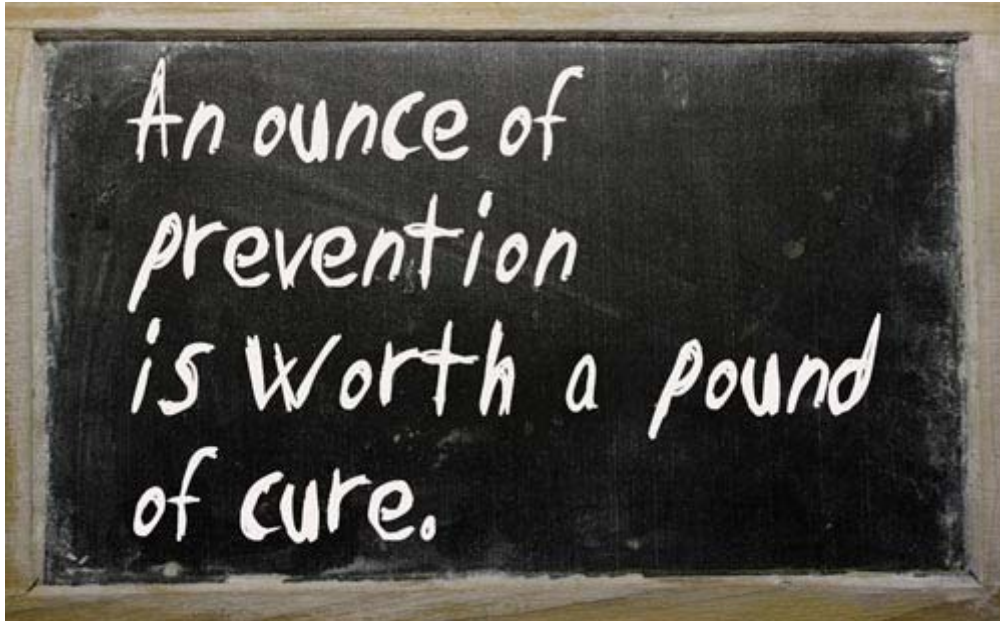




ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ#
#



Διπλωματική Εργασία: “Η Σημασία της Πρόληψης στον τομέα της Υγείας”

Χαριστού Ευαγγελία

Επιβλέπων: Βούζας Φώτης

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων
(με εξειδίκευση Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση Μονάδων Υγείας)

Θεσσαλονίκη, Ιανουάριος 2014

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πρόληψη της υγείας αποτελεί στις μέρες μας σημαντικό παράγοντα βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου των ατόμων και ελαχιστοποίησης της νοσηρότητας και της πρόωρης θνησιμότητας. Κύριο συστατικό της είναι η προσπάθεια αποφυγής του «κινδύνου», των συμπεριφορών δηλαδή που μπορούν τόσο έμμεσα όσο και άμεσα να οδηγήσουν στην εμφάνιση ασθενειών από τα άτομα.

Η παρούσα μελέτη, αρχικά στοχεύει να παρουσιάσει το θεωρητικό πλαίσιο μέσα από το οποίο αποσαφηνίζεται και προσδιορίζεται η έννοια της πρόληψης της υγείας, αλλά και να παραθέσει εμπειρικά αποτελέσματα που σχετίζονται με το βαθμό πρόληψης της υγείας σε δείγμα Ελληνικού πληθυσμού.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται το θεωρητικό υπόβαθρο της έννοιας της πρόληψης υγείας με την παράθεση λειτουργικών ορισμών, την αποσαφήνιση των βασικών διαχωρισμών των συμπεριφορών πρόληψης υγείας και την ανάλυση των βασικότερων μοντέλων της προληπτικής συμπεριφοράς. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στους παράγοντες κινδύνου για την υγεία των ατόμων, στη μέτρηση και την αξιολόγηση της πρόληψης και τη σύνδεση της πρόληψης με τις πρακτικές προαγωγής της υγείας. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην πρόληψη υγείας στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας και τις καλές πρακτικές υγείας, ενώ εν συνεχεία προσδιορίζεται η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθείται για την εφαρμογή της εμπειρικής μελέτης της εργασίας τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στο πέμπτο κεφάλαιο. Η μελέτη ολοκληρώνεται με την παράθεση των συμπερασμάτων.

Λέξεις κλειδιά: Πρόληψη υγείας, κίνδυνος υγείας, καλές πρακτικές υγείας, στατιστική μελέτη

ABSTRACT

Health prevention is nowadays an important factor for improving the living standards of people and minimizing morbidity and premature mortality. Its main component is the effort to avoid the "risk" behaviors that you may both indirectly and directly lead to disease appearance.

This thesis initially aims to present the theoretical framework through which clarified and defined the concept of health prevention, but also to cite empirical results related to the degree of health prevention in a sample of Greek population.

In the first chapter of the thesis is presented the theoretical background of the concept of health prevention and operational definitions, clarifying the basic divisions of health prevention behaviors and the analysis of the main models of preventive behavior. The second chapter deals with risk factors for the health of individuals, measuring and evaluating prevention and linking prevention practices for health promotion. The third chapter refers to health prevention in the context of health systems and good health practices. Afterwards is determined the research methodology followed by the application of the empirical research whose results are presented in the fifth chapter. The study ends with a summary of conclusions.

Keywords: health prevention, health risk, good health practices, statistic research

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	13
ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	13
1.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ.....	13
1.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	15
1.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	18
1.4 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	23
ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	23
2.1 ΚΑΘΟΡΙΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	23
2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ	26
2.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	28
2.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	33
Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ.....	33
3.1 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	33

3.2 ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	35
3.2.1 Κάπνισμα.....	35
3.2.2 Αλκοόλ.....	36
3.2.3 Απουσία σωματικής άσκησης	37
3.2.4 Διατροφικές συνήθειες.....	38
3.2.5 Τραυματισμοί και αυτοκινητικά ατυχήματα	39
3.2.6 Ψυχική υγεία.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	43
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	43
4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	43
4.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΠΕΔΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	44
4.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....	46
4.4 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	48
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	48
5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ.....	48
5.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ-ΕΛΕΓΧΟΙ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ.....	60
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	68

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθέντων	48
Πίνακας 2: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με την γενική ασφάλεια/πρόληψη	54
Πίνακας 3: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με τη στοματική υγιεινή	55
Πίνακας 4: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με τη διαχείριση του άγχους.....	56
Πίνακας 5: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων σχετικών με τη φυσική δραστηριότητα και άσκηση	56
Πίνακας 6: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με τις πιθανές συμπεριφορές κινδύνου	58
Πίνακας 7: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με τις πιθανές συμπεριφορές σεξουαλικού κινδύνου	59
Πίνακας 8: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με τη διατροφή	59
Πίνακας 9: Συσχέτιση χ^2 φύλου και διενέργειας ετήσιων προληπτικών τεστ.....	60
Πίνακας 10: Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα της διενέργειας ετήσιων προληπτικών τεστ σε σχέση με την ηλικία.....	61
Πίνακας 11: Συσχέτιση κατά Pearson των διατροφικών συνηθειών των ερωτηθέντων και της έντασης καθημερινή σωματικής άσκησης.....	62

Πίνακας 12: One Way ANOVA της διαχείρισης του άγχους με βάση τη θέση εργασίας των ερωτηθέντων.....63

Πίνακας 13: Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα της διαχείρισης του άγχους με βάση το κάπνισμα63

Πίνακας 14: One Way ANOVA της σεξουαλικής πρόληψης με βάση την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων.....64

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Φύλο ερωτηθέντων	48
Γράφημα 2: Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων	49
Γράφημα 3: Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων.....	50
Γράφημα 4: Θέση εργασίας των ερωτηθέντων	51
Γράφημα 5: Παράρτημα/τομέας εργασίας των ερωτηθέντων	52
Γράφημα 6: Βαθμός διεξαγωγής προληπτικών τεστ	53
Γράφημα 7: Βαθμός χρήσης ανιχνευτή καπνού	53
Γράφημα 8: Ποσοστά επισημότητας στον οδοντίατρο το τελευταίο έτος	55
Γράφημα 9: Ποσοστό καπνιστών	57
Γράφημα 10: Ποσοστό καπνιστών που έχουν θέσει πιθανή «ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος»	57

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχολογία της υγείας αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την μελέτη του ρόλου της συμπεριφοράς υγείας των ατόμων, για την ανάπτυξη του αισθήματος τους για πρόληψη ασθενειών και αποφυγή της πρόωρης θνησιμότητας. Καθημερινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, η σωματική άσκηση και δραστηριότητα, η διατροφή και η χρήση αλκοόλ και οι άμεσες συνέπειές τους όπως η παχυσαρκία, η κακή φυσική κατάσταση και η υποτονικότητα συμβάλλουν στην ανάπτυξη υψηλών ποσοστών νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας στις ανεπτυγμένες κοινωνίες.

Η μελέτη της συμπεριφοράς υγείας έχει οδηγήσει στην καταγραφή σημαντικών επιτευγμάτων σχετικών με την παρατήρηση των παραγόντων κινδύνου που επιδρούν στην αύξηση της νοσηρότητας του παγκόσμιου πληθυσμού τα οποία είναι πλέον ευρέως διαθέσιμα στους ερευνητές και του επαγγελματίες υγείας για τη χάραξη πολιτικών πρόληψης της υγείας.

Για την παρατήρηση της συμπεριφοράς των ατόμων στον τομέα της υγείας και τη μείωση των κινδύνων που προκύπτει μέσω της πρόληψης, έχει διαμορφωθεί πλούσιο θεωρητικό και ερευνητικό portfolio, που περιλαμβάνει ιατρικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και πολιτιστικές μελέτες που αναφέρονται στην ερμηνεία των συμπεριφορών κινδύνου από μέρους του πληθυσμού που μπορούν να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη σωματική του κατάσταση τόσο βραχυχρόνια όσο και μακροχρόνια.

Ο βαθμός της πρόληψης στην υγεία προσδιορίζεται από μια σειρά ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς και συναισθηματικούς παράγοντες. Παράλληλα, ο βαθμός πρόληψης στον τομέα της υγείας μπορεί να επηρεαστεί και από πολιτισμικούς παράγοντες καθώς εμπεριέχεται στην κουλτούρα των λαών.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί σημαντικές δράσεις και παρεμβάσεις τόσο από κρατικούς φορείς, όσο και από ανεξάρτητες δομές και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις σχετικές με την ενημέρωση για τη σημασία της πρόληψης στην υγεία. Η συγκεκριμένη εξέλιξη αντικατοπτρίζει την αυξανόμενη ανάγκη για ισορροπία μεταξύ της λογικής της παραδοσιακής κλινικής παρέμβασης για την βελτίωση του επιπέδου

υγείας των ατόμων και της ανάπτυξης των στρατηγικών πρόληψης στον τομέα της υγείας. Μάλιστα, οι τρέχουσες εξελίξεις στο επίπεδο της οικονομίας και η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί όσον αφορά τις κρατικές δαπάνες για την υγεία καθιστούν ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη πρόληψης υγείας καθώς πλέον οι προϋπολογισμοί των κρατών για δαπάνες υγείας συρρικνώνονται όλο και περισσότερο.

Παρόλα αυτά οι στρατηγικές προώθησης της πρόληψης στην υγεία που έχουν λάβει χώρα έως σήμερα σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως επαρκείς. Η συμπεριφορά των ατόμων σχετικά με την αποφυγή κινδύνων που οδηγούν σε νοσηρότητα και πρόωγη θνησιμότητα με έμφαση στο κάπνισμα, τη διατροφή, την άσκηση, και άλλες ανάλογες συνήθειες, απέχει πολύ από το βέλτιστο, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη για την ανάληψη πολύ περισσότερων δράσεων από τους αρμόδιους φορείς.

Όσον αφορά τη χώρα μας το 2007 ξεκίνησε με ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «Σχέδιο Δράσης για τη ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2007-2013». Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία περιλαμβάνει 10 στρατηγικούς στόχους ενίσχυσης των εφαρμοζόμενων πολιτικών υγείας από την Πολιτεία, με έναν εξ αυτών να αναφέρεται στην ενίσχυση των δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε όλες τις περιφέρειες της χώρας θέτοντας ως επιμέρους στόχους τους εξής:

1. Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων κατά του καπνίσματος.
2. Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την υγιεινή διατροφή.
3. Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
4. Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την πρόληψη του καρκίνου.
5. Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την πρόληψη των καρδιοπαθειών και των μεταβολικών νοσημάτων.
6. Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την πρόληψη των ατυχημάτων.
7. Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων για την προστασία της μητρότητας και της υγείας του παιδιού.
8. Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας σε ειδικούς πληθυσμούς.

9. Την ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας στο μαθητικό πληθυσμό.
10. Την ενίσχυση της Αγωγής Υγείας στα σχολεία.
11. Τη δημιουργία συστήματος εποπτείας του σχολικού περιβάλλοντος για την τήρηση των κανόνων Δημόσιας Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

1.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Η έννοια της πρόληψης της υγείας έχει εξελιχθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, αποτελώντας σήμερα μία διάσταση της προαγωγής στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας. Μελετώντας την εννοιολογική αυτή εξέλιξη, το 1967 ο Clark αναφέρει πως η πρόληψη αναφέρεται στην αποτροπή της ανάπτυξης μίας παθολογικής κατάστασης, εμπεριέχοντας τη λήψη όλων των απαραίτητων μέτρων, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας, τα οποία περιορίζουν την ανάπτυξη μίας νόσου σε οποιοδήποτε στάδιο της πορείας της. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, υπάρχει μία διάκριση μεταξύ παρεμβάσεων που σχετίζονται με την αποτροπή της εμφάνισης μίας νόσου (πρωτογενής πρόληψη) και παρεμβάσεων που επιβραδύνουν την εξέλιξή της ή περιορίζουν τις συνέπειές της μετά την εμφάνισή της (δευτερογενής πρόληψη).

Μέχρι το 1978, οι διακρίσεις μεταξύ των διαφόρων τύπων της πρόληψης επεκτάθηκαν, ώστε να συμπεριλάβουν την πρωτογενή πρόληψη ως μέσο προαγωγής της υγείας πριν την ανάπτυξη μίας νόσου ή την πρόκληση τραυματισμών. Οι Nightengale et al (1978), εκτός της πρωτογενούς πρόληψης, επισημαίνουν πως η δευτερογενής πρόληψη αφορά τον εντοπισμό μίας νόσου σε πρώιμο και ασυμπτωτικό στάδιο, ενώ η τριτογενής αναφέρεται στην αντιστροφή της εξελικτικής της πορείας ή στην καθυστέρησή της.

Το 1987, ο Gordon πρότεινε ένα σύστημα ταξινόμησης της προαγωγής υγείας, χρησιμοποιώντας μία προοπτική 'οφέλους-κινδύνου'. Πιο συγκεκριμένα, υποστήριξε πως ο κίνδυνος ενός ατόμου να προσβληθεί από μία ασθένεια θα πρέπει να σταθμίζεται με το αντίστοιχο κόστος, τον κίνδυνο και την ταλαιπωρία της προληπτικής παρέμβασης. Έτσι, οι κατηγορίες των προληπτικών παρεμβάσεων που προκύπτουν από την προσέγγιση αυτή είναι: (1) η λήψη καθολικών μέτρων που αφορούν όλα τα μέλη ενός επιλεγμένου πληθυσμού, (2) τη λήψη επιλεκτικών μέτρων για άτομα ενός πληθυσμού που εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο σε σχέση με τους

υπόλοιπους, και (3) η λήψη ειδικών μέτρων για ένα άτομο το οποίο βρίσκεται σε εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο μελλοντικής εμφάνισης μίας νόσου.

Το 1998, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), σε μία προσπάθεια να πλαισιώσει εννοιολογικά την πρόληψη ασθενειών, αναφέρει πως αυτή καλύπτει όλα τα μέτρα παρέμβασης όχι μόνο για την πρόληψη της εμφάνισης μίας νόσου, όπως είναι η μείωση των σχετικών παραγόντων κινδύνου, αλλά και για τη σύλληψη της εξέλιξής της και τη μείωση όλων των συνεπειών που έχουν εμφανιστεί ήδη από την πρόωμη εμφάνισή της (WHO, 1998).

Στην Αυστραλία, πρωτοπόρο χώρα στο πεδίο της πρόληψης υγείας, το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, ορίζει πως η πρόληψη είναι μία δράση περιορισμού ή εξάλειψης της εμφάνισης, των συνεπειών, των επιπλοκών ή υποτροπών μίας νόσου (Australian National Public Health Partnership, 2001). Στο πλαίσιο αυτό, αναγνωρίζονται πολλαπλά επίπεδα πρόληψης, η πρωταρχική, η οποία αναφέρεται στην πρόληψη της εμφάνισης της προδιάθεσης των κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία αιτιολογικής βάσης των νόσων, η πρωτογενής, η δευτερογενής και, τέλος, η τριτογενής, η οποία αποσκοπεί στη βελτίωση της λειτουργίας της δημόσιας υγείας, στην ελαχιστοποίηση του αντίκτυπου μίας νόσου και στην καθυστέρηση των αντίστοιχων επιπλοκών.

Οι Gofrit et al (2000) προσθέτει μία ακόμα εννοιολογική διάσταση, περιγράφοντας την τεταρτογενή πρόληψη, ως τον απολογισμό των προηγούμενων σταδίων, τη διασφάλιση ποιότητας και τη βελτίωση των σχετικών διαδικασιών που ολοκληρώνουν τον κύκλο της πρόληψης, μέσω της συλλογής πληροφόρησης σχετικά με τις προληπτικές διεργασίες που έχουν υλοποιηθεί. Υπό αυτό το πρίσμα, η τεταρτογενής πρόληψη αναφέρεται στη διεπιστημονική ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων που έχουν προκύψει από τα προηγούμενα στάδια, ώστε να εξαχθούν συναφή συμπεράσματα, τα οποία κοινοποιούνται σε όλους του εμπλεκόμενους φορείς και ομάδες ενδιαφέροντος.

Οι Beaglehole & Magnus (2002), επίσης, υποστηρίζουν πως ο εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της πρόληψης υγείας, στρέφοντας σήμερα την προσοχή στην πρωτογενή πρόληψη και ορίζοντας μία νέα 'εποχή' της δημόσιας υγείας, της κλινικής ιατρικής και της επιδημιολογίας. Όπως επισημαίνουν οι Brotman et al (2005), οι παράγοντες κινδύνου της υγείας, όπως είναι

η αυξημένη αρτηριακή πίεση, σήμερα θα πρέπει να θεωρούνται ως ασθένειες από μόνες τους και να αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο της πρόληψης υγείας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η μετάβαση από την αντιμετώπιση της κλινικής ασθένειας στη δημόσια υγεία είναι εμφανής στην ιστορική εξέλιξη της έννοιας της πρόληψης. Παραδειγματικά, ο Kaplan (2007) υποστηρίζει πως η πρόληψη της στεφανιαίας νόσου θα πρέπει να πραγματοποιείται σε ένα πλαίσιο μείωσης των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη νόσο, προσανατολιζόμενη σε αντίστοιχους πληθυσμούς που διατρέχουν υψηλό σχετικό κίνδυνο. Ο ίδιος ερευνητής αναφέρει πως αυτές οι προληπτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι χαμηλού κόστους και ελάχιστα επεμβατικές. Οι εξελίξεις αυτές αντανακλούν και την εμφάνιση της έννοιας της προληπτικής ιατρικής, η οποία ειδικά στις ΗΠΑ είναι εξαιρετικά δημοφιλής σήμερα.

Συνολικά, η εννοιολογική εξέλιξη της πρόληψης μπορεί να υποστηριχθεί πως ουσιαστικά βασίζεται στην πλαισίωση της έννοιας της ασθένειας. Δεδομένου, λοιπόν, ότι η έννοια αυτή έχει αλλάξει σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, με σημαντικότερες εξελίξεις τη μείωση των κατώτατων ορίων για τον χαρακτηρισμό μίας κατάστασης υγείας ως ασθένεια και την ενσωμάτωση των παραγόντων κινδύνου ως ισοδύναμες έννοιες με τη νόσο, τα όρια μεταξύ πρόληψης και θεραπείας γίνονται όλο και περισσότερο δυσδιάκριτα.

1.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Η πρόληψη αποτελεί ένα σημαντικό συστατικό πολλών διαστάσεων της δημόσιας πολιτικής, συμπεριλαμβανομένης αυτής που αφορά την υγεία. Σύμφωνα με τον Tannahill (2009), η υγεία των ατόμων και των κοινοτήτων επηρεάζεται από άμεσους και έμμεσους ατομικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτιστικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι διαμεσολαβούνται από τις δράσεις της δημόσιας πολιτικής για την υγεία και αναδεικνύουν τις ευκαιρίες πρόληψης από τους εμπλεκόμενους φορείς. Στο χώρο της υγείας, η πρόληψη θεωρείται ως μία από τις βασικότερες αρμοδιότητες των οργανωμένων συστημάτων υγείας, παράλληλα με τις υπηρεσίες θεραπείας, αποκατάστασης και παρηγορίας, και σήμερα αποτελεί ένα ολοένα και σημαντικότερο στοιχείο των κοινωνικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της υγείας (Starfield et al, 2008).

Οι προληπτικές δράσεις σε επίπεδο πολιτικής εστιάζουν στα σοβαρά ζητήματα της υγείας, τα οποία είναι δεκτικά παρέμβασης. Η πρόληψη της ασθένειας και των διαφορετικών τύπων αναπηρίας απαιτεί τον εντοπισμό εκείνων των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και την εφαρμογή αντίστοιχων στρατηγικών για την ελαχιστοποίησή τους ή αντίστροφα για τη μεγιστοποίηση των προληπτικών παραγόντων. Σύμφωνα με τους Brownson et al (1998), οι προληπτικές παρεμβάσεις της υγείας σε επίπεδο πολιτικής μπορούν να κατηγοριοποιηθούν βάσει του εξελικτικού σταδίου μίας νόσου, των καθοριστικών παραγόντων της που πρέπει να αντιμετωπιστούν, των πληθυσμιακών ομάδων-στόχων όπου οι αντίστοιχες στρατηγικές εφαρμόζονται και των ρυθμίσεων και δομών των συστημάτων υγείας μέσω των οποίων τα μέτρα και οι δράσεις πρόληψης σχεδιάζονται και παρέχονται.

