

Προαγωγή Υγείας στα Πλαίσια της Κοινότητας

ΣΤΟΧΟΙ

Το παρόν κεφάλαιο θα δώσει τη δυνατότητα στον αναγνώστη να:

1. Διακρίνει την προαγωγή υγείας των ατόμων από την προαγωγή της υγείας της οικογένειας ως μονάδα.
2. Περιγράφει τέσσερα συστατικά ενός επιτυχημένου σχολικού προγράμματος προαγωγής υγείας.
3. Συζητήσει τέσσερα πλεονεκτήματα του χώρου εργασίας ως χώρου εφαρμογής προγραμμάτων προαγωγής υγείας.
4. Δικαιολογήσει τη λογική της συνεισφοράς των κέντρων υγείας που διευθύνονται από το νοσηλευτή στην αύξηση της έμφασής τους στην προαγωγή υγείας.
5. Περιγράφει τους παράγοντες που διευκολύνουν επιτυχημένα κοινοτικά προγράμματα προαγωγής υγείας.
6. Συζητήσει για τους τομείς της τεχνογνωσίας που απαιτούνται για την ανάπτυξη κοινοτικών συνεργασιών.

Περιεχόμενα

- Προαγωγή Υγείας στην Οικογένεια
- Προαγωγή Υγείας στο Σχολείο
- Προαγωγή Υγείας στο Χώρο Εργασίας
- Προαγωγή Υγείας στα Κέντρα Υγείας που Διευθύνονται από Νοσηλευτή
- Η Κοινότητα ως Χώρος Προαγωγής της Υγείας
- Δημιουργία Συνεταιρισμών Υγείας
- Ο Ρόλος των Συνεταιρισμών Υγείας στην Εκπαίδευση και στην Έρευνα
- Ευκαιρίες Έρευνας στους Κοινοτικούς Χώρους
- Συλλογισμοί για την Πρακτική Προαγωγής της Υγείας σε Διάφορους Χώρους
- Περίληψη
- Δραστηριότητες Εκμάθησης

- Επιλεγμένες ιστοσελίδες
- Βιβλιογραφία

Η αξία των υπηρεσιών προαγωγής υγείας για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού είναι παγκοσμίως αναγνωρισμένη. Ωστόσο, οι ασφαλιστές συνεχίζουν να είναι απρόθυμοι να συμπεριλάβουν τα οφέλη της προαγωγής υγείας στο σχεδιασμό των αποζημιώσεων τους. Υπάρχει επίσης περιορισμός στους πόρους του δημόσιου τομέα, που συνεπάγεται αυξημένη πίεση για να καταδειχθεί η θετική σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και των δραστηριοτήτων που προάγουν την υγεία. Απαιτούνται ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε μια ποικιλία χώρων προκειμένου να επωφεληθούν οι άνθρωποι όλων των ηλικιών από την ευαίσθητη ως προς την ποιότητα, το φύλο και τον πολιτισμό φροντίδα προαγωγής της υγείας. Οι υπηρεσίες πρέπει να προσφέρονται στους χώρους όπου οι άνθρωποι περνούν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους.

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται ανασκόπηση των χώρων προαγωγής υγείας από το οικογενειακό και σχολικό επίπεδο μέχρι το ευρύτερο επίπεδο της κοινότητας. Περιγράφονται επίσης οι συνεργασίες που θα ευνοήσουν την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα και η συνεργασία πολλών φορέων καθώς και ο ρόλος της έρευνας για τη δημιουργία μιας υγιέστερης κοινωνίας, ως κλειδιά για την προαγωγή ενός υγιεινού τρόπου ζωής μέσα στις ποικιλόμορφες κοινότητες.

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Οι αξίες και οι πεποιθήσεις για την υγεία και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτή διδάσκονται στο πλαίσιο της οικογένειας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές περιλαμβάνουν την οικογενειακή δομή, τα πρότυπα απασχόλησης, τις διαφορές σε σχέση με το φύλο και την ηλικία, το στάδιο του γονεϊκού ρόλου, τη δυναμική της οικογένειας, τα επικοινωνιακά πρότυπα, τις σχέσεις εξουσίας και τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων (Christensen, 2004). Ακριβώς όπως τα άτομα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για την κατάσταση της υγείας τους, έτσι και οι οικογένειες πρέπει να αναλάβουν παρόμοιες ευθύνες για την υγεία της οικογένειας, ως μονάδα. Ο ουσιαστικός ρόλος της οικογένειας είναι να οικοδομήσει το ανθρώπινο κεφάλαιο επενδύοντας στην υγεία, στην εκπαίδευση, στις αξίες και στις δεξιότητες των μελών της, ώστε να τα βοηθήσει να έχουν παραγωγικούς ρόλους στην κοινωνία (Wakefield & Poland, 2005). Η οικογένεια είναι η σημαντικότερη κοινωνική μονάδα που είναι υπεύθυνη για την κοινωνικοποίηση των παιδιών και για το λόγο αυτό είναι ένας ιδανικός στόχος στις προσπάθειες σχεδιασμού προαγωγής της υγείας και πρόληψης των νοσημάτων.

Οι παραδοσιακές προσεγγίσεις προς τις οικογένειες έχουν επικεντρωθεί είτε στη δομή είτε στη λειτουργία της οικογένειας. Η δομική προσέγγιση καθορίζει πώς λειτουργούν τα μέλη της οικογένειας στη σχέση μεταξύ τους, όπως και με τους γονείς. Η

λειτουργία της οικογένειας περιλαμβάνει ό,τι κάνουν οι οικογένειες μαζί για να καλύψουν τις ανάγκες τους σε ένα πλαίσιο αμοιβαίας ευθύνης.

Μια άλλη θεωρητική προσέγγιση για την κατανόηση των οικογενειών είναι μια «οικο-πολιτισμική» προσέγγιση, που δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο με τον οποίο οι οικογένειες διατηρούν τις καθημερινές τους συνήθειες (Christensen, 2004). Τρεις παράγοντες αξιολογούνται στην οικοπολιτισμική προσέγγιση: (1) η οικογενειακή μέριμνα, όπως να κερδίσουν τα προς το ζην, η ασφάλεια της γειτονιάς και η μεταφορά και ο τρόπος με τον οποίο η οικογένεια εξισορροπεί τα θέματα αυτά στην προσπάθειά της για τη διατήρηση του καθημερινού τρόπου ζωής, (2) η ύπαρξη νοήματος ή η ηθική και πολιτιστική σημασία του καθημερινού τρόπου ζωής και (3) η αντιστοιχία ή η ισορροπία μεταξύ των αναγκών και των στόχων της οικογένειας. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει στο νοσηλευτή να αποκτήσει μια λεπτομερή εικόνα των πρακτικών υγείας μιας οικογένειας, καθώς περιγράφει, εάν ο συνήθης τρόπος ζωής της οικογένειας εμποδίζει ή προωθεί την ανάπτυξη ενός σχεδίου προαγωγής υγείας και πρόληψης των νοσημάτων.

Οι ακόλουθες ερωτήσεις παράγουν πληροφορίες σχετικά με τις οικογενειακές αξίες, τις πεποιθήσεις και τον τρόπο ζωής: (1) Πώς ορίζει η οικογένεια την υγεία; (2) Ποιες συμπεριφορές προαγωγής υγείας εφαρμόζει η οικογένεια σε τακτική βάση; (3) Ποιες συμπεριφορές προαγωγής υγείας είναι ιδιαίτερα ευχάριστες για τα μέλη της οικογένειας; (4) Υιοθετούν όλα τα μέλη της οικογένειας αυτές τις συμπεριφορές ή ποικίλλουν πολύ τα πρότυπα της συμμετοχής στην οικογένεια; (5) Υπάρχει συνοχή μεταξύ των αξιών για την υγεία που δηλώνονται από την οικογένεια και των πράξεών τους; (6) Ποιοι είναι οι άμεσοι ή έμμεσοι στόχοι για την υγεία της οικογένειας; (7) Ποιοι παράγοντες εμποδίζουν τις συμπεριφορές προαγωγής της υγείας; (8) Ποια μέσα είναι διαθέσιμα για τη διευκόλυνση των συμπεριφορών προαγωγής της υγείας;

Εναλλακτικές μορφές οικογένειας είναι συνήθεις στη σημερινή κοινωνία. Οι οικογενειακές μονάδες μπορεί να είναι οι παραδοσιακές οικογένειες με δύο γονείς, οι μονογονεϊκές οικογένειες (συντά μόνο η μητέρα), οι μεικτές οικογένειες (με τμήματα από δύο προϋπάρχουσες οικογένειες), οι εκτεταμένες οικογένειες (πυρηνική συν ένας συγγενής, συντά ηλικιωμένος), οι επαυξημένες οικογένειες (με πρόσθετα μέλη χωρίς σχέση εξ αίματος), παντρεμένοι ενήλικες και άγαμοι ενήλικες (με εξ αίματος και μη εξ αίματος σχέση). Ο νοσηλευτής που εργάζεται με τις οικογένειες πρέπει να είναι ευαίσθητος τόσο στις ομοιότητες όσο και στις διαφορές μεταξύ των διαφόρων μορφών οικογένειας. Για τον επιτυχή προγραμματισμό της προαγωγής της υγείας της οικογένειας σε μη παραδοσιακές οικογένειες είναι απαραίτητη η κατανόηση του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Η οικογένεια είναι μία βασική μονάδα για τη μείωση επικίνδυνων συμπεριφορών καθώς και για την αύξηση των υγιών συμπεριφορών μεταξύ των μελών της. Οι οικογένειες ασκούν τρεις τύπους επιρροών: πολιτισμική/συμπεριφορική, όπως π.χ. η τήρηση του εκκλησιασμού ή των υποχρεώσεων στο σχολείο, κοινωνική/διαπροσωπική, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής υποστήριξης και ενδοατομική, όπως η αυτοεκτίμηση, η αντιμετώπιση καταστάσεων και η κατάθλιψη. Λιγότερες διασπαστικές

συμπεριφορές των παιδιών παρουσιάζονται στις οικογένειες όταν οι γονεϊκές δεξιότητες βελτιώνονται και όταν επιλύονται τα προβλήματα μεταξύ των συζύγων. Οι οικογένειες παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα ικανοτήτων, ιδεών, και δυνάμεων. Η πρόκληση για το νοσηλευτή είναι να βοηθήσει την οικογενειακή μονάδα στον εντοπισμό των σχετικών με την υγεία στόχων, τον προγραμματισμό θετικών αλλαγών στον τρόπο ζωής και στην αξιοποίηση των δυνάμεων της για να την επίτευξη των επιθυμητών εκβάσεων στην υγεία.

