

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η επιρροή των κοινωνικογνωστικών μοντέλων συμπεριφοράς και των θεωριών υγείας στη βελτίωση της φαρμακευτικής συμμόρφωσης ατόμων με ψυχικές διαταραχές

Ο. Βελέντζα¹, Ν. Aouant², Σ. Ζυγά³, Φ. Τζαβέλλα³, Α. Παναγιώτου³

¹ Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα, ² R.G.N. Staff, NHS Epsom and St Helier University, London, ³ Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα προέρχονται από τον κλάδο της ψυχολογίας της υγείας και βοηθούν στην πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε θέματα υγείας και ασθένειας. Επιπλέον, καθορίζουν τις παρεμβάσεις ώστε να προκαλούνται αλλαγές στις πεποιθήσεις, στις στάσεις, στην παρακίνηση και στην αυτοπειοίτηση που χρειάζονται τα άτομα για την αλλαγή και τη διατήρηση της συμπεριφοράς. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η καταγραφή των μοντέλων συμπεριφοράς και των θεωριών υγείας και η επιρροή που ασκούν στις αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις προς την φαρμακευτική συμμόρφωση ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για βιβλιογραφική ανασκόπηση, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: google scholar, pubmed και Scopus, σε άρθρα και μελέτες έως και το 2024, στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα, σχετικά με τα μοντέλα υγείας και της θεωρίες ερμηνείας της συμπεριφοράς.

Αποτελέσματα: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε πως τα μοντέλα και οι θεωρίες υγείας για την ερμηνεία της συμπεριφοράς του ατόμου, μπορούν να επηρεάσουν την αρνητική στάση και τις πεποιθήσεις του ψυχικά πάσχοντα ως προς τον βαθμό συμμόρφωσης στην προτεινόμενη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή. Η βελτίωση της συμμόρφωσης στην αγωγή απαιτεί μια ενεργή διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς, η οποία είναι σχεδόν πάντα μια πρόκληση.

Συμπεράσματα: Τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα, έχουν αναπτυχθεί με στόχο να ερμηνεύσουν την υιοθέτηση των προστατευτικών συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία. Στηρίζονται κυρίως στην έννοια των πεποιθήσεων του ατόμου σχετικά με τις συμπεριφορές και τις συνέπειές τους, τον κίνδυνο που διατρέχει η υγεία του και την ικανότητα του ατόμου να υιοθετήσει μια υγιεινή συμπεριφορά. Μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη θεραπεία που θα ενσωματώνει τις πεποιθήσεις, τις προτιμήσεις, τους στόχους και τα εμπόδια του ασθενούς στη λήψη φαρμάκων, οδηγεί σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.

Λέξεις ευρετηρίου: Θεωρίες για την Υγεία, Ψυχολογία της Υγείας, Κοινωνικογνωστικά Μοντέλα, Φαρμακευτική Συμμόρφωση, Ψυχικά Ασθενείς

Ο. Βελέντζα, Ν. Αουαντ, Σ. Ζυγά, Φ. Τζαβέλλα, Α. Παναγιώτου. Η επιρροή των κοινωνικογνωστικών μοντέλων συμπεριφοράς και των θεωριών υγείας στη βελτίωση της φαρμακευτικής συμμόρφωσης ατόμων με ψυχικές διαταραχές. *Επιστημονικά Χρονικά 2024; 29(3): 342-355*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας απαιτεί κάποιες φορές την τροποποίηση της συμπεριφοράς και τη διαμόρφωση νέων στάσεων. Η αλλαγή αυτή προϋποθέτει την κατανόηση του ρόλου που παίζουν ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες και της επίδρασης που αυτοί ασκούν πάνω στη συμπεριφορά.

Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις που έχει το άτομο για την ασθένεια του.

Τα μοντέλα και οι θεωρίες υγείας συμβάλλουν στην πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς και συνεισφέρουν στο σχεδιασμό παρεμβάσεων που απαιτούν τη διαμόρφωση ή την τροποποίηση μιας συμπεριφοράς. Κάθε παρέμβαση για πρόληψη πρέπει να επικεντρώνεται στους γνωστικούς παράγοντες που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά των ανθρώπων [1].

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συνεργαστούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς και να βελτιώσουν τη συμμόρφωσή τους στην αντιψυχωσική θεραπευτική αγωγή.

Η εκπαίδευση των ασθενών γίνεται μέσω ψυχοκοινωνικών, συμπεριφορικών, γνωστικών παρεμβάσεων και τεχνικών καθώς και με τη χρήση μοντέλων και θεωριών με σκοπό την εμπλοκή του ασθενούς στο σχεδιασμό της θεραπείας του.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ., 2010), «η αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων συμμόρφωσης μπορεί να έχει πολύ μεγαλύτερο αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού από οποιαδήποτε βελτίωση των εξειδικευμένων ιατρικών θεραπειών» [2].

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η μη συμμόρφωση είναι ένα σύνθετο πρόβλημα και η αντιμετώπισή του απαιτεί τις προσπάθειες τόσο των ασθενών όσο και των κλινικών ιατρών, καθώς και όλων των μελών της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και των ατόμων που αποτελούν μέρος της καθημερινότητας των ασθενών [3].

