να παρουσιάσουμε μια όσο το δυνατόν πληρέστερη εικόνα για την πολιτισμική βάση της ευεξίας και καχεξίας, ώστε να γίνει πιο κατανοητή η ανάγκη ανάπτυξης και εφαρμογής κατάλληλων και πολιτισμικά προσανατολισμένων παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές σχετίζονται τόσο με την κλινική πράξη (τη σωματική και ψυχική υγεία), όσο και με την ευαισθητοποίηση ειδικών και μη ειδικών σε θέματα πολιτισμικών επιρροών. Ο ρόλος της συμβουλευτικής ψυχολογίας (και, μάλιστα, μιας πολυπολιτισμικής συμβουλευτικής ψυχολογίας) στην ανάπτυξη των προγραμμάτων αυτών είναι σημαντικός. Όχι μό-

νο στο πλαίσιο του ίδιου του κλάδου, αλλά και σε όλους κλάδους των επιστημών της συμπεριφοράς και στις βιοεπιστήμες, καθώς παρέχει την κατάληξη τεχνογνωσία για τη δόμηση τέτοιων παρεμβάσεων.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και περισσότερο λόγος για το ρόλο του πολιτισμού στην υγεία, ψυχική και σωματική. Όπως σημειώνει ο McLachlan (1997), σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αυτή διαδραματίζει η «διεθνοποίηση». Καθώς όλο και περισσότερο αλλάζουν ή και καταλύονται οι παραδοσιακοί τρόποι αντίληψης της «τοπικότητας» ή της «κοινότητας» ως ενός ενιαίου συνόλου, αυξάνονται τα μεταναστευτικά ρεύματα, αναγνωρίζονται οι υπάρχουσες πολιτισμικές διαφορές, αυξάνεται η ανάγκη παροχής υπηρεσιών σε άτομα που υιοθετούν διαφορετικές πρακτικές στην επικοινωνία ή στην τήρηση οδηγιών ή στο πως αντιλαμβάνονται την υγεία και την ασθένεια, τόσο κορυφώνεται και η αναγνώριση των πολιτισμικών επιρροών αλλά και της ανάγκης για συνυπολογισμό των επιρροών αυτών στην έρευνα και την παρέμβαση (βλ., π.χ. Nagayama Hall, 2005).

Ένα πρώτο ερώτημα που προκύπτει όμως αφορά τον ορισμό της έννοιας «πολιτισμός». Αν και η προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας αυτής δεν αποτελεί στόχο μας, θα πρέπει να αναφέρουμε πως δύο γενικές αντιλήψεις φαίνεται να κυριαρχούν στην ψυχολογική έρευνα (Pedersen, 1997. Thompson, Ellis & Wildavsky, 1990): η πρώτη τον προσδιορίζει ως τις αξίες, τις πεποιθήσεις, τους κανόνες, τη λογική, τα σύμβολα, τις ιδεολογίες και άλλα «νοητικά» κατά βάση προϊόντα: η δεύτερη προσδιορίζει ως πολιτισμό το σύνολο του τρόπου ζωής, από τις ανθρώπινες σχέσεις ως τις στάσεις και τις συμπεριφορές. Συνήθως προτιμάται ο δεύτερος, ευρύτερος ορισμός (Thompson, Ellis & Wildavsky, 1990).

Ένα, επίσης, εξαιρετικά ενδιαφέρον ερώτημα σχετίζεται με τους τρόπους ή τις διαδρομές μέσω των οποίων ο πολιτισμός επιδρά στην υγεία και στις αντιλήψεις περί υγείας. Αν και το ζήτημα αυτό είναι μεγάλο και πολύπλοκο, πρόσφατα οι Worthman και Kohrt (2005) περιέγρα-

ψαν ορισμένες τέτοιες διαδρομές. (α) Μέσω μιας τοπικής βιολογίας, όχι τόσο με την έννοια μιας πληθυσμιακά προσδιορισμένης γενετικής βάσης, όσο ως αποτέλεσμα των περιβαλλοντικών συνθηκών (όπως οι καιρικές συνθήκες, οι διατροφικές δυνατότητες και συνήθειες, τα οικολογικά δεδομένα, οι τρόποι ανατροφής των παιδιών κ.λπ.). Αυτές επιδρούν στο ανθρώπινο ανοσοποιητικό και νευρικό σύστημα δημιουργώντας έτσι μια «βιοπολιτισμική δυναμική». (β) Μέσω της κοινωνικοποίησης της ασθένειας, υπό την έννοια των πρακτικών, αλλά και των κοινωνικών, πολιτικών και δομικών συνθηκών που προσδιορίζουν το βαθμό έκθεσης στους κινδύνους υγείας και την προσωπική ευπάθεια. Ως παραδείγματα αναφέρονται οι δυνατότητες της υποσαχάριας Αφρικής να αντιμετωπίσει το AIDS ή η επανεμφάνιση «ξεχασμένων» ασθενειών στη Δύση. (γ) Μέσω μιας άγριας ανισότητας: τεράστιες διαφορές στα υπάρχοντα μέσα και τις δυνατότητες (π.χ. διαφορές στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο) επιδρούν με ποικίλους τρόπους στην υγεία αλλά και στις αντιλήψεις για την υγεία.

Στη συνέχεια του άρθρου θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε με συντομία τις επιδράσεις του πολιτισμικού πλαισίου στην υγεία και την ασθένεια, στις αντιλήψεις για την υγεία, αλλά και στις θεραπευτικές μεθόδους. Επίσης, θα εξετάσουμε τα ζητήματα του επιπολιτισμού και της ανάπτυξης πολιτισμικά ευαίσθητων παρεμβάσεων, ενώ θα αναφερθούμε και στον τρόπο με τον οποίο οι Έλληνες αντιλαμβάνονται ζητήματα υγείας και ασθένειας και αντιδρούν σε αυτά.

2. Πολιτισμικές επιρροές στην υγεία και στις αντιλήψεις περί υγείας

Κάθε κοινωνία έχει αναπτύξει τους δικούς της τρόπους κατανόησης της υγείας και της ασθένειας, των αιτιών για τα προβλήματα που παρατηρούνται, όπως και των κατάλληλων τρόπων παρέμβασης. Αν και έχουν υπάρξει διάφορες προσπάθειες κωδικοποίησης των πολιτισμικών αυτών πεποιθήσεων (π.χ., Matsumoto, Kudoh & Takeuchi,

1996, Park, 1992), ξεχωρίζει εκείνη των Shweder, Much, Mahapatra και Park (1997). Σε αυτή περιγράφονται επτά γενικά συστήματα κατανόησης της ασθένειας και των ανθρώπινων δεινών, όπως και των μεθόδων παρέμβασης για την άρση του πόνου και της δυσφορίας. Τα συστήματα αυτά ονομάστηκαν «οντολογίες του πόνου» και είναι οι εξής: (α) Η Βιοϊατρική. Εδώ ανήκουν οι οντολογικές ερμηνείες της ασθένειας που αφορούν, για παράδειγμα, γενετικά προβλήματα ή παθολογία των οργάνων, αλλά και την κατάσταση των οργανικών υγρών ή χυμών (π.χ. στις μη δυτικές κοινωνίες). Επίσης, εδώ ανήκουν θεραπευτικές προσεγγίσεις που αναφέρονται στη χρήση ειδικών συσκευών και σκευασμάτων ή σε χειρουργικές επεμβάσεις, όπως και προσεγγίσεις που αναφέρονται στη «μηχανική» αποκατάσταση των ασθενών οργάνων του σώματος (π.χ. μέσω χειρουργίου, μασάζ, χρήσης εμετικών). (β) Η Διαπροσωπική. Ως αίτια του πόνου και, επομένως, ως στόχους παρέμβασης, οι δυτικές κοινωνίες θεωρούν την εκμετάλλευση του ανθρώπου από τον άνθρωπο, την κακοποίηση ή τις αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ οι μη δυτικές θεωρούν τη μαγεία, το κακό μάτι κ.λπ. (γ) Η Κοινωνικοπολιτική, όπου οι αιτιολογικές ερμηνείες του πόνου συζητούν το ρόλο της καταπίεσης, της καταδυνάστευσης, των αρνητικών κοινωνικών ή οικονομικών συνθηκών, ενώ η θεραπεία που προτίνεται είναι η κοινωνική αναδόμηση. (δ) Η Ψυχολογική, όπου τα αίτια του πόνου και της ασθένειας αφορούν κυρίως εσωτερικές διεργασίες, όπως απραγματοποίητες επιθυμίες και ματαιώμενες προθέσεις, μορφές φόβου και απώλειας, ενώ η θεραπεία που προτείνεται έγκειται σε ενδιψυχικές ή ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. (ε) Η Αστρολογική. Η τοποθέτηση των πλανητών ή των άστρων ευθύνεται για την ασθένεια, ενώ ως θεραπεία προτείνεται η αισιόδοξη αναμονή της αλλαγής. (στ) Η Οικολογική, η οποία θεωρεί ως κύρια αίτια της ασθένειας το στρες και τους περιβαλλοντικούς κινδύνους και προτείνει ως θεραπεία τη μείωση ή τη διαχείριση τους. (ζ) Η Ηθική οντολογία, κατά την οποία τα αίτια της ασθένειας εντοπίζονται στην παραμέληση των καθη-

κόντων ή στην ηθική αποτυχία, ενώ η θεραπεία επέρχεται μέσω της απαλλαγής από τα σφάλματα (π.χ. με την εξομολόγηση ή την αποκατάσταση των ηθικών βλαβών).

