

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ (ΡΕΘΥΜΝΟ)

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΥ ΣΕ
ΔΕΙΓΜΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΥΓΙΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΠΡΟΥΣΙΟΥΤΗΣ Α.Μ. 2127

ΡΕΘΥΜΝΟ 2011

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
---------------	---

A' Μέρος

1. Καθορισμός της έννοιας της υγείας.....	5
2. Συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία.....	6
2.1. Γιατί μελετάμε τη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία.....	8
3. Κάπνισμα.....	9
3.1 Χρήση αλκοόλ.....	10
3.2. Διατροφή και βάρος.....	11
3.3. Φυσική άσκηση.....	13
4. Κοινωνιογνωστικά μοντέλα και θεωρίες συμπεριφορών υγείας.....	14

B' Μέρος

1. Τι είναι ο πόνος.....	23
2. Μοντέλα και θεωρίες ερμηνείας του πόνου.....	24
3. Διαφορετικά είδη πόνου.....	28
4. Οι επιπτώσεις του πόνου στον άνθρωπο.....	29
5. Ερωτήματα και υποθέσεις σχετικά με την έρευνα.....	31

Γ' Μέρος

Μέθοδος

1. Συμμετέχοντες και διαδικασία.....33
2. Ψυχομετρικά εργαλεία.....35

Δ' Μέρος

1. Αποτελέσματα.....39
 2. Συζήτηση43
 3. Συμπεράσματα.....47
 4. Παράρτημα.....49
- Βιβλιογραφία.....52

Περίληψη

Οι συμπεριφορές υγείας και ο πόνος καταλαμβάνουν ένα σημαντικό μέρος της ζωής του ατόμου. Μέσα από τις συμπεριφορές υγείας ένα άτομο είτε προσπαθεί να προστατεύσει τον εαυτό του είτε τον εκθέτει άθελα του σε κίνδυνο. Ο πόνος με την σειρά του προκαλεί αλλαγές στη συμπεριφορά του, στις συνήθειές του αλλά και γενικότερα σε ολόκληρη την λειτουργικότητά του. Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τις συμπεριφορές υγείας υγιών και ασθενών ατόμων, καθώς επίσης και τη συνάφεια που μπορεί να έχει ο πόνος με κάποιες συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας για την ομάδα των ασθενών. Ως ψυχομετρικό εργαλείο χρησιμοποιήσαμε δύο ερωτηματολόγια (GPHB και το RAND-36), τα οποία εξετάζουν είκοσι εννιά προστατευτικές συμπεριφορές υγείας και οχτώ διαφορετικές παραμέτρους της ποιότητας ζωής του ατόμου αντίστοιχα. Από τις στατιστικές αναλύσεις προέκυψε ότι δεν υπάρχουν στατιστικές σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τις συμπεριφορές υγείας και ούτε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του πόνου και των συγκεκριμένων συμπεριφορών υγείας στην ομάδα των ασθενών ατόμων.

A΄ ΜΕΡΟΣ

1.Καθορισμός της έννοιας της υγείας

Η υγεία μερικές φορές γίνεται αντιληπτή ως μία κατάσταση αρμονίας ή ισορροπίας με συστατικά όπως η οργανική και η ψυχολογική ευεξία, η ελευθερία κινήσεων, οι καλές σχέσεις με τους άλλους κ.λπ. (Herzlich, 1973). Ο ευρύτερα αποδεκτός ορισμός της «υγείας» είναι αυτός, που έδωσε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1948. Όρισε την υγεία ως την «κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ωστόσο υπάρχουν και άλλοι ορισμοί όπως ο ορισμός των Anderson (2003) οι οποίοι θεώρησαν ότι αναπόσπαστα στοιχεία της υγείας είναι μεταξύ άλλων η προσωπική ευτυχία, η ισότητα, οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις, η πίστη και η απόδοση νοήματος.

Υπάρχουν όμως και έννοιές οι οποίες αλληλεπιδρούν με την υγεία. Με τον όρο «ευεξία» (well-being) ορίζονται οι συναισθηματικές αντιδράσεις ενός ατόμου καθώς επίσης και η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης από τη ζωή γενικότερα (Oishi & Lucas, 2003). Επιπλέον, υπάρχει και ένας ευρύτερος όρος η «ποιότητα ζωής» (quality of life) ο οποίος ορίζεται σαν την υποκειμενική αίσθηση του ατόμου για τη θέση του στη ζωή μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού και του συστήματος αξιών στα οποία ζει,

και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια που έχει θέσει για τον εαυτό του (WHO,2004).

2.Συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία

Σήμερα, είναι γνωστός ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν διάφορες συμπεριφορές στην εμφάνιση της σύγχρονης νοσηρότητας. Οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, η κατανάλωση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, η φυσική άσκηση, ο ύπνος, η σεξουαλική συμπεριφορά επιδρούν άμεσα ή έμμεσα, άλλοτε πρωτογενώς και άλλοτε δευτερογενώς, στη διαμόρφωση του φαινομένου της υγείας και της αρρώστιας. Έτσι λοιπόν η υγεία και η συμπεριφορά συνδέονται με μυριάδες τρόπους, αλλά αυτές οι αλληλεπιδράσεις δεν είναι ούτε απλές ούτε εύκολες. Δεδομένης της ευρείας αναγνώρισης ότι το κάπνισμα συνδέεται με μια ποικιλία από θανατηφόρες ασθένειες, γιατί οι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα; Δεδομένου ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις και άλλα προβλήματα υγείας συνδέονται με το υπερβολικό βάρος γιατί τόσοι άνθρωποι είναι πολύ πάνω από το βέλτιστο βάρος τους (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Ο ρόλος της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας καταλαμβάνει όλο και μεγαλύτερη προσοχή, αφού οι σύγχρονες αιτίες θανάτου είναι μάλλον οι χρόνιες ασθένειες (π.χ., οι καρδιαγγειακές παθήσεις και το AIDS) παρά οι μολυσματικές ασθένειες και οι διατροφικές διαταραχές, που παλαιότερα αποτελούσαν τις κύριες αιτίες θανάτου. Έτσι ακόμα και μια σχετικά μικρή αλλαγή των συνηθειών που

σχετίζονται με την υγεία (π.χ., αλλαγή των διατροφικών συνηθειών ή διακοπή της χρήσης καπνού), θα μπορούσε να συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας, αλλά και της «ποσότητας» ζωής στις σύγχρονες κοινωνίες (Sarafino, 1999). Τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, τη διατήρηση και προστασία της ή την έκθεσή της σε κίνδυνο, τις αποκαλούμε συμπεριφορές υγείας και μπορούμε να τις ταξινομήσουμε σε δύο κατηγορίες: i) τις προστατευτικές-protective (κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, συστηματική άσκηση κ.ά.) και ii) τις επιβλαβείς-health-risk (κάπνισμα, κατάχρηση οινόπνευματος κ.ά.). Η μελέτη των συμπεριφορών αυτών μπορεί να προσφέρει στην βελτίωση της υγείας του πληθυσμού - ποιότητα και ποσότητα ζωής (Sarafino, 1999). Επιπλέον, γνωρίζουμε ότι οι συμπεριφορές υγείας μπορούν να τροποποιηθούν, εφαρμόζοντας συγκεκριμένες μεθόδους και τεχνικές συνεπώς η πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας είναι σημαντική, για ερευνητικούς, αλλά κυρίως για παρεμβατικούς λόγους (Stroebe & Stroebe, 1995).

Ο Sarafino (1999), ανακεφαλαιώνοντας τα ευρήματα διαφόρων ερευνών με τις συμπεριφορές υγείας, καταλήγει σε τρία συμπεράσματα. Πρώτον, αν και είναι σταθερές οι συμπεριφορές υγείας, συχνά αλλάζουν στην πάροδο του χρόνου. Δεύτερον, οι συμπεριφορές προστασίας της υγείας δεν είναι ισχυρά συνδεδεμένες μεταξύ τους. Τρίτον, οι συμπεριφορές προστασίας της υγείας δεν φαίνεται να καθορίζονται από μία μόνο ομάδα στάσεων ή σκέψεων ή μαθήσεων. Οι λόγοι για την έλλειψη σταθερότητας στις συμπεριφορές υγείας είναι αρκετοί. Οι Leventhal,

Prochaska και Hirschman (1985), αναφέρουν τέσσερις: (i) διαφορετικές συνήθειες μπορεί να εξυπηρετούν διαφορετικούς σκοπούς, (ii) οι συμπεριφορές επηρεάζονται από διαφορετικούς και ποικίλους παράγοντες κάθε φορά, (iii) οι άνθρωποι αλλάζουν ως αποτέλεσμα των μαθήσεων και των εμπειριών και (iv) λόγοι που κάποτε συντελούσαν στην έναρξη ή στη διατήρηση μιας συμπεριφοράς, μπορεί πλέον να μην ισχύουν.

2.1.Γιατί μελετάμε τη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία;

Ένα ζήτημα που είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί, αφορά τους λόγους που οδήγησαν στη μελέτη της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας. Οι Stroebe και Stroebe, το 1995, διατύπωσαν δύο προτάσεις: i) γνωρίζουμε ότι στις αναπτυγμένες βιομηχανικά χώρες, ένα σημαντικό ποσοστό θνησιμότητας οφείλεται σε συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς και ii) γνωρίζουμε από το χώρο της Κοινωνικής Ψυχολογίας ότι αυτά τα πρότυπα συμπεριφοράς μπορούν με συγκεκριμένες μεθόδους και τεχνικές να τροποποιηθούν. Επιπλέον, το 2002, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισήμανε τους δέκα πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την παγκόσμια υγεία ανάμεσα στους οποίους βρισκόταν το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη φυσικής άσκησης και η παχυσαρκία. Οι παράγοντες αυτοί ευθύνονται για το 30% όλων των θανάτων παγκοσμίως. Το πιο σημαντικό όμως στοιχείο που τονίζεται και στην αναφορά του ΠΟΥ, είναι πως αυτοί οι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται άμεσα με

την ατομική συμπεριφορά, συνεπώς είναι τροποποιήσιμοι, μέσω προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας. Ο καθημερινός τρόπος ζωής των ανθρώπων περιλαμβάνει πολλές συμπεριφορές, οι οποίες αποτελούν παράγοντες κινδύνου για αρρώστιες και τραυματισμούς. Το κάπνισμα, η διατροφή και ο έλεγχος του βάρους, η άσκηση και η κατανάλωση είναι μέσα σε αυτές τις συμπεριφορές υγείας, οι οποίες εμπλέκονται σ' ένα σημαντικό κομμάτι της καθημερινής ζωής των ανθρώπων και για αυτό θα προσπαθήσουμε στη συνέχεια να δώσουμε τα κύρια χαρακτηριστικά τους.