Στη δημόσια υγεία, μία κοινή πρακτική της κατηγοριοποίησης της πρόληψης αφορά την αντιστοίχιση των προληπτικών δράσεων με τα διαφορετικά στάδια μίας νόσου, καθορίζοντας με τον τρόπο αυτό την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη. Όπως προαναφέρθηκε, ο στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι ο περιορισμός της συχνότητας (επιπολασμού) εμφάνισης μίας νόσου ή κατάστασης αναπηρίας σε έναν πληθυσμό, μέσω της λήψης μέτρων που ελαχιστοποιούν τις αιτίες ή τις καθοριστικές μεταβλητές που οδηγούν σε παρεκκλίσεις από την καλή υγεία, μέσω του ελέγχου της έκθεσης των ατόμων στους κινδύνους αυτούς και μέσω της προώθησης της προάσπισης της υγείας (Yarnall et al, 2003).

Επιπλέον, η δευτερογενής πρόληψη σε επίπεδο δημόσιας υγείας στοχεύει στην παρεμπόδιση της εξέλιξης μίας νόσου, μέσω της έγκαιρης διάγνωσης, συνήθως από ιατρικούς ελέγχους που πραγματοποιούνται σε ασυμπτωτικά στάδια, και μέσω της έγκαιρης παρέμβασης. Ο στόχος της τριτογενούς πρόληψης είναι η βελτίωση της κατάστασης και λειτουργίας του ατόμου, συμπεριλαμβάνοντας την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της ασθένειας και την καθυστέρηση των επιπλοκών μέσω της αποτελεσματικής διαχείρισης και αποκατάστασης (Watson, 2008). Επιπροσθέτως, ένα από τα σημαντικότερα σύγχρονα πεδία της πρόληψης σε επίπεδο δημόσιας υγείας είναι η πρωταρχική πρόληψη, η οποία αναφέρεται στην πρόληψη της εμφάνισης κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που μπορούν να οδηγήσουν στην πρόκληση μίας νόσου, αν και στα περισσότερα συστήματα υγείας οι εν λόγω πολιτικές συμπεριλαμβάνονται στο πρωτογενές στάδιο (Sim & Khong, 2006).

Δεδομένου ότι η δημόσια υγεία αφορά το σχεδιασμό και την παρέμβαση για τη βελτίωση της συνολικής υγείας των ατόμων, όταν οι αντίστοιχες δράσεις δεν είναι επαρκείς ή ικανές για τον έλεγχο των προβλημάτων υγείας μέσω της λήψης περιβαλλοντικών μέτρων που αντιμετωπίζουν τα πρωταρχικά αίτια μίας νόσου, τότε οι προσπάθειες επικεντρώνονται στην τροποποίηση της ατομικής συμπεριφοράς για την υγεία (Russell, 2009). Όταν ούτε αυτή η στρατηγική είναι εφικτή, τότε η έμφαση δίνεται στην ενίσχυση της αντίστασης της κοινότητας σε κινδύνους για την υγεία, μέσω της λήψης παθητικών ή ενεργητικών μέτρων, όπως είναι η ανοσοποίηση και η πρόληψη εξάπλωσης της μετάδοσης μολυσματικών παραγόντων. Για παράδειγμα, η χρήση φαρμάκων ή αντιβιοτικών μπορεί να θεωρηθεί ως μέτρο πρόληψης της δημόσιας πολιτικής για την υγεία.

Βέβαια, οι φορείς της δημόσιας υγείας χρησιμοποιούν μία σειρά από στρατηγικές παρέμβασης για την πρόληψη της υγείας, οι οποίες συνήθως εφαρμόζονται σε συνδυασμό, ώστε να επιτυγχάνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα. Οι στρατηγικές αυτές μπορούν να συμπεριλαμβάνουν νομικά ή δημοσιονομικά μέτρα, πολυτομεακές ή διεπιστημονικές συνεργασίες, διαδικασίες ανάλυσης πληροφοριών και επικοινωνίας, καθώς και πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη νέων πολιτικών για την υγεία που κινητοποιούν τους διαθέσιμους πόρους και προωθούν δράσεις βάσει στοιχείων (Pomerleau & McKee, 2005). Σε περιπτώσεις όπου η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση περιβαλλοντικών παραγόντων και την τροποποίηση της συμπεριφοράς για την υγεία δεν είναι εφικτή, τότε η εστίαση των πολιτικών της δημόσιας υγείας στρέφεται προς το σχεδιασμό οργανωμένων προγραμμάτων έγκαιρης ανίχνευσης. Έτσι, όταν μία νόσος ανιχνεύεται σε αρχικό στάδιο, τότε η απόκριση της δημόσιας υγείας αφορά τη θεραπεία και την παροχή φροντίδας σε μεμονωμένους ασθενείς.

Ο κύκλος αυτός της πρόληψης στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, όπως περιγράφηκε παραπάνω, οδηγεί σε θετικά για την υγεία των πληθυσμών αποτελέσματα. Η επιτακτική ανάγκη διατήρησης υγιών κοινοτήτων απορρέει από την ανάγκη εύρυθμης λειτουργίας της κοινωνίας, καθώς μία κοινωνία που είναι υγιής ευημερεί και οικονομικά (Peckham & Hann, 2008). Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί πως σήμερα αποτελεί κοινή διαπίστωση των υπεύθυνων χάραξης των πολιτικών δημόσιας υγείας πως η μεγαλύτερη μακροπρόθεσμη συνεισφορά στο πεδίο της πρόληψης προέρχεται από την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και χαμηλού κόστους σε πρωτοβάθμιο επίπεδο (Peckham & Exworthy, 2003). Συνεπώς, οι επενδύσεις σε πρωτοβουλίες και

στρατηγικές που εστιάζουν στο επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης μπορούν να αποφέρουν κρίσιμα θετικά αποτελέσματα στην υγεία των πληθυσμών, μέσω των αντίστοιχων παρεμβάσεων δημόσιας υγείας.

Συμπερασματικά, οι σύγχρονες προσεγγίσεις της πρόληψης ενσωματώνουν μία σειρά καινοτόμων πρακτικών και παρεμβάσεων. Οι Starfield et al (2008), επιχειρώντας να περιγράψουν ολοκληρωμένα τη σύγχρονη έννοια της πρόληψης στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, αναφέρουν πως αυτή θα πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: (1) να προσανατολίζεται σε πληθυσμούς, (2) να εστιάζει σε πληθυσμιακούς και όχι μεμονωμένους κινδύνους, (3) να επικεντρώνεται στη νοσηρότητα και όχι στην επιβάρυνση της νόσου, (4) να αξιολογεί τα οφέλη και το κόστος των εφαρμοζόμενων στρατηγικών πρόληψης, (5) να έχει ως μείζονα στόχο τη βελτίωση της συνολικής υγείας και όχι την πρόληψη των ασθενειών, και (6) να αποφεύγει παρελθοντικές εκτιμήσεις της χρησιμότητας των επιμέρους παραγόντων κινδύνου για την υγεία των πληθυσμών.

1.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η καλή κατάσταση της υγείας των ατόμων δεν αφορά αποκλειστικά το σχεδιασμό των πολιτικών της δημόσιας υγείας και την αποτελεσματικότητα των αντίστοιχων συστημάτων και υπηρεσιών αλλά, αντιθέτως, σχετίζεται άμεσα και με την ατομική συμπεριφορά για την υγεία. Εδώ και αρκετές δεκαετίες έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις της συμπεριφοράς υγείας των ατόμων, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν διάφορες γνωστικές θεωρίες. Γενικότερα, η βασική διάκριση της συμπεριφοράς αυτής είναι οι θετικές και αρνητικές για την υγεία συμπεριφορές (Rothman, 2000). Παραδείγματα θετικών και υγιών συμπεριφορών είναι η τακτική σωματική άσκηση, η πραγματοποίηση ετήσιων ιατρικών ελέγχων, η καλή διατροφή και η χρήση προφυλακτικού, ενώ αντίστοιχα παραδείγματα αρνητικών συμπεριφορών είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η πολύ γρήγορη οδήγηση και η διατροφική πρόσληψη υψηλών ποσοστών κορεσμένων λιπαρών.

Ακόμη, διάφορες άλλες διακρίσεις έχουν κατά καιρούς προταθεί αναφορικά με την ατομική συμπεριφορά για την υγεία, όπως είναι οι συμπεριφορές πρόληψης ή ανίχνευσης (π.χ. διακοπή καπνίσματος ή ιατρικός έλεγχος για καρκίνο), αυτές που

εντοπίζονται σε δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους (π.χ. τρέξιμο σε πάρκο ή σωματική άσκηση στο σπίτι) και οι συμπεριφορές που περιλαμβάνουν τη χρήση ή όχι υπηρεσιών υγείας (π.χ. μαστογραφία ή αυτοεξέταση μαστού) (Weinstein et al, 1998). Σε κάθε περίπτωση, το σύνολο των συμπεριφορών αυτών έχουν σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της κατάστασης υγείας των ατόμων και σχετίζονται άμεσα με την πρόληψη της υγείας σε προσωπικό επίπεδο.

Ως προληπτική για την υγεία συμπεριφορά έχει οριστεί οποιαδήποτε δραστηριότητα που αναλαμβάνεται από ένα άτομο, το οποίο πιστεύει πως είναι υγιές, με σκοπό την πρόληψη μίας ασθένειας σε ασυμπτωτικό στάδιο (Kasl & Cobb, 1966). Συνεπώς, η προληπτική συμπεριφορά αποτελεί υποκατηγορία της συμπεριφοράς για την υγεία, καθώς δεν περιλαμβάνει συμπεριφορές για τη θεραπεία ασθενειών που έχουν ήδη διαγνωστεί με συμπτώματα, εξετάσεις ή άλλες ιατρικές γνωματεύσεις. Ως εκ τούτου, η απόφαση ανάπτυξης μίας προληπτικής συμπεριφοράς βασίζεται σε λιγότερο αντικειμενικούς παράγοντες (Floyd et al, 2000). Παράλληλα, πολλές προληπτικές συμπεριφορές δεν έχουν άμεσα αποτελέσματα, όπως είναι τα αποτελέσματα μίας ισορροπημένης διατροφής στην πρόληψη καρδιακών παθήσεων, ενώ το κόστους τους μπορεί να επηρεάζει άμεσα την καταναλωτική συμπεριφορά του ατόμου (Kahn & Luce, 2003).

Διάφορα μοντέλα έχουν προταθεί κατά καιρούς για την εξήγηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αναλαμβάνουν προληπτικές για την υγεία συμπεριφορές. Πολλά από αυτά έχουν βασιστεί σε γνωστικές προσεγγίσεις, σύμφωνα με τις οποίες το άτομο αναλύει τις συνέπειες μίας συμπεριφοράς για την υγεία, αξιολογεί τους πιθανούς κινδύνους μίας νόσου και εκτιμάει το βαθμό αυτοαποτελεσματικότητάς του (Bandura, 1989). Αν και πολλές μελέτες έχουν αποδείξει πως η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί βασικό καθοριστικό παράγοντα της προληπτικής συμπεριφοράς σε θέματα υγείας (Schwarzer, 1992), παράλληλα επηρεάζεται και από άλλες μεταβλητές, όπως είναι τα συναισθήματα που σχετίζονται με προηγούμενες εμπειρίες (Schwarzer & Fuchs, 1996). Για παράδειγμα, μία νεαρή παχύσαρκη γυναίκα που είχε πολλές ανεπιτυχείς εμπειρίες από δίαιτες, μπορεί να έχει αρνητικά συναισθήματα για την ανάληψη μίας προληπτικής συμπεριφοράς ισορροπημένης διατροφής.

Ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τις αποφάσεις ανάληψης προληπτικών για την υγεία συμπεριφορών είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως είναι ο χρονικός προσανατολισμός του ατόμου ή η μελλοντική προοπτική του χρόνου (Simons & Lens, 2003). Βάσει αυτής της προσέγγισης, τα άτομα που προσανατολίζονται στο μέλλον είναι περισσότερο ενεργητικά και επιδιώκουν την αλλαγή, ενώ αυτά που προσανατολίζονται στο παρελθόν αντιστέκονται περισσότερο σε εξωτερικά ερεθίσματα που σχετίζονται με την υγεία. Για παράδειγμα, οι Keough et al (1999) αποδεικνύουν πως τα άτομα που έχουν μελλοντικό προσανατολισμό (Future Time Perspective – FTP) αναφέρουν και χαμηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ, καπνού ή ναρκωτικών.

Παρ' όλα αυτά, οι άνθρωποι πολλές φορές τείνουν να αναλαμβάνουν προληπτικές συμπεριφορές υγείας όχι αποκλειστικά για λόγους υγείας. Οι Schwarzer & Renner (2000) υποστηρίζουν πως η ανάπτυξη προληπτικών συμπεριφορών μπορεί να απορρέει από προσωπικές επιθυμίες, όπως για παράδειγμα η πρόσληψη τροφών χαμηλών σε κορεσμένα λιπαρά λόγω διατροφικών προτιμήσεων, ενώ οι Jayanti & Burns (1998) επισημαίνουν πως οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να σχετίζονται και με άλλα κοινωνικά ή εγωιστικά θέματα, όπως για παράδειγμα η καθημερινή άσκηση για τη διατήρηση ενός ελκυστικού και κοινωνικά αποδεκτού σώματος. Συμπερασματικά, η επίδραση των κινήτρων που δε συνδέονται άμεσα με την υγεία μπορεί να είναι σημαντικής βαρύτητας για την ανάπτυξη προληπτικών για την υγεία συμπεριφορών.

1.4 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Όπως προαναφέρθηκε, διάφορα μοντέλα προληπτικής για την υγεία συμπεριφοράς έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς. Ίσως το γνωστότερο από αυτά είναι το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ), το οποίο αποτελεί ένα ψυχολογικό μοντέλο που προσπαθεί να εξηγήσει και να προβλέψει τις συμπεριφορές του ατόμου για την υγεία, μέσω τεσσάρων δομικών παραγόντων, των αντιληπτών απειλών, της ευαισθησίας, της σοβαρότητας και των εμποδίων (Rosenstock, 1974). Το ΜΠΥ είναι ένα γνωστικό μοντέλο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ευρέως για την οργάνωση των θεωρητικών προσδιοριστικών μεταβλητών των προληπτικών ενεργειών για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει την ασθένεια, τις προληπτικές δράσεις και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αντίστοιχες αποφάσεις (Fulton et al, 1991). Ουσιαστικά, βάσει του ΜΠΥ, οι

αναπαραστάσεις του ατόμου για την υγεία και την αντίστοιχη συμπεριφορά του με στόχο την υγεία, χωρίζονται σε δύο κεντρικούς άξονες: την πρόσληψη μίας απειλής (threat perception) και την αξιολόγηση της συμπεριφοράς (behavioral evaluation) (Lam et al, 2003).

Σύμφωνα με τον Becker (1974) η πρόσληψη μίας απειλής εξαρτάται από δύο παράγοντες, την αντιληπτή τρωτότητα, δηλαδή το πώς αντιλαμβάνεται ένα άτομο την πιθανότητα να προσληφθεί από μία ασθένεια, και την αντιληπτή σοβαρότητα, δηλαδή το πόσο σοβαρή αντιλαμβάνεται το άτομο ότι είναι η ασθένεια. Επιπλέον, η αντιληπτή σοβαρότητα μίας ασθένειας περιλαμβάνει τις αξιολογήσεις που διενεργεί το άτομο σε σχέση τόσο με τις κλινικές, όπως είναι ο πόνος ή η πιθανότητα θανάτου, όσο και με τις κοινωνικές συνέπειες της ασθένειας, όπως είναι η ανικανότητα για εργασία ή για διατήρηση των κοινωνικών του σχέσεων. Το ΜΠΥ έχει εξεταστεί ευρέως σε διάφορες παρεμβάσεις αγωγής υγείας, με σκοπό τη διερεύνηση εκείνων των παραγόντων που οδηγούν στην υιοθέτηση μίας συμπεριφοράς για την υγεία, με απώτερο στόχο το σχεδιασμό ενός πλαισίου ενημέρωσης σχετικά με μία ασθένεια. (Sawaya et al, 2001).

Μία ακόμα γνωστή θεωρία είναι η Θεωρία της Παρακίνησης της Προστασίας (Protection Motivation Theory – PMT), η οποία εστιάζει στις γνωστικές διεργασίες του ατόμου που μεσολαβούν την αλλαγή της συμπεριφοράς (Rogers, 1983). Το μοντέλο αυτό αναφέρει πως η πρόθεση ενός ατόμου να προστατέψει τον εαυτό του αναλαμβάνοντας προληπτικές για την υγεία συμπεριφορές εξαρτάται από τέσσερις παράγοντες: (1) την εκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου, (2) την αντιληπτή τρωτότητα, δηλαδή τις πιθανότητες να προσβληθεί κάποιος από μία ασθένεια, (3) την αποτελεσματικότητα της συνιστώμενης προληπτικής συμπεριφοράς για την υγεία, και (4) την αντιληπτή αυτοαποτελεσματικότητα εφαρμογής της εν λόγω συμπεριφοράς (Bandura, 1989).

Σύμφωνα με τους Floyd et al (2000) τα κοινά χαρακτηριστικά όλων των μοντέλων που οδηγούν σε ανάληψη προληπτικών συμπεριφορών για την υγεία είναι τα ακόλουθα: (1) η αντιλαμβανόμενη τρωτότητα και σοβαρότητα μίας νόσου που οδηγεί σε εκτίμηση του σχετικού κινδύνου, (2) τα αντιλαμβανόμενα οφέλη και εμπόδια, (3) η εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητας, και (4) άλλα υποκειμενικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την προσωπικότητα του ατόμου.

Αξίζει να αναφερθεί πως διάφορες προσεγγίσεις της επιστήμης της κλινικής ψυχολογίας έχουν επιχειρήσει να εξηγήσουν τις προληπτικές για την υγεία συμπεριφορές, ενώ άλλοι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να αναπτύξουν περισσότερο ολοκληρωμένα μοντέλα, ενσωματώνοντας γνωστικές προσεγγίσεις και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, η γνωστή προσέγγιση της Διαδικασίας Δράσης για την Υγεία (Health Action Process Approach – HAPA) θεωρεί πως η υιοθέτηση, η έναρξη και η διατήρηση συμπεριφορών σε θέματα ατομικής υγείας θα πρέπει να εκλαμβάνεται ως μία διαδικασία δύο φάσεων, εκ των οποίων η πρώτη βασίζεται στην παρακίνηση του ατόμου και η δεύτερη στη βούλησή του (Schwarzer & Fuchs, 1996). Έτσι, το άτομο παρακινείται από τους αντιληπτούς για την υγεία του κινδύνους και στη συνέχεια σχεδιάζει συγκεκριμένες δράσεις πρόληψης, εκτιμώντας παράλληλα τις προσωπικές τους δυνατότητες και αξιολογώντας τα αντίστοιχα οφέλη σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.1 ΚΑΘΟΡΙΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με την πάροδο των χρόνων, οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας, γνωστοί και με τον όρο ‘καθοριστές υγείας’, έχουν εξελιχθεί σημαντικά, παρέχοντας σήμερα ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο πρόληψης τόσο αναφορικά με τη δημόσια υγεία όσο και σε σχέση με την ατομική υιοθέτηση θετικών για την υγεία συμπεριφορών. Αναφορικά με τους καθοριστικούς παράγοντες της δημόσιας υγείας, διαχρονικά ως τέτοιοι έχουν αναγνωριστεί στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία η βιολογία και γενετική (π.χ. κληρονομικοί παράγοντες), η ατομική συμπεριφορά (π.χ. η κατανάλωση αλκοόλ ή το κάπνισμα), το κοινωνικό περιβάλλον (π.χ. το εισόδημα ή τα φαινόμενα ανισότητας στην πρόσβαση στην υγεία), το φυσικό περιβάλλον (π.χ. ο τόπος κατοικίας), και οι υπηρεσίες υγείας (π.χ. η ποιότητα της φροντίδας και η ασφάλιση) (Tarlov, 1999).

Γενικότερα, ενώ οι ιατρικές και επιδημιολογικές μελέτες τείνουν να επικεντρώνονται σε βιολογικούς και ιδιαίτερα σε γενετικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία και τη νοσηρότητα σε άτομα και πληθυσμούς, οι κοινωνικοί επιδημιολόγοι και επιστήμονες σήμερα εξετάζουν την επίδραση των μη βιολογικών καθοριστών της υγείας, ειδικά σε κοινωνικά πλαίσια όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Αυτή η ευρύτερη προσέγγιση της πρόληψης και προαγωγής της υγείας συλλαμβάνεται πλέον υπό τον ευρύτερο όρο των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων (Glouberman & Millar, 2003). Ιδιαίτερα χρήσιμο στοιχείο στο πεδίο της πρόληψης της υγείας είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ των γενετικών και βιολογικών μεταβλητών που διαμορφώνουν την προδιάθεση ενός ατόμου σε ζητήματα υγείας με τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, οι οποίοι οικοδομούν τις προσωπικές στάσεις και συμπεριφορές που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την προσωπική κατάσταση υγείας (Marmot, 2003).