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειώσουμε ότι δεν πρέπει να ταυτίζουμε τις βαθιές πολιτισμικές αντιλήψεις που έχει ένας λαός για την υγεία και την ασθένεια, με την επισημη ιατρική-επιστημονική γνώση ή κάποιες άλλες «δημοφιλείς» αντιλήψεις, όπως απτηχούνται στα μέσα ενημέρωσης. Όπως τονίζει και ο Kleinman (1980), μεταξύ των παραπάνω υπάρχουν κοινά σημεία, αλλά και αρκετή αυτονομία. Σε κάθε περίπτωση, βέβαια, οι αντιλήψεις αυτές βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση.

Ένα κλασικό παράδειγμα της καταλυτικής επίδρασης του πολιτισμικού πλαισίου (και της συσχετιζόμενης με το πλαίσιο αυτό παράδοσης) επί της υγείας είναι η περιγραφή ασθένειών ή συνδρόμων που εμφανίζονται σε συγκεκριμένες περιοχές του κόσμου, αλλά είναι άγνωστες αλλού. Έτσι, σε περιοχές της Κίνας και της ευρύτερης νότιας Ασίας διαγιγνώσκεται ως ασθένεια το «κόρο», το οποίο ευθύνεται για συρρίκνωση των γενετικών οργάνων και θάνατο. Στη φυλή Yoruba της Νιγηρίας η ασθένεια «ιναρούν» ευθύνεται για συμπτώματα όπως αδυναμία, έντονος δερματικός κνησμός, δυσκολία στην όραση, παράλυση των άκρων και πιθανή αποδιοργανωτική συμπεριφορά. Τέλος, στη Χιλή συμπτώματα που περιλαμβάνουν διέγερση, απελπισία, επιθετικότητα ή και απώλεια συνείδησης θεωρούνται ότι ανήκουν στη διαταραχή «ταμπακάτζο» (για μια εκτενέστερη περιγραφή αυτών και πολλών άλλων παραδειγμάτων βλ., MacLachlan, 1997, Tseng, Chang & Nishizono, 2005). Κάποιες από τις ασθένειες αυτές πιθανώς θυμίζουν άλλες, πιο «οικείες» σε εμάς διαταραχές ή παραπέμπουν σε πιο οικείες βιολογικές ή ψυχολογικές διαγώνσεις. Σε κάθε περίπτωση, όμως, οι συγκεκριμένες ασθένειες με τη συγκεκριμένη χορεία συμπτωμάτων είναι άγνωστες σε άλλα περιβάλλοντα.

Επιπρόσθετα, πέρα από τις πολιτισμικές αντιλήψεις που ορίζουν κάθε ασθένεια, είναι πιθανό ειδικές τοπικές συνήθειες να γίνονται το αίτιο για

την εμφάνιση κάποιων «μοναδικών» προβλημάτων υγείας. Λόγου χάρη, ο Boirin (1997) περιγράφει το «κόνζο», μια μη αναστρέψιμη παραλιτική ασθένεια που πλήττει γυναίκες και παιδιά στην υποσαχάριο Αφρική. Η ασθένεια αυτή δεν οφείλεται σε κάποιες τοπικές πεποιθήσεις, αλλά σε νευρολογικές βλάβες που προκαλεί η κατανάλωση ακατάλληλη επεξεργασμένων τοξικών ριζών του φυτού μανιόκα. Αυτό αποτελεί τοπική συνήθεια αλλά και μια ανάγκη εξαιτίας της μεγάλης φτώχειας.

Η συσχέτιση μεταξύ πολιτισμικού πλαισίου και υγείας καταδεικνύεται και από έρευνες που αναφέρονται στο διαφορετικό αιτιοπροσδιορισμό γνωστών ασθενειών. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη έρευνα (Dein, 2004) έδειξε ότι, σύμφωνα με τους Βρετανούς, για την εμφάνιση καρκίνου ευθύνονται διάφοροι μολυσματικοί παραγόντες και το στρες, ενώ οι ανώτερες κοινωνικοοικονομικά οιμάδες προσθέτουν την ατομική συμπεριφορά και ορισμένους ψυχολογικούς παράγοντες. Στη Νιγηρία, όμως, ως αίτια προσδιορίστηκαν η μαγεία, προβλήματα στο αίμα, μόλυνση από μικρόβια, ο μολυσμένος αέρας, η αιμομιξία και η μοιχεία. Κατά παρόμοιο τρόπο, ασιάτες μετανάστες στις ΗΠΑ αντιλαμβάνονται την κατάθλιψη ως αποτέλεσμα της κοινωνικής πίεσης, ενώ προτείνουν ως θεραπεία την υπομονή και τη λήψη βοήθειας από τους οικείους. Απεναντίας, οι αμερικανοί κατανοούν την κατάθλιψη ως μια ασθένεια, αποτέλεσμα ενός συνδυασμού βιολογικών αιτίων και ψυχοπιεστικών γεγονότων, ενώ θεωρούν ως κατάλληλη θεραπεία την αναζήτηση της βοήθειας από επαγγελματίες ειδικούς (Karasz, 2005).

Εκτός από επιμέρους διαφορές, βέβαια, σε μεγάλα τμήματα του κόσμου υιοθετούνται ιατρικές παραδόσεις που απέχουν αρκετά από τις δικές μας αντιλήψεις. Οι ιατρικές αυτές παραδόσεις συνεπάγονται διαφορετικές αντιλήψεις για τα θέματα που αφορούν την υγεία. Όπως και διαφορετικούς τρόπους αποκατάστασης και θεραπείας. Έτσι, η κινεζική παράδοση αντιμετωπίζει την υγεία ως το αποτέλεσμα της ισορροπίας εσωτερικών και εξωτερικών συστημάτων, ενώ η

ασθένεια ορίζεται ως το αποτέλεσμα δυσαρμονίας ή ανισορροπίας. Η χρήση μεθόδων, όπως ο βελονισμός και τα φυτικά φάρμακα, μπορούν να αποκαταστήσουν την αρμονία και την ισορροπία. Σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της ασθένειας από τους Κινέζους διαδραματίζει και η μοίρα. Αντίστοιχα, στην Ινδία διαδεδομένη είναι η «αγιουρβέδα» που σημαίνει «η γνώση που απαιτείται για μακροζωία», ενώ σε μεγάλα τμήματα της Αφρικής εξακολουθούν να κυριαρχούν παραδοσιακές ιατρικές προσεγγίσεις που έχουν αναμειχθεί με ποικίλες θρησκευτικές και μαγικές δοξασίες. Και στις δύο τελευταίες περιπτώσεις, ο ρόλος του παραδοσιακού θεραπευτή είναι καιριος, όπως και ο ρόλος της κοινότητας, η οποία επηρεάζεται αλλά και επηρεάζει την ατομική υγεία (βλ. σχετικά, Καραδήμας, 2005).

Η σχέση μεταξύ πολιτισμικού πλαισίου και υγείας δεν ακολουθεί ούμως ξεκάθαρες οδούς, αλλά εμπλέκονται σε αυτή πολλούς άλλοι παράγοντες (π.χ., το τοπικό σύστημα υγείας και οι διαθέσιμες δυνατότητες). Έτσι, ο Gureje (2004) ερευνώντας τη συχνότητα εμφάνισης διαταραχών σωματοποίησης και υποχονδρίας σε 15 πόλεις από 14 χώρες, αν και εντόπισε πολιτισμικές διαφορές, εντούτοις βρήκε ότι εμπλέκονται σημαντικά οι σχέσεις μεταξύ ασθενών και ιατρικού προσωπικού. Όμοια, οι Baron-Epel και συνεργάτες (2005) βρήκαν ότι οι Εβραίοι και οι Άραβες πολίτες του Ισραήλ αξιολογούν με διαφορετικό τρόπο την υγεία τους. Πέρα από τις όποιες πολιτισμικές διαφορές, σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η διαθεσιμότητα και η επάρκεια του συστήματος υγείας.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα συστήματα πεποιθήσεων για την υγεία δεν είναι αμετάβλητα και δεδομένα, αλλά βρίσκονται σε μια διαδικασία διαρκούς αλλαγής και αλληλεπίδρασης με άλλα συστήματα. Όπως αλληλεπιδρούν οι πολιτισμοί μεταξύ τους, ειδικά στο σημερινό παγκοσμιοποιημένο πλαίσιο, έτσι αλληλεπιδρούν και οι πεποιθήσεις και οι πρακτικές που αφορούν την υγεία και την ασθένεια. Η απουσία στεγανών έχει ως αποτέλεσμα την παγκόσμια διάδοση ορισμένων διαγνωστικών ή θεραπευτικών πρακτικών

(π.χ. βελονισμός) ή τη γενικευμένη κυριαρχία του «δυτικού» βιοϊατρικού μοντέλου περί υγείας και ασθένειας (Tseng, Chang & Nishizono, 2005). Ένα ακόμη αποτέλεσμα της απουσίας στεγανών είναι η υιοθέτηση ενός «διπλού ιατρικού συστήματος». Ως παράδειγμα αναφέρουμε την έρευνα των Green, Bradby, Chan και Lee (2006), η οποία διεξήχθη μεταξύ κινέζων μεταναστριών στη Μεγάλη Βρετανία. Σύμφωνα με την έρευνα, τα παιδιά των Κινέζων μεταναστών, ακόμη και όταν ήταν πλήρως ενταγμένα στον τοπικό (βρετανικό) τρόπο ζωής, υιοθετούσαν τόσο το βιοϊατρικό μοντέλο για την υγεία, όσο και τις κινεζικές παραδοσιακές πεποιθήσεις και πρακτικές. Επίσης, σε μια έρευνα σε περιοχή της Ινδίας (Chacko, 2003) βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες, αν και βασίζονταν στη βιοϊατρική για τη θεραπεία του διαβήτη, συχνά κατέφευγαν στην αγιουρβέδα χρησιμοποιώντας έως και 24 διαφορετικά φυτά ή φυτικά προϊόντα για να μειώσουν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα.

3. Οικείες πολιτισμικές παραδόσεις και υγεία

Στο δυτικό κόσμο, οι πεποιθήσεις και οι πρακτικές που αφορούν την υγεία και την ασθένεια έχουν επηρεαστεί από τις αρχαίες ελληνορωμαϊκές αντιλήψεις και πρακτικές, από το χριστιανισμό, από την κατίσχυση του βιοϊατρικού μοντέλου και τη συστηματική επιτυχία του, ενώ σχετικά πρόσφατα όλο και ισχυρότερη είναι η επίδραση ενός βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου για την αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων.

Σύμφωνα τον Έλληνα ιατρικό κοινωνιολόγο Γκιζέλη (1977), κατά την κλασική αρχαιότητα η υγεία, η οποία νοούνταν ως σωματική και ψυχική, ταυτίζόταν σε μεγάλο βαθμό με τη νεότητα και την ομορφιά (κάλλος). Επίσης, η υγεία ήταν σχεδόν συνώνυμο της αρμονίας, σε σημείο που οι ανάπτηροι ή σοβαρά πάσχοντες να απομονώνονται ή και να θανατώνονται. Ήταν τόση, μάλιστα, η αξία της υγείας, ώστε να καθιερωθεί ως ο πιο

κοινός (παγκόσμιος) χαιρετισμός: «υγιαίνετε», «εις υγείαν», «γεια σας». Βέβαια, κατά την κλασική αρχαιότητα και κατόπιν στη ρωμαϊκή εποχή τέθηκαν οι βάσεις της επιστημονικής προσέγγισης της υγείας, μέσα σε ένα μάλλον ολυστικό πλαίσιο. Οι πρώτες συγκεκριμένες αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια διατυπώνονται από τους αρχαίους Έλληνες (Marx & Hillix, 1963).

Σημαντική ήταν και η εξακολουθεί να είναι η επίδραση της Εκκλησίας. Η ασθένεια πολλές φορές «κατηγορήθηκε» ως η τιμωρία αμαρτιών. Για παράδειγμα, η υπερηφάνεια θεωρήθηκε το αίτιο για την εμφάνιση όγκων και φλεγμονών (Thomas, 1997). Επίσης, κινήματα στο πλαίσιο της Εκκλησίας άσκησαν επιρροές που διαρκούν ακόμη. Ο ασκητισμός συντέλεσε ώστε το σώμα να αντιμετωπίστει ως κατώτερο της ψυχής, ενώ ο πόνος αντιμετωπίστηκε ως μέσο εξαγνισμού των αμαρτιών (Thomas, 1997). Αργότερα, τα προτεσταντικά κινήματα αναβάθμισαν το σώμα ως δώρο Κυρίου, έδωσαν όμως στην υγεία την αξία υπέρτατου αγαθού, ενώ ως τότε θεωρούνταν περισσότερο μέσο για την επίτευξη άλλων στόχων (McLachlan, 1997). Η τάση αυτή ενισχύθηκε σημαντικά και από το σύγχρονο πνεύμα καταναλωτισμού (Marks et al., 2000). Η υγεία αντιμετωπίζεται πλέον ως το μείζον αγαθό, με αποτέλεσμα να αρχίσει να αποτελεί αξιολογικό στοιχείο, αλλά και να μετατρέπεται σε θητικό αγαθό (ό,τι δεν συνεισφέρει στη διατήρηση της υγείας λαμβάνει αξιολογικά και θητικά χαμηλή θέση, π.χ., το κάπνισμα ή το υπερβολικό βάρος). Ο καταναλωτισμός συντελεί, επίσης, στο να γίνεται αντιληπτή η υγεία ως ένα καταναλωτικό αγαθό, το οποίο κάποιος κατέχει ή όχι [(«κατέχουμε υγεία», δεν «έμαστε υγείς»)].

Ιδιαίτερο ρόλο στον τρόπο που αντιλαμβάνομαστε και διαχειρίζόμαστε την υγεία μας στο δυτικό κόσμο έχουν διαδραματίσει και μια σειρά από «επιδημιολογικές μεταβάσεις». Οι Armelagos, Brown και Turner (2005) καταδεικνύουν με ποιους τρόπους ιστορικά, από τα αρχαϊκά χρόνια ως την αγροτική επανάσταση, τη βιομηχανική επανάσταση και ως τη σύγχρονη μετα-βιομηχανική εποχή, επέρχονται σημαντικές αλλαγές στα επί-

πεδα υγείας και ασθένειας και, κατ' επέκταση, στις ανάλογες πεποιθήσεις και πρακτικές. Οι αλλαγές αυτές οφείλονται σε μια σειρά περιβαλλοντικών, πολιτικών και κοινωνικών, όπως και τεχνολογικών-επιστημονικών μεταβάσεων. Έτσι, σήμερα βρισκόμαστε μπροστά σε μια ακόμη επιδημιολογική μετάβαση που θα χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ασθενειών που θεωρούνταν ότι ανήκουν στο παρελθόν (π.χ. φυματίωση, ελονοσία) ή από την εμφάνιση νέων (π.χ. νέων επιθετικών μορφών νεοπλασίας, νέων μολυσματικών ασθενειών). Η μετάβαση αυτή οφείλεται σε σημαντικό βαθμό στις περιβαλλοντικές αλλαγές, για τις οποίες μεγάλο μερίδιο ευθύνης φέρουν οι ανθρώπινες δραστηριότητες, στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και των συνηθειών παραγωγής τροφίμων, στην υπερκατανάλωση αντιβιοτικών κ.λπ. Όλα αυτά σχετίζονται, βέβαια, με το δυτικό τρόπο ζωής και αποτελούν ένα σαφές παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο οι πολιτισμικές συνήθειες διαμορφώνουν την υγεία και την ασθένεια.

Βέβαια, ακόμη και τώρα, κυρίαρχο μοντέλο αντίληψης των ασθενειών και παροχής υπηρεσιών υγείας παραμένει το λεγόμενο «βιοϊατρικό». Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι οι ασθένειες μπορούν να ερμηνευτούν ως διαταραχές των οργανικών διεργασιών. Με άλλα λόγια, μπορούν να θεωρηθούν ως αποτέλεσμα τραυματισμού, βιοχημικής ανισορροπίας, βακτηριακής ή ιογενούς λοίμωξης κ.λπ. (Engel, 1977). Η επίδραση πιθανών ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και διαδικασιών (πέρα από κάποιες λεκτικές αναγνωρίσεις) συνήθως υποβαθμίζεται ή παραβλέπεται. Κύριοι λόγοι για την επικράτηση του μοντέλου αυτού είναι το δυτικής κυρίως προέλευσης δυϊστικό μοντέλο περί σώματος και πνεύματος, καθώς και οι μεγάλες επιτυχίες της ιατρικής επιστήμης από το 18ο αιώνα και εντεύθεν. Οφείλουμε, από την άλλη πλευρά όμως, να αναγνωρίσουμε την όλη και συχνότερη αναφορά και αναγνώριση του «βιοψυχοκοινωνικού» μοντέλου, σύμφωνα με το οποίο, για την κατανόηση της υγείας και της ασθένειας θα πρέπει να συνυπολογίσουμε τη διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ βιο-

λογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων (Engel, 1977, 1980. Schwartz, 1982). Οι κύριες αιτίες για την εμφάνιση και διαιώνιση του μοντέλου αυτού σχετίζονται με τις σημαντικές αλλαγές όσον αφορά τις μορφές νόσησης και τη θνησιμότητα κατά τον 20ό αιώνα. Στην εποχή μας κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι οι χρόνιες ασθένειες, όπως οι νεοπλασίες, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και το AIDS, ενώ η εμφάνισή τους αλλά και η διαχείρισή τους σχετίζονται σαφώς με την ίδια την ανθρώπινη συμπεριφορά και με μια σειρά κοινωνικών παραγόντων (Baum, Perry Jr. & Tarbell, 2004).

Πέρα από τα κυρίαρχα στο δυτικό κόσμο μοντέλα για την υγεία, μεγάλο ενδιαφέρουν προκαλούν οι αντίστοιχες πεποιθήσεις και αντιλήψεις των μη ειδικών. Μια από τις σημαντικότερες σχετικές έρευνες ήταν της Herzlich (1973) σε γαλλικό πληθυσμό. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια κατάσταση αρμονίας ή ισορροπίας, καθώς και ότι αποτελείται από συστατικά όπως η οργανική ευεξία, η ψυχολογική ευεξία, η ελευθερία κίνησης, η επάρκεια των φυσικών πηγών, οι καλές σχέσεις με τους άλλους. Η ασθένεια αποδίδεται στην επίδραση εξωτερικών δυνάμεων. Παρόμοιες έρευνες επαναλήφθηκαν σε διάφορες χώρες (π.χ. Blaxter, 1990), ενώ πρόσφατα μια έρευνα έδειξε ότι παρά τις ομοιότητες σε έναν όλο και περισσότερο ενιαίο ευρωπαϊκό χώρο, διαφορές εξακολουθούν να υφίστανται ανάλογα με τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του κάθε λαού (Flick, 2000).

Οι αντιλήψεις και οι πρακτικές του δικού μας τρόπου ζωής αποτελούν την αφετηρία «ειδικών» και μοναδικών προβλημάτων υγείας, που για άλλους πολιτισμούς δεν συνιστούν ασθένεια. Τέτοιο πρόβλημα είναι το βάρος, το οποίο από απλό περιγραφικό χαρακτηριστικό του σώματος, ή και σημείο ευμάρειας ή ομορφιάς κάποτε, έχει καταστεί σύμπτωμα παθολογίας και ασθένειας (Jutel, 2006). Παρόμοια, ως ασθένεια αντιμετωπίζεται η εμμηνόπαυση, αν και οι σχετικές προσδοκίες και πεποιθήσεις ποικίλουν κατά εθνικότητα (Avis et al., 2001) ή η συμπεριφορά τύπου-A

(McLachlan, 1997). Σε αυτές τις «μη ασθένειες» ο Smith (2002) κατατάσσει, επίσης, τα γηρατειά, τη φαλάκρα, το φθόνο του πέους κ.ά. Η μεγάλη έμφαση που ο πολιτισμός μας δίνει σε θέματα υγείας, η κατίσχυση του βιοϊατρικού μοντέλου, η υπερπροσφορά υπηρεσιών υγείας και η συνακόλουθη ιατρικοποίηση πολλών φυσιολογικών διαδικασιών, καθώς και το καταναλωτικό πνεύμα οδηγούν σε παρόμοια φαινόμενα. Τα οποία, βέβαια, δεν είναι καινοφανή. Σε περασμένους αιώνες ως ασθένειες αντιμετωπίστηκαν η «δραπετομανία» ή η ομοφυλοφιλία (Jutel, 2006).

Όσον αφορά πιο συγκεκριμένά την Ελλάδα, δυστυχώς δεν υπάρχει επάρκεια στοιχείων, καθώς η σχετική έρευνα είναι περιορισμένη. Από τον ιατρικό κοινωνιολόγο Γκιζέλη (1977) δανειζόμαστε την επισήμανση ότι οι Έλληνες, κυρίως των αγροτικών περιοχών, κατά παράδοση διέκριναν τις ασθένειες σε εκείνες που ανήκουν στην αρμοδιότητα του γιατρού-επιστήμονα, καθώς και σε εκείνες που ανήκουν στην αρμοδιότητα του λαϊκού γιατρού. Ως τέτοιοι αναγνωρίζονται οι ηλικιωμένες γυναίκες, οι πρακτικοί, οι «μάγοι/μάγισσες» και οι ιερείς (ως μεσάζοντες προς το θεό). Τα δε αίτια των ασθενειών λογίζονταν ως «φυσικά» και ως «υπερφυσικά». Τα τελευταία αποδίδονται στην παρέμβαση στοιχειών-πνευμάτων, μαγικών δυνάμεων (π.χ. το «κακό μάτι», βασκανίες) ή του θείου (ως έλεγχος πίστης, ως τιμωρία ή ως αποτέλεσμα της αποτυχίας συμμετοχής στην τάξη της κοινωνίας, όπως αυτή έχει αναγνωριστεί από το Θεό). Κατά τον Γκιζέλη, τα παραπάνω δεν απηχούν αριγάως ελληνικές αντιλήψεις, αλλά σε διάφορους βαθμούς συναντώνται σε ολόκληρη σχεδόν την ευρωπαϊκή παράδοση.

Σε μια δική μας πρόσφατη έρευνα, τα δεδομένα της οποίας βρίσκονται ακόμη σε στάδιο επεξεργασίας, βρέθηκε ότι η υγεία γίνεται αντιληπτή κυρίως υπό την έννοια θετικών συναισθημάτων (π.χ. ευτυχία), ως αγαθό, ως συνώνυμο της ζωής, ως ευεξία ή ευημερία, ως λειτουργικότητα-επίδοση ή υπό την έννοια θετικών σωματικών σημείων και χαρακτηριστικών (π.χ. δύναμη, ομορφιά). Η ασθένεια περιγράφεται ως αρνητικό

συναίσθημα (π.χ. λύπη), ως δυσλειτουργία – εμπόδιο – αδυναμία, ως σύνολο σωματικών σημείων και χαρακτηριστικών (π.χ. καχεξία) ή και ως έλλειψη θετικών στοιχείων (π.χ. ως έλλειψη ευεξίας ή ομορφιάς). Οι συμμετέχοντες στην έρευνά μας ανέφεραν ως σημαντικότερες ασθένειες τον καρκίνο, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το HIV/AIDS, τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, το διαβήτη, την παχυσαρκία και τις ψυχολογικές διαταραχές. Επίσης, ως κύρια αίτια των παραπάνω ασθενειών αναφέρουν τη συμπεριφορά (π.χ. διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα, έλλειψη άσκησης, αμέλεια), το στρες, διάφορους κοινωνικούς λόγους, τα γονιδία, την ψυχολογική κατάσταση και την έλλειψη πληροφόρησης.

4. Το φαινόμενο του επιπολιτισμού

Αν και η έννοια του «επιπολιτισμού» είναι διαδεδομένη στη σχετική βιβλιογραφία, είναι επίσης πολύ γενικά προσδιορισμένη. Σύμφωνα με τον Dressler (1993), πρόκειται για τη διαδικασία προσαρμογής ενός απόμου ή μιας ομάδας σε τόπο διαφορετικού πολιτισμού. Αν και η διαδικασία αυτή μπορεί να καταλήξει σε πολύ διαφορετικά αποτελέσματα, η χρήση της έννοιας στο χώρο της υγείας υποδηλώνει την πεποίθηση ότι μπορεί να προβλέψει ή να ερμηνεύσει πιθανές διαφορές στην υγεία (Hunt, Schneider & Comer, 2004), καθώς θεωρείται ότι πολιτισμικά βασισμένες γνώσεις, στάσεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές (τις οποίες φέρουν μαζί τους τα άτομα) αποτελούν σημαντικό παράγοντα επίδρασης.