Αρκετοί όροι έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν τη φαρμακευτική συμμόρφωση σε ασθενείς με χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές [4].

Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι όροι στη βιβλιογραφία για την παρακολούθηση της θεραπείας ασθενών με ψυχιατρικές διαταραχές είναι: η συμμόρφωση (compliance), η προσκόλληση/τήρηση (adherence), η συμφωνία/συναίνεση (concordance), και η παραμονή στη θεραπεία (persistence). Αν και υπάρχει διαφωνία μεταξύ των ερευνητών για την ορθότητα της χρήσης των δυο όρων (α) συμμόρφωση (compliance), και (β) προσκόλληση/τήρηση (adherence), [5], ο Π.Ο.Υ., (2003), αναφέρεται στη διαφορά μεταξύ

των δυο αυτών εννοιών συμμόρφωση (compliance) και προσκόλληση/τήρηση (adherence) και ορίζει ως συμμόρφωση «το βαθμό στον οποίο η συμπεριφορά του ασθενή συμπίπτει με την ιατρική οδηγία» και ως προσκόλληση «σε ποιο βαθμό η συμπεριφορά ενός ασθενή συμβαδίζει με τις αποδεκτές από μέρους του οδηγίες που δίνονται από το γιατρό του και αφορά τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, την υιοθέτηση διατροφικών συνηθειών και των αλλαγών στον τρόπο ζωής του» [6].

Ο όρος «συμμόρφωση» χρησιμοποιείται περισσότερο στη διεθνή βιβλιογραφία, παρότι υποδηλώνει τυφλή υπακοή στις διαταγές του ιατρού και αντικατοπτρίζει μια πατερναλιστική στάση. Ο όρος «προσκόλληση» παραπέμπει σε ισότιμη σχέση.

Η βελτίωση της συμμόρφωσης στην αγωγή απαιτεί μια ενεργή διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς, η οποία είναι σχεδόν πάντα μια πρόκληση. Απαιτεί εκπαίδευση, κίνητρα, εργαλεία, υποστήριξη, παρακολούθηση και αξιολόγηση. Αυτό ισχύει όχι μόνο για την τήρηση των φαρμάκων, αλλά και για τυχόν επιθυμητές αλλαγές συμπεριφοράς, όπως η βελτίωση της διατροφής, η αύξηση της άσκησης ή η μείωση της κατάχρησης ουσιών, μεταξύ άλλων [7].

Μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη θεραπεία που θα ενσωματώνει τις πεποιθήσεις, τις προτιμήσεις, τους στόχους και τα εμπόδια του ασθενούς στη λήψη φαρμάκων, οδηγεί σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα [8].

Η συμμόρφωση μπορεί να θεωρηθεί ως συμπεριφορά ή στάση. Όταν εξετάζουμε στάσεις συμμόρφωσης η πεποίθηση των ασθενών είναι

πάντα μια πραγματικότητα [9]. Η συμπεριφορά όμως αλλάζει και αυξομειώνεται με την πάροδο του χρόνου και την πορεία της νόσου.

ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα σύγχρονα επιστημονικά μοντέλα ερμηνείας της υγείας και της ασθένειας είναι δύο. Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας το οποίο αποτελεί μια νέα προσέγγιση [10].

Το Βιοϊατρικό και το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο Υγείας

Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, το νοσηλευτικό προσωπικό χορηγεί τα φάρμακα στους ασθενείς και εκείνοι λαμβάνουν την αγωγή δίχως να ρωτήσουν τον ιατρό ή τον επαγγελματία υγείας. Αυτή η αλληλεπίδραση όσον αφορά στη διαχείριση φαρμάκων ονομάζεται συμμόρφωση. Ο όρος αυτός προέρχεται από το παραδοσιακό βιοϊατρικό μοντέλο περίθαλψης κατά το οποίο ο ασθενής θεωρείται ως μια λίστα συμπτωμάτων και λαμβάνει απλά τα φάρμακα που του χορηγούνται [11]. Η πράξη λήψης είναι μια παθητική έννοια σύμφωνα με την οποία ο ασθενής απλά ακολουθεί τις οδηγίες [12]. Έτσι, οι ασθενείς σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο εναποθέτουν την υγεία τους στα χέρια των θεραπειών και ακολουθούν τη θεραπεία δίχως να έχουν κάποιο ενεργό ρόλο ή άποψη. Η

συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας ενισχύει την παθητικότητα του ασθενή [13].

Ο George Engel (1977), στο τέλος της δεκαετίας του '70 πρότεινε ως εναλλακτικό του βιοϊατρικού μοντέλου το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας. Στο μοντέλο αυτό, η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια ολότητα όπου η σωματική, συναισθηματική, νοητική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά και βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον [14].

Στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να πείσουν τον ασθενή πως, η κατάσταση της υγείας του επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη συμπεριφορά του και τον ενεργό ρόλο του στη θεραπευτική διαδικασία επαναπροσδιορίζοντας τη στάση ζωής του με απώτερο όφελος τη βελτίωση της ψυχικής του υγείας [15]. Η συνεργασία μεταξύ των δυο πλευρών αλλά και σε δεύτερο επίπεδο με την οικογένεια του ασθενούς, αποφέρει θετικά αποτελέσματα στην έκβαση της νόσου [16].

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο μπορεί να εφαρμοστεί κυρίως στην ψυχιατρική σε σχέση με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες λόγω των πολύπλοκων και πολυμορφικών στοιχείων της κάθε ψυχικής διαταραχής. Επίσης, είναι σε θέση να παρέχει σύνολο πολύτιμων υπηρεσιών στις κλινικές πρακτικές, στις εκπαιδεύσεις και στις μελέτες, αλλά και σημαντικές συνεισφορές στις διαμορφώσεις της πολιτικής υγείας σε όλους τους κλάδους της ιατρικής [14,17].

ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για Την Υγεία (Health Belief Model, Becker 1974; Rosenstock 1974), επιχειρεί να προβλέψει μια συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία σε σχέση με ορισμένους τύπους πεποίθησης [18]. Τα κίνητρα ενός ατόμου για την ανάληψη μιας συμπεριφοράς υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες: α) κίνητρα ως αποτέλεσμα της αντίληψης του ατόμου (individual perceptions), β) κίνητρα από συμπεριφορές τροποποίησης (modifying behaviors) και γ) κίνητρα από πιθανότητα για δράση [19].

Η πρώτη κατηγορία, περιλαμβάνει τους παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη της νόσου, την σοβαρότητα της νόσου και την τρωτότητα.

Η δεύτερη κατηγορία, περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία και την αντιλαμβανόμενη απειλή, καθώς και τα στοιχεία για δράση.

Η τρίτη κατηγορία, περιλαμβάνει τους παράγοντες πάνω στην πιθανότητα της κατάληξης της συμπεριφοράς υγείας.

Ο συνδυασμός των παραγόντων προκαλεί ανταπόκριση η οποία συνήθως εκδηλώνεται σε δράση [20]. Το μοντέλο ορίζει ότι η αντίληψη της απειλής για ατομική συμπεριφορά υγείας επηρεάζεται από τουλάχιστον τρεις παράγοντες:

1) αξίες σχετικές με την σχετική υγεία που περιλαμβάνουν το ενδιαφέρον και τη φροντίδα

για την υγεία, 2) ειδικές συμπεριφορές υγείας σχετικά με την τρωτότητα σε συγκεκριμένη απειλή υγείας και 3) πεποιθήσεις σχετικά με τις συνέπειες των προβλημάτων υγείας. Από τη στιγμή που το άτομο καταλαβαίνει την απειλή για την υγεία και αντιλαμβάνεται ότι τα οφέλη είναι περισσότερα από τα εμπόδια, τότε είναι πολύ πιθανό να αναλάβει τη δράση που του συστήνεται.

Το Μοντέλο της Αυτοαποτελεσματικότητας (self-efficacy/ self-efficacy beliefs)

Η αυτοαποτελεσματικότητα ή οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας (self-efficacy/ self-efficacy beliefs), αναφέρονται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις που κάνει το άτομο για την ικανότητά του να οργανώνει και να εκτελεί με επιτυχία σχέδια δράσης τα οποία αποδεικνύονται αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων καταστάσεων [21]. Δηλαδή, η αυτοαποτελεσματικότητα δεν αναφέρεται στο κατά πόσο ένα άτομο είναι αντικειμενικά ικανό να πετύχει ένα στόχο, αλλά στις προσωπικές του πεποιθήσεις για το αν διαθέτει τις δεξιότητες εκείνες οι οποίες είναι απαραίτητες να εκτελεστεί μια δράση [22]. Η γνώση των απόψεων του ατόμου για την αποτελεσματικότητά του: (α) μπορεί να καταστεί σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης του βαθμού στον οποίο το άτομο θα εμπλακεί σε μια κατάσταση ή αν θα την αποφύγει (β) συνδέεται με τα συναισθήματα, τις σχέσεις και τις παρωθήσεις του και (γ) μπορεί να αξιοποιηθεί με πολλαπλούς τρόπους για την κατάλληλη ενίσχυση των ατόμων μέσω εύστοχων παρεμβάσεων για την ανάληψη μιας συγκεκριμένης δράσης [23].

Η διαδικασία της ανάπτυξης αλλά και της τροποποίησης των πεποιθήσεων της αυτοαποτελεσματικότητας του ατόμου επηρεάζεται από: τις προσωπικές του εμπειρίες, τις επιδόσεις του, τη μάθηση που αποκτά από τα κοινωνικά του πρότυπα, την κοινωνική πειθώ και την σωματική και συναισθηματική του κατάσταση [19].

