



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΜΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Συγγραφέας:

Ευθυμία Μαυροπούλου

ΑΜ: 2114

Επιβλέπουσα:

Αρετή Λάγιου

Αθήνα, 2023



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT OF PUBLIC AND COMMUNITY HEALTH

MSc EPIDEMIOLOGY AND HEALTH PROMOTION

Diploma Thesis

**COMMUNITY-LEVEL THEORIES AND MODELS IN THE CONTEXT OF
INTEGRATED HEALTH PROMOTION INTERVENTIONS**

Student:

Euthimia Mauropoulou

Registration Number:

2114

Supervisor:

Areti Lagiou

Athens, 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΜΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Τίτλος εργασίας

ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

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

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Λάγιου Αρετή	Καθηγήτρια Επιβλέπουσα	
2	Σακελλάρη Ευανθία	Αναπλ. Καθηγήτρια Μέλος εξεταστικής επιτροπής	
3	Σταθοπούλου Αγάθη	ΕΔΙΠ Μέλος εξεταστικής επιτροπής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μαυροπούλου Ευθυμία του Ελευθερίου, με αριθμό μητρώου 2114, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Επιδημιολογία και Προαγωγή Υγείας, του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής 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».

Η Δηλούσα



Περίληψη

Εισαγωγή: Η προαγωγή υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο επάνω τους και να βελτιώσουν την υγεία τους. Η βέλτιστη υγεία είναι αποτέλεσμα ισορροπίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί και πολιτικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά την ανθρώπινη υγεία. Τα προγράμματα προαγωγής υγείας αποτελούν οργανωμένες δραστηριότητες με στόχο την παροχή βοήθειας στους ανθρώπους σχετικά με την υγεία τους, είναι επομένως προγράμματα που αφορούν τις τρεις βαθμίδες πρόληψης πρωτογενή, δευτερογενή, τριτογενή και πρέπει να εφαρμόζονται σε όσο το δυνατό πρώιμα στάδια της ζωής. Οι θεωρίες και τα μοντέλα υγείας παρέχουν την εννοιολογική βάση πάνω στην οποία σχεδιάζονται τα προγράμματα προαγωγής υγείας και τα επιτυχημένα προγράμματα είναι αυτά που βασίζονται στην κατανόηση των συμπεριφορών υγείας.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας διερευνητικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν να εντοπίσει τις θεωρίες και τα μοντέλα προαγωγής υγείας που χρησιμοποιούνται σε κοινοτικό επίπεδο και να εξετάσει την αποτελεσματικότητά τους σε επίπεδο παρεμβάσεων. Συγκεκριμένα, η έρευνα εστίασε στις παρακάτω θεωρίες και μοντέλα: θεωρία επικοινωνίας, θεωρία διάχυσης της καινοτομίας, θεωρία κινητοποίησης της κοινότητας, θεωρία αλλαγής των οργανισμών, θεωρία των κοινωνικών κανόνων, PRECEDE – PROCEED Model και Re-aim Model.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε διερευνητική βιβλιογραφική ανασκόπηση των θεωριών και μοντέλων προαγωγής της υγείας που χρησιμοποιούνται σε κοινοτικό επίπεδο. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση βασίστηκε σε δημοσιεύσεις που ανακτήθηκαν από τη βάση δεδομένων PubMed. Εντοπίστηκαν, εξετάστηκαν και επιλέχθηκαν μόνο σχετικές δημοσιεύσεις και άρθρα. Η τελική επιλογή αφορούσε συστηματικές ανασκοπήσεις με βάση την σχετικότητα με το περιεχόμενο και την πρόσφατη δημοσίευση της (έως και πέντε χρόνια πριν).

Αποτελέσματα: Από τα αποτελέσματα φάνηκε πως οι θεωρίες που επιλέχθηκαν έχουν θετική επίδραση στις παρεμβάσεις που βασίζονται στη θεωρία, απαιτείται όμως περαιτέρω έρευνα για τη δημιουργία ισχυρής βάσης αποδεικτικών στοιχείων.

Συμπεράσματα: Οι θεωρίες και τα μοντέλα υγείας περιέχουν την εννοιολογική βάση πάνω στην οποία κατασκευάζονται τα προγράμματα προαγωγής υγείας και τα επιτυχημένα προγράμματα είναι αυτά που βασίζονται στην κατανόηση των συμπεριφορών υγείας. Επομένως η χρήση τους είναι σημαντική και ενισχύει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων προαγωγής υγείας.

Λέξεις κλειδιά: προαγωγή υγείας, θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς, μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς, δημόσια και κοινοτική υγεία, παρεμβάσεις υγείας.

Abstract

Introduction: Health promotion is the process of enabling people to increase control over themselves and improve their health. Optimal health is the result of a balance between the individual and the environment. Biological, psychological, social, cultural, and political-economic factors significantly influence human health. Health promotion programs are organized activities aimed at helping people with their health and are therefore programs concerned the three levels of prevention, primary, secondary and tertiary and should be implemented as early as possible in life. Health theories and models provide the conceptual basis on which health promotion programs are designed and successful programs are those based on an understanding of health behaviors.

Objective: The aim of this exploratory literature review was to investigate and identify the theories and models of health promotion used at the community level, and also to examine their effectiveness at the intervention level. Specifically, the research focused on the following theories and models: communication theory, diffusion of innovation theory, community mobilization theory, organizational change theory, social norms theory, PRECEDE - PROCEED Model and Re-aim Model.

Methods: An exploratory literature review of health promotion theories and models used at community level was conducted. It was based on publications retrieved from PubMed database. Only relevant publications and articles were identified, reviewed, and selected. The final selection of the selected systematic reviews was based on relevance to the content and recent publication (up to five years ago).

Results: The results showed that the selected theories appeared to have a positive impact on theory-based interventions, but further research is needed to establish a strong evidence base.

Conclusions: Health theories and models contain the conceptual foundation upon which health promotion programs are built, and successful programs are those based on an understanding of health behaviors. Therefore, their use is important and enhances the effectiveness of health promotion programs.

Keywords: Health promotion, behavior change theories, behavior change models, public and community health, health promotion interventions.

Πίνακας περιεχομένων

A' Μέρος.....	12
1. Ορισμός Προαγωγής υγείας και χρησιμότητά της.....	12
1.1 Προγράμματα Προαγωγής Υγείας.....	14
2. Χρησιμότητα και αναγκαιότητα θεωριών και μοντέλων προαγωγής υγείας.....	19
3. Κατηγοριοποίηση θεωριών και μοντέλων Προαγωγής Υγείας σε κοινοτικό επίπεδο	21
4. Παρουσίαση θεωριών και μοντέλων Προαγωγής Υγείας σε κοινοτικό επίπεδο (θεωρητικό υπόβαθρο, ιστορική εξέλιξη, ανάλυση)	24
4.1 Θεωρία επικοινωνίας (Communication Theory).....	24
4.2 Θεωρία Διάχυσης της Καινοτομίας (Diffusion of Innovation Theory)	29
4.3 Θεωρία Κινητοποίησης της Κοινότητας (Community Mobilization Theory)	32
4.4 Θεωρία Αλλαγής των οργανισμών (Organizational Change Theory).....	34
4.5 Θεωρία Κοινωνικών Κανόνων(Theory of Social Norms)	38
5.PRECEDE-PROCEED Model	41
6.RE-AIM Model	45
B' Μέρος-Εφαρμογές των θεωριών και μοντέλων	50
1.Μεθοδολογία	50
2. Αποτελέσματα – 7 συστηματικές ανασκοπήσεις βασισμένες σε θεωρίες και μοντέλα μέσα στο πλαίσιο παρεμβάσεων προαγωγής υγείας.....	55
2.1 Θεωρία Επικοινωνίας - Communication Theory	57
2.2 Θεωρία Διάχυσης της Καινοτομίας – Diffusion of Innovation Theory (DOI)	58
2.3 Θεωρία Κινητοποίησης της Κοινότητας - Community Mobilization Theory.....	60
2.4 Θεωρία αλλαγής των οργανισμών – Organizational Change Theory	61
2.5 Θεωρία Κοινωνικών Κανόνων – Social Norms Theory.....	62
2.6 Precede – Proceed Model	64
2.7 Re-aim Framework	65
3. Συμπεράσματα	67
Βιβλιογραφία.....	69

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Θεωρίες Προαγωγής Υγείας σε κοινοτικό επίπεδο	21
Πίνακας 2 Μοντέλα Προαγωγής Υγείας σε κοινοτικό επίπεδο	23
Πίνακας 3 Συστηματικές ανασκοπήσεις για κάθε θεωρία και μοντέλο προαγωγής υγείας..	55

Κατάλογος σχημάτων

Σχήμα 1 Οπτική απεικόνιση μοντέλου αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου, περιβάλλοντος και της υγείας του	17
Σχήμα 2 Οπτική απεικόνιση διαδικασίας διάχυσης.....	30
Σχήμα 3 Οπτική απεικόνιση των πέντε κατηγοριών της Διάχυσης της καινοτομίας και των σχετικών πληθυσμών τους.....	32
Σχήμα 4 Οπτική απεικόνιση θεωρίας Κοινωνικών Κανόνων	40
Σχήμα 5 Οπτική απεικόνιση του μοντέλου σχεδιασμού με τη μέθοδο Precede - Proceed ...	42
Σχήμα 6 Οπτική απεικόνιση Re - aim Model.....	46

Κατάλογος Συντομογραφιών

Κ.α.: και άλλα

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

SENTAR: SENsation seeking TARgeting

EPPM: Extended Parallel Process Model

Α' Μέρος

1. Ορισμός Προαγωγής υγείας και χρησιμότητά της

Η έννοια της υγείας έχει συνδεθεί στενά με την επιστήμη της ιατρικής. Για πολλά χρόνια η υγεία ορίζονταν ως η απουσία νόσου, (WHO, 2020). Ωστόσο, αργότερα η σύγχρονη Ιατρική εισήγαγε κι άλλους παράγοντες που μπορεί να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία και υιοθέτησε μια πιο ολιστική προσέγγιση. Το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έδωσε έναν νέο ορισμό γύρω από την έννοια της υγείας *«μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*, (Σταματοπούλου κ.α., 2021). Η απουσία, λοιπόν, κάποιας παθολογικής συνθήκης δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το άτομο είναι υγιές, (DiMatteo and Martin, 2006). Πολλές φορές, οι άνθρωποι συνδέουν την καλή υγεία με την μη ύπαρξη παθολογικής ασθένειας, (Σταματοπούλου *et al.*, 2021). Ο νέος αυτός ορισμός δημιουργεί μια νέα οπτική για την υγεία καθώς η υγεία γίνεται πλέον αντιληπτή όχι ως μια στατική κατάσταση αλλά ως ένα αγαθό που ο άνθρωπος επιδιώκει να αποκτήσει και να πετύχει, (Φρούντα, 2014).

Πλέον παρατηρείται ότι κυριαρχεί μια νέα αντίληψη σχετικά με την υγεία. Στην προαγωγή υγείας, η υγεία αποτελεί κυρίαρχη και βασική έννοια, καθώς οι κύριοι και καθοριστικοί παράγοντες αποτελούν σημαντικούς τομείς, (Φρούντα, 2014). Το γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας της Ευρώπης, τον Ιανουάριο του 1984 καθιέρωσε ένα νέο πρόγραμμα προαγωγής υγείας, το οποίο ήταν και το πρώτο και η ανάπτυξή του υποστηρίχθηκε ισχυρά από τα κράτη μέλη. Φαίνεται ότι έρχεται να αποτελέσει μια πιο ομαδοποιημένη έννοια ως προς την αναγνώριση της ανάγκης να γίνουν αλλαγές στον τρόπο και στις συνθήκες ζωής με στόχο την προαγωγή υγείας, (Φρούντα, 2014).

Η αφετηρία για την ανοιχτή συζήτηση ως προς την προαγωγή υγείας μπορεί να θεωρηθεί ο χάρτης της Ottawa (1986), σύμφωνα με τον οποίο η προαγωγή υγείας αποτελεί *«τη διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο επάνω τους και να βελτιώσουν την υγεία τους»*. (WHO, 1986). Με βάση τον συγκεκριμένο ορισμό δίνεται, λοιπόν, έμφαση όχι μόνο στην ατομική συ-

μπεριφορά αλλά και σε ένα πιο ευρύ φάσμα που σχετίζεται με τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές παρεμβάσεις, (Fertman and Allensworth, 2016).

Βασικό έργο της προαγωγής υγείας είναι να παρέχει στο άτομο την απαραίτητη βοήθεια, ώστε να κινηθεί προς την σωστή κατεύθυνση που αφορά την υγεία και προς την βέλτιστη υγεία μέσα από διάφορες αλλαγές που θα λάβουν χώρα σχετικά με τον τρόπο ζωής του. Το άτομο δρα ανεξάρτητα και αυτόνομα και μπορεί να καθοδηγεί τη συμπεριφορά του βασισμένο σε αξίες και πεποιθήσεις που υιοθετεί, (Φρούντα, 2014). Το βασικό χαρακτηριστικό της υγείας δεν είναι μόνο η ευεξία αλλά και η ισορροπία της ανάπτυξης, της λειτουργικότητας, της ενδυνάμωσης και των πόρων, (Fertman and Allensworth, 2016).

Η αντίληψη ότι η υγεία αποτελεί μια κατάσταση ισορροπίας μεταξύ του ατόμου, διαφόρων άλλων παραγόντων (όπως βακτήρια, ιοί, τοξίνες) και του περιβάλλοντος είναι από τις πιο διαδεδομένες αντιλήψεις που κυριαρχούν για την υγεία. Στην πραγματικότητα, η υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση που απλώς μπορεί να συμβεί. Το να γεννηθεί ένας άνθρωπος με «καλά» γονίδια και να μπορεί να έχει πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι πολύ σημαντικό αλλά δεν σημαίνει ότι αποκλείεται από ασθένειες. Μάλιστα, το είδος φαγητού που καταναλώνεται, η φυσική δραστηριότητα, η έκθεση στον καπνό και γενικότερα ο τρόπος ζωής και το περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνουμε εμπεριέχει ποικίλους παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά, είτε θετικά είτε αρνητικά, την υγεία. Έτσι, λοιπόν, γίνεται κατανοητό ότι η υγεία των ατόμων αλλά και των κοινοτήτων αποτελεί ένα κράμα βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πνευματικών, πολιτισμικών, πολιτικοοικονομικών παραγόντων, (Fertman and Allensworth, 2016).

Γίνεται, λοιπόν φανερό, πως στην προώθηση και στην βελτίωση της υγείας, σε ατομικό αλλά και κοινοτικό επίπεδο, η αλληλεπίδραση μεταξύ των παραπάνω παραγόντων διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο. Πρόκειται για μια οικολογική προσέγγιση που δίνει έμφαση σε αυτήν την αλληλεπίδραση και τονίζει τον ρόλο των ατομικών παραγόντων με το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον. Σύμφωνα με τους, McLeroy, Bibeau, Steckler and Glantz (1988) υπάρχουν τρία διαφορετικά επίπεδα που έχουν τη δύναμη να ασκήσουν επιρροή σε συμπεριφορές και καταστάσεις που

αφορούν την υγεία: 1) το ενδοπροσωπικό ή ατομικό επίπεδο, 2) το διαπροσωπικό επίπεδο και 3) το κοινοτικό επίπεδο, (McLeroy *et al.*, 1988).

Αξιοποιώντας την οικολογική προσέγγιση ως σημείο αναφοράς, παρατηρείται ότι η προαγωγή υγείας γίνεται αντιληπτή ως μια προγραμματισμένη αλλαγή του τρόπου ζωής και των συνθηκών αυτής μέσω διαφόρων αλλαγών σε επίπεδο ατομικό, διαπροσωπικό και κοινοτικό.

1.1 Προγράμματα Προαγωγής Υγείας

Τα προγράμματα προαγωγής υγείας αποτελούν προγραμματισμένες, οργανωμένες και δομημένες δραστηριότητες με στόχο την παροχή βοήθειας στους ανθρώπους ώστε να αποφασίζουν τεκμηριωμένα για θέματα σχετικά με την υγεία τους. Επίσης, μέσω αυτών των προγραμμάτων επιτυγχάνονται αλλαγές σε πολιτικό, περιβαλλοντικό, ρυθμιστικό, οργανωτικό και νομοθετικό επίπεδο. Ο σχεδιασμός τους, πλέον, στοχεύει στην αξιοποίησή τους από σχολεία, εργασιακούς χώρους, οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, κοινότητες με παιδιά και ενήλικους ώστε να παρέχεται ένα ολοκληρωμένο και συστημικό πλαίσιο.

Οι Leavell και Clark (1965) πρότειναν ένα πλαίσιο, σύμφωνα με το οποίο προγράμματα προαγωγής υγείας μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη ζητημάτων που σχετίζονται με την υγεία (π.χ κάπνισμα, κατάχρηση ουσιών από μαθητές κ.α.). Αυτά τα προγράμματα επιδιώκουν να αναλάβουν δράση πριν εμφανιστεί ένα πρόβλημα υγείας, ώστε να τροποποιηθεί η πορεία πολύ πριν εμπλακούν τα άτομα. Αυτού του είδους τα προγράμματα αποτελούν πρωτογενή πρόληψη.

Η πρωτογενής πρόληψη σχετίζεται με δραστηριότητες και συμπεριφορές που το άτομο τείνει να υιοθετεί προκειμένου να επιτύχει τα βέλτιστα δυνατά επίπεδα ευεξίας και την αποφυγή έκθεσης σε παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο να εκδηλωθεί πρόβλημα στην υγεία του. Το άτομο στην πρωτογενή πρόληψη είναι ελεύθερο νόσου, δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα, (DiMatteo and Martin, 2006). Έτσι, ακολουθεί κάποιες συγκεκριμένες συμπεριφορές πριν εμφανιστεί κάποιο σύμπτωμα ή ενδείξεις ύπαρξης κάποιας ασθένειας, (DiMatteo and Martin, 2006). Η πρωτογενής πρόληψη, λοιπόν, αναφέρεται όχι μόνο στην πρόληψη ασθενειών και

νοσημάτων αλλά και την προαγωγή της υγείας. Παραδείγματα συμπεριφορών πρωτογενούς πρόληψης μπορεί να είναι το ασφαλές σεξ, η διατροφή, η αποφυγή καπνίσματος κ.α.

Άλλα προγράμματα επιδιώκουν την διακοπή προβληματικών συμπεριφορών σε ανθρώπους που υιοθετούν μη υγιείς συμπεριφορές και μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να εμφανίσουν πρώιμα σημάδια προβλημάτων υγείας (ασθένειας ή αναπηρίας), (Fertman and Allensworth, 2016). Αυτού του είδους τα προγράμματα αποτελούν την δευτερογενή πρόληψη. Η δευτερογενής πρόληψη και οι συμπεριφορές που τη συνοδεύουν εμφανίζονται όταν ήδη πλέον έχουν εμφανιστεί κάποια συμπτώματα, (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2015). Περιλαμβάνει κάποια προληπτικά μέτρα που στοχεύουν στο να αποτρέψουν κάποια αρνητική έκβαση. Ξεκινά από τη στιγμή που το άτομο θα εμφανίσει κάποια παθολογία, (DiMatteo and Martin, 2006; Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2015). Τα προληπτικά μέτρα εφαρμόζονται σε πρώιμο στάδιο ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες για μια καλύτερη πρόγνωση.

Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι να προσδιοριστούν όσο καλύτερα γίνεται τα παθολογικά ή ψυχικά συμπτώματα και να γίνει έγκαιρη παρέμβαση ώστε να αποτραπεί η εμφάνιση ή εκδήλωση μιας παθολογίας, (DiMatteo and Martin, 2006; Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2015). Μερικά παραδείγματα συμπεριφορών δευτερογενούς πρόληψης είναι το τεστ Παπανικολάου, η προληπτική εξέταση μαστών κ.α. Αξίζει να τονιστεί ότι η βασική διαφορά μεταξύ της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης είναι ότι στην πρώτη οι συμπεριφορές που υιοθετούνται στοχεύουν στην αποτροπή εμφάνισης κάποιας νόσου, ενώ στη δεύτερη έχουν ως στόχο την διάγνωση (η οποία υπάρχει στο άτομο) σε πρώιμο στάδιο, (Στρέκλα, 2015).

Τέλος, υπάρχουν τα προγράμματα που στοχεύουν στην τριτογενή πρόληψη, η οποία δίνει έμφαση στο άτομο, το οποίο πλέον πάσχει από κάποιο παθολογικό πρόβλημα και έχει τη διάγνωση μιας ασθένειας. Περιλαμβάνει μέτρα τα οποία σχετίζονται ειδικότερα στη θεραπεία της υπάρχουσας νόσου, στον έλεγχο της εξέλιξής της και στην αποφυγή υποτροπών. Οι συμπεριφορές τριτογενούς πρόληψης έχουν ως στόχο τη μείωση επιπτώσεων που προκαλεί η ασθένεια, την πρόληψη επιπλέον

αναπηρίας και ταυτόχρονα την παροχή βοήθειας αναφορικά με την αποκατάσταση της υγείας και την επίτευξη ενός καλού επιπέδου ποιότητας ζωής, ακόμη και σε περιπτώσεις όπου δεν μπορεί να υπάρξει πλήρης ίαση, (DiMatteo and Martin, 2006; Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2015; Fertman and Allensworth, 2016).

Όπως γίνεται κατανοητό από τα παραπάνω, τα προγράμματα προαγωγής υγείας περιλαμβάνουν τις τρεις βαθμίδες πρόληψης την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή και αποτελούν μια γέφυρα μεταξύ της ιατρικής και της υγείας ενώ συμβάλλουν σημαντικά και στη συζήτηση που γίνεται επάνω σε θέματα που αφορούν την βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των ανθρώπων σε ποικίλα περιβάλλοντα, (Fertman and Allensworth, 2016).