3.Κάπνισμα

Στις μέρες μας υπάρχουν περίπου 1.3 δισεκατομμύρια καπνιστές παγκοσμίως(WHO, 2003). Σύμφωνα με τη European Health and Behavior Survey (Steptoe & Wardle, 1996) το ποσοστό των καπνιστών στη χώρα μας υπερβαίνει το 40%, ενώ οι άνδρες καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τις γυναίκες. Ένα άτομο είναι πιθανότερο να γίνει καπνιστής, αν οι γονείς του καπνίζουν ή φίλοι του είναι καπνιστές (Killen et al., 1997). Επίσης, το κοινωνικό πλαίσιο και οι πεποιθήσεις για το κάπνισμα σχετίζονται με τη συμπεριφορά αυτή (Chassin et al., 1991). Ιδιαίτερος σημαντικός είναι και ο ρόλος του στρες οπότε το κάπνισμα χρησιμοποιείται, αρχικά τουλάχιστον ως τρόπος διαχείρισής. Αργότερα βέβαια εξελίσσεται σε μία ισχυρότατη συνήθεια ενώ ρόλο σε αυτό διαδραματίζει και η νικοτίνη η οποία λειτουργεί ως ισχυρότατος ενισχυτής για τη διαίωνιση της

συμπεριφοράς αυτής. Βεβαίως είναι αποδεδειγμένη πολλαπλώς η αιτιολογική σχέση μεταξύ καπνίσματος και ανάπτυξης ποικίλων μορφών καρκίνων, καρδιαγγειακών παθήσεων, ασθενειών του αναπνευστικού, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και ικανότητας και πολλών άλλων. Τα προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης στοχεύουν στην εκμάθηση δεξιοτήτων γνωστικών, κοινωνικών, διαχείρισης του στρες, αντιμετώπισης της κοινωνικής πίεσης και στην αποτελεσματική πληροφόρηση (Καραδήμας, 2005).

3.1. Χρήση αλκοόλ

Στο ζήτημα της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ δίδεται λιγότερη έμφαση σε σύγκριση με το κάπνισμα και αυτό γιατί πρόκειται για μια κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Πρόκειται όμως για ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα γιατί πολλοί άνθρωποι τείνουν να κάνουν κατάχρηση. Οι κύριοι λόγοι που κάνει κάποιος χρήση του αλκοόλ έχουν να κάνουν με κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, και ιδιαίτερα η ευχαρίστηση που έχει κάποιος ενώ βλέπει τους άλλους να πίνουν (NIAAA, 1993). Η θετική ενίσχυση την οποία λαμβάνουν από το αλκοόλ αν τους αρέσει η γεύση του ποτού ή το συναίσθημα το οποίο παίρνουν από αυτό, ή η επιτυχία που μπορεί να έχουν στις κοινωνικές τους σχέσεις, αυξάνουν την επιθυμία τους για θετικές συνέπειες όταν αποφασίσουν να πιουν στο μέλλον (Adesso, 1985, Stacy, 1997). Η κατάχρηση αλκοόλ σχετίζεται με μία ποικιλία από προβλήματα υγείας (π.χ.

κίρρωση ήπατος, υψηλή αρτηριακή πίεση) για τον χρήστη. Επίσης σχετίζεται και με τις βλάβες που μπορεί να προκαλέσει κάποιος μέσω ατυχημάτων διαφόρων τύπων σε άλλους ανθρώπους (Wood, Vinson, Sher, 2001). Η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου στις Η.Π.Α., περίπου το 28% των αυτοκινητιστικών δυστυχημάτων οφείλεται στην κατάχρηση αλκοόλ (USBC, 2003). Τα αποτελεσματικότερα προγράμματα πρόληψης της κατάχρησης αλκοόλ είναι αυτά που συνδυάζουν μια ευρεία κοινοτική πολιτική και νομοθεσία σε πρώτο στάδιο και έπειτα θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία (Καραδήμας, 2005).

3.2. Διατροφή και βάρος

Η διατροφή ενός ατόμου καθορίζεται τόσο από βιολογικούς από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Peckenraugh, 2003) όσο και από τις ατομικές και κοινωνικές εμπειρίες (French, Story & Jeffery, 2001). Τεράστια επίδραση ασκεί επίσης το θρησκευτικό πλαίσιο, το οποίο καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τα διατροφικά όρια κάθε λαού αλλά και το στρες, το οποίο σχετίζεται με κατανάλωση φαγητού πλουσιότερου σε λίπη, βρώση λιγότερων φρούτων και λαχανικών, περισσότερων σνακ αλλά και μικρότερη πιθανότητα λήψης πρωινού (Καραδήμας, 2005). Ένα ζήτημα το οποίο έχει άμεση σχέση με τη διατροφή είναι ο έλεγχος του βάρους. Η κατανάλωση πολύ περισσότερων θερμίδων από τις αναγκαίες συντελούν στην υπερβολική αύξηση του

βάρους και στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Το ποσοστό των παχύσαρκων ατόμων στις Η.Π.Α. και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες έχει αυξηθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών (NCHS, 2003). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες και έχουν λιγότερη φυσική δραστηριότητα. Ενδεικτικά, μέσα σε τρεις δεκαετίες οι Αμερικάνοι αύξησαν την ημερήσια κατανάλωση θερμίδων σε 168 θερμίδες (7%) οι άνδρες και σε 335 (22%) οι γυναίκες (CDC, 2004b). Υπάρχουν δύο κύριοι λόγοι που οι ενήλικες τείνουν να κερδίζουν βάρος. Πρώτον, οι άνθρωποι κερδίζουν βάρος περιοδικά (π.χ. τις γιορτές) χωρίς να φροντίζουν να το χάνουν όλο και έτσι λοιπόν η ισοροπία χάνεται με τα χρόνια (Yanovski et al., 2000) και δεύτερον, η φυσική δραστηριότητα και ο μεταβολισμός μειώνονται με την ηλικία (Smith, 1984). Για να διατηρήσουν λοιπόν χαμηλά επίπεδα βάρους, οι άνθρωποι χρειάζεται να καταναλώνουν λιγότερες θερμίδες και να ασκούνται περισσότερο καθώς μεγαλώνουν. Ένα σοβαρό πρόβλημα είναι και η παχυσαρκία η οποία σχετίζεται με σοβαρά προβλήματα υγείας όπως η υπέρταση, καρδιαγγειακές παθήσεις και ο διαβήτης. Η πρόληψή της θα πρέπει να αρχίζει από την παιδική ηλικία τόσο από το σχολείο όσο και από την οικογένεια (Καραδήμας, 2005). Υπάρχουν και άλλες διαταραχές της διατροφής, όπως είναι η νευρογενής ανορεξία και η βουλιμία οι οποίες αφορούν κατά κύριο λόγο τις γυναίκες και κάνουν την εμφάνισή τους κυρίως στην εφηβεία. Η εμφάνιση αυτών των διαταραχών

οφείλεται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Sarafino, 1999).

3.3.Φυσική άσκηση

Η σωματική δραστηριότητα είναι μία σημαντική συμπεριφορά υγείας για την πρόληψη της θνησιμότητας και νοσηρότητας, και η θετική σχέση μεταξύ τακτικής σωματικής άσκησης είναι καλά τεκμηριωμένη (Blair & Brodne, 1999, U.S. Department of Health and Human Services, 2000). Η φυσική άσκηση συνδέεται με πολλαπλά οφέλη. Πολλές έρευνες παρουσιάζουν τρία ψυχοκοινωνικά πλεονεκτήματα της άσκησης. Πρώτον, η καθημερινή άσκηση συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και στρες. Δεύτερον, άτομα τα οποία παίρνουν μέρος σε προγράμματα άσκησης, αναφέρουν πως η εμφάνιση και η συμπεριφορά στη δουλειά τους βελτιώνεται (Quick, Quick, Nelson & Hurrell, 1997) και τρίτον η συμμετοχή σε κανονική άσκηση συνδέεται με την ενίσχυση της αυτοαντίληψης (Sallis & Owen, 1999) . Η φυσική άσκηση είναι ένας παράγοντας προστασίας από τις καρδιαγγειακές νόσους, την υπέρταση, τον διαβήτη τύπου II, του άγχους, και της κατάθλιψης, καθώς επίσης συμβάλει θετικά στη διατήρηση της ψυχικής ευεξίας και της καλής διάθεσης, καθώς και στη λειτουργική αντίδραση στο στρες (Καραδήμας, 2005). Η άσκηση μπορεί όχι μόνο να βελτιώσει τη φυσιολογική ανάπτυξη του ανθρώπου, αλλά μπορεί επίσης να προωθήσει και την ψυχική ευεξία. Η συμμετοχή σε άσκηση έχει βρεθεί ότι

επιηρεάζει θετικά την ψυχική ευεξία των ατόμων που πάσχουν από χρόνια προβλήματα υγείας (Graham, Kremer & Wheeler, 2008). Έχει υπολογιστεί ότι μόνο το 20% των ατόμων που κάνουν χρήση το κάνουν τακτικά ή σε επίπεδα ενέργειας που είναι επωφελείς για την υγεία (U.S. Department of Health and Human Services, 1991).

4. Κοινωνιογνωστικά μοντέλα και θεωρίες συμπεριφορών υγείας

Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία όπως η φυσική δραστηριότητα, η χρήση αλκοόλ ή καπνού και η διατροφή είναι ανάμεσα στους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν της νοσηρότητας και θνησιμότητας σε πολλά αναπτυγμένα έθνη. Η διατήρηση και η προστασία των συμπεριφορών αυτών είναι πολύ σημαντική για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας, ενώ η πρόβλεψη των συμπεριφορών αυτών είναι εξίσου σημαντική, όχι μόνο για ερευνητικούς λόγους αλλά κυρίως για παρεμβατικούς. Η εν γένει συμπεριφορά των ανθρώπων που σχετίζεται με θέματα υγείας, καθορίζεται από μία πλειάδα παραγόντων όπως: βιολογικές μεταβλητές, δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη μάθηση, την επίδραση των προτύπων, ατομικά χαρακτηριστικά κ.ά. (Καραδήμας, 2005). Η επιτυχημένη πρόληψη ασθενειών και οι προσπάθειες διάδοσης της υγείας εξαρτώνται από την κατανόηση, την κατανομή και

συχνότητα των συμπεριφορών υγείας και την κατανόηση συσχετισμών μεταξύ διαφορετικών συμπεριφορών (Harris & Guten, 1979). Για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί μία σειρά μοντέλων, κυρίως κοινωνιο-γνωστικών, τα οποία έχουν ως στόχο να βρουν τους παράγοντες εκείνους που διαμορφώνουν τις παραπάνω συμπεριφορές αλλά και τις πεποιθήσεις που τα άτομα φέρουν για την υγεία τους. Επίσης βοηθούν στη δημιουργία αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης, αντιμετώπισης της μη-τήρησης των ιατρικών οδηγιών, εγκατάσταση νέων συμπεριφορών υγείας, πρόβλεψης αντίδρασης σε μια διάγνωση κ.λπ. (Καραδήμας, 2005).

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (Health Belief Model) έχει αναπτυχθεί από τον Becker το 1974 για να εξηγήσει γιατί οι άνθρωποι συχνά αδυνατούν να συμμετάσχουν σε προγράμματα για την πρόληψη ή την ανίχνευση μίας ασθένειας (Rosenstock, 1974). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό εκείνο που άμεσα επιδρά στην απόφαση του ατόμου να ακολουθήσει μια συμπεριφορά, είναι η απειλή της ασθένειας έτσι όπως την αντιλαμβάνεται το άτομο καθώς και η αντίληψη ότι τα οφέλη από μια πράξη είναι περισσότερα ή σημαντικότερα του κόστους ή των εμποδίων (Καραδήμας, 2005). Παρεμβάσεις με βάση την HBM έχουν αποδειχθεί να είναι αποτελεσματικές στην προαγωγή συμπεριφορών όπως η υγιεινή διατροφή και η συμμόρφωση

των ασθενών.