Η διαπραγμάτευση κατόπιν συνεργασίας με κέντρο την οικογένεια έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική για τη διευκόλυνση της αλλαγής συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας. Μια συλλογική συνεργασία, παρά μια περιοριστική στάση, δραστηριοποιεί τους γονείς και υποστηρίζει τις σχέσεις γονέα - παιδιού ενισχύοντας ταυτόχρονα τα κίνητρα για αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας (Tyler & Horner, 2008).

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Επειδή η πλειοψηφία των παιδιών στις ΗΠΑ είναι εγγεγραμμένα σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια σχολεία, τα σχολικά προγράμματα προαγωγής υγείας μπορεί να είναι αποτελεσματικά στην αύξηση των συμπεριφορών που προάγουν την υγεία μεταξύ των παιδιών και των εφήβων, πριν παγιωθούν κάποια συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς. Τα σχολεία πρέπει να είναι περιβάλλοντα που βελτιώνουν την υγεία, αναπτύσσουν την προσαρμοστικότητα και βοηθούν τα παιδιά στην ανάπτυξη υγιών συμπεριφορών, όπως η σωστή διατροφή και οι συνήθειες τακτικής άσκησης.

Οι εκπαιδευτικοί και το σχολικό προσωπικό υγείας ορίζουν τις ρεαλιστικές προσδοκίες υγιούς συμπεριφοράς και λειτουργούν ως πρότυπα για τον τρόπο ζωής που στοχεύει στη βελτίωση της υγείας. Θα πρέπει να καλλιεργούνται οι θετικές επιρροές από τους συνομηλίκους για την ενίσχυση των συμπεριφορών που προάγουν την υγεία και όχι εκείνες που είναι επιβλαβείς γι' αυτή. Οι γονείς που ενδιαφέρονται και συμμετέχουν στη δημιουργία υγιούς σχολικού περιβάλλοντος και λειτουργούν ως πρότυπα για υγιεινό τρόπο ζωής κατέχουν εξίσου σημαντικό ρόλο στην επιτυχία των σχολικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας.

Τα πρώτα προγράμματα που στόχευαν στην προαγωγή υγείας στα σχολεία επικεντρώνονταν στο άτομο και παρείχαν πληροφορίες σχετικά με πιθανές απειλές για την υγεία και τους κινδύνους ορισμένων συμπεριφορών. Στη δεύτερη φάση ανάπτυξης του προγράμματος επισημάνθηκε η επιρροή των γονέων, των συνομηλίκων και άλλων περιβαλλοντικών επιδράσεων. Αμφότερες οι φάσεις βασίζονταν στην υπόθεση ότι τα άτομα καθορίζουν τον τρόπο ζωής τους. Οι περισσότερες σχολικές παρεμβάσεις επικεντρώθηκαν σε συγκεκριμένα θέματα—όπως η σωματική άσκηση, η διακοπή του καπνίσματος ή οι διατροφικές συμπεριφορές—και βασίστηκαν σε ατομικού-επιπέδου θεωρίες, όπως η κοινωνική γνωστική θεωρία, για την προαγωγή της αλλαγής. Τα προγράμματα αυτά συνήθως παρείχαν εκπαίδευση σε θέματα υγείας εντός του πλαισίου

του σχολικού προγράμματος σπουδών. Πιο πρόσφατα, οι ερευνητές έχουν αναγνωρίσει πλήρως τις επιρροές του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος και τις ενσωματώνουν στα σχολικά προγράμματα. Επίσης, εφαρμόζονται περισσότερο ποικίλες θεωρίες που επικεντρώνονται στο κοινωνικό πλαίσιο.

Τα «Πέντε C» —competence, confidence, character, connection, caring/compassion (επάρκεια, εμπιστοσύνη, χαρακτήρας, σύνδεση και φροντίδα/συμπόνια)—αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά της θετικής ανάπτυξης των νέων. Τα προγράμματα που επικεντρώνονται στην ανάπτυξη αυτών των χαρακτηριστικών βοηθούν τα παιδιά και τους εφήβους να αναπτυχθούν και να γίνουν υγιείς, παραγωγικοί ενήλικες. Τα βασικά χαρακτηριστικά των αποτελεσματικών προγραμμάτων λαμβάνουν υπόψη τόσο το ατομικό όσο και το κοινωνικό πλαίσιο και οραματίζονται τη θετική ανάπτυξη. Ακόμη, δίνουν έμφαση στη συμμετοχή σε όλες τις πλευρές του προγράμματος, συμπεριλαμβανομένων του σχεδιασμού, της διεξαγωγής και της αξιολόγησης και εφαρμόζουν τα προγράμματα σε προσιτούς και ασφαλείς χώρους. Επιπλέον, αναγνωρίζουν τις αλληλένδετες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι ενήλικοι: Ενσωματώνουν σε αυτά υπηρεσίες υποστήριξης, παρέχουν εκπαίδευση σε ενήλικες ηγέτες, δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για τη ζωή, περιλαμβάνουν αξιολόγηση του προγράμματος και δίνουν προσοχή στην ποικιλομορφία της ομάδας (Lerner & Thompson, 2002).

Το πρόγραμμα Gatehouse έθεσε ως στόχο τις τρεις πλευρές του σχολικού κοινωνικού πλαισίου: την ασφάλεια, την επικοινωνία και τη συμμετοχή (Patton, Bond, ο Butler, & Glover, 2003). Οι στρατηγικές που απευθύνονται σε όλο το σχολικό πλαίσιο όπως τα προγράμματα καθοδήγησης, η προαγωγή του θετικού κλίματος στην τάξη και η εισαγωγή ενός προγράμματος σπουδών που προάγει τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες, ήταν τα κύρια συστατικά. Παρατηρήθηκαν σημαντικές θετικές αλλαγές στις συμπεριφορές των παιδιών στα σχολεία παρέμβασης, όπως η μείωση των επικινδύνων για την υγεία συμπεριφορών. Τα αποτελέσματα τεκμηριώνουν την αξία της ένταξης τόσο του ατομικού όσο και του κοινωνικού πλαισίου του σχολείου, όπου οι νέοι δαπανούν περισσότερο από το ένα τρίτο του χρόνου τους.

Μια μελέτη για την αξιολόγηση μιας παρέμβασης βασισμένης στο σχολείο για την πρόληψη της εφηβικής παχυσαρκίας συμπεριέλαβε επτά σχολεία με 551 εφήβους. Η παρέμβαση ήταν μια διαφημιστική παρουσίαση PowerPoint για τη διαιτολογική εκπαίδευση που δόθηκε σε δύο ημίωρες περιόδους στη διάρκεια μιας εβδομάδας. Σημειώθηκαν σημαντικές βελτιώσεις στον τομέα της γνώσης, στην πρόθεση διατήρησης φυσιολογικού σωματικού βάρους λόγω της σημασίας που είχε για τους φίλους και στην πρόθεση να καταναλώνουν λιγότερα γλυκά και τηγανητά. Η βαθμολογία ικανοποίησης από το Πρόγραμμα ήταν επίσης υψηλή (Abood, Black, & Coster, 2008). Είναι άγνωστο αν οι συμμετέχοντες ακολούθησαν την πρόθεσή τους να βελτιώσουν το βάρος και τις επιλογές τροφίμων με ταυτόχρονη αλλαγή συμπεριφοράς.