Ο ΠΟΥ αναγνωρίζει 10 καθοριστές υγείας, αν και άλλοι ερευνητές προσθέτουν στη λίστα αυτή επιπλέον μεταβλητές, οι οποίες ωστόσο αλληλεπικαλύπτονται σε ορισμένα σημεία. Σε κάθε περίπτωση, η συντριπτική πλειοψηφία των

κατηγοριοποιήσεων που έχουν προταθεί κατά καιρούς συγκλίνουν στη διαπίστωση πως πολλαπλοί παράγοντες καθορίζουν την υγεία του ατόμου και των κοινοτήτων, αφορώντας κοινωνικές, δομικές, γενετικές, βιολογικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις, μερικές εκ των οποίων μάλιστα είναι εκτός του ατομικού ελέγχου, επηρεάζοντας με κρίσιμο τρόπο τις στρατηγικές πρόληψης που σχεδιάζονται και εφαρμόζονται ανά τον κόσμο. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον ΠΟΥ, οι καθοριστές υγείας είναι οι εξής: (1) το εισόδημα και κοινωνική κατάσταση, (2) τα κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα, (3) η εκπαίδευση, (4) το οικονομικό περιβάλλον, (5) το κοινωνικό περιβάλλον, (6) το φυσικό περιβάλλον, (7) τα προσωπικά μοναδικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές, (8) οι γενετικοί παράγοντες, (9) οι υπηρεσίες υγείας, και (10) το φύλο (WHO, 2007).

Σύμφωνα με τους Dahlgren & Whitehead (1991), οι οποίοι έχουν αναπτύξει ένα ολοκληρωμένο μοντέλο των καθοριστών της υγείας, οι γενικές κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές και περιβαλλοντικές συνθήκες αποτελούν το πρώτο επίπεδο της υγείας και ακολουθούν οι συνθήκες ζωής και εργασίας (εργασιακό περιβάλλον, εκπαίδευση, ανεργία, αγροτική παραγωγή, νερό, υπηρεσίες υγείας, στέγαση), τα κοινωνικά και κοινοτικά δίκτυα και οι προσωπικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και άλλες γενετικές και βιολογικές μεταβλητές. Η αλληλεπίδραση των προαναφερθέντων παραγόντων οδηγούν σε συγκεκριμένα αποτελέσματα στην υγεία των ατόμων.

Η Starfield (2001) τονίζει, επίσης, την αλληλεπίδραση των διαφορετικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας, η οποία μάλιστα ευθύνεται για τις μεγάλες αποκλίσεις που παρατηρούνται στο επίπεδο υγείας διαφόρων πληθυσμών ανά τον κόσμο. Επίσης, οι Link & Phelan (2002) επισημαίνουν πως μερικοί από τους παράγοντες αυτούς είναι 'θεμελιώδεις' ενώ άλλο 'σχετικοί', τονίζοντας πως η πρόσβαση των ατόμων σε βασικούς πόρους σημαντικούς για την υγεία, όπως είναι η γνώση, η πληροφόρηση, το εισόδημα και οι κοινωνικοί δεσμοί, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το εύρος στο οποίο τα άτομα είναι ικανά να αποφεύγουν κινδύνους νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Ακόμη, οι Wilson et al (2001) υποστηρίζουν πως οι καθοριστικοί της υγείας παράγοντες που λειτουργούν σε μέσο κοινωνικό επίπεδο, όπως είναι η δημόσια υγεία, η στέγαση και οι μεταφορές, έχουν σημαντικό αντίκτυπο στο επίπεδο ατομικής

υγείας, ανεξαρτήτως των μεμονωμένων θετικών ή αρνητικών συμπεριφορών που υιοθετούνται για την πρόληψη. Σε μικρο-επίπεδο, οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου εμπεριέχουν τη φτώχη ατομική υγεία, τον υπερπληθυσμό, τις κακές συνθήκες υγιεινής, το κάπνισμα, την ανθυγιεινή διατροφή και την έλλειψη σωματικής άσκησης.

Τέλος, σε μακρο-επίπεδο, τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στους κοινωνικούς καθοριστές της υγείας, όπως είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, οι οποίοι επηρεάζουν καίρια την ισότητα και τις αντίστοιχες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε επίπεδο δημόσιας υγείας (Link & Phelan, 2005). Οι Wilkinson & Marmot (2006) υποστηρίζουν πως οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε δέκα διαφορετικά πεδία, την κοινωνική διαβάθμιση, το άγος, τη ζωή κατά τα πρώτα χρόνια μετά τη γέννηση, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την εργασία, την ανεργία, την κοινωνική στήριξη, τον εθισμό, τη διατροφή και τις μεταφορές. Ομοίως, ο ΠΟΥ κατατάσσει τους κοινωνικούς καθοριστές της υγείας σε έξι κατηγορίες: (1) τον παιδικό και μητρικό υποσιτισμό, (2) τη διατροφή και τη σωματική άσκηση, (3) την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, (4) τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, (5) τους περιβαλλοντικούς κινδύνους, και (6) τους επαγγελματικούς και λοιπούς κινδύνους (WHO, 2009).

Συμπερασματικά, οι καθοριστές της υγείας αρχικά αποτελούνταν από ένα πολύ τυποποιημένο σύνολο, συμπεριλαμβάνοντας δείκτες θνησιμότητας και δίνοντας ιδιαίτερα έμφαση σε στατιστικά στοιχεία, όπως το προσδόκιμο ζωής, η βρεφική θνητότητα και ο επιπολασμός διάφορων νοσημάτων (Etches et al, 2006). Στο παρελθόν, η χρήση παρόμοιων μέτρων αντικατόπτριζε μία περισσότερο βιοϊατρική προσέγγιση της υγείας, σύμφωνα με την οποία η καλή υγεία θεωρούνταν μόνο ως η απουσία νόσου. Ωστόσο, σήμερα το σύνολο των επαγγελματιών υγείας, των ερευνητών και των εμπλεκόμενων φορέων αποδέχεται τη σημασία των κοινωνικών διαστάσεων της υγείας, αναδεικνύοντας παράλληλα τη σημασία της πρόληψης σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, δεδομένου μάλιστα πως ορισμένες από τις κοινωνικές διαστάσεις της υγείας δεν είναι τροποποιήσιμες από το ίδιο το άτομο.

2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Εκτός των γενικών καθοριστών της υγείας, οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται άμεσα με την υιοθέτηση θετικών ή αρνητικών συμπεριφορών για την υγεία από τα άτομα είναι ιδιαίτερης σημασίας για την αποτελεσματικότητα της πρόληψης. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, σήμερα οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου θνησιμότητας παγκοσμίως είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση (υπεύθυνη για το 13% των συνολικών θανάτων), το κάπνισμα (9%), τα υψηλά ποσοστά γλυκόζης στο αίμα (6%), η απουσία σωματικής άσκησης (6%) και η παχυσαρκία (5%). Οι κίνδυνοι αυτοί ευθύνονται για την αύξηση του κινδύνου των χρόνιων νοσημάτων, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο διαβήτης και ο καρκίνος, επηρεάζοντας το σύνολο των χωρών παγκοσμίως, ανεξαρτήτως της εκάστοτε εισοδηματικής κατηγορίας.

Σύμφωνα με στοιχεία της ίδιας έρευνας (WHO, 2012), οι σημαντικότεροι κίνδυνοι της επιβάρυνσης των ασθενειών, όπως αυτή υπολογίζεται με το δείκτη DALYs (Disability-Adjusted Life Years) είναι η μη ασφαλής σεξουαλική επαφή, η κατάχρηση αλκοόλ και μη ασφαλείς συνθήκες υγιεινής. Αξίζει να αναφερθεί πως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζει μοναδικές γεωγραφικές και δημογραφικές τάσεις, έχοντας ιδιαίτερη επιβάρυνση στον ανδρικό πληθυσμό στις χώρες της Αφρικής, στις χώρες μεσαίου εισοδήματος της Αμερικής και σε μερικές χώρες υψηλού εισοδήματος.

Σύμφωνα με τους Metcalf et al (2008), στις χώρες υψηλού εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την υγεία είναι οι εξής: (1) κάπνισμα, (2) κατανάλωση αλκοόλ, (3) υψηλή αρτηριακή πίεση, (4) υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, (5) παχυσαρκία και μη φυσιολογικό βάρος, (6) απουσία σωματικής άσκησης, (9) υψηλή χοληστερόλη, (10) κίνδυνοι στο χώρο εργασίας, (11) χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, (12) αστική ατμοσφαιρική ρύπανση, (13) ανεπάρκεια σιδήρου, (14) σεξουαλική κακοποίηση, (15) χρήση παράνομων ναρκωτικών, και (16) επισφαλής σεξουαλική επαφή.

Στην Ελλάδα, οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου αντανακλώνται και στις επιδημιολογικές εξελίξεις, δεδομένου ότι παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από καρδιοπάθειες, παθήσεις του εγκεφάλου και κακοήθη νεοπλασμάτα, τα οποία ευθύνονται για τα $\frac{3}{4}$ του συνόλου των θανάτων, καθώς και αύξηση της θνησιμότητας

από παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (Μπραουδάκης και συν, 2008). Είναι προφανές από τα παραπάνω δεδομένα πως οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για τα νοσήματα αυτά αποτελούν πλέον και κρίσιμους καθοριστές της δημόσιας υγείας, καθώς το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η ελλιπής σωματική άσκηση και ο τρόπος ζωής γενικά επιδεινώνουν το συνολικό επίπεδο υγείας του εγχώριου πληθυσμού. Σε επίπεδο δημόσιας υγείας, η επιτήρηση των καθοριστικών αυτών παραγόντων και η αντιμετώπιση των κοινωνικών (τρόπος ζωής, κάπνισμα, διατροφή, κατανάλωση αλκοόλ) και περιβαλλοντικών κινδύνων (έκθεση σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία, χημική μόλυνση) αποτελούν βασικά σημεία της πρόληψης υγείας.

Παράλληλα, βέβαια, με τις δράσεις που αναλαμβάνονται σε επίπεδο δημόσιας υγείας, η αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου απορρέει και από την ανάληψη ατομικών, θετικών και προληπτικών για την υγεία συμπεριφορών, όπως αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο. Υπό αυτό το πρίσμα, η εξεύρεση τρόπων πρόληψης ή περιορισμού των επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών αποτελούν βασικούς άξονες της πρόληψης υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Σήμερα, διάφορες καινοτόμες στρατηγικές έχουν αναπτυχθεί για την υποστήριξη της υιοθέτησης θετικών τέτοιων συμπεριφορών, όπως είναι η συνέντευξη παρακίνησης (“motivational interviewing”) και οι πρακτικές υπενθύμισης των συνεπειών των σχετικών με την υγεία κινδύνων (Hustad et al, 2010). Αξίζει να αναφερθεί μάλιστα πως στις ΗΠΑ ιδιαίτερα διαδεδομένη είναι η στρατηγική των προσομοιώσεων εικονικής πραγματικότητας για την ανάδειξη των κινδύνων που προέρχονται από την οδήγηση σε κατάσταση μέθης (Montgomery et al, 2006).

Συμπερασματικά, η πρόληψη της υγείας, η οποία επηρεάζεται τόσο από τους γενικούς καθοριστές της υγείας όσο και από τους επιμέρους παράγοντες κινδύνου, εκτείνεται σε δύο βασικούς άξονες. Από τη μία πλευρά, επηρεάζεται από τις προληπτικές στρατηγικές και πρακτικές που αναπτύσσονται σε επίπεδο δημόσιας υγείας από τους αντίστοιχους φορείς και από την άλλη πλευρά διαμορφώνεται από τις ατομικές συμπεριφορές για την υγεία, όπως είναι το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες και το εργασιακό άγχος. Βέβαια, καθίσταται προφανές πως οι δύο αυτοί άξονες αλληλεπικαλύπτονται. Για παράδειγμα, η έκθεση ενός ατόμου σε κινδύνους που απορρέουν από το εργασιακό άγχος επηρεάζεται τόσο από τις ατομικές του συμπεριφορές όσο και από τις γενικότερες πολιτικές προαγωγής της καλής υγείας στον εργασιακό χώρο.

2.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η προληπτική για την υγεία συμπεριφορά των ατόμων μπορεί να αξιολογηθεί με διάφορους τρόπους, είτε εκτιμώντας τις θετικές/αρνητικές συμπεριφορές είτε αξιολογώντας τους κινδύνους για την υγεία και τα αντίστοιχα μέσα αντιμετώπισής τους. Σε επίπεδο δημόσιας υγείας, η αξιολόγηση της πρόληψης αποτελεί μία αρκετά πολύπλοκη διαδικασία, η οποία εμπεριέχει στοιχεία που προέρχονται από αναλύσεις κόστους/οφέλους, αποτελεσματικότητας παροχής υπηρεσιών πρόληψης και μέτρησης της αντίστοιχης αποδοτικότητας. Σε ατομικό επίπεδο, η αξιολόγηση της υιοθέτησης και διατήρησης μίας προληπτικής συμπεριφοράς αφορά ουσιαστικά την εκτίμηση των αναλαμβανόμενων συμπεριφορών αναφορικά με διάφορους τομείς της προσωπικής υγείας, οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με τους αντίστοιχους κινδύνους, όπως είναι το κάπνισμα, η διατροφή, η σωματική άσκηση και η κατανάλωση αλκοόλ.

Σύμφωνα με τον Krampen (1996), η αξιολόγηση της προληπτικής για την υγεία συμπεριφοράς των ατόμων θα πρέπει να πραγματοποιείται μέσω συστηματικής αυτό-παρακολούθησης, αντανάκλασης και αυτό-προβληματισμού σχετικά με τις τρέχουσες συμπεριφορές στην καθημερινή ζωή. Επιπλέον, σημαντικά στοιχεία της αξιολόγησης είναι ο αυτό-προσδιορισμός και η αυτορυθμιζόμενη αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων για τη βελτίωση των στάσεων και συμπεριφορών απέναντι στους ακόλουθους τομείς: (1) τις διατροφικές συνήθειες, συμπεριλαμβανομένης της κατανάλωσης αλκοόλ, (2) την κατανάλωση καπνού και φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων συνταγογραφούμενης και μη φαρμακευτικής αγωγής, (3) της σωματικής άσκησης και της καλής φυσικής κατάστασης, (4) τις κοινωνικές επαφές και τις διαπροσωπικές σχέσεις, και (5) τις αντιδράσεις στο άγχος και τους τρόπους αντιμετώπισής του τόσο στην προσωπική όσο και στην εργασιακή ζωή.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, διάφορα εργαλεία μέτρησης διατίθενται για την αξιολόγηση της προληπτικής για την υγεία συμπεριφορά. Για παράδειγμα, η Κλίμακα Αξιολόγησης της Αξίας της Υγείας (Scale for the Assessment of Health Value) αποτελείται από 16 προτάσεις, οι οποίες επιδέχονται βαθμολόγησης (π.χ. «Πόσο σημαντική είναι για σένα η υγεία σου;» ή «Είναι καλύτερα να είναι φτωχός και υγιής παρά πλούσιος και άρρωστος») (Nentwig & Windemuth, 1992). Ένα ακόμα γνωστό εργαλείο μέτρησης είναι η Κλίμακα Εσωτερικού Ελέγχου της Ασθένειας και της Υγείας (Disease and Health Locus of Control Scale – KKG) (Lohaus & Schmitt,

1989), η οποία αξιολογεί τα εξής σημεία: (1) την εσωτερικότητα του ελέγχου της προσωπικής υγείας (π.χ. «Όταν φροντίζω τον εαυτό μου, δεν κάνω ποτέ παράπονα»), (2) την εξωτερικότητα του ελέγχου της προσωπικής υγείας (π.χ. «Όταν κάνω παράπονα για τη φροντίδα του εαυτού μου, ζητάω τη βοήθεια άλλων»), και (3) το ρόλο της τύχης στον έλεγχο της υγείας (π.χ. «Το αν αισθάνομαι καλά ή όχι δεν επηρεάζεται εύκολα»).

Επιπλέον, ένας ακόμη τρόπος αξιολόγησης της προληπτικής για την υγεία συμπεριφοράς των ατόμων είναι η εκτίμηση της 'συμπεριφοράς αναζήτησης της υγείας' ("health seeking behavior"), η οποία διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες, στη συμπεριφορά αναφορικά με τη χρήση των επίσημων υπηρεσιών υγείας και την αυτό-φροντίδα, και στη συμπεριφορά που αφορά τη διαδικασία επίτευξης καλής προσωπικής υγείας, συμπεριλαμβάνοντας τους τρόπους απόκρισης στην ασθένεια (Tipping & Segall, 1995). Σημαντικό στοιχείο στις μελέτες αυτές είναι η αξιολόγηση της τάσης των ατόμων να επισκέπτονται ανεπίσημα κανάλια παροχής υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι αυτή είναι μία συμπεριφορά υγείας που θα πρέπει να αποφεύγεται (Ahmed et al, 2001).

Υπό αυτό το πρίσμα, ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχει αξιολογήσει με διάφορα μέσα την προληπτική συμπεριφορά υγείας, μερικές εκ των οποίων διερευνούν τους τρόπους και τις διαδικασίες αναζήτησης της υγείας που σχετίζονται με την πρόληψη. Για παράδειγμα, ο Bedri (2001) εξετάζει τις συμπεριφορές γυναικών σχετικά με γυναικολογικά προβλήματα υγείας, βρίσκοντας πως αυτές ποικίλουν από την άμεση αναζήτηση επίσημων φορέων υγείας μέχρι την ολοκληρωτική αγνόηση των συμπτωμάτων και καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως η προληπτική συμπεριφορά εξαρτάται σημαντικά από τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων.

Οι Sheeran & Abraham (1996) κατηγοριοποιούν τις συμπεριφορές υγείας βάσει του ΜΠΥ, το οποίο αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, σε προληπτικές και επικίνδυνες, βάσει της αντίληψης του κινδύνου και της προσωπικής αξιολόγησης της κατάστασης υγείας. Επιπλέον, οι Normand & Bennett (1996) αξιολογούν την προληπτική συμπεριφορά σύμφωνα με το βαθμό εσωτερικού ελέγχου της υγείας ("health internal locus of control"), καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως τα άτομα που έχουν μεγαλύτερο αντιληπτό έλεγχο της υγείας τους είναι πιθανότερο να αναλαμβάνουν συμπεριφορές προαγωγής και πρόληψης υγείας. Ακόμη, άλλες

μελέτες έχουν προσπαθήσει να αξιολογήσουν τις εν λόγω συμπεριφορές χρησιμοποιώντας διάφορα θεωρητικά μοντέλα, όπως είναι η «θεωρία παρακίνησης της πρόληψης» (Protection Motivation Theory”) και η «θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς» (Theory of Planned Behavior) (Williamson, 2000).

Τέλος, ένας ακόμη τρόπος αξιολόγησης της πρόληψης είναι η εκτίμηση του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας αναφορικά με διάφορους τομείς της υγείας, όπως είναι η διατροφή, η σωματική άσκηση και η αντίσταση στο αλκοόλ ή το κάπνισμα, δεδομένου ότι ένα άτομο που θεωρεί τον εαυτό του ικανό να επιτυγχάνει επιθυμητά αποτελέσματα για την υγεία του είναι πιθανότερο να αναλαμβάνει και αντίστοιχες θετικές συμπεριφορές πρόληψης και προαγωγής της. Αντίστοιχες κλίμακες μέτρησης υπάρχουν για διάφορους τομείς της υγείας, όπως είναι ο έλεγχος του σωματικού βάρους (π.χ. «Μπορώ να επιμείνω στην κατανάλωση υγιεινών τροφών ακόμα και όταν δεν λαμβάνω επαρκή υποστήριξη από τους άλλους») (Bagozzi & Edwards, 1998), η επιθυμία τακτικής σωματικής άσκησης (π.χ. «Κάνω τις καθημερινές μου ασκήσεις ακόμα και όταν είναι κουρασμένος») (McAuley, 1993), η αντίσταση στην κατανάλωση αλκοόλ και καπνού (π.χ. «Μπορώ να ελέγξω τον εαυτό μου στο αλκοόλ ακόμα και σε ειδικές περιπτώσεις») (Rychtarik et al, 1992) και η παρακίνηση σε ζητήματα υγείας βάσει αξιολόγησης των αντίστοιχων κινδύνων (Renner et al, 2000).

2.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η εφαρμογή των παραπάνω εργαλείων και γενικότερα η αξιολόγηση της προληπτικής συμπεριφοράς υγείας αποτελούν ιδιαίτερα χρήσιμες πρακτικές στο πλαίσιο της προαγωγής υγείας των πληθυσμών, ιδιαίτερα σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Σήμερα, σύμφωνα με τις κατευθύνσεις του ΠΟΥ, η πρόληψη αποτελεί βασικό στοιχείο της προαγωγής υγείας, ενώ οι αντίστοιχες παρεμβάσεις αφορούν τις στοχευμένες δραστηριότητες που εφαρμόζονται σε μία προσπάθεια πρόληψης της ανάπτυξης των σύγχρονων ασθενειών, των προβλημάτων που αφορούν την ψυχική και ψυχολογική υγεία και των ατυχημάτων, με απώτερο στόχο την προαγωγή της δημόσιας υγείας (Krikwood, 2004).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο βασικός στόχος της πρόληψης είναι η αντιμετώπιση ή επιβράδυνση της εμφάνισης των νόσων και η προαγωγή όχι μόνο της υγείας αλλά και της ευημερίας των ατόμων, μέσω ενίσχυσης των ατομικών, κοινωνικών, οικονομικών

και φυσικών καθοριστικών παραγόντων και συμπεριφορών της υγείας (WHO, 2008). Δεδομένου, λοιπόν, πως οι ασθένειες είναι το αποτέλεσμα των δυναμικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ τρόπου ζωής, συνθηκών διαβίωσης, γενικότερων κοινωνικών λειτουργιών και ατομικών παραγόντων (φύλο, ηλικία, γενετικοί παράγοντες), καθίσταται προφανές πως η πρόληψη, τόσο σε επίπεδο υιοθέτησης αντίστοιχων θετικών για την υγεία συμπεριφορών όσο και σε σχέση με τις επίσημες πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται, αποτελεί ένα πολύπλοκο ζήτημα. Όπως σημειώνουν οι Boyce et al (2008), ένας από τους βασικότερους στόχους της προαγωγής υγείας είναι η αλλαγή των ατομικών συμπεριφορών, όπως αυτές αντανακλούνται στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων και σε όλα τα κοινωνικά πλαίσια που αυτοί διαβιούν.