Το Μοντέλο Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Planned Behavior Theory)

Η θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς (Planned Behavior Theory), μελετά και εξηγεί τις στάσεις και την συμπεριφορά. Η θεωρία της αιτιολογημένης δράσης-συμπεριφοράς των υποκειμενικών κανόνων και των προθέσεων [24], μας λέει πως η πρόθεση προηγείται της συμπεριφοράς και βασίζεται στο ότι κάθε ανθρώπινη πράξη οδηγείται από μια λογική διαδικασία η οποία στηρίζεται σε όλες τις διαθέσιμες πληροφορίες. Όσο πιο ισχυρή είναι η πρόθεση τόσο πιο πιθανό είναι να οδηγηθεί το άτομο στη συγκεκριμένη συμπεριφορά [25].

Όταν καθορίζονται και οι τέσσερις παράμετροι της πρόθεσης: ενέργεια, στόχος, χρόνος και χώρος ή πλάνο, τότε έχουμε μια πλήρη διατύπωση της πρόθεσης. Για να έχουμε την τελική συμπεριφορά θα πρέπει οι παράμετροι επηρεασμού (προσωπικοί, κοινωνικοί και πληροφορίας), να παραμείνουν όσο το δυνατόν σταθεροί για την συγκεκριμένη χρονική διάρκεια που εξετάζεται η πρόθεση [26].

Τρία είναι τα στοιχεία που διαμορφώνουν ισχυρή πρόθεση ενός ατόμου να

δράσει προς μια συμπεριφορά: α) οι θετικές ή οι αρνητικές ατομικές στάσεις β) η θετική ή η αρνητική κοινωνική πίεση που νιώθει από σημαντικούς ανθρώπους της ζωής του και γ) από την θετική ή αρνητική εκτίμηση για τον έλεγχο της δράσης που θα αναλάβει.

Σύμφωνα με τον Θεοδωράκη (1992), οι απόψεις που υιοθετεί ο καθένας για μια ιδέα, έναν θεσμό ή ένα αντικείμενο εκφράζονται από τις στάσεις του, οι οποίες στηρίζονται σε τρία επίπεδα: το γνωστικό, το συναισθηματικό και την συμπεριφορά [27,28]. Η στάση ορίζεται σαν μια προδιάθεση που έχει ένα άτομο για ένα συγκεκριμένο θέμα. Οι παράγοντες που διαμορφώνουν και επηρεάζουν την προδιάθεση αυτή είναι: οι γνώσεις, η αξία, τα συναισθήματα που νιώθει το άτομο για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά [29].

Το Μοντέλο Αυτορρύθμισης Κινήτρων (self-regulation),

Η αυτορρύθμιση (self-regulation), θεωρείται ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες στην εκπαίδευση. Αποτελεί σύνθετη δεξιότητα και ενσωματώνει χαρακτηριστικά, γνωστικά, βουλητικά, συμπεριφορικά, ενώ θεωρείται αναπτυξιακό επίτευγμα [30].

Σύμφωνα με τον ορισμό του Bandura, η αυτορρύθμιση διακρίνεται σε τρεις διαστάσεις: την αυτοπαρατήρηση, την αυτοαξιολόγηση και την αυτοαντίδραση. Στη δεξιότητα της αυτορρύθμισης εμπεριέχονται οι μεταγνωστικές δεξιότητες που βοηθούν το άτομο να παρακολουθεί την πορεία της δράσης και να προσαρμόζει τις στρατηγικές του έως να πετύχει

το στόχο του [31]. Αυτορρυθμιστικές δεξιότητες μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε στη ρύθμιση του συναισθήματος, της συμπεριφοράς, ή την επίλυση ενός προβλήματος. Η αυτορρύθμιση, προσφέρει αυτονομία στο άτομο ώστε να μπορεί να ενεργεί ανεξάρτητη. Ένα άτομο που διαθέτει αυτορρύθμιση είναι ικανό να ελέγχει το συναισθημα και τη συμπεριφορά και να συνάψει υγιείς σχέσεις με άλλα άτομα [32,33].

Το Μοντέλο Τριών Παραγόντων (The three factor model- Information- Motivation - Strategy)

Το μοντέλο των τριών παραγόντων, είναι ένα χρήσιμο και ευεργετικό μοντέλο το οποίο καθοδηγεί τους επαγγελματίες υγείας που συνεργάζονται με χρόνιους ασθενείς στη βελτίωση της συμμόρφωσης στην αγωγή τους. Το μοντέλο αυτό, αναπτύχθηκε μετά από μια σύνθεση ευρημάτων σε περισσότερες από 100 μελέτες μεγάλης κλίμακας και μετα-αναλύσεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν το διάστημα μεταξύ 1948 έως 2009.

Το μοντέλο προσδιορίζει τρεις κατηγορίες για να καθοδηγήσει τους παρόχους και τους ασθενείς προς τη συμμόρφωση. Οι παράγοντες αυτοί είναι: η πληροφόρηση του ασθενούς, τα κίνητρα και η στρατηγική [34].