Η θεωρία της έλλογης δράσης και η θεωρία προσχεδιασμένης συμπεριφοράς

Η θεωρία της έλλογης δράσης (Theory of Reasoned Action) είναι μια γενική ψυχολογική θεωρία που είναι χρήσιμη για την πρόβλεψη της σχέσης μεταξύ στάσεων, τις προθέσεις και τη συμπεριφορά σε διαφορετικούς τομείς όπως η επιλογή μιας σταδιοδρομίας (Fishbein & Ajzen, 1975). Σύμφωνα, με το μοντέλο αυτό οι άνθρωποι συμπεριφέρονται όπως σκοπεύουν να συμπεριφερθούν, τουλάχιστον όσον αφορά τις πράξεις που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχό τους. Το μοντέλο της έλλογης δράσης αποτελεί ένα καλό όργανο για την κατανόηση της «ροής» των σκέψεων του ατόμου ως την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς. Το μοντέλο αυτό με την προσθήκη μίας νέας διάστασης η οποία αναφέρεται στο ότι η πρόθεση για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς εξαρτάται και από τις πεποιθήσεις που το άτομο έχει αναφορικά με την ικανότητά του να εκτελέσει τη συμπεριφορά αυτή (Καραδήμας, 2005) μετεξελίχθηκε στη θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior - TPB). Η νέα προσέγγιση προσθέτει έναν τρίτο παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης για δράση: την αίσθηση άσκησης ελέγχου στη συμπεριφορά. Όσο ισχυρότερη είναι η αίσθηση αυτή τόσο ισχυρότερη είναι και η πρόθεση του ατόμου να δράσει (Ajzen, 1985). Η TPB, χρησιμοποιείται συχνότερα για

τη μέτρηση της διαδικασίας με την οποία οι παρεμβάσεις επηρεάζουν τη συμπεριφορά και όχι για την ανάπτυξη παρεμβάσεων (Barker & Swift, 2009).

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης (Social Learning Theory) βασίζεται στην υπόθεση ότι η συμπεριφορά επηρεάζεται από τις βασικές διαδικασίες μάθησης (Bandura, 1977). Η θεωρία αυτή αποτελεί ένα ευρύ θεωρητικό και εμπειρικό πλαίσιο κατανόησης των αμοιβαίων και αλληλεπιδρώντων σχέσεων μεταξύ ατομικών παραγόντων, συμπεριφοράς και περιβάλλοντος. Ιδιαίτερη βαρύτητα στην εκδήλωση μιας συμπεριφοράς έχει ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και αναπαριστά εσωτερικά το περιβάλλον του. Κύρια θέση σε αυτή την εσωτερική αναπαράσταση κατέχουν οι προσδοκίες του ατόμου. Το άτομο επιλέγει τις συμπεριφορές εκείνες που πιστεύει ότι θα επιφέρουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης είναι αρκετά σημαντική καθώς με σαφήνεια περιγράφει τις μεταβλητές εκείνες που μπορούν να προβλέψουν μια συμπεριφορά. Επίσης περιγράφει με σαφήνεια τα σημεία παρέμβασης προκειμένου να τροποποιηθεί μια συμπεριφορά υγείας ή να δημιουργηθεί μια νέα (Καραδήμας, 2005).

Η θεωρία των σταδίων αλλαγής

Η θεωρία των σταδίων αλλαγής (Stage of Change Theory) αναπτύχθηκε από τους Prochaska και DiClemente και είναι γνωστή και ως διαθεωρητικό μοντέλο καθώς σύμφωνα με τους δημιουργούς του στηρίζεται στις λοιπές θεωρίες αλλαγής και αξιοποιεί τα σημαντικότερα σημεία της. Το μοντέλο αυτό έχει εφαρμοστεί σε μια σειρά θεμάτων υγείας, όπως η εγκατάλειψη της συνήθειας του καπνίσματος, η θεραπεία και η πρόληψη της κατάχρησης ουσιών, ο έλεγχος του βάρους κ.ά. Το μοντέλο περιγράφει έξι φάσεις αλλαγής από τις οποίες διέρχεται ένα άτομο μέχρι να κατακτήσει σταθερά μια αλλαγή στον τρόπο ζωής του ή μια νέα συμπεριφορά. Οι φάσεις αυτές είναι οι εξής: (i) αρχικό στάδιο πριν τον προβληματισμό, (ii) φάση προβληματισμού, (iii) προετοιμασία, (iv) δράση, (v) διατήρηση και (vi) τερματισμός (Prochaska & DiClemente, 1983).

Η θεωρία ελέγχου

Η θεωρία ελέγχου (Control Theory) προτείνει ότι μόλις ένας στόχος οριστεί να λειτουργεί ως σημείο αναφοράς, το σύστημα ελέγχου συγκρίνει τον τρέχοντα ρυθμό αλλαγής της συμπεριφοράς με το εκάστοτε σημείο αναφοράς. Οι στόχοι των συστημάτων, υποτίθεται ότι είναι οργανωμένοι με ιεραρχία σε αφηρημένους, προσωπικούς και πολύ σημαντικούς και χωρίζονται σε στόχους που έχουν να κάνουν με το «είναι» (π.χ. δεν θέλω να είμαι πια «καπνιστής») και σε στόχους που έχουν να

κάνουν με το «θέλω» (π.χ. θέλω να καπνίσω ένα τσιγάρο τώρα). Στοιχεία της θεωρίας ελέγχου έχουν διερευνηθεί σε σχέση με τον εθισμό (Webb, Sniehotta & Michie, 2010).

Στοχο-ρυθμιστική θεωρία

Η Στοχο-ρυθμιστική θεωρία (Goal-Setting Theory) αναπτύχθηκε για να ενσωματώσει τις αυξανόμενες αποδείξεις για τη σχέση μεταξύ στόχους απόδοσης και της μετέπειτα επίδοσης (Locke & Latham, 2004). Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι δύο διαστάσεις του στόχου επηρεάζουν την απόδοση, η δυσκολία και η ιδιαιτερότητα. Επιπλέον, οι συγκεκριμένοι στόχοι είναι πιο αποτελεσματικοί από τους γενικούς στόχους που δεν έχουν κάποιο συγκεκριμένο σημείο αναφοράς (Locke, Shaw, Saari & Latham, 1981, Locke & Latham, 1990). Η θεωρία προβλέπει σαφείς επιπτώσεις για την προώθηση της αλλαγής σε εθιστικές συμπεριφορές και ενθαρρύνει ανθρώπους να θέσουν συγκεκριμένους και με κατάλληλη προκλητική στόχους (Locke & Latham, 2004). Οι στοχο-ρυθμιστικές παρεμβάσεις έχουν αναπτυχθεί κυρίως με οργανωτικές ρυθμίσεις κοιτάζοντας για π.χ. την απόδοση στην εργασία, αλλά αποτελούν επίσης βασική συνιστώσα συμπεριφορικών παρεμβάσεων για τη μείωση προβλήματος κατανάλωσης αλκοόλ και να διευκολύνει τη διακοπή του καπνίσματος (Webb, Sniehotta & Michie, 2010).

Το μοντέλο δράσης φάσεων

Το μοντέλο δράσης φάσεων (Model of Action Phases-MAP) οριοθετεί μια σειρά από διακριτές φάσεις ώστε να επιτευχθεί ο στόχος. Η πρώτη είναι η προ-αποφασιστική φάση κατά την οποία οι άνθρωποι σκέφτονται πάνω σε ποιον στόχο θα συνεχίσουν. Η δεύτερη είναι η φάση πριν τη δράση, όπου οι άνθρωποι αποφασίζουν πότε, που και πως θα ενεργήσουν και στο τρίτο στάδιο του μοντέλου, η δράση ξεκινά και διατηρείται αν αυτό είναι απαραίτητο (Webb, Sniehotta & Michie, 2010). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο οι άνθρωποι δυσκολεύονται να μεταφράσουν τις καλές προθέσεις σε δράση επειδή αποτυγχάνουν να επεξεργαστούν με επαρκείς λεπτομέρειες, το πώς να εκτελέσουν την προτεινόμενη δράση (Sheeran, Milne, Webb, Gollwitzer, 2005).

Το μοντέλο του αυτο-έλεγχου

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Baumeister και τους συνεργάτες του έδειξε ότι η αυτορρύθμιση βασίζεται σε μια περιορισμένη πηγή (Baumeister, Bratslavsky, Muraven & Tice, 1998, Muraven, Tice & Baumeister, 1998). Στο μοντέλο του αυτο-έλεγχου (Strength Model of Self-Control) όταν οι άνθρωποι προσπαθούν να κατακτήσουν τον στόχο που έχουν βάλει αυτή η πηγή εξαντλείται γρήγορα με συνέπεια, οι προσπάθειες κατάκτησης του επόμενου στόχου να διακυβεύονται. Οι επιπτώσεις για τις παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην προώθηση

της αλλαγής μίας συμπεριφοράς είναι ότι ο αυτοέλεγχος πρέπει να ενισχυθεί με κάποιο τρόπο ώστε να διασφαλιστούν και οι επόμενες προσπάθειες (Hagger, Wood, Stiff & Chatzisarantis, 2010).

Η θεωρία προστασίας των κινήτρων

Η θεωρία προστασίας των κινήτρων (Protection Motivation Theory-PMT) είναι μία από την ευρεία κατηγορία των θεωριών που είναι γνωστές ως «κοινωνικά μοντέλα νόησης» μαζί με τη θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς και το μοντέλο πεποιθήσεων. Η θεωρία προστασίας των κινήτρων για την υγεία προτείνει, ότι η «προστασία των κινήτρων» ενός ατόμου δηλαδή, η πρόθεση να εκτελέσει μία προστατευτική συμπεριφορά καθορίζεται από τις εκτιμήσεις της απειλής (τη σοβαρότητα της απειλής και την πιθανή ευαισθησία προς την απειλή) και την ανταπόκριση της (την αποτελεσματική ανταπόκριση και την αποτελεσματικότητα) (Webb, Sniehotta & Michie, 2010).

Το υπόδειγμα επεξεργασίας πιθανότητας

Το υπόδειγμα επεξεργασίας πιθανότητας (Elaboration Likelihood Model-ELM) διαφέρει από άλλες θεωρίες. Το μοντέλο αυτό δεν προτείνει θεωρητικές κατασκευές αλλαγής της συμπεριφοράς. Αντίθετα, σκιαγραφεί δύο διαδρομές από τις οποίες οι άνθρωποι να πεισθούν από μία παρέμβαση με το κύριο αποτέλεσμα να βρίσκεται στο επίπεδο αποδοχής του μηνύματος προσδοκώντας αλλαγές στις αξίες αναφοράς. Η

κεντρική οδός για την πειθώ συνεπάγεται σε προσεκτικό έλεγχο του περιεχομένου των παρεμβάσεων (π.χ. επιχειρήματα για τη σκοπιμότητα και την εφικτότητα των προτεινόμενων συμπεριφορών). Ωστόσο, η επεξεργασία των πληροφοριών σε αυτόν τρόπο χρήζουν μεγάλης προσπάθειας και μπορούν να γίνουν αντιληπτές μόνον εάν μόνο από ένα πρόσωπο που έχει την ικανότητα και το κίνητρο να το πράξει (Petty & Cacioppo, 1986).

