



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Π.Μ.Σ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας:

**Θεωρίες και Μοντέλα ατομικού επιπέδου στο πλαίσιο ολοκληρωμένων
παρεμβάσεων της Προαγωγής Υγείας**

Συγγραφέας

ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΛΙΑΓΚΑΣ

ΑΜ: epi2112

Επιβλέπουσα:

ΑΡΕΤΗ ΛΑΓΙΟΥ

Αθήνα, 2023



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY
MSc Epidemiology and Health Promotion**

Diploma Thesis

Title:

**Individual theories and models of health behavior in the
framework of integrated Health Promotion interventions**

Student name and surname:

SPYRIDON LIAGKAS

Registration Number: epi2112

Supervisor name and surname:

ARETI LAGIOU

Athens, 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Π.Μ.Σ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τίτλος εργασίας:
Θεωρίες και Μοντέλα ατομικού επιπέδου στο πλαίσιο ολοκληρωμένων παρεμβάσεων της
Προαγωγής Υγείας

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

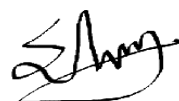
A/a	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΑΡΕΤΗ ΛΑΓΙΟΥ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ Επιβλέπουσα	
2	ΕΥΑΝΘΙΑ ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ	ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ Μέλος εξεταστικής επιτροπής	
3	ΑΓΑΘΗ ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ	ΕΔΠ Μέλος εξεταστικής επιτροπής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Λιάγκας Σπυρίδων του Κω/νου, με αριθμό μητρώου epi2112 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Επιδημιολογία και Προαγωγή Υγείας» του Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο Δηλών



(Υπογραφή)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή εργασία αποτελεί μια θεωρητική και εμπειρική καταγραφή των θεωριών και των μοντέλων που σχετίζονται με τις ατομικές συμπεριφορές στο πλαίσιο της προαγωγής υγείας. Τα βασικά στοιχεία της μεταπτυχιακής εργασίας επικεντρώνονται σε δύο μέρη.

Το πρώτο μέρος στοχεύει να γίνει κατανοητή η περιγραφή θεωριών και μοντέλων οργάνωσης ατομικού επιπέδου που χρησιμοποιούνται σε παρεμβάσεις προαγωγής υγείας και των βημάτων που πρέπει να ακολουθηθούν στην εφαρμογή τους σε ατομικό επίπεδο, που περιλαμβάνει τη μελέτη συμπεριφορικών παραγόντων, όπως, η γνωστική λειτουργία, η μνήμη, η αντίληψη, η προσωπικότητα, κ.λπ.. Στο δεύτερο μέρος, μέσω συστηματικών ανασκοπήσεων, γίνεται μια διερευνητική ανασκόπηση των πρόσφατων ερευνητικών δεδομένων για την χρήση των θεωριών και των μοντέλων σε ατομικό επίπεδο στο πλαίσιο ολοκληρωμένων παρεμβάσεων με στόχο την προαγωγή υγείας. Η μελέτη ολοκληρώνεται με την παράθεση των συμπερασμάτων.

Η παρούσα εργασία αποτελεί διερευνητική βιβλιογραφική ανασκόπηση και βασίστηκε στη βάση δεδομένων του PubMed. Στο σύνολο των συστηματικών ανασκοπήσεων που επιλέχθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού.

Τα μοντέλα και οι θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς παρέχουν μια βασική υποστήριξη στα προγράμματα για προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών σε όλα τα επίπεδα των παρεμβάσεων: σε άτομα, σε ομάδες, στην κοινότητα. Για να μεγιστοποιηθεί η πιθανή αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά και την αλλαγή συμπεριφοράς: με άλλα λόγια, είναι απαραίτητο να έχουμε μια θεωρητική κατανόηση της αλλαγής συμπεριφοράς.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Θεωρίες και μοντέλα συμπεριφορών υγείας, Παρεμβάσεις Προαγωγής της Υγείας σε ατομικό επίπεδο

ABSTRACT

This thesis work is a theoretical and empirical inventory of theories and models related to individual behaviors in the context of health promotion. The main elements of the thesis focus on two parts. The first part aims to understand the description of individual theories and models organizing a health promotion intervention and the steps should be taken in individual level, which includes studying behavioral factors such as cognitive function, memory, perception, personality, etc. In the second part, through systematic reviews, an exploratory literature review of recent research data on the use of individual theories and models was conducted in the context of integrated health promotion interventions. The study concludes referring to the conclusions.

This work is an exploratory literature review based on PubMed database. In order to select systematics reviews, inclusion and exclusion criteria were used.

Models and behavioral change theories provide basic support for programs to promote health and prevent disease at all levels of interventions: individuals, groups, the community. To maximize the potential effectiveness of interventions, it is necessary to understand behavior and behavioral change: in other words, it is necessary to have a theoretical understanding of behavioral change.

KEY WORDS: Theories and models of health behavior, Individual Health Promotion
Interventions

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία, πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, στη Σχολή Δημόσιας Υγείας και συγκεκριμένα στο Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Επιδημιολογία και Προαγωγή Υγείας. Με την ολοκλήρωση της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όσους συνέβαλλαν στην εκπόνηση της.

Ευχαριστώ την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα Αρετή Λάγιου, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε εξαρχής, αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα, για την επιστημονική καθοδήγηση της, τις υποδείξεις, την επιμονή και το αμείωτο ενδιαφέρον της, που έδειξε από την αρχή μέχρι και το τέλος της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Επιπλέον ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στην υποψήφια διδάκτωρ Αρετή-Δήμητρα Κουλουβάρη για τη συνεχή υποστήριξη και βοήθεια της καθ' όλη της διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας.

Τέλος, οφείλω να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους διδάσκοντες του προγράμματος φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωση μου και την υποστήριξη τους καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
ΜΕΡΟΣ Α΄ : Γενικές Έννοιες- Θεωρητικό Υπόβαθρο.....	9
Εισαγωγή.....	10
Κεφάλαιο 1ο: Συμπεριφορές Υγείας και Προαγωγή Υγείας	12
Κεφάλαιο 2ο: Γιατί είναι τόσο δύσκολη η αλλαγή συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία ;	16
2.1 Η υπόθεση της ατομικής ευθύνης για την υγεία	19
Κεφάλαιο 3ο : Χρησιμότητα και Σχεδιασμός παρεμβάσεων Προαγωγής Υγείας	21
Κεφάλαιο 4ο: Θεωρίες και μοντέλα	25
4.1 Η ‘Θεωρία της Έλλογης Δράσης’ (‘Theory of Reasoned Action’).	26
4.2 Η ‘Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς’ (‘Theory of Planned Behavior’)	28
4.3 Η Θεωρία του Αυτό-καθορισμού (Self - determination Theory)	31
4.4 Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την υγεία (Μ.Π.Υ.) (Health Belief Model).....	33
4.5 Το Δια Θεωρητικό Μοντέλο (transtheoretical model / stages of change model)	35
4.6 Το μοντέλο της διαδικασίας υιοθέτησης προφύλαξης (Precaution adoption process model)	37
4.7 Το μοντέλο σχεδιασμού και αξιολόγησης (Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance).....	39
ΜΕΡΟΣ Β΄ : Εφαρμογές των Θεωριών και Μοντέλων	42
Κεφάλαιο 5ο: Μεθοδολογία	43
Κεφάλαιο 6ο: Αποτελέσματα - 7 συστηματικές ανασκοπήσεις μελετών βασισμένες σε θεωρίες και μοντέλα στο πλαίσιο παρεμβάσεων της Προαγωγής Υγείας.....	44
6.1 Θεωρία έλλογης Δράσης - Μελέτη με τίτλο :Γνώσεις και συμπεριφορές γενικών γιατρών στη Γαλλία σχετικά με τον εμβολιασμό HPV	45
6.2 Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς - Μελέτη με τίτλο : Μια συστηματική ανασκόπηση του γενετικού ελέγχου και της αλλαγής συμπεριφοράς στον τρόπο ζωής: Χρήση υψηλής ποιότητας γενετικών παρεμβάσεων και εξέταση της θεωρία της αλλαγής συμπεριφοράς	49
6.3 Θεωρία του Αυτό-καθορισμού - Μελέτη με τίτλο : Μπορεί η Διαπροσωπική Συμπεριφορά να επηρεάσει την επιμονή και την τήρηση της πρακτικής σωματικής άσκησης στους ενήλικες;	53
6.4 Το Μοντέλο Πεποιθήσεων Υγείας - Μελέτη με τίτλο : Η ικανότητα του μοντέλου πεποιθήσεων υγείας να προβλέπει την προληπτική συμπεριφορά του COVID-19	57
6.5 Το Δια-θεωρητικό Μοντέλο- Μελέτη με τίτλο : Δια-θεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής Συμπεριφοράς Υγείας	60
6.6 Το μοντέλο της διαδικασίας υιοθέτησης προφύλαξης - Μελέτη με τίτλο : Αποτελεσματική επικοινωνία με τους φροντιστές για την πρόληψη ακούσιων τραυματισμών σε παιδιά κάτω των επτά ετών	62
6.7 Το μοντέλο σχεδιασμού και αξιολόγησης (RE-AIM)-Μελέτη με τίτλο : Μια συστηματική ανασκόπηση της οικονομικής ενδυνάμωσης ως παρέμβασης πρόληψης του HIV για έφηβα κορίτσια και νέες γυναίκες στην υποσαχάρια Αφρική χρησιμοποιώντας το πλαίσιο RE-AIM.....	66
Γενικά Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	70

ΜΕΡΟΣ Α' : Γενικές Έννοιες- Θεωρητικό Υπόβαθρο

Εισαγωγή

«Καλλίτερα να προλαμβάνεις (μια ασθένεια), παρά να την θεραπεύεις», είπε ο Ιπποκράτης, ο πατέρας της Ιατρικής, 2.500 χρόνια πριν, και «Φρόντιζε» και για το μέλλον, είπε ο Πυθαγόρας από τη Σάμο τον 6ο αιώνα π.Χ., δίνοντας έμφαση στη σημασία της πρόληψης για την υγεία, αλλά και τη μακροζωία. Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό με το οποίο έχει προικιστεί ο άνθρωπος, και για να μπορεί να αντεπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής θα πρέπει να υιοθετήσει ως τρόπο ζωής την έννοια της πρόληψης. Η πρόληψη των ασθενειών αποτελεί μια δυναμική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει τη λήψη και εφαρμογή μέτρων που εστιάζουν στην παρεμπόδιση της εμφάνισης της νόσου, στην αναστολή της εξέλιξης της νόσου αυτής, καθώς και στη μείωση των συνεπειών της, από τη στιγμή που έχει εμφανιστεί, (Κυριόπουλος, 2009).

Κεντρικό ρόλο στην πρόληψη των ασθενειών αλλά και της διατήρησης της υγείας έχει η ανθρώπινη συμπεριφορά και η μελέτη της είναι σημαντική για να κατανοηθούν οι παράγοντες που εμπλέκονται είτε για την πρόληψη προβλημάτων υγείας είτε για την αντιμετώπισή τους. Η συμπεριφορά ενός ατόμου καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά αλλά και από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει. Ωστόσο η συμπεριφορά ενός ατόμου συνεχώς μεταβάλλεται εξαιτίας πολλών παραγόντων όπως οι αλληλεπιδράσεις που δέχεται από το κοινωνικό περιβάλλον ως μέλος μιας κοινωνίας.

Σε κάθε δεδομένη κατάσταση οι άνθρωποι έχουν διάφορες επιλογές συμπεριφοράς που μπορεί να οδηγούνται σκόπιμα ή και παρορμητικά ή να βασίζονται σε προηγούμενες εμπειρίες. Κάθε μία από αυτές τις επιλογές έχει μια ορισμένη πιθανότητα να εφαρμοστεί ανά πάσα στιγμή, αντανακλώντας τους τρέχοντες ατομικούς (κίνητρα, συνήθειες, πόρους) και συμφραζόμενους παράγοντες (ενδείξεις, κόστος και ευκαιρίες). Αυτή η πιθανότητα να εκτελεστεί κάθε συμπεριφορά σε μια δεδομένη στιγμή και σε ένα δεδομένο πλαίσιο έχει ονομαστεί 'Συμπεριφορική ικανότητα', (ROTTER, 1960).

Στο παρακάτω σχήμα αποτυπώνεται οι αλλαγές που αφορά την Συμπεριφορική Ικανότητα σε πιθανότητα εμπλοκής σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, με την πάροδο του χρόνου μετά την αρχική

αλλαγή συμπεριφοράς. Υποτίθεται ότι το άτομο εφαρμόζει την επιλογή συμπεριφοράς με τις υψηλότερες δυνατότητες σε κάθε κατάσταση και χρόνο.

Η περιοχή Α απεικονίζει τις στιγμές κατά τις οποίες η εφαρμογή της πρόσφατα υιοθετηθείσας συμπεριφοράς είναι η κυρίαρχη απόκριση, και η περιοχή Β δείχνει χρόνους που η προηγούμενη συμπεριφορά γίνεται ξανά κυρίαρχη, υποδεικνύοντας τον κίνδυνο πιθανής αστοχίας.

Η νέα συμπεριφορά είναι πιθανό να διατηρηθεί με την πάροδο του χρόνου, εάν γίνει η κυρίαρχη απάντηση σε όλα τα πλαίσια. Έτσι, μια θεωρητική ανάλυση της διατήρησης της αλλαγής συμπεριφοράς θα πρέπει να λάβει υπόψη διάφορες επιλογές συμπεριφοράς και την πιθανότητα να εφαρμοστούν με την πάροδο του χρόνου και σε διάφορα πλαίσια. Προς το παρόν δεν είναι σαφές ποιες προϋποθέσεις απαιτούνται για τη διατήρηση της νέας συμπεριφοράς και την πρόληψη της υποτροπής ή για την αποκατάσταση της νέας συμπεριφοράς μετά την υποτροπή, (Heckhausen H., 1990).

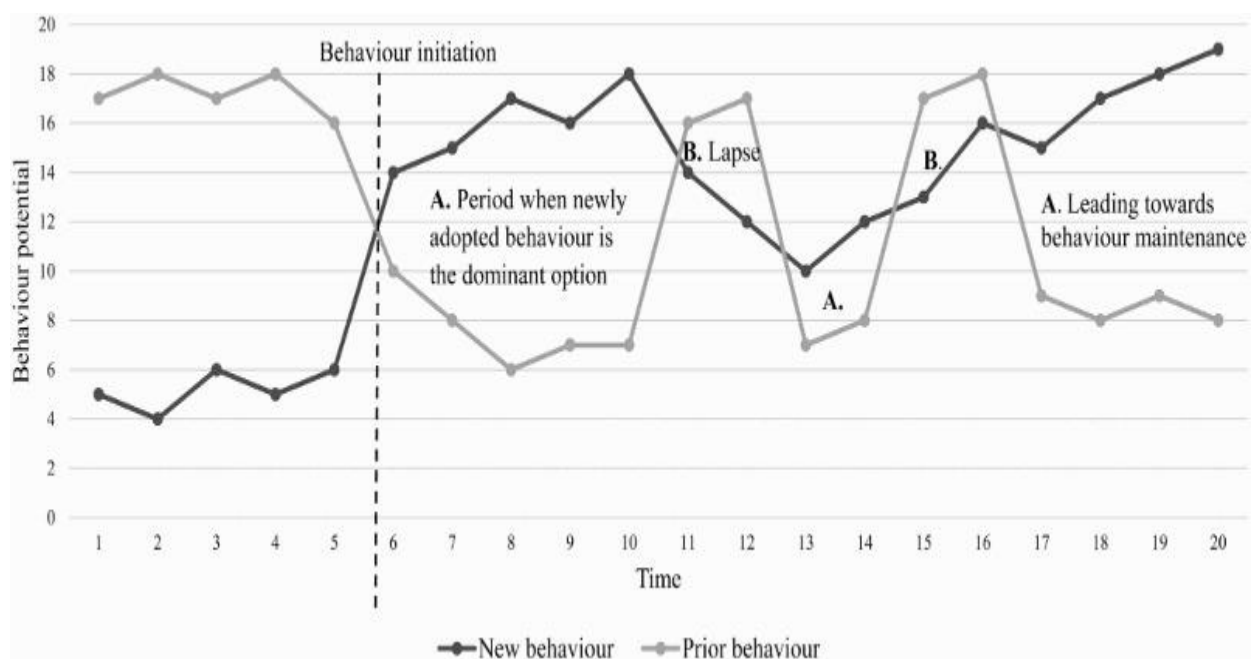


Figure 1. Changes in behaviour potential (likelihood of engaging in a particular behaviour) over time following initial behaviour change. (Heckhausen, H., & Beckmann, J. (1990). Intentional action and action slips. *Psychological Review*, 97(1), 36–48)

Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση με τίτλο 'Θεωρητικές εξηγήσεις για τη διατήρηση της αλλαγής συμπεριφοράς: μια συστηματική ανασκόπηση των θεωριών συμπεριφοράς, που δημοσιεύτηκε στις 7 Μαρτίου 2016, υποστηρίζει ότι οι παρεμβάσεις αλλαγής συμπεριφοράς είναι αποτελεσματικές στην υποστήριξη των ατόμων στην επίτευξη προσωρινής αλλαγής συμπεριφοράς. Ωστόσο, η διατήρηση της αλλαγής συμπεριφοράς σπάνια επιτυγχάνεται. Τα άτομα χρειάζονται τουλάχιστον ένα σταθερό κίνητρο για να διατηρήσουν τη συμπεριφορά τους. Όπως και με την έναρξη

της αλλαγής συμπεριφοράς, τα σταθερά πλαίσια κάνουν πιο εύκολη τη διατήρηση της συμπεριφοράς και των συνηθειών. Έτσι, οι οικολογικοί παράγοντες είναι σημαντικοί τόσο για την έναρξη της συμπεριφοράς όσο και για τη διατήρηση, (Kwasnicka D, 2016).

Κεφάλαιο 1ο:

Συμπεριφορές Υγείας και Προαγωγή Υγείας

Οι Συμπεριφορές Υγείας ,είναι *ενέργειες ή συνήθειες που σχετίζονται με την διατήρηση, την αποκατάσταση και την βελτίωση της υγείας,* (Gochman, 1997.). Οι συμπεριφορές μπορεί να περιλαμβάνουν το κάπνισμα, τη χρήση ουσιών, τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, τον ύπνο, τις επικίνδυνες σεξουαλικές δραστηριότητες, κ.λπ. Άλλωστε δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι πιο σημαντικές σύγχρονες αρρώστιες που προκαλούν το θάνατο ,όπως ο καρκίνος, οι χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού και τα καρδιακά νοσήματα έχουν τις ρίζες τους στη μη τήρηση των συμπεριφορών υγείας. Οι συμπεριφορές υγείας είναι δυναμικές, ποικίλλουν κατά τη διάρκεια της ζωής, σε διάφορες ομάδες, σε διάφορα περιβάλλοντα και με την πάροδο του χρόνου. Μια σημαντική θεωρητική πρόοδος την τελευταία δεκαετία είναι η έννοια του «τρόπου ζωής για την υγεία». Οι θεωρίες συμπεριφοράς υγείας είναι μία οικογένεια ψυχολογικών θεωρήσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί για την κατανόηση και την πρόβλεψη συμπεριφορών υγείας. Οι Michie et al. (2014) εντόπισαν 83 θεωρίες που περιλαμβάνουν περισσότερες από 1.000 κατασκευές που σχετίζονται με την αλλαγή συμπεριφοράς στην υγεία. Παρακάτω παρατίθενται 17 συχνά αναφερόμενες θεωρίες και μοντέλα συμπεριφοράς για την υγεία που αντιπροσωπεύουν τόσο την κλασική όσο και τη σύγχρονη έρευνα, (Michie, 2014):

Κλασικές Θεωρίες & Μοντέλα	Θεωρίες & Μοντέλα που αναπτύχθηκαν κατά τη δεκαετία του 1990	Πρόσφατες εξελίξεις
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (Health belief model ,Rosenstock 1966) ⇒ Θεωρία κινήτρων προστασίας (Protection incentive theory, Rogers 1983) ⇒ Μοντέλο εκτεταμένης παράλληλης διαδικασίας (Extended parallel procedure model , Witte 1992) ⇒ Κοινωνική γνωστική θεωρία (Social cognitive theory, Bandura 1998) ⇒ Δια-θεωρητικό μοντέλο (transtheoretical model / stages of change model -TTM, Prochaska et al. 1992) ⇒ Θεωρία προγραμματισμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior, Ajzen 1991) ⇒ Θεωρία ελέγχου (Control theory. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Μοντέλο δεξιοτήτων πληροφοριών-κινήτρων-συμπεριφοράς (Information-motivation-behaviour skills model, Fisher & Fisher 1992), ⇒ Θεωρία προθέσεων υλοποίησης (Implementation intent theory, Gollwitzer 1993,1999) ⇒ Προσέγγιση διαδικασίας δράσης για την υγεία (Approach to a health action process π.χ.Schwarzer 2008) ⇒ Πρωτότυπο/μοντέλο προθυμίας(Original/willingness model Gibbons et al. 1998) 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Θεωρία χρονικής αυτορρύθμισης (Time self-regulation theory Hall & Fong 2007) ⇒ Θεωρίες που σχετίζονται με άρρητες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων των Hofmann et al.2008) προσαρμογή του ανακλαστικού-παρορμητικού μοντέλου (Strack & Deutsch 2004) στις συμπεριφορές υγείας,Borland's (2013)Θεωρία CEOS, θεωρία συνήθειας (Wood & Neal 2007), το πλαίσιο ώθησης (Thaler & Sunstein 2008), (2016) μοντέλο εκκίνησης στόχων υγείας (Theories related to irrational processes, including Hofmann et al.2008) adaptation of the reflective-impulsive model (Strack & Deutsch 2004) to health

Carver & Scheier 1982, Powers 1973)		behaviours, Borland's (2013) CEOS Theory, Habit Theory (Wood & Neal 2007), the Push frame (Thaler & Sunstein 2008), (2016) Health Target Start Model)
-------------------------------------	--	---

(ABC of Behaviour Change Theories Prof. Susan Michie, Prof. Robert West, Prof. Rona Campbell, Dr. Jamie Brown, Dr.

Heather Gainforth Published: 31st May 2014 ISBN: 9781912141012)

Η δημόσια υγεία αφορά την υγεία των ανθρώπων ή των κοινωνιών, δηλαδή έχει να κάνει με τη δημιουργία συνθηκών για άτομα και ομάδες για να ζήσουν υγιή ζωή, με συστηματικές προσπάθειες για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών – όπως εκπαίδευση, στέγαση και συνθήκες εργασίας, και νόμους και κανονισμούς που διευκολύνουν τις υγιεινές επιλογές.

Με τον Χάρτη της Οτάβα του 1986 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έκανε μια κρίσιμη αλλαγή για να θεωρήσει την υγεία όχι ως στόχο από μόνη της, αλλά μέσο για μια πλήρη ζωή. Με αυτό τον τρόπο η προαγωγή της υγείας έγινε πρώτη προτεραιότητα και θεμελιώδης δράση για τη σύγχρονη κοινωνία.

Η Προαγωγή Υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη της Π.Ο.Υ. είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η άποψη αυτή απορρέει από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα, να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σ' αυτό. Συνακόλουθα, η υγεία θα πρέπει να θεωρείται σαν συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι σαν αυτοσκοπός. Είναι δηλαδή μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες και ικανότητες, (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Η προαγωγή της υγείας είναι η επιστήμη ή η τέχνη που βοηθάει τους ανθρώπους να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους για να προχωρήσουν σε μια κατάσταση βέλτιστης υγείας. Η αλλαγή του τρόπου ζωής μπορεί να διευκολυνθεί μέσω ενός συνδυασμού προσπαθειών για αύξηση της ευαισθητοποίησης, αλλαγή συμπεριφοράς και δημιουργία περιβαλλόντων που υποστηρίζουν καλές πρακτικές υγείας.

Η προαγωγή της υγείας περιγράφεται ως «κάθε προγραμματισμένο μέτρο που προάγει την υγεία» και οι ηθικές απόψεις για την προαγωγή της υγείας συνοψίζονται ως η επιδίωξη ολιστικών στόχων, η επιδίωξη της ισότητας, ο εθελοντισμός και η ενδυνάμωση. Οι Rootman et al. καθόρισε επτά βασικές αρχές των δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας, (Rootman I, 2001):

- Η ενδυνάμωση – «παρέχοντας τη δυνατότητα στα άτομα και τις κοινότητες να αναλάβουν περισσότερη εξουσία στους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία τους».
- Συμμετοχική – «συμμετοχή όλων των ενδιαφερόμενων σε όλα τα στάδια της

διαδικασίας».

- *Ολιστική* – «προαγωγή της σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής και πνευματικής υγείας».
- *Δια τομεακή* – «που περιλαμβάνει τη συνεργασία φορέων από σχετικούς τομείς».
- *Δίκαια* – «καθοδηγούμενος από το ενδιαφέρον για ισότητα και κοινωνική δικαιοσύνη».
- *Βιώσιμη* – «επιφέρουν αλλαγές που μπορούν να διατηρηθούν μετά τη λήξη της αρχικής χρηματοδότησης».
- *Πολύ-στρατηγική* – «χρησιμοποιώντας μια ποικιλία προσεγγίσεων σε συνδυασμό».

Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε την προαγωγή υγείας ως μέρος της φυσικής προόδου και επέκτασης της εκπαίδευσης για την υγεία ή ακόμα καλύτερα έναν συνδυασμό δράσεων για την επίτευξη των καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας για το άτομο και την κοινότητα. Συνοπτικά, τα επίπεδα στα οποία μπορούν να γίνουν παρεμβάσεις, είναι σε:

- ⇒ *Ατομικό επίπεδο* : Παρεμβάσεις στην εκπαίδευση, προγράμματα αναψυχής για νέους και προγράμματα καθοδήγησης
- ⇒ *Επίπεδο οικογένειας* : Εκπαίδευση γονέων και οικογενειακές παρεμβάσεις
- ⇒ *Σχολικό επίπεδο* : εκπαίδευση με βάση το πρόγραμμα σπουδών και παρεμβάσεις οργάνωσης και διαχείρισης συμπεριφοράς «ολόκληρου σχολείου»
- ⇒ *Κοινοτικό επίπεδο* : Τοπική περιβαλλοντική αλλαγή (όπως πολιτική αστυνόμευσης, θέματα ασφάλειας)
- ⇒ *Εθνικό επίπεδο*: Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας, απασχόληση και κατάρτιση, αλλαγές στη νομοθεσία και την αστυνόμευση, κοινωνικό μάρκετινγκ και κοινωνικοοικονομική αλλαγή

Υπάρχουν πέντε κύριοι λόγοι που η προαγωγή υγείας θα πρέπει να επικεντρώνεται στους νέους, (Viner R, 2005):

1. Ο πρώτος λόγος είναι ότι κατά τη διάρκεια της εφηβείας οι νέοι αρχίζουν να εξερευνούν εναλλακτικές ή «ενήλικες» συμπεριφορές υγείας, συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ, της κατάχρησης ναρκωτικών, της βίας και της σεξουαλικής οικειότητας.
2. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι οι συμπεριφορές υγείας των εφήβων έχουν άμεση επίδραση στα άμεσα αλλά και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα υγείας και στην ποιότητα ζωής—για παράδειγμα, άσκηση, επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (με αποτέλεσμα σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις ή εφηβική εγκυμοσύνη) και ασφαλής χρήση των δρόμων.