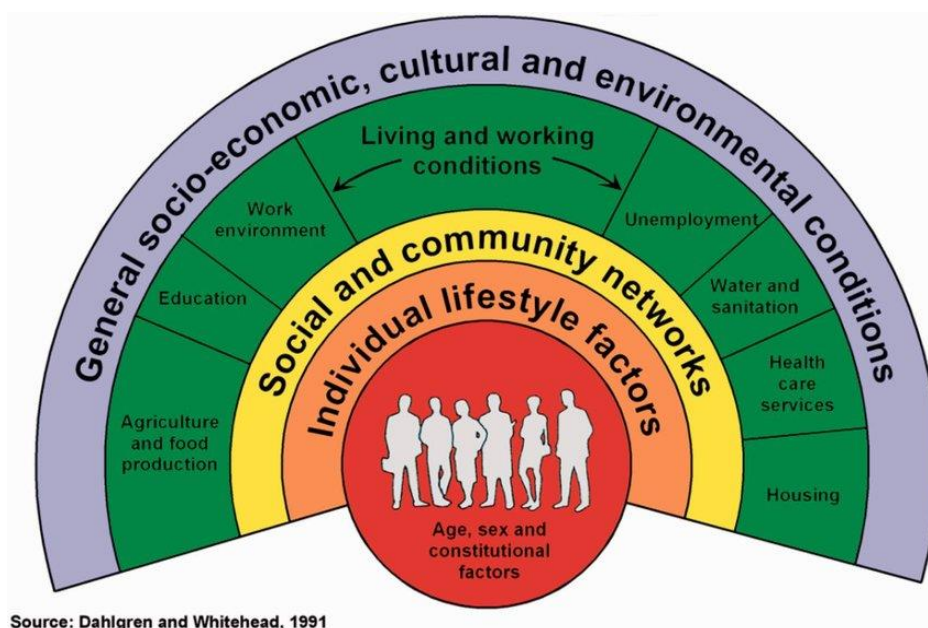
Τα προγράμματα προαγωγής υγείας έχουν σχεδιαστεί με βάση ώστε να στοχεύουν σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό και σε μια συγκεκριμένη ομάδα ατόμων, τα οποία μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά αναφορικά με το υπάρχον πρόβλημα υγείας. Ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και η αξιολόγηση των προγραμμάτων επιτυγχάνονται με στόχο την άσκηση επιρροής σε θέματα προαγωγής υγείας σε διάφορους πληθυσμούς. Η συλλογή πληροφοριών και γνώσεων σχετικά με τις ανησυχίες, τις γνώσεις, τις ανάγκες, τις στάσεις και τις δεξιότητες που αφορούν την υγεία ενός πληθυσμού, αποτελεί το βασικό στοιχείο για την επιτυχία ενός προγράμματος. Επιπλέον, η συμμετοχή σχολείων, κοινοτήτων και χώρων που υπάρχουν πολλοί άνθρωποι είναι βασική σε επίπεδο σχεδιασμού.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι τα προγράμματα προαγωγής υγείας σχετίζονται και με την πρόληψη που αφορούν τις βασικές αιτίες αναφορικά με την κακή υγεία και την έλλειψη ευεξίας, με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες δηλαδή. Οι παράγοντες αυτοί που επηρεάζουν σημαντικά, είτε θετικά είτε αρνητικά την υγεία συναντώνται στη βιβλιογραφία ως «Κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας – Social Determinants of Health (SDoH)», (Dummer, 2018; Σταματοπούλου κ.α., 2021). Η επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) έχει δώσει κάποιον ορισμό στους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες ως *«τις συνθήκες υπό τις οποίες γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν οι άνθρωποι»*.

Επίσης, εμπεριέχονται και χαρακτηριστικά που έχουν τη δύναμη να επιδράσουν σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία όπως χώροι αναψυχής, πρόσβαση σε καλή διατροφή και άσκηση. Επιπλέον, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορεί να είναι ο πλούτος, η εκπαίδευση, το εισόδημα, τα οποία επίσης, μπορεί να ασκήσουν σημαντική επιρροή στην υγεία, (Dummer, 2018; Σταματοπούλου κ.α., 2021). Οι παράγοντες αυτοί είναι καθοριστικής σημασίας καθώς έχουν τη δύναμη να επηρεάσουν ένα ευρύ φάσμα δεικτών λειτουργίας υγείας, αλλά και ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Επιπλέον, μπορούν να καθορίσουν τις καθημερινές συνθήκες ζωής, τις ανισότητες που επικρατούν αλλά και τις μη αποδεκτές διαφορές όσον αφορά την κατάσταση της υγείας των ανθρώπων μεταξύ διαφορετικών χωρών.

Είναι σημαντικό οι άνθρωποι να νιώθουν ότι μπορούν να ασκήσουν έλεγχο σε κάποιο επίπεδο στη ζωή τους όπως στην εργασία τους, στο περιβάλλον τους, καθώς όλα αυτά μπορεί να διαδραματίσουν εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής τους και έπειτα στην υγεία τους, (Σταματοπούλου κ.α., 2021). Οι Göran and Whitehead (1991) ανέπτυξαν ένα μοντέλο στο οποίο επιχειρούν να απεικονίσουν τη σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου, του περιβάλλοντος και της υγείας του.

Σχήμα 1 Οπτική απεικόνιση μοντέλου αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου, περιβάλλοντος και της υγείας του (Dahlgren and Whitehead, 1991)



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα άτομο βρίσκονται στο κέντρο και γύρω τους τοποθετούνται τα διαφορετικά επίπεδα επίδρασης στην υγεία, όπως είναι οι

ατομικοί παράγοντες, οι συνθήκες διαβίωσης, οι εργασιακοί παράγοντες, οι επιρροές από την κοινότητα και οι πιο γενικές κοινωνικές συνθήκες. Οι παράγοντες, λοιπόν, που μπορούν να επηρεάσουν την διαμόρφωση της υγείας μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις κατηγορίες: κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, παράγοντες άμεσου περιβάλλοντος (τροφή, κατοικία, εργασία), συμπεριφορικοί παράγοντες (τρόπος ζωής), ατομικοί, βιολογικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, κληρονομικότητα).

Τα ατομικά χαρακτηριστικά βρίσκονται στο κέντρο και εμπεριέχουν το φύλο, την ηλικία, την εθνοτική ομάδα και κληρονομικούς παράγοντες. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής έχουν να κάνουν με συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η άθληση, το αλκοόλ κ.α. Τα κοινωνικά δίκτυα εμπεριέχουν την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό υποστηρικτικό κύκλο. Οι συνθήκες διαβίωσης και η εργασία σχετίζονται με την πρόσβαση και τη δυνατότητα ευκαιριών όσον αφορά επαγγελματικές θέσεις, εκπαίδευση, πρόνοια. Οι κοινωνικοοικονομικές, περιβαλλοντικές συνθήκες έχουν να κάνουν με το εισόδημα, τις θέσεις εργασίας τη φορολογία κ.α. Φαίνεται πως το 40% έως 50% της υγείας του ατόμου ή ενός πληθυσμού να επηρεάζεται από την συμπεριφορά, κατά 20% έως 30% από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και κατά 10% έως 20% από τις υπηρεσίες υγείας που είναι διαθέσιμες, (Σταματοπούλου κ.α., 2021).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο τρόπος ζωής φαίνεται να αποτελεί έναν πολύ ισχυρό παράγοντα της υγείας. Μάλιστα, τις τελευταίες δεκαετίες έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών σε παγκόσμιο επίπεδο, (Ziglio et al., 2004). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο τρόπος ζωής μπορεί να καθορίσει σε ποσοστό που φτάνει το 60% την ποιότητα ζωής που έχει σχέση με την ατομική υγεία. Ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής πολλών ανθρώπων έχει ως αποτέλεσμα οι ίδιοι να έρχονται αντιμέτωποι με πολλές ασθένειες, αναπηρίες ή ακόμη και με θάνατο. Ο μη υγιεινός τρόπος ζωής, επίσης, μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην εμφάνιση οργανικών προβλημάτων, όπως μυοσκελετικές, καρδιαγγειακές παθήσεις, υπέρταση, παχυσαρκία, (Σταματοπούλου κ.α., 2021).

Τα στατιστικά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, φαίνεται να είναι αρκετά ανησυχητικά καθώς σύμφωνα με αυτά, το 60% των θανάτων που συμβαίνουν στις

αναπτυσσόμενες χώρες σχετίζεται με τον τρόπο ζωής και μάλιστα αναμένεται μέχρι το 2030 το ποσοστό της παγκόσμιας θνησιμότητας να αγγίξει το 75%, (Sousa *et al.*, 2015). Επομένως, μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό ότι η αλλαγή του τρόπου ζωής και η στροφή σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία μπορεί να μειώσει τόσο τις επιπτώσεις όσο και τον επιπολασμό ασθενειών κι έτσι να υπάρξει και πρόληψη όσον αφορά τους θανάτους που προκαλούνται από αυτές τις ασθένειες, (Σταματοπούλου κ.α., 2021). Έτσι, λοιπόν, φαίνεται ότι τα προγράμματα προαγωγής της υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση της κατανόησης της καταπίεσης και της ανισότητας και στην ανάληψη δράσης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής για όλους, (Fertman and Allensworth, 2016).

2. Χρησιμότητα και αναγκαιότητα θεωριών και μοντέλων προαγωγής υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί σημαντικά από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας το ενδιαφέρον τους να κατανοήσουν το πώς η συμπεριφορά των ανθρώπων που αφορά την υγεία τους επηρεάζεται από το κοινωνικό-πολιτισμικό τους πλαίσιο. Οι θεωρίες αποτελούν μια πηγή που παρέχουν την εννοιολογική βάση πάνω στην οποία τα προγράμματα προαγωγής υγείας κατασκευάζονται κι έτσι επιτυγχάνεται ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και η αξιολόγηση ενός προγράμματος. Χωρίς το θεωρητικό πλαίσιο μπορεί να καταστεί δύσκολη η κατανόηση και ο προσδιορισμός όσον αφορά την υγεία και το κατά πόσο τα προγράμματα προαγωγής υγείας μπορούν να ασκήσουν επιρροή σε παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν σε ατομικό, διαπροσωπικό και κοινοτικό επίπεδο, (Fertman and Allensworth, 2016).

Η ιατρική, η κοινωνιολογία και η κοινωνική επιδημιολογία έχουν καταδείξει το πώς οι παράγοντες μπορούν να συνδυαστούν με τους γεννητικούς και τον κοινωνικό κόσμο ώστε να καταστούν οι άνθρωποι είτε υγιείς είτε ασθενείς. Η χρήση θεωριών προαγωγής υγείας έχει ως στόχο την παροχή χρήσιμων οδηγιών και πληροφοριών για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων σε σχολικές κοινότητες, χώρους εργασίας, χώρους υγειονομικής περίθαλψης κ.α, (Glanz, Rimer and Viswanath, 2008). Παράγοντες όπως είναι το εισόδημα, το φυσικό περιβάλλον, το εργασιακό περιβάλλον, η εκπαίδευση και το υποστηρικτικό δίκτυο έχουν καταδειχθεί ως καθοριστικοί. Ποικίλα μοντέλα που προέρχονται από την συμπεριφορική προσέγγιση έχουν χρησιμο-

ποιηθεί με σκοπό τη δημιουργία και σχεδιασμό προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Έτσι, λοιπόν, η κατανόηση της ιστορίας του σκοπού αλλά και των βασικών παραγόντων και κατασκευών παρέχουν τις απαραίτητες γνώσεις, ώστε να γίνει η καλύτερη δυνατή επιλογή θεωρητικού πλαισίου κατάλληλου για το εκάστοτε πρόγραμμα, (Goodson, 2009).

Σύμφωνα με τον Kerlinger (1986) η θεωρία αποτελεί «ένα σύνολο αλληλένδετων εννοιών, ορισμών και προτάσεων που παρουσιάζουν συστηματική προβολή γεγονότων ή καταστάσεων με τον προσδιορισμό των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών προκειμένου να εξηγηθούν και να προβλεφθούν τα γεγονότα ή οι καταστάσεις» (σελ. 25). Οι θεωρίες και τα θεωρητικά πλαίσια συμβάλλουν στην δημιουργία υποθέσεων σχετικά με την καταλληλότερη χρήση στρατηγικών σε μελλοντικές παρεμβάσεις. Συγκεκριμένα, στην προαγωγή υγείας το ενδιαφέρον εστιάζεται κυρίως στην πρόβλεψη και στην επεξήγηση αλλαγών που λαμβάνουν χώρα σε συμπεριφορές ή σε περιβάλλοντα. Ορισμένες φορές, οι ερευνητές και επαγγελματίες που ασχολούνται με την προαγωγή υγείας μπορεί να χρησιμοποιήσουν και να συνδυάσουν παραπάνω από δυο θεωρίες για την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου προβλήματος. Τα μοντέλα υγείας προκύπτουν από τη χρήση των θεωριών, αποτελούν υποκατηγορίες των θεωριών και χρησιμοποιούνται σε προγράμματα προαγωγής υγείας για το σχεδιασμό, την ανάλυση, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των προγραμμάτων με στόχο τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, (Glanz, Rimer and Viswanath, 2008; Hayden, 2014).

Παρακάτω θα παρουσιαστούν οι θεωρίες και τα μοντέλα που χρησιμοποιούνται ως επί το πλείστον σε προγράμματα προαγωγής υγείας. Αυτές οι θεωρίες επικεντρώνονται σε ένα ή περισσότερα επίπεδα άσκησης επιρροής, τα οποία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη διαδικασία σχεδιασμού και ανάπτυξης προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Τα επίπεδα είναι: το ενδοπροσωπικό (ατομικό) επίπεδο, το διαπροσωπικό και το κοινοτικό (πληθυσμού), (Hayden, 2014). Αυτό που παρατηρείται είναι ότι η εστίαση σε πολλαπλά επίπεδα μπορεί να αποτελέσει μια πιο οικολογική προσέγγιση που μπορεί να δώσει έμφαση στην αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση των διαφόρων παραγόντων στα διάφορα επίπεδα προβλημάτων υγείας. Οι άνθρωποι μπορούν να επηρεαστούν διαφορετικά και σε διαφορετικά ε-

πίπεδα, επομένως η ατομική συμπεριφορά διαμορφώνει αλλά και διαμορφώνεται από το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται, (Fertman and Allensworth, 2016).

3. Κατηγοριοποίηση θεωριών και μοντέλων Προαγωγής Υγείας σε κοινοτικό επίπεδο

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται συγκεντρωμένες όλες οι θεωρίες προαγωγής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο.

Πίνακας 1 Θεωρίες Προαγωγής Υγείας σε κοινοτικό επίπεδο

Level (επίπεδο)	Theory (Θεωρία)	Focus (επικέντρωση)	Constructs and key concepts (Κατασκευές και βασικές έννοιες)
Population (Κοινοτικό)	<i>Communication theory</i>	Πως οι διαφορετικοί τύποι επικοινωνίας επιδρούν σε συμπεριφορές υγείας	Περιεχόμενο Συμφραζόμενα Σχεδιασμός και παραγωγή Ποσότητα και τύπος καναλιών
	<i>Diffusion of innovations model</i>	Πως οι νέες ιδέες, τα προϊόντα και οι πρακτικές εξαπλώνονται στο εσωτερικό μιας κοινωνίας ή από μια σε μια άλλη	Σχετικό πλεονέκτημα Συμβατότητα Περιπλοκότητα Παρατήρηση Επιπτώσεις σε κοινωνικές σχέσεις Αναστρεψιμότητα Επικοινωνία Χρόνος Επίπεδο κινδύνου και αβεβαιότητας

			Δέσμευση Δυνατότητα τροποποίησης
	<i>Community mobilization Theory</i>	Με γνώμονα την κοινότητα προσεγγίσεις για την αξιολόγηση και την επίλυση προβλημάτων υγείας και κοινωνίας	Σχεδιασμός για κινητοποίηση Ευαισθητοποίηση Συμμαχία Ανάληψη δράσης
	<i>Organizational Change Theory</i>	Κατανόηση της οργανωσιακής αλλαγής, εντοπισμός παραγόντων επιρροής που θα πρέπει να είναι το επίκεντρο των προσπάθειών αλλαγής, επιλογή στρατηγικών που μπορούν να εφαρμοστούν για την προώθηση της αλλαγής	Σχεδιασμός Διατήρηση αλλαγής Προαγωγή υγείας Ανάπτυξη ικανοτήτων Οργανωτική ανάπτυξη
	<i>Social Norms Theory</i>	Η συμπεριφορά επηρεάζεται από αντιλήψεις κανόνων συμπεριφοράς	Κοινωνικά πρότυπα Κοινωνικοί κανόνες Ατομικοί παράγοντες Υλικοί παράγοντες

			Κοινωνικοί παράγοντες Θεσμικοί παράγοντες
--	--	--	--

Στον επόμενο πίνακα παρατίθενται τα μοντέλα προαγωγής τα οποία θα αναλυθούν στην παρούσα εργασία και αφορούν το κοινοτικό επίπεδο:

Πίνακας 2 Μοντέλα Προαγωγής Υγείας σε κοινοτικό επίπεδο

Μοντέλο (Model)	Βασικές έννοιες (key concepts)
<i>PRECEDE – PROCEED Model</i>	Φάση 1: Κοινωνική αξιολόγηση Φάση 2: επιδημιολογική αξιολόγηση Φάση 3: Εκπαίδευση και οικολογική αξιολόγηση Φάση 4: διοικητική και πολιτική αξιολόγηση Φάση 5: Υλοποίηση Φάση 6: Αξιολόγηση Διαδικασίας Φάση 7: Αξιολόγηση επιπτώσεων Φάση 8: Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<i>RE-AIM Model</i>	Προσέγγιση Αποτελεσματικότητα Υιοθέτηση Εφαρμογή Συντήρηση

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας θα παρουσιαστούν οι θεωρίες και τα μοντέλα που αφορούν το κοινοτικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα θα αναλυθούν οι ακόλουθες θεωρίες: 1) η Θεωρία Επικοινωνίας (Communication Theory), 2) η Θεωρία Διάχυσης της Καινοτομίας (Diffusion of Innovation Theory), 3) η Θεωρία Κινητοποίησης της Κοινότητας (Community Mobilization Theory), 4) η Θεωρία Αλλαγής των Οργανισμών (Organizational Change Theory) και 5) η Θεωρία των Κοινωνικών Κανόνων (Social Norms Theory). Αναφορικά με τα μοντέλα προαγωγής υγείας, στην πα-

ρούσα διπλωματική εργασία θα γίνει εκτενής παρουσίαση των ακόλουθων δυο μοντέλων: 1) PRECEDE – PROCEED MODEL και 2) RE-AIM MODEL.

4. Παρουσίαση θεωριών και μοντέλων Προαγωγής Υγείας σε κοινοτικό επίπεδο (θεωρητικό υπόβαθρο, ιστορική εξέλιξη, ανάλυση)

4.1 Θεωρία επικοινωνίας (Communication Theory)

Οι θεωρίες επικοινωνίας συνήθως συγκεντρώνονται σε ομάδες μικρο-επιπέδου (micro-level) ή μακρο-επιπέδου(macro-level), (Viswanath, Finnegan & Gollust, 2015). Οι θεωρίες που είναι μικρο-επιπέδου έχουν να κάνουν με τον αντίκτυπο που έχει η επικοινωνία στους ανθρώπους. Ένας συγκεκριμένος πληθυσμός, ο οποίος μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά, όπως είναι το φύλο ή προσαρμόζεται σε ένα ειδικό μετρήσιμο χαρακτηριστικό είναι οι δέκτες των μηνυμάτων, (Kreuter and Wray, 2003).

Από την άλλη πλευρά, τα μοντέλα που είναι μακρο-επιπέδου έχουν να κάνουν με τον τρόπο που η ευρύτερη κοινωνική δομή και λειτουργία μπορεί να ασκήσει επιρροή στον τρόπο διαμόρφωσης και δημιουργίας μηνυμάτων μέσα από την αξιολόγηση των επιπτώσεων των μηνυμάτων, (Viswanath, Finnegan & Gollust, 2015). Παραδείγματος χάριν, η έρευνα που έχει να κάνει με το κενό γνώσης (knowledge gap research), έχει ως στόχο την άμβλυση των ανισοτήτων σχετικά με τις γνώσεις που αφορούν την υγεία μέσα από προσεκτική επιλογή του μηνύματος, ώστε να μπορέσει να επιτευχθεί η προσέλκυση ανθρώπων που χρειάζονται περισσότερο αυτό το μήνυμα. Η έρευνα που αφορά την επικοινωνία κινδύνου (risk communication research) σχετίζεται με την διερεύνηση της ισορροπίας που υπάρχει ανάμεσα στην επικοινωνία κινδύνου και στην προώθηση της συμπεριφορικής αλλαγής.

Σύμφωνα με τους Edgar και Volkman (2012), υπάρχουν κάποιες θεωρίες και μοντέλα επικοινωνίας όπως το μοντέλο ενεργοποίησης – activation model, το εκτεταμένο μοντέλο παράλληλης διαδικασίας – Extended Parallel Process Model και η αφηγηματική θεωρία του Fisher – Fisher’s Narrative Theory, τα οποία χρησιμοποιούνται σε προσπάθειες με στόχο την προαγωγή και προώθηση της υγείας. Παρέ-

χουν παραδείγματα σχετικά με τη χρήση κοινών θεωριών και μοντέλων επικοινωνίας (μοντέλο ενεργοποίησης, εκτεταμένη παράλληλη Process Model, και η αφηγηματική θεωρία του Fisher) σε προσπάθειες προώθησης της υγείας, (Edgar and Volkman, 2012). Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι θεωρίες και τα μοντέλα που ανήκουν στη θεωρία επικοινωνίας.

4.1.1 Μοντέλο Ενεργοποίησης (Activation Model)

Το μοντέλο της ενεργοποίησης (Activation Model) είναι το πιο περιορισμένο σε πεδίο εφαρμογής. Δεν είναι τόσο συνηθισμένο καθώς τα περισσότερα μοντέλα που αφορούν συμπεριφορικές αλλαγές δίνουν περισσότερη έμφαση στη γνωστική λειτουργία της σκέψης. Λιγότερο συχνά έως και σπάνια θα παρέχουν καθοδήγηση με περισσότερες λεπτομέρειες αναφορικά με τα οπτικοακουστικά στοιχεία ενός μηνύματος. Το συγκεκριμένο μοντέλο επικεντρώνεται και εξετάζει περισσότερο εξατομικευμένα τις ανάγκες για διέγερση και την πιθανότητα το εκάστοτε μήνυμα να προσεγγίσει την προσοχή, ώστε να συνεχιστεί η δέσμευση, ανάλογα με την ανάγκη των ατόμων για αναζήτηση.