Το πρωτότυπο μοντέλο προθυμίας

Το πρωτότυπο μοντέλο προθυμίας (Prototype Willingness Model- PWM) συνδυάζει ατομικές και κοινωνικές προσεγγίσεις για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς. Ενώ το μοντέλο αναγνωρίζει τη σημασία των μεμονωμένων πεποιθήσεων όπως η στάση για τον καθορισμό της συμπεριφοράς, το μοντέλο προτείνει, επίσης, ότι οι κοινωνικές μεταβλητές όπως οι εικόνες ενός ατόμου που συμμετέχει σε διάφορα καταστάσεις οι οποίες ενέχουν κίνδυνο για την υγεία του (π.χ. ένας τυπικός πότης, ο οποίος νοιώθει διασκεδαστικά και ελεύθερα) μπορούν να έχουν άμεση επίδραση στις συμπεριφορές υγείας. Με άλλα λόγια, η κοινωνικές μεταβλητές μπορούν να επηρεάζουν τη συμπεριφορά σχετικά αυτόματα, χωρίς να εισάγουν μία αντίστοιχη αλλαγή στις πεποιθήσεις (Gibbons, Gerrard, Blanton & Russell, 1998).

B' Μέρος

1.Τι είναι ο πόνος;

Η διεθνής ένωση για τη μελέτη του πόνου (The International Association for the Study of Pain – IASP) ορίζει τον πόνο ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη στους ιστούς (The International Association for the Study of Pain, 1979). Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, η έννοια του πόνου αναφέρεται στην «πλήρη βίωση ενός επιβλαβούς ερεθίσματος, η οποία επηρεάζεται από το τρέχον πλαίσιο όπου εντάσσεται και εκδηλώνεται ο πόνος, τις προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου, τη διαδικασία της μάθησης και τις γνωστικές διεργασίες» (Feuerstein, Parciak & Hoon, 1987). Ο πόνος είναι ένα από τα βασικότερα φαινόμενα της ανθρώπινης ζωής. Κατά κανόνα είναι το σύμπτωμα που προκαλεί συχνότερα την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας (Safer, Tharps, Jackson & Leventhal, 1979). Είναι ένα προειδοποιητικό σημάδι για το ότι το σώμα βιώνει ένα πρόβλημα, και μας κινητοποιεί να αλλάξουμε τη συμπεριφορά μας. Οι περισσότεροι άνθρωποι, όταν πονούν φοβούνται για την υγεία τους ή απλά επιθυμούν να σταματήσει το ενοχλητικό σύμπτωμα (Zborowski, 1952). Επίσης ένας σοβαρός και παρατεταμένος πόνος μπορεί να αλλοιώσει τη γενική ικανότητα λειτουργίας του ατόμου, την ικανότητα του στη δουλειά, τις κοινωνικές του σχέσεις και τη συναισθηματική του προσαρμογή (Sarafino, 1999). Το 1985 οι Turk, Wack και

Kerns χώρισαν τις συμπεριφορές πόνου σε τέσσερις ομάδες: i) εκφράσεις δυσφορίας που εστιάζονται στο πρόσωπο, ii) αλλοιώσεις στη στάση του σώματος ή στις κινήσεις του, iii) αρνητικό συναίσθημα και, iv) αποφυγή της δραστηριότητας.

2. Μοντέλα και θεωρίες ερμηνείας του πόνου

Η θεωρία της εξειδίκευσης προτάθηκε στα τέλη του 19^{ου} αιώνα από ιατρούς και υποστηρίζει πως ένα συγκεκριμένο σύστημα του ανθρωπίνου σώματος ευθύνεται για την αντίληψη του πόνου. Θεωρούνταν ότι ο πόνος ήταν μία ανεξάρτητη αίσθηση, όπως η αφή (Mountcastle, 1974). Ωστόσο τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα αντέκρουσαν αυτήν τη θεωρία διότι όπως αποδείχθηκε ο πόνος δεν είναι μια αισθητηριακή εμπειρία διαφορετική από τις άλλες (DiMatteo & Martin, 2002).

Η θεωρία των προτύπων υποστηρίζει ότι ο πόνος είναι αποτέλεσμα της μορφής, της έντασης και της ποιότητας των ερεθισμάτων τα οποία προέρχονται από τις περιφερικές νευρικές απολήξεις (Melzack, 1973). Ωστόσο, δεν υπάρχει κάποια άμεση σύνδεση μεταξύ των υποδοχέων του πόνου στο περιφερικό νευρικό σύστημα και του εγκεφαλικού κέντρου στο οποίο ο πόνος γίνεται αντιληπτός (Melzack, 1993).

Η θεωρία του συναισθήματος υποστήριξε ότι το θυμικό και τα συναισθήματα επηρεάζουν την αντίληψη όλων των αισθητηριακών εμπειριών. Σύμφωνα με την

θεωρία αυτή λοιπόν, ο πόνος προσδιορίζεται από ένα αρνητικό χαρακτηριστικό, το οποίο ωθεί το άτομο σε δράση που στοχεύει στη διακοπή του ερεθίσματος που τον προκαλεί. Παρ' όλα αυτά η θεωρία δεν προσφέρει πρόσθετες πληροφορίες όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο το νευρικό σύστημα προσλαμβάνει τα οδυνηρά ερεθίσματα και τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος αντιδρά σε αυτά (DiMatteo & Martin, 2002).

Γνωστικό - Συμπεριφορικό μοντέλο: Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο πόνος μπορεί να γίνει χρόνιος εξ' αιτίας της ενίσχυσης των συμπεριφορών πόνου και της τιμωρίας ή της εξαφάνισης επιθυμητών συμπεριφορών από το οικογενειακό περιβάλλον. Η Γνωστική- Συμπεριφοριστική προσέγγιση υποστηρίζει ότι στην εκδήλωση συμπεριφορών πόνου λαμβάνουν χώρα και γνωστικές διεργασίες, όπως οι σκέψεις, οι στόχοι και οι προσδοκίες που έχουν τα μέλη της οικογένειας σχετικά με την λειτουργικότητά της (Turk, Meichenbaum, & Genest, 1983).

Η θεωρία της πύλης ελέγχου του πόνου διατυπώθηκε από τους Melzack και Wall (1965, 1982), και σύμφωνα με αυτούς ο μηχανισμός ελέγχου εδράζει στην πηκτωματώδη ουσία (substantia gelatinosa) των οπίσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού. Η θεωρία της πύλης ελέγχου αναγνωρίζει την ύπαρξη εξειδικευμένων υποδοχέων και νευρικών οδών για τη μεταβίβαση του πόνου, όπως επίσης τη σημασία των προτύπων και της άθροισης των νευρικών ώσεων. Ταυτόχρονα, αναγνωρίζει το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων και διεργασιών στο βίωμα και

στον έλεγχο του πόνου. Η θεωρία αυτή, υποστηρίζει ότι οι ώσεις πόνου δεν μεταβιβάζονται κατευθείαν από τις νευρικές απολήξεις στον εγκέφαλο, αλλά ότι τα νευρικά σήματα της αλγαισθησίας ρέουν από το περιφερικό νευρικό σύστημα μέσω των οπίσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού, όπου και διαμορφώνονται βάσει ενός νευρωνικού μηχανισμού της «πύλης ελέγχου».

Η θεωρία της νευρωνικής μήτρας είναι η πιο πρόσφατη (Melzack,1999). Αυτή η θεωρία βασίζεται σε τέσσερις θεμελιώδεις αρχές: i) οι περιοχές του εγκεφάλου που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος υπάρχουν και είναι ενεργές είτε δέχονται ερεθίσματα από το σώμα είτε όχι, ii) τα νευρωνικά πρότυπα, τα οποία τα οποία αποτελούν τη βάση της «εμπειρίας» εδράζονται στα νευρωνικά δίκτυα του εγκεφάλου, iii) η εμπειρία του «εαυτού» ως μιας οντότητας ξεχωριστής από το υπόλοιπο περιβάλλον οφείλεται σε διεργασίες του κεντρικού νευρικού συστήματος και όχι στα εισερχόμενα ερεθίσματα που προέρχονται από το περιφερικό νευρικό σύστημα ή τον νωτιαίο μυελό και iv) αυτές οι νευρωνικές διεργασίες, παρόλο που τροποποιούνται από την εμπειρία, είναι ενδογενείς. Η θεωρία της νευρωνικής μήτρας υποστηρίζει ότι κάθε άτομο διαθέτει ένα ενδογενές, γενετικά προκαθορισμένο νευρωνικό δίκτυο, που ονομάζεται «νευρωνική μήτρα», το οποίο αποτελείται από κυκλώματα ανατροφοδότησης μεταξύ του θαλάμου και του φλοιού και του μεταιχμιακού συστήματος του εγκεφάλου. Αυτά τα κυκλώματα είναι δυνατόν να τροποποιηθούν από το βίωμα του πόνου. Όταν λαμβάνονται αισθητηριακά

ερεθίσματα, αυτά εισέρχονται στο δίκτυο, μετασχηματίζονται βάσει κυκλικών διεργασιών και συντίθενται δημιουργώντας ένα μοναδικό πρότυπο (που ονομάζεται νευροϋπογραφή). Συνεπώς, όλα τα αισθητηριακά ερεθίσματα αποτυπώνονται στη νευρωνική μήτρα με τη μορφή νευροϋπογραφών, οι οποίες προβάλλονται σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου γνωστές ως «αισθητικο-αντιληπτικός νευρωνικός κόμβος» όπου και γίνεται η ενσυνείδητη επεξεργασία τους. Σε αυτό το σημείο η νευροϋπογραφή μπορεί να ενεργοποιήσει τη «νευρωνική μήτρα δράσης» έτσι ώστε να προκληθεί σωματική κίνηση (Melzack, 1995, 1999). Μολονότι πρόκειται για μία σχετικά νέα θεωρία, υπάρχουν ενδείξεις που την υποστηρίζουν. Τα αποτελέσματα πολλών μελετών σε ζώα δείχνουν ότι στο τεστ της φορμόλης (μία διαδικασία που θεωρείται ότι προκαλεί τον ίδιο πόνο που αισθάνεται ο άνθρωπος λόγω κάποιου τραυματισμού) η έγχυση αναισθητικού σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου των επίμων, οι οποίες είναι σημαντικές για τη λειτουργία της νευρωνικής μήτρας (π.χ. ο πλάγιος υποθάλαμος, το νωτιοθαλαμικό δεμάτιο και άλλες περιοχές του δικτυωτού σχηματισμού και του μεταιχμιακού συστήματος), μειώνει πράγματι τον πόνο, ενώ παραμένουν ανεπηρέαστα τα αντανακλαστικά του πόνου που μεταβιβάζεται από τον νωτιαίο μυελό (Tasker et al., 1987, Vaccarino & Melzack, 1992).

