

## Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 13, No 2 (2006)



### Health psychology and public health: Meeting and contributions in Europe and in Greece

Γεώργιος Κουλιεράκης

doi: [10.12681/psy\\_hps.23899](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23899)

Copyright © 2020, Γεώργιος Κουλιεράκης



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

### To cite this article:

Κουλιεράκης Γ. (2020). Health psychology and public health: Meeting and contributions in Europe and in Greece. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 13(2), 67–77. [https://doi.org/10.12681/psy\\_hps.23899](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23899)

## Ψυχολογία της Υγείας και Δημόσια Υγεία: Συνάντηση και συνεισφορές στην Ευρώπη και στην Ελλάδα

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ  
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ψυχολογία της Υγείας συνεισφέρει στις δράσεις της Δημόσιας Υγείας σε τρία επίπεδα: α) θεωρητικό και εννοιολογικό, β) εφαρμογών και παρεμβάσεων, και γ) ανάπτυξης και εφαρμογής μεθοδολογικών και αναλυτικών προτύπων. Από τη δεκαετία του 1970 η Ψυχολογία της Υγείας ανέπτυξε τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα για την κατανόηση και την πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας: επιβεβαίωσε το ρόλο ψυχοκοινωνικών μεταβλητών (αίσθησης ελέγχου, κοινωνικής υποστήριξης και στρες) στην υγεία και στην αρρώστια· συνέβαλε στην εκπόνηση μεγάλης κλίμακας δράσεων αγωγής και προαγωγής υγείας στην κοινότητα [όπως, λόγου χάρη, η Μελέτη των Τριών Κοινοτήτων του Stanford (1977) για τη χοληστερόλη και την κατανάλωση λιπαρών και το Πρόγραμμα North Karelia (1995) για τα καρδιαγγειακά νοσήματα]. Για το μέλλον διαφαίνονται νέες προκλήσεις για την Ψυχολογία της Υγείας στο χώρο της Δημόσιας Υγείας: 1) έμφαση στην προοπτική «του πληθυσμού», 2) μελέτη προσδιοριστικών παραγόντων για την υγεία και την αρρώστια, και σε επίπεδο περιβάλλοντος και κοινωνίας, και 3) μελέτη «αυστημάτων» αντί μόνο «πληθυσμών-στόχων». Στην Ελλάδα η συνάντηση Ψυχολογίας της Υγείας και Δημόσιας Υγείας πραγματοποιείται σχεδόν αποκλειστικά σε ακαδημαϊκό επίπεδο, μέσω της διδασκαλίας αυτόνομου μαθήματος στα προγράμματα σπουδών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Οι περιορισμένες δυνατότητες περαιτέρω εφαρμογής οφείλονται στην ίδια τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα, που προσπαθεί να προσδιοριστεί, και στην έλλειψη παράδοσης αυτόνομης δράσης της Ψυχολογίας της Υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: Ψυχολογία της Υγείας, Δημόσια Υγεία.

Το 2002 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), στην ετήσια αναφορά του με τίτλο «Αναφορά για την Παγκόσμια Υγεία: Μείωση των κινδύνων, προαγωγή μιας υγιούς ζωής» (WHO, 2002), επισημαίνει τους 10 σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την παγκόσμια υγεία: *απίσχυανση, μη ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, υψηλή αρτηριακή πίεση, κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ, μη ασφαλές πόσιμο νερό, αποχέτευση και ακατάλληλες συνθήκες υγιεινής, ανεπάρκεια σιδήρου, έλλειψη φυσικής άσκησης, υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και παχυσαρκία*. Οι παράγοντες αυτοί ευθύνονται για το 30% όλων των

θανάτων παγκοσμίως. Επιπλέον, στην αναφορά τονίζεται ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες της Β. Αμερικής, της Ευρώπης και της Ασίας τουλάχιστον το ένα τρίτο όλων των ασθενειών προκαλείται από το κάπνισμα, το αλκοόλ, την αρτηριακή πίεση, τη χοληστερόλη και την παχυσαρκία. Ακόμη αναφέρεται ότι πάνω από τα τρία τέταρτα των καρδιαγγειακών παθήσεων –η πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως– προκαλούνται από το κάπνισμα, την υψηλή αρτηριακή πίεση, τη χοληστερόλη ή το συνδυασμό τους. Συνολικά οι τρεις αυτοί παράγοντες ευθύνονται για 16 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο παγκοσμίως. Το πιο ση-

μαντικό όμως στοιχείο, που τονίζεται και στην αναφορά του Π.Ο.Υ., είναι πως αυτοί οι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται άμεσα με την ατομική συμπεριφορά, συνεπώς είναι τροποποιήσιμοι, μέσω προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό η Ψυχολογία της Υγείας –όπως φαίνεται και στον ορισμό του Matarazzo– μπορεί να συνεισφέρει στην προσπάθεια μείωσης των κινδύνων για την υγεία, σε παγκόσμιο επίπεδο:

*«Η Ψυχολογία της Υγείας είναι το σύνολο των εξειδικευμένων εκπαιδευτικών, επιστημονικών και επαγγελματικών συνεισφορών του επιστημονικού κλάδου της Ψυχολογίας στην προαγωγή και στη διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη και στη θεραπεία της αρρώστιας και στον προσδιορισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία» (Matarazzo, 1980, σ. 815).*

Επιπλέον, η προσθήκη στον παραπάνω ορισμό από την Αμερικανική Ψυχολογική Ένωση «[...] και στην ανάλυση και στη βελτίωση του συστήματος φροντίδας της υγείας και στη διαμόρφωση πολιτικών για την υγεία» (cf. Matarazzo, 1982, σ. 4) υποδηλώνει το ρόλο που καλείται να παίξει η Ψυχολογία της Υγείας στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας.

Η Ψυχολογία της Υγείας αποτελεί μια περιοχή μελέτης των ατομικών, ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών επιδράσεων στην υγεία. Από την άλλη πλευρά, η Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης της νόσου, της επιμήκυνσης της ζωής και της προαγωγής της υγείας και της αποδοτικότητας του ατόμου μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινότητας (Winslow, 1923. WHO, 1952). Για να επιτευχθούν τα παραπάνω, απαιτούνται: α) η εξυγίανση του περιβάλλοντος, β) ο έλεγχος των μεταδοτικών νοσημάτων, γ) η εκπαίδευση των ατόμων στην ατομική υγιεινή, δ) η οργάνωση των ιατρο-νοσηλευτικών υπηρεσιών για την έγκαιρη διάγνωση και προληπτική θεραπεία των ασθενειών, και ε) η ανάπτυξη ενός «κοινωνικού μηχανισμού» για να εξασφαλίζεται σε κάθε άτομο ένα επίπεδο διαβίωσης επαρκές για τη διατήρηση της υγείας του

(Γεωργούση, Οικονόμου, & Κυριόπουλος, 2002). Με άλλα λόγια, η Δημόσια Υγεία είναι «[...] περισσότερο ένα πεδίο ζητημάτων-θεμάτων, ένα αντικείμενο-πρόβλημα, παρά μια επιστημονική περιοχή» (Αγραφιώτης, 2003, σ. 287), που παραδοσιακά επικεντρώνεται στις περιβαλλοντικές, θεσμικές και κοινωνικές συνιστώσες που συμβάλλουν στην υγεία των πληθυσμών, «τροφοδοτείται» από πολλές επιστήμες –τις βιοϊατρικές, τις τεχνολογικές ή επιστήμες της Μηχανικής και τις κοινωνικές (Αγραφιώτης, 2003)– και χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους και εργαλεία (Last, 1995).

Πώς όμως μπορεί να «συνεισφέρει» μια επιστήμη που μελετά «το ατομικό», σε μια περιοχή δράσης προσανατολισμένης «στο συλλογικό»;

### **Η συνεισφορά και τα επιτεύγματα της Ψυχολογίας της Υγείας στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας**

Συνολικά, από τη δεκαετία του 1970 ως σήμερα η Ψυχολογία της Υγείας μαζί με την Ψυχοσωματική και τη Συμπεριφορική Ιατρική, αλλά και την Ιατρική Ψυχολογία, έχουν βοηθήσει στο να κατανοήσουμε την αλληλεπίδραση ανάμεσα στους βιολογικούς, ψυχολογικούς, συμπεριφορικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση πολλών ασθενειών (Ogden, 2000. Vinck, Oldenburg, & Von Lengerke, 2004. Καλαντζή-Αζίζι, 1996). Συγκεκριμένα η Ψυχολογία της Υγείας έχει πετύχει σημαντικά πράγματα και έχει συνεισφέρει στα πεδία δράσης της Δημόσιας Υγείας σε τρία επίπεδα (Vinck et al., 2004).

Πρώτον, σε επίπεδο εννοιών και θεωριών, η Ψυχολογία της Υγείας βοήθησε στο να διευρύνουμε την κατανόησή μας για την υγεία και την αρρώστια, αλλά και τους προσδιοριστικούς τους παράγοντες: για παράδειγμα, η ποιότητα ζωής θεωρήθηκε ένας σημαντικός στόχος των προσπαθειών για τη βελτίωση της υγείας, μετατοπίζοντας έτσι την προσοχή από την εξάλειψη των

συμπτωμάτων στη γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου (O'Boyle, 1997): διαπιστώθηκε η προστατευτική επίδραση στην υγεία των πεποιθήσεων και μεροληψιών, όπως της νοηματοδότησης, της αίσθησης ελέγχου και της μη ρεαλιστικής αισιοδοξίας (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2000. McKean Skaff, Mullan, Fisher, & Chesla, 2003): επιβεβαιώθηκε ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως της κοινωνικής υποστήριξης και του οικογενειακού περιβάλλοντος, στην υγεία (Dukes Holland & Holahan, 2003. Terre, Carlos Poston, Foreyt, St Jeor, & Horrigan, 2004): διερευνήθηκαν οι αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις από τη χρήση προληπτικών υπηρεσιών υγείας, όπως, για παράδειγμα, της μαστογραφίας (Lerman, Trock, Rimer, Boyce, Jepson, & Engstrom, 1991): μελετήθηκε ο ρόλος του τρόπου ζωής και του χρόνιου στρες στην υγεία (Καραδήμας & Καλαντζή-Αζίζι, 2002): πιο πρόσφατα οι ψυχολόγοι έστρεψαν την προσοχή τους στην επίδραση των θετικών συναισθημάτων, όπως της χαράς, του ενδιαφέροντος, της αγάπης, της περηφάνιας και της ευχαρίστησης, στην υγεία (Fredrickson, 2003). Η Ψυχολογία της Υγείας ανέπτυξε τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα, όπως το μοντέλο πεποιοτήσεων για την υγεία (Becker, 1974. Janz & Becker, 1984), τη θεωρία της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας (Maddux & Rogers, 1983), τη θεωρία της προ-σχεδιασμένης συμπεριφοράς (Ajzen, 1991) και το μοντέλο των γνωστικών σταδίων (Weinstein, 1988). Τα μοντέλα αυτά αφενός κατέδειξαν τη σχέση ανάμεσα σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες και στη συμπεριφορά, και αφετέρου χρησιμοποιήθηκαν ευρέως στην ανάπτυξη, στην εφαρμογή και στην αποτίμηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας (Conner & Norman, 1996. Murphy & Bennett, 2004). Τέλος, η Ψυχολογία της Υγείας βοήθησε να εμβαθύνουμε στη μελέτη συμπεριφορών διατήρησης μιας καλής κατάστασης υγείας, διερευνώντας το ρόλο συμπεριφορών στην υγεία οι οποίες μέχρι πρόσφατα ήταν αρκετά παραγνωρισμένες, όπως, για παράδειγμα, της συμμετοχής σε πολιτικές δράσεις (Rütten, von

Lengerke, Abel, Kannas, Lüschen, Rodríguez Diaz, Vinck, & van der Zee, 2000).

Δεύτερον, σε επίπεδο *εφαρμογών και παρεμβάσεων*, η συσσωρευμένη γνώση για τις συμπεριφορές διατήρησης μιας καλής κατάστασης υγείας έχει χρησιμοποιηθεί για την τροποποίηση της συμπεριφοράς (Bennett & Murphy, 1997). Έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί αναρίθμητες στρατηγικές παρέμβασης στο πλαίσιο προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας, μέσω των εκστρατειών ενημέρωσης (Murphy & Bennett, 2004). Επιπλέον, εκπονήθηκαν μεγάλης κλίμακας δράσεις αγωγής και προαγωγής υγείας στην κοινότητα: για παράδειγμα, η Μελέτη των Τριών Κοινοτήτων του Stanford (Farquhar & Maccoby, 1977) για τη χοληστερόλη και την κατανάλωση λιπαρών, το Πρόγραμμα Minnesota Health Heart (Mittelmark, Luepker, & Jacobs, 1986) για τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και το Πρόγραμμα North Karelia (Puska, Tuomilehto, Nissinen, & Vartianen, 1995) για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Θα έλεγε κανείς ότι αυτό είναι το επίπεδο στο οποίο η Ψυχολογία της Υγείας έχει συνεισφέρει περισσότερο. Οι παρεμβάσεις αυτές, που δίνουν έμφαση στους ενδοατομικούς παράγοντες, έχουν συμπληρωθεί με πρωτοβουλίες από άλλα πεδία της Δημόσιας Υγείας, όπως από την πολιτική –για παράδειγμα, οι πολιτικές φορολόγησης του καπνού– και το περιβάλλον – για παράδειγμα, το πρόγραμμα «Υγιείς Πόλεις» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1998).

Τρίτον, σε επίπεδο *ανάπτυξης και εφαρμογής μεθοδολογικών και αναλυτικών προτύπων*, η Ψυχολογία της Υγείας έχει χρησιμοποιήσει μεθόδους και τεχνικές από τη στατιστική, όπως την πολυπαραγοντική ανάλυση και τις παλινδρομικές αναλύσεις, αλλά και ποιοτικές και ποσοτικές ερευνητικές μεθοδολογίες και διαγνωστικά εργαλεία (Murray & Chamberlain, 1999). Με τον τρόπο αυτό συμπλήρωσε τις μεθόδους της κλασικής επιδημιολογίας και συνεισέφερε σε δράσεις της Δημόσιας Υγείας, όπως στην επιτήρηση υγείας και στη μέτρηση του επιπέδου υγείας (Wright, 1990. Ogden, 2000).

## Κριτική

Παρ' όλα αυτά, διαφαίνεται ότι η Ψυχολογία της Υγείας έχει εγκλωβιστεί σε έναν «ατομικισμό», δηλαδή έχει δώσει έμφαση στη μελέτη της επίδρασης ενδοατομικών κυρίως χαρακτηριστικών –πεποιθήσεων, προθέσεων, στάσεων– τόσο στις συμπεριφορές διατήρησης μιας καλής κατάστασης υγείας όσο και στις συμπεριφορές που προσανατολίζονται στην αντιμετώπιση μιας αρρώστιας (Kals & Montada, 2001), και δεν έχει συμπεριλάβει στο πεδίο μελέτης της παράγοντες όπως την κοινωνική τάξη ή τις κοινωνικές ανισότητες, που σχετίζονται άμεσα με την υγεία και την αρρώστια (Murray, Nelson, Poland, Matlicka-Tindale, & Ferris, 2004). Ήδη από πολύ νωρίς είχε επισημανθεί η κοινωνική διάσταση των ατομικών συμπεριφορών (Heim, 1986): α) Όλες οι ατομικές συμπεριφορές συμβαίνουν σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, και συνεπώς είναι πιθανό να προκαλούνται από κοινωνικά προσδιορισμένες πεποιθήσεις ή κίνητρα: για παράδειγμα, η παρατηρούμενη χρήση κάποιων υπηρεσιών υγείας από το κοινό μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση ενός ατόμου σε αυτές. β) Οι περισσότεροι κίνδυνοι για την υγεία δημιουργούν προβλήματα όχι μόνο σε ατομικό αλλά και σε συλλογικό ή κοινωνικό επίπεδο, δηλαδή, εκτός από την υγεία ενός ατόμου, μπορεί να επηρεαστεί η υγεία και άλλων ατόμων ή να τεθεί σε κίνδυνο η υγεία της κοινότητας. Συνεπώς οι ατομικές συμπεριφορές διατήρησης μιας καλής κατάστασης υγείας μπορεί να «προκαλούνται» από συναισθήματα ευθύνης απέναντι στους άλλους και στην κοινωνία, ή άλλα αλτρουιστικά κίνητρα. γ) Τα μέτρα που λαμβάνονται σε κοινωνικό επίπεδο, όπως, για παράδειγμα, οι εκστρατείες ενημέρωσης ή ένα καλά οργανωμένο σύστημα φροντίδας υγείας, μπορούν να βοηθήσουν στην «εγκαθίδρυση» ατομικών συμπεριφορών: δηλαδή οι ατομικές δράσεις για την προώθηση και τη στήριξη αυτών των μέτρων μπορεί να οφείλονται σε ένα «ήθος» προς την κοινότητα και όχι σε ένα ατομικιστικό κίνητρο. Είναι προφανές ότι όλες οι πεπραγμένες διαπιστώσεις βρίσκουν εφαρμογή στο πεδίο της Δη-

μόσιας Υγείας (Schmidt, 1994). Για τους λόγους αυτούς, αλλά και εξαιτίας της πολυπλοκότητας του ζητήματος της «υγείας» και της «αρρώστιας» (Crossley, 2000), αλλά και των νέων προβλημάτων υγείας που αναδύονται (Αγραφιώτης, 2003), η προσήλωση της Ψυχολογίας της Υγείας στους ατομικούς παράγοντες τα τελευταία χρόνια –στην Ευρώπη και στην Αμερική– κρίνεται ανεπαρκής.

## Προκλήσεις

Για το μέλλον διαφαίνονται νέες προκλήσεις για την Ψυχολογία της Υγείας προκειμένου να δραστηριοποιηθεί στο χώρο της Δημόσιας Υγείας. Πολλοί ψυχολόγοι της Υγείας στέκονται κριτικά απέναντι στις παραδοχές της κλασικής Ψυχολογίας της Υγείας και προτείνουν συγκεκριμένες κατευθύνσεις για την Ψυχολογία της Υγείας στο μέλλον (Vinck et al., 2004):

α) Πρέπει να δώσει έμφαση στην *προοπτική «του πληθυσμού»*: Σήμερα οι περισσότεροι ψυχολόγοι της Υγείας εργάζονται με προοπτική «το άτομο και τη συμπεριφορά του» ή με μικρές ομάδες. Αυτό σίγουρα έχει νόημα και σημασία σε «κλινικό» επίπεδο και μπορεί να ενισχύεται από το γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις τα όρια παρέμβασης ανάμεσα στον ψυχολόγο της Υγείας και στον κλινικό ψυχολόγο δεν είναι αυστηρά διαχωρισμένα. Παρ' όλα αυτά, η προοπτική «στο άτομο» καθίσταται προβληματική όταν η κλίμακα παρέμβασης διευρύνεται, οι προσδιοριστικοί παράγοντες για την υγεία και την αρρώστια γίνονται περισσότερο σύνθετοι και το πεδίο δράσης μεταφέρεται στην κοινότητα (Campbell & Murray, 2004). Έχει υποστηριχθεί ότι πολλές αρρώστιες μπορεί να προληφθούν –αλλά και ότι αυτό είναι αποτελεσματικό σε σχέση με το κόστος– αν προωθήσουμε μικρές αλλαγές στη συμπεριφορά για πολλά άτομα παρά μεγάλες αλλαγές για ομάδες ατόμων με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μιας αρρώστιας (Abrams, Orleans, Niaura, Goldstein, Prochaska, & Velicer, 1996). Μια σημαντική πρόκληση για τον ψυχολόγο της

Υγείας που θα υιοθετήσει την προοπτική του πληθυσμού στη δουλειά του είναι η διεπιστημονικότητα – η συνεργασία του δηλαδή με ειδικούς από άλλες επιστημονικές περιοχές, ένα έργο, βέβαια, καθόλου εύκολο, ούτε αυτονόητο (McLean, Plotnikoff, & Moyer, 2000).

β) Πρέπει να μελετήσει τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας και της αρρώστιας σε *επίπεδο περιβάλλοντος και κοινωνίας*: Μέχρι σήμερα η συντριπτική πλειονότητα των παρεμβάσεων για την προαγωγή της υγείας έχει χρησιμοποιήσει μεταβλητές από τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα –δηλαδή ενδοατομικές–, ενώ την ίδια στιγμή έχει αγνοήσει άλλες σημαντικές μακροκοινωνικές μεταβλητές, όπως, για παράδειγμα, τις κοινωνικές ανισότητες (Murray et al., 2004). Παρ' όλα αυτά, συνειδητοποιούμε πια ότι δεν μπορούμε να απομονώσουμε την ατομική συμπεριφορά από το πλαίσιο μέσα στο οποίο συμβαίνει. Με άλλα λόγια, μπορεί κάποια παρέμβαση προσανατολισμένη στο άτομο να πετύχει κάποια αλλαγή συμπεριφοράς –ακόμα, βέβαια, και αυτό είναι συζητήσιμο (Murphy & Bennett, 2004)–, δεν μπορεί όμως να εγγυηθεί ότι αυτή η αλλαγή θα διατηρηθεί χωρίς την ταυτόχρονη παρέμβαση στους περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες.

γ) Πρέπει να στραφεί στη μελέτη των «*αυστημάτων*» και όχι μόνο των «*πληθυσμών-στόχων*»: Αυτό συνεπάγεται ότι οι ψυχολόγοι της Υγείας πρέπει να δουλέψουν με «τα συστήματα» και με εκείνους τους παράγοντες που μπορεί να τα καθορίζουν· για παράδειγμα, με τους πολιτικούς, τις τοπικές κοινότητες, τη βιομηχανία (Nathan, Rotem, & Ritchie, 2002). Αυτό δεν είναι καθόλου εύκολο στην πράξη, αφού αυτό το επίπεδο ανάλυσης είναι πάρα πολύ περίπλοκο στη διαχείρισή του.

Οι παραπάνω προτεινόμενες κατευθύνσεις φανερώνουν ότι πολλοί ψυχολόγοι της Υγείας διεκδικούν ένα σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια των ειδικών της Δημόσιας Υγείας να δημιουργήσουν τις κατάλληλες κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ατόμων. Στην Αμερική το

ενδεχόμενο συνύπαρξης της Ψυχολογίας της Υγείας και της Δημόσιας Υγείας αποτελεί αντικείμενο επιστημονικού διαλόγου, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 (Matthews & Avis, 1982. Tanabe, 1982), αλλά και αργότερα (Leviton, 1996), ακολουθώντας τη μακρόχρονη παράδοση «χρησιμοποίησης» της ψυχολογίας από την ιατρική, τόσο στην πρόληψη (προγράμματα αγωγής υγείας) όσο και στην περίθαλψη (Κλινική Ψυχολογία). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο αυτή η δραστηριοποίηση οδήγησε, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990: α) στη διεθνοποίηση της Ψυχολογίας της Υγείας· οι Jansen και Weinman (1991) με το βιβλίο τους *The International Development of Health Psychology* επιχειρούν μια πρώτη σύνδεση της επαγγελματικής και εκπαιδευτικής πρακτικής στην Ευρώπη, στην Αυστραλία και στην Αμερική· β) στην πρόταση για τη δημιουργία κλάδου Ψυχολογίας της Δημόσιας Υγείας (Ewart, 1991. Herworth, 2004)· γ) στην έναρξη της συζήτησης για τη σχέση ανάμεσα στην Ψυχολογία της Υγείας και στη Δημόσια Υγεία, σε συνέδρια και επιστημονικά περιοδικά του χώρου (για παράδειγμα, στο 16ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ψυχολογίας της Υγείας, στο St Andrews της Σκωτίας το 2001, διοργανώθηκε ειδικό στρογγυλό τραπέζι· αφιέρωμα του περιοδικού «*Journal of Health Psychology*», στο τεύχος του Ιανουαρίου του 2004)· δ) στη συνεργασία με συγγενείς επιστημονικές περιοχές της ψυχολογίας, όπως την Κοινωνική Ψυχολογία της Υγείας (Murray et al., 2004).

## Η περίπτωση της Ελλάδας

Στην Ελλάδα ο ρόλος και οι αρμοδιότητες της Δημόσιας Υγείας αφορούν τόσο την πρωτογενή (αντιμετώπιση των παραγόντων ασθένειας) όσο και τη δευτερογενή (έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας με προσυμπτωματικό έλεγχο) πρόληψη (Γεωργούση και συν., 2002. Αναγνωστόπουλος, 1999), περιλαμβάνουν δε την αγωγή υγείας ως προς τη συμπεριφορά σε σχέση με τη

διατροφή, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ κ.λπ., τη διενέργεια εμβολιασμών, την παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής πρόληψης, τον έλεγχο της δημόσιας και περιβαλλοντικής υγιεινής και της υγιεινής σε χώρους εργασίας, τον έλεγχο της καταλληλότητας της διατροφής, του νερού, των εγκαταστάσεων υγιεινής, τη διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών κ.ά. (Ζηλίδης, 1995). Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας χαρακτηρίζονται από μια αναλυτική και πολύπλευρη δομή, διαρθρώνονται σε εθνικό, περιφερειακό και σε επίπεδο νομού (Ζηλίδης, 2002. Γεωργούση και συν., 2002) και στηρίζονται στο έργο τους από ειδικά εργαστήρια, σε εθνικό (Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας) και περιφερειακό επίπεδο, επιδημιολογικά κέντρα (π.χ. Κέντρα Αναφοράς AIDS, ηπατίτιδας, σαλμονελλών κ.λπ.), εκπαιδευτικούς φορείς [π.χ. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ)], αλλά και υπηρεσίες άλλων υπουργείων πέραν του υπουργείου Υγείας (π.χ. τις Κτηνιατρικές Υπηρεσίες του υπουργείου Γεωργίας).

Η Δημόσια Υγεία είναι περισσότερο ένα πεδίο ζητημάτων-θεμάτων, ένα αντικείμενο-πρόβλημα, παρά μια επιστημονική περιοχή (Αγραφιώτης 1988, 2003), και με αυτή την έννοια διαφοροποιείται από την *Κοινωνική Ιατρική*, η άσκηση της οποίας απαιτεί γνώσεις και δεξιότητες στην επιδημιολογία, στη στατιστική, στη δημογραφία, στην κοινωνιολογία, στη διοίκηση και στην οικονομία της υγείας (Λιονής, 2002). Παρ' όλα αυτά, η αναλυτική δομή των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα δε φαίνεται να μπορεί να ανταποκριθεί στις διευρυμένες απαιτήσεις του πεδίου της Δημόσιας Υγείας (Γεωργούση και συν., 2002), κυρίως λόγω έλλειψης εξειδικευμένου στη Δημόσια Υγεία επιστημονικού προσωπικού, έλλειψης πόρων, ξεπερασμένων αντιλήψεων για τη Δημόσια Υγεία και απουσίας σαφούς και συστηματικής πολιτικής Δημόσιας Υγείας (Abel-Smith, Calltorp, Dixon, Dunning, Evans, Holland, Jarman, & Μόσιαλος, 1994). Την ίδια στιγμή η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα διέρχεται μια περίοδο ανακατατάξεων και επαναπροσδιορισμών, εξαιτίας της ανάδυσης νέων προβλημάτων και κινδύνων (Αγραφιώτης, 2003). Οι κοι-

νωνικές εξελίξεις και μεταβολές που συμβαίνουν στη χώρα μας, όπως οι μετακινήσεις πληθυσμών (π.χ. νόμιμη και παράνομη μετανάστευση), η αύξηση των τροχοφόρων, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις διατροφικές συνήθειες, έχουν οδηγήσει στην εμφάνιση νέων κινδύνων για την υγεία του πληθυσμού, όπως των αναδυόμενων λοιμωδών νοσημάτων, των τροχαίων ατυχημάτων, της εμφάνισης και της διασποράς παθογόνων μικροοργανισμών (π.χ. της διοξίνης), της χρήσης ναρκωτικών (Σταθόπουλος, 2002), θέτοντας έτσι νέες προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία.

Στο πλαίσιο αυτό η συνάντηση της Ψυχολογίας της Υγείας με τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα πραγματοποιείται σχεδόν αποκλειστικά σε ακαδημαϊκό επίπεδο, μέσω της διδασκαλίας αυτόνομου μαθήματος Ψυχολογίας της Υγείας στα προγράμματα σπουδών της ΕΣΔΥ. Συγκεκριμένα, το μάθημα της Ψυχολογίας της Υγείας μαζί με το μάθημα της Ανθρωπολογίας της Υγείας προσφέρονται στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών (ΜΠΣ) «Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας», ως επιλεγόμενα, επιπλέον των δώδεκα υποχρεωτικών μαθημάτων του Προγράμματος. Η επιλογή αυτών των δύο μαθημάτων, σε συνδυασμό με την επιλογή ορισμένων προαπαιτούμενων μαθημάτων από το βασικό κορμό, οδηγεί το σπουδαστή στην απόκτηση ενός επιπλέον πιστοποιητικού στην «Κοινωνιολογία της Υγείας». Στο ΜΠΣ «Δημόσιας Υγείας», στην Κατεύθυνση «Πρότυπα και Συμπεριφορές Υγείας», το μάθημα της Ψυχολογίας της Υγείας προσφέρεται ως επιλεγόμενο. Την ίδια στιγμή διαπιστώνεται ότι στο πλαίσιο των ερευνητικών προγραμμάτων και των παρεμβάσεων της Σχολής σε θέματα Δημόσιας Υγείας είναι ελάχιστες οι δυνατότητες για κοινή έρευνα και πραγματική διεπιστημονική συνεργασία των ειδικών της Δημόσιας Υγείας.

Σε επίπεδο παρεμβάσεων μεγάλης κλίμακας για θέματα Δημόσιας Υγείας, όπως είναι το κάπνισμα ή η οδική ασφάλεια, δυστυχώς, δε φαίνεται να υπάρχει σημείο επαφής. Έως σήμερα δε χρησιμοποιούνται ψυχολόγοι της Υγείας στη Διεύθυνση Αγωγής Υγείας του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το σχεδια-

σμό, την υλοποίηση και την αποτίμηση των παρεμβάσεων που υλοποιούνται.

Σε μικρότερης κλίμακας προγράμματα ή παρεμβάσεις Αγωγής Υγείας, σε σχολεία ή χώρους εργασίας, αν και σε μερικές περιπτώσεις χρησιμοποιούνται κάποιες αρχές και θεωρίες της Ψυχολογίας της Υγείας για την υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων (Κουλιεράκης, 2000. Μεράκου, 2003), φαίνεται όμως ότι και σε αυτή την περίπτωση είμαστε ακόμη μακριά από το να μιλάμε για μια πραγματικά διεπιστημονική προσέγγιση στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και στην αποτίμηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

### Επίμετρο

Φαίνεται από τα παραπάνω ότι στην Ελλάδα έως σήμερα υπάρχουν περιορισμένες ευκαιρίες και σημαντικά εμπόδια για μια συνάντηση της Ψυχολογίας της Υγείας και της Δημόσιας Υγείας. Αυτό οφείλεται σε δύο βασικούς λόγους: Ο ένας έχει να κάνει με το ίδιο το πεδίο της Νέας Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα: ένα πεδίο το οποίο προσπαθεί να προσδιοριστεί σε σχέση με την παραδοσιακή Δημόσια Υγεία και την Ιατρική και να αναπτυχθεί σε ένα κλίμα που ευνοεί περισσότερο τη θεραπεία παρά την πρόληψη και τη μελέτη της διακινδύνευσης (Αγρωγιώτης, 2003). Ο δεύτερος λόγος έχει να κάνει με την έλλειψη παράδοσης αυτόνομης δράσης της Ψυχολογίας της Υγείας στην Ελλάδα. Σε ένα επιστημολογικό επίπεδο, τα όρια ανάμεσα στην Κλινική Ψυχολογία και στην Ψυχολογία της Υγείας είναι ακόμα δυσδιάκριτα: λίγα Τμήματα Ψυχολογίας στα ελληνικά πανεπιστήμια προσφέρουν μαθήματα Ψυχολογίας της Υγείας, ενώ μόνο ένα Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Ψυχολογία της Υγείας λειτουργεί, από το Σεπτέμβριο του 2004, στο Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου της Κρήτης. Μόλις τον Οκτώβριο του 2004 πραγματοποιήθηκε το 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογίας της Υγείας.

Παρ' όλα αυτά, το αίτημα για συνάντηση της Ψυχολογίας της Υγείας και της Δημόσιας Υγείας

είναι σήμερα και θεμιτό και επίκαιρο. Από την πλευρά της Δημόσιας Υγείας υπάρχουν ένα σαφές νομικό πλαίσιο (ο νόμος 3172/2003 για τη Δημόσια Υγεία) και ένας θεσμοθετημένος φορέας εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία (η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας). Πρόσφατα, μάλιστα, εξαγγέλθηκαν σημαντικές νομοθετικές παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση και την αναβάθμισή τους. Από την πλευρά της Ψυχολογίας της Υγείας δημιουργούνται νέες ακαδημαϊκές θέσεις ψυχολόγων της Υγείας και μαθήματα Ψυχολογίας της Υγείας διδάσκονται και στις Ιατρικές Σχολές. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια ένας σημαντικός αριθμός ψυχολόγων έχει γίνει δεκτός στα προγράμματα σπουδών της ΕΣΔΥ. Φαίνεται, λοιπόν, ότι, παρά τις δυσκολίες, υπάρχει ένα σταθερό θεσμικό πλαίσιο για συνεργασία, ενώ φαίνεται να δημιουργείται η δυναμική δόμησης μιας στενότερης συνεργασίας.

Το κάλεσμα από την πλευρά της Δημόσιας Υγείας προς τους μελλοντικούς ψυχολόγους της Υγείας παραμένει σταθερό. Η Νέα Δημόσια Υγεία, σε εννοιολογικό επίπεδο, διαμορφώνει τις συνθήκες για διεπιστημονική συνεργασία και επικοινωνία, παρέχει σημαντικό χώρο στις κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες –άρα και στην Ψυχολογία της Υγείας–, εκπονεί έρευνα και παρεμβάσεις με στόχο την ενδυνάμωση συγκεκριμένων πληθυσμών. Σε εκπαιδευτικό επίπεδο, τα μεταπτυχιακά προγράμματα της ΕΣΔΥ επεκτείνονται (λειτουργία του ΜΠΣ «Εφηρμοσμένη Δημόσια Υγεία», σε συνεργασία με το ΤΕΙ Αθήνας) και αναβαθμίζονται, ενώ οι διεθνείς συνεργασίες των Τομέων της ΕΣΔΥ, στο πλαίσιο ερευνητικών προγραμμάτων, διευρύνονται. Δημιουργούνται έτσι οι συνθήκες για την έλευση ψυχολόγων της Υγείας, μεταξύ άλλων επιστημόνων, στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας.

Στην Ελλάδα, βέβαια, είναι πολύ νωρίς για να μιλάμε για Ψυχολογία της Δημόσιας Υγείας. Το ζητούμενο όμως είναι η τόλμη από την πλευρά κάποιων μελλοντικών ψυχολόγων της Υγείας και η ενθάρρυνσή από την πλευρά των δασκάλων τους να αφήσουν την επιστημονική (σαφή οριοθέτηση του πεδίου δράσης, ύπαρξη συγκεκριμέ-



νων εργαλείων έρευνας και παρέμβασης) και μερικές φορές και επαγγελματική «σιγουριά» που προσφέρει η Ψυχολογία, στη μελέτη «του ατόμου», και να δράσουν «στην αβεβαιότητα» [στη σύλληψη και στην οριοθέτηση των προβλημάτων, στην πολυπλοκότητα και στη συνθετότητα των φαινομένων (Αγραφιώτης, 2003)] που συνεπάγεται η μελέτη «του συνόλου», στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας. Ακόμα, απαιτείται εγρήγορση για την αντιμετώπιση των δεοντολογικών προβλημάτων που πιθανόν να προκύψουν από μια τέτοια συνεργασία: της μη ορθολογιστικής και άκριτης χρήσης των θεωριών και των τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς σε επίπεδο πληθυσμού, στο όνομα μιας «γρήγορης» και αποτελεσματικής σε σχέση με το κόστος παρέμβασης, και της «άνευ όρων παράδοσης» της ψυχολογικής γνώσης, στο όνομα του «γενικού καλού» ή του «δημοσίου συμφέροντος» (Αγραφιώτης, 2003).

### Βιβλιογραφία

- Abel-Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Dunning, A., Evans, R., Holland, W., Jarman, B., & Μόσιαλος, Η. (1994). *Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Φαρμέτρικα.
- Abrams, D. B., Orleans, C. T., Niaura, R. S., Goldstein, M. G., Prochaska, J. O., & Velicer, W. (1996). Integrating individual and public health perspective for treatment of tobacco dependence under managed health care: A combined stepped-care and matching model. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 290-304.
- Αγραφιώτης, Δ. (1988). *Κοινωνικές και πολιτιστικές διαστάσεις της υγείας και της αρρώστιας*. Αθήνα: Λίτσας.
- Αγραφιώτης, Δ. (2003). Κοινωνική έρευνα και υγεία: η περίπτωση της ψυχολογίας. Στο Δ. Αγραφιώτης (Επιμ.), *Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία. Τόποι και τρόποι σύμπλεξης* (σ. 283-290). Αθήνα: Τυπωθήτω – Γ. Δαρδανός.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). Υγεία και προληπτική συμπεριφορά. Στο Δ. Παπαδάτου & Φ. Αναγνωστόπουλος (Επιμ.), *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας* (σ. 58-72). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Becker, M. H. (Ed.) (1974). The Health Belief Model and personal health behaviour (special issue). *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1997). *Psychology and Health Promotion*. Philadelphia PA: Open University Press.
- Campbell, C., & Murray, M. (2004). Community Health Psychology: Promoting Analysis and Action for Social Change. *Journal of Health Psychology*, 9(2), 187-195.
- Conner, M., & Norman, P. (Eds.) (1996). *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.
- Crossley, M. L. (2000). *Rethinking Health Psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Γεωργούση, Ε., Οικονόμου, Χ., & Κυριόπουλος, Γ. (2002). Η Δημόσια Υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στο Γ. Δημολιάνης, Γ. Κυριόπουλος, Δ. Λάγγας, & Τ. Φιλαλήθης (Επιμ.), *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα* (σ. 138-163). Αθήνα: Θεμέλιο.
- Dukes Holland, K., & Holahan, C. K. (2003). The Relation of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 15-30.
- Ewart, C. K. (1991). Social action theory for a public health psychology. *American Psychologist*, 46(9), 931-946.
- Ζηλίδης, Χ. (1995). *Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Ζηλίδης, Χ. (2002). Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα. Στο Γ. Δημολιάνης, Γ. Κυριόπουλος, Δ. Λάγγας, & Τ. Φιλαλήθης (Επιμ.), *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα* (σ. 79-95). Αθήνα: Θεμέλιο.

- Farquhar, J. W., & Maccoby, N. (1977). Community education for cardiovascular health. *Lancet*, 1, 192-195.
- Fredrickson, B. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Heim, E. (1986). Medizinsoziologische Aspekte der Krankheit [Medical-sociological aspects of illness]. In E. Heim & J. Willi (Eds.), *Psycho-soziale Medizin* (Vol. 2, pp. 278-342). Berlin: Springer.
- Hepworth, J. (2004). Public health Psychology: A Conceptual and practical Framework. *Journal of Health Psychology*, 9(1), 41-54.
- Jansen, M. A., & Weinman, J. (Eds.) (1991). *The International Development of Health Psychology*. Chur: Harwood Academic Press.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1996). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kals, E., & Montada, L. (2001). Health Behavior: An Interlocking Personal and Social Task. *Journal of Health Psychology*, 6(2), 131-148.
- Καραδήμας, Ε., & Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2002). Η σχέση μεταξύ γεγονότων ζωής και καθημερινών προστριβών, προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας, στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και ψυχοσωματικής υγείας. *Ψυχολογία*, 9(1), 75-91.
- Κουλιεράκης Γ. (2000). *Πilotικό Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας «Εθελοντική Αιμοδοσία – Κοινωνική Αλληλεγγύη – Επικοινωνία: Ανιχνεύοντας μια θετική στάση ζωής»*. Αναφορά για την έρευνα πεδίου, 2ο Κ.Π.Σ. / Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ., Αθήνα.
- Last, J. M. (Ed.) (1995). *A dictionary of epidemiology* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Lerman, C., Trock, B., Rimer, B. K., Boyce, A., Jepson, C., & Engstrom, P. F. (1991). Psychological and behavioural implications of abnormal mammograms. *Annals of Internal Medicine*, 114, 657-661.
- Leviton, L. C. (1996). Integrating Psychology and Public Health: Challenges and Opportunities. *American Psychologist*, 51, 42-51.
- Λιονής, Χ. (2002). Ο οικογενειακός γιατρός ως παράγων Δημόσιας Υγείας. Στο Γ. Δημολιάτης, Γ. Κυριόπουλος, Δ. Λάγγας, & Τ. Φιλαλήθης (Επιμ.), *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα* (σ. 126-137). Αθήνα: Θεμέλιο.
- Maddux, J. E., & Rogers, R.W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavior medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- Matthews, K. A., & Avis, N. E. (1982). Psychologists in Schools of Public Health: Current status, future prospects and implications for other health settings. *American Psychologist*, 37, 949-954.
- McKean Skaff, M., Mullan, J. T., Fisher, L., & Chesla, C. (2003). A Contextual Model of Control Beliefs, Behavior and Health: Latino and European Americans with Type 2 Diabetes. *Psychology and Health*, 18(3), 295-312.
- McLean, L.M., Plotnikoff, R.C. & Moyer, A. (2000) Transdisciplinary Work with Psychology from a Population Health Perspective: An illustration. *Journal of Health Psychology*, 5(2): 173-181.
- Μεράκου, Κ. (2003). Η Σεξουαλική Αγωγή στα Σχολεία. *Νέα Υγεία*. Τεύχος 42.
- Mittelmark, M. B., Luepker, R. V., & Jacobs, D. R. (1986). Community-wide prevention: Education strategies of the Minnesota Heart health program. *Preventive Medicine*, 15, 1-17.
- Murphy, S., & Bennett, P. (2004). Health psychology and Public Health: Theoretical Possibilities. *Journal of Health Psychology*, 9(1), 13-27.
- Murray, M., & Chamberlain, K. (1999). Health Psychology and Qualitative Research. In M.

- Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology. Theories and Methods*. London: Sage Publications.
- Murray, M., Nelson, G., Poland, B., Matlicka-Tindale, E., & Ferris, L. (2004). Assumptions and Values of Community Health Psychology. *Journal of Health Psychology*, 9(2), 323-333.
- Nathan, S., Rotem, A., & Ritchie, J. (2002). Closing the gap: Building the capacity of non-government organizations as advocates of health equity. *Health Promotion International*, 17, 69-78.
- O'Boyle, C. A. (1997). Quality of life assessment: A paradigm shift in healthcare? *Irish Journal of Psychology*, 16, 51-66.
- Ogden, J. (2000). *Health Psychology: A textbook*. Philadelphia PA: Open University Press.
- Puska, P., Tuomilehto, J., Nissinen, A., & Vartiainen, E. (1995). *The North Karelia Project: Twenty Year results and experiences*. Helsinki: Helsinki University Printing House.
- Rütten, A., von Lengerke, T., Abel, T., Kannas, L., Lüschen, G., Rodríguez Diaz, J. A., Vinck, J., & van der Zee, J. (2000). Policy, competence and participation: Empirical evidence for a multilevel health promotion model. *Health promotion International*, 15, 35-47.
- Schmidt, L. R. (1994). A psychological look at public health: Contents and methodology. In S. Maes, H. Leventhal, & M. Johnston (Eds.), *International Review of Health Psychology* (Vol. 3, pp. 3-36). Chichester: Wiley.
- Σταθόπουλος, Γ. (2002). Η Υγεία στη μεταβαλλόμενη κοινωνία. Στο Γ. Δημόλιατης, Γ. Κυριόπουλος, Δ. Λάγγας, & Τ. Φιλαλήτης (Επιμ.), *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα* (σ. 19-27). Αθήνα: Θεμέλιο.
- Tanabe, G. (1982). The potential for Public Health Psychology. *American Psychologist*, 37, 942-944.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Terre, L., Carlos Poston, W. S., Foreyt, J., St Jeor, S. T., & Horrigan, K. L. (2004). Does Family of Origin Functioning Predict Adult Somatic Complaints? *Psychology and Health*, 19(4), 507-514.
- Vinck, J., Oldenburg, B., & Von Lengerke, T. (2004). Health Psychology and Public Health – Bridging the Gap (Editorial). *Journal of Health Psychology*, 9(1), 5-12.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386.
- WHO (1952). *Expert Committee on Public Health Administration*. First report, Technical report Series No 55, Γενεύη.
- WHO (1998). *City Health Profiles. A Review of Progress*. WHO Regional Office for Europe (Document EUR/ICP/CHDV 03 01 01/1).
- WHO (2002). *World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Γενεύη.
- Winslow, C. (1923). *The Evolution and Sign of the Modern Public Health Campaign*. New Haven.
- Wright, S. J. (1990). Health Status Measurement: Review and Prospects. In P. Bennett, J. Weinman, & P. Spurgeon (Eds.), *Current Developments in Health Psychology*. Switzerland: Harwood Academic Publishers.

## **Health Psychology and Public Health: Meeting and contributions in Europe and in Greece**

GEORGE KOULIERAKIS

National School of Public Health, Greece

### **ABSTRACT**

Health Psychology contributes to the practice of Public Health at three levels: a) theoretical and conceptual, b) applications and interventions, and c) application of methodological and analytic standards. Since 1970, Health Psychology has developed the Social-Cognition Models, for understanding and predicting health behaviours; it has confirmed the role of psychosocial variables (sense of control, social support and stress) to health and illness; it has contributed in the development of large scale actions of Health Education and Health Promotion in the community [the Stanford Three Communities Study (1977) for the reduction in cholesterol and fat intake, and the North Karelia Project (1995) for the reduction of cardiovascular diseases]. For the future, new challenges for Health Psychology emerge when it puts in the field of Public Health: 1) to include a stronger population perspective, 2) drawing on factors at the level of environment and society, and 3) working with «systems», instead of «target populations». In Greece, Health Psychology and Public Health are interrelated almost exclusively in an Academic level: through the teaching of an autonomous Health Psychology course in the Postgraduate Programs of the National School of Public Health. The limited possibilities of further application are due to limited field of Public Health in Greece, as well as the restricted autonomous action of Health Psychology.

*Key words:* Health Psychology, Public Health.

*Address:* George Koulierakis, Department of Sociology, National School of Public Health, 196 Alexandras Avenue, 115 21 Athens, Greece. Tel.: 0030-210-6466243. Fax: 0030-210-6443864. E-mail: gkoulier@nsph.gr