Πολλά σχολικά προγράμματα για την προαγωγή υγιεινών συμπεριφορών των παιδιών και της νεολαίας έχουν εφαρμοστεί με διάφορους βαθμούς επιτυχίας. Η μελέτη Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health ήταν μία από τις μεγαλύτερες με-

λέτες αγωγής υγείας βασισμένη στο σχολείο που έγινε στις ΗΠΑ (McCullum-Gomez, Barroso, Hoelscher, Ward, & Kelder, 2006). Η μελέτη περιλάμβανε μια συνιστώσα του προγράμματος σπουδών επαυξημένη με μία οικογενειακή συνιστώσα, μία συνιστώσα σωματικής δραστηριότητας, μία συνιστώσα της υπηρεσίας σχολικών τροφίμων και ένα πρόγραμμα προαγωγής της αντικαπνιστικής πολιτικής του σχολείου. Η αξιολόγηση, πέντε χρόνια μετά την παρέμβαση, έδειξε ότι οι περιβαλλοντικές αλλαγές μπορούν να διατηρηθούν για την υποστήριξη υγιεινών συμπεριφορών. Ωστόσο, η συμμόρφωση ήταν μικρότερη από την επιθυμητή. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η κατάρτιση του προσωπικού αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επίτευξη θεσμοθέτησης αυτών των προγραμμάτων. Το πρόγραμμα Gold Medal Schools της Utah υποστηρίζει τις πολιτικές του σχολείου για την αύξηση των επιλογών υγιεινής διατροφής και σωματικής δραστηριότητας από την τρίτη έως την πέμπτη τάξη δημοτικού (Jordan et al., 2008). Οι μαθητές σε Σχολεία με Χρυσό Μετάλλιο ανέφεραν μικρότερη κατανάλωση αναψυκτικών και αύξηση του αριθμού των ημερών που ήρθαν στο σχολείο περπατώντας ή με το ποδήλατο. Τα προγράμματα αυτά δείχνουν ότι μπορούν να επηρεάσουν θετικά τις συμπεριφορές υγείας των μικρών παιδιών.

Η φυσική δραστηριότητα, ένα μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας, αποτέλεσε το επίκεντρο των σχολικών παρεμβάσεων σε όλες τις ηλικίες. Οι παρεμβάσεις αυτές βασίζονται στη λογική ότι η σωματική δραστηριότητα κατά την παιδική ηλικία μπορεί να βελτιώσει την υγεία, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα για όλη τη ζωή. Μια πιλοτική μελέτη για την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας στην προσχολική ηλικία είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του προγραμματισμένου χρόνου για σωματική δραστηριότητα και τη βελτίωση των κινητικών δεξιοτήτων σε παιδιά ηλικίας 3-5 ετών (Williams, Carter, Kibbe, & Dennison, 2009). Το μοντέλο ενεργού σχολείου, που ονομάζεται «Action School-BC», σχεδιάστηκε για να προάγει την καρδιαγγειακή υγεία σε παιδιά του δημοτικού σχολείου. Τα παιδιά στην ομάδα παρέμβασης είχαν 20% υψηλότερο επίπεδο καλής φυσικής κατάστασης και 5,7% χαμηλότερη αρτηριακή πίεση (Reed, Warburton, MacDonald, & McKay, 2008). Τα προγράμματα που απευθύνονται σε χώρους που τα παιδιά απασχολούνται μετά το σχολείο έχουν αποδειχθεί επίσης ότι αυξάνουν τη σωματική δραστηριότητα και άλλες συμπεριφορές υγείας, όταν η σωματική δραστηριότητα συμπεριλαμβάνεται στον χώρο αυτό (Beets, Beighle, Erwin, & Huberty, 2009). Η επιτυχία μιας παρέμβασης για τη σωματική δραστηριότητα στο λύκειο επιτυγχάνεται μέσω της αυτό-αποτελεσματικότητας στα κορίτσια (Lubans & Sylva, 2009). Σε άλλες παρεμβάσεις σωματικής δραστηριότητας για έφηβα κορίτσια, η αυτό-αποτελεσματικότητα, τα αντιληπτά εμπόδια και τα οφέλη, καθώς και η αυτοδέσμευση έχουν αναγνωριστεί ως οι διαμεσολαβητές για την επιτυχία έκβαση (Taymoon & Lubans, 2008). Μια καλύτερη κατανόηση των διαφορών του φύλου μεταξύ των αγοριών και κοριτσιών της σχολικής ηλικίας είναι απαραίτητη για την προαγωγή της υγείας (Östlin, Eckerman, Shanker Mishra, Knowane, & Wallstam, 2006), καθώς και η κατανόηση των εμποδίων στην εφαρμογή και τη συμμετοχή σε σχολικά προγράμματα.

Η προαγωγή της σωματικής άσκησης στα κορίτσια των μεσαίων τάξεων του σχολείου εξετάστηκε σε μία μελέτη στην οποία συμμετείχαν 36 σχολεία από έξι γεωγραφικές περιοχές των ΗΠΑ. Τα σχολεία και οι κοινότητες είχαν ως στόχο την αύξηση των ευκαιριών, την υποστήριξη και τα κίνητρα για την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας (Webber et al., 2008). Κατά το τρίτο έτος του προγράμματος, μετρήθηκε η αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης που καθοδηγήθηκε από το προσωπικό σε σύγκριση με τις παρεμβάσεις που είχαν καθοδηγηθεί υπό την ηγεσία του σχολείου ή της κοινότητας. Το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας των κοριτσιών βελτιώθηκε ελαφρά στην παρέμβαση που είχε καθοδηγηθεί υπό την ηγεσία της κοινότητας. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς την καλή σωματική κατάσταση ή το ποσοστό σωματικού λίπους στις δύο ομάδες, δείχνοντας ότι διάφοροι τύποι παρεμβάσεων μπορούν να είναι αποτελεσματικοί (Webber et al., 2008).

Μία άλλη προσπάθεια για την αύξηση της σωματικής άσκησης στα σχολεία επικεντρώθηκε στην επίδραση που έχει η αναμόρφωση του περιβάλλοντος χώρου αθλοπαιδιών, χρησιμοποιώντας πολύχρωμες επιγραφές και φυσικές δομές. Η παρέμβαση βελτίωσε σε έντονη τη μέτρια φυσική δραστηριότητα των παιδιών στα διαλείμματα (Ridgers, Stratton, Clark, Fairclough, & Richardson, 2006a· Ridgers, Stratton, Fairclough, & Twisk, 2006β). Η αύξηση της ελκυστικότητας του φυσικού περιβάλλοντος των παιδιών είναι μια άλλη στρατηγική για την ανάπτυξη μακροχρόνιας συμπεριφοράς σωματικής άσκησης.

Η παράδοση του ελέγχου της καλής σωματικής κατάστασης στα σχολεία έχει αμφισβητηθεί λόγω των περιορισμών στο περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της μεταβλητότητας των κινήτρων, των εξωτερικών συνθηκών, της αυτό-αποτελεσματικότητας κατά τη διαδικασία ελέγχου και της δυναμικής της ομάδας (Naughton, Carlson, & Greene, 2006). Οι χώροι που είναι ειδικοί για αθλητισμό θεωρούνται ιδανικοί χώροι, αλλά η συμμετοχή των παιδιών σχολικής ηλικίας σε σωματικές δραστηριότητες εκτός του σχολικού περιβάλλοντος είναι περιορισμένη. Μια εναλλακτική στρατηγική που προτείνεται για τον έλεγχο της καλής σωματικής κατάστασης στο σχολικό περιβάλλον είναι να τεθεί ως στόχος η σωματική δραστηριότητα παρά, η φυσική κατάσταση.

Οι συμπεριφορές που προάγουν την υγεία αποκτούνται πιο εύκολα στην παιδική ηλικία, όταν διαμορφώνονται οι συνήθειες. Οι συνήθειες ή οι συμπεριφορές που αναπτύσσονται στην παιδική ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να διατηρηθούν ως αναπόσπαστο μέρος του τρόπου ζωής από ότι οι αλλαγές που έγιναν στις συμπεριφορές υγείας αργότερα στην ενήλικη ζωή. Η ανάπτυξη υγιών συμπεριφορών στα πολύ μικρά παιδιά είναι κρίσιμης σημασίας για την αύξηση της επικράτησης του υγιεινού τρόπου ζωής στο σύνολο του πληθυσμού.

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι κλιμακωτές δαπάνες για την ασφάλιση υγείας έχουν κινητοποιήσει τους εργοδότες να εφαρμόσουν στον χώρο εργασίας πρωτοβουλίες πρόληψης νοσημάτων και προαγω-

γής υγείας με σκοπό τον περιορισμό του κόστους και τη διατήρηση υγιούς και παραγωγικού εργατικού δυναμικού. Ο αριθμός των προγραμμάτων προαγωγής υγείας στο χώρο της εργασίας έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες και η συνεχής αύξηση πιθανώς βασίζεται στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και στη θετική επίδραση των προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Ο οικονομικός αντίκτυπος ενός ολοκληρωμένου πολυκεντρικού προγράμματος προαγωγής υγείας στο χώρο εργασίας παρουσίασε εξοικονόμηση κόστους άνω των \$ 15 για κάθε \$ 1 που ξοδεύτηκε για το πρόγραμμα αυτό (Aldana, Merrill, Price, Hardy, & Hager, 2005).

Υπήρξε μια αρνητική σχέση μεταξύ της απουσίας από την εργασία και της συμμετοχής, με τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα να έχουν απουσιάσει κατά μέσο όρο 3 λιγότερες εργάσιμες ημέρες από εκείνους που δε συμμετείχαν σε κανένα πρόγραμμα (Aldana et al., 2005). Η διαπίστωση αυτή υποστηρίζεται από μια μετα-ανάλυση μελετών που εξέτασε τις επιδράσεις της συμμετοχής σε ένα πρόγραμμα ευεξίας στο χώρο εργασίας, στο οποίο η συμμετοχή συσχετίστηκε με την ικανοποίηση από την εργασία όσο και με τη μείωση απουσιών (Parks & Steelman, 2008). Οι χώροι εργασίας προσφέρουν πρόσβαση σε μεγάλους αριθμούς ενήλικων και λειτουργούν ως όχημα για την εφαρμογή παρεμβάσεων σε πολλαπλά επίπεδα, συμπεριλαμβανομένου του ατομικού, του διαπροσωπικού, του περιβαλλοντικού και του οργανωτικού επιπέδου.