Στο πλαίσιο αυτό, η αξιολόγηση των ατομικών προληπτικών συμπεριφορών είναι εξαιρετικής σημασίας για την προαγωγή υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού. Αυτό ισχύει διότι σε επίπεδο δημόσιας υγείας, το πρωταρχικό στάδιο σχεδιασμού των προληπτικών παρεμβάσεων βασίζεται στην αξιολόγηση των τάσεων υγείας σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, στη συσχέτιση μεταξύ των τάσεων αυτών και γνωστών και μετρήσιμων παραγόντων κινδύνου και στη θέσπιση συγκεκριμένων στόχων υγείας, όπως είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η ενίσχυση της ποιότητας ζωής ή η μείωση του επιπολασμού μίας νόσου.

Για παράδειγμα, η παρατήρηση της αύξησης του επιπολασμού των καρδιαγγειακών νοσημάτων στις δυτικές κοινωνίες συνδέεται άμεσα με την πρόσληψη τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε ακόρεστα λιπαρά και, άρα, η αξιολόγηση των προληπτικών συμπεριφορών αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διασύνδεση του παράγοντα αυτού κινδύνου με τα εν λόγω νοσήματα και τη μετέπειτα θέσπιση στόχων προαγωγής της δημόσιας υγείας (π.χ. ετήσια μείωση του επιπολασμού της νόσου κατά 0,3%). Σε μελέτη των Glasgow et al (2008) στις ΗΠΑ, αποδείχθηκε πως οι παρεμβάσεις υγείας που εστιάζουν στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών οδηγούν σε θετικότερες συμπεριφορές υγείας σε επιλεγμένους πληθυσμούς και υψηλότερο βαθμό παρακίνησης υιοθέτησης αντίστοιχων υγιεινών στρατηγικών.

Γενικότερα, η προαγωγή υγείας σχετίζεται άμεσα με την πρωτογενή πρόληψη, η οποία αφορά την πρόληψη των ασθενειών πριν αυτές εμφανιστούν, μέσω του

περιορισμού των αντίστοιχων κινδύνων και της αποτελεσματικής διαχείρισης των καθοριστικών παραγόντων υγείας. Έτσι, σύμφωνα με το ολοκληρωμένο πλαίσιο προαγωγής υγείας του ΠΟΥ (2008): (1) συγκεκριμένες στρατηγικές θα πρέπει να σχεδιάζονται, (2) λαμβάνοντας υπόψη τους καθοριστικούς για την υγεία παράγοντες (εισόδημα και κοινωνική κατάσταση, δίκτυα κοινωνικής στήριξης, εκπαίδευση, εργασιακό περιβάλλον, βιολογικοί και γεννητικοί παράγοντες, φυσικό περιβάλλον, πρακτικές και δεξιότητες διαχείρισης προσωπικής υγείας, παιδική υγεία, υπηρεσίες υγείας), στοχεύοντας σε διάφορες ομάδες ενδιαφέροντος (κοινωνία, κοινότητες, συστήματα υγείας, οικογένεια, άτομο), και, (3) αποσκοπώντας σε συγκεκριμένους στόχους (ενίσχυση δράσεων για την υγεία, οικοδόμηση ισχυρής πολιτικής δημόσιας υγείας, δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων υγείας, επαναπροσδιορισμός υπηρεσιών υγείας).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

3.1 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια, τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στο πεδίο της πρόληψης και προαγωγής υγείας, δεδομένων και των πιέσεων που υφίστανται στους προϋπολογισμούς και τις δαπάνες της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Ινστιτούτου Δεικτών Υγείας, η εκτίμηση για την παγκόσμια επιβάρυνση των μη μεταδοτικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των καρδιακών και εγκεφαλικών παθήσεων, του διαβήτη, του καρκίνου, των χρόνιων πνευμονολογικών παθήσεων, της οσφυαλγίας και της κακής ψυχικής υγείας, υπολογίζεται για τις χώρες της δυτικής, κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης σε ποσοστά της τάξης του 85%, 80% και 75%, αντίστοιχα (Institute of Health Metrics, 2013). Ομοίως, σύμφωνα με στοιχεία της ίδιας έρευνας, οι τραυματισμοί, ιδιαίτερα αυτοί που προέρχονται από αυτοκινητικά δυστυχήματα και οι αυτοτραυματισμοί, αντιστοιχούν σε ποσοστά 10%, 11% και 18% της συνολικής παγκόσμιας επιβάρυνσης.

Οι εξελίξεις αυτές της δημόσιας υγείας αναδεικνύονται και στο πλαίσιο της νέας πολιτικής υγείας και της στρατηγικής του ΠΟΥ (Ευρωπαϊκής Περιφέρειας), «Υγεία 2010» (WHO, 2013). Η νέα αυτή στρατηγική επικεντρώνεται στη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των πληθυσμών, τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, την ισχυροποίηση της δημόσιας υγείας και τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των αντίστοιχων συστημάτων. Ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο της νέας πολιτικής είναι πως η πρόληψη και προαγωγή της υγείας θα πρέπει να προσεγγίζεται ολιστικά, τόσο από την πλευρά της κοινωνίας όσο και από αυτήν του επίσημου κράτους πρόνοιας, τονίζοντας τη σημασία των δράσεων που αναλαμβάνονται πέρα από τα παραδοσιακά όρια των επίσημων συστημάτων υγείας.

Ένα βασικό ερώτημα για τους υπεύθυνους χάραξης της πολιτικής υγείας αφορά το βαθμό στον οποίο οι επενδύσεις που πραγματοποιούνται σε δράσεις προαγωγής και

πρόληψης μπορούν να αντιμετωπίσουν ορισμένους από τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου της υγείας. Σε γενικούς όρους, τα διαθέσιμα στοιχεία αποδεικνύουν πως τα προγράμματα προαγωγής και πρόληψης είναι ικανά να περιορίσουν σημαντικά τα προβλήματα υγείας των ευρωπαϊκών πληθυσμών, μειώνοντας παράλληλα τις δαπάνες της δημόσιας υγείας και το κόστος λειτουργίας των συστημάτων υγείας. Οι Lewis et al (2010) αναφέρουν πως οι επενδύσεις στα εν λόγω προγράμματα έχουν σημαντικές επιπτώσεις στο ευρύτερο κόστος της κακής υγείας, το οποίο προέρχεται από τα υψηλά ποσοστά απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας, το φτωχότερο μορφωτικό επίπεδο, τα υψηλά επίπεδα βίας και εγκληματικότητας και την πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω ασθένειας ή αναπηρίας.

Τα τελευταία 20 χρόνια ο όγκος και η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων πρόληψης έχει αυξηθεί σημαντικά, οδηγώντας την πλειοψηφία των χωρών να υιοθετήσουν επίσημες πολιτικές προαγωγής. Οι McDaid et al (2013) επισημαίνουν, μάλιστα, πως η κακή συμπεριφορά υγείας, λόγω της ανεπάρκειας των πολιτικών πρόληψης, μπορεί να έχει πολλές αρνητικές επιπτώσεις πέρα από το ίδιο το άτομο που την υιοθετεί, όπως για παράδειγμα ισχύει με τη βία που ασκείται σε άλλα μέλη της οικογένειας λόγω κατάχρησης αλκοόλ ή με τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος στους χώρους εργασίας. Βέβαια, η αιτιολογική βάση για την υιοθέτηση των συμπεριφορών αυτών είναι πολυεπίπεδη, καθώς αυτές μπορεί να οφείλονται σε εθισμό, έλλειψη πληροφόρησης, άστοχες πεποιθήσεις για την υγεία ή ακόμα και σε κοινωνικές ανισότητες.

Οι Merkur et al (2013), αναπτύσσοντας ένα πλαίσιο καλών πρακτικών πρόληψης και προαγωγής υγείας για τις χώρες της Ευρώπης, καταγράφουν τους σημαντικότερους τομείς δράσεις για την αντιμετώπιση των κυριότερων κινδύνων της υγείας, συμπεριλαμβανομένων της κατανάλωσης αλκοόλ, του καπνίσματος, της διατροφικής συμπεριφοράς, των προτύπων φυσικής άσκησης, της έκθεσης σε περιβαλλοντικούς κινδύνους, της κακής ψυχικής υγείας και των κινδύνων τραυματισμών. Μπορεί, λοιπόν, να υποστηριχθεί πως οι καλές πρακτικές που εντοπίζονται στο πεδίο της πρόληψης υγείας σήμερα, κυρίως σε επίπεδο δημόσιας πολιτικής, αφορούν ουσιαστικά τον περιορισμό των κινδύνων αυτών, στοχεύοντας παράλληλα στην ενημέρωση του πληθυσμού για την ανάληψη θετικών για την υγεία ατομικών συμπεριφορών.

Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί πως ως καλές πρακτικές της πρόληψης υγείας ορίζονται οι δράσεις, δραστηριότητες και παρεμβάσεις που λαμβάνουν συστηματικά υπόψη τις αξίες και τις αρχές της δημόσιας υγείας και υποστηρίζονται από την υπάρχουσα επιστημονική γνώση και από τη γνώση των εμπειρογνομώνων, αποσκοπώντας στη βελτιστοποίηση των θετικών επιπτώσεων της υγείας και στην ελαχιστοποίηση των αρνητικών (Rootman et al, 2001). Συνεπώς, οι καλές πρακτικές πρόληψης προσανατολίζονται σε μακροχρόνιο επίπεδο, στοχεύοντας σε αλλαγές των καθοριστών της υγείας, καθώς και σε τροποποιήσεις των προτύπων συμπεριφοράς και των γενικότερων περιβαλλοντικών συνθηκών, λαμβάνοντας υπόψη τις βασικές αξίες της προαγωγής υγείας, με σημαντικότερες την ισότητα, την κοινωνική ευθύνη και την ενδυνάμωση.

3.2 ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

3.2.1 Κάπνισμα

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους τομείς στόχευσης της πρόληψης υγείας, δεδομένου ότι προκαλεί περίπου 1.250.000 θανάτους ετησίως στην Ευρώπη (WHO, 2011). Αρχικά, η αύξηση των τιμών των τσιγάρων αποτελεί μία στρατηγική πρόληψης, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης του φόρου. Ο Townsend (2013) υπολογίζει πως μία μέση τιμή €5,5 ανά πακέτο στις χώρες της ΕΕ ή μία αύξηση του φόρου κατά 10% θα μπορούσε να οδηγήσει σε σημαντική μείωση της θνητότητας λόγω καπνίσματος. Επίσης, οι Parrott et al (2006) υποστηρίζουν πως ιδιαίτερα αποδοτικές είναι και οι στρατηγικές ενημέρωσης από ιατρούς και νοσηλευτές, καθώς και η θεραπεία με νικοτίνη.

Σε επίπεδο πληθυσμού, οι σημαντικότερες πρακτικές για την παύση του καπνίσματος αφορούν τις ενημερωτικές καμπάνιες μέσω ΜΜΕ, οι οποίες στοχεύουν στην αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς, καθώς και την απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού, η οποία έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική. Παραδειγματικά, η απαγόρευση διαφήμισης στη Νέα Ζηλανδία υπολογίζεται πως έχει μειώσει την αντίστοιχη κατανάλωση κατά 5,5% (Department of Health, 1992), ενώ οι Saffer & Chaloupka (1999) εκτιμούν πως μειώνει την κατανάλωση κατά μέσο όρο περίπου 7%, σημειώνοντας ωστόσο πως η μερική απαγόρευση έχει μικρή ή καθόλου

επίδραση, καθώς οι καπνοβιομηχανίες βρίσκουν εναλλακτικά κανάλια προώθησης, εξίσου αποτελεσματικά με τα παραδοσιακά μέσα.

Επιπλέον, διαδεδομένες δράσεις πρόληψης περιλαμβάνουν την ειδική επισήμανση και την επιβολή περιορισμών σε δημόσιους χώρους, οι οποίες μάλιστα συχνά επιφέρουν και σημαντική εξοικονόμηση στις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με το Hammond (2011), οι προειδοποιητικές ετικέτες στις συσκευασίες τσιγάρων αποτελούν ένα από τα αποτελεσματικότερα μέσα πρόληψης και επικοινωνίας με τους καταναλωτές, ενώ οι Hopkins et al (2010) εκτιμούν πως η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους οδηγεί σε μείωση του καπνίσματος από 3,4 έως 6,4%.

Επίσης, σε μερικές χώρες έχει καταγραφεί μείωση των θανάτων από καρδιακές νόσους μετά από την εισαγωγή νομοθεσίας απαγόρευσης του καπνίσματος, ενώ έχει αποδειχθεί πως η αποτελεσματικότερη πρακτική για τον περιορισμό του στους νέους είναι η μείωσή του στους ενήλικες, μέσω μηχανισμών αυξήσεων τιμών και άλλων αντικαπνιστικών πολιτικών (Chisholm et al, 2006). Ωστόσο, ως βέλτιστες πρακτικές πρόληψης του καπνίσματος θεωρούνται οι συνδυασμένες δράσεις όλων των προαναφερθεισών στρατηγικών, οι οποίες μάλιστα υποστηρίζονται και από παράλληλες ενέργειες, όπως είναι οι κυβερνητικές πολιτικές για τη λειτουργία της καπνοβιομηχανίας.

3.2.2 Αλκοόλ

Η κατάχρηση αλκοόλ έχει σημαντικό κοινωνικό κόστος, εκτός των επιπτώσεών της στην υγεία, μειώνοντας τα επίπεδα προσωπικής ασφάλειας, την παραγωγική απασχόληση και τη διάρκεια του ατομικού εκπαιδευτικού κύκλου. Το 2004, 138.000 θάνατοι από αλκοόλ καταγράφηκαν στην ΕΕ, εκ των οποίων οι 7.700 αντιστοιχούσαν σε άτομα εκτός του ίδιου του χρήστη, προκαλώντας απώλειες στο ΑΕΠ των χωρών περίπου 2,3%, κυρίως λόγω μειωμένης παραγωγικότητας (Rehm et al, 2012). Η κοινωνική διάσταση της κατανάλωσης αλκοόλ αναδεικνύεται και από το γεγονός ότι σε δεδομένο επίπεδο κατανάλωσης, τα άτομα χαμηλότερων εισοδημάτων έχουν τριπλάσια πιθανότητα να χάσουν τη ζωή τους σε σχέση με άτομα ανώτερων εισοδημάτων.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι τρεις σημαντικότερες στρατηγικές πρόληψης στο πεδίο αυτό, οι οποίες μάλιστα αντιμετωπίζουν και τις στρεβλώσεις της αγοράς (π.χ. συμμετοχή ανηλίκων στο καταναλωτικό κοινό) είναι η αύξηση των τιμών, οι περιορισμοί στη διαθεσιμότητα και οι διαφημιστικές απαγορεύσεις (WHO, 2011). Οι Lai et al (2007) αποδεικνύουν πως η αύξηση των τιμών σχετίζεται με σημαντική μείωση των αρνητικών επιδράσεων που προέρχονται από την κατανάλωση αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης της θνητότητας, του κόστους για τα συστήματα υγείας και δικαιοσύνης και της απώλειας παραγωγικότητας. Επίσης, οι Osterberg et al (2012) βρίσκουν πως η μείωση της διαθεσιμότητας, μέσω περιορισμού της διάθεσης αλκοόλ κατά δύο μόνο ώρες, μπορεί να μειώσει σημαντικά τον αντίστοιχο κίνδυνο που σχετίζεται με τις επιπτώσεις στην υγεία, τους τραυματισμούς, τα περιστατικά βίας και την εγκληματικότητα.

Το ίδιο συμβαίνει και με τις απαγορεύσεις διαφήμισης, καθώς έχει πρόσφατα καταγραφεί πως η προώθηση του αλκοόλ μέσω των κοινωνικών δικτύων (Facebook, Twitter) ενθαρρύνει τους νέους να αρχίσουν το ποτό, καθώς και πως η παρακολούθηση μίας ταινίας με αρκετές σκηνές που περιέχουν αλκοολοποσία μπορεί να διπλασιάσει την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται (Engels et al, 2009). Γενικότερα, μία καλή πρακτική πρόληψης από την κατάχρηση αλκοόλ αφορά τις συνδυαστικές στρατηγικές σε επίπεδο δημόσιας υγείας, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν διάφορα μέτρα, από τα αλκοτέστ σε οδηγούς μέχρι την εισαγωγή ρυθμίσεων στην αντίστοιχη βιομηχανία, όπως είναι η επιβολή ανώτατων ορίων περιεκτικότητας αλκοόλ στα ποτά.

3.2.3 Απουσία σωματικής άσκησης

Οι πολιτικές πρόληψης για την προώθηση της σωματικής άσκησης συνήθως στοχεύουν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης χρόνιων παθήσεων, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας. Οι ενημερωτικές εκστρατείες μέσω ΜΜΕ έχουν αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές αναφορικά με την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας σε στοχευόμενους πληθυσμούς. Αυξημένης αποτελεσματικότητας είναι και παρεμβάσεις στα σχολεία, ειδικά όταν συνδυάζουν ενημερωτικές δράσεις για οφέλη της άσκησης και ενέργειες παροχής αυξημένων ευκαιριών σωματικής δραστηριότητας. Οι Lee et al (2008) επισημαίνουν πως μία

καλή πρακτική στα σχολεία είναι η ενθάρρυνση της χρήσης ποδηλάτου για τις μετακινήσεις.

Επιπλέον, οι παρεμβάσεις σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν θετικά αποτελέσματα στα αναφερόμενα επίπεδα σωματικής άσκησης, ενώ παράλληλα συνδέονται και με βελτιώσεις άλλων δεικτών υγείας, όπως η πίεση ή το λιπιδικό προφίλ. Οι Williams et al (2007) επίσης υποστηρίζουν πως τα προγράμματα προαγωγής υγείας στο χώρο εργασίας είναι ιδιαίτερα χρήσιμα, συμπεριλαμβάνοντας δράσεις που σχετίζονται με την προώθηση της ενεργούς μεταφοράς (περπάτημα ή χρήση ποδηλάτου από/προς την εργασία), την παροχή επαρκών εγκαταστάσεων (π.χ. ντους), την παροχή κινήτρων ή εκπτώσεων σε γυμναστήρια και άλλα προγράμματα αγωγής υγείας και ετήσιων ελέγχων (τσεκ απ).

Ακόμη, καλές πρακτικές θεωρούνται και οι δράσεις προώθησης του συνόλου των ενεργών μετακινήσεων, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την ενθάρρυνση της ποδηλασίας, περιλαμβάνοντας εκπαιδευτικές δράσεις σε θέματα υγείας και άλλες τροποποιήσεις στις υποδομές (ποδηλατόδρομοι, εκτός δρόμου διαδρομές). Γενικότερα, οι παρεμβάσεις στις κοινότητες που ενσωματώνουν ένα ευρύ φάσμα δράσεων προσβάσιμες σε όλα τα άτομα επιδρούν θετικά στην προώθηση της σωματικής άσκησης.

Παραδειγματικά, τα προγράμματα παροχής βηματομέτρων είναι ιδιαίτερα δημοφιλή τα τελευταία χρόνια, λόγω του χαμηλού κόστους των συσκευών που παρέχουν παράλληλα το πλεονέκτημα της αντικειμενικής μέτρησης των επιπέδων άσκησης, και έχουν βρεθεί πως είναι αρκετά αποτελεσματικά στην προώθηση της σωματικής άσκησης σε παιδιά και ενήλικες (Lubans et al, 2009). Τέλος, η οργάνωση ομάδων για περπάτημα σε τοπικό επίπεδο ή άλλες παρεμβάσεις για άτομα που μένουν σε απομακρυσμένες περιοχές (π.χ. τηλε-γυμναστική μέσω διαδικτύου) αποτελούν καλές πρακτικές πρόληψης αναφορικά με την αντιμετώπιση των κινδύνων που προέρχονται από την απουσία σωματικής άσκησης.

3.2.4 Διατροφικές συνήθειες

Το ζήτημα της διατροφής είναι εξαιρετικά σημαντικό στο πεδίο της πρόληψης υγείας σήμερα, καθώς η ανθυγιεινή διατροφή, ιδίως σε ότι αφορά την υπερβολική κατανάλωση αλατιού, λίπους και τροφίμων χαμηλής θρεπτικής αξίας και την

περιορισμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, συμβάλει καίρια στην αύξηση του επιπολασμού μίας σειράς χρόνιων μη μεταδοτικών ασθενειών, οι οποίες στον ευρωπαϊκό χώρο επιβάλλουν σημαντικές επιβαρύνσεις στα συστήματα υγείας, την οικονομία και την κοινωνία στο σύνολό της. Τα προηγούμενα χρόνια η πιο διαδεδομένη στρατηγική πρόληψης στο πεδίο αυτό ήταν οι ενημερωτικές εκστρατείες, οι οποίες ωστόσο σήμερα θεωρούνται πως έχουν περιορισμένες ουσιαστικές επιδράσεις στην ανάληψη υγιεινών διατροφικών συνηθειών (Sassi, 2010).