Αυτό το μοντέλο είναι άτυπο στο ότι η κατανόηση ενός χαρακτηριστικού της προσωπικότητας βρίσκεται στον πυρήνα του. Το μοντέλο ενεργοποίησης εξετάζει τις ατομικές ανάγκες για διέγερση και την πιθανότητα τα μηνύματα να προσελκύσουν την προσοχή και να συνεχίσουν να δεσμεύουν, ανάλογα με την ανάγκη του ακροατηρίου για αναζήτηση αίσθησης (sensation seeking), (Stephenson & Southwell, 2006). Η αναζήτηση της αίσθησης (sensation seeking) σχετίζεται με την επιθυμία που υπάρχει αναφορικά με *«ποικίλες, νέες σύνθετες και έντονες αισθήσεις και εμπειρίες αλλά και την προθυμία για ανάληψη φυσικών, κοινωνικών, νομικών και οικονομικών ρίσκων για αυτές τις εμπειρίες»*, (Zuckerman, 1994, σ. 27). Οι άνθρωποι που βρίσκονται στο πιο ψηλό σημείο αυτού του φάσματος της αναζήτησης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιδιώκουν δραστηριότητες που έχουν συγκινήσεις (thrill-seeking activities) όπως είναι το bungee jumping, οι ταινίες τρόμου κ.α. Ακόμη, είναι πιο πιθανό να εμπλέκονται σε συμπεριφορές που μπορεί να βλάψουν την υγεία, όπως είναι η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, το σεξ χωρίς προφύλαξη κ.α., (Stephenson and Southwell, 2006).

Το παρόν μοντέλο προτείνει μια στρατηγική των μέσων ενημέρωσης που ονομάζεται SENTAR (SENsation seeking TARgeting), ως οδηγό με στόχο την αποτελεσματικότερη προσέγγιση των ανθρώπων που αναζητούν την αίσθηση. Αυτό που προτρέπει είναι οι άνθρωποι που σχεδιάζουν τις καμπάνιες, να κατασκευάζουν μηνύματα με υψηλή την αξία των αισθήσεων για τα αντίστοιχα άτομα, (Palmgreen and Donohew, 2010).

Οι δραστηριότητες επικοινωνίας με υψηλές τιμές αισθητηριακής αξίας έχουν συνήθως κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά: 1) μυθιστορηματικά, δημιουργικά ή λιγότερο συνηθισμένα, 2) πολύπλοκα, 3) με γρήγορο ρυθμό, ώστε να εγείρουν το συναίσθημα τόσο φυσικά όσο και συναισθηματικά, 4) γραφικά ή ρητά, 5) σχετικά διφορούμενα, 6) αντισυμβατικά, 7) με γρήγορο ρυθμό και 8) συναρπαστικά, (Noar *et al.*, 2010 σ. 24).

Αφού οι άνθρωποι που έχουν αναλάβει την εκπαίδευση αναφορικά με την υγεία αναπτύξουν τα μηνύματα, τότε ο επόμενος στόχος είναι η τοποθέτηση στρατηγικών, ώστε οι άνθρωποι με τις υψηλές αισθήσεις να συναντηθούν μεταξύ τους καθώς συμμετέχουν σε διάφορα είδη ψυχαγωγίας που συμπίπτουν με την ανάγκη τους για διέγερση όπως είναι οι διάφορες διαφημίσεις στην τηλεόραση κ.α. Το μοντέλο της ενεργοποίησης χρησιμοποιείται συχνά όσον αφορά την καθοδήγηση και την τοποθέτηση διαφημίσεων σχετικά με πρωτοβουλίες που αφορούν νέους που ασχολούνται με τη χρήση μαριχουάνας, σεξουαλικές εμπειρίες και προφύλαξη.

4.1.2 Διευρυμένο Μοντέλο Παράλληλης Διαδικασίας (*Extended Parallel Process Model*)

Το Διευρυμένο Μοντέλο Παράλληλης Διαδικασίας παρέχει ένα πλαίσιο με λεπτομέρειες αναφορικά με το περιεχόμενο των μηνυμάτων. Το EPPM αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο όσον αφορά την κατανόηση στο πως κατασκευάζονται τα μηνύματα κινδύνου, τα οποία βασίζονται στην επίκληση του φόβου και σε τακτικές τρομοκρατίας. Θεωρείται ότι είναι αρκετά δελεαστική η πρόκληση φόβου προκειμένου να επιτευχθεί η αλλαγή μιας συμπεριφοράς, ωστόσο, αποτελέσματα από τις επιστημονικές έρευνες είναι ανάμεικτα όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της πρόκλησης φόβου για συμπεριφορικές αλλαγές. Υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που συνηγορούν είτε υπέρ είτε κατά της χρήσης φοβικών ερεθισμάτων σε μηνύματα επικοινωνίας, (Witte, Meyer and Martell, 2001). Το παρόν μοντέλο μπορεί να

εξηγήσει κάτω από ποιες συνθήκες μπορεί η πρόκληση φόβου να θεωρηθεί μια επιτυχημένη προσπάθεια.

Σύμφωνα με το EPPM, η ανταπόκριση των ανθρώπων σε μηνύματα κινδύνου που αφορούν την υγεία πραγματοποιείται μέσω δυο μορφών γνωστικής εκτίμησης που συμβαίνουν διαδοχικά. Μέσα από την αρχική έκθεση σε ένα φοβικό ερέθισμα, τα άτομα συμμετέχουν σε μια κατάσταση απειλής. Η πρώτη εκτίμηση των ατόμων βασίζεται τόσο στη σοβαρότητα όσο και στην ευαισθησία. Με άλλα λόγια, το άτομο θα καθορίσει εάν το δυσάρεστο αποτέλεσμα που συνδέεται με τη μη αλλαγή της συμπεριφοράς είναι αρκετά σοβαρό, ώστε να εγείρει ανησυχία και εάν υπάρχει ρεαλιστικά η πιθανότητα να λάβει χώρα το αρνητικό αποτέλεσμα. Σε περίπτωση που μέσα από την αξιολόγηση, γίνει αντιληπτό ότι η απειλή δεν είναι τόσο σοβαρή ή/και το άτομο δεν είναι τόσο ευάλωτο στην απειλή, τότε είναι πολύ πιθανό το μήνυμα να αγνοηθεί, (Witte, Meyer and Martell, 2001).

Ωστόσο, σε περίπτωση που το επίπεδο της σοβαρότητας αλλά και της ευαισθησίας είναι αρκετά υψηλό, ώστε να υπάρχει αίσθηση απειλής, τότε υπάρχει μετάβαση στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας. Σε αυτό το σημείο, η προσοχή μετατίθεται στην συμπεριφορά που συνίσταται για την αντιμετώπιση της απειλής μέσω της αξιολόγησης δυο μορφών αποτελεσματικότητας. Η πρώτη είναι η αυτό-αποτελεσματικότητα (self-efficacy), έννοια η οποία χρησιμοποιείται συχνά στο χώρο της προαγωγής υγείας και έχει να κάνει με την εμπιστοσύνη που νιώθει το άτομο στις ικανότητές του, ώστε να εκτελέσει μια συμπεριφορά.

Η δεύτερη μορφή είναι η αποτελεσματικότητα απόκρισης (response efficacy). Σε αυτή τη μορφή, τα άτομα που λαμβάνουν τα μηνύματα εστιάζουν όχι μόνο στην ικανότητα εκτέλεσης αλλά και στο εάν η εκτέλεση της συμπεριφοράς θα έχει πραγματική διαφορά. Μέσα από το EPPM γίνεται αντιληπτό ότι η πρόκληση φόβου θα έχει πιθανότητες να είναι επιτυχημένη μόνο εάν οι δυο μορφές της εκτίμησης της αποτελεσματικότητας θα είναι συνδυαστικά υψηλές. Συχνά, παρατηρείται η παράβλεψη των βασικών συστατικών της αποτελεσματικότητας της απόκρισης. Συχνά οι άνθρωποι που σχεδιάζουν τις καμπάνιες, ζητούν από τα άτομα να δεχτούν ότι η υιοθέτηση της εκάστοτε συμπεριφοράς θα οδηγήσει και στο επιθυμητό αποτέλεσμα, (Witte, Meyer and Martell, 2001).

4.1.3 Αφηγηματική Θεωρία του Fisher (*Fisher's Narrative Theory*)

Η Αφηγηματική Θεωρία του Fisher αποτελεί μια θεωρία που δίνει μια πιο ευρεία στρατηγική προσέγγιση. Σε αντίθεση με τις δυο προηγούμενες θεωρίες, η παρούσα είναι σε θέση να δώσει καλύτερη καθοδήγηση αναφορικά με μεγαλύτερες αποφάσεις σχετικά με την προαγωγή υγείας. Η κοινοποίηση μιας ιστορίας μπορεί να αυξήσει την αξιοπιστία αλλά και την αυθεντικότητα σχετικά με το μήνυμα υγείας, (Kreuter *et al.*, 2007). Η ενσωμάτωση αφηγήσεων τείνει να αυξάνεται στο πεδίο της επικοινωνίας που αφορά την υγεία και μάλιστα η μελέτη του Fisher (1987) δίνει μια πρακτική καθοδήγηση. Η συγκεκριμένη θεωρία παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο θα διαμορφωθεί μια ιδανική αφήγηση.

Σύμφωνα με τον Fisher (1987), στους ανθρώπους αρέσουν πολύ ιστορίες, γι αυτό και ζουν σε έναν κόσμο που είναι γεμάτο με αυτές. Φαίνεται πως οι ιστορίες μπορούν να συμβάλλουν βοηθητικά στην κατανόηση του κόσμου. Για παράδειγμα, μια ιστορία που εμπεριέχει μια εμπειρία ασθένειας μπορεί να βοηθήσει το άτομο να κατανοήσει πολύ περισσότερα πράγματα για διάφορες πτυχές της ασθένειας, (Fisher, 2021). Η λήψη απόφασης σχετικά με τις ιστορίες επιτυγχάνεται μέσα από ένα σύνολο λόγων και αιτιών που σχετίζονται με την ιστορία, τον πολιτισμό αλλά και αυτό που φαίνεται ή ακούγεται να είναι σωστό. Με βάση την παρούσα θεωρία και τον Fisher, αυτό ονομάζεται συνοχή και πιστότητα, δηλαδή θεωρεί ότι οι άνθρωποι θα κρίνουν μια ιστορία με βάση την συνοχή που αυτή έχει αλλά και το επίπεδο αληθοφάνειας.

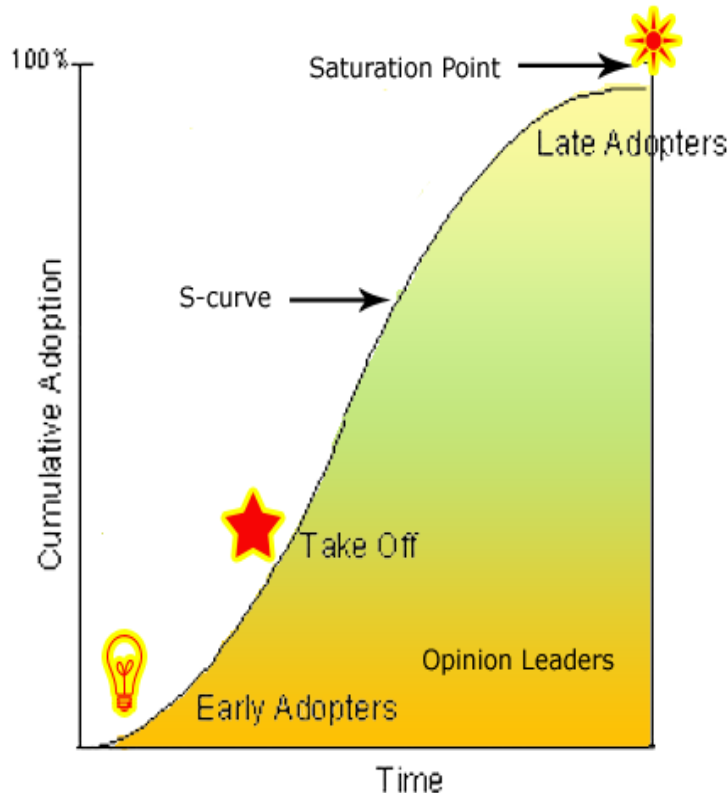
Ο Fisher υποστηρίζει ότι ένα άτομο είναι σε θέση να πει ότι η ιστορία φαίνεται ψεύτικη, όταν αυτή δεν είναι συνεκτική και δεν έχει πιστότητα. Όταν υπάρχει συνοχή και πιστότητα, τότε το άτομο είναι περισσότερο πιθανό να είναι ανοιχτό στο να αλλάξει τις πεποιθήσεις του αλλά και την συμπεριφορά του, καθώς αντιλαμβάνεται την αληθοφάνεια την ιστορίας. Σε περίπτωση που η ιστορία φαίνεται ότι έχει κατασκευαστεί και στερείται συνοχής και πιστότητας, τότε το άτομο είναι λιγότερο πιθανό να πεισθεί με αποτέλεσμα να μην αλλάξει τις ιδέες του αλλά και τις συμπεριφορές του. Φυσικά κάθε ιστορία είναι μοναδική, ωστόσο οι έννοιες της συνοχής και της πιστότητας στην παρούσα θεωρία παρέχουν μια ματιά στο γιατί κάποιες ι-

στορίες μπορεί να γίνουν αποδεκτές ενώ κάποιες άλλες όχι, (Edgar and Volkman, 2012).

4.2 Θεωρία Διάχυσης της Καινοτομίας (Diffusion of Innovation Theory)

Η διάδοση των νέων προϊόντων και ιδεών, γνωστή ως διάχυση της καινοτομίας, συζητήθηκε από πολλούς κοινωνιολόγους τον περασμένο αιώνα. Η θεωρία διάχυσης της καινοτομίας είναι μια θεωρία που προσπαθεί να εξηγήσει πώς, γιατί και με ποιο ρυθμό διαδίδονται οι νέες ιδέες και η τεχνολογία στους πολιτισμούς. Ο Gabriel Tarde σχεδίασε την αρχική καμπύλη διάχυσης σχήματος S (Σχ. 1), οι Ryan και Gross εισήγαγαν τις κατηγορίες υιοθετούντων και ο Katz εισήγαγε την έννοια των ηγετών γνώμης, των οπαδών γνώμης και του τρόπου με τον οποίο τα μέσα ενημέρωσης αλληλεπιδρούν για να επηρεάσουν αυτές τις δύο ομάδες, (Kaminski, 2011). Τέλος, ο Rogers (2003) όρισε την τρέχουσα θεωρία ως *«τη διαδικασία με την οποία μια καινοτομία επικοινωνείται μέσω ορισμένων καναλιών με την πάροδο του χρόνου μεταξύ των μελών ενός κοινωνικού συστήματος»*. Μπορεί κανείς να εφαρμόσει τη θεωρία διάχυσης της καινοτομίας σε πολλούς κλάδους όπως σε μελετητές της πολιτικής δημόσιας υγείας και ιατρικοί ερευνητές που ενδιαφέρονται για την υιοθέτηση και τη χρήση νέων φαρμάκων από τους ιατρούς. Ένα σημαντικό παράδειγμα είναι ότι η παρούσα θεωρία έχει εφαρμοστεί για την ενημέρωση σχετικά με τις πρακτικές ενημέρωσης και πρόληψης κατά του AIDS, (Scott and McGuire, 2017).

Diffusion Process



Σχήμα 2 Οπτική απεικόνιση διαδικασίας διάχυσης (Kaminski, 2011)

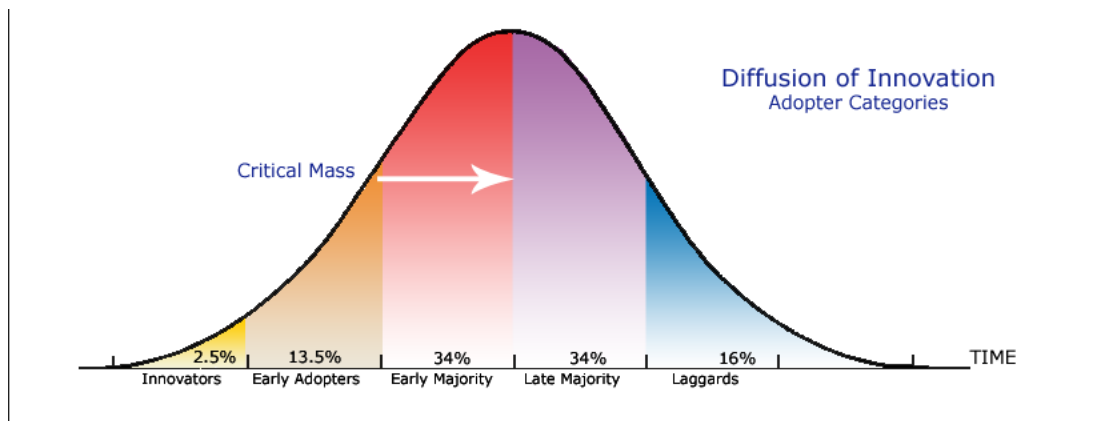
Η εξάπλωση των ιδεών πρέπει να εμπίπτει σε τέσσερα γενικότερα συστατικά για να γίνει αντιληπτή ως νέα: 1) η ίδια η καινοτομία, 2) ο χρόνος που απαιτείται για την υιοθέτηση μιας ιδέας, 3) το κοινωνικό σύστημα που εισάγεται στην καινοτομία και 4) τα κανάλια επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται για την εκπαίδευση και την προβολή, (Rogers, 2003). Αυτά τα τέσσερα στοιχεία υφίστανται πολλαπλές επαναλήψεις και επεκτάσεις, οδηγώντας σε έναν αυξανόμενο αριθμό επιμέρους θεωριών και εννοιών, επομένως η θεωρία διάχυσης της καινοτομίας συνεχίζει να εξελίσσεται.

Το πρώτο στοιχείο, η καινοτομία, αναφέρεται σε «μια ιδέα, πρακτική ή αντικείμενο που γίνεται αντιληπτό ως νέο», (Rogers, 2003). Οι καινοτομίες μπορεί να περιλαμβάνουν οτιδήποτε, από τις αναδυόμενες ιατρικές πρακτικές, μέχρι μια νέα μορφή τεχνολογίας, μέχρι την εκπαιδευτική πολιτική. Τα άτομα είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν μια καινοτομία που 1) δεν είναι πολύ περίπλοκη, 2) γίνεται αντιληπτό ότι έχει κάποιο σχετικό πλεονέκτημα σε σχέση με την τρέχουσα πρακτική, 3) μπορεί να δοκιμαστεί για περιορισμένο χρονικό διάστημα πριν από την υιοθέτηση, 4) έχει αποτελέσματα και εκβάσεις που μπορούν να παρατηρηθούν και 5) είναι συμβατή με τις υπάρχουσες αξίες και ανάγκες. Έχει παρατηρηθεί ότι η πιθανότητα υιοθέτη-

σης αυξάνεται όταν ο χρήστης μπορεί να προσαρμόσει την καινοτομία στις ανάγκες του.

Ο χρόνος επηρεάζει την υιοθέτηση μιας καινοτομίας από πολλές απόψεις. Μερικά παραδείγματα υποθεωριών είναι: 1) η ατομική καινοτομικότητα, 2) η διαδικασία λήψης αποφάσεων για την καινοτομία και 3) ο ρυθμός υιοθέτησης. Η ατομική καινοτομικότητα κατηγοριοποιείται σε πέντε μεγάλες ομάδες (Σχ. 2): α) τους καινοτόμους (τα πρώτα άτομα που υιοθετούν την ιδέα), β) τους πρώιμους υιοθετητές (μια μικρή ομάδα ατόμων που ακολουθεί το παράδειγμα των καινοτόμων), γ) την πρώιμη πλειοψηφία (μια ομάδα ατόμων που απαιτεί άτυπη επικύρωση για να υιοθετήσει την ιδέα), δ) την όψιμη πλειοψηφία (μια πιο σκεπτικιστική και επιφυλακτική ομάδα ατόμων που απαιτεί ουσιαστική απόδειξη) και ε) τους καθυστερημένους (μια μικρή ομάδα ατόμων που έχουν έντονη αδράνεια απέναντι σε όλες τις αλλαγές και μπορεί να μην υιοθετήσουν ποτέ την ιδέα).

Η διαδικασία καινοτομίας-απόφασης υποστηρίζει ότι η διάχυση πραγματοποιείται σε πέντε προοδευτικά στάδια: 1) γνώση και ευαισθητοποίηση (τα κανάλια επικοινωνίας των μέσων μαζικής ενημέρωσης ενημερώνουν τους υιοθετούντες για το πώς και γιατί λειτουργεί η καινοτομία και τα στοιχεία της), 2) πειθώ, 3) απόφαση (οι ομότιμοι και τα διαπροσωπικά δίκτυα ενημερώνουν και τα δύο στάδια για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της καινοτομίας), 4) εφαρμογή (πιθανή προσαρμογή της καινοτομίας στις προσωπικές ανάγκες) και 5) επιβεβαίωση (το αποτέλεσμα της απόφασής τους). Το χρονικό πλαίσιο μεταξύ όλων των σταδίων μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τις συνθήκες και τα άτομα. Τέλος, ο ρυθμός υιοθέτησης παρέχει ένα μέτρο του αθροιστικού αριθμού των κατηγοριών των υιοθετητών σε έναν τομέα ή ένα κοινωνικό σύστημα. Η γραφική παράσταση αυτού του σωρευτικού αριθμού αντανακλά την καμπύλη σχήματος S του σχήματος 1. Η καμπύλη αρχίζει με τους λίγους καινοτόμους, ακολουθούμενη από τους πρώτους υιοθετητές. Μια ταχεία αύξηση των χρηστών υποδηλώνει την πρώιμη πλειοψηφία και μια μείωση του ρυθμού αυτού την όψιμη πλειοψηφία. Τέλος, ο αθροιστικός αριθμός αρχίζει να εξομαλύνεται με την υιοθέτηση της καινοτομίας από τους καθυστερημένους. Ο ρυθμός διάχυσης αντικατοπτρίζεται από την κλίση της καμπύλης S.