Τα προγράμματα στο χώρο εργασίας έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν (1) την αύξηση των υγιών συμπεριφορών, (2) την αύξηση της παραγωγικότητας, (3) τη μείωση των απουσιών, (4) τη μείωση της ανάγκης δαπανηρής ιατρικής περίθαλψης και (5) λιγότερες απαιτήσεις αναπηρίας, με τελικό αποτέλεσμα ένα πιο παραγωγικό και γενικά ανταγωνιστικό εργατικό δυναμικό. Τα ολοκληρωμένα προγράμματα είναι πιο πιθανόν να έχουν επιτυχή μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, αν ασχολούνται με την παροχή συμβουλών για τη μείωση του κινδύνου, την τροποποίηση των πολιτικών στο χώρο εργασίας και πραγματοποιούν αλλαγές στο φυσικό περιβάλλον της εργασίας.

Τα προγράμματα ευεξίας στο χώρο εργασίας ποικίλλουν από ετήσιες εκδηλώσεις, όπως εκθέσεις αφιερωμένες στην υγεία, έως συνεχιζόμενα ολοκληρωμένα προγράμματα. Μερικά προγράμματα προσφέρονται μόνο σε υπαλλήλους μιας συγκεκριμένης βαθμίδας ή μπορεί να επιδοτηθεί η συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα που πραγματοποιούνται σε ένα λειτουργικά ανεξάρτητο χώρο εκτός του χώρου εργασίας. Τα προγράμματα περιλαμβάνουν συνήθως τις επί τόπου δυνατότητες άσκησης και ευκαιρίες για τη βελτίωση της διαίτας, τη διακοπή του καπνίσματος, τον έλεγχο της κατάχρησης ουσιών, την ανακούφιση από το στρες και τον έλεγχο της παχυσαρκίας. Ένα πολύπλευρο πρόγραμμα στο χώρο εργασίας είναι πιθανόν να προσελκύσει και να διατηρήσει ένα ευρύτερο φάσμα εργαζομένων καθώς και να είναι πιο αποδοτικό. Προσφέροντας μία ποικιλία από προγράμματα προαγωγής υγείας στο χώρο εργασίας και χρησιμοποιώντας διαφορετικές προσεγγίσεις αυξάνεται η ελκυστικότητα του προγράμματος για τους εργαζομένους από κάθε πολιτισμικό υπόβαθρο και ηλικία. Παρά το γεγονός ότι τα προγράμματα στον χώρο εργασίας αυξάνονται στις μεγάλες επιχειρήσεις, εξακολουθούν να είναι σπάνια σε εταιρείες που απασχολούν λιγότερα από 50 άτομα (Parks & Steelman, 2008).

Τα προγράμματα στο χώρο εργασίας δημιουργούν ένα πολιτισμικό περιβάλλον που υποστηρίζει τις συμπεριφορές προαγωγής υγείας. Για παράδειγμα, η απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας έχει συνεισφέρει σημαντικά στη μείωση του καπνίσματος, τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Αυστραλία. Οι αλλαγές στην πολιτική επίσης είχαν ως αποτέλεσμα μείωση της έκθεσης των μη καπνιστών στον καπνό του περιβάλλοντος στο χώρο εργασίας.

Τα προγράμματα στο χώρο εργασίας έχουν πρόσβαση στους υπαλλήλους κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας για μια εκτεταμένη χρονική περίοδο και την ευκαιρία να τροποποιήσουν τις πολιτικές και να προάγουν την περιβαλλοντική αλλαγή για την ενίσχυση της υγιούς συμπεριφοράς των εργαζομένων. Η πιθανότητα αυξάνεται για την τροποποίηση των κοινωνικών πρότυπων και την αύξηση της διαπροσωπικής υποστήριξης για τους συναδέλφους που επιθυμούν να αλλάξουν. Τέλος, οι εργοδότες έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν κίνητρα για να ανταμείψουν υγιεινές συμπεριφορές.

Η αλλαγή στην κουλτούρα του χώρου εργασίας είναι σημαντική για να επιτευχθεί η ευρεία υποστήριξη για προγράμματα προαγωγής υγείας. Παραδείγματα των αλλαγών στο χώρο εργασίας περιλαμβάνουν (1) τη διαθεσιμότητα των υλικών που σχετίζονται με την υγεία, (2) πιο υγιεινά τρόφιμα στην καφετέρια και στα μηχανήματα αυτόματης πώλησης, (3) πιο υγιεινά μικρογεύματα στις συναντήσεις, (4) μειωμένες τιμές σε κέντρα αδυνατίσματος για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους, (5) περιοδικό έλεγχο της υγείας και (6) εκθέσεις υγείας στο χώρο της εργασίας.

Τα προγράμματα στο χώρο εργασίας προσφέρουν μια σειρά προσεγγίσεων για την προαγωγή της καλής σωματικής κατάστασης. Οι παρεμβάσεις για τις συμπεριφορικές δεξιότητες στο χώρο της εργασίας έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τη σωματική δραστηριότητα και την απόλαυση της άσκησης, σε περίπτωση που οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να ασκηθούν και διδάσκονται συμπεριφορικές δεξιότητες για να διατηρήσουν τη συνήθεια της άσκησης. Αυτό επιτυγχάνεται με τον καθορισμό στόχων, τη διαχείριση του χρόνου, τη συνομιλία με τον εαυτό, τη δημιουργία κοινωνικής υποστήριξης, την πρόληψη υποτροπής και την περιβαλλοντική αλλαγή (Parks & Steelman, 2008). Επιπλέον, οι πρωτοβουλίες που βασίζονται στο χώρο εργασίας για την αύξηση κατάναλωσης φρούτων και λαχανικών υπήρξαν αποτελεσματικές.

Ένα πρόγραμμα 12-εβδομάδων για την ομαδική και ατομική διατροφή και την καλή σωματική κατάσταση δοκιμάστηκε για τα αποτελέσματά του στη διαχείριση του βάρους, καθώς και για αιματολογικούς και ανθρωπομετρικούς δείκτες σε 148 άνδρες και γυναίκες. Οι συμμετέχοντες έθεσαν ατομικούς στόχους για τη συμπεριφορά υγείας και τη διατροφή και είχαν ατομική συμβουλευτική. Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μείωση του βάρους καθώς και μειωμένο επίπεδο χοληστερόλης, αρτηριακής πίεσης και περιμέτρου μέσης, αποδεικνύοντας ότι τα προγράμματα ευεξίας στο χώρο εργασίας μπορούν να είναι αποτελεσματικά. Η αποτελεσματικότητα φαίνεται να αυξάνεται εάν τα προγράμματα βασίζονται σε μια κοινωνική οικολογική προσέγγιση, αντιμετωπίζουν πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου για την αλλαγή και περιλαμβάνουν τις οικογένειές και τις γειτονιές (Stoler, Touger-Decker, O'Sullivan-Maillet, & Debchoud-

hary, 2006). Οι νοσηλευτές θα πρέπει να προσδιορίσουν τα εμπόδια και τους παράγοντες διευκόλυνσης για την αλλαγή μέσα στους χώρους εργασίας, ως τις βασικές συνιστώσες της πολιτικής και των στοιχείων του προγράμματος που είναι πιο αποτελεσματικά στην προαγωγή της αλλαγής.

Είναι ενδιαφέρον να συμπεριληφθούν και οι οικογένειες στα προγράμματα προαγωγής υγείας στο χώρο εργασίας, επειδή πολλοί εργοδότες πληρώνουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και για τα μέλη της οικογένειας. Οι καπνιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν συζύγους που καπνίζουν και τα άτομα με σωματικά δραστήριους συζύγους είναι περισσότερο πιθανόν να είναι και τα ίδια ενεργά. Τα παιδιά τους είναι επίσης πιθανόν να είναι πιο δραστήρια. Οι δάσκαλοι έχουν προσκληθεί από τα τοπικά σχολεία να συμμετέχουν σε προγράμματα στο χώρο εργασίας για να διασφαλιστεί η συνοχή και η ενσωμάτωση των εννοιών της προαγωγής υγείας μεταξύ των σχολείων και των χώρων εργασίας. Η προσπάθεια αυτή, αν επεκταθεί, μπορεί να οδηγήσει σε έναν «συνεκτικό» προγραμματισμό της προαγωγής υγείας στις κοινότητες, οι οποίες θα επιταχύνουν τις προσπάθειες αλλαγής της συμπεριφοράς σε όλη τη διάρκεια της ζωής.