Σήμερα, ιδιαίτερα διαδεδομένες είναι οι στρατηγικές ενημέρωσης που στοχεύουν στην προώθηση συγκεκριμένων διατροφικών προτύπων, εστιάζοντας στην κατανάλωση τροφών που είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε αλάτι και κορεσμένα λιπαρά. Επίσης, ιδιαίτερα αποτελεσματικές είναι οι ενημερωτικές εκστρατείες στο χώρο εργασίας, ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται από τροποποιήσεις στο χώρο εστίασης των εταιριών, (Ha & Chisholm, 2011), καθώς και τα σχολικά προγράμματα προώθησης υγιεινής διατροφής, τα οποία συνήθως συνδυάζουν σε εθνικό επίπεδο διάφορες δράσεις. Για παράδειγμα, οι Magnus et al (2009) αναφέρουν ως καλή πρακτική την περίπτωση της Αυστραλίας, όπου η υποχρεωτική αύξηση της διαθεσιμότητας φρούτων και λαχανικών στα σχολεία συνδυάζεται με απαγόρευση της τηλεοπτικής διαφήμισης ορισμένων τροφίμων σε συγκεκριμένες ώρες, στοχεύοντας στην αλλαγή ολόκληρης της «αρχιτεκτονικής» των διατροφικών επιλογών.

Τέλος, μία από τις σημαντικότερες καλές πρακτικές στο πεδίο αυτό σήμερα είναι η σήμανση των συσκευασμένων τροφίμων με διατροφικές ετικέτες και καταλόγους θρεπτικών συστατικών, η οποία μάλιστα θα είναι υποχρεωτική στην ΕΕ από το Δεκέμβριο του 2016 (European Commission, 2011). Στο πλαίσιο αυτό, εναλλακτικές στρατηγικές περιλαμβάνουν την επιβολή ανώτατων και κατώτατων ορίων ορισμένων θρεπτικών συστατικών για συγκεκριμένα τρόφιμα, την ειδική επισήμανση (πράσινο «τικ») για τρόφιμα χαμηλής περιεκτικότητας σε αλάτι, την επιβολή φόρων στο «έτοιμο φαγητό» και την εισαγωγή ρυθμίσεων στην παρασκευή τροφών.

3.2.5 Τραυματισμοί και αυτοκινητικά ατυχήματα

Οι τραυματισμοί που προέρχονται από ατυχήματα στο δρόμο αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους κινδύνους για την υγεία, αντιστοιχώντας σε μεγάλα ποσοστά

περιστατικών θανάτου και αναπηρίας. Αν και τα τελευταία χρόνια έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στο θέμα της οδικής ασφάλειας, σε έρευνα των Zambon et al (2009) καταγράφεται πως πάνω από 120.000 άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο στην ΕΕ από αυτοκινητικά ατυχήματα, ενώ οι τραυματισμοί που συμβαίνουν στους δρόμους αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία θανάτου για παιδιά και νέους ενήλικες ηλικίας 5 έως 29 ετών, με το 39% των τραυματισμών να αφορούν πεζούς, ποδηλάτες και μοτοσικλετιστές.

Ως μέτρα πρόληψης στο πεδίο αυτό θεωρούνται μέτρα αποσυμφόρησης της κυκλοφορίας (κλείσιμο δρόμων, δημιουργία νησίδων, πρόσθετες διαβάσεις πεζών, περιορισμοί στις στροφές, δημιουργία ζωνών ήπιας κυκλοφορίας, μείωση διασταυρώσεων) και θέσπισης ορίων ταχύτητας ακόμα και με φυσικά μέτρα (π.χ. σαμαράκια). Για παράδειγμα, στη Σουηδία η δημιουργία κυκλικών κόμβων σε επικίνδυνες διασταυρώσεις έχει αποδειχθεί πως έχει συμβάλει καιρία στη μείωση του κινδύνου ατυχημάτων (Elvik et al, 2009), ενώ οι διαφημιστικές εκστρατείες για τη χρήση ζώνης ασφαλείας θεωρούνται ένα από τα αποτελεσματικότερα τέτοια μέτρα, μειώνοντας σημαντικά τον κίνδυνο θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού (Cummins et al, 2011). Μία καλή πρακτική είναι επίσης και η χρήση παιδικού καθίσματος. Οι Kedikoglou et al (2005) παρουσιάζουν ένα πρόγραμμα δανεισμού παιδικού καθίσματος σε οικογένειες που οργανώθηκε μέσω ενός δημόσιου νοσοκομείου στην Αθήνα, καταγράφοντας σημαντική εξοικονόμηση κόστους για το σύστημα υγείας.

Επιπλέον, άλλες καλές πρακτικές περιλαμβάνουν διαφημιστικές εκστρατείες για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, την αύξηση των νόμιμων ηλικιακών ορίων κατανάλωσης αλκοόλ από τα 18 στα 21 έτη στην Αυστραλία, την υποχρεωτική χρήση ενδείξεων χρήσης αλκοόλ σε επαγγελματικά οχήματα στη Σουηδία και σε όλα τα οχήματα στην Αυστραλία και την επιβολή περιορισμών οδήγησης σε νυχτερινές ώρες για άτομα ηλικίας κάτω των 19 ή άνω των 65 (Magnusson et al, 2011). Επιπλέον, η μελέτη των Taylor & Scuffham (2002) αποδεικνύει πως η υποχρεωτική χρήση κράνους για τους ποδηλάτες συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του κινδύνου ατυχημάτων. Συνολικά, οι καλές πρακτικές στο ζήτημα της πρόληψης οδικών ατυχημάτων συμπεριλαμβάνουν στρατηγικές οδικής ασφάλειας, οι οποίες θα πρέπει να συνδυάζονται με μία σειρά δράσεων σε διάφορα επίπεδα, όπως είναι οι τροποποιήσεις των οχημάτων, η αυστηρότερη νομοθεσία, οι εισαγωγή ρυθμίσεων

στην οδοποιία και οι ενημερωτικές εκστρατείες μέσω MME και πρωτοβάθμιας φροντίδας.

3.2.6 Ψυχική υγεία

Παγκοσμίως, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί τη δεύτερη σημαντικότερη αιτία της αναπηρίας, επηρεάζοντας πάνω από 150 εκατομμύρια ατόμων και προκαλώντας τεράστια κόστη στα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με έρευνα των Olesen et al (2012), το κόστος της μείζονος κατάθλιψης σε 30 ευρωπαϊκές χώρες αγγίζει να \$113 εκατομμύρια, καθώς τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο κάνουν συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και απουσιάζουν συχνότερα από την εργασία τους. Τα τελευταία χρόνια, διάφορες στρατηγικές πρόληψης έχουν αναπτυχθεί για την αντιμετώπιση της κακής ψυχικής υγείας, στοχεύοντας σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Στην παιδική ηλικία, οι καλές πρακτικές πρόληψης εστιάζουν την προώθηση της συναισθηματικής υγείας, με σκοπό την αντιμετώπιση συμπεριφορικών προβλημάτων που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μίας ψυχικής νόσου στην ενήλικη ζωή (Mihalopoulos et al, 2012). Οι αντίστοιχες παρεμβάσεις επικεντρώνονται τόσο στα ίδια τα παιδιά όσο και στους γονείς τους, συμπεριλαμβάνοντας και σχολικές δράσεις. Ιδιαίτερα διαδεδομένες είναι και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις για την πρόληψη της κατάθλιψης σε εφήβους σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, ιδιαίτερα σε αυτούς των οποίων οι γονείς πάσχουν από καταθλιπτικές διαταραχές. Επιπλέον, οι νέες μητέρες αποτελούν μία ακόμα ομάδα-στόχο της πρόληψης της ψυχικής υγείας, καθώς η επιλόχεια κατάθλιψη συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας, οικογενειακού άγχους, διαζυγίων και κακοποίησης ή παραμέλησης των παιδιών (Bauer et al, 2011). Μία καλή πρακτική στην περίπτωση αυτή είναι η δωρεάν επίσκεψη στο σπίτι από ψυχολόγους, σε συνδυασμό με ακόλουθη θεραπεία.

Εξαιρετικά αποτελεσματικές είναι και παρεμβάσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας, μέσω εφαρμογής προγραμμάτων εργασιακής ευημερίας, περιλαμβάνοντας διάφορες ενέργειες, όπως τα ευέλικτα ωράρια εργασίας, η εργασία από το σπίτι και άλλα προγράμματα ανταμοιβών και παρακίνησης. Οι McDaid et al (2011) αναφέρουν πως η προώθηση των παρεμβάσεων σε επίπεδο πολιτικής της δημόσιας υγείας μπορούν να διευκολυνθούν, καθώς συμβάλλουν και στη μείωση του

κόστους των επιχειρήσεων, λόγω της μείωσης του ποσοστού απουσιών και της ενίσχυσης της παραγωγικότητας. Ομοίως, για τους ηλικιωμένους καλές πρακτικές πρόληψης περιλαμβάνουν την τακτική συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες, όπως μαθήματα γυμναστικής ή ψυχοκοινωνικής θεραπείας. Γενικότερα στους ενήλικες, έχει αποδειχθεί πως ιδιαίτερα αποτελεσματικές είναι οι παρεμβάσεις που οργανώνονται σε μορφή αυτοβοήθειας με ελάχιστη καθοδήγηση από ειδικό θεραπευτή, όπως και διάφορα προγράμματα “e-health”, μέσω των οποίων μπορούν να επικοινωνήσουν διαδικτυακά με ειδικούς επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας (Warmerdam et al, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ως έρευνα νοείται η εμπειρική εργασία που διεξάγεται σε συνεχή βάση με στόχο τη δημιουργία νέας γνώσης, ενώ σε πιο συγκεκριμένα, η επιστημονική έρευνα είναι μία δομημένη, συνεχής και εμπειριστατωμένη διερεύνηση ενός θέματος με στόχο την εξεύρεση απαντήσεων για το θέμα που διερευνάται (Kotler et al, 1999). Με βάση τα χαρακτηριστικά κάθε του θέματος προς επίλυση επιλέγεται και η ανάλογη ερευνητική μεθοδολογία που θα χρησιμοποιηθεί. Οι μέθοδοι έρευνας διαχωρίζονται σε συνεχείς ή ad hoc, σε ποσοτικές ή ποιοτικές, σε πρωτογενείς ή δευτερογενείς και σε γενικής ή περιορισμένης χρήσης (Middleton & Clarke, 2001).

Η βιβλιογραφική επισκόπηση που προηγήθηκε είχε ως σκοπό την καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης αναφορικά με την πρόληψη της υγείας γενικά, τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία και την πρόληψη υγείας στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας. Σκοπός του εμπειρικού μέρους της μελέτης είναι η στατιστική επεξεργασία ερωτηματολογίων και η συλλογή πρωτογενών δεδομένων με στόχο την απάντηση ερωτημάτων και την επαλήθευση ή όχι διαπιστώσεων σχετικών με την πρόληψη της υγείας τους από εργαζόμενους στο χώρο της υγείας. Για την αποτύπωση της πραγματικότητας και την πραγματοποίηση των προαναφερθέντων στόχων είναι ανάγκη να τεθούν εκ των προτέρων μια σειρά από ερευνητικά ερωτήματα τα οποία θα βοηθήσουν στην ανάλυση των ζητημάτων της παρούσας μελέτης, κατευθύνοντας την έρευνα. Έτσι, ουσιαστικά η παρακάτω έρευνα στοχεύει:

- Να διερευνήσει το βαθμό που οι ερωτηθέντες λαμβάνουν προληπτικά μέτρα για τη διατήρηση της καλής υγείας τους
- Να αποσαφηνίσει τους προσδιοριστικούς παράγοντες που ωθούν τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας να προβαίνουν σε προληπτικές ενέργειες για τη διατήρηση της καλής υγείας τους

- Να αξιολογήσει τους παράγοντες που επιδρούν στην διατήρηση της καλής σωματικής υγείας των ερωτηθέντων
- Να σκιαγραφήσει τους παράγοντες που επιδρούν στην διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας των ερωτηθέντων

Τα αποτελέσματα της στατιστικής μελέτης αξιολογούνται κριτικά ώστε να εξαχθούν τα ανάλογα συμπεράσματα που θα χρησιμοποιηθούν στη διατύπωση προτάσεων.

4.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΠΕΔΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

Είναι κοινώς αποδεκτό πως η πληρότητα της μεθοδολογίας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επιτυχία μιας επιστημονικής έρευνας, καθώς ο βαθμός στον οποίο μια έρευνα θα είναι επιτυχής εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τις μεθόδους που θα ακολουθηθούν (Σταμέλος & Δακοπούλου, 2007). Βεβαίως, δεν υπάρχει η «τέλεια» μέθοδος, καθώς κάθε μια παρουσιάζει τα δικά της πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (Javeau, 1970). Σε κάθε περίπτωση, διαφορετικοί μέθοδοι συμπληρώνουν η μια την άλλη, απαντώντας σε ερευνητικά ερωτήματα που αναφέρονται σε διαφορετικές πτυχές ή διαστάσεις του ίδιου φαινομένου, αυξάνοντας έτσι την κατανόηση και ερμηνεία του (Morse, 2000). Στην συγκεκριμένη μελέτη και μέσα από τη σύνδεση του θεωρητικού πλαισίου ανάλυσης με το πρακτικό μέρος της έρευνας, χρησιμοποιούνται μέθοδοι ποσοτικής (quantitative) έρευνας, με απώτερο στόχο την όσο το δυνατόν πληρέστερη μελέτη του θέματος.

Για τη διεξαγωγή της ποσοτικής έρευνας, χρησιμοποιήθηκε η έρευνα με ερωτηματολόγιο, μια από τις πλέον διαδεδομένες μεθόδους για τη συλλογή πρωτογενών στοιχείων (Javeau, 1970).

Η επιλογή της ποσοτικής έναντι της ποιοτικής προσέγγισης, προτιμήθηκε διότι παρουσιάζει το πλεονέκτημα να μην υπόκειται σε σφάλματα δειγματοληψίας, επιτρέποντας την άντληση στατιστικών δεδομένων μεγάλου εύρους (Ρόντος & Παπάνης, 2006; Javeau, 1970).

Η συλλογή στοιχείων μέσω ερωτηματολογίου έχει κάποια πλεονεκτήματα και κάποια μειονεκτήματα, τα οποία και αναφέρονται πιο κάτω.

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης ερωτηματολογίων είναι ότι η παρούσα μέθοδος χρησιμοποιείται σε όλες τις καταστάσεις, έχει χαμηλό κόστος και τα αποτελέσματα της είναι γρήγορα. Αντιθέτως όμως αυτή η μέθοδος συλλογής στοιχείων έχει και κάποια αρνητικά.

Καταρχήν αρκετοί αρνούνται να απαντήσουν, δευτερευόντως κάποιοι έστω και αν θέλουν δεν μπορούν να απαντήσουν, είτε γιατί είναι δύσκολη η ερώτηση, είτε διότι δεν αντιλαμβάνονται ακριβώς το νόημα της. Τέλος το τρίτο μειονέκτημα αναφέρεται στην ίδια την επικοινωνία. Οι ερωτώμενοι συχνά δίνουν απαντήσεις που δεν είναι αληθινές, επί παραδείγματι απαντήσεις που ξέρουν ότι θα ευχαριστήσουν αυτόν που ερωτά.

Παρόλα τα μειονεκτήματα που έχει το ερωτηματολόγιο, μπορούν να μειωθούν σημαντικά, αν δοθεί η πρέπουσα προσοχή σε όλα τα στάδια της προετοιμασίας του.

Υπάρχουν διαφόρων ειδών ερωτήσεις που μπορούν να διατυπωθούν κατά την διάρκεια μιας συνέντευξης μέσω ερωτηματολογίου. Συνήθως οι ερωτήσεις είναι ανοιχτού και κλειστού τύπου.

Στις ανοιχτές ερωτήσεις, ο ερωτώμενος διατυπώνει την γνώμη και την θέση του πάνω σε προκαθορισμένο θέμα, χωρίς να τίθενται συγκεκριμένοι όροι διατύπωσης απόψεων. Ο τρόπος αυτός της συνέντευξης ρίχνει άπλετο φως στο πώς σκάφτεται ο ερωτώμενος και έτσι οι πληροφορίες που παίρνει ο ερευνητής είναι ιδιαίτερα χρήσιμες. Οι μόνοι περιορισμοί που τίθεται αναφέρονται στο μέγεθος των απαντήσεων και φυσικά στην επεξεργασία τους που είναι ιδιαίτερα δύσκολη.

Στις κλειστές ερωτήσεις ο ερωτώμενος καλείτε να απαντήσει σε προκαθορισμένες απαντήσεις από τον ερωτώμενο. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου είναι συνήθως τις παρακάτω μορφής (Κυριαζή, 1999):

- Διχοτομημένες (Ναι/ Όχι).
- Πολλαπλών επιλογών (Multiple choice).
- Κλίμακα Likert.
- Κλίμακα βαρύτητας
- Κλίμακα Rating

Οι δυο τελευταίες μορφές είναι ερωτήσεις κλίμακας και είναι ιδιαίτερα εύκολες στην επεξεργασία τους.

Το ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε ως βασικό μεθοδολογικό εργαλείο στο στάδιο της ποσοτικής έρευνας καθώς παρουσιάζει μια σειρά πλεονεκτημάτων. Πιο συγκεκριμένα, η δυνατότητα συλλογής στοιχείων από σχετικά μεγάλο αριθμό ατόμων για τα ίδια θέματα και συνεπώς η συγκρισιμότητα, η δυνατότητα ποσοτικοποίησης και στατιστικής ανάλυσης των στοιχείων που συλλέγονται, καθιστούν το ερωτηματολόγιο το κύριο εργαλείο της ποσοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες (Σταμέλος & Δακοπούλου, 2007).

4.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου υλοποιήθηκε λαμβάνοντας υπόψη την προϋπάρχουσα σχετική βιβλιογραφία, τους αντικειμενικούς σκοπούς της έρευνας και τα βασικά συμπεράσματα από την ποιοτική έρευνα που προηγήθηκε. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε διάφορους τύπους ερωτήσεων όπως: ερωτήσεις τύπου «Ναι» και «Όχι», ερωτήσεις ονομαστικού τύπου και ερωτήσεις κλίμακας Likert. Καταβλήθηκε προσπάθεια, να μην είναι μακροσκελής και περίπλοκο, έτσι ώστε να μην αισθανθούν οι ερωτώμενοι ότι κουράζονται από εξαντλητικού είδους έρευνα (Cohen et al, 2007).

Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε 2 επί μέρους θεματικούς άξονες, περιλαμβάνοντας 36 συνολικά ερωτήσεις. Ο πρώτος θεματικός άξονας, με 5 ερωτήσεις ονομαστικού τύπου και μια ανοικτού τύπου αριθμητική ερώτηση περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τα δημογραφικά, στοιχεία των ερωτώμενων. Ο δεύτερος θεματικός άξονας που αναφέρεται στο πεδίο της πρόληψης της υγείας των ερωτηθέντων καλύπτοντας τους παράγοντες της γενικής ασφάλειας και πρόληψης, της στοματικής υγιεινής, της διαχείρισης του άγχους, της φυσικής δραστηριότητας και πρόληψης, του καπνίσματος, της σεξουαλικής ζωής και της διατροφής. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις, με 25 εξ αυτών να προσδιορίζονται μέσω απαντήσεων 5βάθμιας κλίμακας Likert και τις υπόλοιπες 5 μέσω διχοτομικών απαντήσεων.

4.4 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Το τελικό στάδιο της έρευνας με χρήση ερωτηματολογίου, διήρκεσε 3 εβδομάδες, από 4/11/2013 έως 22/11/2013 και διενεργήθηκε με τη μέθοδο των προσωπικών συνεντεύξεων. Συνολικά, συγκεντρώθηκαν 174 ερωτηματολόγια με τη χρήση της μεθόδου απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από εργαζόμενους στο χώρο της υγείας στην περιοχή της Μακεδονίας και συγκεκριμένα στο Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας που λειτουργεί στους νομούς Θεσσαλονίκης, Πέλλας, Πιερίας, Κιλκίς, Ημαθίας και Χαλκιδικής. Μετά τη διεκπεραίωση των συνεντεύξεων και τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, διενεργήθηκε έλεγχος για την πληρότητα, τη συνέπεια και την αληθοφάνεια των απαντήσεων, οι οποίες κωδικοποιήθηκαν και μεταφέρθηκαν σε ειδικά διαμορφωμένη κοινωνιολογική μήτρα του στατιστικού πακέτου για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 20.0.. Οι μεταβλητές της έρευνας ανήλθαν σε συνολικό αριθμό στις 36 (όσες και οι ερωτήσεις του ερευνητικού εργαλείου).

Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική προκειμένου να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα όσον αφορά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα εργαζομένων στις ερωτήσεις που προσδιορίζονται από το ερωτηματολόγιο και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται μέσω διαγραμμάτων και βασικών μέτρων περιγραφικής στατιστικής.