3. Ο τρίτος είναι ότι, η θνησιμότητα και η νοσηρότητα των εφήβων εμφανίζουν ανησυχητικές τάσεις σε τομείς προτεραιότητας, όπως η ψυχική υγεία (για παράδειγμα, ποσοστά αυτοκτονιών ανδρών), η σεξουαλική υγεία (εφηβικές εγκυμοσύνες) και ο καρδιαγγειακός κίνδυνος (όπως η παχυσαρκία και ο διαβήτης). Δεδομένων των στοιχείων σχετικά με τη συνέχεια των συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία στην εφηβεία έως την ενήλικη ζωή, οι τάσεις νοσηρότητας στην εφηβεία υποστηρίζουν έντονα την επείγουσα προσοχή στην υγεία των εφήβων και την ανάπτυξη στοχευμένων ειδικών παρεμβάσεων για τους εφήβους.
4. Ο τέταρτος λόγος αφορά την δυναμική και συνεχή ανάπτυξη σε κάθε πτυχή της ζωής ενός νέου ατόμου κατά την εφηβεία που σημαίνει ότι οι νέοι έχουν ξεχωριστές ανάγκες όσον αφορά την διάδοση μηνυμάτων προαγωγής της υγείας. Στην πρώιμη εφηβεία, κυριαρχεί η συγκεκριμένη σκέψη, με τους νέους γενικά να μπορούν να κατανοήσουν μόνο γραμμικές «συγκεκριμένες» σχέσεις μεταξύ αιτίας και αποτελέσματος. Σε αυτό το κυριολεκτικό πλαίσιο, τα μηνύματα ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα μπορούν να απορριφθούν ως άσχετα, καθώς γνωρίζουν ότι οι φίλοι τους που καπνίζουν δεν έχουν καρκίνο του πνεύμονα.
5. Ο πέμπτος και τελευταίος λόγος, είναι ότι οι συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία συγκεντρώνονται στην εφηβεία, πράγμα που σημαίνει ότι όσοι καπνίζουν είναι επίσης πιο πιθανό να πίνουν αλκοόλ και να παίρνουν ναρκωτικά. Είναι επίσης πιο πιθανό να εμπλακούν σε επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά και να είναι θύματα ή δράστες βίας. Αυτό συμβαίνει επειδή πολλά προβλήματα υγείας στην εφηβεία έχουν σημαντικούς κοινούς παράγοντες κινδύνου. Η ακαδημαϊκή αποτυχία και η εγκατάλειψη του σχολείου (σπάνια φοίτηση) συνδέονται με την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς, υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης ουσιών, χρήση καπνού και συναισθηματικά προβλήματα. Ομοίως, η ψυχική υγεία του νεαρού ατόμου και τα πρότυπα οικογενειακής προσκόλλησης συνδέονται στενά με πολλά σημαντικά αποτελέσματα υγείας και άλλους καθορισμένους παράγοντες κινδύνου.

Συμπερασματικά, τα μηνύματα προαγωγής της υγείας πρέπει να ξεκινούν από την πρώιμη εφηβεία, καθώς οι βασικές περίοδοι κινδύνου για την έναρξη του καπνίσματος, τη λήψη ναρκωτικών και τη λήψη σεξουαλικών κινδύνων είναι πριν από την ηλικία των 14 ετών. Σε αυτό το πρώιμο στάδιο, τα μηνύματα προαγωγής της υγείας θα πρέπει να επικεντρώνονται στον κίνδυνο «εδώ και τώρα» αντί κινδύνους στην ενήλικη ζωή.

Κεφάλαιο 2ο:

Γιατί είναι τόσο δύσκολη η αλλαγή συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία ;

Για την προαγωγή της υγείας απαιτείται, πολλές φορές, η τροποποίηση ενός ήδη εγκαθιδρυμένου προτύπου συμπεριφοράς και η υιοθέτηση νέου, καθώς και η διαμόρφωση νέων στάσεων απέναντι στην υγεία και την ασθένεια. Αυτό προϋποθέτει την κατανόηση και τον προσδιορισμό της επιρροής των ψυχολογικών, των κοινωνικών και των πολιτισμικών παραγόντων στη συμπεριφορά των ατόμων, (Κουλιεράκης, 2000) που δεν επιδρούν πάντα αυτόνομα στην υγεία, αλλά αντίθετα υφίστανται σημαντική επίδραση από το περιβάλλον. Προκειμένου να τροποποιηθεί ή να υιοθετηθεί μια συμπεριφορά στα πλαίσια ενός προγράμματος προαγωγής υγείας, είναι απαραίτητο να συνοδεύεται το πρόγραμμα αυτό από ανάλογη δράση για την ύπαρξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, το οποίο θα διευκολύνει την τροποποίηση, την αλλαγή ή την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, (Δαρβίρη, 2007).

Πολλοί θάνατοι και παθολογικές ασθένειες οφείλονται σε ιδιαίτερα ατομικά πρότυπα συμπεριφοράς, το μολυσμένο περιβάλλον ή τη φτώχεια. Οι στατιστικές δείχνουν ότι οι μισοί πρόωροι θάνατοι εξαιτίας των 10 κύριων αιτιών στις αναπτυσσόμενες χώρες προκαλούνται από παράγοντες που θα μπορούσαν να προληφθούν, όπως το κάπνισμα, η χρήση οινοπνεύματος, οι περιστασιακές σεξουαλικές δραστηριότητες χωρίς προφύλαξη για τυχόν προσβολή από λοιμώδη νοσήματα, η φυσική ανικανότητα, οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, (Gray, 1993). Ο Koop έχει περιγράψει το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν τα νοσογόνα είδη συμπεριφοράς και ο αντίστοιχος τρόπος ζωής στην εμφάνιση τόσο των ασθενειών όσο και των πρόωρων θανάτων, (Κουλιεράκης, 2000).

Σε μια πρόσφατη μελέτη του Kelly MP και Barker M. με τίτλο << Why is changing health-related behaviour so difficult?>> υποστηρίζεται ότι στη χάραξη πολιτικής (και συχνά και στην ιατρική!), οι συζητήσεις για την αλλαγή συμπεριφοράς υπόκεινται σε έξι λάθη και ότι η επανάληψη αυτών των λαθών έχει κάνει την αλλαγή συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία πολύ πιο δύσκολη από ό,τι χρειάζεται, (Kelly, 2016 Jul).

Το πρώτο λάθος είναι αυτό που ισοδυναμεί με έκκληση στην κοινή λογική. Αν η αλλαγή συμπεριφοράς ήταν απλώς κοινή λογική, θα μπορούσαμε όλοι να κάνουμε όποιες αλλαγές θέλαμε όποτε θέλαμε, και δεν το κάνουμε. Οπότε ξεκάθαρα υπάρχει κάτι περισσότερο από αυτό (ρωτήστε όποιον έχει προσπαθήσει να κόψει το κάπνισμα ή να χάσει βάρος). Η αλλαγή είναι δύσκολη και

απαιτεί συνεχή κίνητρο και υποστήριξη. Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της συνήθειας, των αυτόματων απαντήσεων στο άμεσο και ευρύτερο περιβάλλον, της συνειδητής επιλογής και του υπολογισμού, και βρίσκεται σε πολύπλοκα κοινωνικά περιβάλλοντα και πολιτισμούς. Η κοινή λογική έχει οδηγήσει επανειλημμένα σε αναποτελεσματικές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν με μεγάλο κόστος από άποψη χρημάτων, πόρων και χαμένων ευκαιριών. Σημαίνει επίσης ότι η συσσωρευμένη μάθηση από τις συμπεριφορικές και κοινωνικές επιστήμες έχει αγνοηθεί.

Το δεύτερο λάθος είναι αυτό που ισοδυναμεί με τη μετάδοση του μηνύματος. Σε μια ελαφρώς πιο περίπλοκη οπτική γωνία, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς στην υγεία είναι απλώς θέμα σωστού ' περιεχομένου ' των μηνυμάτων. Ωστόσο, οι ψυχολογικές επιστήμες αποδεικνύουν ότι τα απλά μοντέλα ερεθίσματος-απόκρισης εξηγούν μόνο ένα μικρό κλάσμα της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Το τρίτο λάθος είναι αυτό που ισοδυναμεί ότι η γνώση και η συμπεριφορά οδηγούν τις πληροφορίες. Αυτή η άποψη προέρχεται από τα παραδοσιακά ιατρικά μοντέλα της σχέσης γιατρού-ασθενούς, η βάση των οποίων είναι ότι οι ασθενείς έχουν έλλειμμα πληροφόρησης και έρχονται να δουν ιατρούς για να τους συμβουλευτούν για την τεχνογνωσία τους ώστε να θεραπεύσουν την έλλειψη γνώσης και κατανόησης. Σε αντάλλαγμα λαμβάνουν πληροφορίες με τη μορφή διάγνωσης από την οποία προχωρά η θεραπεία. Αυτό είναι ένα μοντέλο που λειτουργεί πολύ καλά για ασθενείς με οξείες καταστάσεις και τείνει να λειτουργεί λιγότερο καλά για τις χρόνιες παθήσεις που αποτελούν τη μεγάλη σύγχρονη ιατρική πρόκληση όπου οι ασθενείς έχουν συχνά πολύ υψηλό βαθμό πληροφόρησης και τεχνογνωσίας, και, είναι ακόμη λιγότερο αποτελεσματικό στον τομέα της πρόληψης μέσω της αλλαγής της συμπεριφοράς. Άρα αυτή η θεμελιώδης πεποίθηση για το ρόλο της πληροφορίας και της γνώσης στον προσδιορισμό της συμπεριφοράς είναι εσφαλμένη και αντιεπιστημονική. Η παροχή πληροφοριών στους ανθρώπους δεν τους κάνει να αλλάξουν.

Το τέταρτο λάθος αφορά μια ' παρερμηνεία ' ότι οι άνθρωποι ενεργούν ορθολογικά και ότι κάνουν αυτό που ξέρουν ότι είναι λογικό και λογικό μετά από κριτική και ορθολογική αξιολόγηση των αποδεικτικών στοιχείων. Υπήρξε μια μακροχρόνια προσπάθεια βασισμένη στην ιδέα του ορθολογικού υπολογισμού των ανθρώπων που έχουν σχεδιαστεί για να αλλάξουν τη συμπεριφορά, η οποία βασίζεται στη θεωρία της οικονομικής χρησιμότητας. Η ιδέα της θεωρίας της οικονομικής χρησιμότητας είναι ότι η κινητήρια δύναμη της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι ότι οι άνθρωποι επιδιώκουν να μεγιστοποιήσουν την ευχαρίστηση ή τα κέρδη τους και να ελαχιστοποιήσουν τους

πόνους, τις απώλειες και το κόστος τους. Η επίσημη θεωρία ονομάστηκε υποκειμενικό αναμενόμενο μοντέλο χρησιμότητας.

Το πέμπτο λάθος αφορά την πεποίθηση ότι οι άνθρωποι ενεργούν παράλογα. Όμως οι άνθρωποι δεν ενεργούν λογικά όλη την ώρα, ούτε είναι πάντα παράλογοι. Όταν κάποιος με άσθμα αρνείται να σταματήσει το κάπνισμα, τείνουμε να τον απορρίπτουμε ως πολύ ανόητο ή εθισμένο ή και τα δύο. Οι άνθρωποι έχουν τους δικούς τους λόγους να κάνουν πράγματα. Οι συμπεριφορές που επιμένουν τείνουν να είναι λειτουργικές για τους ανθρώπους. Είναι εξαιρετικά αλαζονικό να υποθέτουμε ότι οι άνθρωποι καταναλώνουν αλκοόλ, σοκολάτα ή κέικ κρέμας, επειδή είναι παράλογοι ή απλώς συμπεριφέρονται απερίσκεπτα ή ανόητα. Επομένως, είναι σημαντικό να μην απορρίπτουμε τις εξηγήσεις που δίνουν οι άνθρωποι για το τι κάνουν μόνο και μόνο επειδή τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι αυτό που κάνουν εγκυμονεί κινδύνους. Τα τρέχοντα επιστημονικά στοιχεία δείχνουν ότι δεν υπάρχει απολύτως ασφαλές επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ. Σε πολλούς από αυτούς το αλκοόλ δίνει κάτι πολύ θετικό στη ζωή τους. Αποκομίζουν αυτά που θεωρούν ότι είναι οφέλη από το αλκοόλ, τα οποία θα περιλαμβάνουν κοινωνικοποίηση και διασκέδαση καθώς και μέθη. Αν θέλουμε να μειώσουμε την κατανάλωση αλκοόλ, αυτή η αληθοφάνεια πρέπει να είναι το σημείο εκκίνησης, όχι οι ανησυχίες για την ατομική επιλογή.

Το έκτο και τελευταίο λάθος είναι, ότι, αν και έχουν γίνει μεγάλα βήματα στον εντοπισμό βασικών παραγόντων που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά και σε τι λειτουργεί στην αλλαγή της συμπεριφοράς, είναι ακόμα πολύ δύσκολο να πούμε με βεβαιότητα πώς θα συμπεριφερθούν μεμονωμένα άτομα σε κάθε δεδομένη κατάσταση. Ακόμη και στα πιο προσεκτικά μοντέλα μας, παραμένει μεγάλη απόκλιση στα ατομικά αποτελέσματα συμπεριφοράς. Η πρόβλεψη της συμπεριφοράς ενός ατόμου και η ακριβής πρόβλεψη των αλλαγών που θα προκύψουν από ένα συγκεκριμένο ερέθισμα περιορίζεται σε έναν μικρό αριθμό εξαιρετικά αυτόματων απαντήσεων και σε σχετικά σύντομα χρονικά πλαίσια. Σε επίπεδο πληθυσμού, μπορούν να παρατηρηθούν πρότυπα κοινών συμπεριφορών και η έκβαση αυτών των συμπεριφορών μπορεί να φανεί έντονα σε, για παράδειγμα, πρότυπα ανισοτήτων στην υγεία, κατανάλωση καπνού και αλκοόλ και τάσεις σε αυτά σε βάθος χρόνου και τόπου. Ενώ μπορούμε να περιγράψουμε αυτά τα μοτίβα με μεγάλη λεπτομέρεια, ωστόσο, κανένα από αυτά δεν έχει παράσχει αιχμηρά εργαλεία για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία, της επιδημίας παχυσαρκίας ή της αυξανόμενης παλίρροιας της κατανάλωσης αλκοόλ.

Συμπερασματικά όλα αυτά που αναφέρθηκαν ότι η πρόβλεψη συμπεριφοράς και η υποστήριξη της αλλαγής συμπεριφοράς καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν είναι ούτε προφανής

ούτε κοινή λογική. Απαιτεί προσεκτική, στοχαστική δουλειά που οδηγεί σε βαθιά κατανόηση της φύσης του τι παρακινεί τους ανθρώπους και των πιέσεων που ασκούν πάνω τους.

2.1 Η υπόθεση της ατομικής ευθύνης για την υγεία

Οι ιδεολογικές και πολιτικές αντιπαραθέσεις εξακολουθούν να περιβάλλουν το θεμελιώδες ερώτημα εάν το άτομο ή η ευρύτερη κοινωνία θα πρέπει να θεωρηθεί υπεύθυνο για προσωπικές συμπεριφορές υγείας. Για τους επαγγελματίες της προαγωγής υγείας, ωστόσο, ένα πιο χρήσιμο ερώτημα αφορά τον τρόπο με τον οποίο μπορούμε να επιτύχουμε μια ισορροπία μεταξύ ατομικής και κοινωνικής ευθύνης, έτσι ώστε οι απλουστευτικές θέσεις είτε να αντικατασταθούν από μια μεγαλύτερη εκτίμηση της συμβολής τόσο της προσωπικής αλλαγής συμπεριφοράς όσο και της ευρύτερης περιβαλλοντικής αλλαγής διευκολύνοντας τη βελτίωση της υγείας. Για να διατυπωθεί καλύτερα η ανάγκη για μια πιο ισορροπημένη προσέγγιση, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε και να εκτιμήσουμε τα στοιχεία και τα ισχυρά επιχειρήματα που υπάρχουν σε κάθε πλευρά του ζητήματος της προσωπικής ευθύνης για την υγεία, (Stokols, 1992).

Τις τελευταίες τριετίες έχει συγκεντρωθεί ένας εντυπωσιακός όγκος αποδεικτικών στοιχείων υποστηρίζοντας τη σημασία της ατομικής ευθύνης για την υγεία. Έχει υποστηριχθεί ότι τίποτα δεν είναι πιο εμφανές στις στατιστικές της δημόσιας υγείας από τον ρόλο που διαδραματίζει η ατομική συμπεριφορά στην υγεία συμβάλλοντας στην πρόκληση ατυχημάτων, ασθενειών και νόσων. Ωστόσο επειδή αυτό το θέμα παραμένει ζωντανό και πολιτικό, είναι σημαντικό να επανεξετάσουμε ορισμένες από τις επικρίσεις που έχουν ασκηθεί σε αυτό που πολλοί θεωρούν ως κινδύνους από την υπερβολική έμφαση στην ατομική ευθύνη για την υγεία.

Η κυριότερη από αυτές τις επικρίσεις είναι το επιχείρημα ότι η υπερβολική έμφαση στην ατομική ευθύνη κατηγορεί το θύμα, αγνοώντας το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα η λήψη ατομικών αποφάσεων και η δράση που σχετίζεται με την υγεία, (Crawford, 1977).

Το να θεωρούμε το άτομο υπεύθυνο για τις επιλογές υγείας είναι ιδιαίτερα προβληματικό στην περίπτωση των φτωχών, δεδομένου ότι η ίδια η φτώχεια είναι πλέον ευρέως αποδεκτή ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για ασθένεια και πρόωρο θάνατο, (Syme, 1996 Sep).

Μια σημαντική διάσταση της δυνατότητας κατηγορίας θυμάτων που συνεπάγεται η υπερβολική έμφαση στην προσωπική ευθύνη για την υγεία αφορά το γεγονός ότι το να είσαι άρρωστος επαναπροσδιορίζεται ως ένοχος, μπορεί ακούσια να στιγματίζουμε τα άτομα με αναπηρία,

τους ηλικιωμένους, άτομα που είναι υπέρβαρα και άλλες ήδη υποτιμημένες ομάδες στην κοινωνία μας, (Becker, 1986).

Η ανανεωμένη έμφαση στην ατομική ευθύνη για την υγεία συνοδεύτηκε έτσι από την επανεμφάνιση της αντίληψης της βικτωριανής εποχής ότι τα υγιή γηρατειά είναι μια δίκαιη ανταμοιβή για μια ζωή αυτοέλεγχου και σωστής ζωής, (Minkler, 1999).

Μια άλλη ευρέως διαδεδομένη κριτική της μεγάλης έμφασης που δίνεται στην ατομική ευθύνη για την υγεία αφορά το επιχείρημα ότι μια τέτοια προοπτική αφήνει την κυβέρνηση να αποδίδει την ευθύνη για την πρόωρη νοσηρότητα και θνησιμότητα στο άτομο. Συχνά κάτω από αυτήν την κριτική είναι το γεγονός ότι οι συντηρητικές κυβερνήσεις έχουν χρησιμοποιήσει την ρητορική προσωπικής ευθύνης για την υγεία για να δικαιολογήσουν περικοπές σε αναγκαία προγράμματα υγείας και κοινωνικά προγράμματα. Ο νόμος για τη μεταρρύθμιση της πρόνοιας του 1996, για παράδειγμα, που κατάργησε την 60ετή δέσμευση της Αμερικής να χορηγεί δικαιώματα πρόνοιας για τους φτωχούς, περιείχε πολυάριθμες κυρώσεις για ανεπιθύμητες ατομικές συμπεριφορές (όπως το να γίνεται μητέρα στην εφηβεία) και στην πραγματικότητα, ονομάστηκε νόμος περί προσωπικής ευθύνης και ευκαιριών εργασίας.

Κεφάλαιο 3ο :

Χρησιμότητα και Σχεδιασμός παρεμβάσεων Προαγωγής Υγείας

Οι παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας περιγράφονται ως εξής, (McKenzie, 2016):

- Παρεμβάσεις προαγωγής υγείας σε ατομικό επίπεδο που εστιάζουν στην πληροφόρηση, την εκπαίδευση, και την κατάρτιση για την αλλαγή της γνώσης, της συμπεριφοράς, των πεποιθήσεων και των συνηθειών, όσον αφορά τους κινδύνους για την υγεία, όπως το κάπνισμα, το φαγητό και η σωματική άσκηση.
- Πολιτική και πρακτικές οργανισμών με εστίαση στις οργανωτικές αλλαγές και στη συμβουλευτική για αλλαγή των οργανωτικών πολιτικών (κανόνες, ρόλοι, κυρώσεις και κίνητρα) και στις πρακτικές, προκειμένου να υπάρξουν αλλαγές στην συμπεριφορά των ατόμων και μεγαλύτερη πρόσβαση στην κοινωνική, εκπαιδευτική και κοινωνική ζωή και στους πόρους, που προάγουν την υγεία.
- Περιβαλλοντικές δράσεις και κοινωνικές αλλαγές μέσα από το διαδίκτυο με εστίαση στην κοινωνική δράση και τον κοινωνικό προγραμματισμό σε υπάρχοντες ιστό τόπους και στη δημιουργία νέων ιστό τόπων (για παράδειγμα, οργανισμών, δικτύων ή εταιρικών σχέσεων), προκειμένου να υπάρξει αλλαγή στην οργανώσεις και στην αναδιανομή των πόρων που επηρεάζουν την υγεία.
- Δημόσια υποστήριξη με εστίαση στην κοινωνική υπεράσπιση προκειμένου να προχωρήσουν νομοθετικές, δημοσιονομικές και θεσμικές ρυθμίσεις που επηρεάζουν την κοινότητα, οργανωτικά και ατομικά.

Η ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας απαιτεί συχνά ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, εφαρμογή θεωριών, συλλογή νέων δεδομένων και συμμετοχή ειδικών, μελών της κοινότητας και ενδιαφερομένων στη διαδικασία σχεδιασμού. Η εφαρμογή πληροφοριών από αυτές τις ποικίλες πηγές για την ενημέρωση της ανάπτυξης παρέμβασης αποτελεί πρόκληση ακόμη και για καλά εκπαιδευμένους επαγγελματίες προαγωγής της υγείας, (Kok G, 2018).

Η Χαρτογράφηση Παρέμβασης (IM) (Intervention Mapping) είναι ένα πλαίσιο σχεδιασμού που παρέχει μια συστηματική διαδικασία και λεπτομερές πρωτόκολλο για αποτελεσματική, βήμα προς βήμα λήψη αποφάσεων για την ανάπτυξη, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της παρέμβασης.

Βασίζεται σε κοινοτικές μεθόδους συμμετοχικής έρευνας για να διασφαλιστεί ότι η παρέμβαση ταιριάζει με τις ανάγκες προτεραιότητας του πληθυσμού και τα πλαίσια παρέμβασης. Το IM ακολουθεί μια οικολογική προσέγγιση για να κατανοήσει τα προβλήματα υγείας και να παρέμβει σε πολλαπλά επίπεδα (π.χ. ατομικό, διαπροσωπικό, οργανισμό και κοινότητα) και ως εκ τούτου καθοδηγεί την ανάπτυξη πολύ-επίπεδων παρεμβάσεων.

Η Χαρτογράφηση Παρέμβασης (IM) παρέχει κατευθυντήριες γραμμές και εργαλεία για να διασφαλίσει ότι το πρόγραμμα προαγωγής της υγείας βασίζεται σε εμπειρικά στοιχεία και ορθές θεωρίες και χρησιμοποιείται επίσης για τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη στρατηγικών υλοποίησης για την υιοθέτηση, την υλοποίηση και τη συντήρηση προγραμμάτων. Η παρακολούθηση της διαδικασίας της Χαρτογράφησης Παρέμβασης (IM) έχει ως αποτέλεσμα την καθοδήγηση και την τεκμηρίωση των αποφάσεων σε κάθε βήμα, τη χάραξη ενός χάρτη από τα αρχικά βήματα αναγνώρισης μιας ανάγκης ή προβλήματος μέσω αξιολόγησης και διάδοσης, (Bartholomew-Eldredge LK, 2016).

Η Χαρτογράφηση Παρέμβασης (IM) βοηθά τους σχεδιαστές να εφαρμόσουν θεωρίες συνδέοντας κοινωνικό-γνωστικούς καθοριστικούς παράγοντες συμπεριφοράς με μεθόδους για συμπεριφορά και περιβαλλοντική αλλαγή και συνδέοντας μεθόδους για αλλαγή συμπεριφοράς με πρακτικές εφαρμογές που λειτουργούν αυτές τις μεθόδους. Η διαδικασία ανάπτυξης της παρέμβασης της Χαρτογράφησης Παρέμβασης (IM) έχει έξι βήματα:

- i) Καθορισμός μιας λεπτομερούς κατανόησης του προβλήματος υγείας, του πληθυσμού σε κίνδυνο, των συμπεριφορικών και περιβαλλοντικών αιτιών και των καθοριστικών παραγόντων αυτών των συμπεριφορικών και περιβαλλοντικών συνθηκών. και, αξιολόγηση των διαθέσιμων πόρων.
- ii) Περιγραφή των συμπεριφορικών και περιβαλλοντικών αποτελέσματα, δημιουργία στόχων για αλλαγές στους καθοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς και των περιβαλλοντικών αιτιών και προσδιορισμός των στόχων του προγράμματος παρέμβασης.
- iii) Προσδιορισμός μεθόδων αλλαγής συμπεριφοράς που βασίζονται σε θεωρία και στοιχεία που επηρεάζουν τους καθοριστικούς παράγοντες και μεταφράζονται σε πρακτικές εφαρμογές που ταιριάζουν στο πλαίσιο παρέμβασης.
- iv) Συνδυασμός των στοιχείων παρέμβασης σε ένα συνεκτικό πρόγραμμα που χρησιμοποιεί κανάλια παράδοσης που ταιριάζουν στο πλαίσιο.

- v) Ανάπτυξη στρατηγικών εφαρμογής για τη διευκόλυνση της υιοθέτησης, της εφαρμογής, και συντήρηση του προγράμματος
- vi) Σχεδιασμός μιας αξιολόγησης τόσο της διαδικασίας όσο και του αποτελέσματος για την αξιολόγηση της εφαρμογής του προγράμματος και της αποτελεσματικότητας ή της αποτελεσματικότητας

Έτσι η Χαρτογράφηση Παρέμβασης (IM) ορίζει και περιγράφει μια επαναληπτική διαδρομή από τον εντοπισμό του προβλήματος στην επίλυση ή τον μετριασμό του προβλήματος. Κάθε ένα από τα έξι βήματα περιλαμβάνει πολλές εργασίες και η ολοκλήρωση αυτών των εργασιών δημιουργεί τη βάση για το επόμενο βήμα. Η ολοκλήρωση και των έξι βημάτων οδηγεί σε ένα σχέδιο για το σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση της παρέμβασης. Μια προσέγγιση της Χαρτογράφησης Παρέμβασης (IM) χαρακτηρίζεται από τρεις προοπτικές που εφαρμόζονται κατά τη διαδικασία σχεδιασμού του προγράμματος: συμμετοχικός σχεδιασμός, επιλογή της θεωρίας και οικολογική και συστημική προσέγγιση για την κατανόηση των προβλημάτων υγείας και την παρέμβαση για την αντιμετώπισή τους.

Οι συμμετοχικές προοπτικές δίνουν έμφαση στην ισότητα στη λήψη αποφάσεων και στη συμμετοχή της κοινότητας και των ενδιαφερομένων σε όλες τις φάσεις του σχεδιασμού. Από αυτή την άποψη, όλες οι πτυχές της λήψης αποφάσεων θα πρέπει να περιλαμβάνουν τον πληθυσμό προτεραιότητας και τους φορείς υλοποίησης του προγράμματος για να διασφαλιστεί ότι το πρόγραμμα ανταποκρίνεται επαρκώς στις ανάγκες της κοινότητας. Η Χαρτογράφηση Παρέμβασης (IM) παρέχει καθοδήγηση σε κάθε βήμα για το πώς να το κάνετε αυτό. Επιπλέον, η Χαρτογράφηση Παρέμβασης (IM) καθοδηγεί τη χρήση θεωριών για την κατανόηση των συμπεριφορικών και περιβαλλοντικών αιτιών των προβλημάτων υγείας, τον προσδιορισμό των καθοριστικών παραγόντων τους και την επιλογή μεθόδων αλλαγής για την αντιμετώπισή τους.