Η μεγάλη αδυναμία των προγραμμάτων στο χώρο εργασίας είναι ότι προσελκύουν μόνο έναν περιορισμένο αριθμό εργαζομένων. Το πρωταρχικό κίνητρο για τη συμμετοχή στα προγράμματα προαγωγής υγείας στον εργασιακό χώρο είναι η μέριμνα για την υγεία του ατόμου (Stoler et al., 2006). Πολλοί εργαζόμενοι μπορεί να διστάσουν να αναφέρουν τυχόν υπάρχοντα προβλήματα υγείας που δεν είναι εμφανή, επειδή μπορεί να φοβούνται την απώλεια της εργασίας τους και/ή της προστασίας της ιδιωτικής τους ζωής. Αυτοί που σχεδιάζουν τα προγράμματα θα πρέπει να προσεγγίσουν τους εργαζόμενους για να μάθουν τις ανησυχίες τους σχετικά με την υγεία τους χωρίς να εισβάλλουν στην ιδιωτική τους ζωή. Τα εμπόδια στη συμμετοχή περιλαμβάνουν τη χρονική δέσμευση, τη διαθεσιμότητα των επί τόπου εγκαταστάσεων και των προγραμμάτων και την έλλειψη ενδιαφέροντος (Mobley, Lawyer, Faith, & Mobley, 2007). Οι νοσηλευτές που απασχολούνται σε εργασιακούς χώρους καλούνται να προσφέρουν πολλά προγράμματα προαγωγής υγείας και να εντάξουν την προαγωγή υγείας στην κουλτούρα της εργασίας, έτσι ώστε να μπορέσουν να επωφεληθούν όσο το δυνατόν περισσότεροι εργαζόμενοι.

Τα προγράμματα προαγωγής υγείας στον εργασιακό χώρο προβλέπεται να επεκταθούν στο μέλλον, καθώς ο υγιεινός τρόπος ζωής συμβάλει στη συγκράτηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Τα προγράμματα που περιλαμβάνουν τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία, αυξάνουν τη συνολική αποτελεσματικότητα της επιχείρησης καθώς επίσης την υγεία και την ποιότητα ζωής των εργαζομένων. Ενδιαφέρουσες δυνατότητες υπάρχουν για την ενσωμάτωση των προγραμμάτων αυτών σε μια συντονισμένη προσπάθεια της κοινότητας. Σε ένα 12-εβδομάδων πρόγραμμα τροποποίησης του τρόπου ζωής που τέθηκε σε εφαρμογή στην κοινότητα, η ικανοποίηση από την εργασία των εργαζομένων αυξήθηκε μέσω της απόκτησης νέων τρόπων αντιμετώπισης του στρες και της αυξημένης υποστήριξης από τα άλλα μέλη της κοινότητας (Ohta, Takigami, & Ikeda, 2007).

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Τα κοινοτικά κέντρα υγείας που διευθύνονται από νοσηλευτή αποτελούν ένα ιδανικό χώρο παροχής φάσματος υπηρεσιών, συμπεριλαμβάνοντας την προαγωγή υγείας και την παροχή συμβουλών για την πρόληψη νοσημάτων, τις συμπεριφορικές παρεμβάσεις για την προαγωγή ενός υγιεινού τρόπου ζωής και τον έλεγχο για την ανίχνευση υγειονομικών κινδύνων. Το σήμα κατατεθέν των κοινοτικών κέντρων υγείας που διευθύνονται από νοσηλευτή είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα που παρέχεται από νοσηλευτές. Η επικέντρωση στο «άτομο και στην οικογένεια» και όχι στην «παρούσα νόσο» έχει ενισχύσει την ελκυστικότητα των κέντρων υγείας που διευθύνονται από νοσηλευτή για την παροχή περίθαλψης σε μια αυξανόμενη κατηγορία του πληθυσμού. Πολλές οικογένειες προτιμούν τη φροντίδα υγείας από επαγγελματίες νοσηλευτές σε έναν χώρο που είναι φιλικός προς τον χρήστη και με σεβασμό προς τη μοναδική τους φύση και τις ανάγκες τους.

Τα κέντρα που διευθύνονται από νοσηλευτή παρέχουν οικογενειακά προσανατολισμένη, πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα σε ποικίλους πληθυσμούς. Περιλαμβάνουν άμεσες υπηρεσίες φροντίδας, μαθήματα αγωγής υγείας, συνεδρίες υποστήριξης σε μικρές ομάδες, καθώς και οικογενειακή και ατομική συμβουλευτική. Πολλές οικογένειες χρειάζονται βοήθεια για την υγιεινή ανατροφή των παιδιών τους ή την κάλυψη αναγκών της προαγωγής υγείας μελών της οικογένειας. Οι συμπεριφορές για τον υγιεινό τρόπο ζωής ενισχύονται στο πλαίσιο της οικογένειας και οι παρεμβάσεις που συμπεριλαμβάνουν τους γονείς και υποστηρίζουν τη σχέση παιδιού-γονέων είναι πιο πιθανόν να είναι επιτυχείς. Μια συνεργατική σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και του γονέα ή του ενήλικα φορέα φροντίδας διευκολύνει τη συμπεριφορά προαγωγής υγείας στο άτομο και στην οικογένεια (Tyler & Horner, 2008).

Απαιτούνται ηλεκτρονικά συστήματα για τον εντοπισμό των εκβάσεων στα άτομα, για τη συλλογή πληροφοριών, για την αξιολόγηση της ποιότητας και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών προαγωγής υγείας και των προγραμμάτων που εφαρμόζονται σε κέντρα που διευθύνονται από νοσηλευτή. Αυτά τα στοιχεία θα δώσουν επίσης τις αποδείξεις που απαιτούνται για την τεκμηρίωση των υπηρεσιών για σκοπούς αποζημίωσης.

Ένα παράδειγμα ενός επιτυχημένου κέντρου που διευθύνεται από νοσηλευτή είναι το Κέντρο Υγείας Παιδιών και Οικογενειών του Πανεπιστημίου Νότιας Καρολίνας (Children and Family Healthcare Center). Το κέντρο ιδρύθηκε το 1998 με μια περιορισμένη αποστολή να παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για τα παιδιά που τοποθετούνται σε προστατευτική επιτήρηση της Πολιτείας ή λόγω κακοποίησης ή δυνητικής κακοποίησης. Το Κέντρο επεκτάθηκε για να προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε παιδιά και οικογένειες στην ευρύτερη κοινότητα. Ασκούντες νοσηλευτές παιδιατρικών περιστατικών καθώς και οικογενειακοί νοσηλευτές παρέχουν εμβολιασμούς, περιοδικές εξετάσεις υγιών βρεφών και υπηρεσίες προαγωγής υγείας και πρόληψης σε παιδιά και ενήλικες, καθώς και 24ωρες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντί-

δας. Το Κέντρο εξυπηρετεί επίσης έναν μεγάλο πληθυσμό εφήβων που βρίσκονται σε ανάδοχες οικογένειες.

Εγκατεστημένο σε ένα πρώην εμπορικό κέντρο μιας χαμηλού εισοδήματος περιοχής, το Κέντρο εξακολουθεί να δέχεται μια αυξανόμενη βάση ατόμων. Η αποζημίωση από τη Medicaid, άλλες αποζημιώσεις από τρίτους, ιδιωτικές αμοιβές, ενισχύσεις από διάφορα πολιτειακά και ομοσπονδιακά προγράμματα, καθώς και επιχορηγήσεις και συμβάσεις βοηθούν το Κέντρο να διατηρεί τη δημοσιονομική του σταθερότητα (βλέπε ιστοσελίδα του Κέντρου που παρατίθεται στο τέλος του κεφαλαίου).

Τα κέντρα που διευθύνονται από νοσηλευτή βρίσκονται σε ποικίλα περιβάλλοντα, ώστε να είναι προσβάσιμα στους πληθυσμούς που εξυπηρετούνται. Μερικά κέντρα βρίσκονται μέσα ή κοντά σε σχολεία για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των αναγκών της υγείας των παιδιών και των εφήβων με έναν εμπιστευτικό και αναπτυξιακά κατάλληλο τρόπο. Τα διευθυνόμενα από νοσηλευτή κέντρα βρίσκονται επίσης σε εμπορικά κέντρα, φαρμακεία και συγκροτήματα κατοικιών ανθρώπων με χαμηλό εισόδημα, προκειμένου να παρέχουν πρόσβαση σε άτομα όπου συναθροίζονται ή περνούν το χρόνο τους όταν δεν είναι στο σχολείο ή στην εργασία. Τα διευθυνόμενα από νοσηλευτή κέντρα προσφέρουν φροντίδα που ενισχύει την υγεία και την ευεξία όλων των μελών της οικογένειας, διεπιστημονική φροντίδα, πρόσβαση σε κοινωνικές υπηρεσίες και ολοκληρωμένη φροντίδα που καλύπτει όλα τα στάδια της ζωής των μελών οικογενειών και ατόμων.

Η συνεχής κρατική έμφαση στον περιορισμό του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης καθιστά ελκυστικά τα διευθυνόμενα από νοσηλευτή κέντρα υγείας ως ένα αναπόσπαστο στοιχείο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η αξιολόγηση των κέντρων που διαχειρίζονται από νοσηλευτή δείχνει ότι οι πελάτες είναι πολύ ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες, έχουν βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας, πιστεύουν ότι τους προσφέρεται υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας και αναγνωρίζουν την εξοικονόμηση κόστους (Turner & Stanhope, 2008). Οι ευκαιρίες για διασύνδεση των πανεπιστημιακών νοσηλευτικών προγραμμάτων και των κέντρων υγείας που διευθύνονται από νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα ελκυστικές, καθώς οι τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις μπορούν να εφαρμοστούν για τη βελτίωση των υπηρεσιών μέσω της τεκμηριωμένης πρακτικής. Επιπλέον, οι χώροι πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι οι ιδανικοί χώροι για κλινική εξάσκηση των φοιτητών νοσηλευτικής για παρακολούθηση της φροντίδας που παρέχεται από το έμπειρο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του κέντρου.