Τέλος, χρησιμοποιούνται οι στατιστικοί έλεγχοι χ^2 , t-test για ανεξάρτητα δείγματα και One Way ANOVA καθώς και ο συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson για την διενέργεια ελέγχων υποθέσεων και συσχέτισεων σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

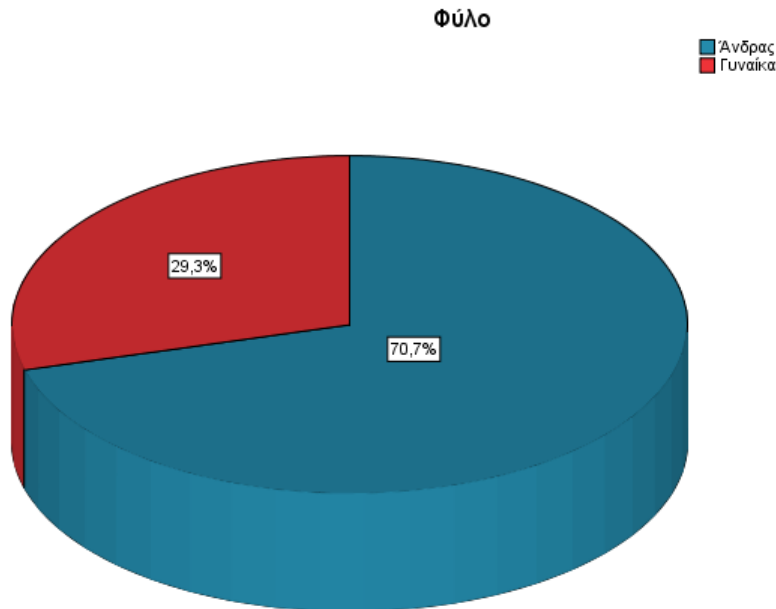
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

Ξεκινώντας την παράθεση των περιγραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος της έρευνας αρχικά παρατηρείται ότι αυτό αποτελείται κατά 70,7% από άνδρες και κατά 29,3% από γυναίκες, με τη μέση ηλικία των ερωτηθέντων να ισούται με $44,6 \pm 6,7$ έτη.

Γράφημα 1: Φύλο ερωτηθέντων

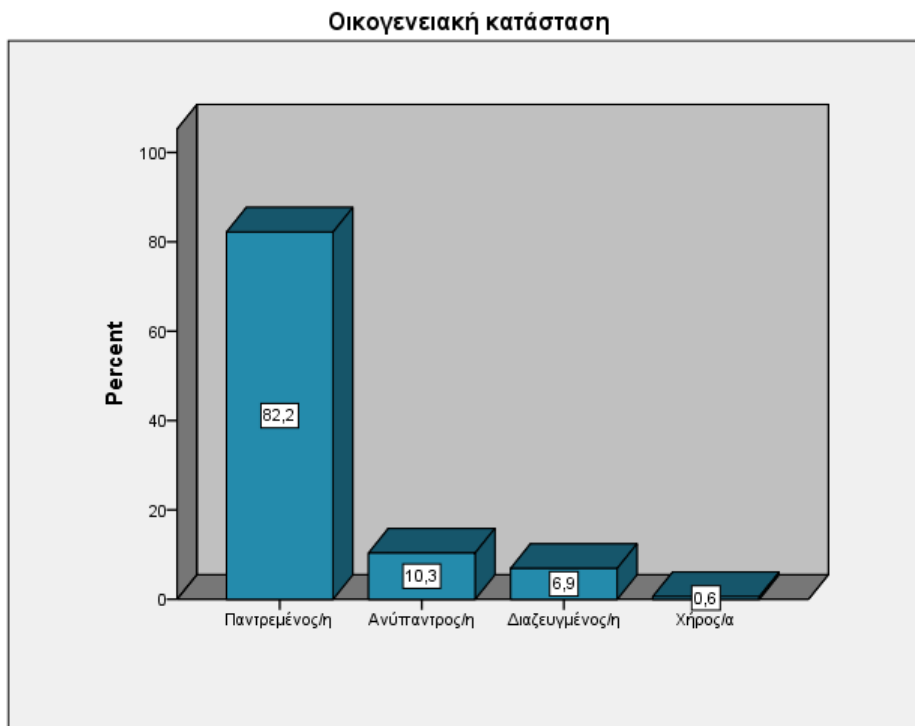


Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθέντων

Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τ.Α.
27	59	44,63	6,694

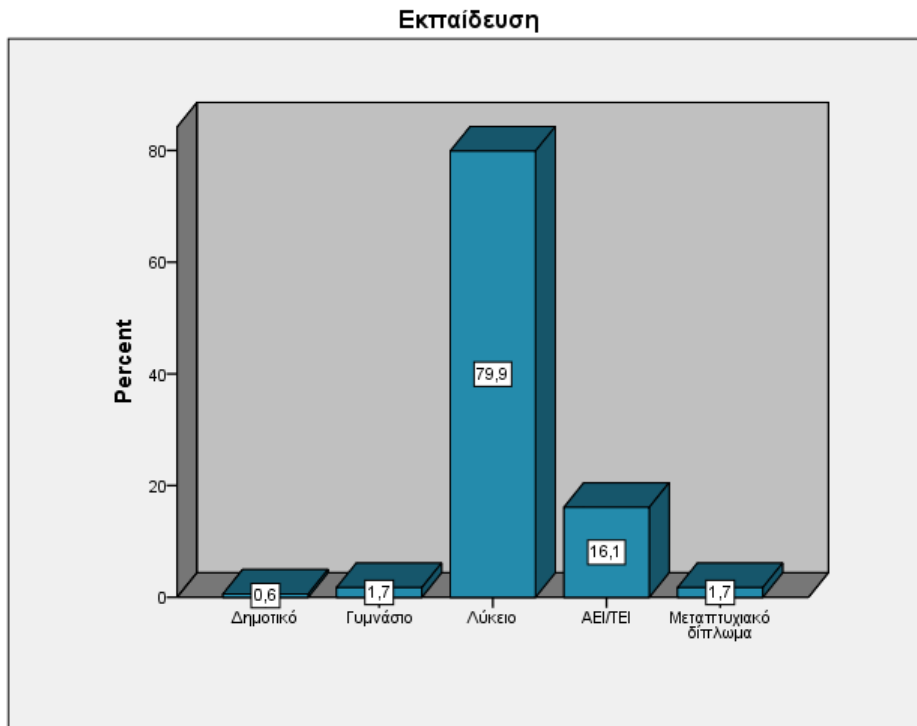
Εν συνεχεία, παρατηρείται ότι το 82,2% των ερωτηθέντων είναι παντρεμένοι, το 10,3% ανύπαντροι, το 6,9% διαζευγμένοι και το 0,6% χήροι.

Γράφημα 2: Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων



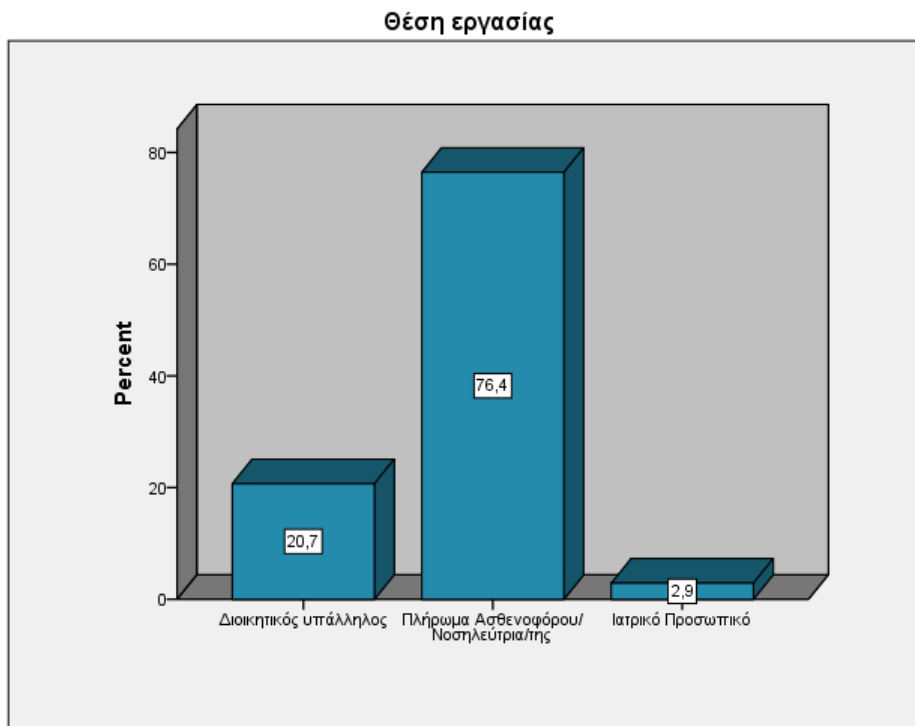
Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων παρατηρείται ότι το 79,9% αυτών είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 16,1% απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ, το 1,7% απόφοιτοι Γυμνασίου, το 1,7% κάτοχοι Μεταπτυχιακού και το 0,6% απόφοιτοι Δημοτικού.

Γράφημα 3: Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων



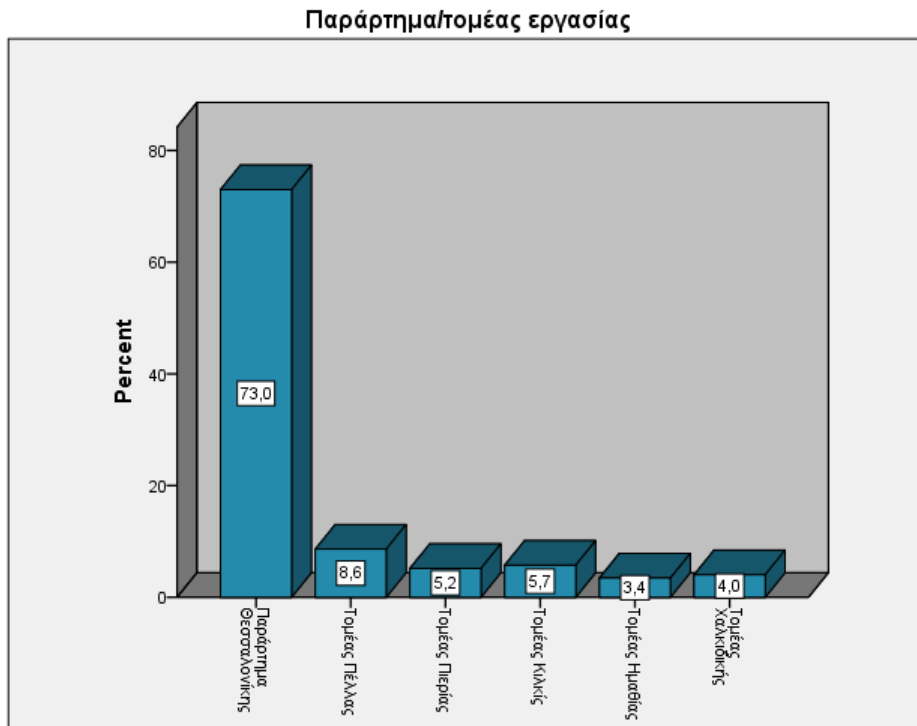
Επιπρόσθετα, το 76,4% των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι μέλη πληρωμάτων ασθενοφόρου ή νοσηλευτές, το 20,7% διοικητικοί υπάλληλοι και το 202,9% ιατρικό προσωπικό.

Γράφημα 4: Θέση εργασίας των ερωτηθέντων



Τέλος, ολοκληρώνοντας την ενότητα των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος της έρευνας παρουσιάζεται το παράρτημα που εργάζονται οι ερωτηθέντες με τους περισσότερους εξ αυτών να εργάζονται στη Θεσσαλονίκη.

Γράφημα 5: Παράρτημα/τομέας εργασίας των ερωτηθέντων

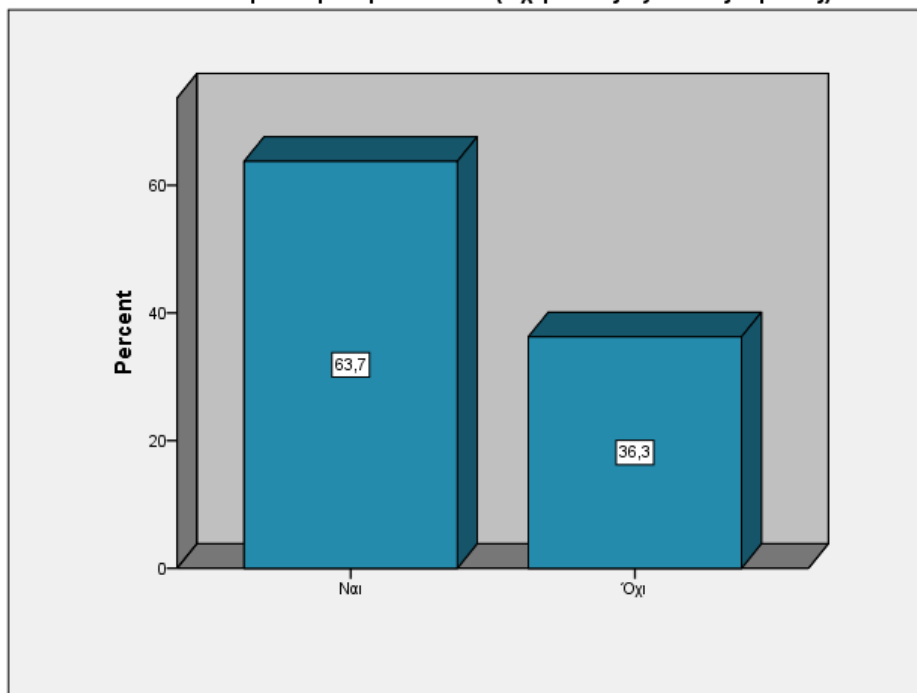


Γενική ασφάλεια/πρόληψη

Περνώντας στο πεδίο της γενικής ασφάλειας και πρόληψης, αρχικά παρατηρείται ότι το 63,7% των ερωτηθέντων κάνει ετήσια προληπτικά τεστ όπως για παράδειγμα εξετάσεις αίματος, ενώ αντίθετα παρατηρείται ότι μόλις το 4,8% αυτών έχει ανιχνευτή καπνού στο σπίτι του.

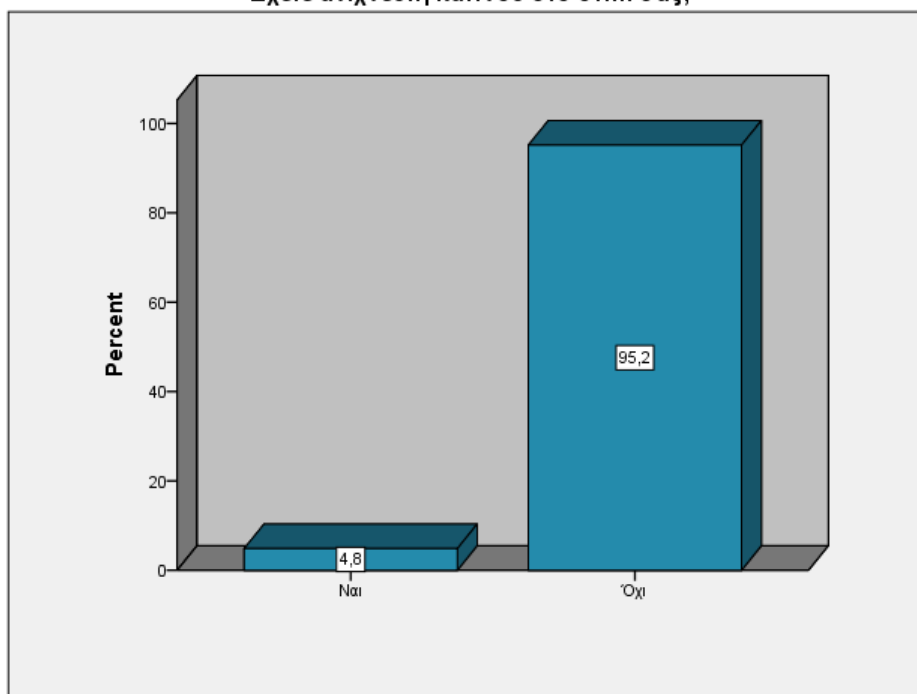
Γράφημα 6: Βαθμός διεξαγωγής προληπτικών τεστ

Κάνετε τα ετήσια προληπτικά τέστ (πχ γενικές εξετάσεις αίματος)



Γράφημα 7: Βαθμός χρήσης ανιχνευτή καπνού

Έχετε ανιχνευτή καπνού στο σπίτι σας;



Εν συνεχεία, αναλύοντας τις μέσες βαθμολογίες των ερωτήσεων που προσδιορίζονται μέσω 5βάθμιας κλίμακας Likert παρατηρείται ότι η συχνότητα χρήσης της ζώνης

ασφαλείας από τους ερωτηθέντες είναι εξαιρετικά υψηλή (Μ.Ο.=4,44), ενώ ελαφρώς χαμηλότερη είναι η συχνότητα χρήσης του κράνους (Μ.Ο.=4,13). Οι ερωτηθέντες μεριμνούν σταθερά να πλένουν τα χέρια τους πριν από κάθε γεύμα (Μ.Ο.=4,71), ενώ χαμηλός είναι ο βαθμός προστασίας της ακοής τους από υπερβολικούς θορύβους. Τέλος, οι κίνδυνοι που υπάρχουν στις οικίες των ερωτηθέντων άνω των 64^{ων} ετών που θα μπορούσαν να προκαλέσουν πτώση ή τραυματισμό είναι λίγοι (Μ.Ο.=2,00).

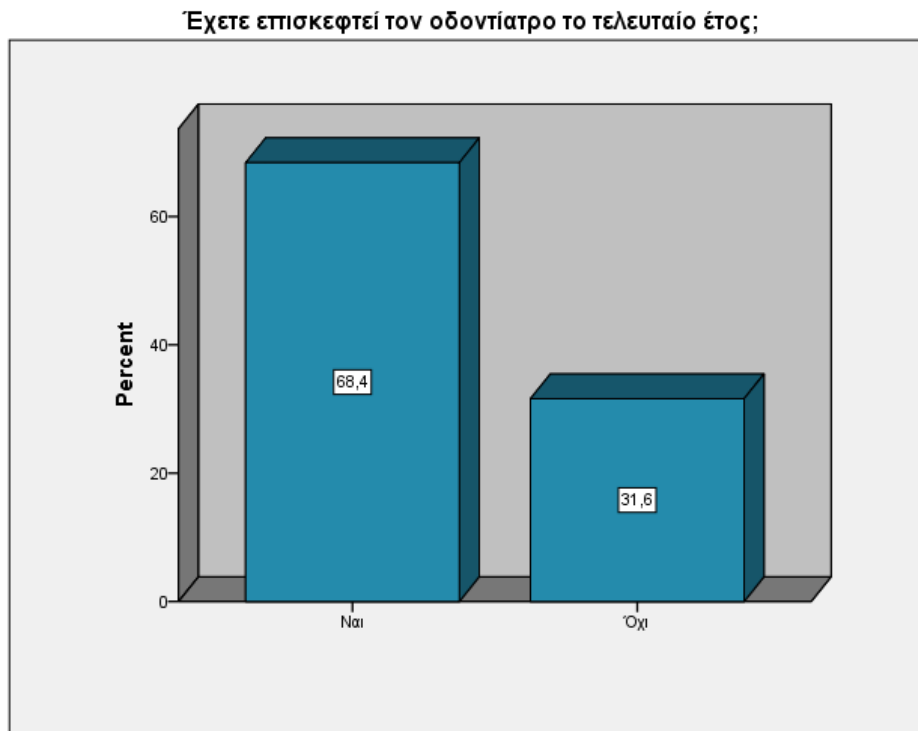
Πίνακας 2: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με την γενική ασφάλεια/πρόληψη

	Μ.Ο.	Τ.Α.
Φοράτε ζώνη ασφαλείας όταν οδηγάτε αυτοκίνητο;	4,44	1,071
Φοράτε κράνος όταν οδηγάτε μηχανή, ποδήλατο ή άλλο σχετικό όχημα;	4,13	1,357
Προστατεύετε την ακοή σας από υπερβολικούς θορύβους;	2,69	1,423
Πλένετε τα χέρια σας πριν από κάθε γεύμα;	4,71	0,670
Αν είστε πάνω από 64 ετών, στο σπίτι σας υπάρχουν κίνδυνοι που θα μπορούσαν να προκαλέσουν πτώση ή τραυματισμό;	2,00	1,537

Στοματική υγιεινή

Σχετικά με την τους παράγοντες πρόληψης που αναφέρονται στη στοματική υγιεινή των ερωτηθέντων παρατηρείται ότι το ποσοστό αυτών που έχουν επισκεφθεί τον οδοντίατρο το τελευταίο έτος ισούται με 68,4%. Παράλληλα η συχνότητα καθημερινού βουρτσίσματος των δοντιών με φθοριούχο οδοντόκρεμα από τους ερωτηθέντες είναι εξαιρετικά υψηλή (Μ.Ο.=4,38), ενώ αντίθετα η χρήση οδοντικού νήματος από αυτούς είναι εμφανώς αραιή(Μ.Ο.=2,19).

Γράφημα 8: Ποσοστά επισιμότητας στον οδοντίατρο το τελευταίο έτος



Πίνακας 3: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με τη στοματική υγιεινή

	M.O.	T.A.
Βουρτσίζετε τα δόντια καθημερινά σας με φθοριούχο οδοντόκρεμα;	4,38	1,091
Χρησιμοποιείτε οδοντικό νήμα για τον καθαρισμό των δοντιών σας;	2,19	1,313

Διαχείριση άγχους

Αναφορικά με τη διαχείριση του άγχους τους, οι ερωτηθέντες παρατηρείται ότι σπάνια αισθάνθηκαν να έχουν κακή διάθεση ή ένιωσαν σημάδια κατάθλιψης ή απελπισίας κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα (M.O.=2,33), ενώ ο βαθμός που αισθάνθηκαν μικρό ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στο να κάνουν πράγματα είναι σχετικά υψηλότερος.

Πίνακας 4: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με τη διαχείριση του άγχους

	M.O.	T.A.
Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, είχατε συχνά κακή διάθεση ή αισθανθήκατε κατάθλιψη ή απελπισία;	2,33	1,116
Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, αισθανθήκατε συχνά μικρό ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στο να κάνετε πράγματα;	3,44	3,236

Φυσική δραστηριότητα και άσκηση

Επιπλέον, παρατηρείται η συχνότητα καθημερινής δραστηριότητας διάρκειας 30 έως 60 λεπτών από τους ερωτηθέντες είναι σχετικά περιορισμένη με το μέσο όρο των βαθμολογιών τους ερωτηθέντων στην αντίστοιχη ερώτηση να ισούται με 3,32.