3. Διαφορετικά είδη πόνου

Ο πόνος δεν είναι εφικτό να μετρηθεί αντικειμενικά, δεν υπάρχει ένα «αλγόμετρο», επειδή είναι εξολοκλήρου μια υποκειμενική εμπειρία, μόνο το άτομο που πονά μπορεί να αισθανθεί τον πόνο. Παρότι η βλάβη των ιστών, η οποία προκαλεί τον πόνο μπορεί να εντοπιστεί και να εξεταστεί λεπτομερώς, ο ίδιος ο πόνος δεν είναι δυνατόν να γίνει αντιληπτός ούτε να περιγραφεί από οποιονδήποτε άλλον, εκτός από το άτομο που τον αισθάνεται (DiMatteo & Martin, 2002).

Ο οξύς/έντονος πόνος είναι προσωρινός και διαρκεί λιγότερο από έξι μήνες (Turk et al., 1983). Ο οξύς πόνος είναι δυνατόν να προκαλέσει έντονο άγχος και δυσφορία, αλλά κατά κανόνα αυτά τα προβλήματα υποχωρούν όταν λήξει η κατάσταση που τον προκαλεί (Fordyce & Steger, 1979). Σε έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο το 71% των ερωτηθέντων ηλικίας 50 ετών και άνω απάντησε πως υπέφεραν από πόνο μία μέρα ή περισσότερο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (Thomas, Peat, Harris, Wilkie, & Croft, 2004) . Ο έντονος πόνος όταν παίρνει την μορφή του παροδικού/φευγαλέου πόνου έχει μικρότερο αντίκτυπο από ότι ο βραχύχρονος πόνος, ο οποίος σχετίζεται με σημαντικά ποσοστά εξάντλησης και παρεμπόδισης δραστηριοτήτων. Πολλά από τα επεισόδια οξέος πόνου αναρρώνουν γρήγορα με την πάροδο του χρόνου και δεν χρειάζονται ιατρική θεραπεία (Moore, 2009). Ωστόσο, μερικές φορές

ο πόνος παρατείνεται και αργεί να υποχωρήσει και αν διαρκέσει περισσότερο από έξι μήνες θεωρείται χρόνιος.

Ο χρόνιος πόνος μπορεί να είναι ασυνεχής, διαλείπων ή διαρκής, ελαφρύς ή σφοδρός. Ακόμα και ένας οξύς πόνος, ο οποίος επιμένει κάποιο χρονικό διάστημα είναι δυνατόν να γίνει «χρόνιος». Ο χρόνιος υποτροπιάζων πόνος (π.χ. η νευραλγία) δεν είναι απειλητικός για τη ζωή. Κατά κανόνα πρόκειται για επεισόδια έντονου πόνου, τα οποία ακολουθούνται από περιόδους υφέσεις (Turk, Meichenbaum & Genest 1983). Ο χρόνιος ανθεκτικός μη προοδευτικός πόνος (π.χ. ο πόνος στη ράχη) είναι πάντα παρών, αλλά δεν σχετίζεται με κάποια κατάσταση που εξελίσσεται προοδευτικά. Ο χρόνιος κλιμακούμενος πόνος (π.χ. αυτός τον οποίο προκαλεί η αρθρίτιδα προχωρημένου σταδίου) δημιουργεί συνεχή ενόχληση και γίνεται προοδευτικά πιο έντονος όσο επιδεινώνεται η κατάσταση που τον προκαλεί.

4.Οι επιπτώσεις του πόνου στον άνθρωπο

Ο πόνος μπορεί να δημιουργήσει τεράστια προβλήματα στον ασθενή, ανεξάρτητα από το εάν η εμφάνισή του είναι μόνιμη ή περιστασιακή. Στα προβλήματα αυτά περιλαμβάνονται συναισθηματικά προβλήματα, μειωμένη ή ανύπαρκτη καθημερινή λειτουργικότητα, φτωχή γενική υγεία, συχνή χρήση συστήματος υγείας και οικονομικές δυσκολίες ως απόρροια της παροχής αυτής των υπηρεσιών υγείας (

Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). Βέβαια οι συνέπειες αυτές δεν εμφανίζονται πάντοτε και με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους ασθενείς. Για τον λόγο αυτό οι ερευνητές αναφέρουν πως για την καλύτερη κατανόηση και διαχείριση του πόνου, είναι σημαντικό να προσδιοριστούν οι διαφορετικές εμπειρίες πόνου, να αναγνωριστούν οι αιτίες που τον προκαλούν και να προσδιοριστεί ο αντίκτυπος που έχει στην καθημερινότητα των ατόμων που βιώνουν πόνο (Moore, 2009).

Σε πολλές περιπτώσεις χρόνιου πόνου οι ασθενείς περιορίζουν τις δραστηριότητές τους για να ελέγξουν τον πόνο, ενώ στο πλαίσιο της ίδιας προσπάθειας ενδέχεται να υποχρεωθούν να εγκαταλείψουν αγαπημένες ασχολίες (χόμπι) και να μειώσουν το χρόνο που αφιερώνουν στην οικογένεια, στους φίλους ή στην εργασία τους (Jackson, Iezzi & Lafreniere, 1996). Οι άνθρωποι που υποφέρουν από χρόνια πόνο ενδέχεται να απορροφηθούν από τα σωματικά προβλήματά τους, να αισθάνονται περισσότερο εξαρτημένοι από τους άλλους και να εμφανίσουν σε μεγαλύτερη συχνότητα συναισθήματα κατάθλιψης και απελπισίας (Ogden-Niemeyer & Jacobs, 1989).

Σήμερα κυριαρχεί η βιοψυχοκοινωνική αντίληψη για τον πόνο, η οποία τον αντιμετωπίζει ως το αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης και δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Καραδήμας, 2005).

Το κάθε άτομο βιώνει τον πόνο με ένα μοναδικό τρόπο (Gatchel & Maddrey, 2004)

Επιπλέον, η συναισθηματική δυσφορία λειτουργεί συχνά ως μεγεθυντικός φακός στο

βίωμα του πόνου (Fisher & Johnston, 1998). Η κατάθλιψη επηρεάζει σημαντικά την ικανότητα ενός ασθενούς να ανταπεξέρχεται επιτυχώς σε πολλές απαιτήσεις της ζωής του. Ακόμη, έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι όταν οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη υποφέρουν επίσης από σωματικό πόνο, τότε αξιολογούν ως εντονότερο τον πόνο που βιώνουν και συναισθηματικά επηρεάζονται περισσότερο από αυτόν σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς (Sist, Florio, Miner & Lema 1998). Ο πόνος επηρεάζεται σημαντικά και από άλλους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως οι σκέψεις, τα συναισθήματα, η προσοχή και οι προσδοκίες.

5.Ερωτήματα και υποθέσεις σχετικά με την έρευνα

Με την βοήθεια των δεδομένων αυτών θα επιχειρήσουμε να εξετάσουμε τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στις συμπεριφορές υγείας και στην εμπειρία του πόνου, και να προσδιορίσουμε τη συνάφεια που μπορεί να υπάρχει μεταξύ της έντασης του πόνου και κάποιων συγκεκριμένων συμπεριφορών υγείας στην ομάδα των ασθενών ατόμων. Τα ερωτήματα που διερευνούμε είναι εάν τα υγιή και ασθενή άτομα ερμηνεύουν και με τον ίδιο τρόπο τις συμπεριφορές υγείας και το ερέθισμα του πόνου, και στη συνέχεια εάν ο πόνος μπορεί να επιφέρει αλλαγές σε συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας των ασθενών ατόμων. Αυτά αποτελούν τα κύρια ερωτήματα που πραγματεύεται η συγκεκριμένη

έρευνα. Υποθέτουμε λοιπόν αρχικά ότι οι συμπεριφορές υγείας μεταβάλλονται μεταξύ υγιών και ασθενών ατόμων και στη συνέχεια ότι ο πόνος επηρεάζει συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας των ασθενών όπως το αν κοιμούνται αρκετά, αν κάνουν τακτικά ιατρικούς ελέγχους, αν αποφεύγουν την υπερβολική δουλειά, το αν αποφεύγουν να παίρνουν πολλά φάρμακα και το αν χαλαρώνουν αρκετά.

Γ' Μέρος

Μέθοδος

1. Συμμετέχοντες και διαδικασία

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 120 άτομα ηλικίας 19 έως 80 ετών εκ των οποίων οι 60 (50%) ήταν υγιείς και οι υπόλοιποι 60 (50%) είχαν διαγνωστεί με κάποια χρόνια ασθένεια. Από τους 120 συμμετέχοντες οι 60 (50%) ήταν άνδρες, ενώ οι 58 (48,3%) γυναίκες. Σχετικά με το είδος της χρόνιας ασθένειας, εννέα (7,5%) άτομα έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη, ένα άτομο (0,8%) από σακχαρώδη διαβήτη, πίεση και χοληστερόλη, ένα άτομο (0,8%) από σακχαρώδη διαβήτη, θυρεοειδή και παχυσαρκία, κι ένα άτομο από σακχαρώδη διαβήτη και χοληστερόλη (0,8%) . Δύο άτομα (1,7%) είχαν περάσει εγκεφαλικό, έξι άτομα (5%) ήταν καρδιοπαθείς και δεκαέξι (13,3%) άτομα έπασχαν από καρκίνο (χωρίς να αναφέρουν το ακριβές σημείο) . Τρία άτομα (2,5%) είχαν διαγνωστεί με καρκίνο στο έντερο, ένα άτομο (0,8%) με καρκίνο στο μαστό, ένα (0,8%) με καρκίνο στον προστάτη και ένα (0,8%) με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Με νεφρική ανεπάρκεια διαγνώστηκαν έξι άτομα (5%) , ένα (0,8%) με νεφρική ανεπάρκεια, σακχαρώδη διαβήτη και καρδιά, ένα με νεύρωση στομάχου (0,8%), τρία (2,5%) με παχυσαρκία, ένα (0,8%) με πήξη αίματος, ένα (0,8%) με πίεση και σακχαρώδη διαβήτη, τρία (2,5%) με σκλήρυνση κατά πλάκας, δύο (1,7%) με χοληστερόλη. Όπως φαίνεται από τα ποσοστά

μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης παρουσιάζουν ο καρκίνος με ποσοστό 13,3% , ο σακχαρώδης διαβήτης με ποσοστό 7,5% , και η νεφρική ανεπάρκεια με 5%.

Αναφορικά με το έτος διάγνωσης της ασθένειας, ένα περιστατικό (0,8%) διαγνώστηκε το 1995, ένα (0,8%) το 1996, ένα (0,8%) το 1997, ένα (0,8%) το 1998 και ένα (0,8%) το 1999. Το 2000 διαγνώστηκαν 3 περιστατικά (2,5%) , τέσσερα (3,3%) το 2001, έξι (50%) το 2002, τέσσερα (3,3%) το 2003, οχτώ (6,7%) το 2004, οχτώ (6,7%) το 2005, τρία (2,5%) το 2006, έξι (5%) το 2007, έξι (5%) και ένα περιστατικό (0,8%) το 2009. Συνολικά από τους 60 ασθενείς τα 54 άτομα (45%) συμπλήρωσαν το έτος διάγνωσης της ασθένειας. Επίσης από τους 120 συμμετέχοντες, τα 117 άτομα (97,5%) συμπλήρωσαν το πεδίο που αναφέρεται στον αν έχουν νοσηλευτεί στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα οι 43 συμμετέχοντες (35,8%) ανέφεραν πως έχουν νοσηλευτεί εξαιτίας του προβλήματος που αντιμετωπίζουν, ενώ οι 74 (61,7%) δήλωσαν πως δεν έχουν νοσηλευτεί.