Σχήμα 3 Οπτική απεικόνιση των πέντε κατηγοριών της Διάχυσης της καινοτομίας και των σχετικών πληθυσμών τους (Sartipi, 2020)

Τα μέλη που μοιράζονται έναν κοινό στόχο καθορίζουν τη διάχυση της καινοτομίας σε ένα κοινωνικό σύστημα. Το σύστημα αυτό μπορεί να αποτελείται από άτομα, υποομάδες ή επαγγελματικές οργανώσεις. Οι πρώιμοι υιοθετητές με διαπροσωπικά δίκτυα μπορούν να έχουν μεγάλη επιρροή (ηγέτες γνώμης) στην προώθηση της καινοτομίας μέσα σε ένα κοινωνικό σύστημα. Αυτή την επιρροή εκμεταλλεύονται συχνά άτομα που προσπαθούν ενεργά να προωθήσουν μια καινοτομία (παράγοντες αλλαγής).

Όσον αφορά τα κανάλια επικοινωνίας, η διανομή πληροφοριών σχετικά με την καινοτομία, στο πλαίσιο της θεωρίας διάχυσης της καινοτομίας, θεωρείται μια δυναμική και κοινωνική διαδικασία. Διαφορετικές χρονικές στιγμές στη διαδικασία υιοθέτησης χρειάζονται διαφορετικές μεθόδους επικοινωνίας για την αποτελεσματική διάχυση τους. Τα διαπροσωπικά κανάλια επικοινωνίας περιλαμβάνουν την επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο με δύο ή περισσότερα άτομα. Αυτός ο τρόπος επικοινωνίας είναι πιο πειστικός στην ενθάρρυνση των μεμονωμένων υιοθετούντων να υιοθετήσουν την καινοτομία. Αντίθετα, τα κανάλια των μέσων μαζικής επικοινωνίας είναι πιο αποτελεσματικά στην ενημέρωση μιας μεγάλης ομάδας δυνητικών υιοθετών και χρησιμοποιούνται συνήθως για τη διεύρυνση της ευαισθητοποίησης σχετικά με την καινοτομία.

4.3 Θεωρία Κινητοποίησης της Κοινότητας (Community Mobilization Theory)

Η ανάληψη δράσης σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο γύρω από επιλεγμένα ζητήματα που αφορούν την κοινότητα ορίζει την «κινητοποίηση της κοινότητας – community mobilization». Η κινητοποίηση της κοινότητας εστιάζει περισσότερο σε

στρατηγικές που βασίζονται στην κοινότητα με στόχο να βελτιωθούν ζητήματα που αφορούν την υγεία. Οι πρώτες προσπάθειες που αφορούσαν την κινητοποίηση της κοινότητας στόχευαν στο να παρατηρήσουν το άτομο συγκριτικά με την κοινότητα, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη κατανόηση της αλληλεπίδρασης των ατομικών χαρακτηριστικών, των συνθηκών υγείας αλλά και των περιβαλλοντικών παραγόντων, (Fertman and Allensworth, 2016).

Υπάρχουν πρόσφατες έρευνες που τονίζουν τους ευρείς και διάφορους ορισμούς αλλά και τις μετρήσεις και αξιολογήσεις τέτοιων προσπαθειών, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν άλλες πρόσφατες έρευνες που είναι ανάμεικτες όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των προσπαθειών κινητοποίησης της κοινότητας, (Cornish *et al.*, 2014). Οι βασικές έννοιες που έχουν να κάνουν με την κινητοποίηση της κοινότητας είναι η ενδυνάμωση της κοινότητας, η συμμετοχή της κοινότητας, η ανάπτυξη ικανοτήτων, οι κοινοτικοί συνασπισμοί και η οργάνωση και ανάπτυξη της κοινότητας, (Fertman and Allensworth, 2016).

Η κινητοποίηση της κοινότητας, σύμφωνα με την αρχική της ανάπτυξη, εστιάζει περισσότερο στις κοινότητες, τόσο φυσικά (πόλεις, γειτονιές, χωριά) όσο και σε επίπεδο ομάδων ανθρώπων που μοιράζονται κοινά συμφέροντα (πολιτιστικές, φυλετικές, θρησκευτικές). Επιχειρεί να συμπεριλάβει όλους τους τομείς που υπάρχουν σε μια κοινότητα, σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης και διαχείρισης ενός ζητήματος που αφορά την υγεία ή σχετίζεται με κοινωνικά ή περιβαλλοντικά θέματα. Μερικά από τα αποτελέσματα μπορεί να εμπεριέχουν την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των ατόμων και των οργανισμών, τη δημιουργία δημόσιας ευαισθητοποίησης, της κοινής ιδιοκτησίας ανάμεσα στα άτομα και στις οργανώσεις, τη διερεύνηση της βάσης υποστήριξης για ένα ζήτημα, την προώθηση δικτύωσης, κατάρτισης και εκπαίδευσης, την αύξηση της πρόσβασης σε ευκαιρίες που μπορεί να δοθεί χρηματοδότηση για την υποστήριξη του κοινοτικού (ή ρυθμιστικού) προγραμματισμού, (Centers for Disease Control and Prevention, 2002).

Σύμφωνα με το Κέντρο για τον έλεγχο των Ασθενειών και Πρόληψης, εντοπίζονται τέσσερις φάσεις στην κινητοποίηση της κοινότητας: 1) σχεδιασμός για κινητοποίηση, 2) ευαισθητοποίηση, 3) δημιουργία συνασπισμού και 4) ανάληψη δράσης, (Centers for Disease Control and Prevention, 2002).

Στην πρώτη φάση, στον σχεδιασμό της κινητοποίησης, ξεκινά μια διαδικασία κατά την οποία πραγματοποιείται σχεδιασμός, ώστε να προσδιοριστούν παράγοντες, οι οποίοι είναι δυνατό να επηρεάσουν την όλη διαδικασία της κινητοποίησης. Στην δεύτερη φάση, που αφορά την ευαισθητοποίηση, η προσοχή εστιάζεται στα βασικά άτομα και στις οργανώσεις, με τις οποίες θα πρέπει να γίνει επικοινωνία προκειμένου να αυξηθεί το ενδιαφέρον, το ποσοστό συμμετοχής αλλά και η ποιότητα της συνεργασίας. Κατά τη διάρκεια της τρίτης φάσης, που αφορά τη δημιουργία συνασπισμού, υπογραμμίζεται η ανάγκη για οικοδόμηση ενός συνασπισμού που θα εμπεριέχει βασικούς οργανισμούς και άτομα, όπως παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, κληρικούς, ηγέτες οργάνωσης, μέλη τοπικών μέσων ενημέρωσης, διευθυντές σχολείων και πανεπιστημιακών ιδρυμάτων, τοπικές αστυνομικές δυνάμεις, τοπικές επιχειρήσεις, τους πολίτες της κοινότητας, (Fertman and Allensworth, 2016).

Μόλις επιτευχθεί η δημιουργία ενός ενεργού, συμμετοχικού συνασπισμού, σε συνδυασμό με τους επίσημους στόχους και τους γενικότερους στόχους τότε έρχεται η τελική φάση, η ανάληψη δράσης, η οποία διαδραματίζει καίριο ρόλο στην υλοποίηση των αποτελεσμάτων. Η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός σχεδίου δράσης αποτελούν μέρη αυτής της φάσης. Το σχέδιο δράσης βασίζεται στα αποτελέσματα της αξιολόγησης των αναγκών της κοινότητας ή του περιβάλλοντος αλλά και στην αποτελεσματική χρήση των δυνάμεων και των ταλέντων των μελών του συνασπισμού. Για παράδειγμα, το σχέδιο δράσης θα αφορά προσπάθειες που γίνονται στην εκπαίδευση των μελών μιας κοινότητας ή των ατόμων στο περιβάλλον που σχετίζεται με θέματα υγείας, τα οποία μπορούν να ασκήσουν επιρροή στην κοινότητα ή στο περιβάλλον. Επίσης, θα αφορά τρόπους μείωσης ή εξάλειψης ζητημάτων υγείας. Σύμφωνα με τους, Lippman *et al.* (2016) προτείνονται έξι τομείς με στόχο τη μέτρηση της κινητοποίησης της κοινότητας: 1) η κοινή ανησυχία, 2) η κριτική συνείδηση, 3) οι οργανωτικές δομές και τα δίκτυα, 4) η ηγεσία, 5) οι συλλογικές δράσεις και 6) η κοινωνική συνοχή.

4.4 Θεωρία Αλλαγής των οργανισμών (Organizational Change Theory)

Σύμφωνα με τους, Burke and Litwin (1992), η αλλαγή σε επίπεδο οργανισμών συνοδεύεται από μια χαώδη κατάσταση καθώς η ποσότητα των μεταβλητών που εξελίσσονται και οι εξωτερικές αλλαγές που συμβαίνουν αυξάνονται συνεχώς.

Επίσης, τα ανθρώπινα συστήματα φαίνεται να προβάλλουν μια αντίσταση με αποτέλεσμα την δημιουργία ενός συνόλου διαδικασιών, των οποίων η πρόβλεψη αλλά και ο έλεγχος καθίσταται αρκετά δύσκολη. Ωστόσο, αυτό που φαίνεται μέσα από την έρευνα είναι ότι έχει βρεθεί η ύπαρξη σχέσεων ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές και ως εκ τούτου αυτές οι σχέσεις είναι δυνατόν να μελετηθούν και να περιγραφούν. Για το λόγο αυτό, αναδύθηκε η ανάγκη για την ανάπτυξη κάποιων μοντέλων, μέσω των οποίων θα μπορεί να γίνει πλήρης επεξήγηση της αλληλεπίδρασης των ποικίλων μεταβλητών και της θέσης τους σε επίπεδο αλλαγής. Στην πραγματικότητα, τα μοντέλα αυτά θα είναι σε θέση να παρέχουν μια πλήρη περιγραφή όσον αφορά τον καλύτερο τρόπο με τον οποίο μπορούν να εισαχθούν και να γίνουν διαχειρίσιμες οι οργανωσιακές αλλαγές, (Burke and Litwin, 1992).

Φαίνεται να υπάρχουν τέσσερα στάδια όσον αφορά την εισαγωγή των αλλαγών στους οργανισμούς:, (Ρεκλείτης, Στεφοπούλου και Χαλάς, 2010):

1. **Διαγνωστικό στάδιο:** σε αυτό το στάδιο πραγματοποιείται ο εντοπισμός των νέων συνθηκών, όπως αυτές διαμορφώνονται στο εξωτερικό περιβάλλον, αλλά και των συνεπειών που θα υπάρξουν στον τρόπο λειτουργίας αλλά και στο πως θα αναπτυχθεί ο οργανισμός. Επιπλέον, στο παρόν στάδιο γίνεται αξιολόγηση της επίδοσης του οργανισμού, των πόρων που είναι διαθέσιμοι για τον εν λόγω σκοπό αλλά και της διαφοράς στην επίδοση. Φαίνεται να εντοπίζονται τα τυχόν προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν σε έναν οργανισμό κι έπειτα να πραγματοποιείται μια έρευνα όσον αφορά τους λόγους και τις αιτίες που δημιουργούνται κι έπειτα, σε ένα μεταγενέστερο χρόνο επιδιώκεται η αναζήτηση τρόπων επίλυσης αυτών.
2. **Στάδιο Προγραμματισμού:** σε αυτό το στάδιο πραγματοποιείται καθορισμός των στόχων σχετικά με την αλλαγή. Βασική προϋπόθεση είναι οι στόχοι αυτοί να είναι συγκεκριμένοι αλλά και να συμβαδίζουν με την πολιτική που ακολουθεί ο εκάστοτε οργανισμός. Στο στάδιο προγραμματισμού, επιδιώκεται η ανάπτυξη ενός προγράμματος δράσης, όπου θα υπάρχει λεπτομερής περιγραφή και παράθεση αναφορικά με τον τρόπο που οι τεχνικές, οι πληροφορίες αλλά και οι διαδικασίες οργανώνονται, συγκεντρώνονται και τέλος αξιοποιούνται, ώστε να επιτευχθεί ο τελικός στόχος. Υπάρχουν δυο είδη

στόχων: οι εσωτερικοί και οι εξωτερικοί. Οι εσωτερικοί στόχοι σχετίζονται με τις αλλαγές που έχουν να κάνουν με τους εργαζομένους, ενώ οι εξωτερικοί σχετίζονται με τη θέση που έχει ο οργανισμός σε σχέση με το περιβάλλον, τον ρυθμό που αναπτύσσεται κ.α.

3. **Στάδιο Υλοποίησης:** στο παρόν στάδιο οι διάφορες στρατηγικές και πολιτικές που υιοθετούνται σχετικά την αλλαγή υλοποιούνται μέσα από κάποια πιο συγκεκριμένα βήματα. Τυχόν προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν σε αυτό το στάδιο, επιλύονται μέσα από κατάλληλες αλλαγές και προσαρμογές.
4. **Στάδιο αξιολόγησης:** σε αυτό το στάδιο πραγματοποιείται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της αλλαγής σε ποσοτικό αλλά και ποιοτικό επίπεδο. Τυχόν αστοχίες γίνονται αντιληπτές και αναζητούνται οι πιθανοί λόγοι που οδήγησαν σε αυτές. Πιθανοί λόγοι μπορεί να είναι οι ενέργειες στις οποίες έχουν προβεί είτε μεμονωμένα άτομα είτε ομάδες ανθρώπων. Σε περίπτωση που εντοπιστεί κάποια αστοχία, τότε διενεργούνται οι κατάλληλες και απαραίτητες διορθωτικές αλλαγές και η αξιολόγηση των αλλαγών αποτελεί ένα πολύ σημαντικό και καίριο στοιχείο σε ολόκληρη την διαδικασία. Ένας σημαντικός και βασικός λόγος όπου μια αλλαγή οδηγείται στην αποτυχία είναι η απουσία ενός αξιόπιστου συστήματος αξιολόγησης.

Σε αυτό το σημείο, θα περιγραφεί το μοντέλο του Lewin, το οποίο αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα μοντέλα στην οργανωσιακή αλλαγή. Το μοντέλο του Lewin είναι γνωστό και ως «μοντέλο των τριών βημάτων», (Batras, Duff and Smith, 2016). Όπως ορίζει ο Lewin, το να πετύχει ένα εγχείρημα δεν σχετίζεται μόνο με την επιτυχία του αλλά προϋποθέτει το να λειτουργήσει η νέα κατάσταση σε ένα πιο μόνιμο επίπεδο. Ωστόσο, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ένας οργανισμός παρουσιάζει μια τάση προς την «υποτροπή» και παλινδρόμηση σε ένα προηγούμενο στάδιο. Προκειμένου, λοιπόν, να επιτευχθεί ένα πιο μόνιμο αποτέλεσμα, ο Lewin πρότεινε τρία στάδια: 1) Unfreezing 2) Moving 3) Refreezing. Παρακάτω αναλύονται ξεχωριστά τα στάδια, (Batras, Duff and Smith, 2016).

1. **Unfreezing:** σε αυτό το στάδιο βασικός και κύριος στόχος είναι να κατανοήσει ολόκληρος ο οργανισμός την αλλαγή, ώστε να μπορέσει να την αποδε-

χτεί και έπειτα να την υποστηρίξει. Η εκπαίδευση, η σύσταση ομάδων εργασίας και οι ατομικές συζητήσεις μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά ώστε να επισημανθούν τρέχοντα προβλήματα. Σκοπός είναι να γίνει παράθεση στοιχείων, ώστε να αντιληφθούν την ανάγκη για αλλαγή ακόμη και οι πιο δύσπιστοι.

2. **Moving:** ο προσδιορισμός και η υιοθέτηση νέων στάσεων, αξιών, συμπεριφορών και απόψεων αποτελούν βασικά μέρη του παρόντος σταδίου. Η βασική αντίληψη σε αυτό το στάδιο είναι ότι η εμπιστοσύνη και πειθώ προηγούνται της αποδοχής, δηλαδή για να μπορέσει κάποιος να αποδεχτεί κάτι, θα πρέπει πρώτα να πεισθεί. Σύμφωνα με τον Lewin, συχνά οι φορείς αλλαγής περνούν σε πρόωρο και βιαστικό επίπεδο από αυτό το στάδιο και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία αρνητικών στάσεων και την παλινδρόμηση σε προηγούμενη κατάσταση. Επομένως, ο τρόπος και ο χρόνος που πραγματοποιείται η μετάβαση είναι καίρια, γι' αυτό και είναι σημαντικό να δίνεται έμφαση, ώστε να υπάρξει αποδοχή.
3. **Refreezing:** σε αυτή τη φάση η σταθεροποίηση των αλλαγών αλλά και η δημιουργία συνθηκών με σκοπό την μακροπρόθεσμη συνέχεια τους αποτελούν βασικούς στόχους. Η επίτευξη αυτών μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από τη χρήση συγκεκριμένων μηχανισμών, όπως η ανταμοιβή, η θετική υποστήριξη και ενίσχυση κ.α. Επιπλέον, η ανατροφοδότηση μπορεί να διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο καθώς έτσι μπορεί να γίνουν οι κατάλληλες αλλαγές και τέλος να εξασφαλιστεί η επιτυχία.

Το ενδιαφέρον με το παρόν μοντέλο είναι ότι η αλλαγή γίνεται αντιληπτή ως μια προσωρινή κατάσταση, η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσα από την εφαρμογή κάποιων συγκεκριμένων βημάτων. Το μοντέλο αυτό, απευθύνεται περισσότερο σε οργανισμούς που επιδιώκουν έναν συγκεκριμένο και μεμονωμένο μετασχηματισμό, και όχι σε οργανισμούς που έχουν την τάση να εξελίσσονται συνεχώς. Ένα βασικό μειονέκτημα του συγκεκριμένου μοντέλου είναι ότι δεν γίνεται κάποια αναφορά στον τρόπο με τον οποίο η αλλαγή θα πραγματοποιηθεί αλλά και στα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν και αποτελεί συνολικά ένα γενικό πλαίσιο κατανόησης της διαδικασίας αλλαγής.

Στην σύγχρονη εποχή όπου παρατηρείται ότι οι οργανισμοί πλέον είναι περισσότερο περίπλοκοι και οι ρυθμοί αρκετά γρήγοροι, η εφαρμογή του μοντέλου του Lewin καθίσταται αρκετά δύσκολη καθώς σύμφωνα με το μοντέλο, οι αλλαγές λαμβάνουν χώρα σε σταθερά και πιο αργά περιβάλλοντα. Έτσι, το μοντέλο του Lewin θεωρείται πλέον αρκετά παρωχημένο ήδη από τη δεκαετία του 1980. Ωστόσο, αποτελεί ένα πολύ καλό πλαίσιο όσον αφορά την κατανόηση της διαδικασίας της αλλαγής, (Batras, Duff and Smith, 2016).

4.5 Θεωρία Κοινωνικών Κανόνων (Theory of Social Norms)

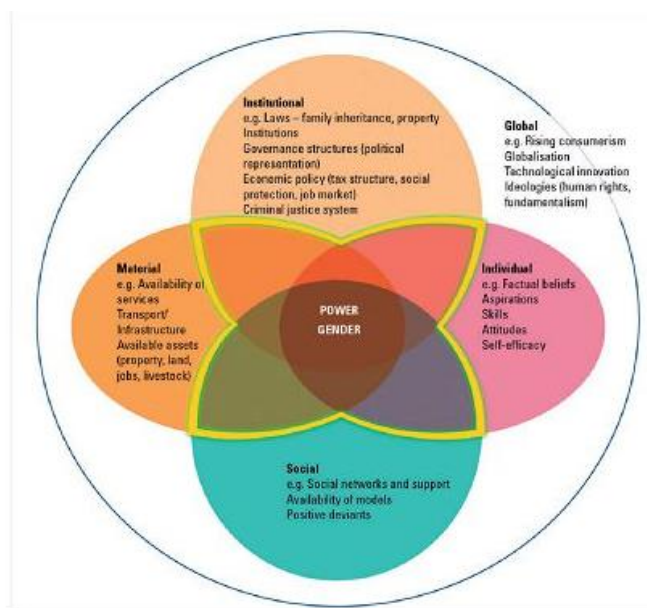
Οι περισσότερες παρεμβάσεις φαίνεται να έδιναν περισσότερη έμφαση στο να βελτιωθούν οι γνώσεις και οι στάσεις με αποτέλεσμα να χαθεί η διάσταση των κοινωνικών προτύπων. Ωστόσο, τελευταία παρατηρείται να υπάρχει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον ρόλο που διαδραματίζουν τα κοινωνικά πρότυπα και ιδιαίτερα στις χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα, (Cislaghi and Heise, 2018). Μάλιστα, οι πρώτες παρεμβάσεις που βασίστηκαν στη θεωρία κοινωνικών κανόνων πραγματοποιήθηκαν για την κατανάλωση αλκοόλ σε κάποια πανεπιστήμια των ΗΠΑ, (Perkins and Berkowitz, 1986). Ακολούθησαν κι άλλα πανεπιστήμια σε διάφορα μέρη όπως στον Καναδά, και στο Ηνωμένο Βασίλειο που χρησιμοποίησαν παρόμοιες παρεμβάσεις για αντιμετώπιση άλλων ζητημάτων που σχετίζονταν με την υγεία όπως το κάπνισμα, (Arbour-Nicitoropoulos *et al.*, 2010), τη σεξουαλική βία, (Berkowitz, 2005; Hackman, Witte and Greenband, 2017).

Η θεωρία των κοινωνικών κανόνων προέρχεται από την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την κοινωνική ψυχολογία, το δίκαιο, τις πολιτικές επιστήμες και τις επιστήμες υγείας. Οι κοινωνικοί κανόνες ορίζονται ως άτυποι – άγραφοι – κανόνες, οι οποίοι ορίζουν ποιες ενέργειες είναι αποδεκτές, κατάλληλες και υποχρεωτικές σε μια ομάδα ανθρώπων ή σε μια κοινωνία. Ο Cialdini και Trost (1998) έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στη θεωρία των κοινωνικών κανόνων καθώς έδωσαν έναν συγκεκριμένο ορισμό και κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά τους κοινωνικούς κανόνες. Έτσι, οι κοινωνικοί κανόνες ορίζονται ως οι πεποιθήσεις σχετικά με το τι πράττουν οι άλλοι άνθρωποι στην ομάδα τους αλλά και σε τι δίνουν έγκριση και τι απορρίπτουν. Η επιρροή των κοινωνικών κανόνων έτσι όπως ορίστηκαν από τους Cialdini και Trost (1998) φαίνεται ότι έχει αποδειχθεί σε διάφορες καταστάσεις αναφορικά με

την υγεία, όπως, η κατανάλωση αλκόολ, (Prentice and Miller, 1993), η διατροφή, (Vartanian *et al.*, 2015), το κάπνισμα, (Eisenberg and Forster, 2003), το πλύσιμο των χεριών, (Curtis, Danquah and Aunger, 2009).

Γιατί, όμως οι άνθρωποι συμμορφώνονται με τους κοινωνικούς κανόνες ακόμη κι αν αυτό που είναι να κάνουν μπορεί να αποβεί βλαβερό για τους ίδιους ή τους άλλους; Σύμφωνα με τον Young (2015), σε μια ανασκόπηση που πραγματοποίησε, εντόπισε και προσδιόρισε 4 μηχανισμούς που σχετίζονται με τη συμμόρφωση: 1) Συντονισμός: οι άνθρωποι επιδιώκουν την επίτευξη ενός στόχου που απαιτεί συντονισμένη δράση μεταξύ των μελών μιας ομάδας. Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να ακολουθήσουν τους κοινωνικούς κανόνες που θεωρούνται κοινοί για την εκάστοτε δράση, 2) Κοινωνική Πίεση: οι άνθρωποι περιμένουν να λάβουν κοινωνικές συνέπειες (είτε ανταμοιβή είτε τιμωρία) για τη (μη) συμμόρφωσή τους με κάποιον κανόνα. Προκειμένου, λοιπόν, να λάβουν μια κοινωνική ανταμοιβή και όχι τιμωρία μπορεί να ακολουθήσουν κοινωνικούς κανόνες που υπό άλλες συνθήκες δεν θα ακολουθούσαν, 3) Σήμανση και Συμβολισμός: οι άνθρωποι επιθυμούν να τονίσουν την συμμετοχή τους σε μια συγκεκριμένη ομάδα ή/και στους άλλους, έτσι για να το κάνουν αυτό, ακολουθούν ειδικά τους κανόνες, οι οποίοι θεωρείται ότι ισχύουν για την συγκεκριμένη ομάδα, 4) Σημεία αναφοράς: οι άνθρωποι εσωτερικεύουν τους κανόνες σχετικά με το ποιες ενέργειες είναι φυσιολογικές σε κάθε κατάσταση που προκύπτει σε τέτοιο βαθμό που κάποια στιγμή τους ακολουθούν αυθόρμητα και αυτόματα. Σύμφωνα με τον Morris *et al* (2015) οι άνθρωποι λειτουργούν σαν αυτόματος πιλότος.

Οι Miller and Prentice (2016) αναγνώρισαν τρεις νέες προσεγγίσεις σχετικά με την αλλαγή των κοινωνικών κανόνων. Η πρώτη έχει να κάνει με το μάρκετινγκ, όπου η συγκεκριμένη στρατηγική χρησιμοποιήθηκε στη δεκαετία του 80 για την κατανάλωση αλκοόλ από φοιτητές. Για να επέλθει η αλλαγή μιας συμπεριφοράς σε μια ομάδα, οι προσπάθειες που γίνονται σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση στοχεύουν στο να διορθώσουν τις λανθασμένες πεποιθήσεις των ανθρώπων αναφορικά με το τι κάνουν ή εγκρίνουν οι άλλοι άνθρωποι στην ομάδα τους. Η δεύτερη στρατηγική έχει να κάνει με την εξατομικευμένη κανονιστική ανατροφοδότηση, όπου σύμφωνα με αυτή οι άνθρωποι παίρνουν κάποιες πληροφορίες για το πώς λειτουργούν και αποδίδουν σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους στο ευρύτερο πλαίσιο. Η τρίτη προσέγγιση σχετίζεται με τις ομαδικές συζητήσεις, υπό την καθοδήγηση και εποπτεία του συντονιστή, όπου οι συμμετέχοντες πρέπει να εξετάσουν και να διερευνήσουν τις ήδη υπάρχουσες νόρμες και πρακτικές που υιοθετούνται στο εσωτερικό της ομάδας και έπειτα να επιδιωχθεί μια επαναδιαπραγμάτευση αυτών μεταξύ των μελών της ομάδας.



Σχήμα 4 Οπτική απεικόνιση θεωρίας Κοινωνικών Κανόνων (Miller and Prentice, 2016)

Μέσα από την μελέτη των προγραμμάτων που αποδείχθηκε ότι απαιτούνται για την αλλαγή των κοινωνικών προτύπων: 1) η παρακίνηση, 2) η διαβούλευση και 3) η δράση. Η παρακίνηση έχει να κάνει με την ενημέρωση των μελών για τις βλαβερές συνέπειες στους ίδιους και στους άλλους από την επαφή τους με την βλαβε-

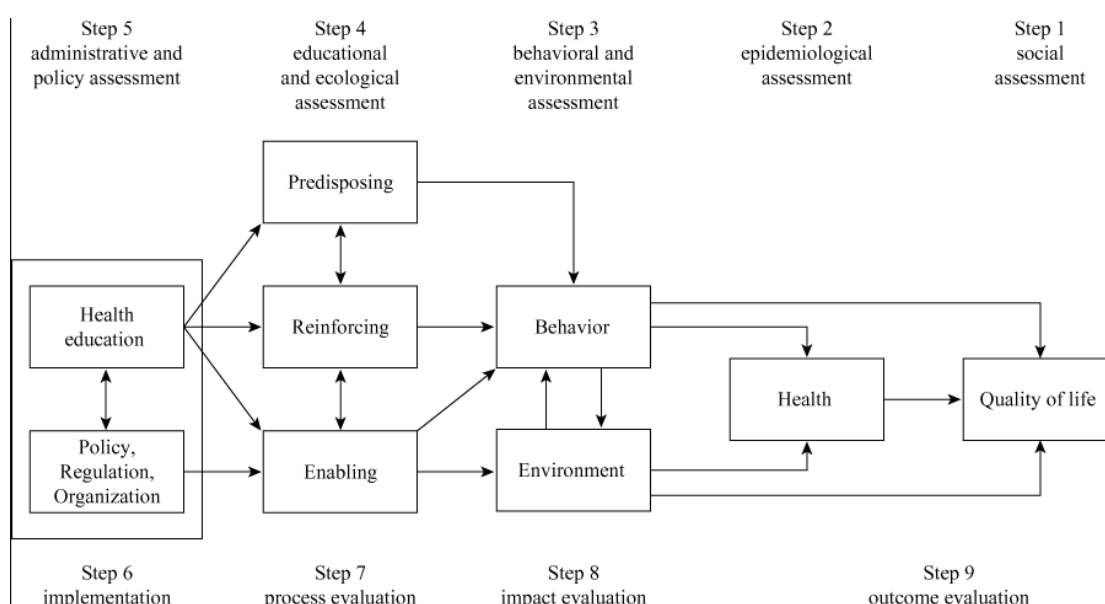
ρή συμπεριφορά ή κατάσταση. Η διαβούλευση σχετίζεται με το ότι τα μέλη της ομάδας μπορούν να δημιουργήσουν ένα θετικό πρότυπο και να δημιουργήσουν στρατηγικές, ώστε να παρακινήσουν τους άλλους από το πλαίσιο τους. Η δράση αναφέρεται στο ότι τα μέλη κάνουν πράξη σε δημόσιο επίπεδο των στρατηγικών τους και παρακινούν τους άλλους, ώστε κι αυτοί να γίνουν μέλη της ομάδας, όπου αυτό μπορεί να οδηγήσει στην κρίσιμη μάζα που απαιτείται για να μπορεί να επιτευχθεί η αλλαγή.

5.PRECEDE-PROCEED Model

Το μοντέλο PRECEDE-PROCEED είναι ένα εύχρηστο και επωφελές μοντέλο σχεδιασμού για το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας για συγκεκριμένες ανάγκες υγείας. Ιστορικά, το PRECEDE προήλθε πρώτο από τον Lawrence W. Green και σημαίνει "εκπαιδευτική διάγνωση" και χρησιμοποιείται για τον σχεδιασμό εστιασμένων και στοχευμένων προγραμμάτων δημόσιας υγείας. Είναι ακρωνύμιο των λέξεων Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation (Προδιαθεσικές, Ενθαρρυντικές και Διευκολυντικές Υποθέσεις στην Εκπαιδευτική Διάγνωση και Αξιολόγηση). Μετά από μερικά χρόνια, στο πλαίσιο προστέθηκε το PROCEED, το οποίο σημαίνει "οικολογική διάγνωση" και χρησιμοποιείται για την εφαρμογή και την αξιολόγηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας.

Πρόκειται για ακρωνύμιο των λέξεων Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development (Πολιτικές, Ρυθμιστικές και Οργανωσιακές υποθέσεις στην Αγωγή και την Περιβαλλοντική Ανάπτυξη), (Green & Kreuter, 2005- Gielen & Eileen, 1996- Crosby & Noar, 2011; Giannakopoulos, 2011). Αυτό το μοντέλο διαφέρει από άλλα μοντέλα στη ροή του σχεδιασμού, καθώς εστιάζει στα επιθυμητά αποτελέσματα και εργάζεται προς τα πίσω για να βρει τις σωστές στρατηγικές για την επίτευξη αυτών των στόχων, (Rimer & Glanz, 2005). Τέλος, το μοντέλο αναθεωρήθηκε τα τελευταία χρόνια για να συμπεριλάβει τον ταχέως αναπτυσσόμενο και σημαντικό τομέα της γενετικής, (Gielen et. al., 2008).

Και τα δύο μέρη του Precede – Proceed Model μπορούν να χωριστούν σε μικρά βήματα, τα οποία παρουσιάζονται στο Σχήμα 4. Τα βήματα 1 έως 5 στο PRECEDE και τα βήματα 6 έως 9 στο PROCEED. Αυτό το μοντέλο εννέα βημάτων έχει βέλη που δείχνουν από αριστερά προς τα δεξιά, αλλά τα βήματα αριθμούνται από δεξιά προς τα αριστερά. Αυτό υποδηλώνει τον τρόπο εργασίας του μοντέλου προς τα πίσω, ξεκινώντας από τον επιθυμητό στόχο για τη δημιουργία στόχων που, αν επιτευχθούν, θα οδηγήσουν στον στόχο αυτό, (Green & Kreuter, 2005- Crosby & Noar, 2011). Παρακάτω αναλύονται όλα τα βήματα με σειρά:



Σχήμα 5 Οπτική απεικόνιση του μοντέλου σχεδιασμού με τη μέθοδο Precede – Proceed (Green and Kreuter, 1999)

Κοινωνική Αξιολόγηση (Social Diagnosis)

Ο χρήστης πρέπει να εντοπίσει ποια κοινωνικά προβλήματα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ενός συγκεκριμένου πληθυσμού και να τα αξιολογήσει. Στόχος αυτού του σταδίου είναι ο χρήστης να έχει μια εικόνα των προβλημάτων μέσα από τα μάτια της κοινότητας. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συμμετοχή των μελών της κοινότητας σε διάφορες έρευνες ή/και συνεντεύξεις, (Green & Kreuter, 2005- Crosby & Noar, 2011).

Επιδημιολογική Αξιολόγηση (Epidemiological Diagnosis)

Σε αυτόν τον στόχο, ο χρήστης πρέπει να εστιάσει σε συγκεκριμένα προβλήματα υγείας της κοινότητας και να δημιουργήσει στόχους που θα χρησιμεύσουν ως οδηγοί για τη διαδικασία σχεδιασμού. Όλοι οι στόχοι πρέπει να δημιουργηθούν με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα και πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι κάθε στόχος θα δημιουργήσει πολλαπλούς υποστόχους, (Crosby & Noar, 2011).

Συμπεριφορική και Περιβαλλοντική Αξιολόγηση (Behavioral and Environmental Diagnosis)

Αυτό το βήμα χωρίζεται σε δύο μέρη, επειδή απαιτούνται αλλαγές τόσο στο περιβάλλον όσο και στη συμπεριφορά, ώστε να μπορέσει κανείς να επιτύχει τους στόχους υγείας. Για το συμπεριφορικό μέρος, η κατανόηση της σοβαρότητας της νόσου, των δράσεων, των παραγόντων που επηρεάζουν το περιβάλλον του ατόμου που βρίσκεται σε κίνδυνο και της συμπεριφοράς των ανθρώπων που επηρεάζουν άμεσα το άτομο σε κίνδυνο, μπορούν να βοηθήσουν στην πλήρη κατανόηση ενός θέματος υγείας. Όσον αφορά το περιβαλλοντικό μέρος, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που δεν μπορούν να επηρεαστούν από το άτομο τροποποιούνται ώστε να αλλάξει το αποτέλεσμα της υγείας, (Green & Kreuter, 2005- Gielen et. al., 2008- Crosby & Noar, 2011).

Εκπαιδευτική και Οικολογική Αξιολόγηση (Educational and Ecological Diagnosis)

Αφού ο χρήστης εντοπίσει τους συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, πρέπει να αναπτύξει ένα σχέδιο για την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου. Για να επιτύχει αυτό το αποτέλεσμα, ο χρήστης πρέπει να επιλέξει ποιοι παράγοντες από τις τρεις κατηγορίες, 1) προδιαθεσικοί, 2) ενισχυτικοί και 3) ενεργοποιητικοί χρειάζονται τροποποίηση. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες υπάρχουν στο γνωστικό επίπεδο και παρακινούν τη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια ή πριν από την εκδήλωση της συμπεριφοράς αυτής. Οι ενισχυτικοί παράγοντες επηρεάζουν τη διατήρηση μιας συμπεριφοράς, είτε ενθαρρύνοντας είτε αποθαρρύνοντας την ανταμοιβή και τιμωρία, αντίστοιχα. Οι ενεργοποιητικοί παράγοντες είναι χαρακτηριστικά του

περιβάλλοντος που είναι απαραίτητα για την εμφάνιση της συμπεριφοράς, (Green & Kreuter, 2005- Crosby & Noar, 2011).

Διοικητική και Πολιτική Αξιολόγηση (Administrative and Policy Diagnosis)

Αυτό το βήμα είναι ένα από τα πιο κρίσιμα, καθώς ο χρήστης πρέπει να αξιολογήσει τους διαθέσιμους πόρους και την ικανότητα και, αν χρειάζεται, να αλλάξει τις πολιτικές, ώστε να επιτευχθούν οι επιμέρους στόχοι από την εκπαιδευτική και οικολογική διάγνωση, (Green & Kreuter, 2005- Crosby & Noar, 2011).

Εφαρμογή (Implementation)

Σημαίνει την έναρξη της αξιολόγησης, η οποία χρειάζεται ένα σχέδιο σε εφαρμογή που αποτελείται από τρία μέρη: αξιολόγηση της διαδικασίας, αξιολόγηση των επιπτώσεων και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, (Crosby & Noar, 2011).

Αξιολόγηση Διαδικασίας (Process Evaluation)

Είναι η παρακολούθηση και η αξιολόγηση της διαδικασίας του προγράμματος, ακολουθούμενη από διορθωτική ανατροφοδότηση. Με αυτόν τον τρόπο είναι πιο πιθανό το προσωπικό να ακολουθήσει το πρωτόκολλο και να επιτύχει τους στόχους του προγράμματος, (Crosby & Noar, 2011).

Αξιολόγηση Αντικτύπου (Impact Evaluation)

Μετά την έναρξη του προγράμματος, υπάρχει ανάγκη να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των υποστόχων καθώς και των παραγόντων εκπαιδευτικής και οικολογικής διάγνωσης, (Crosby & Noar, 2011).

Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων (Outcome Evaluation)

Πρόκειται για το τελευταίο βήμα στο τέλος του προγράμματος, κατά το οποίο μπορεί κανείς να αξιολογήσει την απόδοση του προγράμματος στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της υγείας της κοινότητας, (Crosby & Noar, 2011).

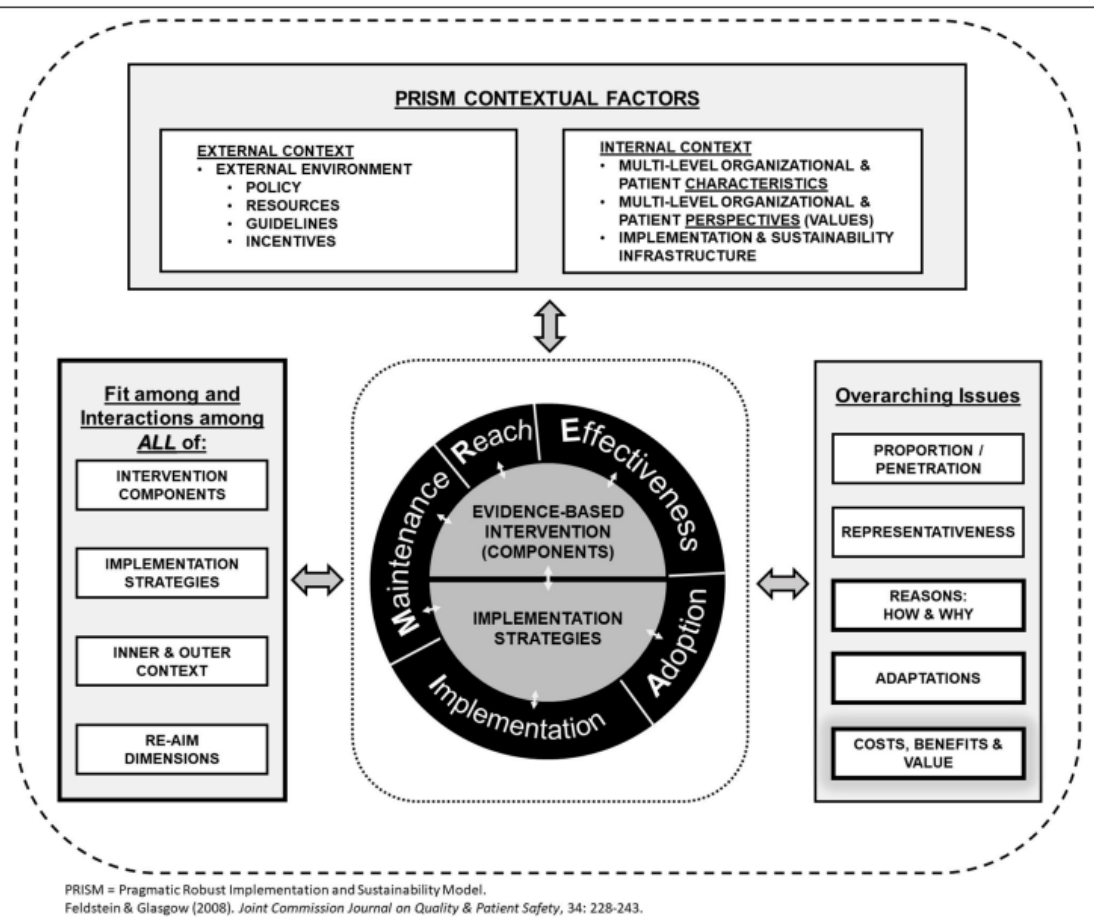
6.RE-AIM Model

Το μοντέλο σχεδιασμού και αξιολόγησης Re-aim αναπτύχθηκε και σχεδιάστηκε πριν δυο δεκαετίες περίπου. Πλέον, αποτελεί ένα αξιόλογο εφαρμοσμένο μοντέλο, το οποίο έχει αναφερθεί σε περισσότερες από 2.800 δημοσιεύσεις, (Glasgow *et al.*, 2019). Το Re-aim αναπτύχθηκε αποτελώντας ένα πλαίσιο, ώστε να μπορεί να επιτευχθεί συνέπεια στις αναφορές των αποτελεσμάτων στις έρευνες, (Glasgow, Vogt and Boles, 1999; Glasgow *et al.*, 2000). Αναδύθηκε η ανάγκη δημιουργίας αυτού του μοντέλου με σκοπό να αντιμετωπιστεί το ζήτημα σχετικά με τη μετάφραση των επιστημονικών προόδων σε επίπεδο πράξης και ειδικά στον αντίκτυπο που έχει στην δημόσια υγεία και πολιτική όπου είχε πολύ αργό ρυθμό, (Glasgow *et al.*, 2013). Αξίζει να τονιστεί ότι το Re-aim μοντέλο όπως και άλλα, έχει συμβάλλει σημαντικά στο να υπάρξει μια καλή ισορροπία της παραδοσιακής εστίασης στην εσωτερική αντί στην εξωτερική εγκυρότητα.

Η εστίαση σε διάφορα ζητήματα, οι διαστάσεις και τα βήματα ως προς τον σχεδιασμό, η διάδοση και η υλοποίηση αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά του παρόντος μοντέλου. Σε ύστερο χρόνο χρησιμοποιήθηκε και για την οργάνωση ανασκοπήσεων της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών σε διαφορετικά περιβάλλοντα, (Glasgow *et al.*, 2006).

Στο μοντέλο Re-aim, όπως παρατέθηκε και παραπάνω, έχουν γίνει περισσότερες από 2.800 αναφορές, ενώ έχει εφαρμοστεί σε περισσότερες από 450 δημοσιεύσεις, (Glasgow, Vogt and Boles, 1999; Tabak *et al.*, 2012). Αποτελεί ένα από τα πιο συχνά πλαίσια που χρησιμοποιούνται για τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση αιτήσεων επιχορήγησης σε μεγάλους και κορυφαίους οργανισμούς υγείας και ιατρικής έρευνας στις ΗΠΑ, (Glasgow *et al.*, 2019). Επιπλέον, στοχεύει στο να βοηθήσει στην καλύτερη δυνατή κατανόηση αναφορικά με τα δυνατά και αδύναμα σημεία των διαφόρων προσεγγίσεων που αφορούν την προώθηση της υγείας αλλά και την αυτοδιαχείριση χρόνιων ασθενειών όπως είναι η προσωπική συμβουλευτική, η ομαδική εκπαίδευση, η τηλεφωνική συμβουλευτική, (Glasgow *et al.*, 2001).

Ο βασικός στόχος του Re-aim είναι η προτροπή στους ανθρώπους που είναι υπεύθυνοι για τον σχεδιασμό προγραμμάτων και την αξιολόγηση, αλλά και στους χρηματοδότες, να εστιάσουν περισσότερο την προσοχή τους στα κύρια και βασικά στοιχεία του προγράμματος, ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη βελτίωση στην υιοθέτηση και εφαρμογή αποτελεσματικών, επιστημονικά αποδεδειγμένων προγραμμάτων



προαγωγής υγείας, (Belza, Toobert and Glasgow, 2007). Ένας ακόμη βασικός στόχος του μοντέλου ήταν και η βελτίωση της αξιολόγησης και η αναφορά των 5 βασικών διαστάσεων του μοντέλου.

Σχήμα 6 Οπτική απεικόνιση Re - aim Model (Feldstein & Glasgow, 2008)

Τα στοιχεία του Re-aim Model

Το μοντέλο Re-aim περιλαμβάνει τις ακόλουθες διαστάσεις: 1) την προσέγγιση (Reach), 2) την αποτελεσματικότητα (Effectiveness), 3) την συντήρηση (Maintenance) – η οποία λειτουργεί σε ατομικό επίπεδο, 4) την υιοθεσία (Adoption) 5) την υλοποίηση (Implementation) και 6) την συντήρηση (Maintenance) – όπου εστιάζεται

σε ζητήματα προσωπικού και ρύθμισης. Συνολικά, παίρνοντας όλα μαζί τα παραπάνω στοιχεία, παρατηρείται ότι αυτά αντιπροσωπεύουν τη συνολική επίπτωση.

Προκειμένου να μεγιστοποιηθεί ο αντίκτυπος, μια καλή παρέμβαση προϋποθέτει ότι και στα πέντε στοιχεία θα πρέπει να επιτευχθούν καλά επίπεδα απόδοσης. Η ύπαρξη κάποιας αδυναμίας σε κάποιο – οποιοδήποτε – στοιχείο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά, (Belza, Toobert and Glasgow, 2007).

Συχνά, οι παράγοντες του Re-aim είναι πολυεπίπεδοι και έχουν να κάνουν με θέματα που αφορούν το πλαίσιο και την εξωτερική εγκυρότητα, που ενδέχεται να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στον πληθυσμό. Μπορεί να αναφερθεί πως όλες οι διαστάσεις του Re-aim είναι αρκετά πολύπλοκες, ωστόσο, η υλοποίηση του στο παρόν είναι αυτή με τους περισσότερους δείκτες. Η προσοχή εστιάζεται στην πιστότητα μιας παρέμβασης: κατά πόσο το πρόγραμμα πραγματοποιείται και υλοποιείται με συνέπεια σε διαφορετικά περιβάλλοντα, προσωπικό και ασθενείς. Επιπλέον, περιλαμβάνει και διάφορες προσαρμογές που έχουν πραγματοποιηθεί, (Rabin, McCreight and Glasgow, 2018). Η διάσταση της συντήρησης έχει δείκτες σε ατομικό επίπεδο αλλά και επίπεδο ρύθμισης.

Τα στοιχεία που αποτελούν το μοντέλο εφαρμόζονται όλο και περισσότερο με το πέρασμα των χρόνων. Παλαιότερα, η έρευνα για την αποτελεσματικότητα εστίαζε περισσότερο στα αποτελέσματα που είχαν να κάνουν με την φυσιολογία. Με την δημιουργία του Re-aim, το ενδιαφέρον μεταφέρθηκε και σε άλλους παράγοντες που μπορεί να έχουν επιρροή στην δημόσια υγεία. Επομένως, αυτή η προσέγγιση της αξιολόγησης ευρύτερων συνεπειών συνέβαλε στην καλύτερη κατανόηση των συνολικών επιπτώσεων ενός προγράμματος που αφορά την ποιότητα ζωής. Μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί ποικίλες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις αναφορικά με την χρήση αλλά και χρησιμότητα του Re-aim, (Sharpe *et al.*, 2005; Galaviz *et al.*, 2014; Harden *et al.*, 2015). Τα συμπεράσματα είναι ότι αυτά που αναφέρθηκαν λιγότερο συχνά είναι τα στοιχεία της υιοθέτησης και της διατήρησης αλλά και η αντιπροσωπευτικότητα σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο. Επίσης, εντοπίστηκαν ζητήματα με συγκεχυμένες διαφορετικές διαστάσεις, συγκεκριμένα στην προσέγγιση (σε ατομικό επίπεδο) και στην υιοθέτηση (σε επίπεδο ρύθμισης).

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά και ξεχωριστά τα στοιχεία του Re-aim:

Reach – Προσέγγιση

Το στοιχείο της προσέγγισης σχετίζεται με τον βαθμό κατά τον οποίο το πρόγραμμα μπορεί να προσελκύσει το κοινό στο οποίο απευθύνεται. Ενδέχεται να υπάρχουν διαφορετικοί βαθμοί ελκυστικότητας μεταξύ των διαφορετικών προγραμμάτων όπως είναι το κόστος, η πρόσβαση, τα οφέλη, η εξοικείωση και η υποστήριξη των προγραμμάτων. Το στοιχείο αυτό εμπεριέχει ερωτήματα όπως «είναι πιθανό να συμμετέχουν άνθρωποι με χαμηλότερο εισόδημα;». Μια σημαντική ανησυχία έχει να κάνει με το γεγονός εάν το πρόγραμμα μπορεί να προσεγγίσει αυτούς που βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη και υψηλότερο κίνδυνο – και εάν η αυξημένη ποικιλομορφία αναφορικά με την γήρανση του πληθυσμού αναφέρεται, (Belza, Toobert and Glasgow, 2007; Glasgow *et al.*, 2019).

Effectiveness – Αποτελεσματικότητα

Το στοιχείο αυτό αναφέρεται στα αποτελέσματα του προγράμματος. Η αξιολόγηση επιτυγχάνεται μέσα από την μέτρηση της βελτίωσης στους στόχους της παρέμβασης και στην επίπτωση στα επίπεδα ποιότητας ζωής. Επίσης, μπορεί να συλλάβει όποιες συνέπειες, κατά κύριο λόγο αρνητικές, μπορεί να προκύψουν από τα αποτελέσματα του προγράμματος, (Belza, Toobert and Glasgow, 2007; Glasgow *et al.*, 2019).

Adoption – Υιοθέτηση

Το στοιχείο της υιοθέτησης έχει παρόμοια έννοια με το στοιχείο της προσέγγισης, ωστόσο η αξιολόγηση γίνεται σε επίπεδο περιβάλλοντος. Αποτελείται από το ποσοστό συμμετοχής μεταξύ των δυνητικών περιβαλλόντων και της αντιπροσωπευτικότητας αυτών. Μια βασική και καίρια ανησυχία είναι εάν το πρόγραμμα μπορεί να υιοθετηθεί από τα περισσότερα περιβάλλοντα, ιδιαίτερα από αυτά που έχουν λίγες μόνο πηγές και όχι μόνο από αυτά που χρηματοδοτούνται από ακαδημαϊκά ιδρύματα κ.α. Το βασικό, τόσο για το στοιχείο της προσέγγισης όσο και για το στοιχείο της υιοθέτησης, είναι η αναγνώριση του κοινού «παρονομαστή» των επιλέξιμων προσώπων ή περιβαλλόντων, (Belza, Toobert and Glasgow, 2007; Glasgow *et al.*, 2019)

Implementation – Εφαρμογή/Υλοποίηση

Το στοιχείο της υλοποίησης σχετίζεται κάποιες φορές με την πιστότητα παρέμβασης, όπου περιλαμβάνεται ο βαθμός στον οποίο τα διάφορα στοιχεία της παρέμβα-

σης παρέχονται ως προβλεπόμενα από τους σχεδιαστές του προγράμματος. Οι τροποποιήσεις που μπορεί να συμβαίνουν μπορεί να συμβάλλουν στην αλλαγή βασικών στοιχείων του προγράμματος και να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στα αποτελέσματα. Η εφαρμογή, επίσης, έχει να κάνει και με την συνέπεια της παρέμβασης σε διαφορετικά επίπεδα προσωπικού αλλά και με τον βαθμό στον οποίο τα προγράμματα προσαρμόζονται ή τροποποιούνται μέσα στο χρόνο. Το Re-aim χρησιμοποιεί τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές προσεγγίσεις ώστε να μπορεί να κατανοήσει και να αξιολογήσει την πιστότητα, (Besculides, Zaveri, Farris, & Will, 2006) (Belza, Toobert and Glasgow, 2007; Glasgow *et al.*, 2019)

Maintenance – Συντήρηση

Το στοιχείο της συντήρησης μπορεί να εφαρμοστεί τόσο στο άτομο ξεχωριστά όσο και στο επίπεδο οργανισμού ή περιβάλλοντος. Σε ατομικό επίπεδο, η συντήρηση έχει να κάνει με τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις της παρέμβασης τόσο στα αποτελέσματα στόχους όσο και στους δείκτες που έχουν να κάνουν με την ποιότητα ζωής. Όσον αφορά το επίπεδο ρύθμισης, εκεί γίνεται αναφορά στην θεσμοθέτηση του προγράμματος ή στον βαθμό στον οποίο ένα πρόγραμμα μπορεί να είναι βιώσιμο μέσα στο χρόνο, (Belza, Toobert and Glasgow, 2007; Glasgow *et al.*, 2019).

Εν κατακλείδι, το Re-aim μοντέλο υιοθετείται και εφαρμόζεται εδώ και περίπου 20 χρόνια από τους ερευνητές και την επιστημονική κοινότητα. Πολλά από τα αρχικά στοιχεία του έχουν παραμείνει ως έχουν, ωστόσο πολλά έχουν τροποποιηθεί και εξελιχθεί μέσα στο χρόνο προκειμένου να επισημάνουν σημαντικά ζητήματα που αναδύονται.

Β' Μέρος. Εφαρμογές των Θεωριών και Μοντέλων

1. Μεθοδολογία

Για την παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων PubMed. Τα κριτήρια ένταξης που ορίστηκαν ήταν συστηματικές ανασκοπήσεις των 5 τελευταίων ετών δημοσιευμένες στα αγγλικά, που αφορούσαν θεωρίες και μοντέλα που εφαρμόζονται στο πλαίσιο παρεμβάσεων της Προαγωγής Υγείας. Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν έρευνες εκτός των συστηματικών ανασκοπήσεων, άλλων ετών δημοσίευσης εκτός των 5 τελευταίων ετών, δημοσιευμένες σε άλλη γλώσσα.

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 παραπάνω κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Παρακάτω παρουσιάζονται ξεχωριστά τα κριτήρια επιλεξιμότητας και η στρατηγική αναζήτησης για κάθε θεωρία και μοντέλο.

Θεωρία Επικοινωνίας – Communication Theory

Κριτήρια Επιλεξιμότητας

Τα κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν τα ακόλουθα: 1) συστηματικές ανασκοπήσεις (systematic reviews) με μελέτες παρέμβασης που χρησιμοποίησαν τη Θεωρία Επικοινωνίας (Communication Theory), 2) συστηματικές ανασκοπήσεις που τα αποτελέσματά τους σχετίζονται με την προαγωγή υγείας και 3) συστηματικές ανασκοπήσεις που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία πέντε (5) χρόνια.

Στρατηγική Αναζήτησης

Προκειμένου να συμπεριληφθούν οι συστηματικές ανασκοπήσεις που χρησιμοποίησαν την Θεωρία Επικοινωνίας (Communication Theory) χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι συνδυασμοί όρων αναζήτησης: [Communication Theory and health programs] ή [Communication Theory and Health Promotion]. Η γλώσσα περιορίστηκε στην Αγγλική.

Από την αναζήτηση με τους παραπάνω όρους προέκυψαν 23 αποτελέσματα.

Θεωρία Διάχυσης της Καινοτομίας – Diffusion of Innovation Theory (DOI)

Κριτήρια Επιλεξιμότητας

Τα κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν τα ακόλουθα: 1) συστηματικές ανασκοπήσεις (systematic reviews) με μελέτες παρέμβασης που χρησιμοποίησαν τη θεωρία Διάχυσης της Καινοτομίας (Diffusion of Innovation – DOI), 2) συστηματικές ανασκοπήσεις που τα αποτελέσματά τους σχετίζονται με την προαγωγή υγείας και 3) συστηματικές ανασκοπήσεις που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία πέντε (5) χρόνια.

Στρατηγική Αναζήτησης

Προκειμένου να συμπεριληφθούν οι συστηματικές ανασκοπήσεις που χρησιμοποίησαν την Θεωρία Διάχυσης της Καινοτομίας (Diffusion of Innovation – DOI) χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι συνδυασμοί όρων αναζήτησης: [Diffusion of Innovation Theory and health programs] ή [Diffusion of Innovation Theory and Health Promotion]. Η γλώσσα περιορίστηκε στην Αγγλική.

Από την αναζήτηση με τους παραπάνω όρους προέκυψαν 18 συστηματικές ανασκοπήσεις. Η επιλογή της συστηματικής ανασκόπησης για την παρούσα διπλωματική εργασία έγινε με κριτήριο την πιο πρόσφατη ημερομηνία δημοσίευσης.

Θεωρία Κινητοποίησης της Κοινότητας – Community Mobilization Theory

Κριτήρια Επιλεξιμότητας

Τα κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν τα ακόλουθα: 1) συστηματικές ανασκοπήσεις (systematic reviews) με μελέτες παρέμβασης που χρησιμοποίησαν τη Θεωρία (Community Mobilization Theory), 2) συστηματικές ανασκοπήσεις που τα αποτελέσματά τους σχετίζονται με την προαγωγή υγείας και 3) συστηματικές ανασκοπήσεις που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία πέντε (5) χρόνια.

Στρατηγική Αναζήτησης

Προκειμένου να συμπεριληφθούν οι συστηματικές ανασκοπήσεις που χρησιμοποίησαν την Θεωρία (Community Mobilization Theory) χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι συνδυασμοί όρων αναζήτησης: [Community Mobilization Theory and health programs] ή [Community Mobilization Theory and Health Promotion]. Η γλώσσα περιορίστηκε στην Αγγλική.

Από την αναζήτηση με τους παραπάνω όρους προέκυψαν 8 αποτελέσματα συστηματικών ανασκοπήσεων. Η επιλογή της συστηματικής ανασκόπησης για την

παρούσα διπλωματική εργασία έγινε με κριτήριο την αναφορά τους συγκεκριμένα στη θεωρία κινητοποίησης της κοινότητας σε προγράμματα υγείας.

Θεωρία Αλλαγής των Οργανισμών – Organizational Change Theory

Κριτήρια Επιλεξιμότητας

Τα κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν τα ακόλουθα: 1) συστηματικές ανασκοπήσεις (systematic reviews) με μελέτες παρέμβασης που χρησιμοποίησαν τη Θεωρία αλλαγής των οργανισμών (Organizational Change Theory), 2) συστηματικές ανασκοπήσεις που τα αποτελέσματά τους σχετίζονται με την προαγωγή υγείας και 3) συστηματικές ανασκοπήσεις που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία πέντε (5) χρόνια.

Στρατηγική Αναζήτησης

Προκειμένου να συμπεριληφθούν οι συστηματικές ανασκοπήσεις που χρησιμοποίησαν την Θεωρία Αλλαγής των Οργανισμών (Organizational Change Theory) χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι συνδυασμοί όρων αναζήτησης: [Organizational Change Theory and health programs] ή [Organizational Change Theory and Health Promotion]. Η γλώσσα περιορίστηκε στην Αγγλική.

Από την αναζήτηση με τους παραπάνω όρους προέκυψαν 23 αποτελέσματα συστηματικών ανασκοπήσεων. Η επιλογή της συστηματικής ανασκόπησης για την παρούσα διπλωματική εργασία έγινε με κριτήριο την πιο πρόσφατη ημερομηνία δημοσίευσης.

Θεωρία Κοινωνικών Κανόνων – Social Norms Theory

Κριτήρια Επιλεξιμότητας

Τα κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν τα ακόλουθα: 1) συστηματικές ανασκοπήσεις (systematic reviews) με μελέτες παρέμβασης που χρησιμοποίησαν τη Θεωρία Κοινωνικών Κανόνων (Social Norms Theory), 2) συστηματικές ανασκοπήσεις που τα αποτελέσματά τους σχετίζονται με την προαγωγή υγείας και 3) συστηματικές ανασκοπήσεις που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία πέντε (5) χρόνια.

Στρατηγική Αναζήτησης

Προκειμένου να συμπεριληφθούν οι συστηματικές ανασκοπήσεις που χρησιμοποίησαν την Θεωρία Κοινωνικών Κανόνων (Social Norms Theory) χρησιμοποιή-

θηκαν οι ακόλουθοι συνδυασμοί όρων αναζήτησης: [Social Norms Theory and health programs] ή [Social Norms Theory and Health Promotion]. Η γλώσσα περιορίστηκε στην Αγγλική.

Από την αναζήτηση με τους παραπάνω όρους προέκυψαν 19 αποτελέσματα συστηματικών ανασκοπήσεων. Η επιλογή της συστηματικής ανασκόπησης για την παρούσα διπλωματική εργασία έγινε με κριτήριο το περιεχόμενο της, το οποίο αφορούσε την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που βασίζονται στους κοινωνικούς κανόνες. Το συγκεκριμένο θέμα φαίνεται να είναι αρκετά σημαντικό διότι οι επαγγελματίες υγείας εμπλέκονται άμεσα στις στρατηγικές προαγωγής υγείας και η αλλαγή της κλινικής συμπεριφοράς τους έχει θετική επίδραση στα αποτελέσματα υγείας.

PRECEDE – PROCEED MODEL

Κριτήρια Επιλεξιμότητας

Τα κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν τα ακόλουθα: 1) συστηματικές ανασκοπήσεις (systematic reviews) με μελέτες παρέμβασης που χρησιμοποίησαν το Precede – Proceed Model, 2) συστηματικές ανασκοπήσεις που τα αποτελέσματά τους σχετίζονται με την προαγωγή υγείας και 3) συστηματικές ανασκοπήσεις που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία πέντε (5) χρόνια.

Στρατηγική Αναζήτησης

Προκειμένου να συμπεριληφθούν οι συστηματικές ανασκοπήσεις που χρησιμοποίησαν το Precede – Proceed Model ως θεωρητικό πλαίσιο χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι συνδυασμοί όρων αναζήτησης: [Precede Proceed model and health programs] ή [Precede Proceed Model and Health Promotion]. Η γλώσσα περιορίστηκε στην Αγγλική.

Από την αναζήτηση με τους παραπάνω όρους προέκυψαν 7 αποτελέσματα συστηματικών ανασκοπήσεων. Η επιλογή της συστηματικής ανασκόπησης για την παρούσα διπλωματική εργασία έγινε με κριτήριο την πιο πρόσφατη ημερομηνία δημοσίευσης.

RE-AIM FRAMEWORK

Κριτήρια Επιλεξιμότητας

Τα κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν τα ακόλουθα: 1) συστηματικές ανασκοπήσεις (systematic reviews) με μελέτες παρέμβασης που χρησιμοποίησαν το Re-aim Framework, 2) συστηματικές ανασκοπήσεις που τα αποτελέσματά τους σχετίζονται με την προαγωγή υγείας και 3) συστηματικές ανασκοπήσεις που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία πέντε (5) χρόνια.

Στρατηγική Αναζήτησης

Προκειμένου να συμπεριληφθούν οι συστηματικές ανασκοπήσεις που χρησιμοποίησαν το Re-Aim framework ως θεωρητικό πλαίσιο χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι συνδυασμοί όρων αναζήτησης: [Re-aim Framework and health programs] ή [Re-aim Framework and Health Promotion]. Η γλώσσα περιορίστηκε στην Αγγλική.

Από την αναζήτηση με τους όρους [Re-aim Framework and Health Programs] προέκυψαν 15 συστηματικές ανασκοπήσεις. Από την αναζήτηση με τους όρους [Re-aim framework and health promotion] προέκυψαν 8 αποτελέσματα συστηματικών ανασκοπήσεων. Η επιλογή της συστηματικής ανασκόπησης για την παρούσα διπλωματική εργασία έγινε με κριτήριο την πιο πρόσφατη ημερομηνία δημοσίευσης, η οποία ήταν τον Δεκέμβριο του 2022.

2. Αποτελέσματα – 7 συστηματικές ανασκοπήσεις βασισμένες σε θεωρίες και μοντέλα μέσα στο πλαίσιο παρεμβάσεων προαγωγής υγείας

Σε αυτό το σημείο παρατίθεται ένας πίνακας στον οποίο παρουσιάζονται περιληπτικά οι συστηματικές ανασκοπήσεις που εντοπίστηκαν για κάθε θεωρία και μοντέλο προαγωγής Υγείας. Στον πίνακα παρουσιάζονται ονομαστικά οι συστηματικές ανασκοπήσεις που επιλέχθηκαν για την παρούσα έρευνα, οι συγγραφείς αυτών, το έτος δημοσίευσης και το επιστημονικό περιοδικό στο οποίο δημοσιεύθηκαν. Να σημειωθεί, επιπλέον, ότι για την αναζήτηση των συστηματικών ανασκοπήσεως η βάση δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε ήταν το PubMed.

Πίνακας 3 Συστηματικές ανασκοπήσεις για κάθε θεωρία και μοντέλο προαγωγής υγείας

Θεωρία/Μοντέλο	Συστηματική ανασκόπηση (Τίτλος)	Συγγραφείς	Έτος	Επιστημονικό περιοδικό
Θεωρία Επικοινωνίας – Communication Theory	Outcomes and outcome measures used in evaluation of communication training in oncology – a systematic literature review, an expert workshop, and recommendations for future research	Fischer <i>et al</i>	2019	BMC Cancer
Θεωρία Διάχυσης της Καινοτομίας – Diffusion of Innovation Theory (DOI)	Theory-based strategies for teaching evidence-based practice to undergraduate health students: a systematic review	Ramis <i>et al</i>	2019	BMC Med Educ.
Θεωρία Κινητοποίησης της Κοινότητας – Community Mobilization Theory	Promoting women's and children's health through community groups in low-income and middle-income countries: a	Gram <i>et al</i>	2019	BMJ Glob Health

	mixed-methods systematic review of mechanisms, enablers and barriers			
Θεωρία αλλαγής των οργανισμών – Organizational Change Theory	The use of external change agents to promote quality improvement and organizational change in healthcare organizations: a systematic review	Alagoz <i>et al</i>	2018	BMC Health Serv Res.
Θεωρία Κοινωνικών Κανόνων – Theory of Social Norms	How effective are social norms interventions in changing the clinical behaviours of healthcare workers? A systematic review and meta-analysis	Tang <i>et al</i>	2021	Implement Sci.
PRECEDE – PROCEED MODEL	Effect of the Precede – Proceed Model on health programs: a systematic review and meta-analysis	Kim <i>et al</i>	2022	BMC Med Educ.
RE-AIM MODEL	Applying the RE-AIM implementation framework to evaluate diabetes health coaching in individuals with type 2 diabetes: A systematic review and secondary analysis	Racey <i>et al</i>	2022	Frontiers

Σε αυτό το σημείο παρουσιάζονται πιο αναλυτικά το περιεχόμενο, τα κριτήρια επιλεξιμότητας και η στρατηγική αναζήτησης που ακολουθήθηκε για κάθε μια από τις συστηματικές ανασκοπήσεις που επιλέχθηκαν.

2.1 Θεωρία Επικοινωνίας - Communication Theory

Επιλεγμένη Συστηματική Ανασκόπηση: *“Outcomes and outcome measures used in evaluation of communication training in oncology – a systematic literature review, an expert workshop, and recommendations for future research”*.

Σύνοψη Συστηματικής Ανασκόπησης

Στην επικοινωνία που υπάρχει μεταξύ των ατόμων που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη και των ασθενών στην ογκολογία υπάρχουν πολλές προκλήσεις. Προκειμένου αυτές να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, κρίθηκε αναγκαία η ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης των επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η ανασκόπηση των αποτελεσμάτων και των μέτρων έκβασης που χρησιμοποιούνται στις αξιολογήσεις της κατάρτισης σε θέματα που αφορούν την επικοινωνία, η συζήτηση συγκεκριμένων προκλήσεων που υπάρχουν και η παροχή συστάσεων για μελέτες που θα πραγματοποιηθούν στο μέλλον.

Προκειμένου να εντοπιστούν οι μελέτες και οι ανασκοπήσεις που αναφέρονται στην αξιολόγηση της εκπαίδευσης στην επικοινωνία για επαγγελματίες στο χώρο της υγείας και συγκεκριμένα στην ογκολογία, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε επτά βάσεις δεδομένων (Ovid MEDLINE, CENTRAL, CINAHL, EMBASE, PsychINFO, PsychARTICLES και Web of Science). Στη συνέχεια εξήχθησαν τα αποτελέσματα που αξιολογήθηκαν αλλά και οι αντίστοιχες μέθοδοι αξιολόγησης. Έπειτα, πραγματοποιήθηκε ένα διήμερο σεμινάριο με 16 εμπειρογνώμονες, επάνω στη θεωρία της επικοινωνίας, την ανάπτυξη και αξιολόγηση της γενικής ή ειδικής για τον καρκίνο εκπαίδευση στην επικοινωνία ή/και στην ανάπτυξη μέτρων έκβασης αποτελεσμάτων, με σκοπό να εντοπιστούν αλλά και να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις επάνω στην αξιολόγηση της εκπαίδευσης στην επικοινωνία στην ογκολογία. Αφού ολοκληρώθηκε το σεμινάριο, οι συμμετέχοντες συνέβαλαν στο να δοθούν συστάσεις προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις.

Από τις 2181 αναφορές, συμπεριελήφθησαν 96 δημοσιεύσεις (33 RCTs, 2 πρωτόκολλα RCTs, 4 ελεγχόμενες δοκιμές, 36 μη ελεγχόμενες μελέτες, 21 ανασκοπήσεις) στην ανασκόπηση. Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα αποτελέσματα ήταν η

αξιολόγηση της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, η αυτοπεποίθησή τους στην επικοινωνία, οι παρατηρούμενες επικοινωνιακές δεξιότητες και η συνολική ικανοποίηση και το άγχος των ασθενών. Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίων για τους συμμετέχοντες (57,3%), τους ασθενείς (36,0%) και τις παρατηρήσεις πραγματικών (34,7%) και προσομοιωμένων (30,7%) συναντήσεων με ασθενείς. Τα αποτελέσματα και οι μετρήσεις αποτελεσμάτων διέφεραν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των μελετών. Οι εμπειρογνώμονες συμφώνησαν ότι τα αποτελέσματα πρέπει να ορίζονται επακριβώς και να συνδέονται με σαφείς μαθησιακούς στόχους της κατάρτισης. Επιπλέον, τα αποτελέσματα θα πρέπει να αξιολογούνται όσο το δυνατόν ευρύτερα σε διαφορετικά επίπεδα (επίπεδο επαγγελματία υγείας, ασθενή και αλληλεπίδρασης).

Από την ανασκόπηση, φάνηκε ότι η μέτρηση των αποτελεσμάτων των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που αποσκοπούν στη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας παρουσιάζει σημαντικές προκλήσεις. Τα αποτελέσματα καθώς και τα μέτρα έκβασης διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των μελετών. Έγινε σύσταση ώστε να συνδεθεί η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων με συγκεκριμένους μαθησιακούς στόχους και να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα όσο το δυνατόν ευρύτερα.

2.2 Θεωρία Διάχυσης της Καινοτομίας – Diffusion of Innovation Theory (DOI)

Επιλεγμένη Συστηματική Ανασκόπηση: *“Theory-based strategies for teaching evidence-based practice to undergraduate health students: a systematic review”*.

Σύνοψη Συστηματικής Ανασκόπησης

Στα επαγγέλματα υγείας, οι προπτυχιακοί φοιτητές θα πρέπει να είναι ικανοί ως προς την χρήση των στοιχείων εκείνων που αποτελούν απόδειξη της κλινικής τους πρακτικής μετά την αποφοίτησή τους. Η κατάκτηση των βασικών γνώσεων και των κλινικών συμπεριφορών που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία είναι δυνατό να ενισχυθεί με στρατηγικές που βασίζονται σε θεωρητικό πλαίσιο. Φαίνεται να υπάρχει περιορισμένο εύρος αποδεικτικών στοιχείων που σχετίζονται με την επίδραση που ασκεί η ενίσχυση των προπτυχιακών προγραμμάτων που βασίζονται σε αποδείξεις (Evidence-Based Practice EBP) με ένα θεωρητικό πλαίσιο για την υποστήριξη της ικανότητας της EBP. Έτσι, πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση

ώστε να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών διδασκαλίας της EBP στους φοιτητές βασικού πτυχίου. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην αποτελεσματικότητα των στρατηγικών που βασίζονται στη θεωρία.

Στην παρούσα ανασκόπηση έγινε κριτική αξιολόγηση και σύνθεση των στοιχείων που σχετίζονταν με τον βαθμό αποτελεσματικότητας των στρατηγικών διδασκαλίας που βασίζονται στο θεωρητικό πλαίσιο της EBP, ιδιαίτερα για τους προπτυχιακούς φοιτητές σε επαγγέλματα υγείας, αναφορικά με την μακροπρόθεσμη ή βραχυπρόθεσμη αλλαγή σε πολλαπλά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένων των γνώσεων και στάσεων της EBP. Αναζητήθηκαν οι PubMed, CINAHL, Scopus, ProQuest Health, ERIC, The Campbell Collaboration, PsycINFO για δημοσιευμένες μελέτες και οι The New York Academy of Medicine, ProQuest Dissertations και Mednar για αδημοσίευτες μελέτες. Δύο ανεξάρτητοι κριτές αξιολόγησαν τις μελέτες χρησιμοποιώντας το εργαλείο αξιολόγησης και αναθεώρησης μετα-ανάλυσης στατιστικών του Ινστιτούτου Joanna Briggs.

Τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής: είκοσι οκτώ μελέτες, οι οποίες ανέφεραν στρατηγικές διδασκαλίες EBP επιλέχθηκαν σε αρχική φάση για ανασκόπηση με μεθοδολογική ποιότητα που κυμαινόταν από χαμηλή έως υψηλή. Οι μελέτες διέφεραν ως προς τη διάρκεια του μαθήματος, το χρόνο παροχής, τον πληθυσμό και το περιεχόμενο του μαθήματος. Μόνο πέντε μελέτες που συμπεριλήφθηκαν ανέφεραν ευθυγράμμιση και λεπτομέρειες για ένα ή περισσότερα θεωρητικά πλαίσια. Οι θεωρίες που αναφέρθηκαν περιλάμβαναν την Κοινωνικο-Γνωστική Θεωρία (μία μελέτη), τη Θεωρία Διάχυσης της Καινοτομίας του Roger (δύο μελέτες) και τη θεωρία της Γνωστικής Μαθητείας (μία μελέτη). Η θεωρία της Γνωστικής Ευελιξίας και η θεωρία του Γνωστικού Φόρτου συζητήθηκαν σε δύο ξεχωριστές εργασίες από τους ίδιους συγγραφείς. Όλες οι μελέτες, εκτός από μία, μέτρησαν τη γνώση της EBP. Στις πέντε μελέτες αναφέρθηκαν μικτά αποτελέσματα σχετικά με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις δεξιότητες της EBP.

Συμπερασματικά, στα προγράμματα EBP για τους προπτυχιακούς φοιτητές σε επαγγέλματα υγείας απαιτείται η εξέταση σε ποικίλους τομείς, συμπεριλαμβανομένων των κλινικών συμπεριφορών, των στάσεων και των γνωστικών μαθησιακών διαδικασιών. Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στη θεωρία βρέθηκαν να έχουν

μικρή αλλά θετική επίδραση στις στάσεις EBP. Από την παρούσα ανασκόπηση, δεν μπορεί να προσδιοριστεί ποια αποτέλεσε την πιο αποτελεσματική θεωρία για την ανάπτυξη και υποστήριξη της ικανότητας EBP. Επομένως, απαιτείται περαιτέρω έρευνα με αυστηρά κριτήρια.

2.3 Θεωρία Κινητοποίησης της Κοινότητας - Community Mobilization Theory
Επιλεγμένη Συστηματική Ανασκόπηση: *“Promoting women's and children's health through community groups in low-income and middle-income countries: a mixed-methods systematic review of mechanisms, enablers and barriers”*.

Σύνοψη Συστηματικής Ανασκόπησης

Η κινητοποίηση της κοινότητας μέσα από ομαδικές δραστηριότητες έχει χρησιμοποιηθεί ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της υγείας των γυναικών αλλά και των παιδιών μέσα σε διάφορα πλαίσια με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Ωστόσο, οι μηχανισμοί μέσα από τους οποίους λειτουργεί χρειάζονται επιπλέον προσοχή. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια μεικτή συστηματική ανασκόπηση αυτών των μηχανισμών, των παραγόντων εκείνων που φαίνεται να ευνοούν αλλά και των εμποδίων που επηρεάζουν την προαγωγή υγείας των γυναικών και παιδιών σε παρεμβάσεις με στόχο της κινητοποίησης της κοινότητας.

Έγινε αναζήτηση θεωρητικών και εμπειρικών άρθρων με κριτήριο την ημερομηνία από τον Ιανουάριο του 2000 έως τον Νοέμβριο του 2018. Σε πρώτη φάση, πραγματοποιήθηκε επεξήγηση και ταξινόμηση σε κατηγορίες όσον αφορά τους προτεινόμενους μηχανισμούς, τους παράγοντες που ευνοούν και τα εμπόδια. Έπειτα, έγινε επεξήγηση και σύνθεση των αποδεικτικών στοιχείων μέσα από τη χρήση της αφηγηματικής σύνθεσης. Η αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας έγινε μέσα από τις προσαρμοσμένες λίστες ελέγχους Downs and Black και Critical Appraisal Skills Programme. Επιπλέον, αποδόθηκαν βαθμοί εμπιστοσύνης σε κάθε μηχανισμό, παράγοντα και εμπόδιο.

Βρέθηκαν 78 άρθρα τα οποία πληρούσαν τα κριτήρια ώστε να συμπεριληφθούν. Από τα αυτά, τα 39 παρείχαν περιγραφές παρεμβάσεων όπου βασίζονταν σε ένα συμμετοχικό μοντέλο ομαδικής εκπαίδευσης. 19 μελέτες περιέγραφαν διαρθρωτικές παρεμβάσεις υπό την καθοδήγηση της κοινότητας με στόχο την προώθηση της σεξουαλικής υγείας σε πληθυσμούς που ήταν περιθωριοποιημένοι. 20 μελέτες

αφορούσαν άλλους τύπους παρέμβασης ή πολλαπλές παρεμβάσεις παράλληλα. Δεν βρέθηκε υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης σε κανέναν μηχανισμό, παράγοντα ή εμπόδιο. Μέτρια εμπιστοσύνη εμφάνισαν 2 από τους 15 παράγοντες και εμπόδια. Οι μελέτες οι οποίες παρείχαν πιο άμεσες αποδείξεις αναφορικά με τους προτεινόμενους μηχανισμούς, παράγοντες ή εμπόδια για συμπεριφορές υγείας ή αποτελέσματα για την υγεία ήταν λίγες. Μόνο δυο μελέτες παρουσίασαν ανάλυση διαμεσολάβησης ή αλληλεπίδρασης για έναν προτεινόμενο μηχανισμό, παράγοντα ή εμπόδιο.

Συμπερασματικά, φάνηκε να υπάρχουν πολλαπλοί προτεινόμενοι μηχανισμοί, παράγοντες και εμπόδια για την προαγωγή της υγείας μέσω των κοινοτικών ομάδων. Η ανασκόπηση δείχνει την πολυπλοκότητα της επιτυχούς υλοποίησης παρεμβάσεων κοινοτικής κινητοποίησης. Θετικές κοινωνικές διαδικασίες για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας δεν μπορούν να θεωρηθούν δεδομένες. Δεν υπάρχει ισχυρή αποδεικτική βάση για το ότι η συμμετοχή των ανθρώπων στις αποφάσεις προγραμμάτων υγείας οδηγεί στην ενδυνάμωση τους. Επιπλέον τα θέματα εξουσίας φαίνεται πως εμπλέκονται περίπλοκα στην προαγωγή υγείας. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω δουλειά ώστε να δημιουργηθεί μια πιο ισχυρή βάση που θα εμπεριέχει αποδεικτικά στοιχεία αναφορικά με τους προτεινόμενους παράγοντες, μηχανισμούς και εμπόδια.

2.4 Θεωρία αλλαγής των οργανισμών – Organizational Change Theory

Επιλεγμένη Συστηματική Ανασκόπηση: *“The use of external change agents to promote quality improvement and organizational change in healthcare organizations: a systematic review”*.

Σύνοψη Συστηματικής Ανασκόπησης

Στην προσπάθεια να επιτευχθεί μια οργανωτική αλλαγή στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σημαντικό και ουσιαστικό ρόλο φαίνεται ότι διαδραματίζουν οι εξωτερικοί παράγοντες αλλαγής. Στόχος της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η εξέταση του ρόλου που διαδραματίζουν οι εξωτερικοί παράγοντες αλλαγής στο πλαίσιο πολύπλευρων παρεμβάσεων, που έχουν σχεδιαστεί με σκοπό την προώθηση της οργανωτικής αλλαγής στην υγειονομική περίθαλψη και πιο συγκεκριμένα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση τον Ιούλιο του 2016 στις ακόλουθες βάσεις αναζήτησης: PubMed, CINAHL, Cochrane, Web of Science και Academic Search Premier. Πιο συγκεκριμένα, αναζητήθηκαν τυχαιοποιημένες μελέτες, οι οποίες δημοσιεύθηκαν στην αγγλική γλώσσα μεταξύ των ημερομηνιών 1^{ης} Ιανουαρίου 2005 και 30 Ιουνίου 2016. Η παρούσα ανασκόπηση επιτεύχθηκε με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA. Εντοπίστηκαν συνολικά 477 περιλήψεις. Ο έλεγχος αυτών πραγματοποιήθηκε από δυο συγγραφείς. Μελετήθηκαν ολόκληρα τα κείμενα από 113 μελέτες και από αυτές 21 μελέτες επιλέχθηκαν για να συμπεριληφθούν.

Η πιο διαδεδομένη στρατηγική οργανωτικής αλλαγής φάνηκε να είναι η *academizing detailing*

Η απλή ενημέρωση των κλινικών για ευκαιρίες βελτίωσης (μέσω ελέγχου και ανατροφοδότησης) ή η παροχή συμβουλών (μέσω εκπαιδευτικού υλικού ή υποστήριξης σε επίπεδο συστήματος) φαίνεται ανεπαρκής για την αλλαγή της κλινικής πρακτικής. Η προσωπική εκπαίδευση που παρέχεται μέσω ακαδημαϊκών λεπτομεριών είναι επίσης ανεπαρκής ελλείψει εξατομικευμένης παρακολούθησης από τις κλινικές. Συνολικά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι μία πολύπλευρη στρατηγική υλοποίησης που περιλαμβάνει τακτική προσαρμοσμένη παρακολούθηση μέσω πρακτικής διευκόλυνσης είναι πολύ πιθανό να προωθήσει την επιτυχημένη οργανωτική αλλαγή. Ο έλεγχος, η παροχή εκπαιδευτικού υλικού, η ανατροφοδότηση και η υποστήριξη του συστήματος είναι αναπόσπαστα στοιχεία μιας στρατηγικής, αλλά δεν μπορούν να λειτουργήσουν ως στρατηγικές υλοποίησης από μόνα τους. Απαιτείται μια πιο ολοκληρωμένη στρατηγική η οποία περιλαμβάνει εμπειριστατωμένη επιλογή και ανάπτυξη εξωτερικών παραγόντων αλλαγής που εργάζονται στενά με τους χώρους της κλινικής ως μέρος μιας πολύπλευρης στρατηγικής εφαρμογής. Η υποστήριξη σε επίπεδο συστήματος μέσω τεχνολογίας (όπως αυτοματοποιημένες υπενθυμίσεις ή ειδοποιήσεις) είναι δυνητικά χρήσιμη αλλά πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες της κλινικής.

2.5 Θεωρία Κοινωνικών Κανόνων – Social Norms Theory

Επιλεγμένη Συστηματική Ανασκόπηση: *“How effective are social norms interventions in changing the clinical behaviours of healthcare workers? A systematic review and meta-analysis”*.

Σύνοψη Συστηματικής Ανασκόπησης

Ο ρόλος των εργαζομένων στο τομέα της υγείας και πιο συγκεκριμένα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθώς οι συμπεριφορές τους μπορούν να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην διάγνωση, στη φροντίδα, στη θεραπεία αλλά και στην ανάρρωση των ασθενών. Τα κοινωνικά πρότυπα έχουν χρησιμοποιηθεί από κάποιες μεθόδους υποστήριξης των εργαζομένων στον συγκεκριμένο τομέα με σκοπό την αλλαγή των συμπεριφορών τους μέσα από την έκθεση των εργαζομένων σε πεποιθήσεις, αξίες, στάσεις και συμπεριφορές μιας ομάδας ή ενός προσώπου αναφοράς. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η αξιολόγηση εκείνων των στοιχείων που σχετίζονται με την επίδραση που ασκούν οι παρεμβάσεις κοινωνικών προτύπων στην αλλαγή της κλινικής συμπεριφοράς των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Ένας επιπλέον στόχος είναι η αξιολόγηση και των πλαισίων, των τρόπων υλοποίησης και των τεχνικών αλλαγής συμπεριφορών (BCT) που έχουν σχέση με την αποτελεσματικότητα.

Πρόκειται για μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που περιλαμβάνει τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (Randomized Controls Trials – RCTs). Η αναζήτηση έγινε σε επτά βάσεις δεδομένων. Το πρωταρχικό αποτέλεσμα ήταν η συμμόρφωση με μια επιθυμητή κλινική συμπεριφορά των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και το δευτερεύον αφορούσε τα αποτελέσματα της υγείας των ασθενών. Τα αποτελέσματα μετατράπηκαν σε τυποποιημένες μέσες διαφορές (SMD). Έπειτα, πραγματοποιήθηκαν μετα-αναλύσεις και παρουσιάστηκαν διαγράμματα με βάση 5 BCTs κοινωνικών προτύπων (κοινωνική σύγκριση, αξιόπιστη πηγή, κοινωνική ανταμοιβή, κοινωνικό κίνητρο και πληροφόρηση για την έγκριση των άλλων). Μέσα από τη χρήση των διαγραμμάτων, της μετα-παλινδρόμησης και της μετα-ανάλυσης δικτύου διερευνήθηκαν οι πηγές της διακύμανσης των BCTs των κοινωνικών κανόνων, του πλαισίου και του τρόπου παροχής.

Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης ήταν αρκετά ενδιαφέροντα καθώς φαίνεται πως τα συνδυασμένα δεδομένα από 116 δοκιμές έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις κοινωνικών προτύπων σχετίζονται με τη βελτίωση των αποτελεσμάτων κλινικής συμπεριφοράς των εργαζομένων στον τομέα της υγείας κατά 0,08 SMDs (95%CI 0,07 έως 0,10) (n = 100 συγκρίσεις) και με βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας των α-

σθενών κατά 0,17 SMDs (95%CI 0,14 έως 0,20) (n = 14), κατά μέσο όρο. Η ετερογένεια ήταν υψηλή, με συνολικό I² 85,4% (κλινική συμπεριφορά των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης) και 91,5% (αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών). Η αξιόπιστη πηγή ήταν πιο αποτελεσματική κατά μέσο όρο, σε σύγκριση με τις συνθήκες ελέγχου (SMD 0,30, 95%CI 0,13 έως 0,47, n = 7). Αποτελεσματική, όπως φάνηκε ήταν και η κοινωνική σύγκριση, τόσο μόνη της (SMD 0,05, 95%CI 0,03 έως 0,08, n = 33) όσο και με άλλες BCTs, και φάνηκε ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν συνδυάστηκε με προτροπές/συνθήματα (0,33, 95%CI 0,22 έως 0,44, n = 5).

Μέσα από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση, φαίνεται πως οι παρεμβάσεις κοινωνικών προτύπων λειτουργούν αποτελεσματικά όσον αφορά την αλλαγή της κλινικής συμπεριφοράς των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Φαίνεται, επίσης, να επιδρούν θετικά στα αποτελέσματα που αφορούν την υγεία των ασθενών σε ποικίλα πλαίσια υπηρεσιών της υγείας. Παρόλο που το συνολικό αποτέλεσμα είναι μέτριο, φαίνεται να υπάρχει η δυνατότητα να εφαρμοστούν οι παρεμβάσεις κοινωνικών προτύπων σε μεγάλη κλίμακα.

2.6 Precede – Proceed Model

Επιλεγμένη Συστηματική Ανασκόπηση: *“Effect of the Precede – Proceed Model on health programs: a systematic review and meta-analysis”*.

Σύνοψη Συστηματικής Ανασκόπησης

Ο στόχος της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η συστηματική ανασκόπηση των μελετών παρεμβάσεων που χρησιμοποίησαν και εφάρμοσαν το Precede – Proceed Model και η διερεύνηση της αποτελεσματικότητάς του σε προγράμματα που προάγουν την υγεία. Αναζητήθηκαν επτά βάσεις δεδομένων και έγινε αξιολόγηση των μελετών μέσα από τη χρήση του εργαλείου αξιολόγησης μεικτών μεθόδων (Mixed Methods Appraisal Tool). Το αποτέλεσμα ενδιαφέροντος για τη μετα-ανάλυση ήταν η γνώση. Συνολικά, 26 μελέτες εξετάστηκαν. Οι περισσότερες παρείχαν ως κύρια παρέμβαση εκπαιδευτικά προγράμματα για διάφορες ομάδες πληθυσμού. Τα πιο κοινά θέματα που προέκυψαν ήταν η διαχείριση των συμπτωμάτων ή της νόσου και η προαγωγή της συμπεριφοράς που αφορά την υγεία. Η μέθοδος παρέμβασης που φάνηκε ότι χρησιμοποιήθηκε πιο συχνά ήταν η εκπαίδευση

ση. Για τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και της αξιολόγηση των προγραμμάτων παρέμβασης εφαρμόστηκε το Precede – Proceed Model. Στην μετα-ανάλυση συμπεριλήφθηκαν έντεκα μελέτες. Σύμφωνα με την μετα-ανάλυση, φάνηκε ότι στις παρεμβάσεις που κάνουν χρήση του Precede – Proceed Model υπάρχει σημαντική βελτίωση των γνώσεων. Σύμφωνα με την μελέτη φάνηκε ότι τα άτομα που κατέχουν καλύτερες γνώσεις είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Επομένως, το Precede – Proceed Model μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεωρητικό πλαίσιο για παρεμβάσεις που στόχο έχουν την προαγωγή υγείας σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμού (ασθενείς, υγιείς, ενήλικες, έφηβοι) επομένως αυτή η θεωρία παρέχει εκπαίδευση σε όλες τις ηλικίες. Οι περισσότερες μελέτες εφάρμοσαν το μοντέλο για σχεδιασμό, υλοποίηση και αξιολογήσεις. Ωστόσο ένα 38,5% των μελετών εφάρμοσε εν μέρη το μοντέλο. Φαίνεται όμως πως οι παρεμβάσεις αυτές είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές όσον αφορά τη βελτίωση της γνώσης.

2.7 Re-aim Framework

Επιλεγμένη συστηματική ανασκόπηση: *“Applying the RE-AIM implementation framework to evaluate diabetes health coaching in individuals with type 2 diabetes: A systematic review and secondary analysis”*

Σύνοψη Συστηματικής Ανασκόπησης

Η παρούσα ανασκόπηση εξετάζει ποιες πτυχές των παρεμβάσεων καθοδήγησης υγείας στον διαβήτη για ενήλικες που ζουν με διαβήτη τύπου 2 έχουν αναφερθεί χρησιμοποιώντας το πλαίσιο RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance) για τη βελτιστοποίηση της εφαρμογής. Εξετάστηκαν οι μελέτες που συμπεριελήφθησαν από την πρόσφατα ολοκληρωμένη συστηματική ανασκόπηση, η οποία διερεύνησε 6 βάσεις δεδομένων για τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (RCTs) παρεμβάσεων καθοδήγησης υγείας που παρέχονται από επαγγελματίες υγείας για ενήλικες με T2DM. Οι κριτές εξέτασαν τις αναφορές και εξήγαγαν δεδομένα για τα χαρακτηριστικά της μελέτης και τις 5 διαστάσεις (62 κριτήρια) του πλαισίου RE-AIM. Εννέα RCTs συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση αναφορικά με τον διαβήτη και την προαγωγή υγείας. Δώδεκα κριτήρια αναφέρθηκαν από όλες τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν και εικοσιένα κριτήρια δεν αναφέρθηκαν από καμία από τις μελέτες.

Όλες οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν ανέφεραν περισσότερα από είκοσι κριτήρια RE-AIM, από εικοσιένα έως είκοσι επτά. Ενώ η προσέγγιση, ήταν η κατασκευή που αναφέρθηκε καλύτερα από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν, ακολουθούμενη από την αποτελεσματικότητα και την εφαρμογή, τα κριτήρια στο πλαίσιο των κατασκευών υιοθέτησης και συντήρησης αναφέρθηκαν σπάνια από τις μελέτες αυτές. Γενικά, υπήρχε, επίσης, μεγάλη διακύμανση στον τρόπο με τον οποίο αναφέρθηκαν τα κριτήρια από τους συγγραφείς των μελετών.

Λόγω της μη επαρκούς αναφοράς των στοιχείων RE-AIM για την καθοδήγηση υγείας στον διαβήτη, μπορούν να εξαχθούν περιορισμένες επιπτώσεις στην εφαρμογή και την κλινική πρακτική. Η έλλειψη λεπτομερειών σχετικά με τις προσεγγίσεις εφαρμογής της καθοδήγησης υγείας του διαβήτη περιορίζει σημαντικά την ερμηνεία και τις συγκρίσεις μεταξύ των μελετών για την καλύτερη δυνατή ενημέρωση σχετικά με την εφαρμογή αυτής της παρέμβασης για την υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης του διαβήτη.

3. Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η προαγωγή υγείας είναι η οργανωμένη προσπάθεια για την προάσπιση της υγείας και την ποιότητα της ζωής. Το περιεχόμενο της είναι ευρύ και μεταξύ άλλων περιλαμβάνει προσπάθειες για αλλαγή της συμπεριφοράς και την προώθηση πολιτικών και δράσεων σε ευρύτερο κοινοτικό και κοινωνικό επίπεδο. Τα προγράμματα προαγωγής υγείας σύμφωνα με την επισκόπηση της βιβλιογραφίας, θα πρέπει να χρησιμοποιούν τις θεωρίες και τα μοντέλα υγείας καθώς αυτά αποτελούν την εννοιολογική βάση για την κατανόηση των συμπεριφορών υγείας. Οι παρεμβάσεις που αναπτύσσονται με ρητή θεωρητική βάση είναι πιο αποτελεσματικές και ορισμένες στρατηγικές που συνδυάζουν πολλαπλές θεωρίες και έννοιες έχουν καλύτερα αποτελέσματα.

Κατά την αναζήτηση θεωριών και μοντέλων που χρησιμοποιούνται σε παρεμβάσεις αλλαγής συμπεριφοράς κοινοτικού επιπέδου, βρέθηκαν και αναλύθηκαν η θεωρία της επικοινωνίας και το πως διαφορετικοί τύποι επικοινωνίας επιδρούν σε συμπεριφορές υγείας, η θεωρία της διάχυσης της καινοτομίας διαδικασία κατά την οποία μια καινοτομία επικοινωνεί μέσω ορισμένων καναλιών με την πάροδο του χρόνου μεταξύ των μελών ενός κοινωνικού συστήματος, η θεωρία της κινητοποίησης της κοινότητας και οι στρατηγικές που βασίζονται στην κοινότητα με στόχο να βελτιωθούν ζητήματα που αφορούν την υγεία, η θεωρία της αλλαγής των οργανισμών για την κατανόηση της οργανωσιακής αλλαγής .ώστε να εισαχθούν και να είναι διαχειρίσιμες οι οργανωσιακές αλλαγές και η θεωρία των κοινωνικών κανόνων όπου άτυποι κανόνες ορίζουν ποιες ενέργειες είναι αποδεκτές, κατάλληλες και υποχρεωτικές σε μία ομάδα ανθρώπων ή σε μία κοινωνία, οι πεποιθήσεις σχετικά με τις πράξεις των ανθρώπων αλλά και τι εγκρίνουν και τι απορρίπτουν οι άνθρωποι.

Αναλύθηκαν το μοντέλο PRECEDE-PROCEED ένα μοντέλο 9 βημάτων που χρησιμοποιείται για το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας και το RE-AIM μοντέλο που έχει βασικό στόχο την προτροπή των υπευθύνων για το σχεδιασμό, την αξιολόγηση αλλά και τη χρηματοδότηση

προγραμμάτων υγείας να εστιάζουν στα βασικά στοιχεία των προγραμμάτων προκειμένου να είναι αποτελεσματικά και επιστημονικά αποδεδειγμένα.

Από τις συστηματικές ανασκοπήσεις που επιλέχθηκαν διότι χρησιμοποίησαν τις παραπάνω θεωρίες και μοντέλα, προκύπτει πως η χρήση τους είναι σημαντική και ενισχύει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων προαγωγής της υγείας, απαιτείται όμως περαιτέρω διερεύνηση ώστε να δημιουργηθεί μια πιο ισχυρή βάση αποδεικτικών στοιχείων αναφορικά με την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων υγείας που βασίζονται στη θεωρία.

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 συχνά χρησιμοποιούμενες θεωρίες και μοντέλα που αφορούν παρεμβάσεις στο κοινοτικό 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

Alagoz, E. *et al.* (2018) 'The use of external change agents to promote quality improvement and organizational change in healthcare organizations: a systematic review', *BMC Health Services Research*, 18(1), pp. 1–13.

Arbour-Nicitopoulos, K.P. *et al.* (2010) 'Social norms of alcohol, smoking, and marijuana use within a Canadian university setting', *Journal of American College Health*, 59(3), pp. 191–196.

Batras, D., Duff, C. and Smith, B.J. (2016) 'Organizational change theory: implications for health promotion practice', *Health promotion international*, 31(1), pp. 231–241.

Belza, B., Toobert, D.J. and Glasgow, R.E. (2007) 'RE-AIM for program planning: Overview and applications', *Washington, DC: National Council on Aging*, 165.

Berkowitz, A.D. (2005) 'An overview of the social norms approach', *Changing the culture of college drinking: A socially situated health communication campaign*, 1, pp. 193–214.

Burke, W.W. and Litwin, G.H. (1992) 'A causal model of organizational performance and change', *Journal of management*, 18(3), pp. 523–545.

Centers for Disease Control and Prevention (2002) 'Community mobilization guide: A community-based effort to eliminate syphilis in the United States', *Retrieved April, 14, p.* 2008.

Cislaghi, B. and Heise, L. (2018) 'Theory and practice of social norms interventions: eight common pitfalls', *Globalization and health*, 14(1), pp. 1–10.

Clark, E.G. and Leavell, H.R. (1965) *Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiological Approach*. McGraw-Hill.

Cornish, F. *et al.* (2014) 'The impact of community mobilisation on HIV prevention in middle and low income countries: a systematic review and critique', *AIDS and Behavior*, 18(11), pp. 2110–2134.

Crosby, R. and Noar, S.M. (2011) 'What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED', *Journal of public health dentistry*, 71, pp. S7–S15.

Curtis, V.A., Danquah, L.O. and Auger, R.V. (2009) 'Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: an eleven country review', *Health education research*, 24(4), pp. 655–673.

DiMatteo, M.R. and Martin, L.R. (2006) 'Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας', *Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα* [Preprint].

Dummer, T.J. (2018) 'How should we act on the social determinants of health?', *CMAJ*, 190(42), pp. E1241–E1242.

- Edgar, T. and Volkman, J.E. (2012) 'Using communication theory for health promotion: Practical guidance on message design and strategy', *Health Promotion Practice*, 13(5), pp. 587–590.
- Eisenberg, M.E. and Forster, J.L. (2003) 'Adolescent smoking behavior: measures of social norms', *American journal of preventive medicine*, 25(2), pp. 122–128.
- Estabrooks, P.A. and Allen, K.C. (2013) 'Updating, employing, and adapting: a commentary on what does it mean to "employ" the RE-AIM model', *Evaluation & the health professions*, 36(1), pp. 67–72.
- Fertman, C.I. and Allensworth, D.D. (2016) *Health promotion programs: from theory to practice*. John Wiley & Sons.
- Fischer, F. *et al.* (2019) 'Outcomes and outcome measures used in evaluation of communication training in oncology—a systematic literature review, an expert workshop, and recommendations for future research', *Bmc Cancer*, 19(1), pp. 1–15.
- Fisher, W.R. (2021) *Human communication as narration: Toward a philosophy of reason, value, and action*. Univ of South Carolina Press.
- Galaviz, K.I. *et al.* (2014) 'Physical activity promotion in Latin American populations: a systematic review on issues of internal and external validity', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), pp. 1–13.
- Galloway, R.D. (2003) 'Health promotion: causes, beliefs and measurements', *Clinical medicine & research*, 1(3), pp. 249–258.
- Gielen, A.C. *et al.* (2008) 'Using the precede-proceed model to apply health behavior theories', *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, pp. 407–29.
- Glanz, K., Rimer, B.K. and Viswanath, K. (2008) *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Glasgow, R.E. *et al.* (2000) 'A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics.', *American Journal of Public Health*, 90(5), p. 786.
- Glasgow, R.E. *et al.* (2001) 'The RE-AIM framework for evaluating interventions: what can it tell us about approaches to chronic illness management?', *Patient education and counseling*, 44(2), pp. 119–127.
- Glasgow, R.E. *et al.* (2006) 'Evaluating the impact of health promotion programs: using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues', *Health education research*, 21(5), pp. 688–694.
- Glasgow, R.E. *et al.* (2013) 'Use of RE-AIM to address health inequities: Application in a low-income community health center-based weight loss and hypertension self-management program', *Translational behavioral medicine*, 3(2), pp. 200–210.
- Glasgow, R.E. *et al.* (2019) 'RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review', *Frontiers in public health*, 7, p. 64.

Glasgow, R.E., Vogt, T.M. and Boles, S.M. (1999) 'Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework.', *American journal of public health*, 89(9), pp. 1322–1327.

Goodson, P. (2009) *Theory in Health Promotion Research and Practice: Thinking Outside the Box: Thinking Outside the Box*. Jones & Bartlett Publishers.

Göran, D. and Whitehead, M. (1991) 'Policies and strategies to promote social equity in health'.

Gram, L. *et al.* (2019) 'Promoting women's and children's health through community groups in low-income and middle-income countries: a mixed-methods systematic review of mechanisms, enablers and barriers', *BMJ global health*, 4(6), p. e001972.

Green, L.W. (2005) 'Health program planning', *An educational and ecological approach* [Preprint].

Hackman, C.L., Witte, T. and Greenband, M. (2017) 'Social norms for sexual violence perpetration in college', *Journal of aggression, conflict and peace research* [Preprint].

Harden, S.M. *et al.* (2015) 'Fidelity to and comparative results across behavioral interventions evaluated through the RE-AIM framework: a systematic review', *Systematic reviews*, 4(1), pp. 1–13.

Hayden, J. (2014) 'Introduction to health behavior theory 2nd Ed. Burlington, MA'.

Kaminski, J. (2011) 'Diffusion of innovation theory', *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 6(2), pp. 1–6.

Kerlinger, F.N. (1966) 'Foundations of behavioral research.'

Kim, J. *et al.* (2022) 'Effect of the PRECEDE-PROCEED model on health programs: a systematic review and meta-analysis', *Systematic Reviews*, 11(1), pp. 1–12.

Kreuter, M.W. *et al.* (2007) 'Narrative communication in cancer prevention and control: a framework to guide research and application', *Annals of behavioral medicine*, 33(3), pp. 221–235.

Kreuter, M.W. and Wray, R.J. (2003) 'Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance', *American journal of health behavior*, 27(1), pp. S227–S232.

Kroshus, E. *et al.* (2015) 'Social norms theory and concussion education', *Health education research*, 30(6), pp. 1004–1013.

Lippman, S.A. *et al.* (2016) 'Development, validation, and performance of a scale to measure community mobilization', *Social Science & Medicine*, 157, pp. 127–137.

McLeroy, K.R. *et al.* (1988) 'An ecological perspective on health promotion programs', *Health education quarterly*, 15(4), pp. 351–377.

Miller, D.T. and Prentice, D.A. (2016) 'Changing norms to change behavior', *Annual review of psychology*, 67(1), pp. 339–361.

Morris, M.W. *et al.* (2015) 'Normology: Integrating insights about social norms to understand cultural dynamics', *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 129, pp. 1–13.

Noar, S.M. *et al.* (2010) 'Assessing the relationship between perceived message sensation value and perceived message effectiveness: Analysis of PSAs from an effective campaign', *Communication studies*, 61(1), pp. 21–45.

Palmgreen, P. and Donohew, L. (2010) 'Impact of SENTAR on prevention campaign policy and practice', *Health communication*, 25(6–7), pp. 609–610.

Perkins, H.W. and Berkowitz, A.D. (1986) 'Perceiving the community norms of alcohol use among students: Some research implications for campus alcohol education programming', *International journal of the Addictions*, 21(9–10), pp. 961–976.

Prentice, D.A. and Miller, D.T. (1993) 'Pluralistic ignorance and alcohol use on campus: some consequences of misperceiving the social norm.', *Journal of personality and social psychology*, 64(2), p. 243.

Rabin, B., McCreight, M. and Glasgow, R. (2018) 'Systematic multi-method documentation of adaptations in five health system interventions', in. *IMPLEMENTATION SCIENCE*, BIOMED CENTRAL LTD 236 GRAYS INN RD, FLOOR 6, LONDON WC1X 8HL, ENGLAND.

Racey, M. *et al.* (2022) 'Applying the RE-AIM implementation framework to evaluate diabetes health coaching in individuals with type 2 diabetes: A systematic review and secondary analysis', *Frontiers in Endocrinology*, 13.

Ramis, M.-A. *et al.* (2019) 'Theory-based strategies for teaching evidence-based practice to undergraduate health students: a systematic review', *BMC medical education*, 19(1), pp. 1–13.

Ransdell, L.B. (2001) 'Using the PRECEDE-PROCEED model to increase productivity in health education faculty', *The International Electronic Journal of Health Education*, 4, pp. 276–282.

Rimer, B.K. and Glanz, K. (2005) *Theory at a glance: a guide for health promotion practice*. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health

Rogers, E.M. (2004) 'A prospective and retrospective look at the diffusion model', *Journal of health communication*, 9(S1), pp. 13–19.

Sartipi, F. (2020) 'Diffusion of innovation theory in the realm of environmental construction', *Journal of Construction Materials*, 1(4), pp. 2–4.

Schwarzer, R. *et al.* (2003) 'On the assessment and analysis of variables in the health action process approach conducting an investigation'.

Schwarzer, R. (2016) 'Health action process approach (HAPA) as a theoretical framework to understand behavior change', *Actualidades en Psicología*, 30(121), pp. 119–130.

- Scott, S. and McGuire, J. (2017) 'Using Diffusion of Innovation Theory to Promote Universally Designed College Instruction.', *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 29(1), pp. 119–128.
- Sharpe, J.-K. *et al.* (2005) 'Resting energy expenditure is lower than predicted in people taking atypical antipsychotic medication', *Journal of the American dietetic association*, 105(4), pp. 612–615.
- Sousa, P. *et al.* (2015) 'Health promoting behaviors in adolescence: validation of the Portuguese version of the Adolescent Lifestyle Profile', *Jornal de pediatria*, 91, pp. 358–365.
- Stephenson, M.T. and Southwell, B.G. (2006) 'Sensation seeking, the activation model, and mass media health campaigns: Current findings and future directions for cancer communication', *Journal of Communication*, 56(suppl_1), pp. S38–S56.
- Tabak, R.G. *et al.* (2012) 'Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research', *American journal of preventive medicine*, 43(3), pp. 337–350.
- Tang, M.Y. *et al.* (2021) 'How effective are social norms interventions in changing the clinical behaviours of healthcare workers? A systematic review and meta-analysis', *Implementation Science*, 16(1), pp. 1–19.
- Vartanian, L.R. *et al.* (2015) 'Modeling of food intake: a meta-analytic review', *Social Influence*, 10(3), pp. 119–136.
- WHO, C.O. (2020) 'World health organization', *Responding to Community Spread of COVID-19. Reference WHO/COVID-19/Community_Transmission/2020.1* [Preprint].
- Witte, K., Meyer, G. and Martell, D. (2001) *Effective health risk messages: A step-by-step guide*. Sage.
- Young, H.P. (2015) 'The evolution of social norms', *economics*, 7(1), pp. 359–387.
- Zhang, X. *et al.* (2015) 'Using diffusion of innovation theory to understand the factors impacting patient acceptance and use of consumer e-health innovations: a case study in a primary care clinic', *BMC health services research*, 15(1), pp. 1–15.
- Ziglio, E. (no date) 'The WHO cross-national study of health behavior in school aged children from 35 countries', *New York* [Preprint].
- Zuckerman, M. (1994) *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge university press.
- Φρούντα, Μ. (2014) 'Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ των εννοιών υγεία-αγωγή υγείας και προαγωγή υγείας: συνεισφορά στην αποτελεσματικότερη ανάπτυξη των προγραμμάτων αγωγής υγείας στο σχολείο'.