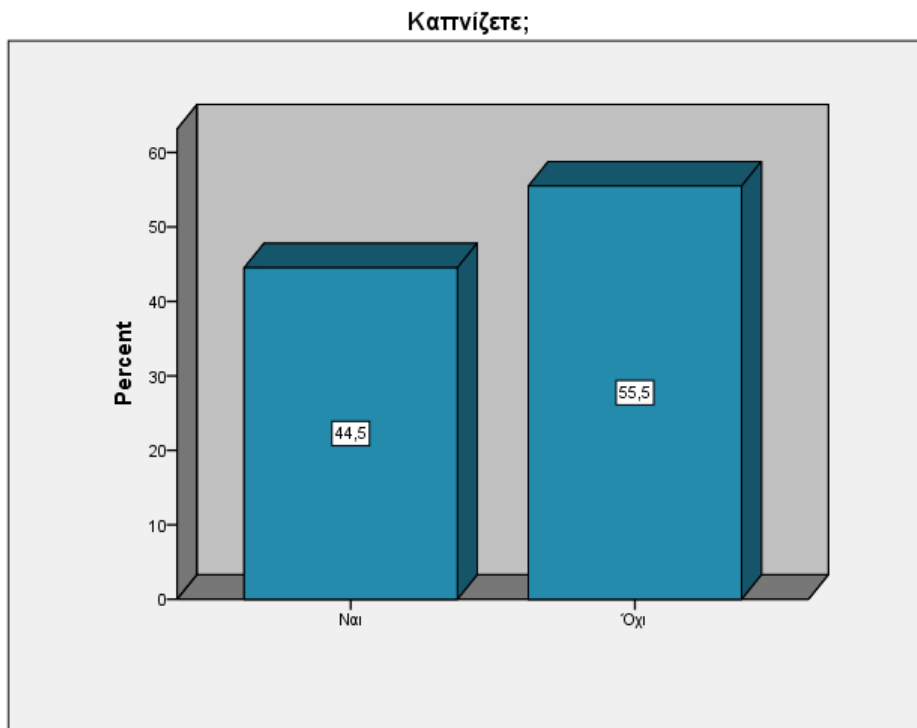
Πίνακας 5: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των απαντήσεων σχετικών με τη φυσική δραστηριότητα και άσκηση

	M.O.	T.A.
Η καθημερινή σας δραστηριότητα διαρκεί τουλάχιστον από 30 έως 60 λεπτά;	3,32	1,317

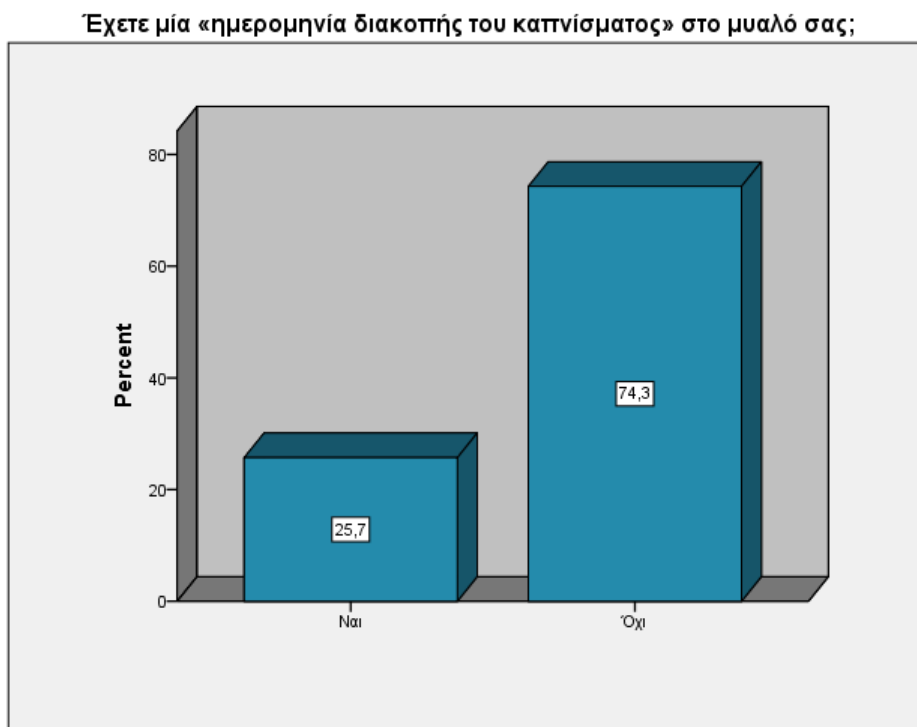
Πιθανές συμπεριφορές κινδύνου

Εστιάζοντας στην συμπεριφορά των ερωτηθέντων απέναντι σε πιθανούς κινδύνους αρχικά παρατηρείται ότι το ποσοστό των καπνιστών του δείγματος της έρευνας ισούται με 44,5%, με μόλις το 27,7% αυτών να έχει προσδιορίσει πιθανή «ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος» στο μυαλό του.

Γράφημα 9: Ποσοστό καπνιστών



Γράφημα 10: Ποσοστό καπνιστών που έχουν θέσει πιθανή «ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος»



Παράλληλα, παρατηρώντας τους μέσους όρους των βαθμολογιών των ερωτήσεων οι απαντήσεις των οποίων προσδιορίζονται μέσω 5βάθμιας κλίμακας Likert, σκιαγραφείται ότι ο βαθμός που οι καπνιστές του δείγματος θα θελαν να διακόψουν το κάπνισμα δεν παρουσιάζεται να είναι υψηλός (M.O.=3,42), ενώ μικρής συχνότητας είναι οι προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος από τους συμμετέχοντες στην έρευνα καπνιστές (M.O.=3,42). Οι ερωτηθέντες διαφαίνεται να μην ενδιαφέρονται για την διακοπή του καπνίσματος με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής (M.O.=2,15), ενώ ανάλογη είναι η συμπεριφορά των απαντήσεων τους σχετικά με την παρακολούθηση εξειδικευμένων προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος με στόχο τη διακοπή του καπνίσματος (M.O.=2,64). Η ένταση με την οποία οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενοχλούνται όταν κάποιος επισημαίνει την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ή φαρμάκων εκ μέρους τους είναι χαμηλή (M.O.=2,57), ενώ επίσης χαμηλή είναι η ύπαρξη ενοχών από μέρους τους που πηγάζουν από την κατανάλωση αλκοόλ ή άλλων φαρμάκων (M.O.=2,46). Τέλος εξαιρετικά χαμηλός είναι ο βαθμός που οι ερωτηθέντες καταναλώνουν αλκοόλ τις πρωινές ώρες (M.O.=1,44) και μηδαμινός ο βαθμός που καταναλώνουν αλκοόλ όταν εμπλέκονται σε φυσικές δραστηριότητες ή οδήγηση (M.O.=1,13).

Πίνακας 6: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με τις πιθανές συμπεριφορές κινδύνου

	M.O.	T.A.
Θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα;	3,42	1,395
Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα κατά το παρελθόν;	2,60	1,421
Θα σας ενδιέφερε μία φαρμακευτική αγωγή για να διακόψετε το κάπνισμα;	2,15	1,391
Θα σας ενδιέφερε ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος για να σας βοηθήσει να σταματήσετε το κάπνισμα;	2,64	1,627
Ενοχλήστε όταν κάποιος σας επισημαίνει την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ή φαρμάκων εκ μέρους σας;	2,57	1,461
Αισθάνεστε ενοχές για την κατανάλωση αλκοόλ ή φαρμάκων;	2,46	1,385
Καταναλώνετε αλκοόλ ή φάρμακα όταν σηκώνεστε το πρωί;	1,44	1,147
Καταναλώνετε αλκοόλ ή φάρμακα όταν εμπλέκεστε σε δραστηριότητες όπως η οδήγηση, η κωπηλασία, η ποδηλασία ή η κολύμβηση;	1,13	0,509

Αναφορικά με τα ζητήματα που αφορούν τη σεξουαλική ζωή των ερωτηθέντων παρατηρείται ότι η ένταση με την οποία οι συμμετέχοντες στην έρευνα λαμβάνουν προφυλάξεις για την αποφυγή μίας απρογραμματίστης εγκυμοσύνης ή χρησιμοποιούν προφυλακτικό για να προστατευθούν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι σχετικά μέτρια (Μ.Ο. ίσος με 3,48 και 3,61 αντίστοιχα), γεγονός που εξηγείται από το μεγάλο βαθμό αποφυγής από μέρους τους της υψηλού κινδύνου σεξουαλικής συμπεριφοράς (Μ.Ο.=4,40).

Πίνακας 7: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με τις πιθανές συμπεριφορές σεξουαλικού κινδύνου

	Μ.Ο.	Τ.Α.
Λαμβάνετε προφυλάξεις για την αποφυγή μίας απρογραμματίστης εγκυμοσύνης;	3,48	1,706
Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό για να προστατεύεστε από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΔ);	3,61	1,724
Αποφεύγετε υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά;	4,40	1,198

Τέλος ο παρατηρείται ότι η ένταση με την οποία οι ερωτηθέντες προσέχουν τη διατροφή τους δεν είναι υψηλή με το μέσο όρο των βαθμολογιών στις ερωτήσεις που αναφέρονται στο εάν λαμβάνουν το σωστό αριθμό θερμίδων καθημερινά ώστε να διατηρούν ένα υγιές σωματικό βάρος και στο εάν προσπαθούν να περιορίσουν την κατανάλωση λιπαρών να ισούται με 3,03 και 6,16 αντίστοιχα. Αντίθετα ελαφρώς υψηλότερη είναι η έμφαση που δίνεται από τους συμμετέχοντες στην έρευνα στην κατανάλωση δημητριακών, φρούτων και λαχανικών στην καθημερινή τους διατροφή και τη λήψη ασβεστίου και βιταμίνης D (Μ.Ο. ίσος 3,70 και 3,66 αντίστοιχα).

Πίνακας 8: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων σχετικών με τη διατροφή

	Μ.Ο.	Τ.Α.
Λαμβάνετε το σωστό αριθμό θερμίδων καθημερινά ώστε να διατηρείτε ένα υγιές σωματικό βάρος;	3,03	1,344
Περιορίζετε την κατανάλωση λιπαρών;	3,16	1,222
Δίνετε έμφαση στην κατανάλωση δημητριακών, φρούτων και λαχανικών στην καθημερινή σας διατροφή;	3,70	1,170
Καταναλώνετε αρκετό ασβέστιο και βιταμίνη D;	3,66	1,028

5.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ-ΕΛΕΓΧΟΙ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Στη συνέχεια στις ερευνητικής διαδικασίας και με τη χρήση μεθόδων Επαγωγικής Στατιστικής διερευνάται η αλληλεπίδραση και η συσχέτιση των μεταβλητών της έρευνας ώστε να διαπιστωθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής επιρροής συγκεκριμένων χαρακτηριστικών σε άλλα.

Εξετάζοντας την συσχέτιση του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου των ερωτηθέντων με το εάν αυτοί κάνουν ετήσια προληπτικά τεστ για να εκτιμήσουν την κατάσταση της υγείας τους παρατηρείται ότι δε σκιαγραφείται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στα εξεταζόμενα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την διενέργεια προληπτικών τεστ από τους ερωτηθέντες (p-value ίσο με 0,604 και 0,253 αντίστοιχα).

Πίνακας 9: Συσχέτιση χ^2 φύλου και διενέργειας ετήσιων προληπτικών τεστ

		Κάνετε τα ετήσια προληπτικά			p-value	
		τεστ		Σύνολο		
		Ναι	Όχι			
Φύλο	Ανδρας	Πλήθος	75	45	0,604	
		%	62,5%	37,5%		100,0%
	Γυναίκα	Πλήθος	34	17		51
		%	66,7%	33,3%		100,0%
Σύνολο	Πλήθος	109	62			
	%	63,7%	36,3%	100,0%		

Πίνακας 10: Συσχέτιση χ^2 εκπαιδευτικού επιπέδου και διενέργειας ετήσιων προληπτικών τεστ

		Κάνετε τα ετήσια προληπτικά		Σύνολο	p-value	
		τέστ				
		Ναι	Όχι			
Εκπαίδευση	Δημοτικό	Πλήθος	1	0	1	0,253
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	Γυμνάσιο	Πλήθος	2	1	3	
		%	66,7%	33,3%	100,0%	
	Λύκειο	Πλήθος	90	47	137	
		%	65,7%	34,3%	100,0%	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Πλήθος	13	14	27	
		%	48,1%	51,9%	100,0%	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	Πλήθος	3	0	3	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	Σύνολο	Πλήθος	109	62		
		%	63,7%	36,3%	100,0%	

Αντίθετα, μέσω του ελέγχου t για ανεξάρτητα δείγματα, προκύπτει ότι η μέση ηλικία των εργαζομένων του δείγματος που απαντά ότι κάνει ετήσια προληπτικά τεστ ισούται με 45,53 έτη, ενώ οι ερωτηθέντες που δεν κάνουν ετησία προληπτικά τεστ για να διαπιστώσουν την πορεία της υγείας τους είναι μέσης ηλικίας 42,98 ετών. Οι παραπάνω διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές (p-value=0,026). Ως εκ τούτου, οι ερωτηθέντες που κάνουν ετησία προληπτικά τεστ παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους του δείγματος.

Πίνακας 11: Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα της διενέργειας ετήσιων προληπτικών τεστ σε σχέση με την ηλικία

	Κάνετε τα ετήσια προληπτικά τεστ	M.O.	T.A.	p-value
Ηλικία	Ναι	45,53	6,268	0,026
	Όχι	42,98	7,154	

Η καθημερινή δραστηριότητα και άσκηση και τα οφέλη της, βελτιστοποιούνται με ταυτόχρονη σωστή διατροφική συμπεριφορά. Όπως παρατηρείται με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson, η συχνότητα καθημερινής δραστηριότητας

διαρκείας από 30 έως 60 λεπτά από τους ερωτηθέντες, συσχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με τη συχνότητα του σωστού αριθμού θερμίδων καθημερινά με στόχο τη διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους ($r=0,240$, $p\text{-value}=0,001$), του περιορισμού της κατανάλωσης λιπαρών ($r=0,250$, $p\text{-value}=0,001$), της έμφασης στην κατανάλωση δημητριακών, φρούτων και λαχανικών στην καθημερινή τους διατροφή ($r=0,267$, $p\text{-value}<0,001$) και της κατανάλωσης αρκετού ασβεστίου και βιταμίνης D ($r=0,201$, $p\text{-value}=0,008$). Κατά συνέπεια παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται ο βαθμός καθημερινής σωματικής δραστηριότητας από τους ερωτηθέντες αυξάνεται και ο βαθμός που αυτοί τρέφονται σωστά.

Πίνακας 12: Συσχέτιση κατά Pearson των διατροφικών συνηθειών των ερωτηθέντων και της έντασης καθημερινή σωματικής άσκησης

		Η καθημερινή σας δραστηριότητα διαρκεί τουλάχιστον από 30 έως 60 λεπτά;
Λαμβάνετε το σωστό αριθμό θερμίδων καθημερινά ώστε να διατηρείτε ένα υγιές σωματικό βάρος;	Συντελεστής συσχέτισης	0,240
	p-value	0,001
Περιορίζετε την κατανάλωση λιπαρών;	Συντελεστής συσχέτισης	0,250
	p-value	0,001
Δίνετε έμφαση στην κατανάλωση δημητριακών, φρούτων και λαχανικών στην καθημερινή σας διατροφή;	Συντελεστής συσχέτισης	0,267
	p-value	0,000
Καταναλώνετε αρκετό ασβέστιο και βιταμίνη D;	Συντελεστής συσχέτισης	0,201
	p-value	0,008

Εξετάζοντας τη συσχέτιση της θέσης εργασίας των ερωτηθέντων και των μέσων βαθμολογιών των απαντήσεων τους στις ερωτήσεις που αφορούν την κατάσταση της ψυχικής υγείας τους παρατηρείται ότι με τη χρήση του ελέγχου One Way ANOVA, δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά τόσο στο επίπεδο της έντασης με την οποία κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, είχαν συχνά κακή διάθεση ή αισθανθήκαν κατάθλιψη ή απελπισία ($p\text{-value}=0,908$), όσο και στο επίπεδο που κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, αισθανθήκαν συχνά μικρό ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στο να κάνουν πράγματα ($p\text{-value}=0,070$).

Παράλληλα, σκιαγραφείται ότι ούτε το κάπνισμα δεν αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα διαχείρισης του άγχους με το p-value των αντίστοιχων ελέγχων t για ανεξάρτητα δείγματα να ισούται με 0,078 και 0,785.

Πίνακας 13: One Way ANOVA της διαχείρισης του άγχους με βάση τη θέση εργασίας των ερωτηθέντων

		M.O.	T.A.	p-value
Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, είχατε συχνά κακή διάθεση ή αισθανθήκατε κατάθλιψη ή απελπισία;	Διοικητικός υπάλληλος	2,26	1,094	0,908
	Πλήρωμα Ασθενοφόρου/ Νοσηλεύτρια/της	2,35	1,135	
	Ιατρικό Προσωπικό	2,40	0,894	
	Σύνολο	2,33	1,116	
Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, αισθανθήκατε συχνά μικρό ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στο να κάνετε πράγματα;	Διοικητικός υπάλληλος	4,53	1,691	0,070
	Πλήρωμα Ασθενοφόρου/ Νοσηλεύτρια/της	3,12	1,068	
	Ιατρικό Προσωπικό	3,60	0,548	
	Σύνολο	3,44	1,236	

Πίνακας 14: Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα της διαχείρισης του άγχους με βάση το κάπνισμα

		M.O.	T.A.	p-value
Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, είχατε συχνά κακή διάθεση ή αισθανθήκατε κατάθλιψη ή απελπισία;	Καπνιστές	2,19	1,138	0,078
	Μη καπνιστές	2,50	1,073	
Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, αισθανθήκατε συχνά μικρό ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στο να κάνετε πράγματα;	Καπνιστές	3,39	1,075	0,785
	Μη καπνιστές	3,54	1,364	

Τέλος, ολοκληρώνοντας τη διαδικασία των συσχετίσεων και των ελέγχων υποθέσεων της στατιστικής μελέτης εξετάζεται η διαφοροποίηση ή μη των μέσων βαθμολογιών των απαντήσεων που ελήφθησαν όσον αφορά τη λήψη προφυλάξεων από τους ερωτηθέντες για την αποφυγή μίας απρογραμμάτιστης εγκυμοσύνης και την

προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την αποφυγή υψηλού κινδύνου σεξουαλικής συμπεριφοράς με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση.

Όπως παρατηρείται από τα αποτελέσματα των αντίστοιχων ελέγχων One Way ANOVA, οι εργαζόμενοι του δείγματος χαρακτηρίζονται από εξαιρετικά υψηλού βαθμού προληπτική συμπεριφορά ανεξάρτητα της οικογενειακής τους κατάστασης με το p-value να είναι σταθερά χαμηλότερο του επιπέδου σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

Πίνακας 15: One Way ANOVA της σεξουαλικής πρόληψης με βάση την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων

		M.O.	T.A.	p-value
Λαμβάνετε προφυλάξεις για την αποφυγή μίας απογραμμάτιστης εγκυμοσύνης;	Παντρεμένος/η	3,49	1,684	0,498
	Ανύπαντρος/η	3,39	1,914	
	Διαζευγμένος/η	3,73	1,679	
	Χήρος/α	1,00	.	
	Σύνολο	3,48	1,706	
Χρησιμοποιείτε προφυλακτικό για να προστατεύεστε από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΔ);	Παντρεμένος/η	3,55		0,685
	Ανύπαντρος/η	4,06	1,474	
	Διαζευγμένος/η	3,64	1,804	
	Χήρος/α	3,00	.	
	Σύνολο	3,61	1,724	
Αποφεύγετε υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά;	Παντρεμένος/η	4,44		0,087
	Ανύπαντρος/η	4,61	1,037	
	Διαζευγμένος/η	3,55	1,635	
	Χήρος/α	5,00	.	
	Σύνολο	4,40	1,198	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πρόληψη της υγείας και η θεωρητική και πρακτική εξέλιξη της είναι αποτέλεσμα της ανάγκης μείωσης του βαθμού νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας των ατόμων, πάνω στην οποία βασίστηκαν και συνεχίζουν να βασίζονται όλες οι πολιτικές που έλαβαν χώρα πάνω στο συγκεκριμένο πεδίο έως σήμερα. Κατά αυτή τη λογική οι αρμόδιοι φορείς έχουν κάνει σημαντικά βήματα στον τομέα της πρόληψης της δημόσιας υγείας εστιάζοντας στη μαζική ενημέρωση των πληθυσμών με στόχο όχι μόνο την αποφυγή επικινδύνων για την υγεία συμπεριφορών αλλά και τη βελτίωση της συνολικής υγείας των ατόμων. Παρόλα αυτά η πρόληψη της υγείας αποτελεί και ατομική ευθύνη των ατόμων.

Η κυριότερη διάκριση των συμπεριφορών υγείας είναι αυτή ανάμεσα σε θετικές και αρνητικές. Οι πρώτες συμπεριλαμβάνουν την τακτική πραγματοποίηση ιατρικών ελέγχων, την τήρηση των απαραίτητων κανόνων σωματικής υγιεινής, τις πρακτικές διαχείρισης του στρες, την συστηματική φυσική δραστηριότητα και άσκηση, τον περιορισμό της χρήσης καπνού και αλκοόλ, την πρόληψη για σεξουαλικά νοσήματα και την ισορροπημένη διατροφή, με τις αρνητικές συμπεριφορές να προσδιορίζονται με το αντίστροφο τρόπο. Σε αυτό το πλαίσιο αναπτυχθεί μια σειρά από μοντέλα υγείας με κυριότερα το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, τη Θεωρία της Παρακίνησης της Προστασίας και Διαδικασίας Δράσης για την Υγεία

Ο βαθμός πρόληψης της υγείας από τα άτομα με τη σειρά του προσδιορίζεται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς, οικονομικούς, περιβαλλοντικούς, δημογραφικούς και γενετικούς παράγοντες. Παράλληλα σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι επιδημιολογικές εξελίξεις και ο επιπολασμός των παθήσεων. Η αξιολόγηση του βαθμού πρόληψης της υγείας πραγματοποιείται αφενός σε προσωπικό επίπεδο (αυτοαξιολόγηση) με τη μέτρηση του βαθμού εναρμόνισης των ατόμων στις θετικές συμπεριφορές πρόληψης και αφετέρου σε συνολικό επίπεδο με τη χρήση σταθμισμένων κλιμάκων αξιολόγησης και στατιστικών εργαλείων.