Οι νοσηλευτές πρέπει να αντιμετωπίσουν τα νομοθετικά εμπόδια που περιορίζουν τη δημιουργία των κέντρων που διευθύνονται από νοσηλευτή και να εξασφαλίσουν την παροχή αμοιβής για τις προσφερόμενες υπηρεσίες προαγωγής υγείας και πρόληψης σε άτομα και οικογένειες (King, 2008). Τα κέντρα που διευθύνονται από νοσηλευτή έχουν μοναδικά πλεονεκτήματα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και πρέπει να διαπραγματευτούν με τους οργανισμούς υγειονομικής φροντίδας, ώστε να γίνουν ο πρωταρχικός πάροχος φροντίδας σε ένα συνεχώς αυξανόμενο τμήμα του πληθυσμού. Τόσο οι επαγγελματικές όσο και οι λαϊκές οργανώσεις θα πρέπει να συνεχι-

σουν τις συντονισμένες προσπάθειές τους για να φέρουν τα κέντρα υγείας της κοινότητας που διευθύνονται από νοσηλεύτη στην επικρατέστερη θέση των υπηρεσιών προαγωγής υγείας και πρόληψης.

Η ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΩΣ ΧΩΡΟΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η αλλαγή της συμπεριφορά υγείας των κοινοτήτων, παρά των ατόμων βασίζεται στην παραδοχή ότι η κοινοτική οργάνωση και ανάπτυξη είναι κεντρικής σημασίας για την προαγωγή και αγωγή υγείας της κοινότητας (Minkler, 2004). Τα προγράμματα προαγωγής υγείας και πρόληψης που είναι βασισμένα στην κοινότητα περιλαμβάνουν ένα φάσμα δραστηριοτήτων, όπως: (1) αγωγή υγείας, (2) προγράμματα παρέμβασης για μείωση κινδύνου, (3) προγράμματα περιβαλλοντικής ευαισθητοποίησης και βελτίωσης και (4) πρωτοβουλίες για αλλαγή των νόμων ή των ρυθμιστικών πολιτικών, ώστε να είναι ευνοϊκοί για την υγεία.

Τέσσερις βασικές αξίες επηρεάζουν την επιτυχία των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε κοινότητες (Minkler, 2004). Οι δεξιότητες και οι αξίες που χρειάζονται στην κοινωνία, δεν είναι οι ίδιες με εκείνες που ήταν αποτελεσματικές στο παραδοσιακό σύστημα υγείας. Οι αξίες που διέπουν μια κοινοτική προσέγγιση έχουν ως εξής:

1. Οι επαγγελματίες υγείας σέβονται τη σοφία της κοινότητας.
2. Οι επαγγελματίες υγείας ανταλλάσσουν πληροφορίες για την υγεία σε μια κατανοητή μορφή.
3. Οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν τις ικανότητες, τις δεξιότητες, τις επαφές και τους πόρους για να ενδυναμώσουν την κοινότητα.
4. Οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώνονται στις δυνατότητες και όχι στις ανάγκες και στις ελλείψεις.

Η ενεργοποίηση της κοινότητας, μια στρατηγική προαγωγής υγείας, περιλαμβάνει οργανωμένες προσπάθειες για την αύξηση της ευαισθητοποίησης της κοινότητας και τη γενική συναίνεση σχετικά με τα προβλήματα υγείας, συντονίζει τις σχέσεις συνεργασίας στην προαγωγή της υγείας για το σχεδιασμό περιβαλλοντικών αλλαγών, κατανέμει τους πόρους ανάμεσα στις οργανώσεις εντός της κοινότητας και προάγει τη συμμετοχή των πολιτών σε αυτές τις διαδικασίες.

Η ενεργοποίηση της κοινότητας συνδυάζει τα προγράμματα με τις ανάγκες της κοινότητας που προσδιορίζονται από εκείνους που κατοικούν στην κοινότητα. Η κοινότητα είναι ένας «ζωντανός» οργανισμός με διαδραστικά δίκτυα μεταξύ των οργανώσεων, της γειτονιάς, της οικογένειας και των φίλων. Η πρόκληση της ενεργοποίησης της κοινότητας είναι να ενσωματώσει τα μέλη της κοινότητας σε όλες τις πτυχές του προγραμματισμού για την επίτευξη των στόχων που έχουν καθοριστεί.

Ένα μοντέλο εφαρμογής των κοινοτικών προγραμμάτων πρέπει να ανταποκρίνεται στα θέματα και στα προβλήματα που ανέκυψαν κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού

του προγράμματος. Τέσσερις αρχές διευκολύνουν τη δημιουργία των δυνατοτήτων της κοινότητας και την ιδιοκτησία του έργου (Potvin, Cargo, McComber, Delormier, & Macaulay, 2003):

1. Τα μέλη της κοινότητας μετέχουν ως ισότιμοι εταίροι.
2. Τα στοιχεία της παρέμβασης και τα στοιχεία της αξιολόγησης πρέπει να ολοκληρώνονται.
4. Η οργανωτική ευελιξία και η ευελιξία του προγράμματος είναι απαραίτητο να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του κοινοτικού περιβάλλοντος.
5. Το πρόγραμμα πρέπει να είναι ένα πρόγραμμα εκμάθησης για όλους τους εμπλεκόμενους.

Οι αρχές αυτές έχουν επιβεβαιωθεί σε πολλές μελέτες της κοινότητας καθώς, για την επιτυχία της μελέτης, είναι απαραίτητο να έχει κανείς συνεχή γνώση της κοινότητας και να την αντιμετωπίζει ως πραγματικό εταίρο. Μια συνεργασία στην κοινότητα προϋποθέτει χρόνο, ανθρώπους και πόρους και πρέπει να βασίζεται στην ειλικρίνεια και στο σεβασμό. Τα κοινοτικά προγράμματα είναι δυναμικές διαδικασίες που καθορίζονται μέσα από μια εξελισσόμενη διαδικασία διαπραγμάτευσης μεταξύ όλων των μελών.

Οι αθλητικές λέσχες έχουν προταθεί ως μια αποτελεσματική στρατηγική κοινοτικών διαστάσεων για την αύξηση της συμμετοχής στη σωματική δραστηριότητα στην Αυστραλία. Η αλλαγή του προσανατολισμού των λεσχών από τις μορφές του προγράμματος που κατευθύνονται προς την αυξημένη συμμετοχή και την ανταγωνιστικότητα, σε χώρους για την προαγωγή θετικής σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ωφέλειας απαιτεί την υποστήριξη από τα μέλη της λέσχης. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει την επιτυχία της αλλαγής ήταν η παρουσία ή η απουσία του σχεδιασμού (Eime, Payne, & Harvey, 2008). Οι σχεδιαστές της κοινότητας μπορούν να μάθουν από τα ευρήματα αυτά: Καθώς ο αριθμός των αθλητικών σωματείων και άλλες πολλές οργανωμένες σωματικές δραστηριότητες αναπτύσσονται στις ΗΠΑ, αυτά είναι ιδανικά για τη θεσμοθέτηση των προγραμμάτων προαγωγής υγείας.

Τα προγράμματα προαγωγής υγείας που βασίζονται στην κοινότητα προσφέρουν μια εξαιρετική προσέγγιση έχοντας πρόσβαση σε εξαθλιωμένες κοινότητες με περιορισμένους πόρους. Μια κοινοτική παρέμβαση εφαρμόστηκε σε πέντε κοινότητες για να βελτιώσει την αλληλεπίδραση των γονέων με χαμηλό εισόδημα με τα παιδιά τους (Powell & Peet, 2008). Η βελτίωση των γονεϊκών δεξιοτήτων συνέβαλε στη συμμετοχή των παιδιών στις καθημερινές λειτουργίες της οικογένειας και ενίσχυσε την οικογένεια και την κοινότητα.

Οι υπηρεσίες προαγωγής υγείας πρέπει να παρέχονται, στο μέρος όπου οι άνθρωποι ζουν, εργάζονται, εκκλησιάζονται και παίζουν. Η προσφορά υπηρεσιών διατροφής στις εκκλησίες και προληπτικής μαστογραφίας στα εμπορικά κέντρα είναι πολύτιμη για τους ανθρώπους που ζουν υπό τις συνθήκες της πραγματικής ζωής. Η συνέργεια των δυνατοτήτων και των πόρων της κοινότητας και της ενδυνάμωσης που προκαλείται από τις πρώτες επιτυχίες απαιτούν συνεχή προσοχή για το σχεδιασμό και την

οργάνωση καινοτόμων και πολιτισμικά ευαίσθητων προγραμμάτων προαγωγής υγείας κοινοτικής διάστασης.

Η ενσωμάτωση βασισμένων σε ενδείξεις κλινικών και κοινοτικών στρατηγικών είναι αναγκαία για τη βελτίωση της υγείας της κοινότητας. Πρόσθετη έρευνα απαιτείται για την ανάπτυξη μεθόδων και συστημάτων για την ενσωμάτωση των κλινικών και προληπτικών στρατηγικών στο σχεδιασμό του προγράμματος και στην ανάπτυξη πολιτικής (Ockene et al., 2007).