1. Πληροφορίες: Πολλοί ασθενείς δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν τις πληροφορίες υγείας που λαμβάνουν.
2. Κίνητρο: Οι ασθενείς ακολουθούν μόνο θεραπείες στις οποίες πιστεύουν. Είναι σημαντικό να παρακινούνται οι ασθενείς να ακολουθούν τις συστάσεις θεραπείας.

3. Στρατηγική: Τα συγκεκριμένα εμπόδια αντιπροσωπεύουν ένα κοινό σύνολο εμποδίων στην τήρηση, όπως το κόστος των φαρμάκων, η αναξιόπιστη μεταφορά για να κλειστεί το ραντεβού, τα θέματα ψυχικής υγείας και τα περίπλοκα θεραπευτικά σχήματα. Οι ασθενείς χρειάζονται μια εφαρμόσιμη στρατηγική για να ακολουθήσουν τις συστάσεις θεραπείας.

Είναι επίσης ένα χρήσιμο εργαλείο για τη στόχευση των αναγκών των ασθενών, εστιάζοντας σε στοιχεία που είναι απαραίτητα για την επίτευξη της συμμόρφωσης μεμονωμένου ασθενούς και τελικά τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων υγείας, σύμφωνα με τους ερευνητές, M. Robin Dimatteo, Kelly B. Haskard-Zolnieriek & Lesli R.Martin, (2011).

Η Συνέντευξη Κινητοποίησης (motivational interviewing)

Είναι μια παρέμβαση σχεδιασμένη για περιπτώσεις όπου ο ασθενής χρειάζεται να κάνει μια αλλαγή στις συνήθειες του για την οποία όμως δεν είναι βέβαιος και για αυτό το λόγο παρουσιάζει αμφιθυμία. Περιλαμβάνει ανάλυση συμπεριφοράς και προσπαθεί να επιτρέψει σε ένα άτομο να ανακαλύψει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της συμπεριφοράς του για τον εαυτό του.

Η θεραπεία συμμόρφωσης χρησιμοποιεί παρακινητικές συνεντεύξεις και γνωστικές συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Οι βασικές τεχνικές της είναι: της στοχαστικής ακρόασης, της τακτικής περίληψης, της επαγωγικής ερώτησης, της διερεύνησης της αμφιθυμίας, της

ανάπτυξης διαφορών μεταξύ της παρούσας συμπεριφοράς και των ευρύτερων στόχων και της χρήσης λογικών ομαλοποίησης [35].

Οι άνθρωποι περνούν συνήθως πέντε στάδια αλλαγής όταν αλλάζουν συμπεριφορές υγείας. Αυτά είναι:

1. Προ-στοχασμός. Παραβλέπει το πρόβλημά του, δεν σκέφτεται αλλαγή.
2. Στοχασμός. Αναγνωρίζει το πρόβλημά του, σταθμίζει τα πλεονεκτήματα με τα μειονεκτήματα της αλλαγής.
3. Προετοιμασία. Ετοιμασία για αλλαγή και των επόμενων βημάτων.
4. Δράση. Κάνει την αλλαγή, εφαρμόζει νέα συμπεριφορά, η οποία το κινητοποιεί.
5. Συντήρηση. Διατήρηση της νέας συμπεριφοράς ως μέρος της κανονικής τους ζωής.

Ο επαγγελματίας υγείας αναγνωρίζει το στάδιο αλλαγής του ατόμου και το βοηθά να προχωρήσει στα στάδια [36].

Το Μοντέλο Άγχους - Ευαλωτότητας (Vulnerability stress model)

Η ευαλωτότητα αναφέρεται στη βιολογική μας ευαισθησία για τις ψυχικές διαταραχές. Αυτή καθορίζεται από τα γονίδια μας και τις εμπειρίες της πρώιμης ζωής. Επηρεάζεται από τα φάρμακα και τις καταχρήσεις σε αλκοόλ και ουσίες. Το στρες αναφέρεται σε όλες τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουμε στη ζωή μας. Επηρεάζεται από τις δεξιότητές μας, το κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης και τις ουσιαστικές δραστηριότητες [37].

Το μοντέλο άγχους-ευαλωτότητας εξερευνά πως οι βιολογικοί παράγοντες και το άγχος έχουν επίδραση στην πιθανότητα εμφάνισης μιας διαταραχής χρήσης ουσιών ή ψυχικής διαταραχής. Είναι επίσης γνωστό ότι η εξάρτηση έχει βιολογική βάση, και αυτό σημαίνει ότι η κληρονομικότητα και τα γονίδια αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μιας εξάρτησης, αλλά και το στρες αποτελεί παράγοντα κινδύνου για κάποιον που «παλεύει» με μια εξάρτηση [20].

Παράγοντες που επηρεάζουν το μοντέλο άγχους-ευαλωτότητας:

- Η χρήση αλκοόλ και ουσιών
- Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής
- Οι δεξιότητες διαχείρισης
- Η κοινωνική υποστήριξη
- Οι ουσιαστικές δραστηριότητες

Αν αυτοί οι παράγοντες διευθετηθούν, οι άνθρωποι μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα και τις υποτροπές και να βελτιώσουν τις συνυπάρχουσες διαταραχές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αξιολόγηση της υγείας είναι προβληματική κυρίως επειδή τα όρια μεταξύ της υγείας και της ασθένειας είναι ελάχιστα καθορισμένα. Οι αντιλήψεις για την υγεία και τις αντιδράσεις στις ασθένειες επηρεάζονται συχνά βαθιά από τις ατομικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές καθώς και από κοινωνικά και οικονομικά κίνητρα και πιέσεις [38, 39].

Τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα, έχουν αναπτυχθεί με στόχο να ερμηνεύσουν την

υιοθέτηση των προστατευτικών συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία. Στηρίζονται κυρίως στην έννοια των πεποιθήσεων του ατόμου σχετικά με τις συμπεριφορές και τις συνέπειές τους, τον κίνδυνο που διατρέχει η υγεία του και την ικανότητα του ατόμου να υιοθετήσει μια υγιεινή συμπεριφορά. Όλα τα μοντέλα έχουν δεχθεί κριτική. Το κυριότερο πρόβλημα που αναφέρουν είναι πως όλα αυτά τα μοντέλα εστιάζουν στην πρόθεση του ατόμου να υιοθετήσει μια επιθυμητή συμπεριφορά για κάποιο συγκεκριμένο θέμα υγείας και παραβλέπουν το γεγονός ότι η πρόθεση δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη εκδήλωσης της επιθυμητής συμπεριφοράς.

Σε μια προσπάθεια να καλυφθεί αυτό το κενό, ο Schwarzer (1992), πρότεινε την απλοποίηση των υπαρχόντων μοντέλων σε τέσσερις συνιστώσες: 1) τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, 2) τις προσδοκίες για τα αποτελέσματα των συμπεριφορών, 3) την υποκειμενική αντίληψη για την απειλή και 4) την πρόθεση του ατόμου να δραστηριοποιηθεί. Αυτές οι τέσσερις συνιστώσες μπορούν να περιγράψουν σε ικανοποιητικό βαθμό τη φάση της κινητοποίησης (motivation phase) η οποία οδηγεί στην «πρόθεση» και ακολουθεί η φάση της δράσης (action phase), η οποία περιλαμβάνει τρία επίπεδα. Ένα γνωστικό, ένα συμπεριφορικό και ένα σχετιζόμενο με τις περιβαλλοντικές συνθήκες [40].

Για να γίνει κατανοητό ένα πρόβλημα υγείας είναι σημαντικό να αναζητηθούν οι αιτίες που το προκάλεσαν και το διατηρούν αλλά και να προσδιοριστούν από ένα σύνολο οργανικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Ένα τέτοιο πολυεπίπεδο είδος

παρέμβασης, απαιτεί τη στενή συνεργασία ανάμεσα στον άρρωστο, ο οποίος αναλαμβάνει πλέον ενεργητικό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας του, στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και στους ειδικούς ψυχικής υγείας [41].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετήθηκε πώς τα μοντέλα και οι θεωρίες υγείας για την ερμηνεία της συμπεριφοράς του ατόμου, μπορούν να επηρεάσουν την αρνητική στάση και τις πεποιθήσεις του ψυχικά πάσχοντα ως προς τον βαθμό συμμόρφωσης στην προτεινόμενη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή [42].

Ως συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή ορίζεται η συμπεριφορά λήψης φαρμάκων του ασθενούς που συμμορφώνεται με τις συστάσεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Η συμμόρφωση στη θεραπεία, μπορεί να είναι δύσκολο να μελετηθεί επειδή η έννοια συχνά ορίζεται διαφορετικά μεταξύ των πληθυσμών.

Παρά το γεγονός πως κανένας όρος για την φαρμακευτική συμμόρφωση, δεν μπορεί να

περιγράψει την περίπλοκη διαδικασία της φαρμακευτικής συμπεριφοράς των ασθενών, ωστόσο, η μετάβαση από τη συμμόρφωση στην τήρηση και στην συμφωνία, αντιπροσωπεύει θα μπορούσαμε να πούμε μια πρόοδο σε αυτόν τον τομέα, αφού θέτει τις αντιλήψεις του ασθενούς στο επίκεντρο της όλης διαδικασίας [43].

Η αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας απαιτεί διαφορετική προσέγγιση τόσο από την πλευρά του ασθενή όσο και από τους επαγγελματίες υγείας. Ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσέγγισης των ασθενών αποτελεί μια πιο ολιστική προσέγγιση η οποία έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει σε ένα πιο επιτυχημένο και βιώσιμο σύστημα υγείας [44].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα μοντέλα και οι θεωρίες υγείας συμβάλλουν στην πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς και συνεισφέρουν στο σχεδιασμό παρεμβάσεων που απαιτούν τη διαμόρφωση ή την τροποποίηση μιας συμπεριφοράς. Κάθε παρέμβαση για πρόληψη πρέπει να επικεντρώνεται στους γνωστικούς παράγοντες που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά των ανθρώπων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Benedetti F, Carlino E, Pollo A (2011) How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology* 36:339-354.
2. WHO Regional Office for Europe Empowerment in Mental Health-Working Together Toward Leadership 27-28 October 2010 Leuven, Belgium

3. M. Robin Dimatteo, Kelly B. Haskard-Zolnierrek & Lesli R. Martin, 2011, Improving patient adherence: a three -factor Model to guide practice pages 74-91 received jun 2010, Published online: <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.537592>
4. Osterberg L Blaschke T. (2005) Adherence to medication. N Engl J Med, 353:487-97.
5. Ναλμπαντιδης, Γ. Γαρέφας, Α. Αβραμιδης, Ι. (2011), «Η Προσκόλληση των ασθενών της θεραπείας της χρόνιας ηπατίτιδας C» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Vol. 11(29), p.p: 508-510
6. WHO (2003). Adherence to long-term therapies - Evidence for action, World Health Organization, Geneva, Switzerland. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
7. Holman, H., & Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. BMJ : British Medical Journal, 320 (7234), 526-527.
8. Marcum Z.A, Sevick M.A, Medication non-adherence: a diagnosable and treatable medical condition. JAMA. 2013; 309(20): 2105-2106
9. Kane R., Kling K., Bershadsky B., Quality of Life Measures for Nursing Home Residents (2003),The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences 58(3):240-8, 58(3):240-8 DOI:10.1093/gerona/58.3.M240 PubMed
10. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 13η Έκδοση, Κεφάλαιο 1ο, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2008.
11. Παπαδάτου, Δ. Αναγνωστόπουλος Φ. (2012), Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση
12. Graham Brack, Penny Franklin, Jill Caldwell, (2013), Chapter 9, The role in Promoting Concordance, p.p: 133-143 <https://doi.org/10.1093/oso/9780199697878.003.0015>
13. Morrison R., (2011). «Nursing Students Attitudes toward People with Mental Illness: Do they change after instruction and clinical exposure». University of South Florida, College of Nursing.
14. Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science, New Series, 196(4286), 129-136.
15. Τούντας Γ.Κ. 2007. Από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας. Ηλεκτρονική Πύλη του Ασκληπιακού Πάρκου.
16. Vered Baloush-Kleinman , Stephen Z Levine, David Roe, Dan Shnitz, Abraham Weizman, Michael Poyurovsky (2012), Adherence to antipsychotic drug treatment in early-episode schizophrenia: a

six-month naturalistic follow-up study, Aug;130(1-3):176-81. PMID: 21636254 DOI: 10.1016/j.schres.2011.04.030

17. Παπαδημητρίου Γ. Ν., Λιάππας Ι. Α., & Λύκουρας Ε. (2013), Σύγχρονη Ψυχιατρική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα
18. Becker & Rosenstock 1974, Health Belief Model, Sage Journal, <http://doi.org/10.1177/109019817400200405>
19. likelihood of action Re-CAPP, 2002
20. Κουλιεράκης Γ. (2002), «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ» Στο: Κουλιεράκης Γ., Μεταλληνού Ο., Πάντζου Π. Συμπεριφορές Υγείας -Πρότυπα Μεταβολές, Πάτρα Ε.Α.Π. 2002
21. Bandura A. (1997), Self Efficacy: the exercise of control. USA: Freeman & Company
22. Καλίρης Α., (2012) Πεποιθήσεις Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας στην άσκηση επαγγελματικής συμβουλευτικής και δεξιότητες επαγγελματικής συμβουλευτικής στελεχών ανθρωπίνων πόρων και συμβούλων σε επιχειρήσεις και συμβουλευτικές εταιρείες του Ν. Αττικής. Διπλωματική εργασία. ΠΜΣ» Συμβουλευτική και Επαγγελματικός Προσανατολισμός» Τμήμα: Φ.Π.Υ. Πανεπιστήμιο Αθηνών.
23. 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.
24. Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior 1. Journal of Applied Social Psychology, 32(4), 665-683. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
25. Nathan R., & Hill. (2006), Επαγγελματική Συμβουλευτική: Η Συμβουλευτική Προσέγγιση της Επαγγελματικής Επιλογής και Σταδιοδρομίας. Αθήνα: ΜΕΤΑΙΧΜΙΟ
26. Μπεμπέτσος, Ε. (2011, Νοέμβριος). Διαφορές μεταξύ φύλου και ηλικίας με τις στάσεις και τις προθέσεις των φοιτητών/τριών όσον αφορά την μελλοντική συμμετοχή τους σε μεταπτυχιακό πρόγραμμα Ελληνικής Μουσικής και χορού στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο στο 6ο Διεθνές συνέδριο για την ανοικτή κ εξ αποστάσεως εκπαίδευση. Λουτράκι. Ανακτήθηκε από <http://dx.doi.org/10.12681/icodl.688>
27. Θεοδωράκης, Ι. (1992). Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόβλεψη της συμμετοχής ενήλικων γυναικών σε προγράμματα άσκησης για όλους. (Διδακτορική διατριβή,

- Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης). Διαθέσιμο από τη βάση δεδομένων του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης. Διαθέσιμο στο <http://hdl.handle.net/10442/hedi/1970>
28. Bohner G., (2007). Οι στάσεις. Στο Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
 29. Ajzen & Fishbein, M. (2011). Predicting and changing behavior: The reasoned action approach. Psychology Press. Retrieved from <https://doi.org/10.4324/9780203838020>
 30. Καραγεωργίου, Ε. (2015). Αυτορρύθμιση και κίνητρα επίτευξης σε μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και ήπια νοητική ανεπάρκεια. (Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, διπλωματική εργασία).<http://ikee.lib.auth.gr/record/281522/files/GRI-2016-15920.pdf>
 31. Λιόρας, Ν. (2017). Αυτορρύθμιση μαθητών με ήπιες εκπαιδευτικές ανάγκες στο μάθημα των μαθηματικών : Στοχοθεσία και οι επιπτώσεις της στη διδασκαλία. (Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, διπλωματική εργασία).
 32. Σκαρλάτος, Π. (2013). Ανάπτυξη της αυτορρύθμισης στα παιδιά και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας. (Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, διπλωματική εργασία).
 33. Shanker, S. (2013). 3 Ways to Develop Self- Regulation. <https://www.habitsforwellbeing.com/3-ways-to-develop-self-regulation/>
 34. M. Robin Dimatteo, Kelly B. Haskard-Zolnieriek & Lesli R.Martin, (2012), Improving patient adherence: A three -factor Model to guide practice, 2012. Health psychology Review 6(1); 74-91 Doi: <https://10.1080/17437199.2010.53792>
 35. Wagner C. and Connors W. The Motivational interviewing page, Mid-Atlantic Addiction and Technology Transfer Center, 2003, viewed 21 August 2020, www.motivationalinterview.net/clinical/principles.html
 36. Latchford G., Motivational interviewing workshop, clinical Psychology Training Programme, Leeds institute of Health Sciences, University of Leeds, March 2010.international Journal for Quality in health Care 2013; Volume 25, Number 3:pp.261-269
 37. Craske MG., 1999 Anxiety Disorders: Psychological approaches to theory and treatment, Boulder, CO: Westview Press
 38. Dimatteo M.R., (2004) Social support and patient adherence to medical recommendations: A meta-analysis, Health psychology (23): 207-218
 39. Di Matteo, M.R., & Martin, L.R. (2002). Health Psychology. Person Education: Boston.
 40. Schwarzer R. (1992). Self-Efficacy: Thought Control of Action. Washington: Hemisphere Publ. Co

41. Wellard, S. (1998). Constructions of chronic illness. *International Journal of Nursing Studies* 35(1), 49–55. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(98\)00013-3](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(98)00013-3)
42. Βελέντζα Ο. (2021), Παράγοντες που επηρεάζουν την φαρμακευτική συμμόρφωση ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση *Επιστημονικά Χρονικά*, Τόμος 26ος, Τεύχος 2, 2021, 26(2):298-308
43. Burkhart PV, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(3):207.
44. Wade, D. T., Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004.

REVIEW

The influence of sociocognitive behavioral models and health theories on improving medication compliance in people with mental disorders: a literature review

O. Velentza¹, N. Aouant², S. Zyga³, F. Tzavella³, A. Panagiotou³

¹ R.N., Aiginiteio Hospital, Athens, Greece, ² R.G.N. Staff, NHS Epsom and St Helier University, London, U.K.,

³ Nursing Department, University of Peloponnese, Greece

ABSTRACT

Introduction: Sociocognitive models come from the field of health psychology and help predict human behavior in health and illness. In addition, they define the interventions to bring about changes in the beliefs, attitudes, motivation, and self-confidence that individuals need to change and maintain behavior. The purpose of this study was to record the behavioral models and health theories and the influence they wield on the negative attitudes and beliefs towards the medication compliance of people with mental disorders.

Methodology: This is a literature review, in the electronic databases: google scholar, PubMed and Scopus, in articles and studies up to 2024, in Greek and English, concerning health models and behavioral interpretation theories.

Results: The literature review showed that health models and theories for the interpretation of the individual's behavior can influence the negative attitude and beliefs of the mentally ill regarding the degree of compliance with the proposed prescribed medication. The improvement of treatment compliance requires an active process of behavior change, which is usually a challenge.

Conclusions: Social-cognitive models have been developed to explain the adoption of health-related protective behaviors. They are primarily based on the concept of the individual's beliefs about behaviors and their consequences, the risk to their health, and the individual's ability to adopt a healthy behavior. A person-centered approach to treatment that incorporates the patient's beliefs, preferences, goals, and barriers to taking medications leads to better clinical outcomes.

Keywords: Health Theories, Health Psychology, Social Cognitive Models, Medication Compliance, Mentally Ill Patients

O. Velentza, N. Aouant, S. Zyga, F. Tzavella, A. Panagiotou. The influence of sociocognitive behavioral models and health theories on improving medication compliance in people with mental disorders: a literature review. *Scientific Chronicles* 2024; 29(3): 342-355

Συγγραφέας αλληλογραφίας: Όλγα Βελέντζα, E-mail: olyvelen@gmail.com