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού πρόληψης υγείας των εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Για το σκοπό αυτό συλλέχθηκε δείγμα απαντήσεων βάση ερωτηματολογίου το οποίο αναλύθηκε με τη χρήση εργαλείων της Περιγραφικής και Επαγωγικής στατιστικής. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν

ότι όσον αφορά το επίπεδο της γενικής ασφάλειας και πρόληψης οι έλληνες επαγγελματίες υγείας χαρακτηρίζονται από σχετικά υψηλό βαθμό ενσυναίσθησης σχετικά με τη χρησιμότητα προληπτικών εξετάσεων, τηρούν σε υψηλό βαθμό τους βασικούς κανόνες υγιεινής ενώ διακατέχονται από υψηλό αίσθημα πρόληψης σε σχέση με τους κινδύνους που προκύπτουν από κακή οδηγική συμπεριφορά. Αντίθετα, χαμηλός είναι ο βαθμός που οι συμμετέχοντες στην έρευνα προσαρμόζουν την οικιακή εργονομία τους ώστε να προλαμβάνουν ατυχήματα και την ύπαρξη βλαβερής ατμόσφαιρας στο σπίτι. Παράλληλα, οι ερωτηθέντες εφαρμόζουν σε υψηλό βαθμό θετικές συμπεριφορές στοματικής υγιεινής.

Παρόλο που οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μια εργασιακή ομάδα η οποία χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού εργασιακό άγχος και χαμηλού βαθμού εργασιακή ικανοποίηση, οι συμμετέχοντες στην έρευνα παρατηρείται ότι παρουσιάζουν ικανοποιητικά επίπεδα διαχείρισης του άγχους αλλά και εργασιακής ικανοποίησης. Παράλληλα σχετικά χαμηλός παρατηρείται να είναι ο βαθμός που οι επαγγελματίες υγείας ασκούνται σε καθημερινή βάση.

Όσον αφορά το κάπνισμα, τα επίπεδα του ποσοστού των καπνιστών ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας δεν ξεφεύγουν από τα φυσιολογικά, με τους καπνιστές να έχουν προσδιορίσει σε μικρό ποσοστό κάποια πιθανή ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος. Παρόλα αυτά παρατηρείται σημαντική τάση επιθυμίας διακοπής του καπνίσματος που όμως δεν αποτυπώνεται και στην ένταση με την οποία οι καπνιστές προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα. Παράλληλα, οι καπνιστές του δείγματος δείχνουν χαμηλό βαθμό εμπιστοσύνης πρακτικές διακοπής του καπνίσματος με τη βοήθεια φαρμακευτικής αγωγής ή εξειδικευμένων προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος. Επιπρόσθετα, η συμπεριφορά των ερωτηθέντων σε σχέση με τη χρήση και την κατάχρηση αλκοόλ παρουσιάζεται περιορισμένη.

Οι ερωτηθέντες αποφεύγουν συστηματικά την υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά, με αποτέλεσμα όμως τη χαμηλού βαθμού συνειδητοποίηση της ανάγκης χρήσης προφυλακτικού τόσο για την αποφυγή απρογραμμάτιστης εγκυμοσύνης όσο και για την προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Τέλος, παρατηρήθηκε ότι οι ερωτηθέντες δεν ακολουθούν τα πρότυπα ισορροπημένης διατροφής αναφορικά με τη λήψη σωστού αριθμού θερμίδων

καθημερινά ώστε να διατηρούν ένα υγιές σωματικό βάρος και την κατανάλωση λιπαρών, ενώ ελαφρώς καλύτερη είναι η συμπεριφορά τους σε σχέση με την κατανάλωση δημητριακών, φρούτων και λαχανικών στην καθημερινή τους διατροφή και τη λήψη ασβεστίου και βιταμίνης D.

Από τα αποτελέσματα των ελέγχων υποθέσεων που έλαβαν χώρα με τη χρήση μεθόδων και εργαλείων της επαγωγικής στατιστικής παρατηρήθηκε ότι το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων δεν επηρεάζει τη συμπεριφορά των ατόμων αναφορικά με την διενέργεια προληπτικών εξετάσεων, ενώ αντίθετα σκιαγραφήθηκε ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά επαγγελματίες υγείας ελέγχουν περισσότερο την κατάσταση της υγείας τους με τη χρήση των αντίστοιχων εξετάσεων. Επιπλέον, εναρμόνιση της διατροφής των ερωτηθέντων με τις καλές πρακτικές σχετίζεται άμεσα με την καθημερινή σωματική άσκηση. Τέλος δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις πρακτικές διαχείρισης του άγχους και τη θέση εργασίας των επαγγελματιών υγείας, στη χρήση καπνού και στις πρακτικές διαχείρισης του άγχους και τις συμπεριφορές σεξουαλικής πρόληψης και την οικογενειακή τους κατάσταση.

Η πρόληψη της υγείας αποτελεί μείζον ζήτημα στη συζήτηση που αφορά τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων και τη μείωση της νοσηρότητας αλλά και της πρόωρης θνησιμότητας των πληθυσμών. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια θεωρητική και εμπειρική καταγραφή των πρακτικών που σχετίζονται με τις ατομικές συμπεριφορές και τις Δημόσιες πολιτικές για την πρόληψη στον τομέα της υγείας. Βέβαια, η μελέτη του συγκεκριμένου πεδίου δε σταματά δεδομένων και των αλλαγών που συντελούνται στις μέρες μας σε οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό επίπεδο. Κατά συνέπεια, η μελλοντική επιστημονική έρευνα θα πρέπει να συμπεριλάβει όλες τα νέα δεδομένα που διαμορφώνονται και επηρεάζουν το τομέα της υγείας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahmed, S., Chowdhury, M., & Bhuiya, A. (2001). Micro-Credit and emotional Well-Being: Experience of Poor Rural Women from Matlab. *Bangladesh World Development*, 29(11), 1957-1966
- Bagozzi, R.P., & Edwards, E.A. (1998). Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight. *Psychology and Health*, 13, 593-621.
- Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In: Mays, V.M., Albee, G.W., & Schneider, S.S. (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological Approaches* (pp. 128-141). Newbury Park, CA: Sage
- Bauer, A., Knapp, M., & McDaid, D. (2011). Health visiting and reducing post-natal depression. In: Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (eds.) *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case*. London: Department of Health.
- Beaglehole, R., Magnus, P. (2002). The search for new risk factors for coronary heart disease: occupational therapy for epidemiologists? *Int J Epidemiol*, 31(6), 1117–22.
- Becker, M.H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behaviors*. Thorofare, NJ: Charls B. Slack
- Boyce, T., Robertson, R., & Dixon, A. (2008). *Commissioning and Behaviour Change: Kicking Bad Habits final report*. London: King's Fund.
- Brotman, D.J., Walker, E., & Lauer, M.S. (2005). In search of fewer independent risk factors. *Arch Intern Med*, 165, 138–45.
- Brownson, R., Remington, P. & Davis, J. (Eds) (1998). *Chronic Disease Epidemiology and control* (2nd Edition). Washington DC: American Public Health Association
- Chisholm, D., Doran, C., Shibuya, K., & Rehm, J. (2006). Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug Alcohol Rev*, 25, 553–565.

- Clark, D.W., & MacMahon, B. (1967). *Preventive medicine*. Boston, MA: Little, Brown & Co
- Cummins, J.S., Koval, K.J., Cantu, R.V., & Spratt, K.F. (2011). Do seat belts and air bags reduce mortality and injury severity after car accidents? *Am J Orthop*, 40, 26–29.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Stockholm Institute for Futures Studies.
- Department of Health (1992). *Effect of tobacco advertising on tobacco consumption*. London: Economics and Operational Research Division.
- Elvik, R., Kolbenstvedt, M., Elvebakk, B., Hervik, A., & Braein, L. (2009). Costs and benefits to Sweden of Swedish road safety research. *Accid Anal Prev*, 41, 387–392.
- Engels, R.C., Hermans, R., van Baaren, R.B., Hollenstein, T., & Bot, S.M. (2009). Alcohol portrayal on television affects actual drinking behaviour. *Alcohol*, 44, 244–249.
- Etches, V., Frank, J., Di Ruggiero, R., & Manuel, D. (2006). Measuring Population Health: A Review of Indicators. *Annual Review of Public Health*, 27, 29-55
- European Commission (2011). Regulation (EU) No. 1169/2011 of the European Parliament and of the Council of 25 October 2011 on the provision of food information to consumers. Brussels: European Commission.
- Floyd, D.L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R.W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407-430.
- Fulton, J., Buechner, J., Scott, D., Debuono, B., Feldman, J., Smith, R., & Kovenock, D. (1991). A study guided by the health belief model of the predictors of breast cancers screening of women ages 40 and older. *Public Health Report*, 106(4), 410-420.
- Glasgow, R.E., Nelson, C.C., Strycker, L.A., & King, D.K. (2006). Using RE-AIM Metrics to Evaluate Diabetes Self-Management Support Interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 67-73

- Glouberman, S., & Millar, J. (2003). Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. *American Journal of Public Health*, 93, 388-392.
- Gofrit, O.N., Shemer, J., & Leibovici, D. (2000). Quaternary prevention: a new look at an old challenge. *Isr Med Assoc*, 2, 498–500.
- Ha, D.A., & Chisholm, D. (2011). Cost–effectiveness analysis of interventions to prevent cardiovascular disease in Vietnam. *Health Policy Plan*, 26, 210–222.
- Hammond, D. (2011). Health warning messages on tobacco products: a review. *Tob Control*, 20, 327–337.
- Hopkins, D.P., Razi, S., Leeks, K.D., Priya Kalra, G., Chattopadhyay, S.K., & Soler, R.E. (2010). Smoke free policies to reduce tobacco use. A systematic review. *Am J Prev Med*, 38, 275–289.
- Hustad, J.T.P., Barnett, N.P., Borsari, B., & Jackson, K.M. (2010). Web-based alcohol prevention for incoming college students: A randomized controlled trial. *Addictive Behaviors*, 35, 183–189.
- Institute of Health Metrics (2013). *Global burden of disease database*. Seattle: Institute of Health Metrics.
- Jayanti, R.K., & Burns, A.C. (1998). The antecedents of preventive health care behavior. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 26(1), 6-15.
- Kahn, B.E., & Luce, M.F. (2003). Understanding High-Stakes Consumer Decisions: mammography adherence following false-alarm test results. *Marketing Science*, 22(3), 393-410.
- Kaplan, R.M., & Ong, M. (2007). Rationale and public health implications of changing CHD risk factor definitions. *Annu Rev Public Health*, 28, 321–44.
- Kasl, S., & Cobb, C. (1966). Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(2), 246-66.
- Kedikoglou, S., Belechri, M., Dedoukou, X., Spyridopoulos, T., Alexe, D. M., & Pappa, E. (2005). A maternity hospital-based infant car-restraint loan scheme: public

health and economic evaluation of an intervention for the reduction of road traffic injuries. *Scand J Public Health*, 33, 42–49.

Keough, K.A., Zimbardo, P.G., & Boyd, J.N. (1999). Who's smoking, drinking and using drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(2), 149-164.

Kirkwood, B. (2004). Making public health intervention more evidence based. *British Medical Journal*, 328, 966-967.

Krampen, G. (1996). The program for systematic self-monitoring and reflexion of health behavior and health attitudes (SySeRe): Conception and empirical evaluation of a group program on health promotion. *Swiss Journal of Psychology*, 55, 227–240.

Lai, T., Habicht, J., Reinap, M., Chisholm, D., & Baltussen, R. (2007). Costs, health effects and cost–effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy*, 84, 75–88.

Lam, T.K., McPhee, S.J., Mock, J., Doan, H.T., Nguyen, T., & Lai, K.Q. (2003). Encouraging Vietnamese-American women to obtain Pap-tests through lay health worker outreach and media education. *J Gen Intern Med*, 18(7), 516-524.

Lee, M.C., Orenstein, M.R., & Richardson, M.J. (2008). Systematic review of active commuting to school and children physical activity and weight. *J Phys Act Health*, 5, 930–949

Lewis, C., Ubido, J., Holford, R., & Scott-Samuel, A. (2010). Prevention programmes cost–effectiveness review: Physical activity. Cost–effectiveness review series, number 1. Liverpool: Liverpool Public Health Observatory.

Link, B.G., & Phelan, J. (2002). McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *American Journal of Public Health*, 92(5), 730-732.

Link, B.G., & Phelan, J. (2005). Fundamental sources of health inequalities. In: Mechanic, D., Rogut, L.B., Colby, D., & Knickman, J. (eds), *Policy challenges in modern health care* (pp. 71-84). Piscataway, NJ: Rutgers University Press

Lohaus, A., & Schmitt, G. M. (1989). *Questionnaire for the assessment of disease and health locus of control*. Göttingen, Germany: Hogrefe.

- Lubans, D.R., Morgan, P.J., & Tudor-Locke, C. (2009). A systematic review of studies using pedometers to promote physical activity among youth. *Prev Med*, 48, 307–315.
- Magnus, A., Haby, M.M., Carter, R., & Swinburn, B. (2009). The cost–effectiveness of removing television advertising of high-fat and/or high-sugar food and beverages to Australian children. *Int J Obes*, 33, 1094–1102.
- Magnusson, P., Jakobsson, L., & Hultman, S. (2011). Alcohol interlock systems in Sweden: 10 years of systematic work. *Am J Prev Med*, 40, 378–379.
- Marmot, M.G. (2003). Understanding social inequalities in health. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), 9-23.
- McAuley, E. (1993). Self-efficacy and the maintenance of exercise participation in older adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 103-113.
- McDaid, D., King, D., Park, A.L., & Parsonage, M. (2011). Promoting wellbeing in the workplace. In: Knapp, M., McDaid, D. & Parsonage, M. (eds.) *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case*. London: Department of Health.
- McDaid, D., Sassi, F. & Merkur, S. (2013). *Promoting health, preventing disease: the economic case*. Maidenhead: Open University Press.
- Metcalf, P.A., Scragg, R.R., & Schaaf, D. (2008). Dietary intakes of European, Maori, Pacific and Asian adults living in Auckland: the Diabetes, Heart and Health Study. *Aust NZ J Public Health*, 32, 454-60.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., & Carter, R. (2011). The economic analysis of prevention in mental health programs. *Annu Rev Clin Psychol*, 7, 169–201.
- Montgomery, F.H., Leu, M.C., Montgomery, R.L., Nelson, M.D., & Sirdeshmukh, M. (2006). Use of a virtual reality driving simulator as an alcohol abuse prevention approach with college students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 50(3), 31–40.

National Public Health Partnership (2001). *Preventing chronic disease: a strategic framework*. Background paper. Melbourne, Australia: National Public Health Partnership

Nentwig, C.G., & Windemuth, D. (1992). Development and validation of a short scale for the assessment of reinforcement value of health. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 13, 217–234.

Nightengale, E.O., Cureton, M., & Kalmar, V. (1978). *Perspectives on health promotion and disease prevention in the United States*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences

Norman, P., & Bennett, P. (1996). Health Locus of Control. In: Conner, M., & Norman, P. (eds), *Predicting Health Behaviours: research and practice with social cognition models* (pp. 62-94). Buckingham: Open University Press

Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., & Jonsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*, 19, 155–162.

Osterberg, E. (2012). Availability of alcohol. In: Anderson, P., Moller, L., & Galea, G. (eds.) *Alcohol in the European Union*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Parrott, S., Godfrey, C., & Kind, P. (2006). *Cost-effectiveness of brief intervention and referral for smoking cessation*. York: University of York.

Peckham, S., & Exworthy, M. (2003). *Primary Care in the UK: Policy, organisation and management*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Peckham, S., & Hann, A. (2008). General practice and public health: assessing the impact of the new GMS contract. *Critical Public Health*, 18(3), 347–56.

Pomerleau, J., & McKee, M. (eds) (2005). *Issues in Public Health*. Milton Keynes: Open University Press.

Rehm, J., Shield, K.D., Rehm, M., Gmel, G., & Frick, U. (2012). Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Renner, B., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2000). Age and body weight make a difference in optimistic health beliefs and nutrition behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7, 143-159.

Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo, J.T., & Petty, R.E. (eds), *Social psychophysiology* (pp. 153-176), New York, NY: Guilford

Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J., & Ziglio, E. (Eds.) (2001), Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. Copenhagen: WHO Europe, *European Series*, 92, 4–5

Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 72-96.

Rothman, A.J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology*, 19, 64–69.

Russell, L.B. (2009). Preventing chronic disease: an important investment, but don't Πλήθος on cost savings. *Health Affairs*, 28(1), 42–45.

Rychtarik, R.G., Prue, D.M., Rapp, S.R., & King, A.C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program from alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 435-440.

Saffer, H., & Chaloupka, F. (1999). Tobacco advertising: economic theory and international evidence. *NBER Working Paper 6958*, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Sassi, F. (2010). *Obesity and the economics of prevention: fit not fat*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.

Sawaya, G.F., Sung, H.Y., Kearney, K.A., Miller, M., Kinney, W., Hiatt, R.A., & Mandelblatt, J. (2001). Advancing age and cervical cancer screening and prognosis. *J Am Geriatr Soc.*, 49(11), 1499-504.

Schwarzer, R. (1992). Self efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. In: Schwarzer, R., (eds), *Self-*

efficacy: thought control of action (pp. 217-243). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation

Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996), Self-efficacy and health behaviors. In: Conner, M., & Norman, P. (eds), *Predicting Health Behaviors* (pp. 161-195). Buckingham, Grande-Bretagne: Open University Press

Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-Cognitive Predictors of Health Behavior: Action Self-Efficacy and Coping Self-Efficacy. *Health Psychology*, 19(5), 487-495.

Sheeran, P., & Abraham, C. (1996). The Health Belief Model. In: Conner, M., & Norman, P. (eds), *Predicting Health Behaviours: research and practice with social cognition models* (pp. 23-61). Buckingham: Open University Press.

Sim, M.G., & Khong, E. (2006). Prevention – building on routine clinical practice. *Aust Fam Physician*, 35, 12–15.

Simons, J., Vanteenkiste, M., & Lens, W. (2004). Placing Motivation and Future Time Perspective in a Temporal Perspective. *Educational Psychology Review*, 16(2), 121-139.

Starfield, B. (2001). Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 452-454.

Starfield, B., Hyde, J., & Gervas, J. (2008). The concept of prevention: a good idea gone astray? *Heath J Epidemiol Community Health*, 62, 580-583

Tannahill, A. (2009). Health promotion: the Tannahill model revisited. *Public Health*, 123, 396–99.

Tarlov, A.R. (1999). Public policy frameworks for improving population health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 291-293.

Taylor, M., & Scuffham, P. (2002). New Zealand bicycle helmet law – do the costs outweigh the benefits? *Inj Prev*, 8, 317–320.

Tipping, G., & Segall, M. (1995). *Health Care Seeking Behaviour in Developing Πλήθοϋries: an annotated bibliography and literature review*. Sussex University: Institute of Development Studies

Townsend, J. (2013). Tackling tobacco smoking. In: McDaid, D., Sassi, F. & Merkur, S. (eds.) *Promoting health, preventing disease: the economic case*. Maidenhead: Open University Press.

Warmerdam, L., Smit, F., van Straten, A., Riper, H., & Cuijpers, P. (2010). Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *J Med Internet Res*, 12, 53-60

Watson, M. (2008). Going for gold: the health promoting general practice. *Quality in Primary Care*, 16,177-185.

Weinstein, N.D., Rothman, A.J., & Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17, 290–299.

WHO (2011). *Prevention and control of NCDs: priorities for investment*. Geneva: WHO.

WHO (2013). *Health 2020. A European health policy framework and strategy for the 20th century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2006). *Social determinants of Health: the solid facts*. Denmark: The World Health Organization Press

Williams, N.H., Hendry, M., France, B., Lewis, R., & Wilkinson, C. (2007). Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review. *Br J Gen Pract*, 57, 979–986.

Williamson, D. (2000). Health behaviours and health: evidence that the relationship is not conditional on income adequacy. *Social Science and Medicine*, 51, 1741-1754

Wilson, K., Jerret, M., & Eyles, J. (2001). Testing relationships among determinants of health, health policy, and self-assessed health status in Quebec. *International Journal of Health Services*, 31, 67-89.

World Health Organization (2007). *Achieving health equity: From root causes to fair outcomes*. Commission on social determinants of health. Interim statement.

World Health Organization (2009). *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: World Health Organization

Yarnall, K.S., Pollak, K.I., Ostbye, T., Krause, K.M., & Michener, J.L. (2003). Primary care: is there enough time for prevention? *American Journal of Public Health*, 93, 635–41.

Zambon, F., Sethi, D., & Racioppi, F. (2009). *European status report on road safety: towards safer roads and healthier transport choices*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Μπραουδάκης, Γ., Ζηλίδης, Χ., Μαστρογιαννάκης, Α., Αδαμόπουλος, Α., Βλαντώνη, Δ., Γκούγκλας, Δ., & Κακούρος, Μ. (2008). *Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία*. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης