

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

Υγεία και ασθένεια: Ψυχολογικές διεργασίες

Εισαγωγή

Η Ψυχολογία της Υγείας αποτελεί ένα σχετικά νέο κλάδο της Εφαρμοσμένης Ψυχολογίας. Ιστορικά η Ψυχολογία της Υγείας αναγνωρίστηκε ως αυτόνομος τομέας της Ψυχολογίας το 1978, όταν στον Αμερικανικό Ψυχολογικό Σύνδεσμο (APA) δημιουργήθηκε αντίστοιχος κλάδος. Το 1986 ο Διεθνής Σύνδεσμος Εφαρμοσμένης Ψυχολογίας (IAAP) ίδρυσε Κλάδο Ψυχολογίας της Υγείας, ενώ ταυτόχρονα ιδρύθηκε και η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ψυχολογίας της Υγείας (EHPS).

Μια σειρά γεγονότων συνέβαλε στην ανάπτυξη του νέου αυτού κλάδου της Ψυχολογίας. Το κυριότερο είναι η αλλαγή που εμφανίστηκε στις μορφές και στα αίτια νόσησης καθώς και στις αιτίες θανάτου στις δυτικές, τουλάχιστον, κοινωνίες (Baum, Perry, & Tarbell, 2004). Οι πιο συχνές σοβαρές ασθένειες είναι πλέον χρόνιες, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο καρκίνος. Επιπλέον, οι κυριότεροι παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση αυτών των προβλημάτων υγείας αφορούν τη συμπεριφορά των ατόμων (π.χ. κάπνισμα, ανθυγιεινή διατροφή, έλλειψη σωματικής άσκησης, κατάχρηση ουσιών, όπως το αλκοόλ) καθώς και ορισμένους κοινωνικούς παράγοντες, όπως το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η φτώχεια. Οι νέες συνθήκες σηματοδότησαν την ανάγκη ανάπτυξης νέων πεδίων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης. Ένα τέτοιο πεδίο είναι η Ψυχολογία της Υγείας, η οποία διαδέχθηκε άλλες, πρότερες επιστημονικές προσεγγίσεις (Ψυχοσωματική Ιατρική, Ιατρική Ψυχολογία, Συμπεριφοριστική Ιατρική).

Σύμφωνα με ένα γενικά παραδεκτό ορισμό της, η Ψυχολογία της Υγείας επικεντρώνεται στις ψυχολογικές διεργασίες που υπεισέρχονται και συμβάλλουν στη διατήρηση και στην προαγωγή της υγείας, στην εκδήλωση και στην έκβαση της ασθένειας και στη φροντίδα της σωματικής υγείας. Ειδικότερα, μελετά τους ψυχολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν: (α) στη διατήρηση και στην προαγωγή της υγείας των υγιών ατόμων (π.χ. διαμορφώνοντας ή ενισχύοντας συμπεριφορές όπως τη διακοπή του καπνίσματος ή την υγιεινή διατροφή), (β) στη δευτερογενή πρόληψη και στην εγκαίρως διάγνωση των ασθενειών σε περιπτώσεις ατόμων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης (π.χ. συστηματική εφαρμογή μαστογραφίας από γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού), (γ) στην ανάπτυξη και στην αιτιολογία των ασθενειών (π.χ. ο ρόλος του στρες στον κλονισμό της υγείας, των χαρακτηριστικών προσωπικότητας στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου), (δ) στην προσαρμογή στις συνθήκες της αρρώστιας (π.χ. στις περιπτώσεις χρόνιων ασθενών που πάσχουν από AIDS, σκληρήνωση κατά πλάκας, διαβήτη, ή ασθενών με καρκίνο που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου), (ε) στην παροχή φροντίδας για την υγεία και στο σχεδιασμό της υγειονομικής πολιτικής (π.χ. ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, πιστή τήρηση των ιατρικών οδηγιών και συστάσεων).

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η Ψυχολογία της Υγείας στηρίζεται σε δύο πυλώνες: (α) σε μια διαρκώς ογκούμενη θεωρητική γνώση για την υγεία και την ασθένεια, καθώς και για τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη διατήρηση, την απώλεια και την αποκατάσταση της υγείας, και (β) σε ένα μεγάλο παρεμβατικό έργο το οποίο έχει ως στόχο την προαγωγή της υγείας αλλά και την ανάκτηση των δυνάμεων μετά από ασθένεια, όπως και τη διατήρηση ή τη βελτίωση της ποιότητας ζωής

και της ευεξίας, τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στους πάσχοντες και στους οικείους τους. Έτσι, επίκεντρο του έργου της Ψυχολογίας της Υγείας δεν αποτελούν μόνο τα άτομα του γενικού πληθυσμού ή οι ασθενείς του γενικού νοσοκομείου, αλλά και τα άτομα που περιλαμβάνονται σε πλαίσια, όπως το σχολείο, οι εργασιακοί χώροι, οι κοινοτικές δομές προαγωγής της υγείας (Rozensky, Johnson, Goodheart, & Hammond, 2004).

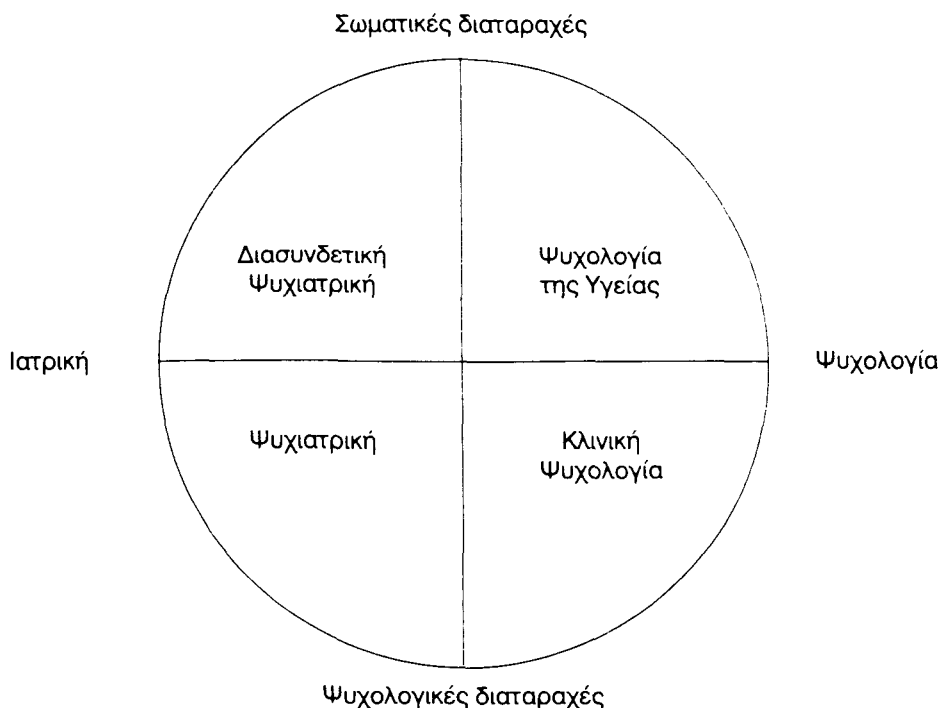
Η πρακτική της Ψυχολογίας της Υγείας περιλαμβάνει έρευνα, αξιολόγηση, σχεδιασμό – εφαρμογή – αξιολόγηση παρεμβάσεων, καθώς και διδασκαλία – εκπαίδευση (Michie & Abraham, 2004). Η Ψυχολογία της Υγείας συνεργάζεται στενά με άλλους κλάδους της Ψυχολογίας (π.χ. Κλινική, Γνωστική, Κοινωνική) και άλλους επιστημονικούς τομείς (π.χ. Ιατρική, Επιδημιολογία, Νευροανοσολογία, Κοινωνιολογία της Υγείας, Γενετική, Δημόσια Υγείνη). Στο Σχήμα 1 παρουσιάζεται διαγραμματικά η σχέση μεταξύ της Ψυχολογίας της Υγείας και άλλων συναφών επιστημονικών τομέων. Στον οριζόντιο άξονα αντιστοιχεί το συνεχές των δύο επιστημών «Ψυχολογία – Ιατρική», ενώ στον κάθετο άξονα αντιστοιχεί το εύρος των προβλημάτων υγείας, δηλαδή «ψυχολογικές διαταραχές – σωματικές διαταραχές». Βέβαια, ο διαχωρισμός ανάμεσα στα αμιγώς ψυχολογικά και στα αμιγώς σωματικά προβλήματα υγείας είναι τεχνητός, καθώς οι περισσότερες σωματικές διαταραχές συνοδεύονται και από κάποια ψυχολογικά προβλήματα (δηλαδή οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ιατρική κατάσταση ή αποτελούν επιπλοκές της ή αντιδράσεις σε αυτήν), και αντίστροφα, ορισμένες ψυχολογικές διαταραχές επηρεάζουν τη γενική ιατρική (σωματική) κατάσταση του ασθενούς (οπότε εμφανίζονται ψυχοσωματικές διαταραχές ή σωματικές εκδηλώσεις της ψυχολογικής διαταραχής) (Lipowski, 1967).

Στο άνω δεξιό τεταρτημόριο του Σχήματος 1 παρατηρούμε ότι στην Ψυχολογία της Υγείας οι ψυχολογικές θεωρίες και μέθοδοι εφαρμόζονται προκειμένου να διασφαλιστεί η διατήρηση ή η προαγωγή της υγείας, να επιτευχθεί καλύτερη προσαρμογή στη σωματική ασθένεια ή ταχύτερη ανάρρωση από αυτήν. Το πλαίσιο μέσα στο οποίο συνήθως εργάζεται ο ψυχολόγος της Υγείας είναι, πέραν των άλλων που αναφέραμε προηγουμένως, το μη ψυχιατρικό νοσοκομείο, δηλαδή το γενικό, το ογκολογικό, το καρδιοχειρουργικό, το μαιευτικό – γυναικολογικό ή το παιδιατρικό νοσοκομείο και οι συνεργαζόμενες με αυτό δομές (κέντρα υγείας). Ο ρόλος του είναι επικουρικός, συμβουλευτικός – διασυνδεδετικός και όχι άμεσα σχετιζόμενος με το λόγο εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Η Κλινική Ψυχολογία, παρ' ότι με την Ψυχολογία της Υγείας έχει αρκετές κοινές μεθόδους ψυχολογικής αξιολόγησης και τεχνικές ψυχολογικής παρέμβασης, διαφέρει από αυτήν όσον αφορά τόσο τον πληθυσμό-στόχο όσο και το πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχονται οι ψυχολογικές υπηρεσίες. Ο κλινικός ψυχολόγος έχει εκπαιδευτεί κυρίως ώστε να ερευνά, να αξιολογεί και να προλαμβάνει τις γνωσιακές, τις συναισθηματικές και τις συμπεριφορικές διαταραχές που συνοδεύουν τις ψυχικές παθήσεις (π.χ. τις διαταραχές της διάθεσης, τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών, τις διαταραχές προσωπικότητας) καθώς και να παρεμβαίνει σε αυτές. Στο πλαίσιο μέσα στο οποίο συνήθως εργάζεται (π.χ. το ψυχιατρείο και οι δομές του) ο ρόλος του ψυχολόγου είναι πρωταρχικός και άμεσα σχετιζόμενος με το λόγο εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική μπορεί να θεωρηθεί υποειδικότητα της Ψυχιατρικής και ασχολείται με τη διάγνωση, το θεραπευτικό χειρισμό, τη μελέτη και την πρόληψη της ψυχιατρικής νοσηρότητας στο σωματικά άρρωστο. Οπότε η εστίασή της είναι περιορισμένη σε σχέση με αυτήν της Ψυχολογίας της Υγείας.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί εξειδικεύσεις της Ψυχολογίας της Υγείας, όπως είναι η Κλινική Ψυχολογία Υγείας (Boll, Johnson, Perry, & Rozensky, 2002), η οποία ασχολείται με ζητήματα όπως οι ψυχολογικές διαστάσεις και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε σωματικά αρρώστους που πάσχουν από νοσήματα όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, τα δερματολογικά προβλήματα (π.χ. ψωρίαση, ακμή), η δυσμηνόρροια, η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, το άσθμα, η χρόνια αποφρακτική



Σχήμα 1
Ψυχολογία της Υγείας και συναφείς επιστημονικοί τομείς.

πνευμονοπάθεια, το εγκεφαλικό επεισόδιο, η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, η νεφρική ανεπάρκεια, ο σακχαρώδης διαβήτης.

Μια άλλη τάση που έχει αναπτυχθεί κυρίως στην Αμερική στο πλαίσιο της Ψυχολογίας της Υγείας είναι η Κριτική Ψυχολογία Υγείας, που υιοθετεί μια κριτική προσέγγιση σε θέματα Ψυχολογίας της Υγείας, θέτοντας ερωτήματα σχετικά με το βαθμό της ατομικής ευθύνης στη διατήρηση ή στην προαγωγή της υγείας, την επίδραση που ασκεί το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο στην άσκηση της Ψυχολογίας της Υγείας, το ρόλο των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων στη διατήρηση της υγείας, τη σπουδαιότητα της μελέτης των διαφορών κατά φύλο και πολιτισμικό υπόβαθρο στην αντίληψη και στην εμπειρία της ασθένειας, τη μεθοδολογία διεξαγωγής ποιοτικών (έναντι των ποσοτικών) ερευνών στο χώρο της Ψυχολογίας της Υγείας, τις στρατηγικές παρέμβασης με στόχο την προαγωγή της υγείας σε κοινοτικό επίπεδο.

Όσον αφορά τα μέσα διάδοσης της Ψυχολογίας της Υγείας, σήμερα κυκλοφορούν 5 ειδικά περιοδικά (όπως το *Health Psychology* της APA ή το *Psychology & Health* της EHPS), ενώ υπάρχουν πολλά περιοδικά διεπιστημονικής εμβέλειας (όπως το *Journal of Psychosomatic Research*, το *Psychosomatic Medicine* ή το *Social Science & Medicine*) που δημοσιεύουν εργασίες οι οποίες εκπονούνται στον τομέα της Ψυχολογίας της Υγείας. Τα εγχειρίδια Ψυχολογίας της Υγείας συνεχώς πολλαπλασιάζονται τα τελευταία χρόνια (π.χ. Baum, Revenson, & Singer, 2001. Johnston, Johnston, Bellack, & Hersen, 2001. Kaptein & Weinman, 2004).

Στη χώρα μας το πρώτο σχετικό βιβλίο κυκλοφόρησε πριν από 22 χρόνια (Καλαντζή-Αζίζι, 1983). Στα μέσα της δεκαετίας του '90 κυκλοφόρησε *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας* (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995), καλύπτοντας ειδικά θέματα όπως οι γνωστικές αναπαραστάσεις της ασθένειας, η κατανόηση της συμπεριφοράς σε θέματα πρόληψης των ασθενειών, το στρες και η παρέμβαση στην κρίση. ο άρρωστος που πεθαίνει και το άμεσο περιβάλλον του, το νοσηλευόμενο παιδί, η επαγγελματική εξουθένωση. Την ίδια χρονιά κυκλοφόρησαν και τα *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας* (Ποταμιάνος & συν., 1995), καλύπτοντας ειδικά θέματα, όπως η ψυχολογική αντιμετώπιση των ασθενών που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις ή από γυναικολογικά προβλήματα, ο χειρουργικός ασθενής, η ανίατη ασθένεια και ο θάνατος, ο σχεδιασμός, η εκπόνηση και η αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης. Βέβαια, από τότε έχουν αναπτυχθεί αρκετές προσπάθειες προβολής της Ψυχολογίας της Υγείας στη χώρα μας. Η Ψυχολογία της Υγείας διδάσκεται σε πανεπιστημιακά τμήματα Ψυχολογίας, Ιατρικής και Νοσηλευτικής, σε Σχολές Δημόσιας Υγείας ή σε Μεταπτυχιακά Προγράμματα Σπουδών. Τον Οκτώβριο 2004 πραγματοποιήθηκε το 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογίας της Υγείας, ενώ την ίδια χρονιά λειτούργησε το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Ψυχολογίας της Υγείας στο Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Μέσα στο πλαίσιο αυτό το παρόν ειδικό τεύχος στοχεύει στην ανάδειξη της συμβολής της Ψυχολογίας της Υγείας σε θέματα υγείας και ασθένειας. Τέσσερις εργασίες περιλαμβάνονται στο θεματικό πυρήνα αυτού του αφιερώματος: μία από το χώρο της πρόληψης των ασθενειών, μία από το χώρο της προαγωγής της υγείας και της ευεξίας και δύο από το χώρο της προσαρμογής στην ασθένεια και της φροντίδας της υγείας.

Η πρώτη εργασία είναι της Μιράντας Βλαβιανού, του Φώτη Αναγνωστόπουλου, της Ειρήνης Καρυδά και της Αναστασίας Καλαντζή-Αζίζι και έχει ως θέμα τη μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την προληπτική συμπεριφορά υγιών γυναικών όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού. Οι προληπτικές συμπεριφορές που εξετάστηκαν ήταν η προσέλευση της γυναίκας σε ειδικό για κλινική εξέταση μαστών, η εφαρμογή μαστογραφίας και η συμπεριφορά αυτοψηλάφησης του μαστού. Το δείγμα αποτελέσαν γυναίκες οι οποίες προσήλθαν για προληπτικές εξετάσεις στην Κλινική Μαστού ενός δημόσιου ογκολογικού νοσοκομείου των Αθηνών. Το ενδιαφέρον εύρημα της έρευνας είναι ότι οι τρεις διαφορετικές συμπεριφορές πρόληψης εξαρτώνται από διαφορετικούς παράγοντες. Η συχνότητα κλινικής εξέτασης από το γιατρό επηρεάζεται από τον αριθμό των προηγούμενων μαστογραφιών, αλλά και από τις πεποιθήσεις της γυναίκας σχετικά με τη δυνατότητα πρόληψης του καρκίνου μαστού. Η συχνότητα αυτοψηλάφησης των μαστών προβλέπεται από την εμπιστοσύνη της γυναίκας στον εαυτό της ότι είναι σε θέση να ψηλαφίσει κάποιο ύποπτο ογκίδιο στο μαστό και από την αξιόπιστη αναπαράσταση των συμπτωμάτων της νόσου. Η συχνότητα εφαρμογής της μαστογραφίας εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας, από τις προηγούμενες κλινικές εξετάσεις μαστού, από τις πεποιθήσεις της σχετικά με τη δυνατότητα αποφυγής ή θεραπείας του καρκίνου του μαστού, καθώς και από το αποφευκτικό αντιληπτικό στυλ. Είναι αξιοσημείωτο το συμπέρασμα ότι ορισμένες συνιστώσες της αναπαράστασης της νόσου (θεραπευσιμότητα, ταυτότητα) επηρεάζουν καθοριστικά την προληπτική συμπεριφορά και ότι ορισμένες διαστάσεις της συμπεριφοράς αναζήτησης πληροφοριών για τον καρκίνο (όπως είναι το αποφευκτικό στυλ, δηλαδή η προσπάθεια αποφυγής της πληροφόρησης και ο καθισχυασμός σχετικά με το αποτέλεσμα των εξετάσεων) φαίνεται να δρουν θετικά στη διαμόρφωση της προληπτικής συμπεριφοράς. Τους παράγοντες αυτούς πρέπει να τους λάβουμε υπόψη στο σχεδιασμό προληπτικών προγραμμάτων, προκειμένου να ενισχυθεί η προληπτική συμπεριφορά των υγιών γυναικών έναντι του καρκίνου του μαστού. Παράλληλα προτείνονται και κατευθύνσεις για το σχεδιασμό ψυχολογικών παρεμβάσεων με στόχο την ενίσχυση της αίσθησης ελεγχσιμότητας και θεραπευσιμότητας της νόσου, ανασκευάζοντας δυσλειτουργικές γνώσεις και διαλύοντας μύθους και προκαταλήψεις γύρω από αυτήν.

Στο άρθρο του Ευάγγελου Καραδήμα και της Αναστασίας Καλαντζή-Αζίζι εξετάζεται η σχέση ανά-

μεσα σε ορισμένους δείκτες υποκειμενικής ευεξίας (όπως είναι η ικανοποίηση από τη ζωή, η ενεργητικότητα, το θετικό συναίσθημα και η κοινωνικότητα) και σε ορισμένες δημογραφικές (π.χ. φύλο, ηλικία, μόρφωση) και ενδοπροσωπικές μεταβλητές (όπως είναι οι γνωστικοί παράγοντες, οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας). Το κύριο εύρημα είναι ότι οι γνωστικοί παράγοντες (αισιοδοξία και υψηλές προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για την επίλυση του προβλήματος) σε συνδυασμό με ορισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες (όπως είναι η επίλυση του προβλήματος, η μικρότερη συναισθηματική αποφυγή και η ασθενέστερη διεκδικητική επίλυση του προβλήματος) ερμηνεύουν σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης των δεικτών υποκειμενικής ευεξίας. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν κατευθύνσεις σχεδιασμού παρεμβάσεων για την ενίσχυση της υποκειμενικής ευεξίας, ιδίως μεταξύ ατόμων με προβλήματα υγείας.

Στο άρθρο τους η Πάτσια Ρούσση και η Ιφιγένεια Κούτρη κάνουν βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την εκτίμηση και την αντιμετώπιση σοβαρών προβλημάτων υγείας, όπως ο καρκίνος, στο πλαίσιο της γνωστικής – συναισθηματικής θεωρίας των Mischel και Shoda (1995). Το ενδιαφέρον συμπέρασμα είναι ότι για την επιτυχή προσαρμογή στα σοβαρά προβλήματα υγείας απαιτείται η ικανότητα του ασθενούς να διακρίνει αυτά τα στοιχεία του προβλήματος υγείας στα οποία μπορεί να ασκηθεί προσωπικός έλεγχος, προκειμένου να αλλάξει η κατάσταση αυτή καθεαυτήν, από εκείνα τα στοιχεία τα οποία είναι μη άμεσα ελέγξιμα και στα οποία μπορεί να ασκηθεί μόνο δευτερογενής ή αναπληρωματικός έλεγχος (αλλάζοντας τη νοηματοδότηση της εμπειρίας ή μειώνοντας τις συνέπειες του προβλήματος υγείας). Στην πρώτη περίπτωση πιο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης φαίνεται να είναι αυτές που αποσκοπούν στην επίλυση του προβλήματος, ενώ στη δεύτερη περίπτωση πιο βοηθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης φαίνεται να είναι εκείνες που αποσκοπούν στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν και κατευθύνσεις στο σχεδιασμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων, δίνοντας έμφαση στην ανάπτυξη ενός διευρυμένου ρεπερτορίου στρατηγικών αντιμετώπισης, που θα υιοθετούνται ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις της ασθένειας, καθώς αυτή θα εξελίσσεται από την αρχική διαγνωστική φάση, στη χρόνια φάση των υφέσεων και εξάρσεων, έως την τελική φάση.

Η τελευταία εργασία του αφιερώματος διεξήχθη σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αναισθησία κατά τη διάρκεια εγχείρησης αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (μπαϊπάς) με τη χρήση μοσχεύματος. Στην έρευνα αυτή των Efharis Panagoroulou και Stan Maes μελετήθηκε μια σειρά από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στις ακόλουθες φάσεις της γενικής αναισθησίας: στην προνάρκωση (που επιτυγχάνεται με τη χορήγηση μορφίνης το βράδυ πριν το χειρουργείο), στην εισαγωγή στην αναισθησία (που εκτελείται με την ενδοφλέβια χορήγηση Etomidate κατά την εγχείρηση για την ύπνωση του ασθενούς) και στη διατήρηση της αναισθησίας (που γίνεται με τη χορήγηση κατά τη χειρουργική επέμβαση μυοχαλαρωτικού –Pavulon– και αναλγητικού –Fentanyl–, για να επιτευχθούν μυοχάλαση και αναλγησία). Η δόση του αναισθητικού (Pavulon) που απαιτήθηκε για να προκληθεί η αναισθησία των ασθενών κατά τη διάρκεια της διατήρησης της αναισθησίας επηρεαζόταν αρνητικά από τις προσπάθειες αντιμετώπισης της καταστάσεως που οι ασθενείς κατέβαλλαν πριν από το χειρουργείο. Το αφλόξενο και απειλητικό νοσοκομειακό περιβάλλον οδηγούσε τους ασθενείς στο να αναζητήσουν ενεργά πληροφορίες σχετικά με την επικείμενη εγχείρηση, προκειμένου να μειώσουν το στρες που βίωναν και να προετοιμαστούν ψυχολογικά για αυτήν, γεγονός που οδηγούσε σε μείωση της δόσης του μυοχαλαρωτικού που απαιτούνταν για τη διατήρηση της αναισθησίας. Επιπλέον, η ποσότητα του οπιοειδούς (μορφίνη) που απαιτήθηκε κατά το στάδιο της προνάρκωσης επηρεαζόταν θετικά από την έκφραση προς τους άλλους των συναισθημάτων σχετικά με το επικείμενο χειρουργείο, γεγονός που προκαλούσε συναισθηματική διέγερση και αυξημένο στρες την ημέρα πριν από το χειρουργείο, κάτι το οποίο με τη σειρά του απαιτούσε μεγαλύτερη δόση καταπραυντικού, για να μειωθούν η ανησυχία και η διέγερση. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι διαφορετικές ψυχοκοινωνικές παράμετροι επηρεάζουν την ποσότητα του αναισθητικού που απαιτείται

στα διαφορετικά στάδια της αναισθησίας. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν πως η ενημέρωση και η παροχή πληροφοριών από τους γιατρούς προς τους ασθενείς για το χειρουργείο και η μείωση του προεγχειρητικού άγχους μπορεί να επηρεάσουν την ποσότητα των απαιτούμενων αναισθητικών, συμβάλλοντας στη μείωση τυχόν υπερδοσολογίας και στην αποφυγή πιθανών επιπλοκών λόγω υπερβολικής χορήγησης αναισθητικών (π.χ. καθυστέρηση ανάνηψης, παρατεταμένη άπνοια).

Ένα κοινό νήμα διαπερνά και τα τέσσερα αυτά κείμενα. Σχετίζεται με τους ενδοπροσωπικούς παράγοντες που επηρεάζουν μια γκάμα συμπεριφορών οι οποίες εκτείνονται από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας μέχρι τη φροντίδα της και την προσαρμογή στην ασθένεια. Οι αναπαραστάσεις της ασθένειας, η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, η ικανότητα διάκρισης της ελεγχιμότητας της νόσου, οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας ή στην ανάκτηση των δυνάμεων μετά από ασθένεια και στην προσαρμογή σε αυτήν.

Οι τέσσερις αυτές παρουσιάσεις συμβάλλουν στη βαθύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την υγεία και ανοίγουν καινούριους δρόμους στη σχετική έρευνα στη χώρα μας.

Φώτιος Αναγνωστόπουλος
Ευάγγελος Καραδήμας

Βιβλιογραφία

- 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.
- Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. E. (2001). *Handbook of Health Psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Boll, T. J., Johnson, S. B., Perry, N. W., & Rozensky, R. H. (2002). *Handbook of Clinical Health Psychology*, vol. 1. Washington, DC: American Psychological Association.
- Johnston, D. W., Johnston, M., Bellack, A. S., & Hersen, M. (2001). *Comprehensive Clinical Psychology: Health Psychology*. Oxford: Elsevier.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1983). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Καραβία.
- Kaptein, A., & Weinman, J. (2004). *Health Psychology*. Oxford: Blackwell.
- Lipowski, Z. J. (1967). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 29, 153-171.
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*, 102, 246-268.
- Michie, S., & Abraham, C. (Eds.) (2004). *Health Psychology in practice*. Oxford: Blackwell.
- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ποταμιάνος, Γ., & συν. (1995). *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Rozensky, R. H., Johnson, N. G., Goodheart, C. D., & Hammond W. R. (Eds.) (2004). *Psychology builds a healthy world: Opportunities for research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.