Κατά τον Hunt και τους συνεργάτες του (2004), προκαλεί εξαρχής ιδιαίτερη δυσκολία το γεγονός ότι ακόμη και οι ίδιες οι έννοιες «πολιτισμός» και «επιπολιτισμός» δεν είναι επακριβώς καθορισμένες στη σχετική επιστημονική βιβλιογραφία και επομένως χωρίς κάποιο επακριβή τρόπο μέτρησης-αξιολόγησης. Συνήθως, στις σχετικές έρευνες χρησιμοποιούνται τα κριτήρια της γλώσσας ή της θρησκείας ως διαφοροποιητικά μεταξύ των πολιτισμών. Είναι όμως επαρκή ή ορθά κριτήρια; Οι ίδιοι ερευνητές σημειώνουν

ότι μια επιπλέον δυσκολία έγκειται στο ότι συχνά παραμελείται ο ρόλος του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Διερωτώνται, μάλιστα, εάν η όλη σχετική προσπάθεια ανεύρεσης «πολιτισμικών διαφορών» αντανακλά περισσότερο κοινωνικά στερεότυπα, παρά αντικειμενικές διαφορές.

Στο ίδιο περίπου μήκος κύματος, οι Salant και Lauderdale (2003), μετά από μια εκτεταμένη ανασκόπηση των ερευνών για το ρόλο του επιπολιτισμού στη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, διαπιστώνουν την ύπαρξη σημαντικών θεωρητικών και ερευνητικών-μεθοδολογικών προβλημάτων. Μερικά από τα προβλήματα αφορούν τη μη διερεύνηση του ρόλου του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ή του ρόλου του φύλου, δυσκολίες στα μέσα μέτρησης και στην πολιτισμική «ευαισθησία» τους κ.ά. Ιδιαίτερη έμφαση δίνουν στην έννοια του δι-πολιτισμού. Στην πιθανότητα, δηλαδή, υιοθέτησης πολλών στοιχείων από δύο πολιτισμούς (π.χ. τον πολιτισμό της χώρας υποδοχής και το μητρικό πολιτισμό), χωρίς ο ένας να επιβάλλεται στον άλλο.

Ενδιαφέρον είναι το εύρημα ότι όποιες πολιτισμικές διαφορές υπάρχουν, αυτές μπορεί να γίνονται αντιληπτές με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με το ποιος ερωτάται. Ενδεικτική είναι μια πρόσφατη έρευνα (Johnston & Herzog, 2006) που διεξήχθη μεταξύ αμερικανών επαγγελματιών υγείας και μεταναστών (κυρίως Μεξικανών αγροτών). Οι πρώτοι δήλωσαν ως κύρια εμπόδια στην παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες τις διαφορές στη γλώσσα, τις πολιτισμικές πεποιθήσεις και πρακτικές (π.χ. ρόλος γιατρών-μάγων), την ύπαρξη ειδικών (πολιτισμικά καθορισμένων) ασθενειών, χωρίς να μπορούν όμως να προσδιορίσουν τι ακριβώς εννοούν. Από την άλλη πλευρά, οι μετανάστες δήλωσαν ως κύριες δυσκολίες τα προβλήματα στην εργασία, τους χαμηλούς μισθούς, την εμπειρία της μετανάστευσης και την απόσταση από την οικία, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι συγγραφείς καταλήγουν τονίζοντας την ανάγκη για ανάπτυξη «πολιτισμικών ικανοτήτων» μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, με στοχο την καλύτερη

κατανόηση των διαφορετικών πολιτισμικών πεποιθήσεων και συμπεριφορών.

Η τελευταία αυτή ανάγκη προβάλλει όλο και εντονότερα, ενώ όλο και περισσότερες σχετικές προσπάθειες βλέπουν το φως. Αν και θα συζητήσουμε το θέμα αυτό αναλυτικότερα παρακάτω, στο σημείο αυτό σημειώνουμε την προσπάθεια του Tseng και των συνεργατών του (2005), οι οποίοι επιχειρούν μια ενδιαφέρουσα παρουσίαση ζητημάτων σχετικών με τις πολιτισμικές διαφορές μεταξύ ανατολής και δύσης, δυσκολιών που αντιμετωπίζουν μετανάστες από χώρες της Ασίας, αλλά και προτάσεων για την ανάπτυξη πολιτισμικά ευαίσθητων παρεμβάσεων. Επίσης, δειλά κάνουν την εμφάνισή τους προτάσεις για το πώς μπορούν τα προγράμματα σπουδών των πανεπιστημίων να εφαρμόσουν μια πολιτική που θα προάγει την κατανόηση διαφορετικών πολιτισμών, αλλά και θα συντελεί στην αποφυγή πιθανών διακρίσεων (βλ., π.χ. όσον αφορά τα προγράμματα σπουδών στην ψυχολογία, Fouad, 2006).

5. Προκαταλήψεις και δυσκολίες

Ορισμένες φορές, οι πολιτισμικά βασισμένες πεποιθήσεις και πρακτικές αποτελούν την αιτία διάφορων προβλημάτων που σχετίζονται με την υγεία. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται αρκετά σχετικά παραδείγματα. Μια πρόσφατη έρευνα (Schensul et al., 2006) έδειξε ότι μερικοί από τους λόγους εξάπλωσης της επιδημίας του ιού HIV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών στην Ινδία είναι η σεξουαλική συμπεριφορά των ανδρών πριν και μετά το γάμο, η υποχρησιμοποίηση των δημόσιων δομών υγείας και η καταφυγή σε ατελέσφορες αγιούρβεδικές μεθόδους πρόληψης και θεραπείας. Μια άλλη έρευνα (Kadri et al., 2006) διαπιστώνει ότι, εξαιτίας της παράδοσης, οι γυναίκες στον αραβικό κόσμο δεν απολαμβάνουν γενικώς καμιά μορφή σεξουαλικής διαπαίδαγώγησης. Μόνο το 32% περίπου έχει λάβει κάποια μορφή ενημέρωσης, η οποία όμως σχετίζεται μόνο με τις παραδοσιακές αρχές του τι πρέπει να γίνεται και τι όχι. Το απο-

τέλεσμα είναι να κυριαρχούν τα ταμπού και η άγνοια με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την υγεία των γυναικών. Τέλος, εξαιτίας της πεποιθησης ότι η εκπαίδευση και η άσκηση του επαγγέλματος στο εξωτερικό είναι σημάδι επιτυχίας και προσωπικής ικανότητας, πέρα από τους καλύτερους μισθούς και τις καλύτερες συνθήκες ζωής που υπάρχουν, περισσότερο από το 50% των γιατρών που εκπαιδεύονται στη Δυτική Αφρική (π.χ., Νιγηρία, Γκάνα) μεταναστεύουν σε δυτικές χώρες, αφήνοντας τις πατρίδες τους χωρίς το τόσο απαραίτητο γι' αυτές ιατρικό προσωπικό (Hagopian et al., 2005).

Τα περισσότερα προβλήματα οφείλονται όμως στην αδυναμία της επίσημης ιατρικής πρακτικής (συνήθως του επεκτεινόμενου σε όλο τον κόσμο βιοϊατρικού μοντέλου) να λάβει υπόψη της τοπικές αντιλήψεις και συνήθειες, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά των ατόμων σε θέματα υγείας. Ο Giles και οι συνεργάτες του (2007) αναφέρουν ότι οι πληθυσμοί των ιθαγενών της Αυστραλίας έχουν τις δικές τους ειδικές αντιλήψεις για τη φύση και τη θεραπεία του διαβήτη. Αυτές όμως δεν λαμβάνονται υπόψη από την τυπική ιατρική, με αποτέλεσμα οι ιθαγενείς να μην εμπιστεύονται τους γιατρούς. Οι Prislin, Suarez, Simpson και Dyer (1998) έδειξαν σε μια έρευνά τους ότι στην πολητεία του Τέξας δεν λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαίτερες πεποιθήσεις των Μεξικανο-Αμερικανών μητέρων γύρω από το θέμα του εμβολιασμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα μειωμένα ποσοστά εμβολιασμών μεταξύ των παιδιών αυτής της κοινωνικής ομάδας. Σε γενικές γραμμές, φαίνεται ότι τα περισσότερα συστήματα υγείας δεν λαμβάνουν υπόψη τις «τοπικές» πολιτισμικές αντιλήψεις, κυρίως επειδή αυτό θα συνεπαγόταν σημαντικές δομικές αλλαγές με τεράστιο οικονομικό κόστος, αλλά και γιατί οι αλλαγές μπορεί να σηματοδοτήσουν μια πρόκληση για τις κυρίαρχες πολιτισμικές πεποιθήσεις και το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο (Atkinson, 2002).

Επιπρόσθετα, ορισμένες δυτικές αντιλήψεις φαίνεται να ευθύνονται για μια σειρά προκαταλήψεων με επιπτώσεις στην υγεία ολόκληρων πληθυσμών. Έτσι, φαίνεται ότι οι αντιλήψεις των

δυτικών για το περιβάλλον, για τις επικρατούσες συνθήκες, καθώς και για τον πολιτισμό και την ιστορία της υποσαχάριας Αφρικής εμποδίζουν την ανάπτυξη επαρκών στρατηγικών και πολιτικών παροχής βοήθειας με στόχο την αντιμετώπιση της πανδημίας του AIDS στην περιοχή αυτή του κόσμου (YeoBoah, υπό δημοσίευση). Επίσης, άλλες έρευνες δείχνουν ότι ο τρόπος κατανόησης και αξιολόγησης της ψυχοπαθολογίας δεν ταιριάζει σε όλους τους πολιτισμούς, ενώ μπορεί να δώσει εξαιρετικά λανθασμένα συμπεράσματα σε πολλές περιπτώσεις (βλ. π.χ. Weisz et al., 2006).

6. Ανάπτυξη πολιτισμικά ευαίσθητων παρεμβάσεων

Η αναγνώριση του ρόλου του πολιτισμικού υποβάθρου σε θέματα ψυχικής και σωματικής υγείας και ασθένειας, καθώς και η αύξηση των μετακινήσεων και μετεγκαταστάσεων παγκόσμια έδωσαν άθηση στην ανάπτυξη ειδικών παρεμβάσεων, που ως στόχο έχουν το συνυπολογισμό του πολιτισμού στο σχεδιασμό και την εφαρμογή των παρεμβάσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές αναφέρονται συχνά ως «πολιτισμικά ευαίσθητες» ή ως «πολιτισμικά εστιασμένες». Με αυτές επιτυγχάνονται (α) μεγαλύτερη ακρίβεια στην κατανόηση της συμπεριφοράς, (β) ακριβέστερη κατανόηση των δεδομένων μέσα από την οπτική του πελάτη και, συνεπώς, (γ) αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων (Pedersen, 1997).

Τα παραπάνω βρίσκουν έκφραση τόσο μέσα από την ανάπτυξη αρκετών και με διαφορετική στόχευση πολιτισμικά ευαίσθητων προγραμμάτων παρέμβασης (βλ. π.χ. Dwairy, 1997. Giles et al., 2007. Hays & Iwamasa, 2006. Nicolas et al., 2006. Tseng et al., 2005), όσο και με την ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης των ειδικών, αλλά και της ευρύτερης κοινότητας, ώστε αυτοί να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα πολιτισμικών διαφορών (βλ. π.χ. Constantine & Sue, 2005. Varjas et al., 2005). Χαρακτηριστικά αναφέρουμε τη σχετική πρόταση των James και Prilleltensky

(2002). Οι δύο συγγραφείς προτείνουν ένα πλαίσιο παρέμβασης σε πελάτες που προέρχονται από άλλο πολιτισμικό πλαίσιο, σύμφωνα με το οποίο θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τέσσερις «προβληματισμοί». (α) Φιλοσοφικοί προβληματισμοί, όπου βασική ερώτηση για τον ειδικό αποτελεί το ποια είναι η εικόνα του «καλού προσώπου» και της «καλής ζωής» στην κοινωνία του συγκεκριμένου πελάτη του, και ποιες οι βασικές αξίες; (β) Προβληματισμοί πλαισίου: ποιοι είναι οι κοινωνικοί, πολιτισμικοί, θρησκευτικοί και ηθικοί κανόνες, και πώς αυτοί επιδρούν στην υγεία και την ασθένεια; (γ) Βιωματικοί: τι λείπει από το συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον, ώστε να βελτιωθεί η υγεία των στόμων και της κοινότητας; (δ) Πραγματιστικοί προβληματισμοί: τι συγκεκριμένα μπορεί να γίνει ώστε να βελτιωθεί η υγεία στο συγκεκριμένο πλαίσιο; Τους προβληματισμούς αυτούς θα πρέπει να θέτει ο ειδικός και στη συνέχεια να σχεδιάζει και να υλοποιεί την παρέμβασή του στη βάση των απαντήσεων που θα λάβει.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία έχει ήδη από τις αρχές της δεκαετίας εκδώσει μια σειρά «πολυπολιτισμικών» οδηγιών, οι οποίες αναφέρονται σε θέματα σχέσεων (αξιολόγησης και παρέμβασης) μεταξύ ειδικών και πελατών διαφορετικού πολιτισμικού υποβάθρου (APA, 2002). Επίσης, ήδη κάνουν την εμφάνισή τους προτάσεις για το πώς είναι δυνατόν οι υπάρχουσες ψυχολογικές σχολές να λάβουν υπόψη τους τις πολιτισμικές ιδαιτερότητες. Οι Muñoz και Mendelson (2005) και οι Andrés-Hyman, Ortiz, Añez, París και Davidson (2006) έχουν ήδη αναπτύξει προγράμματα γνωσιακής-συμπεριφορικής κατεύθυνσης προσαρμοσμένα στις ανάγκες και τις απαρτήσεις των λατινογενών πληθυσμών της Αμερικής. Δίνουν, έτσι, έμφαση σε ζητήματα όπως η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός, η οικογένεια, η ανδροπρέπεια, ο ρόλος των γυναικών, η θρησκεία και η πνευματικότητα κ.ά., τα οποία φαίνονται σημαντικά για τους πληθυσμούς αυτούς.

Πιστεύουμε ότι στο άμεσο μέλλον η χρησιμοποίηση τέτοιων παρεμβάσεων θα γενικευτεί. Τόσο στο χώρο της ψυχικής υγείας όσο και της

σωματικής, καθώς και ότι η επίγνωση της σημασίας των πολιτισμικών επιρροών αλλά και η ανάπτυξη αντίστοιχων «πολυπολιτισμικών» δεξιοτήτων θα επεκταθεί στα προγράμματα σπουδών των επαγγελματιών υγείας.

7. Συμπεράσματα - συζήτηση

Ο πολιτισμός, ως το σύνολο του τρόπου ζωής, των διαπροσωπικών σχέσεων, των αξιών, επιθυμιών και δυνατοτήτων, δεν αποτελεί μια «εξωτερική μεταβλητή» όσον αφορά τη συμπεριφορά, τη σκέψη και το συναίσθημα του ατόμου. Είναι αναπόσπαστο τμήμα της ανθρώπινης λειτουργίας, καθώς αποτελεί όχι μόνο τη βάση πάνω στην οποία εδράζεται, αλλά μια ενσωματωμένη διαδικασία. Έτσι, και οι αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια σχετίζονται άμεσα με το πολιτισμικό σύστημα ιδεών, πεποιθήσεων και πρακτικών (Marks et al., 2000). Κάθε πολιτισμός καταλήγει σε μια δική του κοσμοθεωρία για το τι είναι υγεία και τι ασθένεια, τι είναι η ευεξία και η ποιότητα ζωής, ποιοι οι κάταλλοι τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων και των ασθενειών (βλ. π.χ. οντολογίες του πόνου, Shwedler et al., 1997).

Παρά τις σημαντικές κάποτε πολιτισμικές διαφορές, δεν θα πρέπει όμως να θεωρούμε τη σχέση μεταξύ τοπικού πολιτισμού και υγείας σταθερή και αναλλοίωτη. Τουναντίον, υπάρχουν αρκετά πλέον ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν μεγάλες πολιτισμικές ανταλλαγές σε θέματα υγείας και ασθένειας και αλλαγές στη νοσοτροπία και τις αντιλήψεις (βλ. π.χ. Chacko, 2003; Green et al., 2006). Αν και φαίνεται να είναι το «δυτικό» βιοϊατρικό μοντέλο που ραγδαία αναπύσσεται και επεκτείνεται σε κάθε σύστημα υγείας του κόσμου (Marks et al., 2000), το ίδιο είναι πλέον αναγκασμένο να αναγνωρίσει ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας (και στις δυτικές χώρες) αντιμετωπίζουν την υγεία τους υπό ένα ευρύτερο πνεύμα και, επομένως, ζητούν ανάλογη αντιμετώπιση. Έτσι, όλο και συχνότερα αναζητούνται «εναλλακτικοί» τρόποι παρέμβασης, πολλοί από τους οποίους προέρχονται από άλλα

πολιτισμικά πλαίσια (π.χ. βελονισμός). Μάλιστα, μεγάλα νοσοκομεία των ΗΠΑ ή της Μεγάλης Βρετανίας αρχίζουν να παρέχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες (Tseng et al., 2005).

Η επίδραση του πολιτισμικού πλαισίου στην υγεία δεν μένει ανεπηρέαστη από άλλους σημαντικούς παράγοντες, όπως είναι οι περιστασιακές συνθήκες ή το χρονικό πλαίσιο (βλ. π.χ. Gureje, 2004). Ένας τέτοιος σημαντικότατος παράγοντας είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το οποίο συσχετίζεται σημαντικά με τα επίπεδα υγείας, την ασθένεια και τη θνησιμότητα (Carroll et al., 1996), ενώ το κατά κεφαλήν εθνικό εισόδημα και η ανισότητα στο εισόδημα, προβλέπουν σημαντικά την ποσότητα και την ποιότητα ζωής (Marks et al., 2000). Οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να λάβουν υπόψη και να αντιμετωπίσουν το ζήτημα αυτό.

Βέβαια, το θέμα της σχέσης μεταξύ πολιτισμού και υγείας δεν είναι μόνο ζήτημα διαπολιτισμικών επιρροών, αλλά και κατανόησης του τρόπου που ένας συγκεκριμένος πολιτισμός αντιλαμβάνεται την υγεία και την ασθένεια. Στο πλαίσιο του δικού μας πολιτισμού, η αντίληψη για την υγεία επηρεάζεται από την παράδοση του βιοϊατρικού μοντέλου, από την επιστημονική θεώρηση των πραγμάτων, αλλά και από τις χριστιανικές παραδόσεις. Δεν λείπουν, από την άλλη, αντιλήψεις που έχουν τις ρίζες τους στον παλαιότερο (αγροτικό) τρόπο ζωής, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις διατηρούν την ισχύ τους ακόμη και σήμερα σε αξιοσημείωτο βαθμό. Οι πεποιθήσεις αυτές, καθώς αντανακλούν βαθύτερες πεποιθήσεις ή και κοινωνικούς φόβους, δεν είναι πάντα «στην επιφάνεια», αλλά αναδύονται μόλις υπάρχει μια μορφή κρίσης (Kleinman, 1980). Έτσι, ένα άτομο μπορεί να παραδέχεται γενικώς ως αίτιο μιας ασθένειας τη δική του συμπεριφορά, αλλά σε μια δύσκολη στιγμή είναι πιθανό να καταφύγει σε ποικιλώνυμες λύσεις για την αντιμετώπιση της δυσκολίας του. Επίσης, δεν πρέπει να λησμονούνται οι ιδιαιτερότητες του οικείου «δυτικού» πολιτισμού, όπως το καταναλωτικό πνεύμα που χαρακτηρίζει πολλές από τις σύγχρονες πρακτικές για την υγεία (π.χ.

υπερκατανάλωση φαρμάκων), η ιατρικοποίηση πολλών διαδικασιών που είναι μάλλον φυσιολογικές (π.χ. ιατρικοποίηση του τοκετού), καθώς και η έντονη παρουσία διαταραχών που σχετίζονται με το δυτικό τρόπο αντίληψης των πραγμάτων (π.χ. ψυχογενής ανορεξία) ή ασθενειών που οφείλονται στον τρόπο ζωής μας (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, μορφές νεοπλασίας) (βλ. σχετικά Kalantzaki-Azizi, 2006. Καραδήμας, 2005).

Η κατανόηση της βαθύτατης επίδρασης του πολιτισμού στην υγεία και την ευεξία, αλλά και των διαπολιτισμικών διαφορών στην υγεία, δεν είναι εύκολη και προκαλεί δυσκολίες. Επιπρόσθετα, παρατηρούνται αρκετές μεθοδολογικές και εννοιολογικές δυσκολίες που σχετίζονται με την προσπάθεια μελέτης φαινομένων όπως ο επιπολιτισμός και οι πολιτισμικές ανταλλαγές, σε συνδυασμό πάντα με την επιφυλακτικότητα που διακρίνει κάθε πολιτισμό όταν έρχεται σε επαφή με κάποιον άλλο (Hunt, Schneider & Comer, 2004. Salant & Lauderdale, 2003). Όλα αυτά οδηγούν σε μια σειρά προκαταλήψεων και δυσχερειών, τις οποίες θα μπορούσαμε να κατηγοριοποιήσουμε σε τέσσερις ομάδες: (α) αντιλήψεις που καθίστανται εμπόδιο στην αναζήτηση κατάλληλης βοήθειας ή εμπόδιο στην ανάπτυξη των κατάλληλων συμπεριφορών (π.χ. δυσλειτουργικές θρησκευτικές αξίες, αντιλήψεις που κάποτε έχυπτρετούσαν αλλά είναι πλέον αναχρονιστικές)· (β) αδυναμία κατανόησης της συσχέτισης των πολιτισμικών πρακτικών και του τρόπου ζωής με την υγεία και την ασθένεια (π.χ. το υπερβολικό βάρος που σχετίζεται με τον τρόπο ζωής μάλλον παρά με γονιδια)· (γ) αδυναμία του κυριαρχου κάθε φορά πολιτισμικού ρεύματος να λάβει υπόψη και να συνυπολογίσει τις πιθανές πολιτισμικές διαφορές υποομάδων του συνόλου ή των μεταναστών και των μειονοτήτων (π.χ. κατά πόσο το ελληνικό Σύστημα Υγείας κατανοεί και λαμβάνει μέριμνα για τα προβλήματα των μεταναστών ή των μειονοτήτων); · (δ) συναφώς προς το προηγούμενο, προκαταλήψεις για τους άλλους και προσπάθεια «επιβολής» ενός ενιαίου μοντέλου για όλους (π.χ. κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου).

Παρά τις δυσκολίες, η πρόοδος στην ανα-

γνώριση της σχέσης μεταξύ πολιτισμού και υγείας συντέλεσε στην αναγνώριση της ανάγκης για ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Οι πολιτισμικά ευαίσθητοποίησης εστιάζουν κυρίως είτε στη γενική ευαίσθητοποίηση τμημάτων του πληθυσμού (βλ. π.χ. Varjas et al., 2005) είτε στην αύξηση της επίγνωσης των πολιτισμικών και διαπολιτισμικών επιρροών (βλ. π.χ. Nicolas et al., 2006) είτε, τέλος, στη δόμηση πολιτισμικά ευαίσθητων ή απευθυνόμενων σε συγκεκριμένους πληθυσμούς προγραμμάτων παρέμβασης (βλ. π.χ. Andrés-Hyman et al., 2006. Giles et al., 2007). Στο μέλλον περισσότερα τέτοια προγράμματα θα παρουσιαστούν και περισσότερες ανάλογες πρωτοβουλίες θα αναληφθούν. Τα προγράμματα αυτά, μάλιστα, μπορούν να συνδυαστούν με ευρύτερες προσπάθειες αντιμετώπισης των ανισοτήτων στην υγεία, ώστε η αποτελεσματικότητά τους να πολλαπλασιαστεί.

Σε κάθε περίπτωση όμως, δεν θα πρέπει να αντιλαμβανόμαστε τις πολιτισμικές επιδράσεις ως ένα εμπόδιο που πρέπει να υπερκερασθεί. Πρόκειται μάλλον για μια ευκαιρία που προσφέρεται, ώστε να καταστεί το έργο μας ορθότερο, αποτελεσματικότερο και ωφελιμότερο. Η βαθύτερη κατανόηση των πολιτισμικών επιρροών και διαφορών θα συντελέσει σε μια πιο ολοκληρωμένη και ακριβέστερη αντίληψη για την ανθρώπινη υγεία. Ο πολιτισμικός πλούτος και η αξιοποίησή του φαίνεται ότι θα αποτελέσουν ένα από τα επόμενα σημαντικά κεφάλαια στις επιστήμες της υγείας, ώπως και στις επιστήμες της συμπεριφοράς.

Βιβλιογραφία

American Psychological Association (2002). *Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists*. Retrieved February 6, 2007, from <http://www.apa.org/pi/multiculturalguidelines.pdf>

Andrés-Hyman, R. C., Ortiz, J., Añez, L. M., Paris, M. & Davidson, L. (2006). Culture and clinical practice: Recommendations for working with

Puerto Ricans and other Latino(s) in the United States. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 694-701.

Armelagos, G. J., Brown, P. J. & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61, 755-765.

Arrendondo, P., Toporek, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C. & Sanchez, J. (1996). Operationalization of the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 42-78.

Atkinson, S. (2002). Political cultures, health systems and health policy. *Social Science & Medicine*, 55, 113-124.

Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Bromberger, J., Ganz, P., Cain, V. & Kagawa-Singer, M. (2001). Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science & Medicine*, 52, 345-356.

Baron-Epel, O., Kaplan, G., Haviv-Messika, A., Tarabeia, J., Green, M. S. & Kaluski, D. N. (2005). Self-reported health as a cultural health determinant in Arab and Jewish Israelis. *Social Science & Medicine*, 61, 1256-1266.

Baum, A., Perry, N. W. Jr. & Tarbell, S. (2004). The development of psychology as a health science. In T. J. Boll, R. G. Frank, A. Baum & J. L. Wallander (Eds), *Handbook of Clinical Health Psychology*, vol. 3 (pp. 9-28). Washington, DC: American Psychological Association.

Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Routledge.

Boirin, M. J. (1997). An ecological paradigm for a health behavior analysis of "konzo", a paralytic disease of Zaire from toxic cassava. *Social Science & Medicine*, 45, 1853-1862.

Carroll, D., Davey Smith, G. & Bennett, P. (1996). Some observations on health and socioeconomic status. *Journal of Health Psychology*, 1, 23-39.

Chacko, E. (2003). Culture and therapy: Complementary strategies for the treatment of type-2 diabetes in an urban setting in Kerala, India. *Social Science & Medicine*, 56, 1087-1098.

Constantine, M. G. & Sue, D. W. (Eds) (2005). *Strategies for building multicultural competence in mental health and educational settings*. Hoboken, NJ: Wiley.

Γκιζέλης, Γ. Χ. (1977). *Η εθνογραφία της υγείας*. Αθήνα: Γρηγορόπουλος.

Dein, S. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *Lancet Oncology*, 5, 119-124.

Dressler, W. (1993). Health in the African American community: Accounting for health inequalities. *Medical Anthropology Quarterly*, 73, 325-345.

Dwairy, M. (1997). A biopsychosocial model of metaphor therapy with holistic cultures. *Clinical Psychology Review*, 17, 719-732.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.

Flick, U. (2000). Qualitative inquires into social representations of health. *Journal of Health Psychology*, 5, 315-324.

Fouad, N. A. (2006). Multicultural guidelines: Implementation in an urban counseling psychology program. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 6-13.

Giles, B. G., Findlay, C. S., Haas, G., LaFrance, B., Laughing, W. & Pembleton, S. (2007). Integrating conventional science and aboriginal perspectives on diabetes using fuzzy cognitive maps. *Social Science & Medicine*, 64, 562-576.

Green, G., Bradby, H., Chan, A. & Lee, M. (2006). "We are not completely Westernised": Dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England. *Social Science & Medicine*, 62, 1498-1509.

Gureje, O. (2004). What can we learn from a cross-national study of somatic distress? *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 409-412.

Hagopian, A., Ofori, A., Fatusi, A., Biritwum, R., Essel, A., Hart, L. G. & Watts, C. (2005). The flight of physicians from West Africa: Views of African physicians and implications for policy. *Social Science & Medicine*, 61, 1750-1760.

Hays, P. A. & Iwamasa, G. Y. (2006). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy. Assessment, practice, and supervision*. Washington, DC: American Psychological Association.

Herzlich, C. (1973). *Health and illness: A social psychological approach*. London: Academic Press.

Hunt, L. M., Schneider, S. & Comer, B. (2004). Should "acculturation" be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Social Science & Medicine*, 59, 973-986.

James, S. & Prilleltensky, I. (2002). Cultural diversity and mental health. Towards integrative practice. *Clinical Psychology Review*, 22, 1133-1154.

Johnston, M. E. & Herzog, R. M. (2006). The interpretation of "culture": Diverging perspectives on medical provision in rural Montana. *Social Science & Medicine*, 63, 2500-2511.

Jutel, A. (2006). The emergence of overweight as a disease entity: Measuring up normality. *Social Science & Medicine*, 63, 2268-2276.

Kadri, N., Berrada, S., Alami, Kh. M., Manoudi, F., Rachini, L., Maftouh, S. & Halbreich, U. (2006). Mental health of Moroccan women, a sexual perspective. *Journal of Affective Disorders*. doi: 10.1016/j.jad.2006.09.028.

Καλαντζή-Αζίζη, Α. (2006). Το «σύνδρομο γυναίκα»: Το γυναικείο φύλο ως απόκλιση που χρήζει αντιμετώπισης. Στο Μ. Μαλικώστη-Λοίζου, Δ. Σιδηροπούλου-Δημακάκου & Γ. Κλεφτάρα (Επιμ. Έκδ.), *Η συμβουλευτική ψυχολογία στις γυναίκες* (σελ. 191-213). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Karasz, A. (2005). Cultural differences in conceptual models of depression. *Social Science & Medicine*, 60, 1625-1635.

Kleinman, A. (1980). *Patients and their healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.

Kleinman, A. (1986). *Social origin of distress and disease: Depression, neurasthenia, and pain in modern China*. New Haven, CT: Yale University Press.

Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health Psychology: theory, research and practice*. London: Sage.

Marx, M. H. & Hillix, W. A. (1963). *Systems and theories in psychology*. New York: McGraw-Hill.

Matsumoto, D., Kudoh T. & Takeuchi, S. (1996). Changing patterns of individualism and collectivism in the United States and Japan. *Culture and Psychology*, 2, 77-107.

McLachlan, M. (1997). *Culture and health*. New York: Wiley.

Muñoz, R. F. & Mendelson, T. (2005). Toward evidence-based interventions for diverse populations: The San Francisco General Hospital prevention and treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 790-799.

Nagayama Hall, G. C. (2005). Introduction to the Special Section on Multicultural and Community Psychology: Clinical Psychology in context. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 787-789.

Nicolas, G., DeSilva, A., Grey, K. S. & Gonzalez-Eastep, D. (2006). Using a multicultural lens to understand illnesses among Haitians living in America. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 701-707.

Park, L. (1992). *Cross-cultural explanations of illness: Murdock revisited*. Chicago, IL: University of Chicago.

Pedersen, P. B. (1997). Recent trends in cultural theories. *Applied & Preventive Psychology*, 6, 221-231.

Prislin, R., Suarez, L., Simpson D. M. & Dyer, J. A. (1998). When acculturation hurts: The case of immunization. *Social Science & Medicine*, 47, 1947-1956.

Salant, T. & Lauderdale, D. S. (2003). Measuring culture: a critical review of acculturation and health in Asian immigrant populations. *Social Science & Medicine*, 57, 71-90.

Schensul, S. L., Mekki-Berrada, A., Nastasi, B., Saggurti, N. & Verma, R. K. (2006). Healing traditions and men's sexual health in Mumbai, India: The realities of practiced medicine in urban poor communities. *Social Science & Medicine*, 62, 2774-2785.

Schwartz, G. E. (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1040-1053.

Shweder, R. A., Much, N. C. Mahapatra, M. & Park, L. (1997). The “big three” of morality (autonomy, community, divinity) and the “big three” explanations of suffering. In A. M. Brandt & P. Rozin (Eds), *Morality and health* (pp. 119-172). London: Routledge.

Smith, R. (2002). In search of non-disease. *British Medical Journal*, 324, 883-885.

Sue, D. W., Bingham, R. P., Porche-Burke, L. & Vasquez, M. (1999). The diversification of psychology: A multicultural revolution. *American Psychologist*, 54, 1061-1069.

Tseng, W. S., Chang, S. C. & Nishizono, M. (Eds) (2005). *Asian culture and psychotherapy: Implications for East and West*. Honolulu: University of Hawaii Press.

Thomas, K. (1997). Health and morality in early modern England. In A. M. Brandt & P. Rozin (Eds), *Morality and health* (pp. 15-34). New York: Routledge.

Thompson, M., Ellis, R. & Wildavsky, A. (1990). *Cultural theory*. Oxford: Westview Press.

Varjas, K., Nastasi, B. K., Moore, R. B. & Jayasena, A. (2005). Using ethnographic methods for development of culture-specific interventions. *Journal of School Psychology*, 43, 241-258.

Weisz, J. R., Weiss, B., Suwanlert, S. & Chaiyasit, W. (2006). Culture and youth psychopathology: Testing the Syndromal Sensitivity Model in Thai and American adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1098-1107.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts* (2nd ed.). Copenhagen: WHO Regional Office of Europe.

Wolder Levin, B. & Browner, C. H. (2005). The social production of health: Critical contributions from evolutionary, biological, and cultural anthropology. *Social Science & Medicine*, 61, 745-750.

Worthman, C. M. & Kohrt, B. (2005). Receding horizons of health: biocultural approaches to public health paradoxes. *Social Science & Medicine*, 61, 861-878.

Yeboah, I. E. A. (in press). HIV/AIDS and the construction of Sub-Saharan Africa: Heuristic lessons from the social sciences for policy. *Social Science & Medicine*. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.10.003.

Culture and health: current perspectives of a continuous relationship

EVANGELOS C. KARADEMAS¹

ABSTRACT

Culture is a rather general and difficult in its evaluation concept. However, it exerts a catalytic influence on the ways people understand health and illness, and on the methods being used for treating problems and ill health. Every culture possesses a view about health, as well as specific practices, so unique that could signify a kind of taboo for another culture. In the present article the significant impact of culture and culture-based differences on health related issues are being presented. Furthermore, recent literature regarding the ways culture affects health, acculturation, biases and misinterpretations, and the development of "culture-sensitive" interventions, is being reviewed. The broader western, as well as Greek beliefs about health and their particular features are also being discussed.

Key words: Culture, Health, Illness, Health beliefs.

1. Address: Department of Psychology, University of Crete, 74100, Gallos, Rethymnon, Greece. Tel.: +30 28310 77532. Fax: +30 28310 77578. e-mail: karademas@psy.soc.uoc.gr