Οι θεωρίες είναι αφαιρέσεις της πραγματικότητας και μπορεί να παρέχουν μόνο μερικές εξηγήσεις για την κατανόηση των αιτιών των προβλημάτων υγείας. Στον προγραμματισμό του προγράμματος, είναι απίθανο μια θεωρία να μπορεί να εξηγήσει επαρκώς τις επιρροές στην υγεία και να παρέχει καθοδήγηση για την αντιμετώπιση των αιτιών. Έτσι, πολλές φορές χρησιμοποιούνται πολλές θεωρίες. Το IM παρέχει ένα πλαίσιο για την ενσωμάτωση πολλαπλών θεωριών κατά τον προγραμματισμό παρέμβασης.

Τέλος, μια οικολογική και συστημική προοπτική αναγνωρίζει ότι οι κοινωνικές και φυσικές περιβαλλοντικές συνθήκες μπορεί να έχουν ακόμη πιο ισχυρό αντίκτυπο στις συμπεριφορές από ό,τι οι παράγοντες που σχετίζονται με τα άτομα.



Βήματα και εργασίες χαρτογράφησης παρέμβασης (Bartholomew-Eldredge LK, 2016)

Αν και η διαδικασία Χαρτογράφηση Παρέμβασης (IM) περιγράφεται μέσω των διαδοχικών βημάτων της, η IM προορίζεται να είναι επαναληπτική και, πράγματι, οι περισσότερες από τις μελέτες που παρουσιάζονται παραπάνω περιγράφουν τη διαδικασία σχεδιασμού IM με αυτόν τον τρόπο. Καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας, οι σχεδιαστές αποκτούν νέες γνώσεις σχετικά με τον πληθυσμό, τους καθοριστικούς παράγοντες, το περιβάλλον ή/και αποτελεσματικές και κατάλληλες μεθόδους για την επέκταση ή τη βελτίωση του προγράμματος.

Κεφάλαιο 4ο:

Θεωρίες και μοντέλα

Οι θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς δεν είναι τόσο απλές και βασίζονται στην προϋπόθεση ότι τα ατομικά, κοινωνικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά θα αλλάξουν δυναμικά και θα αλληλοεπιδράσουν για να προκαλέσουν αλλαγή συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, ένα σύνθημα για δράση για να πάτε για μια βόλτα (π.χ., ένα μήνυμα κειμένου που λέει, Θέλετε να πάτε για μια βόλτα;) θα μπορούσε να εμπνεύσει έναν περίπατο μόνο εάν ο χώρος κατάστασης του ατόμου είναι κατάλληλα δεκτικός σε αυτήν την παρέμβαση. Για παράδειγμα είναι ένα εύλογο παράδειγμα ενός πολυδιάστατου χώρου γενίκευσης που ορίζεται μέσω τριών μεταβλητών. Η πιθανότητα να πάει ένα άτομο για περπάτημα αυξάνεται εάν υπάρχει ένα άλλο άτομο που ενδιαφέρεται να περπατήσει, εάν το άτομο έχει το χρόνο να περπατήσει και αν δεν αγχώνεται. Υπάρχουν πολλές θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς για να εξηγήσουν γιατί οι άνθρωποι υιοθετούν ή όχι ορισμένες συμπεριφορές υγείας. Συχνά αυτές οι θεωρίες εξετάζουν τους προγνωστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς στην υγεία. Πολλές από αυτές τις θεωρίες έχουν κοινά στοιχεία όπως η αυτό-αποτελεσματικότητα και το κίνητρο.

Μια θεωρία αποτελείται από ένα σύνολο αλληλένδετων εννοιών, ορισμών και προτάσεων που εξηγούν ή προβλέπουν γεγονότα ή καταστάσεις προσδιορίζοντας σχέσεις μεταξύ μεταβλητών. Έτσι, οι θεωρίες είναι, από τη φύση τους, αφηρημένες και όχι συγκεκριμένες για το περιεχόμενο ή το θέμα τους, (Rimer, 2002).

Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν ότι το μοντέλο είναι η αναπαράσταση μιας ιδέας, ενός αντικειμένου, ενός γεγονότος, μιας διαδικασίας ή ενός συστήματος και μπορεί να αποτελείται από πραγματικές οντότητες, όπως είναι η μάζα, ή από οντότητες που τις χειριζόμαστε ως πραγματικές, όπως είναι οι δυνάμεις, (Gilbert, 2000), (Gilbert J. B., 1998). Επίσης, το μοντέλο είναι ένα σύστημα αντικειμένων ή συμβόλων το οποίο αναπαριστά μια πτυχή ενός άλλου συστήματος και ενσωματώνει επιστημονικές θεωρίες. Κατά καιρούς πολλοί επιστήμονες παρομοίασαν το μοντέλο με μια γέφυρα που ενώνει ένα φαινόμενο με μια θεωρία. Άλλωστε, από τα δεδομένα που αποκτούμε με τη βοήθεια ενός μοντέλου, μπορούμε να αναπτύξουμε μια νέα θεωρία και να την αντιστοιχίσουμε στον πραγματικό κόσμο, (Oh, 2011).

Οι θεωρίες μπορούν να καθοδηγήσουν την αναζήτηση για να κατανοήσει γιατί οι άνθρωποι κάνουν ή δεν εφαρμόζουν συμπεριφορές προαγωγής της υγείας, βοηθούν στον προσδιορισμό των πληροφοριών που χρειάζονται για να σχεδιαστεί μια αποτελεσματική στρατηγική παρέμβασης και παρέχουν πληροφορίες για το πώς να σχεδιάσεις ένα πρόγραμμα έτσι ώστε να είναι επιτυχημένο.

Οι θεωρίες και τα μοντέλα βοηθούν στην εξήγηση της συμπεριφοράς, καθώς και προτείνουν πώς να αναπτύξουμε πιο αποτελεσματικούς τρόπους για να επηρεάσουμε και να αλλάξουμε τη συμπεριφορά. Αυτοί οι δύο τύποι θεωρίας - η επεξηγηματική θεωρία και η θεωρία αλλαγής - μπορεί να έχουν διαφορετική έμφαση αλλά είναι αρκετά συμπληρωματικοί.

Κάθε θεωρία και μοντέλο βασίζεται σε διαφορετικές ιδέες και προσφέρει μια οπτική γωνία στο τρόπο με την οποία μπορεί να λάβει χώρα η πρόληψη. Από το σύνολο των εκατοντάδων προσεγγίσεων που έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς, επιλέχθηκαν κατά την γνώμη μας οι σπουδαιότερες και πιο ενδιαφέρουσες (στην παρούσα διπλωματική εργασία θα εξετάσουμε τις θεωρίες και τα μοντέλα που χρησιμοποιούνται για την αλλαγή συμπεριφοράς σε ατομικό επίπεδο), και σε συντομία είναι οι εξής:

Σε ατομικό επίπεδο:	Σε κοινοτικό επίπεδο:
<ul style="list-style-type: none"> • η Θεωρία έλλογης δράσης μετά εξελίχθηκε στη Θεωρία προσχεδιασμένης συμπεριφοράς • η θεωρία του Αυτό-καθορισμού • το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την υγεία • το Δια θεωρητικό Μοντέλο ή Μοντέλο σταδίων αλλαγής • το μοντέλο της διαδικασίας υιοθέτησης προφύλαξης • το μοντέλο σχεδιασμού και αξιολόγησης RE-AIM 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Η θεωρία της υιοθέτησης και της διάχυσης καινοτομιών ○ Η Θεωρία αλλαγής των οργανισμών ○ Οι Θεωρίες Οργάνωσης της κοινότητας ○ Η Θεωρία Επικοινωνίας ○ Η Θεωρία Κοινωνικών Κανόνων ○ Το PRECEDE-PROCEED MODEL

4.1 Η 'Θεωρία της Έλλογης Δράσης' ('Theory of Reasoned Action' - TRA, Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980), (Fishbein, 1975).

Η θεωρία της αιτιολογημένης ή έλλογης δράσης (συντομογραφία : ΘΕΔ) προτάθηκε για πρώτη φορά από τους ψυχολόγους Fishbein & Ajzen το 1975 ως βελτίωση της θεωρίας ολοκλήρωσης πληροφοριών, ένα άλλο μοντέλο ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Οι Fishbein και Ajzen διατύπωσαν τη θεωρία αφού προσπάθησαν να προσδιορίσουν τις διαφορές μεταξύ στάσης και συμπεριφοράς. Η θεωρία της αιτιολογημένης δράσης διαφέρει από τη θεωρία ολοκλήρωσης πληροφοριών για ορισμένους λόγους.

Το πρώτο από αυτά είναι η ιδέα της προσοχής στη συμπεριφορά. Επιπλέον, η θεωρία της αιτιολογημένης δράσης αναγνωρίζει ότι υπάρχουν παράγοντες που μπορούν να περιορίσουν την επίδραση της στάσης στη συμπεριφορά.

Πιο συγκεκριμένα, αυτό που οδήγησε στην ανάπτυξη της θεωρίας της αιτιολογημένης ή έλλογης δράσης προήλθε όταν ο Fishbein διέκρινε τη στάση απέναντι σε ένα αντικείμενο και τη στάση απέναντι μια συμπεριφορά σε σχέση με αυτό το αντικείμενο. Για παράδειγμα, ήταν η μέτρηση της στάσης απέναντι σε ένα αντικείμενο (όπως μια στάση απέναντι στον καρκίνο) στην προσπάθεια να προβλέψει μια συμπεριφορά (όπως μαστογραφία ή προ-συμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του μαστού). Ο Fishbein απέδειξε αυτή τη στάση απέναντι στη συμπεριφορά (για παράδειγμα, στάση απέναντι στη μαστογραφία) είναι πολύ καλύτερος προγνωστικός παράγοντας αυτής της συμπεριφοράς (λήψη μαστογραφίας) από στάση απέναντι στο αντικείμενο (καρκίνος) στο οποίο στρέφεται η συμπεριφορά.

Τα τρία πιο σημαντικά συστατικά της θεωρίας της αιτιολογημένης δράσης είναι οι πεποιθήσεις, οι στάσεις και οι προθέσεις. Δηλαδή η θεωρία προτείνει ότι η πρόθεση συμπεριφοράς ενός ατόμου εξαρτάται από την στάση του απέναντι στη συμπεριφορά και από υποκειμενικές νόρμες. Σύμφωνα λοιπόν με την θεωρία της έλλογης δράσης, ο βασικός παράγοντας για την πραγματοποίηση μιας συμπεριφοράς είναι η πρόθεση (πρόθεση = κινητοποίηση του ατόμου υπό τη μορφή μίας συνειδητής απόφασης να αναλάβει δράση για την πραγματοποίηση της συμπεριφοράς).

Σύμφωνα με την θεωρία οι άνθρωποι συμπεριφέρονται όπως σκοπεύουν να συμπεριφερθούν, τουλάχιστον όσον αφορά πράξεις που βρίσκονται κάτω από τον έλεγχό τους. Τα άτομα επηρεάζονται από το κοινωνικό περιβάλλον και τους οικείους. Στην θεωρία αυτό αποτελεί ένα καλό όργανο για την κατανόηση της σκέψης του ατόμου και την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς. Για να αντιληφθούμε, ας δούμε το ακόλουθο παράδειγμα: Ένα άτομο θεωρεί πως η ευεξία και η ποιότητα ζωής είναι ένα σημαντικό αγαθό. Παράλληλα ισχυρίζεται πως μια υγιεινή διατροφή (όπως αποφυγή λίπους) μπορεί να εξασφαλίσει ένα υψηλό επίπεδο, επομένως αξιολογεί τα αποτελέσματα μιας τέτοιας συμπεριφοράς ως θετικά. Επιπλέον πιστεύει ότι η υγιεινή διατροφή είναι κάτι με το οποίο συμφωνούν και οι φίλοι του και του αποδίδουν αξία (υποκειμενικοί κανόνες).

Αν οι παραπάνω αξιολογήσεις διέφεραν σε κάποιο στάδιο, (αν τα αποτελέσματα της υγιεινής διατροφής δεν ήταν θετικά ή αν η ευεξία δεν θεωρείτο και τόσο σημαντική) τότε η πρόθεση για συμπεριφορά θα ήταν λιγότερο ισχυρή.

Βλέπουμε λοιπόν, πως η θεωρία αναδεικνύει με σαφήνεια τα σημεία που πρέπει να διερευνηθούν, προκειμένου να προβλέψουμε μια συμπεριφορά με σκοπό την πρόληψη της υγείας.

Ένας περιορισμός του είναι πως προβλέπει τη πρόθεση μόνο για τις συμπεριφορές που βρίσκονται υπό τον έλεγχο του ατόμου. Πολλές συμπεριφορές όμως δεν βρίσκονται υπό τον έλεγχό μας (χρήση αλκοόλ, καπνού, ουσιών) κατά μεγάλο μέρος από τη φυσική εξάρτηση. (Καραδήμας, 2005)

Γίνεται κατανοητό πως ένα άτομο έχει επίγνωση αν η εκτέλεση μιας συμπεριφοράς είναι δυνατή από το ίδιο ή όχι, και αυτό διότι γνωρίζει αφενός τις απαιτήσεις αφετέρου και τις δυνατότητές του. Η θεωρία της αιτιολογημένης δράσης έχει χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει στην πρόβλεψη και την εξήγηση αρκετών συμπεριφορών υγείας, (LaCaille RA, 2020).

4.2 Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς ('Theory of Planned Behavior'-TPB, Ajzen, 1988, 1991), (Ajzen, 1991,).

Η θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς είναι ουσιαστικά μια πιο σύγχρονη εκδοχή της θεωρίας της αιτιολογημένης δράσης. Η πιο σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο είναι η ιδέα του αντιληπτού ελέγχου της συμπεριφοράς - η πεποίθηση ότι κάποιος είναι πραγματικά ικανός να κάνει μια εν λόγω συμπεριφορά, όπως η άσκηση ή η υγιεινή διατροφή. Στη μαθηματική εκδοχή της θεωρίας της προγραμματισμένης συμπεριφοράς, η αντιληπτή συμπεριφορά είναι συνάρτηση των πεποιθήσεων ελέγχου - πεποιθήσεων σχετικά με το αν ορισμένοι παράγοντες θα αποτελέσουν εμπόδιο - και της δύναμης των παραγόντων ελέγχου - που είναι ένα μέτρο του πόσο ισχυρός είναι ένας παράγοντας είτε στο να σταματήσει κάποιον από το να κάνουν μια συμπεριφορά ή να τους επιτρέψουν να το κάνουν, (Chandon, 2018).

Η Θεωρία προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (ΘΠΣ), που θεωρείται η προέκταση της θεωρίας της έλλογης δράσης, δημιουργήθηκε κυρίως λόγω μελετών που έδειξαν ότι η στενή σχέση μεταξύ πρόθεσης συμπεριφοράς και πραγματικής συμπεριφοράς δεν είναι και τόσο ακριβής, αφού η πρόθεση συμπεριφοράς δεν οδηγεί πάντα στη συμπεριφορά λόγω της ύπαρξης περιστασιακών περιορισμών (οι άνθρωποι έχουν ελλιπή βουλευτικό έλεγχο). Έτσι, προστέθηκε ένα νέο στοιχείο επίδρασης: ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς και προέκυψε η θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς. Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς προέρχεται από τη θεωρία της αντιληπτής αυτο-αποτελεσματικότητας" (perceived self-efficacy), με άλλα λόγια "αντίληψη για την αποτελεσματικότητα του ίδιου του ατόμου" ή ως "πεποιθήσεις για την αυτο-αποτελεσματικότητα" (self-efficacy beliefs). και η οποία σχετίζεται με τη σειρά της με τη κοινωνικό-γνωστική θεωρία του A. Bandura , (Bandura, 2001).

Σύμφωνα με τη θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, η πρόθεση ενός ατόμου είναι αποτέλεσμα τριών μεταβλητών:

1. Η προσωπική στάση που αφορά το άθροισμα των γνώσεων, των στάσεων και των προκαταλήψεων μας

2. Οι υποκειμενικοί κανόνες που αφορούν τον τρόπο με τον οποίο βλέπουμε τις ιδέες άλλων ανθρώπων σχετικά με μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (για παράδειγμα είναι το κάπνισμα)
3. Ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς που επηρεάζει τις προθέσεις μας να συμπεριφερόμαστε με έναν συγκεκριμένο τρόπο, δηλαδή όσο περισσότερο έλεγχο πιστεύουμε ότι έχουμε στη συμπεριφορά μας, τόσο ισχυρότερη είναι η πρόθεση μας να εκτελέσουμε τη συμπεριφορά

Η θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς έχει πρακτικές εφαρμογές. έχει χρησιμοποιηθεί σε εκστρατείες αγωγής υγείας. Οι εκστρατείες κατά των ναρκωτικών δίνουν συχνά δεδομένα σχετικά με το ποσοστό των ατόμων που εμπλέκονται σε επικίνδυνες συμπεριφορές όπως το κάπνισμα ή η χρήση ναρκωτικών για να αλλάξουν τον υποκειμενικό κανόνα. Για παράδειγμα, οι έφηβοι που καπνίζουν συνήθως ανήκουν σε μια ομάδα συνομηλίκων που καπνίζουν, επομένως μπορεί να πιστεύουν ότι το κάπνισμα είναι ο κανόνας, ωστόσο οι περισσότεροι έφηβοι δεν καπνίζουν, επομένως η έκθεση σε στατιστικά στοιχεία τους δείχνουν την πραγματική έκταση του καπνίσματος θα πρέπει να αλλάξει τον υποκειμενικό τους κανόνα.

Η θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς χρησιμοποιείται περισσότερο στην ψυχολογία της υγείας και φάνηκε αρκετά χρήσιμη στην πρόβλεψη των προθέσεων που σχετίζονται με το κάπνισμα και το ποτό, όπως υποστηρίζεται από τους Hagger et al. Διαπιστώθηκε ότι τα τρία από τα συστατικά του μοντέλου (προσωπικές στάσεις, υποκειμενικοί κανόνες και αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς) συσχετίστηκαν με τις προθέσεις των εθισμένων στο αλκοόλ να περιορίσουν ή να σταματήσουν το αλκοόλ. Διαπίστωσε επίσης ότι αυτές οι προθέσεις αντικατοπτρίζονταν στη συμπεριφορά τους και μπορούσε να προβλέψει τον κατά προσέγγιση αριθμό των μονάδων που καταναλώθηκαν μετά από 1 και 3 μήνες. Ωστόσο, δεν προέβλεψε την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, (Hagger MS, 2012 Feb).

Ωστόσο, οι Webb et al. (2006) πραγματοποίησαν μια μετά-ανάλυση 47 μελετών και διαπίστωσε ότι αν και υπάρχει σύνδεση μεταξύ της πρόθεσης και της πραγματικής συμπεριφοράς, αυτή η σχέση είναι μικρή. Αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχει ένα σημαντικό χάσμα μεταξύ των προθέσεων και της συμπεριφοράς, (Webb TL, 2006 Mar).

Υπάρχουν όμως μεθοδολογικά προβλήματα που σχετίζονται με την έρευνα σε αυτή τη θεωρία. Όλα τα στοιχεία του μοντέλου αξιολογούνται χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια ή συνεντεύξεις, έτσι ώστε οι απαντήσεις να επηρεάζονται από την κοινωνική επιθυμία.

Η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς υποθέτει ότι όλες οι συμπεριφορές είναι συνειδητές, αιτιολογημένες και προγραμματισμένες, ωστόσο δεν λαμβάνει υπόψη το ρόλο των συναισθημάτων όπως η λύπη, η απογοήτευση... που μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στον επηρεασμό της συμπεριφοράς.

Εν κατακλείδι η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς έχει δείξει μεγαλύτερη χρησιμότητα στη δημόσια υγεία από το μοντέλο πεποίθησης για την υγεία, αλλά εξακολουθεί να είναι περιοριστικό στην αδυναμία του να εξετάσει τις περιβαλλοντικές και οικονομικές επιρροές. Τα τελευταία χρόνια, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν ορισμένες κατασκευές της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και πρόσθεσαν άλλα στοιχεία από τη συμπεριφορική θεωρία για να το κάνουν ένα πιο ολοκληρωμένο μοντέλο. Αυτό έγινε ως απάντηση σε ορισμένους από τους περιορισμούς της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση προβλημάτων δημόσιας υγείας.

Παραδείγματα εφαρμογής της Θεωρίας της (προ)Σχεδιασμένης συμπεριφοράς στην ελληνική βιβλιογραφία αποτελεί:

- Σε έρευνα του Θεοδωράκη Υ. (1994) με τίτλο Σχεδιασμένη Συμπεριφορά, Ισχύς Στάσης, Ταυτότητα Ρόλου και Πρόβλεψη Συμπεριφοράς Άσκησης ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει τις στάσεις και τις προθέσεις των αθλητών και των προπονητών σχετικά με το ντόπινγκ, χρησιμοποιώντας το μοντέλο της θεωρίας της προγραμματισμένης συμπεριφοράς. Στη μελέτη συμμετείχαν εκατό σαράντα τρεις αθλητές που ασχολούνταν με ανταγωνιστικά αθλήματα και 50 προπονητές. Χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση των δημογραφικών στοιχείων (ηλικία, φύλο, τύπος αθλήματος, αγωνιστικό επίπεδο, χρόνια συμμετοχής στον αθλητισμό και εκπαίδευση), στάσεις, υποκειμενικά πρότυπα, αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς, τις προθέσεις, την ηθική και τις επιλογές ντόπινγκ αθλητών και προπονητών όσον αφορά το ντόπινγκ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι στάσεις (62%), ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς (3%) και η ηθική (4%) ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για τις προθέσεις των αθλητών να εμπλακούν σε επιλογές ντόπινγκ, και οι στάσεις των προπονητών ήταν ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για τις προθέσεις να συμμετέχουν σε επιλογές ντόπινγκ (72%), (Theodorakis, 1994).
- Οι Goudas και Hassandra (2006) θέλησαν να εξετάσουν τους παράγοντες παρακίνησης των Ελλήνων μαθητών για συμμετοχή στο μάθημα της φυσικής αγωγής, καθώς και τη σχέση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων παρακίνησης και των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων από τη συμμετοχή. Οι συμμετέχοντες ήταν 1055 μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης από σχολεία της βόρειας και κεντρικής Ελλάδας. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη

διάρκεια των μαθημάτων φυσικής αγωγής και οι μαθητές απάντησαν σε μια σειρά ερωτηματολογίων διατηρώντας το απόρρητο των απαντήσεων τους. Οι μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν αφορούσαν τις προσδοκίες και την εσωτερική παρακίνηση των μαθητών και χρησιμοποιήθηκαν αντιστοίχως οι κλίμακες μέτρησης. Συμπερασματικά η παραπάνω έρευνα καταδεικνύει τις προθέσεις και τις προτιμήσεις των μαθητών για το μάθημα της φυσικής αγωγής, οι οποίες μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με τις απόψεις τους, ωστόσο η συσχέτιση μεταξύ προσδοκιών και εσωτερικής παρακίνησης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα συμμετοχής, (Hassandra, 2006).

4.3 Η Θεωρία του Αυτό-καθορισμού (Self - determination Theory SDT: Deci & Ryan,2000)

Η 'Θεωρία του Αυτό-καθορισμού' (συντομογραφία: SDT), που θεμελιώθηκε από τους E.L. Deci και R.M. Ryan, αποτελεί μια ψυχολογική θεώρηση της ανθρώπινης παρακίνησης. Η θεωρία του Αυτό-καθορισμού αντιπροσωπεύει ένα ευρύ πλαίσιο για τη μελέτη των ανθρώπινων κινήτρων και προσωπικότητας. Δηλαδή, υποστηρίζει ότι η ποιότητα των κινήτρων ενός ατόμου θα μπορούσε να εξηγήσει την προσπάθεια, την επιμονή και την επιτυχία στην επίτευξη τέτοιων στόχων, (Ryan RM, 2000).

Πρόκειται για μια θεωρία που ορίζει τις εσωτερικές και ποικίλες εξωτερικές πηγές κινήτρων και μια περιγραφή των αντίστοιχων ρόλων των εσωτερικών και τύπων εξωγενών κινήτρων στη γνωστική και κοινωνική ανάπτυξη και στις ατομικές διαφορές. Ίσως το πιο σημαντικό, οι προτάσεις της Θεωρίας του Αυτό-καθορισμού εστιάζουν επίσης στον τρόπο με τον οποίο κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες διευκολύνουν ή υπονομεύουν την αίσθηση της βούλησης και της πρωτοβουλίας των ανθρώπων, εκτός από την ευημερία και την ποιότητα της απόδοσής τους.

Οι συνθήκες που υποστηρίζουν την εμπειρία του ατόμου σχετικά με την αυτονομία, την ικανότητα και τη συγγένεια υποστηρίζεται ότι ενθαρρύνουν τις πιο ηθελημένες και υψηλής ποιότητας μορφές κινήτρων και δέσμευσης για δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων των βελτιωμένων επιδόσεων, της επιμονής, και τη δημιουργικότητα.

Επιπλέον, η Θεωρία του Αυτό-καθορισμού προτείνει ότι ο βαθμός στον οποίο οποιαδήποτε από αυτές τις τρεις ψυχολογικές ανάγκες δεν υποστηρίζεται ή εμποδίζεται σε ένα κοινωνικό πλαίσιο θα έχει ισχυρό επιζήμιο αντίκτυπο στην ευεξία σε αυτό το περιβάλλον.

Η Θεωρία του Αυτό-καθορισμού είναι μια οργανική διαλεκτική προσέγγιση. Ξεκινά με την υπόθεση ότι οι άνθρωποι είναι ενεργοί οργανισμοί, με εξελιγμένες τάσεις προς την ανάπτυξη, τον έλεγχο των προκλήσεων του περιβάλλοντος και την ενσωμάτωση νέων εμπειριών σε μια συνεκτική αίσθηση του εαυτού. Αυτές οι φυσικές αναπτυξιακές τάσεις, ωστόσο, δεν λειτουργούν αυτόματα, αλλά απαιτούν συνεχείς κοινωνικές τροφές και υποστήριξη. Δηλαδή, το κοινωνικό πλαίσιο μπορεί είτε να υποστηρίξει είτε να εμποδίσει τις φυσικές τάσεις για ενεργό δέσμευση και ψυχολογική ανάπτυξη, είτε μπορεί να καταλύσει την έλλειψη ολοκλήρωσης, άμυνας και εκπλήρωσης υποκατάστατων αναγκών. Έτσι, η διαλεκτική μεταξύ του ενεργού οργανισμού και του κοινωνικού πλαισίου είναι η βάση για τις προβλέψεις της Θεωρίας του Αυτό-καθορισμού σχετικά με τη συμπεριφορά, την εμπειρία και την ανάπτυξη. Στο βαθμό που οι ανάγκες ικανοποιούνται διαρκώς, οι άνθρωποι θα αναπτύσσονται και θα λειτουργούν αποτελεσματικά και θα βιώνουν ευεξία, αλλά στο βαθμό που αποτρέπονται, οι άνθρωποι θα αποδεικνύουν πιο πιθανή κακή κατάσταση και μη βέλτιστη λειτουργία.

Παράδειγμα εφαρμογής της Θεωρίας του Αυτό-καθορισμού στην ελληνική βιβλιογραφία αποτελεί:

- Η μελέτη είναι του Thibault Landry A, Papa Hristopoulos K, Gradito Dubord MA, Forest J. με τίτλο "Here's Some Money, Your Work's So Worthy?" A Brief Report on the Validation of the Functional Meaning of Cash Rewards Scale. Στην παρούσα έρευνα, επικυρώθηκε μια νέα κλίμακα που αναπτύχθηκε από τη θεωρία του Αυτό-καθορισμού για την αξιολόγηση της λειτουργικής σημασίας των ανταμοιβών σε μετρητά που προσφέρονται στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα με την θεωρία του Αυτό-καθορισμού, οι ανταμοιβές μπορούν να λάβουν διαφορετικές σημασίες με βάση τον τρόπο που τις αντιλαμβάνονται τα άτομα. Σε μια σειρά τριών μελετών σε διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά πλαίσια, επαναλήφθηκε η δομή δύο παραγόντων της κλίμακας που μετρά αντίστοιχα τις ενημερωτικές και ελεγκτικές έννοιες των ανταμοιβών σε μετρητά στο χώρο εργασίας. Στη Μελέτη 1, επικυρώθηκε στην αγγλική έκδοση της κλίμακας διερευνώντας και στη συνέχεια επιβεβαιώνοντας τη δομή δύο παραγόντων της με δύο δείγματα αγγλόφωνων υπαλλήλων. Αντιγράφηκε περαιτέρω η δομή δύο παραγόντων του σε ένα γαλλόφωνο δείγμα εργαζομένων στη Μελέτη 2 και σε ένα ελληνόφωνο δείγμα εργαζομένων στη Μελέτη 3, επιτρέποντάς να επικυρωθεί η γαλλική και η ελληνική εκδοχή του. Τα αποτελέσματα από τις τρεις μελέτες δείχνουν πώς οι διαφορετικές έννοιες που αποδίδονται στις ανταμοιβές μετρητών, π.χ., πληροφοριακές ή ελεγκτικές, σχετίζονται διαφορετικά με τις αυτόνομες και ελεγχόμενες μορφές κινήτρων που βασίζονται στην SDT.

Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι χρηματικές ανταμοιβές στο χώρο εργασίας επηρεάζουν διαφορετικά τα κίνητρα των εργαζομένων ανάλογα με το αν θεωρούνται ως πληροφοριακά ή ελεγκτικά, παρέχοντας έτσι εμπειρικά στοιχεία για τις θεωρητικές και πρακτικές επιπτώσεις της έννοιας της λειτουργικής σημασίας των ανταμοιβών μετρητών της SDT. Η έρευνά συμβάλλει στην αξιολόγηση και την κατανόηση των εργαζομένων.

4.4 Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την υγεία (Μ.Π.Υ.) (Health Belief Model-HBM) (Becker, 1974; Rosenstock, 1974)

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, μια ποικιλία από προληπτικούς ελέγχους υγείας (π.χ. φυματίωση και τεστ Παπανικολάου) και υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας (π.χ. εμβολιασμοί, εμβόλιο πολιομυελίτιδας) προσφέρθηκαν στο κοινό έναντι αμοιβής. Παρατηρητές της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ παρατήρησαν ότι ορισμένα άτομα δεν συμμετείχαν στις υπηρεσίες. Οι ερευνητές προσπάθησαν να προσδιορίσουν ένα πλαίσιο για να εξακριβώσουν γιατί ένα άτομο θα/δεν θα συμμετείχε στην επιθυμητή δραστηριότητα/συμπεριφορά υγείας, (Pender, 1987).

Μέσα από τις προσπάθειές τους, αναπτύχθηκε το μοντέλο πεποίθησης υγείας (HBM) για να εξετάσει τις συμπεριφορές υγείας των ανθρώπων. Η κεντρική έννοια του μοντέλου πεποίθησης της υγείας βασίστηκε στην αντίληψη της απειλής και την αξιολόγηση της συμπεριφοράς. Η αντίληψη της απειλής αποτελείται από δύο βασικές πεποιθήσεις, την αντιληπτή ευαισθησία σε ασθένειες ή προβλήματα υγείας και την αναμενόμενη σοβαρότητα των συνεπειών των ασθενειών. Όμως και η αξιολόγηση της συμπεριφοράς αποτελείται από δύο διαφορετικά σύνολα πεποιθήσεων, τα οποία είναι αυτά που αφορούν τα οφέλη ή την αποτελεσματικότητα μιας συνιστάμενης συμπεριφοράς για την υγεία και εκείνα που αφορούν το κόστος ή τα εμπόδια για την εφαρμογή της συμπεριφοράς, (Becker M. , 1974).

Συνοπτικά οι τρεις βασικοί παράμετροι του μοντέλου αφορούν:

Τους τροποποιητικούς παράγοντες που προσδιορίζονται ως:

- Δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, φυλή, εθνικότητα κ.λπ.)
- Κοινωνιο-ψυχολογικές μεταβλητές (κοινωνική τάξη, πίεση συνομηλίκων κ.λπ.)
- Δομικές μεταβλητές (γνώση για τη νόσο, προηγούμενη εμπειρία με τη νόσο κ.λπ.)
- Ενδείξεις για δράση (καθοδήγηση από άλλους, διαφημίσεις μέσων, κ.λπ.)

Τις ατομικές αντιλήψεις που προσδιορίζονται ως :

- Αντιληπτή ευαισθησία (αντιλαμβανόμενος κίνδυνος να προσβληθεί κάποιος από μια ασθένεια ή ασθένεια)
- Αντιληπτή σοβαρότητα (ατομικές αντιλήψεις σχετικά με τον αντίκτυπο της ασθένειας εάν προσβληθεί ή αφεθεί χωρίς θεραπεία [αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τον αντίκτυπο στην οικογένεια και την εργασία καθώς και τις συνέπειες της διαδικασίας για την ιατρική κατάσταση, όπως πόνος ή αναπηρία])
- Αντιληπτή απειλή (η αντίληψη του ατόμου για το βαθμό απειλής και η σιγουριά ότι η επιθυμητή ενέργεια θα επηρεάσει αυτήν την απειλή)

Η πιθανότητα δράσης που περιγράφεται ως:

- Αντιληπτά οφέλη (η αντιληπτή αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων)
- Αντιληπτά εμπόδια (το κόστος για το άτομο, ευκολία, χρόνος, πόνος κ.λπ.)

Αν και είναι γενικά αποδεκτό ως θεωρητικό μοντέλο συμπεριφοράς υγείας, μετά από πιο προσεκτική ανασκόπηση φαίνεται να είναι απλώς μια άρθρωση μεταβλητών που δυνητικά επηρεάζουν συμπεριφορές. Μια ανασκόπηση σαράντα έξι μελετών που χρησιμοποιούν το HBM ως πλαίσιο συμπεριφοράς για την υγεία εξέτασε το μοντέλο από τη σκοπιά της συμπεριφοράς ασθενούς, της κλινικής χρήσης και της προληπτικής συμπεριφοράς υγείας, τόσο μέσω προοπτικών όσο και αναδρομικών εξετάσεων. Τα αποτελέσματα ήταν ότι η αντιληπτή ευαισθησία ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για προληπτικές συμπεριφορές υγείας. Ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για τη συμπεριφορά ασθενούς ρόλου ήταν τα αντιληπτά οφέλη, (Janz NK, 1984).

Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία έχει λάβει αρκετή εμπειρική υποστήριξη, υπάρχουν ορισμένα σημεία που επιδέχονται κριτικής, για παράδειγμα, (Becker, 1986): φαίνεται να αγνοεί το πλαίσιο που δρα το άτομο και δίνει έμφαση μόνο στις ατομικές πεποιθήσεις, και, δεν προβλέπει στρατηγικές ή τρόπους αλλαγής των δυσλειτουργικών αντιλήψεων.

Έχει χρησιμοποιηθεί σε τρεις κατηγορίες συμπεριφορών υγείας, (Καραδήμας, 2005): τις Συμπεριφορές πρόληψης ή πρώιμης ανίχνευσης ασθενειών (διατροφή, διακοπή καπνίσματος, εμβολιασμοί, αντισύλληψη) για τις Συμπεριφορές σχετιζόμενες με το ρόλο του ασθενή (συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, μετά τη διάγνωση της πάθησης) και τέλος για Συμπεριφορές σχετιζόμενες με τη χρήση υπηρεσιών υγείας (συχνότητα επισκέψεων στον ιατρό).

4.5 Το Δια Θεωρητικό Μοντέλο (transtheoretical model / stages of change model -TTM, Prochaska & DiClemente, 1983)

Ιστορικά, η προσέγγιση του δια θεωρητικού μοντέλου ξεκινά από τα κολεγιακά χρόνια του James Prochaska, ο οποίος βίωσε την απώλεια του πατέρα του λόγω αλκοολισμού και κατάθλιψης και κατά τη διάρκεια της ασθένειάς του έδειξε μία χαρακτηριστική έλλειψη εμπιστοσύνης στην ψυχοθεραπεία, και αρνούνταν να αναζητήσει τέτοιου είδους βοήθεια, απόφαση που ίσως οδήγησε και στην τραγική του κατάληξη. Αυτή η εμπειρία του Prochaska τον οδήγησε να ακολουθήσει σπουδές ψυχολογίας προκειμένου να κατανοήσει καλύτερα και να βοηθήσει περισσότερο ανθρώπους σαν τον πατέρα του.

Ο στόχος των Prochaska και του συναδέλφου του Carlo Di Clemente ήταν να εξετάσουν αν υπήρχαν κάποια κοινά μοτίβα μεταξύ διαφορετικών γνωστικών και συμπεριφορικών προσεγγίσεων της σύγχρονης ψυχολογίας. Η ανακάλυψη των κοινών σταδίων και διαδικασιών, αρχικά προέκυψε από σε βάθος συνεντεύξεις με άτομα που κατάφεραν να αντιμετωπίσουν τον εθισμό τους στη νικοτίνη, (DiClemente C.C., 1991).

Το Δια Θεωρητικό Μοντέλο αποτελείται από έξι στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς, που έχουν ως στόχο τη προοδευτική μετακίνηση του ατόμου στα στάδια αυτά με διαδοχική διεργασία και ως επιτυχία ορίζεται η μετακίνηση από οποιοδήποτε στάδιο σε επόμενο, και όχι απλά η απόλυτη αλλαγή της συμπεριφοράς, όμως η υποτροπή πιθανή να συμβεί σε όποιο στάδιο ετοιμότητας κι αν έχει κατακτήσει. Τα στάδια έχουν ως εξής:

- Το στάδιο του Προσυλλογισμού όπου το άτομο δεν προτίθεται να προβεί σε αλλαγή συμπεριφοράς στους επόμενους έξι μήνες. Τα περισσότερα άτομα σε αυτό το στάδιο αγνοούν τα προβλήματά τους, έχουν μηδαμινή ή ελλιπή πληροφόρηση για τα προβλήματά τους και τείνουν να αποφεύγουν να σκέπτονται ή να ενημερώνονται σχετικά με τις υψηλού κινδύνου συμπεριφορές που εκδηλώνουν.
- Το στάδιο του Συλλογισμού όπου το άτομο προτίθεται να αλλάξει τη συμπεριφορά του στο διάστημα των επόμενων έξι μηνών. Οι άνθρωποι παραμένουν συχνά κολλημένοι στο στάδιο αυτό για μεγάλες χρονικές περιόδους κατά τις οποίες έχουν ανάμικτα συναισθήματα ή αντιφατικές ιδέες για κάτι ή κάποιον (αμφιθυμία).
- Το στάδιο της Προετοιμασίας όπου το άτομο προτίθεται να αναλάβει δράση για την τροποποίηση της συμπεριφοράς του στο άμεσο μέλλον και πιο συγκεκριμένα στο διάστημα ενός μήνα. Ενώ έχουν μειώσει το πρόβλημά τους, τα άτομα στο στάδιο της

προετοιμασίας δεν έχουν φθάσει ακόμα σε σημείο να ικανοποιούν κάποια κριτήρια της αποτελεσματικής δράσης, όπως η αποχή από το κάπνισμα ή η απουσία κλινικής κατάθλιψης. Σκοπεύουν, εντούτοις, να λάβουν τέτοια μέτρα στο εγγύς μέλλον.

- Το στάδιο της Δράσης όπου το άτομο που βρίσκεται στο στάδιο αυτό έχει ήδη προβεί σε τροποποιήσεις αναφορικά με τον τρόπο ζωής του. Είναι το στάδιο στο οποίο τα άτομα ρυθμίζουν την συμπεριφορά τους, τις εμπειρίες τους και το περιβάλλον τους.
- Το στάδιο της Διατήρησης το άτομο αναλαμβάνει δράση ώστε να αποφύγει την πιθανότητα υποτροπής. Τα κριτήρια για να θεωρηθεί ότι κάποιος ανήκει στο στάδιο της διατήρησης αποτελούν το να είναι σε θέση να παραμείνει χωρίς προβληματική συμπεριφορά και να συμμετέχει με συνέπεια σε μια νέα ασυμβίβαστη με το παρελθόν του συμπεριφορά για μια χρονική περίοδο μεγαλύτερη των έξι μηνών
- Το στάδιο της Λήξης ορίζεται ως το στάδιο της ολοκληρωτικής εμπιστοσύνης στην αποτελεσματικότητα του ατόμου σε όλες τις μορφές υψηλού κινδύνου με μηδαμινό πειρασμό ως προς την υποτροπή.

Η θεωρία έχει να κάνει με συναισθήματα, γνωστικές επιδράσεις και τη συμπεριφορά, με αποτέλεσμα, σε μεγάλο βαθμό, η μέτρηση των σημαντικών εννοιών να βασίζεται σε μεθόδους αυτό-αναφοράς. Κατά συνέπεια, ζητήματα μέτρησης είναι πολύ σημαντικά για την εφαρμογή του πρότυπου και η κατασκευή σύντομων, αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων μέτρησης αποτελεί ένα κρίσιμο βήμα στην εφαρμογή της θεωρίας. Το δια θεωρητικό μοντέλο έχει εφαρμοστεί σε ένα εύρος συμπεριφορών, όπως διακοπή καπνίσματος, υιοθέτηση φυσικής άσκησης, διατροφή με χαμηλά λιπαρά, έλεγχος για ραδόνιο, κατάχρηση αλκοόλ, έλεγχος βάρους, χρήση προφυλακτικού, χρήση αντηλιακού για την πρόληψη του καρκίνου του δέρματος, συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, μαστογραφία, οργανωτική αλλαγή, διαχείριση στρες.

Παράδειγμα εφαρμογής του δια θεωρητικού μοντέλου στην ελληνική βιβλιογραφία αποτελεί η έρευνα του Α. Παπαϊωάννου, Ε. Μπεμπέτσου, Σ. Καφετζή & Α. Σάγκοβιτς με τίτλο *Προκαταρκτική Μελέτη της Εγκυρότητας Ερωτηματολογίου, με Βάση το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής ως προς την Άσκηση - Φυσική δραστηριότητα*.

Η μελέτη στηρίχθηκε στο μοντέλο των σταδίων αλλαγής συμπεριφοράς, σύμφωνα με το οποίο οι άνθρωποι ανάλογα με τις στρατηγικές/διαδικασίες που υιοθετούν ως προς την άσκηση ταξινομούνται στα στάδια αδιαφορίας, σκέψης, προετοιμασίας, πράξης και διατήρησης της άσκησης.

Σκοπός της μελέτης ήταν η προκαταρκτική μελέτη της εγκυρότητας ενός ερωτηματολογίου διαδικασιών Αλλαγής ως προς την Άσκηση. Στα ερωτηματολόγια απάντησαν 482 φοιτητές και φοιτήτριες των ΤΕΦΑΑ. Τα δεδομένα από την παραγοντική ανάλυση υποστηρίζουν την παραγοντική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, αλλά ταυτόχρονα δηλώνουν ότι χρειάζονται κάποιες τροποποιήσεις και περαιτέρω βελτίωση. Οι κλίμακες για τις διαδικασίες αλλαγής ταξινόμησαν τους φοιτητές στα στάδια αλλαγής που αναμένονται σύμφωνα με τη θεωρία, αλλά μόνο οι μισές διαδικασίες συνέβαλαν σ' αυτή την ταξινόμηση. Οι φοιτητές που ασκούνταν συχνά είχαν υψηλότερη τιμή σε όλες τις διαδικασίες αλλαγής απ' ότι οι φοιτητές που ασκούνται σπάνια ή καθόλου. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά τόσο για την εγκυρότητα των παρόντων οργάνων μέτρησης όσο και για τη σημασία του μοντέλου ως προς την προαγωγή της άσκησης και φυσικής δραστηριότητας στη χώρα μας, (Παπαϊωάννου, 2006).

4.6 Το μοντέλο της διαδικασίας υιοθέτησης προφύλαξης (Precaution adoption process model - PAPM, Weinstein & Sandman, 1992)

Το μοντέλο της διαδικασίας υιοθέτησης προφύλαξης (PAPM), αναπτύχθηκε από τον Weinstein με σκοπό τη δημιουργία ενός πλαισίου εργασίας, προκειμένου να κατανοηθούν οι ενέργειες που λαμβάνονται για τη μείωση των κινδύνων της υγείας. Οι περισσότερες θεωρίες ατομικής προληπτικής συμπεριφοράς θεωρούν τη διαδικασία υιοθέτησης της προφύλαξης ως κίνηση κατά μήκος μιας συνέχειας. Αυτό το μοντέλο έχει πολλές ομοιότητες με το δια θεωρητικό μοντέλο αλλαγής που αναπτύχθηκε από τους Prochaska και DiClemente, (Weinstein, 1992).

Είναι γνωστό πως η πρωταρχική οπτική για το μοντέλο διαδικασίας υιοθέτησης Προφύλαξης αναπτύχθηκε από τους Irving Janis και Leon Mann (1977), οι οποίοι προσπάθησαν να εξηγήσουν οπτικές, οι οποίες θα έδιναν απαντήσεις και θα λειτουργούσαν προληπτικά σε απειλές προτείνοντας διακριτές κατηγορίες που προέρχονται από τις πεποιθήσεις των ανθρώπων για την ικανότητα τους ως προς την αντιμετώπιση ερχόμενων απειλών, (Irving, 1977).

Σχεδόν σε όλα τα στάδια μοντέλο διαδικασίας υιοθέτησης Προφύλαξης πριν από τη δράση, ορίζεται περισσότερο με όρους ψυχικής κατάστασης, παρά με όρους εξωτερικών παραγόντων ενός ατόμου, όπως για παράδειγμα η τρέχουσα ακόμη και οι προηγούμενες συμπεριφορές.

Ούτε όμως τα στάδια μοντέλο διαδικασίας υιοθέτησης προφύλαξης είναι δυνατό να ορίζονται βάσει κριτηρίων που αφορούν μόνο την υγεία.

Το μοντέλο της διαδικασίας υιοθέτησης προφύλαξης αποτελείται από επτά καταστάσεις (ή στάδια) μεταξύ άγνοιας και ολοκληρωμένης προληπτικής.

Ξεκινώντας από το πρώτο στάδιο, φαίνεται πως το άτομο δεν βρίσκεται σε θέση να γνωρίζει πως η συμπεριφορά μπορεί να απειλήσει μια υγιή κατάσταση. Αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως έλλειψη γνώσης, επομένως έλλειψη συνειδητοποίησης του κινδύνου.

Στο δεύτερο στάδιο, το άτομο αρχίζει να αντιλαμβάνεται πως η συμπεριφορά ενέχει κάποιους κινδύνους, αλλά ταυτόχρονα αντιλαμβάνεται τόσο τους κινδύνους, όσο και τη συμπεριφορά ως ανεπαρκείς ώστε γι' αυτό και αποτελούν απειλή για την υγεία.

Στο τρίτο στάδιο, οι άνθρωποι αποφασίζουν για το αν θα δράσουν. Μερικοί έχουν πολλά ανταγωνιστικά ζητήματα στο μυαλό, με αποτέλεσμα να καταναλώνουν την ικανότητα της προσοχής, η οποία με τη σειρά της είναι ικανή να επηρεάσει την εξέταση του γεγονότος για το αν πρέπει να ενεργήσουν.

Στο τέταρτο στάδιο, το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση που έχει την δυνατότητα να συνειδητοποιήσει αλλά και να αναγνωρίσει το γεγονός πως μια συμπεριφορά μπορεί να αποτελέσει απειλή. Κάποιοι όμως μπορεί να έχουν την προδιάθεση να δράσουν, αλλά να το πραγματοποιήσουν με έναν πιο ενεργό τρόπο.

Στη συνέχεια στο πέμπτο στάδιο, τη στιγμή που ένα άτομο έχει αποφασίσει το γεγονός να μην ενεργήσει, δεν σημαίνει απαραίτητα πως το άτομο θα είναι ενεργό και θα κάνει κάποιου είδους ενέργεια.

Συνεχίζοντας την ανάλυση στο έκτο στάδιο, όπου το άτομο πραγματοποιεί τις απαραίτητες ενέργειες στοχεύοντας στη μείωση του κινδύνου. Τέλος στο έβδομο στάδιο, όπου ορισμένες από τις νέες συμπεριφορές που επιτεύχθηκαν πιθανόν να μην διαρκέσουν πολύ. Το συγκεκριμένο τελικό στάδιο δεν είναι πάντοτε παρόν.

Τα προαναφερθέντα επτά στάδια αντιπροσωπεύουν διαφορετικά πρότυπα που επιδεικνύουν οι άνθρωποι στη συμπεριφορά αλλά και τις εμπειρίες. Οι μεταβάσεις μεταξύ των σταδίων εξαρτώνται τόσο από τις εκτιμήσεις και όσο την κρίση του ατόμου. Μια αλλαγή συμπεριφοράς συμβαίνει με την πάροδο του χρόνου, σε αντίθεση με κάποιες άλλες θεωρίες σταδίου. Επιπλέον, αναγνωρίζει τις διαφορές μεταξύ των ανθρώπων, οι οποίοι ενεργούν ή σκοπεύουν να δράσουν. Βέβαια, υπάρχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα για την κατανόηση του μοντέλου και πιο δύσκολη η εφαρμογή και η ενσωμάτωσή του στους ανθρώπους, καθώς οι ίδιοι απαιτούν περισσότερους πόρους.

4.7 Το μοντέλο σχεδιασμού και αξιολόγησης (RE-AIM Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance)

Το μοντέλο σχεδιασμού και αξιολόγησης RE-AIM (Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance) σχεδιάστηκε πριν από δύο δεκαετίες. Αποτελεί ένα από τα πιο συχνά εφαρμοζόμενα μοντέλα υλοποίησης, καθώς το RE-AIM έχει πλέον έχει αναφερθεί σε περισσότερες από 2.800 έρευνες και μελέτες. Το μοντέλο έχει αξιοποιηθεί για την κατανόηση και την εφαρμογή στον πραγματικό κόσμο εντός μιας κοινότητας η και σε κλινικά περιβάλλοντα, όπου οι πόροι μιας έρευνας και αξιολόγησης είναι περιορισμένοι.

Το μοντέλο αναπτύχθηκε για πρώτη φορά με σκοπό να βοηθήσει στη διεξαγωγή έρευνας ευρήματα πιο γενικεύσιμα δίνοντας μια ώθηση στους επιστήμονες με απώτερο στόχο να ισορροπήσουν την εσωτερική και την εξωτερική εγκυρότητα. Στόχος είναι η παραγωγή προγραμμάτων και πολιτικές με μεγάλη πιθανότητα υιοθέτησης και βιωσιμότητας σε κοινοτικά ή κλινικά περιβάλλοντα, (Shaw, 2019).

Το πλαίσιο RE-AIM αναπτύχθηκε για να αντιμετωπίσει το ζήτημα ότι η μετάφραση των επιστημονικών προόδων στην πράξη, και ιδίως στον αντίκτυπο και την πολιτική στη δημόσια υγεία, ήταν αργή και άδικη.

Το RE-AIM είναι ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα πλαίσια για τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των αιτήσεων επιχορήγησης στους περισσότερους από τους κορυφαίους οργανισμούς έρευνας υγείας και ιατρικής στις ΗΠΑ και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως (εθνικά και διεθνώς) και σε πληθυσμούς, ρυθμίσεις και συνθήκες υγείας. Ορισμένες διεθνείς εφαρμογές περιλαμβάνουν χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος συμπεριλαμβανομένης της Αυστραλίας, της Ολλανδίας και της Βραζιλίας.

Οι διαστάσεις RE-AIM περιλαμβάνουν την προσέγγιση (R), την αποτελεσματικότητα (E) και τη συντήρηση (M) που λειτουργούν σε ατομικό επίπεδο (δηλαδή, εκείνοι που προορίζονται να ωφεληθούν) και την υιοθέτηση (A), την υλοποίηση (I), και συντήρηση (M), που εστιάζουν στο προσωπικό και τα επίπεδα ρύθμισης. Οι παράγοντες RE-AIM σε επίπεδο ρύθμισης είναι συχνά πολύ-επίπεδοι και αντιμετωπίζουν θέματα πλαισίου και εξωτερικής εγκυρότητας που είναι σημαντικά για τον αντίκτυπο του πληθυσμού.

Τα λειτουργικά στοιχεία του πλαισίου εφαρμόζονται όλο και περισσότερο με την πάροδο των ετών. Για παράδειγμα, στο παρελθόν, οι μελέτες ανέφεραν χαρακτηριστικά συμμετεχόντων που διέφεραν μεταξύ των συνθηκών της μελέτης ή μεταξύ αυτών που διατηρήθηκαν και εκείνων που χάθηκαν για την παρακολούθηση.

Ωστόσο, οι μελέτες που χρησιμοποιούν το RE-AIM συνέκριναν την αντιπροσωπευτικότητα των ατόμων που εγγράφηκαν σε μια μελέτη με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού για τον οποίο προορίζονται. Αυτές οι συγκρίσεις που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες RE-AIM αύξησαν την κατανόηση σχετικά με την πρόσβαση, την ευαισθητοποίηση, την καταλληλότητα και την πιθανή γενίκευση των στρατηγικών πρόσληψης και των προσεγγίσεων παρέμβασης.

Στο παρελθόν, η έρευνα κλινικής αποτελεσματικότητας επικεντρωνόταν σχετικά στενά στα φυσιολογικά αποτελέσματα. Το RE-AIM επέκτεινε αυτήν την εστίαση σε πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν τη δημόσια υγεία. Αυτή η προσέγγιση για την αξιολόγηση των ευρύτερων επιπτώσεων βοήθησε στην κατανόηση των συνολικών επιπτώσεων ενός προγράμματος στην ποιότητα ζωής, συμπεριλαμβανομένων των ακούσιων συνεπειών (π.χ. αύξηση της ανισότητας στην υγεία ή το κοινωνικό στίγμα της επισήμανσης κάποιου με χρόνια πάθηση).

Έχουν γίνει αρκετές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις σχετικά με τη χρήση του RE-AIM και οι πιο ολοκληρωμένες ανασκοπήσεις έχουν καλύψει τη βιβλιογραφία από το 2000 έως το 2012. Συγκεκριμένα, αυτές οι ανασκοπήσεις διαφορετικών περιοχών περιεχομένου κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα: ότι η υιοθέτηση και η συντήρηση, καθώς και η αντιπροσωπευτικότητα σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο, αναφέρθηκαν πολύ λιγότερο συχνά. Εντόπισαν συχνά ζητήματα με σύγχυση διαφορετικών διαστάσεων, ιδίως προσέγγισης (σε ατομικό επίπεδο) και υιοθεσίας (σε επίπεδο ρύθμισης).

Για να ενισχυθεί η ανάπτυξη και η εφαρμογή του πλαισίου, αρκετοί επιστήμονες συνεισέφεραν σε μια ερευνητική κοινοπραξία RE-AIM που χρηματοδοτήθηκε από το Ίδρυμα Robert Wood Johnson. Αυτή η εργασία οδήγησε στην ανάπτυξη ενός ιστοτόπου, www.re-aim.org, το 2004. Ο συγκεκριμένος ιστό τόπος χρησιμεύει ως αποθήκη διαφόρων πόρων και εργαλείων, συμπεριλαμβανομένων αυτό-κουίζ, λιστών ελέγχου, γραφικών, πινάκων, μέτρων, συμβουλών για τη χρήση του RE-AIM και όλο και περισσότερο άλλων εργαλείων κοινωνικών μέσων. Αυτά είναι διαθέσιμα για να διευκολύνουν τη λειτουργικότητα και την εφαρμογή του RE-AIM σε διάφορες παρεμβάσεις, ρυθμίσεις και πληθυσμούς. Για να ενισχυθεί ο διάλογος εντός της ευρύτερης ερευνητικής κοινότητας, διοργανώνονται μηνιαία διαδικτυακά σεμινάρια σχετικά με θέματα που σχετίζονται με το RE-AIM. αρχειοθετημένες ηχογραφήσεις είναι διαθέσιμες στον ιστότοπο (www.re-aim.org), (AIM, n.d.).

Η αποτελεσματικότητα του μοντέλου είναι ο βαθμός στον οποίο η παρέμβαση αλλάζει τα αποτελέσματα υγείας και ποιότητα ζωής, συμπεριλαμβανομένης της παραγωγής ακούσιων ή αρνητικών αποτελεσμάτων.

Το μοντέλο RE-AIM ενθαρρύνει στρατηγικές σχεδιασμού που μπορούν να προσεγγίσουν περισσότερο αποτελεσματικά τους περισσότερους ανθρώπους που απασχολούνται από θέματα υγείας προκειμένου να επιτύχουν και να διατηρήσουν θετικά αποτελέσματα για την υγεία, πρέπει υιοθετηθούν από διαφορετικά περιβάλλοντα.

Συμπερασματικά, το RE-AIM εφαρμόζεται στην έρευνα και την πρακτική εδώ και 20 χρόνια. Αν και τα αρχικά του στοιχεία έχουν παραμείνει, πολλά έχουν τροποποιηθεί και εξελιχθεί για την αντιμετώπιση αναδυόμενων ζητημάτων όπως το κόστος προσαρμογής και διάδοσης.

ΜΕΡΟΣ Β' : Εφαρμογές των Θεωριών και Μοντέλων

Κεφάλαιο 5ο:

Μεθοδολογία

Στην παρούσα εργασία το PubMed χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητική βάση. Ακολουθήθηκε μια διαδικασία ένταξης και απόρριψης άρθρων από την ερευνητική διαδικασία με βάση συγκεκριμένα κριτήρια, και εντοπίστηκαν $n=352$ συστηματικές ανασκοπήσεις.

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν διερευνητική. Για το λόγο αυτόν επιλέχθηκε μία συστηματική ανασκόπηση για κάθε θεωρία και μοντέλο ατομικού επιπέδου στο πλαίσιο παρεμβάσεων Προαγωγής Υγείας με τα παρακάτω κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού:

Κριτήρια ένταξης με βάση:	Κριτήρια αποκλεισμού με βάση:
⇒ 5 τελευταίων ετών	⇒ πηγές που δεν είχαν ελεύθερη ή ανοιχτή πρόσβαση
⇒ συστηματική ανασκόπηση	⇒ την δημοσίευση σε άλλη γλώσσα (πλην της αγγλικής)
⇒ πόσο λειτουργική είναι χρήση της θεωρίας και του μοντέλου σε παρεμβάσεις προαγωγής υγείας	⇒ Άλλα άρθρα εκτός των συστηματικών ανασκοπήσεων
⇒ αγγλική γλώσσα	

Από τις $n=352$ συστηματικές ανασκοπήσεις, που μετά από :

- ⇒ τον έλεγχο των τίτλων, των περιλήψεων και των συμπερασμάτων των επιλεγμένων προς μελέτη κειμένων, την αναγνωστική κατανόηση,
- ⇒ την εκτίμηση και επιλογή των καλύτερα μεθοδολογικών σχεδιασμένων μελετών,
- ⇒ το πόσο λειτουργική είναι η λύση της θεωρίας και των μοντέλων σε προγράμματα προαγωγής υγείας,
- ⇒ τα αναφερόμενα αποτελέσματα που σχετίζονται με οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με την θεωρία ή το μοντέλο αλλαγής συμπεριφοράς,

οδήγησε στον τελικό αριθμό $n=7$ και μελετήθηκαν διεξοδικά.

Κεφάλαιο 6ο:

Αποτελέσματα - 7 συστηματικές ανασκοπήσεις μελετών βασισμένες σε θεωρίες και μοντέλα στο πλαίσιο παρεμβάσεων της Προαγωγής Υγείας

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται να παρουσιαστούν ενδεικτικές παρεμβάσεις που εστιάζουν σε συστηματικές ανασκοπήσεις, που βασίστηκαν στις ατομικές θεωρίες και μοντέλα της προαγωγής υγείας. Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται οι συστηματικές ανασκοπήσεις που περιλήφθηκαν στην παρούσα εργασία:

A/A	Τίτλος Άρθρου	Αναφορά/ Παραπομπή	Θεωρία ή Μοντέλο	Τύπος Μελέτης
1	Cognitions and behaviours of general practitioners in France regarding HPV vaccination: A theory-based systematic review.	(Escriva-Boulley G, 2021)	Θεωρία έλλογης Δράσης	Systematic Review (n=8)
2	A Systematic Review of Genetic Testing and Lifestyle Behaviour Change: Are We Using High-Quality Genetic Interventions and Considering Behaviour Change Theory?	(Horne J, 2018)	Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς	Systematic Review (n=40)
3	Can Interpersonal Behavior Influence the Persistence and Adherence to Physical Exercise Practice in Adults? A Systematic Review.	(Rodrigues F, 2018)	Θεωρία Αυτό-καθορισμού	Systematic Review (n=172)
4	The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review.	(Zewdie A, 2022)	Μοντέλο Πεποιθήσεων Υγείας	Systematic Review (n=66)
5	Transtheoretical Model of Health Behavioral Change: A Systematic Review	(Hashemzadeh M, 2019)	Το Δια-θεωρητικό Μοντέλο-	Systematic Review (n=28)
6	Effective communication with caregivers to prevent unintentional injuries in children under seven years. A systematic review.	(Stehr P, 2022)	Το μοντέλο της διαδικασίας υιοθέτησης προφύλαξης - PAPM	Systematic Review (n=1)
7	Is it time to RE-AIM? A systematic review of economic empowerment as HIV prevention intervention for adolescent girls and young women in sub-Saharan Africa using the RE-AIM framework.	(Iwelunmor J, 2020)	Το μοντέλο σχεδιασμού και αξιολόγησης RE-AIM	Systematic Review (n=37)

6.1 Θεωρία έλλογης Δράσης - Μελέτη με τίτλο :Γνώσεις και συμπεριφορές γενικών γιατρών στη Γαλλία σχετικά με τον εμβολιασμό HPV

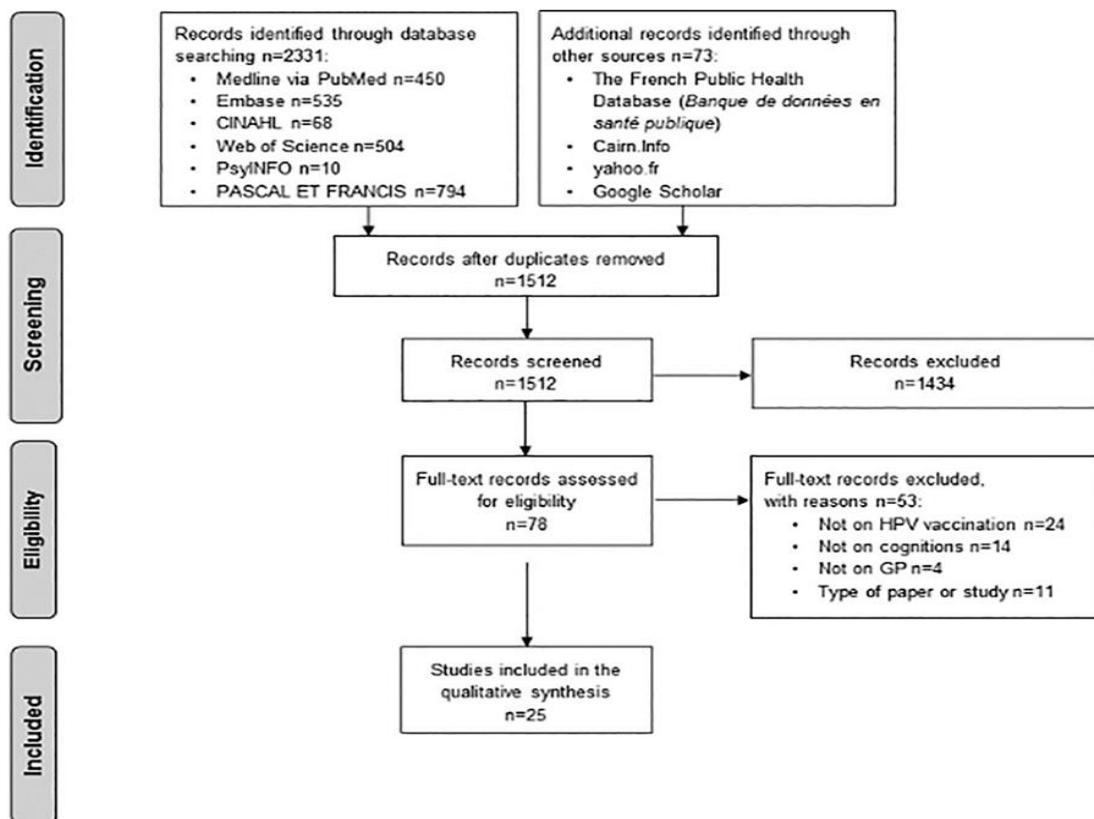
Στη Γαλλία, όπου οι γενικοί ιατροί είναι υπεύθυνοι για την παροχή συμβουλών και τον εμβολιασμό των εφήβων κοριτσιών, η κάλυψη εμβολιασμού HPV του πληθυσμού στόχου, δηλαδή των κοριτσιών ηλικίας 11–14 ετών από το 2012, δεν έχει υπερβεί το 30% από την εφαρμογή του. Για τους Γάλλους γονείς και τα νεαρά κορίτσια, τα βασικά εμπόδια σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV είναι οι ανησυχίες για σοβαρές παρενέργειες. Τα εμπόδια των γενικών ιατρών αφορούν κυρίως την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του εμβολιασμού κατά του HPV και επίσης σχετίζονται με τις εθνικές συστάσεις σχετικά με την ηλικία και τις ομάδες εμβολιασμού κατά του HPV.

Σε αυτήν την συστηματική ανασκόπηση, η θεωρία της έλλογης δράσης, ήταν το θεωρητικό πλαίσιο για να εξηγήσει και να προβλέψει τις προθέσεις και τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV.

Η συστηματική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε από τον Δεκέμβριο του 2018 έως τον Ιούλιο του 2020 στο Medline μέσω PubMed, PsycINFO, PsycARTICLES, Embase, CINAHL Plus, Web of Science, Pascal και Francis. Για να ληφθούν υπόψη για συμπερίληψη, οι τίτλοι/περιλήψεις και, στη συνέχεια, τα πλήρη κείμενα απαιτούνταν να πληρούν τα ακόλουθα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού:

Κριτήρια ένταξης	Κριτήρια αποκλεισμού
<ul style="list-style-type: none">○ Να είναι δημοσιευμένη σε οποιαδήποτε γλώσσα,○ ο πληθυσμός της μελέτης ήταν γενικοί ιατροί ή συμπεριλήφθηκαν γενικοί ιατροί,○ χρησιμοποιήθηκαν ποσοτικοί (αυτό-αναφερόμενοι ερωτηματολόγιο) και/ή ποιοτική μέθοδο (ημι-δομημένη συνέντευξη, ομάδα εστίασης),○ τα αναφερόμενα αποτελέσματα που σχετίζονται με οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με τις γνώσεις και/ή συμπεριφορές των γενικών ιατρών που σχετίζονται με τον εμβολιασμό κατά HPV,○ με έδρα τη Γαλλία ή συμπεριλαμβανομένης της Γαλλίας μεταξύ άλλων χωρών, και○ να ήταν μια πρωτότυπη μελέτη και είτε ένα άρθρο με κριτές είτε μια ιατρική διατριβή.	<ul style="list-style-type: none">○ επικεντρώθηκαν σε ψυχομετρικές επικύρωση ερωτηματολογίων, ή○ ήταν ανασκόπηση, περίληψη συνεδρίου, γνώμη ή/και δημοσιευμένη έρευνα που δεν παρείχε πλήρη περιγραφή της μεθοδολογίας και των αποτελεσμάτων ή○ ήταν μια ιατρική διατριβή της οποίας τα σχετικά αποτελέσματα δημοσιεύτηκαν σε ομότιμο αναθεωρημένο άρθρο, το οποίο ήταν μέρος της κριτικής.

Εντοπίστηκαν 2361 περιλήψεις μέσω της συστηματικής αναζήτησής και 73 επιπλέον μέσω μιας μη συστηματικής αναζήτησης. Αξιολογήθηκαν 78 εγγραφές με βάση την αξιολόγηση πλήρους κειμένου. Είκοσι πέντε μελέτες συμπεριλήφθηκαν στη σύνθεση.



Studies included in the review based on the PRISMA flow diagramme (Moher D., 2009)

Η πλειοψηφία των μελετών διεξήχθη είτε πριν από το 2011 με μερικούς περίπου το 2007–2008, δηλαδή την περίοδο κατά την οποία εφαρμόστηκε ο εμβολιασμός κατά του HPV στη Γαλλία ή κατά την περίοδο 2011–2015. Οι πιο πρόσφατες μελέτες διεξήχθησαν το 2016 ή το 2019. Το μέγεθος του δείγματος κυμαινόταν από 10 έως 31 γενικούς ιατρούς στις ποιοτικές μελέτες και από 96 έως 1598 στις ποσοτικές μελέτες. Η ποιότητα των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν διέφερε ευρέως, με δέκα άρθρα, θεωρούνται σε χαμηλό κίνδυνο (δηλ. μελέτες υψηλής ποιότητας), έξι σε μέτριο κίνδυνο (δηλαδή, μέτριας ποιότητας μελέτες) και εννέα σε υψηλό κίνδυνο μεροληψίας (δηλαδή, μελέτες χαμηλής ποιότητας).

Αν και τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν αναφέρθηκαν συστηματικά στα άρθρα, εκείνοι που ανέφεραν τα χαρακτηριστικά περιέγραψαν τις ομάδες μελέτης γενικών ιατρών ως κυρίως άνδρες (πάνω από 50% σε 20 από τα 25 άρθρα), μεσήλικες (μέσο εύρος ηλικίας: 42,3 –54 ετών), με περισσότερα από 10 χρόνια εμπειρίας στη γενική πρακτική, που εργάζεται κυρίως σε αστικές και προαστιακές περιοχές, και με φόρτο εργασίας μεταξύ 3000 και 6000 επισκέψεων ετησίως για περισσότερο από το 50% των γενικών ιατρών.

Η χρήση του θεωρητικού πλαισίου RAA για την εξαγωγή και ανάλυση δεδομένων προσέφερε νέες γνώσεις σχετικά με τις γνώσεις και τις συμπεριφορές των Γάλλων γιατρών σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV. Η ανασκόπησή έδειξε ότι, όσον αφορά τη στάση, πρόκειται για φόβους κινδύνου (δηλαδή, ανησυχίες για την ασφάλεια και την αλλαγή συμπεριφοράς) και αμφιβολίες σχετικά με τη χρησιμότητα/αποτελεσματικότητα σχετικά με τον εμβολιασμό κατά HPV, που καθοδηγούν τις αποφάσεις των γιατρών σχετικά με το αν θα συστήσουν τον εμβολιασμό κατά του HPV.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι υπάρχουν πολύ ισχυροί ηθικοί κανόνες στους γενικούς ιατρούς ως επαγγελματική ομάδα, συμπεριλαμβανομένης της αρχής της πρόληψης, η οποία είναι πολύ καλά ενσωματωμένη στους κανόνες στη Γαλλία σχετικά με τη δημόσια υγεία, το 30–50% των γενικών ιατρών ούτε θα προτείνει ούτε θα συστήσει τον εμβολιασμό κατά του HPV σε κορίτσια. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό των γιατρών με ανησυχίες και αμφιβολίες είναι πολύ υψηλό και συμβαδίζει με το ποσοστό των μη εμβολιασμένων εφήβων κοριτσιών στη Γαλλία, δηλαδή περίπου 70% το 2019.

Αν και το 88% των γενικών ιατρών αναφέρουν εμπιστοσύνη στην εξήγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού κατά του HPV, δεν είναι σε θέση να απαντήσουν σε σχετικές συγκεκριμένες ερωτήσεις. Αυτό το αποτέλεσμα μαζί με το γεγονός ότι έως και το 50% των γενικών ιατρών αναφέρει αμφιβολίες και ανησυχίες σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV είναι ενδιαφέρον.

Πράγματι, οι αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού κατά του HPV είναι εύκολα προβάσιμες στους γενικούς ιατρούς μέσω έγκυρων ιστοσελίδων υγείας. Είναι πιθανό οι Γάλλοι γενικοί γιατροί, οι οποίοι έχουν αναφερθεί ότι εργάζονται τουλάχιστον 50 ώρες την εβδομάδα, να μην έχουν χρόνο και να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV και να παρακολουθήσουν τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Μια άλλη πιθανότητα, η οποία μπορεί επίσης να σχετίζεται με τον μεγάλο φόρτο εργασίας τους, είναι ότι οι γενικοί ιατροί χρησιμοποιούν μεθόδους για την επεξεργασία πληροφοριών που σχετίζονται με τον HPV. Αυτές είναι νοητικές συντομεύσεις που τους επιτρέπουν να λαμβάνουν αποφάσεις και να επεξεργάζονται πληροφορίες πιο γρήγορα και με βάση ελλιπείς, αβέβαιες ή/και περιφερειακές πληροφορίες.

Είναι επομένως πιθανό οι παθολόγοι όταν αντιμετωπίζουν γονείς να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν τα επιχειρήματα των γονέων και ακόμη και να συστήσουν τον εμβολιασμό κατά HPV, ο οποίος είναι ένας οδηγός για τους γονείς να εμβολιαστούν.

Αυτό μπορεί να εξηγήσει τη διαφορά μεταξύ του ποσοστού σύστασης/εμβολιασμού που αναφέρθηκε από τον γενικό γιατρό (δηλαδή 70%) και τα πραγματικά ποσοστά εμβολιασμού κατά του HPV (κάτω από 30%).

Τα αποτελέσματά υποδεικνύουν ότι οι τρόποι με τους οποίους παρέχονται επί του παρόντος πληροφορίες σχετικά με τον εμβολιασμό HPV στους γενικούς ιατρούς στη Γαλλία δεν είναι επαρκείς. Η ενημέρωση του εμβολιασμού στο γαλλικό ιατρικό πρόγραμμα σπουδών έχει δείξει ορισμένους περιορισμούς. Η συνεχής ιατρική εκπαίδευση δεν είναι υποχρεωτική, παρόλο που η ολοκλήρωση τουλάχιστον μιας εκπαίδευσης αποτελεί μέρος του ετήσιου προγράμματος απόδοσης των γενικών ιατρών. Τα εργαλεία πληροφόρησης, συμπεριλαμβανομένης της συνεχούς εκπαίδευσης, θα πρέπει να αναπτυχθούν για να ευνοηθεί η λιγότερο επεξεργασία των πληροφοριών και να ληφθούν υπόψη οι περιορισμοί των γενικών ιατρών. Τόσο η σημασία του εμβολιασμού κατά του HPV όσο και ο ρόλος των γενικών ιατρών στη δημόσια υγεία θα πρέπει να τονιστεί κατά την ανάπτυξη εργαλείων ενημέρωσης και εκπαιδευτικών ενοτήτων για τον εμβολιασμό κατά του HPV.

Ο φόβος των γονέων για τις παρενέργειες του εμβολιασμού HPV αναφέρεται από περισσότερο από το 60% των γενικών ιατρών ως ένα από τα πιο σημαντικά εμπόδια για σύσταση και εμβολιασμό. Παρά την αλλαγή της ηλικιακής ομάδας στόχου από 14 ετών σε 11–14 ετών, η ηλικία των κοριτσιών παραμένει ένα ζήτημα για τους γενικούς ιατρούς, εγείροντας ακόμη περισσότερες ανησυχίες. Ο κύριος λόγος είναι ότι ο εμβολιασμός HPV παραμένει στενά συνδεδεμένος με τη σεξουαλικότητα ή τη σεξουαλική συμπεριφορά, όπως αναφέρεται σε άλλα περιβάλλοντα, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες και ο Καναδάς.

Ωστόσο, οι φόβοι ηλικίας/σεξουαλικότητας/γονέων δεν φαίνεται να επηρεάζουν την απόφαση σύστασης των γιατρών σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV (σε αυτή την ανασκόπηση). Ο εμβολιασμός μπορεί να είναι ένα ζήτημα που οφείλεται στους γονείς των κοριτσιών, αλλά οι γενικοί ιατροί έχουν εφαρμόσει μια στρατηγική, δηλαδή να εμβολιάζουν τα κορίτσια αργότερα, περίπου στην ηλικία των 14 ετών, κάτι που τονίζεται επίσης σε άλλες ανασκοπήσεις.

Τα αποτελέσματά υποδηλώνουν ότι αυτοί είναι στην πραγματικότητα οι ίδιοι οι γενικοί ιατροί που θα μπορούσαν να θεωρηθούν εμπόδιο στον εμβολιασμό κατά του HPV και ότι η έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί στον τρόπο με τον οποίο μεταφέρονται αποτελεσματικά οι πληροφορίες εμβολιασμού κατά του HPV. Ενώ αυτή η μελέτη περιελάμβανε μόνο παρεμβάσεις που σχετίζονται με τους γενικούς ιατρούς, τα ευρήματα θα ισχύουν και για άλλους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (π.χ. νοσηλεύτες), σε συστήματα υγειονομικής περίθαλψης όπου οι διαβουλεύσεις με τους ασθενείς δεν περιορίζονται στους γενικούς ιατρούς.

Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο εμβολιασμός κατά του HPV κοριτσιών ηλικίας 11-14 ετών συχνά φαίνεται να καθυστερεί σε μεγαλύτερες ηλικίες και ότι η σεξουαλικότητα φαίνεται να συνδέεται πάντα με αυτόν τον εμβολιασμό ανεξάρτητα από την ηλικία του κοριτσιού, μια επιλογή για τη διευκόλυνση του εμβολιασμού κατά του HPV θα ήταν να αύξηση της ηλικίας της ομάδας στόχου στα 15-18 έτη.

Η μελέτη έχει τους συνήθεις περιορισμούς της σύνθεσης στοιχείων από αναδρομικές έρευνες που βασίζονται στην αυτό-αναφορά, συμπεριλαμβανομένης της μεροληψίας ανάκλησης, της μεροληψίας της κοινωνικής επιθυμίας .

Θα πρέπει να τονιστεί ότι λαμβάνοντας υπόψη τη φύση του πληθυσμού που ερευνηθήκε, π.χ. των γενικών ιατρών, η κοινωνική επιθυμία και οι ευσεβείς πόθοι μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Οι συμπεριλαμβανόμενες μελέτες κάλυψαν μια περίοδο δώδεκα ετών, κατά τη διάρκεια της οποίας οι γνώσεις του GP σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του HPV ενδέχεται να είχαν αλλάξει. Αυτό δεν αξιολογήθηκε επίσημα στην ανάλυσή μας.

Η ποιότητα αυτής της ανασκόπησης μπορεί να αναγνωριστεί σχετικά με την ακρίβεια της βιβλιογραφικής έρευνας και τη χρήση των συνισταμένων οδηγιών και εργαλείων ανασκόπησης για την αξιολόγηση της μεροληψίας. Σε σύγκριση με άλλες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις που διερευνούν τις γνώσεις που σχετίζονται με τον εμβολιασμό HPV και επικεντρώνονται στις στάσεις και τις γνώσεις, η ανασκόπηση προχωρά περαιτέρω (α) χρησιμοποιώντας το θεωρητικό πλαίσιο RAA (β) αντιμετωπίζοντας τις μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των μελετών, (γ) παρέχοντας μια επισκόπηση των επιπτώσεων όλων αυτών των γνώσεων σχετικά με τη συμπεριφορά εμβολιασμού και (δ) εστίαση σε έναν μόνο τύπο παρόχων υγείας, δηλαδή τους γενικούς ιατρούς. Τα αποτελέσματα αυτής της ανασκόπησης θα μπορούσαν εύκολα να χρησιμοποιηθούν και να προσαρμοστούν σε χώρες που έχουν παρόμοιες πολιτικές υγείας και παρόμοια ζητήματα εμβολιασμού κατά του HPV.

6.2 Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς - Μελέτη με τίτλο : Μια συστηματική ανασκόπηση του γενετικού ελέγχου και της αλλαγής συμπεριφοράς στον τρόπο ζωής: Χρήση υψηλής ποιότητας γενετικών παρεμβάσεων και εξέταση της θεωρία της αλλαγής συμπεριφοράς

Ο γενετικός έλεγχος χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στην κλινική πρακτική για την παροχή εξατομικευμένων πληροφοριών και συστάσεων σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία και τις συνήθειες του τρόπου ζωής με σχετικά χαμηλό κόστος . Ωστόσο, οι μελέτες που αξιολογούν εάν οι γενετικές δοκιμές προάγουν ή όχι αλλαγές στις συνήθειες του τρόπου ζωής έχουν αντικρουόμενα

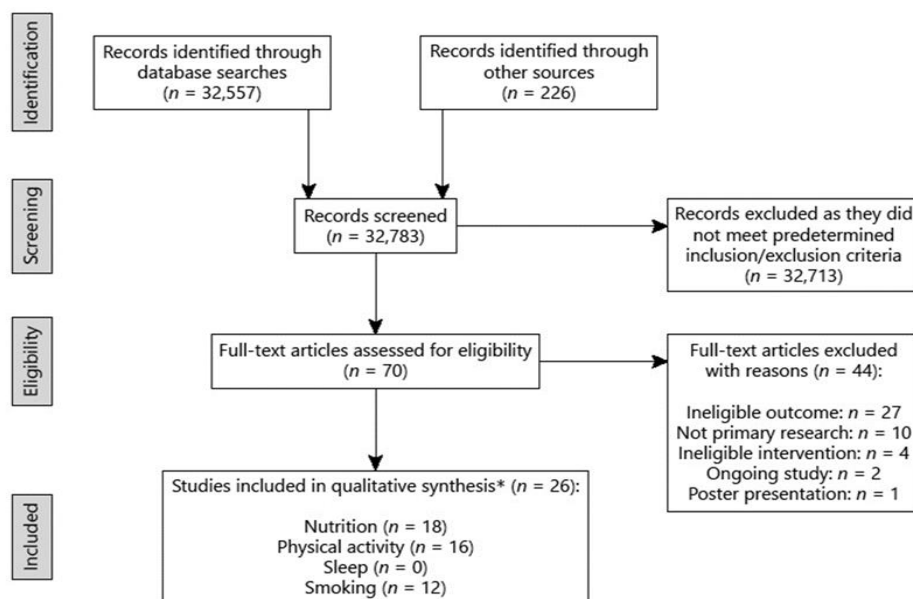
ευρήματα. Δεδομένου ότι οι χρόνιες ασθένειες μπορούν συχνά να αντιμετωπιστούν μόνο μέσω παρεμβάσεων στον τρόπο ζωής ή με συνδυασμό παρεμβάσεων στον τρόπο ζωής και φαρμακευτικής αγωγής, τα γενετικά τεστ που παρέχουν εξατομικευμένες συστάσεις για τον τρόπο ζωής υπόσχονται πολλά .

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση των Justine Horne , Janet Madill, Colleen O'Connor, Jacob Shelley και Jason Gilliland που δημοσιεύτηκε στις 10 Απριλίου 2018, στοχεύει να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα: Εάν εξετάζεται η θεωρία αλλαγής συμπεριφοράς (ιδιαίτερα το TPB) σε γενετικές δοκιμές έρευνας αλλαγής συμπεριφοράς; Εάν χρησιμοποιούνται υψηλής ποιότητας γενετικές παρεμβάσεις στην έρευνα αλλαγής συμπεριφοράς γενετικών δοκιμών; Ποιος είναι ο αντίκτυπος του γενετικού ελέγχου στην αλλαγή συμπεριφοράς που σχετίζεται με τέσσερις παράγοντες του τρόπου ζωής: διατροφή, σωματική δραστηριότητα, κάπνισμα ή/και ύπνο; Αυτοί οι τέσσερις παράγοντες του τρόπου ζωής επιλέχθηκαν καθώς όλοι έχουν αποδειχθεί ότι έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη διαχείριση χρόνιων ασθενειών. Η στρατηγική αναζήτησης καθοδηγήθηκε από το διάγραμμα ροής PRISMA. Από τον Φεβρουάριο έως τον Απρίλιο του 2017, πραγματοποιήθηκαν έρευνες στις ακόλουθες βάσεις δεδομένων για σχετικά άρθρα: PubMed, Scopus και Nursing & Allied Health. Μετά τη συμπύκνωση του αριθμού των εγγραφών μέσω της εξέτασης τίτλου και περιλήψεων, τα άρθρα πλήρους κειμένου αναθεωρήθηκαν για να αξιολογηθεί το καθένα ως προς την καταλληλότητά τους σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού.

Κριτήρια συμπερίληψης	Κριτήρια αποκλεισμού
Συμπεριλήφθηκαν άρθρα πρωτογενούς έρευνας που δημοσιεύτηκαν στα αγγλικά σε περιοδικά με κριτές όλων των ετών, τα οποία αξιολόγησαν τον αντίκτυπο των γενετικών δοκιμών σε μία ή περισσότερες από τις τέσσερις συνήθειες του τρόπου ζωής που μας ενδιαφέρουν (διατροφή, σωματική δραστηριότητα, κάπνισμα και/ή ύπνος). Συμπεριλήφθηκαν τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές μελέτες.	Οι μελέτες αποκλείστηκαν εάν δεν υπήρχε τουλάχιστον μία ομάδα συμμετεχόντων που υποβλήθηκαν σε γενετικό έλεγχο ή/και εάν η μελέτη δεν παρείχε δεδομένα παρακολούθησης σχετικά με μία ή περισσότερες από τις συνήθειες του τρόπου ζωής που τους ενδιαφέρουν αφού οι συμμετέχοντες είχαν λάβει τα αποτελέσματα ενός γενετικού τεστ.

Ένας συγγραφέας ολοκλήρωσε την εξαγωγή δεδομένων χρησιμοποιώντας πιλοτικές φόρμες, οι οποίες δοκιμάστηκαν σε 4 μελέτες, αναθεωρήθηκαν από άλλο συγγραφέα και τροποποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της πιλοτικής διαδικασίας από δύο συγγραφείς. Η ολοκληρωμένη αναζήτηση ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας έδωσε συνολικά 32.783 αποτελέσματα, με 26 μελέτες να πληρούν τα προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης.

Σε αυτές τις 26 μελέτες, αξιολογήθηκε η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα και το κάπνισμα, με 14 άρθρα να αξιολογούν περισσότερες από μία συνήθειες του τρόπου ζωής που ενδιαφέρουν σε αυτήν την κριτική. Η συντριπτική πλειονότητα της βιβλιογραφίας έχει δημοσιευθεί την τελευταία δεκαετία, με μεγάλη άνοδο στις δημοσιεύσεις πρόσφατα το 2015. Σύμφωνα με τις συστάσεις για συστηματικές ανασκοπήσεις, η ανασκόπησή ήταν αναλυτικής και περιγραφικής φύσης και περιλάμβανε: (α) έναν πίνακα των χαρακτηριστικών και των ευρημάτων της μελέτης; (β) ενδελεχής και αξιόπιστη αξιολόγηση ποιότητας και (γ) μια αφηγηματική σύνθεση. Είναι ανησυχητικό να σημειωθεί ότι 12 μελέτες δεν ανέφεραν εάν οι συγγραφείς είχαν ή όχι σύγκρουση συμφερόντων. Η συντριπτική πλειοψηφία της βιβλιογραφίας έχει επικεντρωθεί σε γενετικές δοκιμές για τον προσδιορισμό του κινδύνου εμφάνισης ορισμένων ασθενειών ή καταστάσεων (88%· n = 23), ενώ μόνο ένας μικρός αριθμός μελετών έχει επικεντρωθεί στον μεταβολισμό των θρεπτικών συστατικών (12%· n = 3), το οποίο επηρεάζει έμμεσα τον κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών ή καταστάσεων.



Αν και είναι εμφανής κάποιος κίνδυνος μεροληψίας, οι αξιολογήσεις για την ποιότητα των γενετικών παρεμβάσεων ήταν πιο ανησυχητικές, αφού συνολικά μόνο 6 από τις 26 μελέτες έλαβαν «καλή» βαθμολογία. Έτσι, είναι σαφές ότι οι μελέτες δεν παρείχαν υψηλής ποιότητας παρεμβάσεις στους συμμετέχοντες, γεγονός που εξηγεί γιατί η πλειονότητα των μελετών δεν ανέφερε ότι οι γενετικές παρεμβάσεις διευκόλυναν την αλλαγή της συμπεριφοράς του τρόπου ζωής. Συνολικά, η θεωρία αλλαγής συμπεριφοράς δεν ενσωματώνεται διεξοδικά στις γενετικές δοκιμές έρευνας για την αλλαγή συμπεριφοράς.

Βάση της δεδομένης ετερογένειας της βιβλιογραφίας και της πολυπλοκότητας της έρευνας αλλαγής συμπεριφοράς που βασίζεται στη γενετική, δεν μπορεί να εντοπιστεί μια σχέση αιτίας - αποτελέσματος μεταξύ γενετικού ελέγχου και αλλαγής συμπεριφοράς υγείας. Είναι ενδιαφέρον ότι το 78% των μελετών με ευρήματα αλλαγής συμπεριφοράς στον τρόπο ζωής που προάγει την υγεία παρείχαν στους συμμετέχοντες μια παρέμβαση βασισμένη στη γενετική που περιλάμβανε συστάσεις συμπεριφοράς για την υγεία, ενσωματώνοντας την άσκηση στην καθημερινή του ρουτίνα (σωματική δραστηριότητα) και την διακοπή του καπνίσματος.

Η βελτίωση μιας ή περισσότερων από τις τέσσερις συμπεριφορές τρόπου ζωής που ενδιαφέρουν αυτή την ανασκόπηση έχει αποδειχθεί ότι έχει ευεργετική επίδραση στη διαχείριση χρόνιων ασθενειών και στη γενική υγεία και ευεξία. Η παρούσα ανασκόπηση έδειξε ότι οι βελτιώσεις στις καπνιστικές συνήθειες ήταν ελπιδοφόρες βραχυπρόθεσμα. Αυτό το εύρημα ήταν συνεπές με αυτό μιας συστηματικής ανασκόπησης που είχε δημοσιευθεί προηγουμένως σχετικά με τον αντίκτυπο της γενετικής ειδοποίησης στη διακοπή του καπνίσματος .

Ενώ η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα και οι συνήθειες καπνίσματος έχουν ερευνηθεί σε πολλαπλές μελέτες γενετικής παρέμβασης, ο ύπνος παραμένει ένας υπό-μελετημένος τομέας γενετικής και αλλαγής συμπεριφοράς. Αυτό είναι αξιοσημείωτο λαμβάνοντας υπόψη τον ουσιαστικό αντίκτυπο που έχει ο ύπνος στη συνολική υγεία και ευεξία.

Δεδομένου ότι η αλλαγή συμπεριφοράς είναι πολύπλοκη και πολύ-παραγοντική και ότι οι μελέτες δεν έχουν ακόμη ενσωματώσει μια επικυρωμένη θεωρία και υψηλής ποιότητας γενετικές παρεμβάσεις στις μεθόδους τους, δεν είναι εφικτό να υπάρχει κάποιο συμπέρασμα σχετικά με τον αντίκτυπο του γενετικού ελέγχου στην αλλαγή συμπεριφοράς. Ωστόσο, είναι σαφές ότι είναι δυνατό να διευκολυνθεί η αλλαγή συμπεριφοράς μέσω της παροχής υψηλής ποιότητας γενετικών παρεμβάσεων. Η ενσωμάτωση της θεωρίας της αλλαγής συμπεριφοράς σε μελλοντική έρευνα είναι ένα σημαντικό στοιχείο για να ενισχυθούν οι γνώσεις σε αυτόν τον τομέα.

Μια διεπιστημονική ερευνητική ομάδα με εξειδίκευση στη γονιδιωματική καθώς και στην αλλαγή συμπεριφοράς μπορεί να είναι η βέλτιστη προσέγγιση δεδομένων των πολυπλοκοτήτων αυτού του πεδίου μελέτης. Απαιτείται σημαντική μελλοντική έρευνα σε αυτόν τον πολλά υποσχόμενο και συναρπαστικό τομέα έρευνας για την αλλαγή της συμπεριφοράς του τρόπου ζωής. Τα γενετικά τεστ μπορεί να παρέχουν πληροφορίες για τον κίνδυνο ασθένειας, ο οποίος μπορεί να μετριάσει μέσω συγκεκριμένων αλλαγών στις συνήθειες του τρόπου ζωής, όπως η βελτίωση της διατροφής, η βελτιστοποίηση των συνηθειών σωματικής δραστηριότητας, η διακοπή του καπνίσματος ή το λιγότερο κάπνισμα και η ενασχόληση με υγιεινές συμπεριφορές που σχετίζονται με τον ύπνο.

6.3 Θεωρία του Αυτό-καθορισμού - Μελέτη με τίτλο : Μπορεί η Διαπροσωπική Συμπεριφορά να επηρεάσει την επιμονή και την τήρηση της πρακτικής σωματικής άσκησης στους ενήλικες;

Η σωματική αδράνεια είναι επί του παρόντος μία από τις μεγαλύτερες μεταβλητές συμπεριφορές κινδύνου, καθώς είναι ο τέταρτος μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου που συμβάλλει στο θάνατο. Στην πραγματικότητα, περίπου 3,2 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από χρόνιες ασθένειες που σχετίζονται με αυτές τις συμπεριφορές. Οι κύριοι λόγοι που επισημάνθηκαν από τους ανθρώπους για να δικαιολογήσουν τη σωματική αδράνεια ήταν η «έλλειψη χρόνου» και η «έλλειψη κινήτρων». Και τα δύο κίνητρα συνδέονται με την ψυχολογική κατάσταση της παρακίνησης, που σημαίνει ότι το άτομο δεν αισθάνεται κίνητρο ή δεν έχει πρόθεση για άσκηση.

Αυτά τα υψηλά ποσοστά σωματικής αδράνειας μπορεί να συνδέονται με τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας (δηλαδή των επαγγελματιών άσκησης), οι οποίοι χρησιμοποιούν υπερβολικά αναγκαστικές και εμπορικές προσεγγίσεις, αντιλαμβάνονται τους ανθρώπους μόνο ως πελάτες και αγνοούν το ανθρώπινο συστατικό τους. Το κοινωνικό περιβάλλον λειτουργεί ως πηγή προσωπικής ολοκλήρωσης, συμβάλλοντας τελικά στην ενίσχυση της ποιότητας των κινήτρων του ατόμου και κατά συνέπεια, διαδραματίζοντας θεμελιώδη ρόλο στη διατήρηση της πρακτικής της σωματικής δραστηριότητας.

Μεταξύ πολλών θεωριών που αναλύουν τα κίνητρα, η Θεωρία Αυτό-καθορισμού (SDT) ξεχωρίζει εστιάζοντας στους παράγοντες της προσωπικότητας, στο περιβάλλον πλαίσιο, καθώς και στις αιτίες και τις συνέπειες της αυτό-καθορισμένης συμπεριφοράς. Αυτό το εννοιολογικό πλαίσιο έχει εφαρμοστεί σε διάφορα πλαίσια, συγκεκριμένα στην εκπαίδευση, στη φυσική αγωγή, στον αθλητισμό, καθώς και στο πλαίσιο της άσκησης. Επιπλέον, ορισμένες μελέτες ισχυρίζονται ότι το SDT είναι το πιο ευρέως παρακινητικό κατασκεύασμα που χρησιμοποιείται από ερευνητές για την κατανόηση της επιρροής του ανθρώπινου κινήτρου στα αποτελέσματα της συμπεριφοράς στο πλαίσιο της άσκησης.

Πέρα από κάθε αμφιβολία, οι διαπροσωπικές συμπεριφορές παίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση και/ή την απογοήτευση των τριών βασικών ψυχολογικών αναγκών, επιτρέποντας την πρόβλεψη του τρόπου με τον οποίο ρυθμίζονται τα κίνητρα. Ως εκ τούτου, οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τα ανθρώπινα κίνητρα σε διάφορες πτυχές της ζωής.

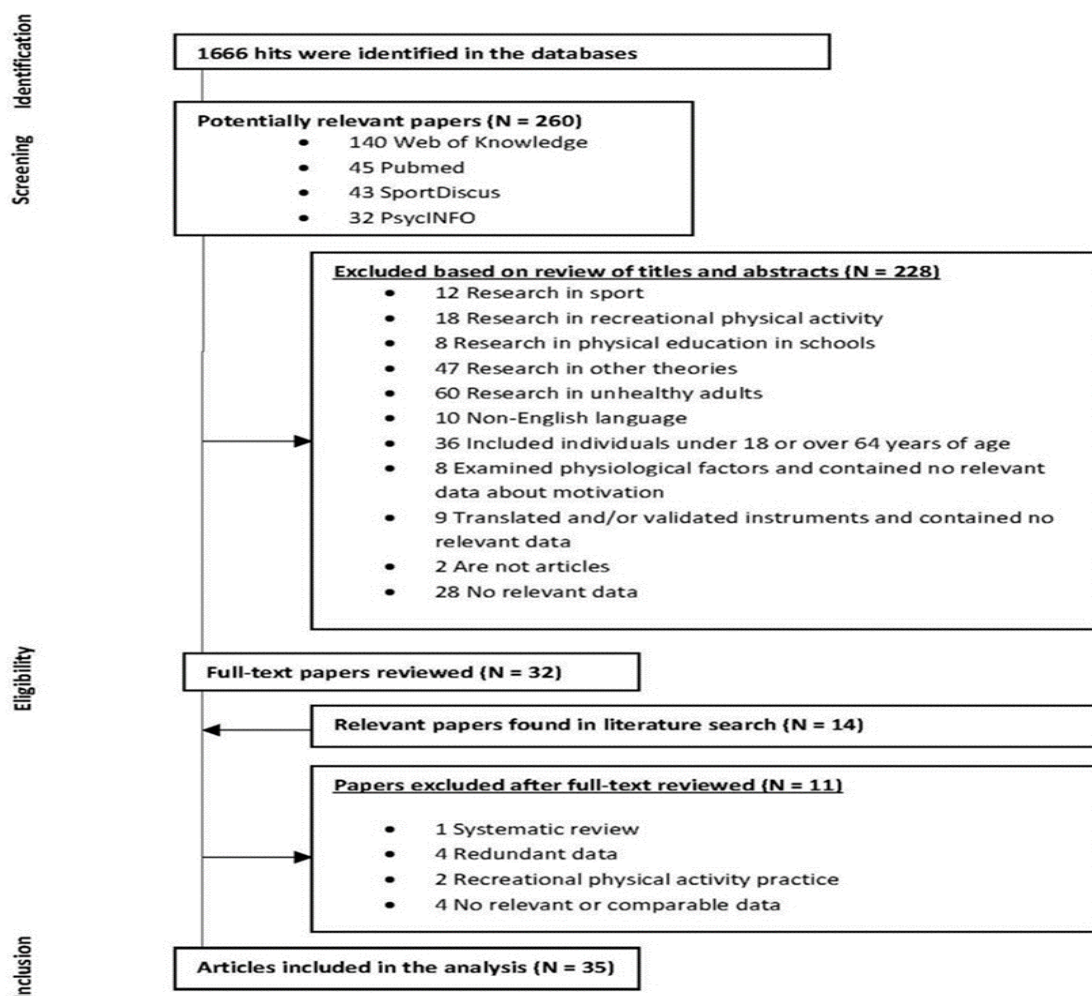
Αυτή η συστηματική ανασκόπηση των Rodrigues, Filipe; Bento, Teresa; Cid, Luís; Neiva, Henrique Pereira; Teixeira, Diogo; Moutão, João; Marinho, Daniel Almeida; Monteiro, Diogo που δημοσιεύτηκε

στις 13 Σεπτεμβρίου 2018, έχει σαν στόχο να αναλύσει τις συσχετίσεις μεταξύ παρακινητικών μεταβλητών (διαπροσωπικές συμπεριφορές, ικανοποίηση και απογοήτευση και κανονισμοί κινήτρων) και συμπεριφορικών αποτελεσμάτων (δηλαδή, απόλαυση, πρόθεση, επιμονή και συμμόρφωση), σε υγιείς ασκούμενους με εννοιολογικό υπόβαθρο SDT .

Πραγματοποιήθηκε μια ευρεία αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις ακόλουθες βάσεις δεδομένων: Web of Science, PubMed, SportDISCUS και PsycINFO. από τις 23 Δεκεμβρίου 2017 έως τις 30 Απριλίου 2018. Υιοθετήθηκαν τα ακόλουθα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού:

κριτήρια ένταξης	κριτήρια αποκλεισμού
<ul style="list-style-type: none"> ○ πειραματικές και μη πειραματικές μελέτες που δημοσιεύθηκε μεταξύ Αυγούστου 1985 και Απριλίου 2018 ○ γραμμένες στα αγγλικά. ○ με βάση το SDT. ○ συμπεριλαμβανομένης τουλάχιστον μιας από τις μεταβλητές που μελετήθηκαν (διαπροσωπική συμπεριφορά, βασικές ψυχολογικές ανάγκες, ρύθμιση κινήτρων, απόλαυση, πρόθεση, επιμονή και συμμόρφωση)· ○ ασκούμενοι δειγματοληψίας, ηλικίας μεταξύ 18 και 65 ετών· ○ εστίαση σε φαινομενικά υγιή άτομα (συμπεριλήφθηκαν επίσης μελέτες που περιλάμβαναν υπέρβαρα ή/και παχύσαρκα άτομα). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ μελέτες που δημοσιεύθηκαν μετά τον Μάιο του 2018. ○ συμπεριλαμβανομένων ερασιτεχνών ή επαγγελματιών αθλητών, καθώς ο αθλητισμός και η σωματική άσκηση αποτελούν διακεκριμένες έννοιες ○ γκρίζα βιβλιογραφία. ○ αξιολόγηση φυσιολογικών παραγόντων που δεν σχετίζονται με μεταβλητές που αναφέρθηκαν προηγουμένως. ○ συστηματικές ανασκοπήσεις.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας εντοπίστηκαν συνολικά 1.666 τίτλοι, 260 από τους οποίους επιλέχθηκαν καθώς φάνηκαν να είναι δυνητικά σχετικοί με αυτήν τη συστηματική ανασκόπηση. Μετά από προσεκτική ανάγνωση των τίτλων και των περιλήψεων των προαναφερθέντων άρθρων, η επιλογή έγινε συντόμευση σε 32 άρθρα. Με την ανάλυση των βιβλιογραφικών τους παραπομπών, επισημάνθηκαν 14 άλλα δυνητικά σχετικά άρθρα σχετικά με το θέμα, με αποτέλεσμα να επιλεγούν συνολικά 46 άρθρα, τα οποία αναλύθηκαν πλήρως και προσεκτικά. Μελέτες που δεν πληρούσαν τα προαναφερθέντα κριτήρια ένταξης αποκλείστηκαν (n = 11). Ως εκ τούτου, το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 35 άρθρα.



Αυτή η ανασκόπηση είχε ως στόχο να αναλύσει τη βιβλιογραφία που επικεντρώθηκε στη σχέση μεταξύ παρακινητικών μεταβλητών και συμπεριφορικών αποτελεσμάτων στο πλαίσιο της άσκησης, έχοντας ως θεωρητικό υπόβαθρο τη θεωρία του Αυτό-καθορισμού. Όπως υποστηρίζεται από αυτό το κίνητρο, η ικανοποίηση και/ή η απογοήτευση των τριών βασικών ψυχολογικών αναγκών επηρεάζεται από το περιβάλλον του ατόμου.

Εξετάζοντας τα διάφορα άρθρα που περιλαμβάνονται σε αυτή τη μελέτη, θα μπορούσε κανείς να συμπεράνει ότι η έρευνα στο πλαίσιο της άσκησης, έχοντας ως θεωρητικό υπόβαθρο την SDT, φαίνεται να αυξάνεται εκθετικά τα τελευταία χρόνια.

Η έρευνα έδειξε ότι υπάρχουν θετικές σχέσεις μεταξύ της υποστήριξης της αυτονομίας και των πιο αυτόνομων κανονισμών. Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές σχέσεις μεταξύ της υποστήριξης της αυτονομίας και της πρόθεσης για άσκηση. Αυτό ισχύει εξίσου και για την τήρηση, η οποία συνδέεται θετικά με την υποστήριξη της αυτονομίας που αντιλαμβάνονται οι υπέρβαροι ασκούμενοι.

Οι υπέρβαροι ασκούμενοι που αντιλαμβάνονται την υποστήριξη της αυτονομίας από τους επαγγελματίες της άσκησης, δείχνουν πιο αυτόνομες μορφές κινήτρων. Στην πραγματικότητα, οι ασκούμενοι που αισθάνονται υποστήριξη από τους επαγγελματίες της άσκησης στη λήψη αποφάσεων τείνουν να διατηρούν την πρακτική άσκηση μακροπρόθεσμα. Επιπλέον, αρκετές μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που αντιλαμβάνονται μεγαλύτερη υποστήριξη αυτονομίας τείνουν να ασκούν περισσότερη άσκηση με υψηλότερες εντάσεις.

Κατά την ανάλυση των μελετών, παρατηρήθηκαν ορισμένοι περιορισμοί που ενδέχεται να επηρεάσουν την ερμηνεία των δεδομένων. Ένας από αυτούς τους περιορισμούς σχετίζεται με την έλλειψη ενός έγκυρου ερωτηματολογίου που να αναλύει και τις έξι διαστάσεις της διαπροσωπικής συμπεριφοράς στο πλαίσιο της άσκησης. Η χρήση οργάνων που δημιουργούνται για άλλα πλαίσια υπονομεύει τη σύγκριση μεταξύ των μελετών, τονίζοντας έτσι την ανάγκη δημιουργίας και επικύρωσης κλιμάκων που μπορούν να χρησιμεύσουν ως καθολική μέθοδος σύγκρισης των αντιλήψεων των διαπροσωπικών συμπεριφορών και του τρόπου με τον οποίο επηρεάζουν την επιμονή και την πρακτική άσκηση.

Η μελλοντική έρευνα μπορεί επίσης να εργαστεί για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ της υποστήριξης διαπροσωπικών συμπεριφορών και της ικανοποίησης των τριών βασικών ψυχολογικών αναγκών ή της αποτροπής διαπροσωπικών συμπεριφορών και της απογοήτευσης των τριών βασικών ψυχολογικών αναγκών.

Συνολικά, υπάρχουν καλές ενδείξεις για τη θετική επιρροή που έχει η υποστήριξη της αυτονομίας που αντιλαμβάνονται οι ασκούμενοι στην ικανοποίηση των βασικών ψυχολογικών αναγκών. Ομοίως, η ανάπτυξη πιο αυτόνομων κανονισμών φαίνεται επίσης να συνδέεται με συμπεριφορές υποστήριξης της αυτονομίας. Επιπλέον, τα αποτελέσματα που αναλύθηκαν σε αυτή τη μελέτη δείχνουν ότι οι κανονισμοί προβλέπουν μεγαλύτερες προθέσεις για άσκηση, ανεξάρτητα από την ηλικία, την ομάδα και την εθνικότητα των συμμετεχόντων που περιλαμβάνονται στο δείγμα. Συνοψίζοντας, η SDT επιβεβαιώνει ότι η υποστήριξη διαπροσωπικών συμπεριφορών που γίνονται αντιληπτές από τα άτομα μπορεί να επηρεάσει έντονα τη μακροπρόθεσμη τήρηση της άσκησης.

6.4 Το Μοντέλο Πεποιθήσεων Υγείας - Μελέτη με τίτλο : Η ικανότητα του μοντέλου πεποιθήσεων υγείας να προβλέπει την προληπτική συμπεριφορά του COVID-19

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) είχε συστήσει διάφορες συμπεριφορές που προάγουν την υγεία για την πρόληψη της πανδημίας COVID-19. Η χρήση μάσκας, η κοινωνική απόσταση, το πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και νερό, η χρήση απολυμαντικού χεριών με βάση το οινόπνευμα, η απομόνωση, η αποφυγή του χρόνου σε πολυσύχναστα μέρη και η λήψη του εμβολίου ήταν η πιο υποστηριζόμενη συμπεριφορά για την πρόληψη και τον έλεγχο της πανδημίας. Αυτές οι προληπτικές συμπεριφορές διερευνώνται και πλαισιώνονται ως παρεμβάσεις από διαφορετικά θεωρητικά καλούπια σε διάφορα μέρη του κόσμου. Διάφοροι μελετητές, όπως κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι και εμπειρογνώμονες συμπεριφοράς και δημόσιας υγείας, έχουν προτείνει μια ποικιλία θεωριών και μοντέλων για να εξηγήσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά της υγείας των ανθρώπων, μεταξύ αυτών το εξέχον ήταν το μοντέλο πεποίθησης υγείας (HBM).

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση των Zewdie A, Mose A, Sahle T, Bedewi J, Gashu M, Kebede N, Yimer A. που δημοσιεύτηκε τον Ιούλιο του 2022, έχει σαν στόχο να εξεταστεί η προγνωστική ικανότητα του HBM στην προληπτική συμπεριφορά του COVID-19 και να προσδιοριστεί η πιο συχνά συσχετισμένη δομή του μοντέλου με την προληπτική συμπεριφορά COVID-19 χρησιμοποιώντας έρευνα που έγινε σε όλο τον κόσμο σχετικά με την προληπτική συμπεριφορά COVID-19 που ενσωματώνει την HBM ως ένα πλαίσιο.

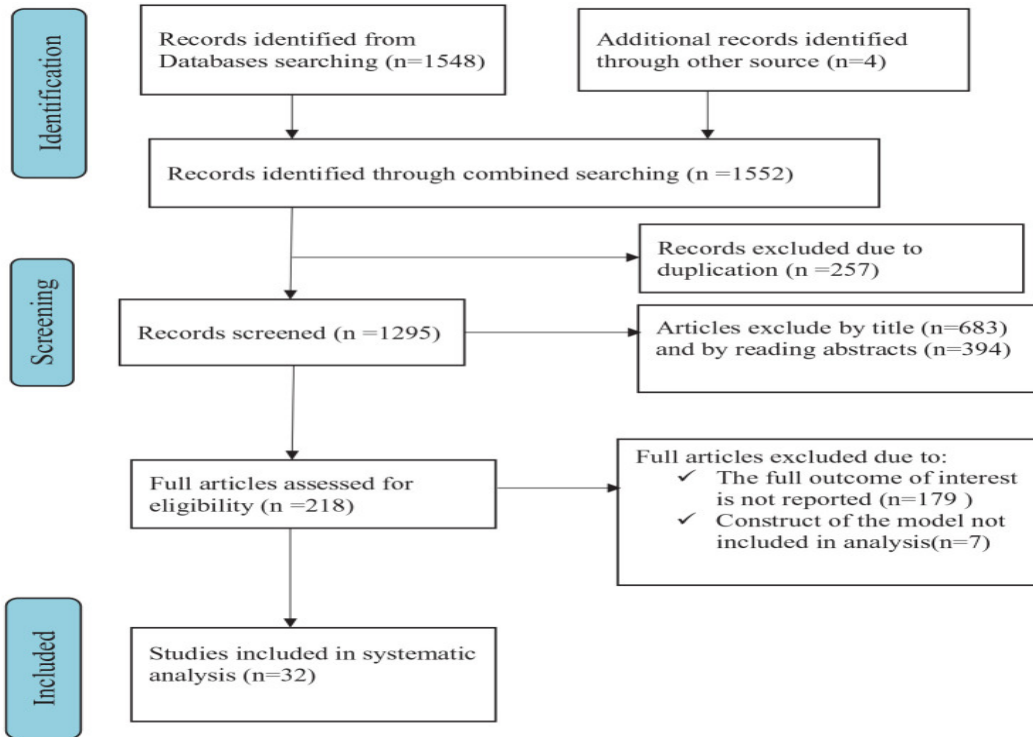
Για αυτήν την ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν οι κατευθυντήριες γραμμές για τα προτιμώμενα στοιχεία αναφοράς για συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση (PRISMA). Έγινε αναζήτηση περιεκτικής βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων όπως το PubMed, το Google scholar και το African Online Journal για την ανάκτηση σχετικών άρθρων από τις 28 Δεκεμβρίου 2021 έως τις 7 Ιανουαρίου 2022. Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση, συμπεριλήφθηκαν μελέτες που πληρούν τα ακόλουθα κριτήρια.

Κριτήρια συμπερίληψης	Κριτήρια αποκλεισμού
Μελέτες σχετικά με την προληπτική συμπεριφορά του COVID-19 με χρήση HBM., Δεν έγινε κανένας περιορισμός σχετικά με τη χώρα, την ομάδα πληθυσμού, τη φυλή, το φύλο και την ημερομηνία δημοσίευσης.	Μελέτες που χρησιμοποιούν ποιοτική μέθοδο και δεν αναφέρουν επεξηγητική ικανότητα όπως επεξήγηση της διακύμανσης, μελέτη με εξαγόμενα δεδομένα, διπλότυπες, εργασίες μόνο για περίληψη, άρθρα χωρίς διαθέσιμο πλήρες κείμενο, συνέδριο, εκδοτικό άρθρο, διατριβές απαντήσεων συγγραφέα, αναφορές

	περιπτώσεων, σειρές περιπτώσεων και συστηματική οι μελέτες ανασκόπησης αποκλείονται σε κάθε αντίστοιχο στάδιο διαλογής.
--	---

Συνολικά, 1552 άρθρα ανακτήθηκαν χρησιμοποιώντας μια στρατηγική αναζήτησης σχετικά με τη συμπεριφορά πρόληψης του COVID-19 και την ΗΒΜ παγκοσμίως. Τα διπλότυπα (257) αφαιρέθηκαν και παρέμειναν 1295 άρθρα.

Μετά την εξέταση (n = 683) τα άρθρα εξαιρέθηκαν με τίτλο και (n = 394) άρθρα εξαιρέθηκαν με την ανάγνωση περιλήψεων. Ως εκ τούτου, έγινε πρόσβαση σε 218 άρθρα πλήρους κειμένου και αξιολογήθηκαν για κριτήρια συμπερίληψης, με αποτέλεσμα τον περαιτέρω αποκλεισμό 186 άρθρων, κυρίως για λόγους που αναφέρονται. Ως αποτέλεσμα, 32 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης για να υποβληθούν στην τελική συστηματική ανασκόπηση. Όσον αφορά τη χώρα στην οποία έγιναν οι μελέτες, οι συμπεριλαμβανόμενες μελέτες καλύπτουν σχετικά όλα τα τμήματα του πλανήτη, παρά το γεγονός ότι το Ιράν, οι Ηνωμένες Πολιτείες και η Κίνα έχουν 7, 4 και 4 άρθρα που περιλαμβάνουν χώρες, αντίστοιχα. Από τις συνολικά συμπεριλαμβανόμενες μελέτες, 11 από αυτές χρησιμοποίησαν ΗΒΜ για να εξηγήσουν την αποδοχή και την πρόθεση του εμβολίου COVID-19. Οι υπόλοιπες 21 μελέτες χρησιμοποιούν το ΗΒΜ για να εξηγήσουν την τήρηση και την πρόθεση εφαρμογής μέτρων πρόληψης του COVID-19 ξεχωριστά καθώς και σε ομάδες ως προληπτικό μέτρο.



Βρέθηκε ότι στην πλειονότητα (87,5%) των μελετών το HBM έχει καλή προγνωστική ικανότητα συμπεριφοράς που σχετίζεται με τον COVID-19. Από αυτό, στις μισές από τις μελέτες, η HBM είχε εξηγήσει 50% και άνω διακύμανση συμπεριφοράς και πρόθεσης που σχετίζεται με τον COVID-19. Το εύρημα συνάδει με μια συστηματική ανασκόπηση που έγινε για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του HBM στη βελτίωση της συμμόρφωσης με την ανασκόπηση των παρεμβατικών μελετών.

Σε αυτήν την ανασκόπηση, η πλειονότητα (83%) των μελετών παρέμβασης που βασίστηκαν στο Μοντέλο Πεποιθήσεων Υγείας πέτυχαν στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στην τήρηση. Συνολικά, η επεξηγημένη διακύμανση για την HBM κυμαινόταν από 6,5% έως 90,1%, η οποία ήταν συγκρίσιμη με μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σχετικά με την αποτελεσματικότητα της HBM για μαστογραφικό έλεγχο (25% έως 89%). Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι το HBM είχε μια σημαντική προγνωστική ικανότητα της προληπτικής συμπεριφοράς COVID-19 και υποδηλώνει τη χρήση του μοντέλου στο σχεδιασμό μιας παρέμβασης για την πρόληψη και τον έλεγχο της πανδημίας.

Ο περιορισμός της στρατηγικής αναζήτησής στην αγγλική γλώσσα μπορεί να περιορίσει τις δειγματοληπτικές μελέτες που περιλαμβάνονται στην κριτική. Επιπλέον, οι παραλλαγές στο μέγεθος του αποτελέσματος που αναφέρονται από τις συμπεριλαμβανόμενες πρωτογενείς μελέτες περιορίζουν από το πραγματοποιούνταν μια μετα-ανάλυση για να εκτιμηθεί το μέγεθος του συγκεντρωτικού αποτελέσματος, αλλά επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση της ικανότητας πρόβλεψης του HBM και στον εντοπισμό της πιο συχνά συσχετισμένης δομής του μοντέλου με τον COVID-19 προληπτική συμπεριφορά.

Το HBM έχει καλή προγνωστική ικανότητα της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τον COVID-19 στην πλειονότητα των μελετών που αναθεωρήθηκαν. Αυτό σημαίνει ότι το HBM μπορεί να εξηγήσει την προληπτική συμπεριφορά του COVID-19 χρησιμοποιώντας τα σημαντικά στοιχεία ή κατασκευές του που αυξάνουν τη χρήση του στο σχεδιασμό και το σχεδιασμό μιας παρέμβασης για την πρόληψη και τον έλεγχο της πανδημίας COVID-19. Το αντιληπτό όφελος ήταν ο πιο συχνά σημαντικός προγνωστικός παράγοντας (αναλογία υψηλότερης σημασίας) της συμπεριφοράς και της πρόθεσης που σχετίζεται με τον COVID-19. Η αυτό-αποτελεσματικότητα, οι ενδείξεις για δράση, το αντιληπτό εμπόδιο, η αντιληπτή ευαισθησία και η σοβαρότητα ήταν ο εναπομείναν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τον COVID-19 σε φθίνουσα αναλογία σημαντικότητας.

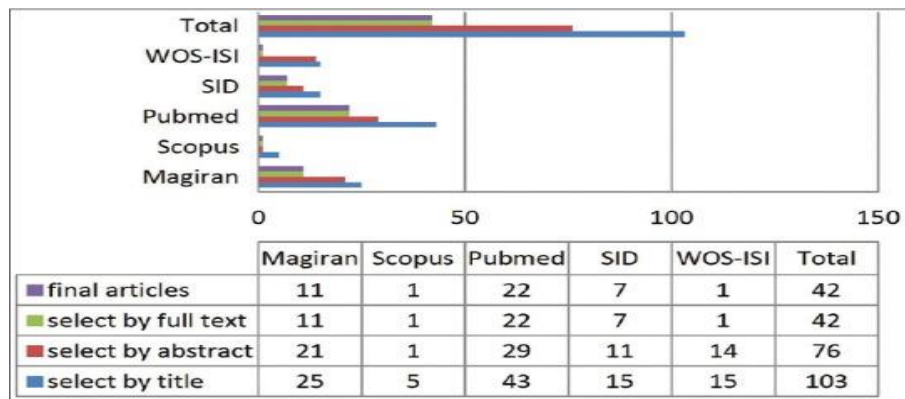
6.5 Το Δια-θεωρητικό Μοντέλο- Μελέτη με τίτλο : Δια-θεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής Συμπεριφοράς Υγείας

Η εκβιομηχάνιση των κοινωνιών και ένας ολοένα και πιο μηχανικός τρόπος ζωής έχει οδηγήσει σε αυξημένο επιπολασμό χρόνιων ασθενειών όπως η παχυσαρκία, οι καρδιακές παθήσεις, η οστεοπόρωση και ο χρόνιος πόνος στην πλάτη μπορεί επίσης να επηρεάσει τη γενική υγεία και τη συμμετοχή του εργατικού δυναμικού. Στην πρόληψη των χρόνιων ασθενειών, η βασική προϋπόθεση είναι η βελτίωση της εκπαίδευσης και του τρόπου ζωής. Μία από τις μεθόδους βελτίωσης του τρόπου ζωής είναι η αλλαγή των προτύπων συμπεριφοράς.

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση των Hashemzadeh M, Rahimi A, Zare-Farashbandi F, Alavi-Naeini AM, Daei A. που δημοσιεύτηκε τον Μάρτιο του 2019, με έμφαση στις επιπτώσεις του TTM στις συμπεριφορές αναζήτησης πληροφοριών ασθενών με χρόνιες ασθένειες, διεξήχθη για να παρουσιάσει μια ολοκληρωμένη και πλήρη ανασκόπηση των μελετών για τους ακόλουθους ερευνητικούς στόχους: Ποιες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει διαφορετικές πτυχές του TTM; Γιατί οι μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει το TTM για τη βελτίωση των συμπεριφορών υγείας σε χρόνιες παθήσεις; Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του TTM στις μελέτες;

Οι βάσεις δεδομένων ISI-WOS, Scopus, PubMed, SID και Magiran εξετάστηκαν συστηματικά και με βάση καθορισμένα κριτήρια. Οι τίτλοι, οι περιλήψεις και τα πλήρη κείμενα των άρθρων που ανακτήθηκαν εξετάστηκαν για την παρουσία καθορισμένων κριτηρίων. Στη συνέχεια, τα τελικά άρθρα αναλύθηκαν σε συναινετικές συναντήσεις. Στη συνέχεια, αναλύθηκαν επίσης αναφορές επιλεγμένων άρθρων και πλήρες κείμενο όσων πληρούν τα κριτήρια.

Εξετάστηκαν 103 άρθρα, αποκλείστηκαν 46 και το αποτέλεσμα της ανάλυσης 57 τελικών άρθρων έδειξε ότι 28 άρθρα αφορούσαν πτυχές του TTM, οκτώ άρθρα χρησιμοποίησαν το TTM σε παρέμβαση σχετικά με τις χρόνιες ασθένειες και συνολικά 21 άρθρα εξέτασαν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της TTM, τα περισσότερα από τα οποία αφορούσαν τα πλεονεκτήματα της TTM.



Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών δείχνουν την επιτυχία του ΤΤΜ στη θεραπεία και στην πρόληψη των χρόνιων παθήσεων. Ωστόσο, λίγες μελέτες δείχνουν κάποια αδυναμία στην αποτελεσματικότητα του ΤΤΜ σε διάφορα πλαίσια υγειονομικής περίθαλψης, όπως η διακοπή του καπνίσματος, η παρέμβαση στη δίαιτα σε διαβητικούς ασθενείς και οι σωματικές δραστηριότητες των νέων. Ως εκ τούτου, μπορεί να ειπωθεί ότι αυτό το μοτίβο μπορεί να εφαρμοστεί και σε άλλους τομείς και ασθένειες με επιτυχημένα αποτελέσματα.

Με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, υπάρχουν ανεπαρκείς μελέτες για την εφαρμογή του ΤΤΜ στο πλαίσιο της υγείας. Αυτή η μελέτη έδειξε επίσης ότι λίγες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει ΤΤΜ στην πρόληψη των χρόνιων παθήσεων.

Δεδομένου του γεγονότος ότι οι χρόνιες παθήσεις είναι ένα από τα σημαντικά ζητήματα στην κοινωνία, προτείνεται ότι αυτό το μοντέλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τομείς όπως η παχυσαρκία, η σκλήρυνση κατά πλάκας και προβλήματα σε ομάδες όπως οι νοσηλευτές που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο χρόνιων παθήσεων. Οι έρευνες έδειξαν ότι πολύ λίγες μελέτες διερευνούν τη χρήση του ΤΤΜ σε αυτές τις περιοχές. Ως εκ τούτου, προτείνεται να διεξαχθούν περισσότερες μελέτες σε αυτά τα θέματα.

Συμπερασματικά, η πλειονότητα των μελετών επικεντρώθηκε στην αποτελεσματικότητα του ΤΤΜ στη διαχείριση της αλλαγής συμπεριφοράς. Αυτό το εύρημα υποστήριξε την υπόθεση ότι το ΤΤΜ μπορεί να εφαρμοστεί στην πρόληψη των χρόνιων παθήσεων.

6.6 Το μοντέλο της διαδικασίας υιοθέτησης προφύλαξης - Μελέτη με τίτλο : Αποτελεσματική επικοινωνία με τους φροντιστές για την πρόληψη ακούσιων τραυματισμών σε παιδιά κάτω των επτά ετών

Τα παιδιά είναι πολύ επιρρεπή σε ατυχήματα, όπως τραυματισμοί από τροχαία, πνιγμοί, δηλητηριάσεις, εγκαύματα, ασφυξία, δαγκώματα ζώων και πτώσεις, καθώς οι γνωστικές, συντονιστικές και κινητικές τους ικανότητες είναι λιγότερο ανεπτυγμένες σε σύγκριση με τους ενήλικες. Τα παιδιά με γνωστικές ή αισθητηριακές διαταραχές εμφανίζουν ακόμη υψηλότερα ποσοστά τραυματισμών. Έως και το 50% όλων των παιδικών ατυχημάτων μπορούν να προληφθούν επηρεάζοντας το περιβάλλον ή τη συμπεριφορά των παιδιών και των φροντιστών τους, δηλαδή των γονέων και άλλων κηδεμόνων, καθώς και των εργαζομένων στον τομέα της παιδικής μέριμνας και των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται με παιδιά.

Ειδικά για τα πολύ μικρά παιδιά, που δεν είναι σε θέση να προλάβουν τα ίδια τους τραυματισμούς, οι φροντιστές παίζουν κεντρικό ρόλο στην πρόληψη των τραυματισμών. Μπορούν να προστατεύσουν ένα παιδί απομακρύνοντας τους κινδύνους τραυματισμού από το περιβάλλον των παιδιών, εγκαθιστώντας εξοπλισμό ασφαλείας, επιβλέποντας το παιδί και προετοιμαζόμενοι να αντιδράσουν σε περίπτωση πιθανού τραυματισμού. Ως εκ τούτου, οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις και τα προγράμματα που εκπαιδεύουν τους φροντιστές σχετικά με τους κινδύνους τραυματισμών και τις τεχνικές πρόληψης είναι αποφασιστικά μέτρα για την πρόληψη των παιδικών τραυματισμών.

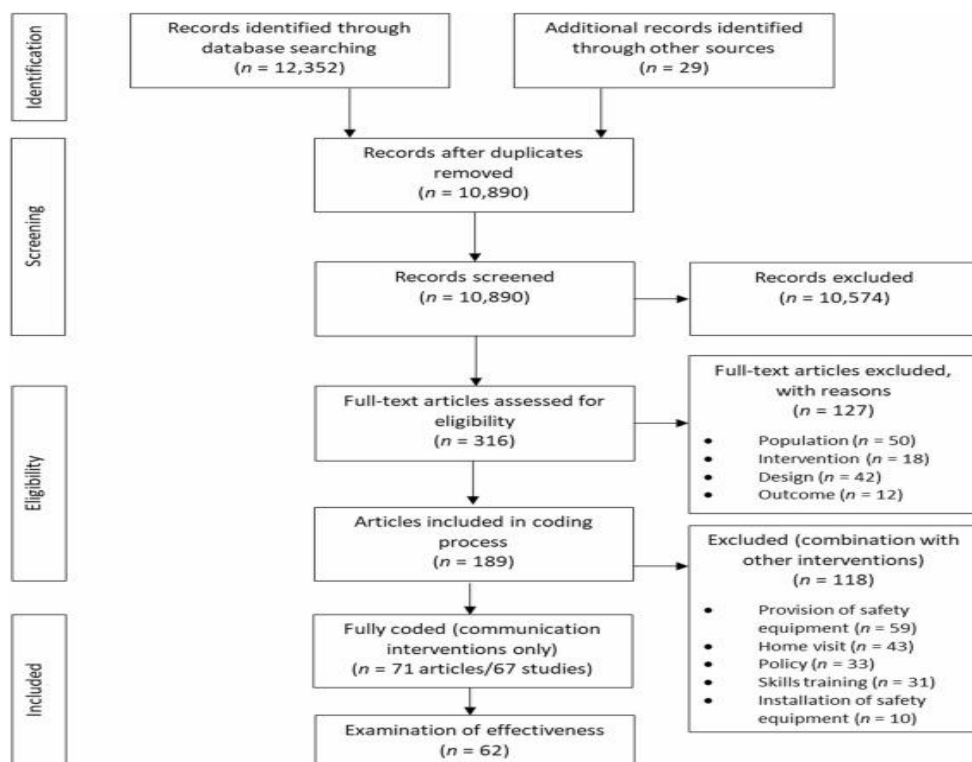
Αυτή η συστηματική ανασκόπηση των Stehr P, Reifegerste D, Rossmann C, Caspar K, Schulze A, Lindemann AK. που δημοσιεύτηκε τον Αύγουστο του 2022, εξετάζει συστηματικά τη θεωρητική βάση και την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών επικοινωνίας (δηλ. περιεχόμενο μηνυμάτων, χαρακτηριστικά μηνυμάτων, κανάλια επικοινωνίας και φορείς επικοινωνίας) των παρεμβάσεων για τους φροντιστές για την πρόληψη ακούσιων παιδικών τραυματισμών.

Προκειμένου να διερευνηθούν συστηματικά οι χρησιμοποιούμενες θεωρίες, το περιεχόμενο επικοινωνίας και οι μορφές που εφαρμόζονται σε μελέτες με στόχο την πρόληψη ακούσιων παιδικών τραυματισμών και την αποτελεσματικότητά τους, τέθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- i) Ποια είναι η θεωρητική βάση (εάν υπάρχει) των μελετών πρόληψης παιδικών τραυματισμών και β) πώς αυτό επηρεάζει την αποτελεσματικότητά τους;
- ii) Ποιες μορφές α) περιεχομένου μηνύματος, β) χαρακτηριστικών μηνυμάτων και γ) καναλιών χρησιμοποιούνται για να επηρεάσουν την πρόληψη ακούσιων παιδικών τραυματισμών;
- iii) Πώς επηρεάζουν διαφορετικές μορφές επικοινωνίας σχετικά με α) το περιεχόμενο του μηνύματος, β) τα χαρακτηριστικά του μηνύματος και γ) τα κανάλια στην πρόληψη των παιδικών τραυματισμών;

Μόνο μελέτες που δημοσιεύθηκαν από το έτος 2000 και μετά συμπεριλήφθηκαν για να αντικατοπτρίζουν τις σύγχρονες συνθήκες πρόληψης παιδικών τραυματισμών και πιθανά κανάλια μέσων (συμπεριλαμβανομένων των διαδικτυακών και κινητών πηγών μέσω ενημέρωσης). Η σύνθεση δεδομένων ξεκίνησε στις 25 Αυγούστου 2020.

Αυτή η ανασκόπηση βρήκε συνολικά 12.352 πιθανά κατάλληλα άρθρα αναζητώντας στα PubMed, και PsycINFO. Συνολικά 189 άρθρα πληρούσαν όλα τα προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης. Από αυτά, τα 118 εξαιρέθηκαν, επειδή εξέτασαν επικοινωνιακά μέτρα σε συνδυασμό με μία ή πολλές άλλες παρεμβάσεις. Τα 71 άρθρα που εξέτασαν απλές επικοινωνιακές παρεμβάσεις ήταν πλήρως κωδικοποιημένα. Αυτά τα 71 άρθρα βασίζονται σε 67 μελέτες, καθώς υπήρχαν περιπτώσεις με πολλά άρθρα σχετικά με τις αναλύσεις μιας μελέτης. Επειδή η βάση ενδιαφέροντος μιας συστηματικής ανασκόπησης είναι οι μελέτες και όχι οι αναφορές, η βάση για τα αποτελέσματά είναι $n = 67$.



Διεξήχθη σύμφωνα με τις προτάσεις της Cochrane Collaboration. Τα στοιχεία που εξετάστηκαν και αναφέρθηκαν είναι σύμφωνα με τη δήλωση PRISMA . Τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των μελετών αναπτύχθηκαν με βάση το πλαίσιο PICO (Πληθυσμός, Παρέμβαση, Συγκριτικός, Έκβαση) και το σχεδιασμό της μελέτης.

Κατηγορία	Τα κριτήρια ένταξης	Κριτήρια εξαίρεσης
Πληθυσμός	Φροντιστές (γονείς, παππούδες, γιαγιάδες, άλλα μέλη της οικογένειας, γείτονες ή εργαζόμενοι στη φροντίδα παιδιών) παιδιών κάτω των επτά ετών. επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με παιδιά κάτω των επτά ετών	Τα παιδιά ως ομάδα στόχος επικοινωνιακών μέτρων. φροντιστές παιδιών άνω των έξι ετών· επαγγελματίες υγείας που εργάζονται αποκλειστικά με παιδιά άνω των έξι ετών
Παρέμβαση	Διαφορετικές μορφές επικοινωνίας που στοχεύουν στη μείωση των ακούσιων παιδικών τραυματισμών. Η παροχή πληροφοριών, συμβουλών και εκπαίδευσης μπορεί να παρέχεται μέσω προφορικών πληροφοριών ένας προς έναν ή σε ομάδες, έντυπων μέσων (π.χ. φυλλάδια, αφίσες), παραδοσιακών μέσων μαζικής ενημέρωσης, ηλεκτρονικών μέσων, συμπεριλαμβανομένων εφαρμογών κ.λπ.	Παροχή εξοπλισμού ασφαλείας χωρίς επικοινωνιακά μέτρα. σχεδιασμός ή τροποποίηση του φυσικού περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένων περιβαλλοντικών ή μηχανικών λύσεων για τη βελτίωση της ασφάλειας· πολιτική και νομοθεσία που καλύπτει την εκπαίδευση σε θέματα ασφαλείας, τον εξοπλισμό, το σχεδιασμό προϊόντων κ.λπ. εθνικές, περιφερειακές ή τοπικές εκστρατείες μέσων ενημέρωσης που επικεντρώνονται στην εφαρμογή ή

<i>Κατηγορία</i>	<i>Τα κριτήρια ένταξης</i>	<i>Κριτήρια εξαίρεσης</i>
Αποτέλεσμα	Ποσοστά τραυματισμών; συμπεριφορά των φροντιστών (από πρόθεση) για την πρόληψη ακούσιων τραυματισμών στα παιδιά. γνώση και άλλους καθοριστικούς παράγοντες συμπεριφοράς, όπως στάσεις, επίγνωση κινδύνου και αυτο-αποτελεσματικότητα	επιβολή της νομοθεσίας, των κανονισμών και των προτύπων για την ασφάλεια
Σχεδιασμός Μελέτης	Μελέτες παρέμβασης (τυχαιοποιημένες ή μη τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές), μελέτες παρατήρησης (μελέτες κοόρτης, συγχρονικές μελέτες, μελέτες περιπτώσεων ελέγχου). μελέτες δημοσιευμένες στα αγγλικά ή γερμανικά	Ποιοτικές μελέτες (σε βάθος συνεντεύξεις, συνεντεύξεις εμπειρογνομόνων, ομάδες εστίασης, delphi), κριτικές, άρθρα, επιστολές προς τον εκδότη, μελέτες που δεν έχουν δημοσιευθεί στα αγγλικά ή γερμανικά ή δεν έχουν δημοσιευθεί σε περιοδικά με κριτές, ερευνητικά πρωτόκολλα χωρίς αποτελέσματα

Οι 67 μελέτες που εξετάστηκαν επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις επιπτώσεις της επικοινωνίας στην πρόληψη των παιδικών τραυματισμών. Οι περισσότερες μελέτες ασχολούνται με τον ασφαλή ύπνο ή την ασφαλή μεταφορά. Δεν υπάρχουν μελέτες για άλλους διαδεδομένους κινδύνους τραυματισμού, όπως πνιγμός, πτώσεις, εγκαύματα και δηλητηρίαση.

Σχεδόν τα δύο τρίτα όλων των μελετών διεξήχθησαν στις ΗΠΑ, κάτι που μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από τις βάσεις δεδομένων που αναζητήθηκαν, αλλά εξακολουθεί να οδηγεί σε περιορισμένη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Ο πληθυσμός -στόχος των μέτρων επικοινωνίας στις μελέτες που εξετάστηκαν σε αυτήν την ανασκόπηση αποτελείται κυρίως από γονείς ή μητέρες μόνο. Η εστίαση στους γονείς ως βασικούς φροντιστές είναι κατανοητή, καθώς είναι οι νόμιμοι κηδεμόνες των παιδιών και περνούν τον περισσότερο χρόνο μαζί τους. Η εστίαση στις μητέρες ως αποδέκτες είναι ένα συχνό φαινόμενο στον ερευνητικό τομέα των παιδικών τραυματισμών. Ωστόσο, είναι προβληματικό γιατί αναπαράγει παραδοσιακές εικόνες φύλου (οι γυναίκες ως αποκλειστικά υπεύθυνες για την ανατροφή των παιδιών) και τα παιδιά ανύπαντρων πατέρων παραμελούνται. Επιπλέον, οι μητέρες και οι πατέρες μπορεί να διαφέρουν ως προς τις πεποιθήσεις και τις στάσεις τους σχετικά με την ασφάλεια των παιδιών και τον κίνδυνο τραυματισμών, γι' αυτό απαιτείται έρευνα σχετικά με την επικοινωνία για την πρόληψη τραυματισμών με βάση το φύλο για τους φροντιστές.

Οι περισσότερες μελέτες εξέτασαν μέτρα επικοινωνίας που δεν βασίζονταν στη θεωρία, μεταξύ των οποίων ένα μεγαλύτερο ποσοστό ήταν αναποτελεσματικό στην επικοινωνία για την πρόληψη τραυματισμών σε σύγκριση με τις μελέτες που βασίζονται στη θεωρία. Αυτό είναι σύμφωνο με προηγούμενες κριτικές, που διαπίστωσε επίσης ότι πολλές μελέτες στερούνται θεωρητικής βάσης και

άλλοι συγγραφείς που υπογραμμίζουν τη σημασία της εφαρμογής θεωριών συμπεριφοράς για την αποτελεσματική πρόληψη των παιδικών τραυματισμών.

Πολύ λίγες μελέτες σε αυτήν την ανασκόπηση χρησιμοποίησαν παραδοσιακές εκστρατείες μέσων μαζικής ενημέρωσης. Τα αποτελέσματά μας υπογραμμίζουν τις δυνατότητες των ψηφιακών μέσων που μπορεί να συμπληρώσουν ή ακόμα και να αντικαταστήσουν την έντυπη και πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία. Οι ψηφιακές λύσεις ήταν ιδιαίτερα κατάλληλες για τη διάδοση της γνώσης και μπορούν να συνδυαστούν με μηνύματα προσαρμογής. Αυτό υπογραμμίζει τις δυνατότητες της ηλεκτρονικής υγείας και της mHealth στον τομέα της επικοινωνίας για την υγεία και της αλλαγής συμπεριφοράς.

Η προσαρμογή μηνυμάτων μπορεί να υποστηρίζεται από ψηφιακά μέσα, όπως διαδικτυακές εφαρμογές ή εφαρμογές για κινητές συσκευές. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας, όπως οι παιδίατροι και το προσωπικό της κλινικής, αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη και θα πρέπει να παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο άτομο με σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου και την προαγωγή της υγείας.

Συνοπτικά τα αποτελέσματα της ανασκόπησης έδειξαν ότι η επικοινωνία βασισμένη στη θεωρία, η ψηφιακή προσαρμογή και οι επαγγελματίες υγείας ως φορείς επικοινωνίας, μπορούν να συμβάλουν στην αποτελεσματική επικοινωνία στην πρόληψη των παιδικών τραυματισμών. Οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να περιγράφουν με διαφάνεια τις διαδικασίες τους σχετικά με το περιεχόμενο του μηνύματος, τα χαρακτηριστικά μηνυμάτων και τα κανάλια επικοινωνίας και τους φορείς επικοινωνίας.

6.7 Το μοντέλο σχεδιασμού και αξιολόγησης (RE-AIM)-Μελέτη με τίτλο : Μια συστηματική ανασκόπηση της οικονομικής ενδυνάμωσης ως παρέμβασης πρόληψης του HIV για έφηβα κορίτσια και νέες γυναίκες στην υποσαχάρια Αφρική χρησιμοποιώντας το πλαίσιο RE-AIM

Σε πολλές χώρες στην υποσαχάρια Αφρική (SSA), τα έφηβα κορίτσια ζουν σε ένα πλαίσιο ευπάθειας και εκτίθενται σε έναν συνδυασμό διασταυρούμενων συστημικών φραγμών με βάση την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση, την εθνικότητα, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τον τόπο διαμονής τους. Κάθε μέρα, υπολογίζεται ότι 1000 έφηβες και νεαρές γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών μολύνονται πρόσφατα από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχουν τώρα 19,1 εκατομμύρια έφηβες και γυναίκες που ζουν με HIV, εκ των οποίων το 80% κατοικεί στην υποσαχάρια Αφρική. Τα δεδομένα από το Κοινό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για

τον ιό HIV και το AIDS (UNAIDS) υπολογίζουν ότι τρεις στις τέσσερις νέες μολύνσεις HIV σε SSA μεταξύ 15-19 ετών είναι νεαρές γυναίκες και 7 στις 10 νεαρές γυναίκες δεν έχουν ολοκληρωμένη γνώση για τον HIV.

Η δυνατότητα για αυξημένα ποσοστά μόλυνσης μεταξύ νεαρών γυναικών στην υποσαχάρια Αφρική (SSA) καταδεικνύει την επείγουσα ανάγκη για βιώσιμα προγράμματα που αξιοποιούν τις δυνατότητες των νέων να αποτρέψουν νέες μολύνσεις από τον ιό HIV σε έφηβα κορίτσια σε περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου HIV. Εάν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, η αμοιβαία ενισχυόμενη κρίση της φτώχειας και των ασθενειών μπορεί να απειλήσει εύθραυστα αναπτυξιακά κέρδη. Το αποτέλεσμα της οποίας είναι μια καταστροφική καθοδική πορεία στην ανθρώπινη ανάπτυξη κατά την επόμενη γενιά για εκατομμύρια έφηβες και νέες γυναίκες στην περιοχή. Αναγνωρίζοντας τον επείγοντα χαρακτήρα της κρίσης, σημαντική έρευνα έχει αφιερωθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών για την πρόληψη του HIV μεταξύ των εφήβων και των νέων παγκοσμίως .

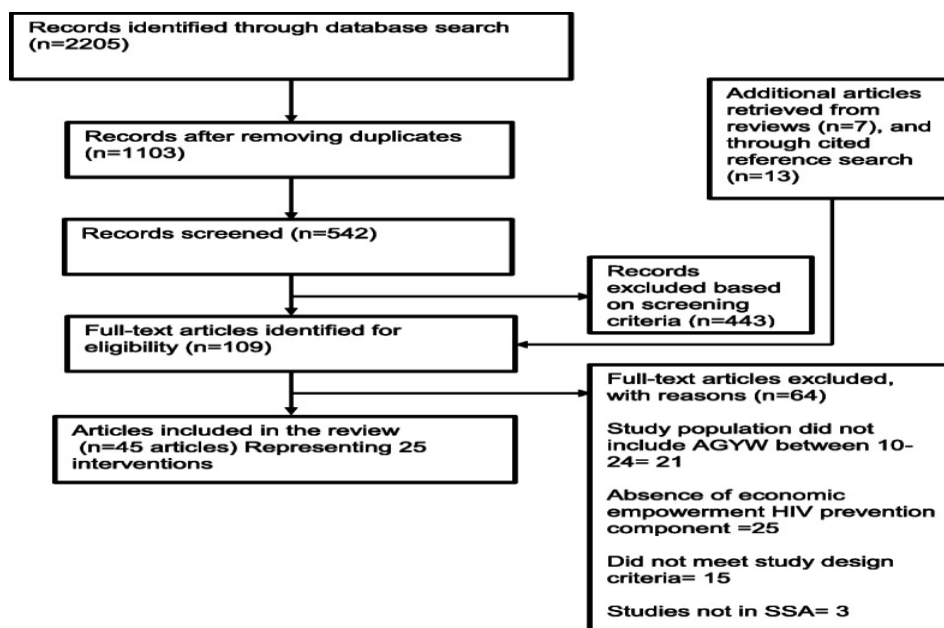
Ωστόσο, παρά την αύξηση του αριθμού αυτών των παρεμβάσεων που απευθύνονται σε έφηβα κορίτσια και νεαρές γυναίκες στην περιοχή, μπορεί να χρειαστούν έως και 17 χρόνια για να φτάσουν αυτές οι παρεμβάσεις σε άλλα έφηβα κορίτσια που υπό-εκπροσωπούνται σε επιστημονικές δοκιμές ή σε χώρους όπου η παράδοσή τους θα μπορούσε παράγουν εύλογα οφέλη. Επιπλέον, παραμένει ένα σημαντικό κενό μεταξύ του τι είναι γνωστό για το τι λειτουργεί και του τρόπου αποτελεσματικής μετάφρασης αυτών των παρεμβάσεων στην πράξη.

Η οικονομική ενδυνάμωση (EE) Προγραμμάτων πρόληψης του HIV για έφηβα κορίτσια και νεαρές γυναίκες (AGYW) στην υποσαχάρια Αφρική κερδίζουν έδαφος ως αποτελεσματικές στρατηγικές για τη μείωση του κινδύνου HIV και των ευπαθειών αυτού του πληθυσμού. Ενώ η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης είναι κρίσιμης σημασίας, υπάρχουν πολλοί παράγοντες πέρα από την αποτελεσματικότητα που διαμορφώνουν τον αντίκτυπο μιας παρέμβασης.

Ο στόχος αυτής της συστηματικής ανασκόπησης ήταν να αξιολογήσει την αναφορά των αποτελεσμάτων εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης του EE HIV για AGYW στην SSA, όπως εννοιολογείται στο πλαίσιο RE-AIM (προσέγγιση, αποτελεσματικότητα/ αποτελεσματικότητα, υιοθέτηση, υλοποίηση και συντήρηση).

Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας από τον Οκτώβριο του 2018 έως τον Ιούλιο του 2019 για τον εντοπισμό μελετών που δημοσιεύτηκαν σε ακαδημαϊκά περιοδικά. Οι αποκλίσεις στη διαδικασία ελέγχου και την επιλεξιμότητα της μελέτης συζητήθηκαν και αντιμετωπίστηκαν με βάση τη συναίνεση μεταξύ των δύο αναθεωρητών. Αναζητήθηκαν στα PubMed,

Ovid/MEDLINE, Science Direct, Ebscohost, PsycINFO, Scopus και Web of Science για παρεμβάσεις οικονομική ενδυνάμωση (ΕΕ) HIV για έφηβα κορίτσια και νεαρές γυναίκες (AGYW) στην υποσαχάρια Αφρική (SSA). Η επιλογή της μελέτης και η εξαγωγή δεδομένων διεξήχθησαν σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses). Δύο ερευνητές κωδικοποίησαν κάθε άρθρο χρησιμοποιώντας ένα επικυρωμένο εργαλείο εξαγωγής δεδομένων RE-AIM και εξήγαγαν ανεξάρτητα πληροφορίες από κάθε άρθρο. Η αναφορά των διαστάσεων RE-AIM συνοψίστηκε και συντέθηκε μεταξύ των παρεμβάσεων που περιλαμβάνονται.



Τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού αναπτύχθηκαν για τον εντοπισμό πρωτότυπης έρευνας που αξιολόγησε ή δοκίμασε εμπειρικά στρατηγικές οικονομικής ενδυνάμωσης για την πρόληψη του HIV μεταξύ έφηβων κοριτσιών και νεαρών γυναικών στο SSA. Άρθρα ήταν επιλέξιμα για συμπερίληψη εάν (α) πραγματοποιήθηκαν στην υποσαχάρια Αφρική, (β) περιέγραφαν μια παρέμβαση οικονομικής ενδυνάμωσης με αποτελέσματα που σχετίζονται με την πρόληψη του HIV, (γ) στοχευμένα έφηβα κορίτσια και νεαρές γυναίκες ηλικίας 10-24 ετών ή παρεμβάσεις που όχι ειδικά για το AGYW, αλλά αναφέρεται ξεχωριστά για το AGYW, (δ) γραμμένο στα αγγλικά και (ε) δημοσιευμένο μεταξύ 2000 και 2019. Συμπεριλάβαμε μελέτες που χρησιμοποίησαν σχέδια παρέμβασης που κυμαίνονται από τυχαιοποιημένες δοκιμές ελέγχου έως και μη πειραματικές αξιολογήσεις των παρεμβάσεων .

Τα άρθρα που περιλαμβάνονται σε αυτήν την ανασκόπηση είναι ετερογενή όσον αφορά τον σχεδιασμό της μελέτης και τα μετρούμενα αποτελέσματα. Ως εκ τούτου, δεν ήταν πρακτικό να διεξαχθεί μια μετα-ανάλυση.

Το εργαλείο αξιολόγησης κινδύνου μεροληψίας Cochrane Collaboration χρησιμοποιήθηκε μόνο για την αξιολόγηση της εσωτερικής εγκυρότητας των παρεμβάσεων που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση και καμία μελέτη δεν εξαιρέθηκε από την ανασκόπηση με βάση τη βαθμολογία κινδύνου μεροληψίας.

Η αρχική αναζήτηση της βάσης δεδομένων απέδωσε 2205 πιθανές σχετικές αναφορές με βάση τίτλους δημοσιεύσεων και περιλήψεις. Συνολικά 542 εργασίες ανακτήθηκαν για έλεγχο πλήρους κειμένου για καταλληλότητα και 443 αποκλείστηκαν. Τα κριτήρια αποκλεισμού αφορούσαν την απουσία οικονομικής ενδυνάμωσης παρέμβασης πρόληψης του HIV που στόχευε έφηβα κορίτσια και νεαρές γυναίκες ηλικίας 10–24 ετών (n =46), την τοποθεσία της μελέτης εκτός της υποσαχάρια Αφρικής (n =3) ή η μη συνάντηση μελέτης κριτήρια σχεδιασμού (n =15). Σαράντα πέντε άρθρα διατηρήθηκαν στην τελική ομάδα άρθρων

Συνολικά 25 μοναδικές παρεμβάσεις (που αναφέρονται σε 45 άρθρα) πληρούσαν τα προκαθορισμένα κριτήρια επιλεξιμότητας. Η αποτελεσματικότητα (74,4%) ήταν η υψηλότερη αναφερόμενη διάσταση RE-AIM, ακολουθούμενη από την υιοθέτηση 17 (67,2%), την επίτευξη 16 (64,0%), την εφαρμογή 9 (38,0%) και τη συντήρηση 7 (26,4%). Οι περισσότερες παρεμβάσεις αναφέρθηκαν σε στοιχεία RE-AIM όπως το μέγεθος δείγματος 25 (100,0%), η τοποθεσία παρέμβασης 24 (96,0%) και μέτρα και αποτελέσματα για τουλάχιστον μία παρακολούθηση 24 (96,0%). Λίγοι ανέφεραν στοιχεία RE-AIM, όπως χαρακτηριστικά μη συμμετεχόντων 8 (32,0%), κόστος υλοποίησης 3 (12,0%) και πιστότητα παρέμβασης 0 (0,0%).

Οι ερευνητές θα πρέπει να δίνουν μεγάλη προσοχή στην αναφορά υιοθέτησης σε επίπεδο ρύθμισης, κόστους υλοποίησης και συντήρησης παρέμβασης. Αυτά τα μέτρα απαιτούνται για αποφάσεις πολιτικής που σχετίζονται με την πλήρη αξία και αξία των παρεμβάσεων του ΕΕ HIV και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητά τους για το AGYW.

Αυτή η μελέτη αντιμετωπίζει ένα σημαντικό κενό στη γνώση, δεδομένης της έλλειψης στοιχείων σχετικά με τον βαθμό στον οποίο η υπάρχουσα οικονομική ενδυνάμωση ως παρεμβάσεις πρόληψης του HIV για το AGYW στο SSA αναφέρουν στοιχεία του πλαισίου RE-AIM. Το πλαίσιο RE-AIM είναι ένα χρήσιμο πλαίσιο αξιολόγησης για την αξιολόγηση της κλιμάκωσης, της διάδοσης ή της εφαρμογής της οικονομικής ενδυνάμωσης ως παρεμβάσεις πρόληψης του HIV για το AGYW στην SSA, για να ενισχυθεί τελικά ο αντίκτυπος στον πληθυσμό και η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα.

Τα ευρήματα από αυτήν τη συστηματική ανασκόπηση υπογραμμίζουν τα κενά στην αναφορά των μέτρων αποτελεσμάτων εφαρμογής που θα μπορούσαν να λάβουν αποφάσεις σχετικά με τη μετάφραση και την κλιμάκωση των ΕΕ παρεμβάσεων HIV που στοχεύουν το AGYW στην SSA.

Γενικά Συμπεράσματα - Προτάσεις

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) υποστηρίζει ότι εκατομμύρια άνθρωποι ακολουθούν ένα ανθυγιεινό τρόπο ζωής που έχει σαν αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν αναπηρίες, ασθένειες ακόμα και τον θάνατο, (Ziglio, 2004).

Ωστόσο, πολλές χρόνιες ασθένειες σχετίζονται με την πρόληψη και τον τρόπο ζωής και εφόσον εντοπιστούν έγκαιρα, αποτρέπονται οι επικίνδυνες συνέπειές τους για την υγεία. Από αυτήν την άποψη, η υπέρταση, η χρήση καπνού, ο διαβήτης, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και η παχυσαρκία είναι οι πέντε κύριες αιτίες θανάτου στον κόσμο που μπορούν να μειωθούν και να ελεγχθούν με αλλαγές στον τρόπο ζωής. Επομένως, αλλάζοντας τον τρόπο ζωής των ατόμων και αντικαθιστώντας τους ανθυγιεινούς τρόπους ζωής με έναν υγιεινό, μπορεί κανείς να μειώσει τόσο την επίπτωση όσο και τον επιπολασμό πολλών χρόνιων ασθενειών, με αποτέλεσμα να προληφθεί ο θάνατος από αυτές τις ασθένειες, (Al-Qahtani, 2015).

Στοιχεία από μελέτες που αναφέρονται στις παρεμβάσεις του τρόπου ζωής δείχνουν ότι τα χαμηλά ποσοστά των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων μπορούν να επιτευχθούν με την τροποποίηση της συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα, η διακοπή του καπνίσματος, η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, η τακτική σωματική άσκηση, και η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών, (Bishwajit, 2017).

Παρά την παραδοσιακή προσέγγιση της προώθησης της υγείας με βάση την ατομική συμπεριφορά, πρόσφατα μοντέλα Προαγωγής Υγείας έχουν υιοθετήσει τους προσδιοριστές υγείας (SDH) ως βασικά συστατικά του κοινωνικού, οικονομικού και πολιτικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν τον τρόπο ζωής και την υγεία ενός ατόμου. Οι επιλογές συμπεριφοράς κατά συνέπεια, ενδυναμώνουν τα μοντέλα που εισάγονται στην Προαγωγή της Υγείας δίνοντας προσοχή στη δυναμική που υπονομεύει την πιθανότητα ενός ατόμου σε μια υγιή ζωή, ενώ ενδυναμώνει το άτομο δίνοντας εργαλεία, όπως γνώση, ευαισθητοποίηση σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία και έλεγχο των συνθηκών που απαιτούνται, για τη διατήρηση ενός υγιούς τρόπου ζωής, (Krumeich, 2014).

Η Προαγωγής της Υγείας και ο τρόπος ζωής είναι μια διαδικασία που συνειδητά πραγματοποιείται από το άτομο και περιλαμβάνει συνεπείς συμπεριφορές που απαιτούν καθημερινές δραστηριότητες, (Cheng, 2015). Ο τρόπος ζωής περιλαμβάνει στάσεις και συμπεριφορές δίνοντας τη δυνατότητα στα άτομα να αυξήσουν τον έλεγχο της υγείας τους και, τέλος, την υγεία του ατόμου και της κοινότητας, (Baheiraei, 2013).

Ωστόσο, κρίσιμο θα πρέπει να θεωρείται για τα επόμενα χρόνια η εφαρμογή, μέσω κατάλληλων μοντέλων των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας, πολιτικών στοχευμένων δράσεων και παρεμβάσεων τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε ατομικό επίπεδο ευθύνης καθότι οι μισοί από τους θανάτους σχετίζονται με στάσεις και συμπεριφορές.

Εν κατακλείδι, οι θεωρίες είναι η βάση των διαδικασιών που χρησιμοποιούνται για τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας. Δίνουν απαντήσεις σχετικά με το γιατί τα άτομα δεν ακολουθούν μια επιθυμητή συμπεριφορά, πως θα οδηγηθούν στην αλλαγή της συμπεριφοράς αυτής και ποιοι είναι οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αξιολόγηση της επίτευξης ή μη των στόχων ενός προγράμματος. Ωστόσο, η χρησιμοποίηση μια θεωρίας έχει και μειονεκτήματα, όπως για παράδειγμα, η παράληψη παραγόντων, που δεν αποτελούν μέρος της θεωρίας, η ύπαρξή τους όμως διαπιστώνεται εμπειρικά και είναι εξίσου σημαντικοί. Η επίτευξη αλλαγής συμπεριφοράς αποτελεί μια περίπλοκη και επίπονη διαδικασία, ακόμη και κάτω από τις καλύτερες συνθήκες.

Η στόχευση ενός και μόνο μοτίβου ανθυγιεινής συμπεριφοράς όπως το κάπνισμα δεν θα είναι αποτελεσματική εάν το άτομο πίνει επίσης υπερβολικά, καταναλώνει μεγάλες ποσότητες κορεσμένου λίπους, έχει ακανόνιστο μοτίβο ύπνου, εργάζεται σε αγχωτικό περιβάλλον.

Η παρούσα εργασία λόγω της διερευνητικής βιβλιογραφικής της φύσεως δεν μελέτησε διεξοδικά όλες τις θεωρίες και τα μοντέλα στο πλαίσιο της Προαγωγής Υγείας, αλλά εστίασε στις πιο χρησιμοποιούμενες θεωρίες και μοντέλα που αφορούν παρεμβάσεις στο ατομικό επίπεδο.

Ως μελλοντική πρόταση συστήνεται η πιο διεξοδική και αναλυτική εμβάθυνση σε όλες τις θεωρίες και μοντέλα που εφαρμόζονται στο πλαίσιο της Προαγωγής Υγείας για την καλύτερη κατανόηση των ολοκληρωμένων παρεμβάσεων στο πεδίο της Προαγωγής Υγείας.

Βιβλιογραφία

- AIM, R. . (n.d.). *RE - AIM*. Ανάκτηση από <https://re-aim.org/>
- Ajzen, I. (1991.). The theory of planned behavior.,
- Allen-Scott. (2014). A scoping review of unintended harm associated with public health interventions: towards a typology and an understanding of underlying factors.
- Al-Qahtani, M. (2015). Health-promoting lifestyle behaviors among nurses in private hospitals in Al-Khobar, Saudi Arabia. *J Egypt Public Health Assoc*, σσ. 29-34.
- Baheiraei, A. M. (2013). Facilitators and inhibitors of health-promoting behaviors: The experience of Iranian women of reproductive age. *Int J Prev Med*, σσ. 929–39.
- Bandura. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review Psychology*, σσ. 1-26.
- Bartholomew-Eldredge LK, M. C. (2016). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach* . 4η έκδ. San Francisco, CA:: Jossey Bass.
- Becker. (1986). Human Capital and the Rise and Fall of Families.
- Becker, M. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs.
- Bishwajit, G. T. (2017). Lifestyle Behaviors, Subjective Health, and Quality of Life Among Chinese Men Living With Type 2 Diabetes. *Am J Mens Health*, σσ. 357–364.
- Chandon, P. M. (2018). Do Intentions Really Predict Behavior? Self-Generated Validity Effects in Survey Research. *Journal of Marketing*, 69 (1-14).
- Cheng, Y. (2015). Investigation and countermeasures on the health-promoting lifestyle of the disabled elderly in a rural area. *Chinese Nursing Research*, σσ. 107-109.
- Crawford. (1977). You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming.
- DiClemente C.C., P. J. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Consult Clin Psychol.*, σσ. 295–304.
- Escriva-Boulley G, M. O. (2021, Feb 7). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Ανάκτηση από pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33171178/>
- Fishbein, M. &. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gilbert, J. B. (1998). *Learning science through models and modeling* . London: Kluwer Academic Publisher.
- Gilbert, J. K. (2000). *Developing Models in Science Education*. Dordrecht:Kluwer Academic Publishers.
- Gochman. (1997.). *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants* . Νέα Υόρκη:.
- Gray. (1993). *World health and disease*. Buckingham: Open University Press.
- Gugglberger. (2017). Implementation practices in school health promotion: findings from an Austrian multiple-case study.
- Hagger MS, L. A. (2012 Feb). A theory-based intervention to reduce alcohol drinking in excess of guideline limits among undergraduate students. *Health Psychol.*, 18-43.
- Harrison. (2020 Apr). Vaccine confidence in the time of COVID-19. *Eur J Epidemiol*.
- Hashemzadeh M, R. A.-F.-N. (2019, Mar-Apr 24). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Ανάκτηση από pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6390443/>
- Hassandra. (2006). Greek students' motives for participation in physical education. *International Journal of Physical Education*.
- Heckhausen H., B. J. (1990). Intentional action and action slips. *Psychological Review* . , σσ. 36–48.
- Horne J, M. J. (2018, NOV 1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Ανάκτηση από pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29635250/>
- Huang H, W. H. (2022, Dec 25). Using self-determination theory in research and evaluation in primary care. *Health Expect*.
- Irving, M. (1977). *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment*.
- Iwelunmor J, N. U.-U. (2020, Jun 10). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Ανάκτηση από pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35537900/>
- Janz NK, B. (1984). *The health belief model: A decade later Health Educ Q* .
- Kelly, B. (2016 Jul). Why is changing health-related behaviour so difficult?
- Kok G, R. R. (2018). Theory- and evidence-based health promotion program planning; intervention mapping.

- Front Publ Health*, σσ. 5–6.
- Krumeich, A. &. (2014). Health in global context; beyond the social determinants of health?., *Global Health Action*, σσ. 1-9.
- Kwasnicka D, D. S. (2016 , Sep 10). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. . *Health Psychol Rev.*, σσ. 277-96.
- LaCaille RA, H. S. (2020, 12). *pubmed*. Ανάκτηση από PMID: 32961470:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32961470/>
- McKenzie. (2016). *Planning, Implementing, & Evaluating Health Promotion Programs* (7th edition εκδ.).
- Michie, S. a. (2014). *ABC of Behaviour Change Theories*. Λονδίνο: Silverback. 1η έκδ.
- Minkler. (1999). Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. .
- Oh, P. S. (2011). What teachers of science need to know about models:An overview. *International Journal of Science Education*, σσ. 1109-1130.
- Pender. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2η έκδ. Norwalk.
- Rimer. (2002). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice* (4 εκδ.).
- Rodrigues F, B. T. (2018, Nov 6). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Ανάκτηση από pubmed:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30459690/>
- Rootman I, G. M. (2001). Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. *WHO Regional Publications, European series*, σσ. 4–5.
- ROTTER. (1960, 5). *pubmed*. Ανάκτηση από Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behavior from testing procedures.: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13743936/>
- Ryan RM, D. E. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*.
- Shaw. (2019). Operationalizing the reach, effectiveness, adoption, implementation, maintenance (RE-AIM) framework to evaluate the collective impact of autonomous community programs that promote health and well-being.
- Stehr P, R. D. (2022, Aug 4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Ανάκτηση από pubmed:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35537900/>
- Stokols. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. Στο A. Psychologist (Επιμ.).
- Syme. (1996 Sep). Rethinking disease: where do we go from here? *Ann Epidemiol*.
- Theodorakis. (1994). Planned Behavior, Attitude Strength, Role Identity, and the Prediction of Exercise Behavior. *The Sport Psychologist*, σσ. 149-165.
- Viner R, M. A. (2005 , Mar 5). Health promotion. *BMJ*.
- Webb TL, S. P. (2006 Mar, 3). *pubmed*. Ανάκτηση από Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16536643/>
- Weinstein. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1986). Ανάκτηση από <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>: <https://health-inequalities.eu/glossary/health-promotion/>
- Zewdie A, M. A. (2022, Jul 22). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Ανάκτηση από pubmed:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35898953/>
- Ziglio, E. C. (2004). The WHO crossnational study of health behavior in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002. *Journal of School Health*, σσ. 204–206.
- Δαρβίρη. (2007). *Προαγωγή υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Καραδήμας. (2005). *ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*. ΤΥΠΩΘΗΤΩ / ΔΑΡΔΑΝΟΣ.
- Κουλιεράκης. (2000). Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας. Στο Κουλιεράκης, *Τόμος Β. Συμπεριφορές υγείας: Πρότυπα και μεταβολές* (σσ. 15 - 96). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Κυριόπουλος. (2009, 11 19). *mednet.gr*. Ανάκτηση από ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE: ISSN 11-05-3992: <https://www.mednet.gr/archives/index-en.html>
- Παπαϊωάννου, Μ. (2006). Προκαταρκτική Μελέτη της Εγκυρότητας Ερωτηματολογίου, με Βάση το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής ως προς την Άσκηση - Φυσική Δραστηριότητα.