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων από τα 120 άτομα (100%), τα 6 (5%) είχαν παρακολουθήσει μόνο κάποιες τάξεις του δημοτικού, οι 31 (25,8%) είχαν αποφοιτήσει από το δημοτικό, οι 16 (13,3%) είχαν αποφοιτήσει από το γυμνάσιο, 28 (23,3%) ήταν απόφοιτοι λυκείου, οι 13 (10,8%) είχαν τελειώσει ανάλογες σχολές, ενώ σε ότι αφορά την τριτοβάθμια εκπαίδευση οι 12 (10%) ήταν

απόφοιτοι ΤΕΙ, οι 12 (10%) απόφοιτοι ΑΕΙ, ενώ οι 2 (1,7%) είχαν κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο.

Τέλος σε ότι αφορά την οικογενειακή κατάσταση, από τα 120 άτομα (100%) , οι 17 (14,2%) ήταν άγαμοι, οι 91 (75,8%) ήταν έγγαμοι, οι 2 (1,7%) ήταν σε διάσταση, οι 5 (4,2%) ήταν διαζευγμένοι, οι 3 (2,5%) ήταν χήροι, ενώ μόλις 2 συμμετέχοντες (1,7%) ανέφεραν ότι συγκατοικούν με τον/ την σύντροφό τους.

2. Ψυχομετρικά εργαλεία

Πριν γίνει η χορήγηση του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας , καθώς και για το ότι η συμμετοχή τους είναι προαιρετική. Ενημερώνονταν ότι τα στοιχεία τους σε καμία περίπτωση δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθούν, καθώς και για το ότι πρέπει να απαντήσουν με υπευθυνότητα το ερωτηματολόγιο. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις, αλλά πρέπει να επιλέξουν την απάντηση που τους αντιπροσωπεύει περισσότερο. Τέλος ενημερώθηκαν για το ότι μπορούν να διακόψουν την διαδικασία όποτε το επιθυμούν.

Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε το General Preventive Health Behaviors (GPHB) Checklist (Amir,1987) το οποίο ασχολείται με τον τομέα των προστατευτικών συμπεριφορών υγείας. Αποτελείται από 29 στοιχεία επιλεγμένα

ώστε να αντιπροσωπεύουν ένα ευρύ δείγμα των δυνητικών προληπτικών συμπεριφορών υγείας. Τα στοιχεία επιλέχθηκαν από τη λίστα των Harris και Guten's (1979) και αντικατοπτρίζουν τα προγνωστικά στοιχεία από την Alameda County Study. Το τεστ είναι αυτό-χορηγούμενο περιέχει οδηγίες στην έντυπη μορφή του και διαρκεί περίπου δέκα λεπτά.

Για την βαθμολόγηση των αποτελεσμάτων λαμβάνει χώρα η εξής διαδικασία. Ενώ στη λίστα προσφέρονται τρεις απαντήσεις, μόνο η απάντηση «Ναι/ Συχνά ή πολύ συχνά» βαθμολογείται και σε κάθε περίπτωση, ο βαθμός είναι 1. Έτσι οι απαντήσεις βαθμολογούνται: i) ναι/ συχνά ή πολύ συχνά – βαθμολογία = 1, ii) μερικές φορές – βαθμολογία = 0, iii) όχι – βαθμολογία = 0. Η συνολική βαθμολογία είναι ο συνολικός αριθμός των στοιχείων για τα οποία ο ερωτώμενος κύκλωσε την απάντηση 2 (ναι/ συχνά ή πολύ συχνά) στο έντυπο. Το σύστημα βαθμολόγησης επινοήθηκε από τους Harris και Guten (1979) για να μειωθούν οι συνέπειες της κοινωνικής προκατάληψης, αντίδρασης και σκοπιμότητας οι οποίες θα μπορούσαν να ενθαρρύνουν την απάντηση «μερικές φορές» απ' ότι την απάντηση «όχι».

Επιπλέον, στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε το ψυχομετρικό εργαλείο RAND 36 ITEM, το οποίο εξετάζει την φυσική λειτουργικότητα του ατόμου, τον σωματικό πόνο, τον περιορισμένο ρόλο του ατόμου λόγω προβλημάτων φυσικής υγείας, τον περιορισμένο ρόλο λόγω προσωπικών ή συναισθηματικών προβλημάτων, την

συναισθηματική ευεξία, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ενέργεια/ κούραση του ατόμου και τέλος το επίπεδο γενικής υγείας του. Το εργαλείο αυτό αποτελείται από 36 προτάσεις (items), οι οποίες προσαρμόστηκαν από την κλίμακα MOS SF-36, η οποία περιγράφηκε από τους Ware & Sherbourne (1992).

Για την βαθμολόγηση των αποτελεσμάτων λαμβάνουν χώρα δύο διαδικασίες. Αρχικά ορίζεται ο τρόπος βαθμολόγησης των 36 ερωτήσεων. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με τέτοιο τρόπο ώστε όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία, τόσο πιο χαρισματική είναι η υγεία του ατόμου. Αντίστοιχα όσο πιο χαμηλή είναι η βαθμολογία, τόσο πιο επιβαρυνμένο είναι το επίπεδο υγείας του ατόμου. Η βαθμολογία για κάθε ερώτηση κυμαίνεται από 0-100, με το 0 να αντιστοιχεί στην πιο χαμηλή βαθμολογία και το 100 στην μέγιστη δυνατή.

Σε δεύτερο βήμα ομαδοποιούνται αυτές οι προτάσεις που μετρούν τον ίδιο παράγοντα. Συγκεκριμένα ο παράγοντας φυσική λειτουργικότητα αποτιμάται με τις προτάσεις 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, οι οποίες παρουσιάζουν δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α ίσο με 0,93. Ο περιορισμένος ρόλος λόγω προβλημάτων φυσικής υγείας αποτιμάται με τις προτάσεις 13, 14, 15, 16, οι οποίες παρουσιάζουν δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α ίσο με 0,84. Οι προτάσεις 17, 18, 19 με δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α ίσο με 0,83 εκτιμούν τον περιορισμένο ρόλο του ατόμου λόγω προσωπικών ή συναισθηματικών προβλημάτων και οι προτάσεις 23, 27, 29, 31 με

δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α ίσο με 0,86 εκτιμούν το επίπεδο ενέργειας/ κούρασης του ατόμου. Ο παράγοντας συναισθηματική ευεξία αποτιμάται με τις προτάσεις 24, 25, 26, 28, 30 οι οποίες παρουσιάζουν δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α ίσο με 0,90, ο παράγοντας κοινωνική λειτουργικότητα αποτιμάται με τις προτάσεις 20, 32 με δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α ίσο με 0,85, ενώ ο σωματικός πόνος αποτιμάται με τις προτάσεις 21, 22, οι οποίες παρουσιάζουν δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α ίσο με 0,78. Τέλος οι προτάσεις 1, 33, 34, 35, 36 εκτιμούν το επίπεδο γενικής υγείας του ατόμου και παρουσιάζουν δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α ίσο με 0,78.

Δ' Μέρος

1.Αποτελέσματα

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (Βλ. Πίνακας 1) για να υπολογίσουμε εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ της διατροφής και της ομάδας (υγιείς-ασθενείς) στην οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες και βρήκαμε ότι $F=(1, 113)= 6,57, p>0,05$. Τα υγιή άτομα παρουσιάζουν Μέσο Όρο $M= 4,266$ ως προς την διατροφή με κατώτερο όριο το 3,763, ανώτερο όριο 4,769 και τυπική απόκλιση 1,006. Οι ασθενείς παρουσιάζουν Μέσο Όρο $M= 5,190$ ως προς τη διατροφή με κατώτερο όριο το 4,683, ανώτερο όριο 5,696 και τυπική απόκλιση 1,013. Επομένως ο Μέσος Όρος των τιμών της διατροφής για τους ασθενείς δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερος από των υγιών. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς των δύο ομάδων (υγιείς-ασθενείς) ως προς την διατροφή κυμαίνεται από ,210 – 1,637.

Για να εκτιμήσουμε την σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της ομάδας (υγιείς - ασθενείς) εφαρμόσαμε και πάλι ανάλυση διακύμανσης $F= (1, 113)= ,273, p>0,05$ (Βλ. Πίνακας 2) και τα ευρήματα είναι τα εξής: Τα υγιή άτομα παρουσιάζουν Μέσο Όρο ως προς το κάπνισμα $M= ,662$ με κατώτερο όριο ,450 και ανώτερο όριο ,874 και τυπική απόκλιση ,424. Οι ασθενείς παρουσιάζουν Μέσο Όρο $M= ,741$ ως προς το κάπνισμα με κατώτερο όριο το ,528, ανώτερο όριο το ,955 και τυπική απόκλιση ,427. Επομένως ο Μέσος όρος των τιμών καπνίσματος για τους ασθενείς δεν είναι

σημαντικά μεγαλύτερος από των υγιών. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς των ομάδων (υγιείς - ασθενείς) ως προς το κάπνισμα κυμαίνεται από -,380 - ,221.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (Βλ. Πίνακας 3) για να υπολογίσουμε εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ της άσκησης και της ομάδας (υγιείς - ασθενείς) στην οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες και βρήκαμε ότι $F=(1, 114)= 1,742, p>0,05$. Τα υγιή άτομα παρουσιάζουν Μέσο Όρο $M= ,800$ ως προς την άσκηση με κατώτερο όριο ,611, ανώτερο όριο το ,988 και τυπική απόκλιση ,377. Οι ασθενείς παρουσιάζουν Μέσο Όρο $M= ,621$ με κατώτερο όριο ,429, το ανώτερο όριο ,812 και τυπική απόκλιση ,383. Επομένως, ο Μέσος όρος των τιμών άσκησης για τους υγιείς δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερος από των ασθενών. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς των ομάδων (υγιείς - ασθενείς) ως προς την άσκηση κυμαίνεται από -,090 - ,488.

Το ίδιο πραγματοποιήθηκε (Βλ. Πίνακας 4) και για να υπολογίσουμε αν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ του περιορισμού της κατανάλωσης αλκοόλ και της ομάδας (υγιείς - ασθενείς) στην οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες και βρήκαμε ότι $F=(1, 117)= ,032, p>0,05$. Τα υγιή άτομα παρουσιάζουν Μέσο Όρο $M= 1,383$, με κατώτερο όριο 1,200, ανώτερο 1,567 και τυπική απόκλιση ,367. Η ομάδα των ασθενών παρουσιάζει Μέσο Όρο $M= 1,407$, με κατώτερο όριο το 1,221, ανώτερο το

1,592 και τυπική απόκλιση ,371. Επομένως ο Μέσος όρος των τιμών του περιορισμού κατανάλωσης αλκοόλ για τους ασθενείς δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερος από των υγιών. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς των ομάδων (υγιείς - ασθενείς) ως προς τον περιορισμό κατανάλωσης αλκοόλ κυμαίνεται από -,284 - ,237.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (Βλ. Πίνακας 5) για να υπολογίσουμε εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ της έντασης του πόνου και της ομάδας (υγιείς-ασθενείς) στην οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες και βρήκαμε ότι $F= (1, 112) = 2,17, p > 0,05$. Τα υγιή άτομα παρουσιάζουν Μέσο Όρο $M= 54,291$ ως προς τον πόνο με κατώτερο όριο το 50,692, ανώτερο όριο 57,891 και τυπική απόκλιση 7,199. Οι ασθενείς παρουσιάζουν Μέσο Όρο $M= 50,472$ ως προς τον πόνο με κατώτερο όριο το 46,814, ανώτερο όριο 54,130 και τυπική απόκλιση 7.316. Επομένως ο Μέσος Όρος των τιμών της έντασης του πόνου για τους υγιείς δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερος από των ασθενών. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς των δύο ομάδων (υγιείς – ασθενείς) ως προς τον πόνο κυμαίνεται από ,1,313 – 8,952 .

Τέλος, υπολογίστηκε ο δείκτης συνάφειας μεταξύ της έντασης του πόνου και μιας σειράς άλλων μεταβλητών, για την ομάδα των ασθενών. Οι μεταβλητές αυτές έχουν να κάνουν με τις συμπεριφορές υγείας και περιλαμβάνουν τις ερωτήσεις: κοιμάμαι αρκετά, χαλαρώνω αρκετά, αποφεύγω να παίρνω πολλά φάρμακα, κάνω τακτικά

ιατρικούς ελέγχους και αποφεύγω την υπερβολική δουλειά. . Σε αρχική φάση μελετήθηκε η συσχέτιση της έντασης του πόνου με καθεμία από αυτές τις μεταβλητές (Βλ. Πίνακας 6). Χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συσχέτισης Pearson r και τα αποτελέσματα είναι τα εξής: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της έντασης του πόνου και το αν κοιμούνται αρκετά ($r = -.203$), όπως επίσης δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ έντασης του πόνου και της αποφυγής λήψης πολλών φαρμάκων ($r = -.074$) και έντασης του πόνου και των τακτικών ιατρικών ελέγχων ($r = .091$). Επιπλέον, δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ έντασης του πόνου και εάν χαλαρώνουν αρκετά ($r = -.020$), και μεταξύ έντασης του πόνου και την αποφυγή υπερβολικής δουλειάς ($r = .111$).

2.Συζήτηση

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να μελετηθούν συμπεριφορές υγείας όπως η διατροφή, το κάπνισμα, η άσκηση και η κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με την ομάδα (υγιείς-ασθενείς), καθώς επίσης και την συνάφεια μεταξύ της έντασης του πόνου με συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας στην ομάδα των ασθενών ατόμων. Με την χρησιμοποίηση δύο ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς, οι συμμετέχοντες καλούνταν να επιλέξουν την απάντηση που ήταν γι' αυτούς περισσότερο αντιπροσωπευτική. Με τον τρόπο αυτό επιχειρήθηκε να διερευνηθεί αν οι τέσσερις αυτές συμπεριφορές υγείας διαφέρουν από ομάδα σε ομάδα. Τέλος, εξετάστηκαν οι συσχετίσεις που παρουσιάζει ο πόνος με πέντε συγκεκριμένες μεταβλητές, οι οποίες περιγράφουν συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας.

Τα αποτελέσματά μας για την σχέση μεταξύ της διατροφής και του ελέγχου του βάρους, του καπνίσματος, της άσκησης και της κατανάλωσης αλκοόλ σε σχέση με την ομάδα (υγιείς-ασθενείς) δεν προσέγγισαν επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας πράγμα το οποίο σημαίνει ότι οι συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας αν και πολύ σημαντικές στην καθημερινή ζωή τόσο των υγιών όσο και των ασθενών ατόμων δεν φαίνονται να διαφοροποιούνται μεταξύ των ομάδων. Επίσης, τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με την υπόθεση μας, ότι δηλαδή οι συμπεριφορές υγείας θα διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Οι λόγοι για την έλλειψη διαφοροποιήσεων

ενδεχομένως να οφείλονται στο γεγονός ότι οι συμπεριφορές υγείας δεν είναι ισχυρά συνδεδεμένες μεταξύ τους (Sarafino, 1999), παρ' όλο που έρευνες έχουν δείξει πως η άσκηση μπορεί να αποτελέσει παράγοντας για αλλαγές σε άλλες συμπεριφορές υγείας (Costakis et al., 1999). Επιπλέον, οι συμπεριφορές υγείας στην ομάδα των ασθενών ατόμων ίσως να μην τροποποιήθηκαν μέσω συγκεκριμένων μεθόδων και τεχνικών είτε γιατί η φύση του προβλήματός τους δεν έκανε επιτακτική την ανάγκη αλλαγής τους είτε γιατί δεν υπήρχε κατάλληλα καταρτισμένο επιστημονικό προσωπικό ώστε μέσα από προγράμματα παρέμβασης να επιτύχουν τις επιθυμητές αλλαγές.

Στη συνέχεια ως προς την ένταση του πόνου βρήκαμε πως τα υγιή άτομα παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο σε σχέση με τους ασθενείς και πάλι όμως τα αποτελέσματα αυτά δεν προσέγγισαν επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Αυτή η διαφοροποίηση μεταξύ υγιών και ασθενών θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως εξής: Οι ασθενείς έχοντας μάθει να ζουν καθημερινά με τον πόνο, τείνουν να έχουν πιο πολύ προσαρμοστικότητα, ενώ αντίθετα οι υγιείς δεν έχουν συνηθίσει στο βίωμα του πόνου, γι αυτό και τείνουν να χαρακτηρίζουν ακόμα και την πιο μικρή ενόχληση πόνου περισσότερο επώδυνη απ' ότι οι ασθενείς.

Τέλος υπολογίστηκε η συνάφεια μεταξύ της έντασης του πόνου και μιας σειράς άλλων μεταβλητών για την ομάδα των ασθενών. Οι μεταβλητές αυτές έχουν να κάνουν με τις συμπεριφορές υγείας και τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής. Δεν

παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της έντασης του πόνου και των τακτικών ιατρικών ελέγχων, του πόνου και του εάν χαλαρώνουν αρκετά οι ασθενείς και μεταξύ του πόνου και της αποφυγής υπερβολικής δουλειάς. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν πως ο πόνος στη ζωή των ασθενών δεν φαίνεται να επηρεάζει αυτές τις συγκεκριμένες μεταβλητές, οι οποίες αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι της καθημερινής ζωής των ασθενών ατόμων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έρχονται σε αντίθεση με την αρχική μας υπόθεση πράγμα το οποίο μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς τείνουν να δείχνουν προσαρμοστικότητα με την πάροδο του χρόνου στον πόνο. Επίσης, μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός ότι το ένα τέταρτο του δείγματός μας, είναι απόφοιτοι δημοτικού και αυτό με την σειρά του ενδεχομένως να δυσχεραίνει την ακριβή κατανόηση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά ευρήματα ο πόνος μπορεί να δημιουργήσει μια σειρά προβλημάτων στον ασθενή όπως, σημαντικά ποσοστά εξάντλησης και παρεμπόδισης δραστηριοτήτων (Moore, 2009) και συχνή χρήση του συστήματος υγείας (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). Επομένως, τα βιβλιογραφικά ευρήματα διαφωνούν με τις αναλύσεις της συγκεκριμένης έρευνας.

Αναφορικά με τους περιορισμούς της έρευνας πρέπει να αναφερθεί ότι οι 120 συνολικά συμμετέχοντες ήταν ισάριθμα κατανεμημένοι ως προς το φύλο (Άνδρες= 60, Γυναίκες= 56), αλλά και ως προς την ομάδα (Υγιείς= 59, Ασθενείς= 57) , αλλά

δεν υπήρχε ομοιομορφία ως προς την ηλικία των συμμετεχόντων και την χρονολογία έναρξης της ασθένειας. Στο δείγμα μας η ηλικία κυμαίνονταν από 19 έως 80 ετών, ενώ η έναρξη της ασθένειας σύμφωνα με τις αναφορές των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από το 1995-2009. Το μεγάλο εύρος του δείγματος ως προς τις δύο αυτές παραμέτρους (ηλικία, έτος έναρξης της ασθένειας) , θα μπορούσε να επηρεάσει τις στατιστικές αναλύσεις και να οδηγήσει σε εσφαλμένα συμπεράσματα.

Ένα ακόμα περιορισμός είναι το ενδεχόμενο οι ερωτήσεις να μην γίνονται απόλυτα κατανοητές από του συμμετέχοντες, δεδομένου ότι το 5% του δείγματος είχε τελειώσει μόνο κάποιες τάξεις του δημοτικού και το 25,8% ήταν απόφοιτοι δημοτικού. Η πιθανότητα οι ερωτήσεις να μην γίνονταν απόλυτα κατανοητές υπήρχε λόγω της μεγάλης ηλικίας κάποιων συμμετεχόντων.

Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι κάποιιοι από τους συμμετέχοντες, κυρίως οι άνδρες επηρεάζονταν από τις συζύγους τους ως προς τις απαντήσεις που έδιναν. Το γεγονός αυτό είναι πιθανό αφενός να προσδίδει αντικειμενικότητα στις απαντήσεις, αφετέρου όμως μπορεί να δίνει εσφαλμένες αποκρίσεις. Υπάρχει επίσης ο κίνδυνος να ερωτηματολόγια να συμπληρώνονταν στην τύχη και όχι με την απαιτούμενη σύνεση και ειλικρίνεια. Τέλος το μέγεθος του δείγματος μας (N= 120) ίσως να μην είναι ικανοποιητικό για να προβούμε σε συμπεράσματα. Για την διεξαγωγή λοιπόν ασφαλέστερων αποτελεσμάτων θα έπρεπε το δείγμα να ήταν μεγαλύτερο.

3.Συμπεράσματα

Οι συμπεριφορές υγείας έχουν να κάνουν με κάθε δραστηριότητα την οποία οι άνθρωποι κάνουν καθημερινά είτε για να διατηρήσουν ή να προάγουν την υγεία τους είτε για την εκθέσουν σε κίνδυνο. Από τη άλλη πλευρά ο πόνος μπορεί να δημιουργήσει πολλά προβλήματα στη ζωή ενός ατόμου, υποβαθμίζοντας την ποιότητα και το επίπεδο ζωής ενός ατόμου. Για το λόγο αυτό οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές όσο και οι ιατρικές παρεμβάσεις. Ο συνδυασμός αυτών των δύο, θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα ζωής ενός ατόμου.

Ο ρόλος του ψυχολόγου έγκειται σε πρώτη φάση, στην παροχή πληροφοριών και στην κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Με την διαδικασία αυτή αποφεύγονται οι οποιεσδήποτε παρανοήσεις και ασάφειες στις οποίες ενδεχομένως να στραφεί ο ασθενής και ενημερώνεται πλήρως για την κατάσταση της υγείας του. Επιπλέον, ο ρόλος του ψυχολόγου έγκειται στο να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ατόμου. Ο ψυχολόγος θα εντοπίσει τις αρνητικές παραμέτρους που αντιμετωπίζει το άτομο και θα του διδάξει τεχνικές και στρατηγικές μέσα από παρεμβάσεις οι οποίες θα τον βοηθήσουν να υιοθετήσει προστατευτικές συμπεριφορές υγείας με σκοπό αφενός να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του και αφετέρου να ανακτήσει όσο το δυνατόν περισσότερο τη λειτουργικότητά του. Η

καθοριστικής σημασίας συμβολή του ψυχολόγου έχει ως στόχο την ελαχιστοποίηση των επιβλαβών συμπεριφορών υγείας και την προαγωγή των προστατευτικών συμπεριφορών υγείας, καθώς επίσης και την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων που έχει ο πόνος στην καθημερινότητα ενός ανθρώπου με σκοπό την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής του.

Με βάση λοιπόν όλα όσα προαναφέρθηκαν σημαντική θα ήταν μια μελλοντική έρευνα η οποία θα πραγματεύεται το κατά πόσο οι συμπεριφορές υγείας έχουν την ικανότητα να ελέγχουν την ένταση του πόνου και κατ' επέκταση πως οι συμπεριφορές υγείας επηρεάζουν την λειτουργικότητά του ατόμου. Επιπλέον, σε μια μελλοντική έρευνα με σαφώς μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε να μελετηθεί το κατά πόσο οι συμπεριφορές υγείας αλλάζουν κατά την εξέλιξη μίας ασθένειας καθώς επίσης και αν οι συμπεριφορές υγείας μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψη των ατόμων για την ένταση του πόνου.

4.Παράρτημα

Πίνακας 1 Ανάλυση Διακύμανσης μεταξύ της διατροφής και της ομάδας

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο
Υγιείς	4,266	1,006	3,763	4,769
Ασθενείς	5,190	1,013	4,683	5,696

Πίνακας 2 Ανάλυση Διακύμανσης μεταξύ καπνίσματος και ομάδας

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο
Υγιείς	,662	,424	,450	,874
Ασθενείς	,741	,427	,528	,955

Πίνακας 3 Ανάλυση Διακύμανσης μεταξύ της άσκησης και της ομάδας

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο
Υγιείς	,800	,377	,611	,988
Ασθενείς	,621	,383	,429	,812

Πίνακας 4 Ανάλυση Διακύμανσης μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της ομάδας

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο
Υγιείς	1,383	,367	1,200	1,567
Ασθενείς	1,407	,371	1,221	1,592

Πίνακας 5 Ανάλυση Διακύμανσης μεταξύ της έντασης του πόνου και της ομάδας

	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Κατώτερο Όριο	Ανώτερο Όριο
Υγιείς	54,291	7,199	50,692	57,891
Ασθενείς	50,472	7,316	46,814	54,130

Πίνακας 6 Συσχετίσεις (Correlations)

	Κοιμάμαι αρκετά	Αποφυγή λήψης πολλών φαρμάκων	Τακτικοί ιατρικοί έλεγχοι	Χαλαρώνω αρκετά	Αποφεύγω την υπερβολική δουλειά
Ένταση του πόνου	-,203	-,074	,091	-,020	,111

Βιβλιογραφία

Adesso, V.J. (1985). Cognitive factors in alcohol and drug use. In M. Galizio & S.A. Maisto (Eds.), *Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environmental factors*, (pp. 179-208). New York: Plenum.

Anderson, N.B., & Anderson, P.E. (2003). *Emotional longevity: What really determines how long you live*. New York: Viking.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

Barker, M., & Swift, J.A. (2009). The application of psychological theory to nutrition behavior change. *Proceedings of the Nutrition Society*, 68, 205-209.

Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Muraven, M., Tice, D.M. (1998). Ego-depletion: is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1252-1265.

Blair, S.N., & Brodney, S. (1999). Effects of physical inactivity and obesity on mortality and morbidity: Current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports Exercise*, 31, 646-662.

Breivik, H., Colett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Galacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Public Health Service) (2004b). Trends in intake of energy and micronutrients-United States, 1971 – 2000.

Chassin, L., Presson, C.C., Sherman, S.J., & Edwards, D.A. (1991). Four pathways to young-adult smoking status: Adolescent social-psychological antecedents in a Midwestern community sample. *Health Psychology, 10*, 409-418.

Deiner, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology, 54*, 403-425.

DiMatteo, M.R., & Martin, L.R. (2002). *Health Psychology*. Pearson Education Company: Boston.

Costakis, C.E., Dunnagan, T., Haynes, G., 1999. The relationship between the stages of exercise adoption and other health behaviors. *American Journal of Health Promotion, 14*, 22–30.

Feuerstein, M., Papciak, A.S., & Hoon, P.E. (1987). Biobehavioral mechanisms of chronic low back pain. *Clinical Psychology Review, 7*, 243-273.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fordyce, W.E., & Steger, J.C. (1979). Behavioral management of chronic pain. In O.F. Pomerleau & J.P. Brady (Eds.), *Behavioral medicine: Theory and Practice*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

French, S.A., Story, M., & Jeffery, R.W. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health, 22*, 309-335.

Gatchel, R.J., & Maddrey, A.M. (2004). The biopsychosocial perspective on pain. In T.J. Boll, J.M. Raczynski, & Leviton, L.C. (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology, 2*, (pp. 357-378). Washington, DC: American Psychological Association.

Gibbons, F.X., Gerrard, M., Blanton, H., Russell, D.W. (1998). Reasoned action and social reaction: willingness and intention as independent predictors of health risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1164-1181.

Graham, R., Kremer, J., & Wheeler, G. (2008). Physical Exercise and Psychological Well-Being among People with Chronic Illness and Disability: A Grounded Approach. *Journal of Health Psychology*, 13, 447-458.

Harris, D.M., & Guten, S. (1979). Health-protective behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 17-29.

Hagger, M.S., Wood, C., Stiff, C., Chatzisarantis, N.L.D. (2010). Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4),181-185.

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

IOM (Institute of Medicine) (2001). *Speaking of Health: Assessing Health Communication. Strategies for Diverse Populations*. C. Chvala and S. Scrimshaw (Eds.) Washington, DC: National Academy Press.

Jackson, T., Iezzi, A., & Lafreniere, K. (1996). The differential effects of employment status on chronic pain and health comparison groups. *International Journal of Behavioral Medicine*, 3, 354-369.

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

Killen, J.D., Robinson, T.N., Haydel, K.F., Hayward, C., Wilson, D.M., Hammer, L.D., et al. (1997). Prospective study of risk factors for the initiation of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1011-1016.

Leventhal, H., Proshaska, T.R., & Hirschman, R.S. (1985). Preventive health behavior across the life span. In J.C. Rosen & L.J. Solomon (Eds.), *Prevention in health psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.

Locke, E.A., Shaw, K.N., Saari, L.M., Latham, G.P. (1981). Goal setting and task performance: 1969-1980. *Psychological Bulletin*, *90*, 125-152.

Locke, E.A., Latham, G.P. (1990). *A Theory of Goal Setting and Task Performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Locke, E.A., Latham, G.P. (2004). What should we do about motivation theory? Six recommendations for the 21st century. *Academy of Management Review*, *29*, 388-403.

Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A theory. *Science*, *150*, 971-979.

Melzack, R. (1973). *The puzzle of pain*. New York: Basic Books.

Melzack, R., & Wall, P.D. (1982). *The challenge of pain*. New York: Basic Books.

Melzack, R. (1993). Pain: Past and Future. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, *47*, 615-629.

Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, *82* (Supple 1), 121-126.

Moore, R.J. (2009). *Biobehavioral Approaches to Pain*. USA: Springer.

Mountcastle, V.B. (1974). Pain and temperature sensibilities. In V.B. Mountcastle (Eds.), *Medical physiology*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Muraven, M., Tice, D.M., Baumeister, R.F. (1998). Self-control as a limited resource: regulatory depletion patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 774-789.

NCHS (National Center for Health Statistics) (2003). *Health, United States, 2003*.

NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) (1993). *Alcohol and health* (8th Special Report to the U.S. Congress, Population No 94-3699). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Ogden-Niemeyer, L., & Jacobs, K. (1989). *Work-burdening state of the art*. Thorofare, NJ: Slack.

Peckenpaugh, N.J. (2003). *Nutrition essentials and diet therapy* (9th ed.). Philadelphia: Saunders.

Petty, R.E., Cacioppo, J.T. (1986). *Communication and Persuasion: Central and Peripheral routes to attitude change*. New York: Springer-Verlag.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 390-395.

Quick, J.C., Quick, J.D., Nelson, D.L., & Hurrell, J.J. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington, DC: American Psychological Association.

Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 1-8.

Safer, M.A., Tharps, Q.J., Jackson, T.C., & Leventhal, H. (1979). Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical care clinic. *Medical Care*, 17, 11-29.

Sallis, J.F., & OWEN, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Sarafino, E.P. (2006). *Health psychology. Biopsychosocial interactions (5th ed.)*. New York: Wiley.

Sheeran P., Milne S., Webb T.L., Gollwitzer, P.M. (2005). The interplay between goal intentions and implementation intentions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(1), 87-98.

Sist, T., Florio, G.A., Miner, M.F., Lema, M.J., et al. (1998). The relationship between depression and pain language in cancer and chronic non-cancer pain patterns. *Journal of Pain and Symptom Management*, 15, 350-358.

Smith, E.L., (1984). Special considerations in developing exercise programs for the older adult. In J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Eds.). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. (pp. 525-546). New York: Wiley.

Stacy, A.W. (1997). Memory activation and expectancy as prospective mediators of alcohol and marijuana use. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 61-73.

Steptoe, A., & Wardle, J. (1996). The European Health and Behavior Survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology and Health*, 11, 49-74.

Stroebe, W., & Stroebe, M.S. (1995). *Social Psychology and Health*. Buckingham: Open University Press.

Tasker, R.A., Choiniere, M., Libman, S.M., Melzack, R. (1987). Analgesia produced by injection of lidocaine into the lateral hypothalamus, *Pain*, 31, 237-248.

Thomas, E., Peat, G., Harris, L., Wilkie, R., & Croft, P. R. (2004). The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: Cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStop). *Pain*, 110 (1-2), 361–368.

Turk, D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford.

Turk, D.C., Wack, J.T., & Kerns, R.D. (1985). An empirical examination of the ‘pain-behavior’ construct. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 119-130.

U.S. Department of Health and Human Services. (1991). *Healthy people 2000: National health promotion and disease prevention objectives*. (DHHS Publication No. 91- 50212). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Physical activity and health: A report and surgeon general*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

Vaccarino, A.L., & Melzack, R. (1992). Temporal processes of formalin pain: Differential role of the cingulum bundle fornix pathway and medial bulboveticular formation, *Pain*, 49, 257-271.

Webb, T. L., Sniehotta, F.F., Michie S. (2010). Using theories of behavior change to inform interventions for addictive behaviors. *Society for the study of addiction*, 105 (11), 1879-1892.

WHO (World Health Organization) (2003). *Strategies to improve and strengthen cancer control programmes in Europe*. Geneva.

WHO (World Health Organization) (2004). *World health report*.

Wood, M.D., Vindon, D.C., Sher, K.J. (2001). Alcohol use and misuse. In A. Baum, T.A. Revenson, & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology*. (pp. 281-318). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Yanovski, J.A., Yanovski, S.Z., Sonik, K.N., Nguyen, T.T., O'Neil, P.M., & Sebring, N.G. (2000). A prospective study of holiday weight gain. *New England Journal of Medicine*, 342, 861-867.

Zborowski, M. (1952). Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues*, 8, 16-30.