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι συνεταιρισμοί υγείας και μεταξύ διαφόρων χώρων αποτελούν σημαντική στρατηγική για τη βελτιστοποίηση της υγείας των κοινοτήτων. Οι συνεταιρισμοί ευνοούν τη συνέχεια της φροντίδας στην προαγωγή και πρόληψη και στη συνεργική χρήση των πόρων για την επίτευξη της βέλτιστης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας. Οι συνεταιρισμοί μπορεί να αποτελούνται από οποιοδήποτε συνδυασμό χώρων εργασίας, σχολείων, κέντρων νοσηλείας, άλλων υπηρεσιών υγείας και πανεπιστημίων που συνεργάζονται για τη βελτίωση της υγείας του συνόλου της κοινότητας.

Οι *κοινοτικοί συνεταιρισμοί* ορίζονται ως οι σχέσεις μεταξύ συνεργαζόμενων τμημάτων (ατόμων και οργανώσεων), που έχουν δεσμευτεί για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού (Jenerette et al., 2008). Οι κοινοτικοί συνεταιρισμοί αναγνωρίζουν την αξία των μελών της κοινότητας των επιχειρησιακών ηγετών και των φορέων φροντίδας υγείας που συνεργάζονται για τη δημιουργία συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης φιλικών στον χρήστη, προσιτών και πολιτισμικά ευαίσθητων. Οι συνεταιρισμοί βελτιστοποιούν τους κοινούς πόρους όλων των εταίρων, έτσι ώστε να επιτυγχάνονται αμοιβαία εκτιμώμενοι στόχοι. Οι συνεταιρισμοί υγείας χρησιμοποιούν κοινοτικές οργανώσεις για να επιτύχουν την ενδυνάμωση της υγείας και τη βελτίωσή της σε κοινωνικά, φυλετικά και πολιτισμικά διαφορετικές κοινότητες, καθώς και την εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία (Powell & Gilliss, 2005). Με τον τρόπο αυτό, οι συνεταιρισμοί υγείας της κοινότητας ενσωματώνουν μία οικολογική προσέγγιση.

Οι συνεταιρισμοί έχουν επικεντρωθεί γύρω από ποικίλα προβλήματα της κοινότητας, στα οποία συμπεριλαμβάνεται η εφηβική εγκυμοσύνη, η βία, η κατάχρηση ουσιών και η χρόνια νεφροπάθεια. Για παράδειγμα, μια κοινοτική συνεταιριστική προσέγγιση τέθηκε σε εφαρμογή για την ενίσχυση της συνειδητοποίησης της χρόνιας νεφροπάθειας, της πρόληψης και της έγκαιρης παρέμβασης. Οι ακαδημαϊκοί, οι κοινοτικές αρχές, οι ασθενείς, οι φορείς φροντίδας, οι θρησκευτικές οργανώσεις, καθώς και οι επαγγελματίες υγείας συνεργάστηκαν για την ανάπτυξη κοινών στόχων και παρεμβάσεων προκειμένου να δημιουργήσουν υποδομή, κοινούς στόχους και ποικίλες ομάδες εργασίας για τη μείωση του φορτίου της χρόνιας νεφροπάθειας (Vargas et al., 2008).

Στους επιτυχημένους συνεταιρισμούς υγείας, δημιουργείται μια σχέση, που εκφράζει σαφώς το σεβασμό του δικαιώματος της κοινότητας να εντοπίζει τα προβλήματα και τις πιθανές λύσεις σε αυτά τα προβλήματα. Αρχικά, τα πρότυπα της κοινότητας για

τη συμμετοχή πρέπει να αξιολογούνται με τα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Αποτελεί η επίλυση του τρέχοντος προβλήματος της κοινότητας ατομική ή συλλογική προσπάθεια;
2. Πόσο σε επαφή βρίσκονται οι πολίτες ο ένας με τον άλλο;
3. Ποιες είναι οι μονάδες αλληλεπίδρασης (π.χ., γειτονιές, δήμοι, οικιστικά συγκροτήματα);
4. Μήπως το έγκλημα ή άλλοι παράγοντες αποτρέπουν τη συμμετοχή των πολιτών;

Μερικές κοινότητες έχουν καθιερωμένες δομές για το σχεδιασμό αντιμετώπισης κοινοτικών προβλημάτων υγείας. Οι τρέχουσες τάσεις της συμμετοχής των πολιτών, οι υφιστάμενες συνεργασίες μεταξύ κοινοτικών οργανώσεων και οργανώσεων που είναι γνωστές για την ενεργοποίηση της συμμετοχής της κοινότητας (εκκλησίες, κέντρα αναψυχής και λέσχες) αναλύονται πιο κάτω για την περαιτέρω κατανόηση του τρόπου διαμόρφωσης των συνεταιρισμών προαγωγής υγείας σε οποιαδήποτε κοινότητα. Για κάποιες κοινότητες, οι ευέλικτοι συνασπισμοί είναι το κατάλληλο πλαίσιο οργάνωσης ώστε να εκφραστούν οι κοινοτικές υγειονομικές ανάγκες, ενώ για άλλες, απαιτείται ένα συμβούλιο των τοπικών ηγετών για να συνδυαστεί η ισχύς των βασικών ακτιβιστών της κοινότητας.

Ένας σημαντικός στόχος των κοινοτικών συνεταιρισμών για την προαγωγή υγείας είναι η ενδυνάμωση. Η ενδυνάμωση της κοινότητας ορίζεται ως οι διαδικασίες κοινωνικής δράσης στις οποίες τα άτομα και οι ομάδες ενεργούν για να αποκτήσουν κυριότητα επάνω στην ζωή τους μέσω της αλλαγής του κοινωνικού και πολιτικού τους περιβάλλοντος (Minkler, 2004). Τα μέλη ενός συνεταιρισμού δημιουργούν τις συνθήκες που ενισχύουν τις κοινές τους προσπάθειες. Οι κοινοτικοί συνεταιρισμοί προαγωγής υγείας έχουν τη δυνατότητα να επιφέρουν θεσμικές και πολιτικές αλλαγές που επηρεάζουν πολλούς ανθρώπους. Η δέσμευση των συνεταιρισμών για τους ευρύτερους στόχους της θετικής κοινωνικής, δομικής και ατομικής αλλαγής είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της συνολικής υγείας των κοινοτήτων.

Η οικοδόμηση συνεταιρισμών απαιτεί σημαντικό χρόνο και προσπάθεια. Η εφαρμογή συνεργασιών στην πράξη είναι πολύπλοκη και αποτελεί πρόκληση για όλους τους ενδιαφερόμενους που συμμετέχουν στον συνεταιρισμό. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουν οι έχοντες οικονομική συμμετοχή τα ποικίλα συμφέροντα στα πρώτα στάδια του συνεταιρισμού και να εφαρμόσουν στρατηγικές για την αντιμετώπιση τυχόν πολιτισμικών διαφορών που υπάρχουν. Οι αρχές που πρέπει να εξεταστούν περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. Να βρεθεί το σωστό μείγμα κυριότητας και ελέγχου μεταξύ των συνεταίρων.
2. Να αναγνωριστούν τα κεκτημένα όλων των συνεταίρων.
3. Να αναπτυχθούν σχέσεις βασιζόμενες στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και στο σεβασμό.
4. Να αναγνωριστούν και να αξιολογηθούν τα διαφορετικά θέματα που θέτει ο κάθε συνεταίρος.

5. Να αναγνωριστεί η διαφορά μεταξύ της συνεισφοράς της κοινότητας και της ενεργού συμμετοχής της κοινότητας.
6. Να επιλύονται οι τυχόν εθνικές, πολιτισμικές και ιδεολογικές διαφορές μεταξύ των συνεταίρων (Straub et al, 2007· Vargas et al, 2008.).

Ένα κοινό όραμα μεταξύ των συνεταίρων δημιουργεί μια κοινή ταυτότητα και ένα κοινό σκοπό. Το όραμα είναι μια εικόνα του τι οι συνεταίροι θεωρούν ως αποτέλεσμα της συνεργασίας τους. Ένα κοινό όραμα διευκολύνει μια κοινή αποστολή, η οποία προσδιορίζει τους κύριους λόγους για την ύπαρξή του συνεταιρισμού. Ένα παράδειγμα δήλωσης αποστολής είναι το ακόλουθο:

Σκοπός μας είναι να βοηθήσουμε τα άτομα και τις οικογένειες στην κοινότητα να υιοθετήσουν ένα υγιεινό τρόπο ζωής και την κοινότητα να αναπτύξει υπηρεσίες προαγωγής υγείας και πρόληψης που θα είναι πολιτισμικά ευαίσθητες και οικονομικά αποδοτικές.

Η δυνατότητα προαγωγής υγιέστερης ζωής για τους πολίτες όλων των ηλικιών έγκειται στη δύναμη των συνεταιρισμών που είναι πολυτομεακοί και υπερβαίνουν τα όρια της παραδοσιακής ιατρικής. Οι συνεταιρισμοί επιτρέπουν στα μέλη να σχεδιάζουν κατάλληλα, να εφαρμόζουν και να αξιολογούν τις βασισμένες στην κοινότητα παρεμβάσεις προαγωγής υγείας. Μελετήθηκε η πρόσβαση και η κατάσταση της υγείας εφήβων και νέων ενηλίκων που είχαν εγκαταλείψει την παραδοσιακή εκπαίδευση και τους χώρους εργασίας (Tandon Marshall, Templeman, & Sonenstein, 2008). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, δεδομένων των υψηλών επιπέδων κινδύνου για την υγεία αυτού του πληθυσμού, η κοινότητα πρέπει να είναι σημαντικός παράγοντας στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας των εφήβων, με την ενσωμάτωση των δραστηριοτήτων προαγωγής υγείας στην απασχόληση των νέων και στα εκπαιδευτικά προγράμματα της κοινότητας (Tandon et al., 2008).

Μια κοινοτική οργανωτική προσέγγιση δημιουργίας συνεταιρισμών προαγωγής υγείας βασίζεται στις έννοιες της αυτοδιάθεσης, της αμοιβαίας λήψης αποφάσεων, του πλήρους σχεδιασμού, της επίλυσης προβλημάτων της κοινότητας και της πολιτισμικής σχέσης. Η φιλοσοφία αυτής της προσέγγισης είναι ότι η προαγωγή υγείας είναι πιθανόν να είναι πιο επιτυχής όταν η κοινότητα που είναι σε κίνδυνο προσδιορίζει τις δικές της ανησυχίες για την υγεία, αναπτύσσει τα δικά της προγράμματα παρέμβασης, σχηματίζει επιτροπή για τη λήψη αποφάσεων πολιτικής και εντοπίζει τους πόρους για την υλοποίηση του προγράμματος. Οι κοινότητες που είναι ενδυναμωμένες μέσω της οργάνωσης και της ενεργού συμμετοχής στους συνεταιρισμούς αναπτύσσουν δεξιότητες και ικανότητες για να επιλύσουν τα προβλήματα που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και την ευεξία των κατοίκων.

Οι κοινοτικοί συνεταιρισμοί υγείας συνεπάγονται ορθολογικότερη κατανομή των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης συνηγορώντας υπέρ της χρηματοδότησης υπηρεσιών προαγωγής υγείας και πρόληψης από κρατικές και ιδιωτικές ασφαλιστικές εται-

ρείες. Οι πολιτικά ενεργοί συνεταιρισμοί μπορούν να επανακατευθύνουν τα χρήματα από τις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, έτσι ώστε τα κονδύλια να διατίθενται με έμφαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που βασίζονται στον πληθυσμό και στις υπηρεσίες κλινικής πρόληψης. Η κοινοτική συμμετοχή και η πεφωτισμένη πολιτική υγείας είναι τα βασικά στοιχεία για τους επιτυχημένους συνεταιρισμούς προαγωγής υγείας της κοινότητας.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Οι εμπειρίες της διεπιστημονικής εκπαίδευσης και της συνεργατικής πρακτικής με τους κατοίκους της κοινότητας, βοηθά στην προετοιμασία των φοιτητών επαγγελματιών υγείας για την ποικιλομορφία των ρόλων που θα αναλάβουν στη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους. Καθώς η φροντίδα μετατοπίζεται από τα παραδοσιακά ιδρύματα (με εξαίρεση τους κρίσιμα ασθενείς) στην κοινότητα, οι γνώσεις και οι δεξιότητες λειτουργίας σε διαφορετικούς χώρους της κοινότητας είναι ουσιαστικής σημασίας για την κάλυψη των αναγκών υγείας των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων. Η πρόσβαση των φοιτητών στις κοινοτικές εμπειρίες εκπαίδευσης αποτελεί μια κερδοφόρα κατάσταση τόσο για τα προγράμματα νοσηλευτικής όσο και για τις κοινότητες (Kushto-Reese, Maguire, Silbert-Flagg, Immelt, & Shaefer, 2007). Για παράδειγμα, οι μαθητές στα πρώτα στάδια της επί πτυχίω νοσηλευτικής εκπαίδευσης μπορούν να δοκιμάσουν διάφορες πλευρές του ρόλου του εργαζόμενου υγείας στην κοινότητα διανέμοντας εκπαιδευτικό υλικό για την υγεία σε μια κοινότητα, συμμετέχοντας σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου ή στην οργάνωση εκθέσεων υγείας και συλλέγοντας δεδομένα για την υγεία από τις κοινότητες. Οι απόφοιτοι κατέχοντας μια μεγαλύτερη κατανόηση του ρόλου του πολιτισμού και του κοινωνικοοικονομικού επίπεδου στις συμπεριφορές υγείας μπορούν να δίνουν μαθήματα εκπαίδευσης στα σχολεία και στους χώρους εργασίας, να βοηθούν τους κατοίκους της κοινότητας στον εντοπισμό των περιβαλλοντικών κινδύνων για την υγεία και να παρέχουν εκπαίδευση αυτοφροντίδας σε ομάδες ατόμων που έχουν προφίλ υψηλού κινδύνου για την υγεία.

Οι πτυχιούχοι φοιτητές, οι καθηγητές τους και οι εκπρόσωποι των μελών της κοινότητας αποτελούν μία ισχυρή ομάδα για την εκπαίδευση των κοινοτικών επαγγελματιών υγείας σε υπο-εξυπηρετούμενες κοινότητες. Για να οικοδομήσουν μία επιτυχημένη ομάδα κοινοτικών επαγγελματιών υγείας, τα νοσηλευτικά προγράμματα θα πρέπει να: (1) δημιουργήσουν σχέση με την κοινότητα, (2) να συνεργάζονται με την κοινότητα για την αξιολόγηση των αναγκών της υγείας, (3) να προσλαμβάνουν άτομα από την κοινότητα για να κερδίσουν την εμπιστοσύνη και τη συμμετοχή των κατοίκων της κοινότητας, (4) να μοιράζονται την κυριότητα του προγράμματος και τη λήψη αποφάσεων με τους κοινοτικούς επαγγελματίες υγείας παρέχοντάς τους τη δυνατότητα να αναπτύξουν τους στόχους του προγράμματος, (5) να διευκολύνουν την ευελιξία του προγράμματος ώστε οι εργαζόμενοι να είναι σε θέση να προσαρμοστούν στις με-

ταβαλλόμενες ανάγκες και (6) να συνδέουν στενά τους εργαζόμενους στην κοινοτική υγεία με τους φορείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, έτσι ώστε η επαγγελματική εφεδρεία να είναι διαθέσιμη ανάλογα με τις ανάγκες.

Η ανάγκη ώστε τα προγράμματα νοσηλευτικής να αναλάβουν ένα ενεργό ρόλο στην ανάπτυξη σταθερών σχέσεων συνεργασίας προαγωγής υγείας, είναι πιο μεγάλη από ποτέ. Η ολιστική θεώρηση της νοσηλευτικής παρέχει τον απαραίτητο προσανατολισμό ώστε να εργαστούν από κοινού με τις κοινότητες με σκοπό την επίτευξη των στόχων υγείας. Η κλιμακούμενη ανάγκη μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας και οι οικονομικές πιέσεις για την οικονομικά αποδοτική, διεπιστημονική και υψηλής ποιότητας φροντίδα θέτει τους νοσηλευτές σε μια μοναδική θέση να κάνουν αλλαγές στα κοινοτικά συστήματα φροντίδας υγείας.

Οι κοινοτικοί-ακαδημαϊκοί συνεταιρισμοί για την υγεία είναι επίσης πολύτιμοι σύμμαχοι στην έρευνα. Η συνεργασία με τα πανεπιστήμια σε όλα τα στάδια της αξιολόγησης, του σχεδιασμού και της εφαρμογής παρεμβάσεων προαγωγής υγείας δημιουργούν ένα αίσθημα ιδιοκτησίας της κοινότητας, η οποία επωφελείται από την εμπειρία του πανεπιστημιακού προσωπικού. Η ερευνητική συνεργασία μεταξύ των κοινοτήτων και ακαδημαϊκών ιδρυμάτων ενθαρρύνει την ενθουσιώδη συμμετοχή, την προσήλωση στη στρατολόγηση, την προσεκτική ερμηνεία των ευρημάτων και τη δέσμευση για τη διάδοση των αποτελεσμάτων στην κοινότητα (Currie et al., 2005).

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ

Δεν υπάρχει ενιαία μέθοδος για την αξιολόγηση της επιτυχίας των παρεμβάσεων που υπερβαίνουν το ατομικό επίπεδο. Οι επιστήμονες νοσηλευτές θα πρέπει να εφαρμόζουν διάφορες στρατηγικές αξιολόγησης που θα είναι αποτελεσματικές για τις οικογένειες, τα σχολεία και τις κοινότητες, θεωρούμενες ως μονάδες ανάλυσης. Είναι απαραίτητη η προσοχή τόσο στη διαδικασία καθώς και στην αξιολόγηση των εκβάσεων για τον προσδιορισμό των στρατηγικών που είναι πιο αποτελεσματικές στην προαγωγή υγιεινών συμπεριφορών. Οι προτεινόμενες ευκαιρίες για έρευνα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. Περιγραφή των πεποιθήσεων και συνηθειών προαγωγής υγείας και πρόληψης ασθενειών διαφόρων οικογενειών και κοινοτήτων ως βάση για το σχεδιασμό πολιτισμικά ευαίσθητων παρεμβάσεων.
2. Έλεγχος των συνεργιστικών επιπτώσεων των σχολικών, οικογενειακών και κοινοτικών προσπαθειών προαγωγής υγείας σε εφήβους στις εκβάσεις της υγείας σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο.
3. Εντοπισμός των εμποδίων και των παραγόντων διευκόλυνσης για συμμετοχή σε προγράμματα στο χώρο εργασίας.
4. Έλεγχος των στρατηγικών δημιουργίας συνεργασιών στην κοινότητα που βελτιστοποιούν την κοινοτική και περιβαλλοντική αλλαγή.
5. Σχεδιασμός και έλεγχος έγκυρων και αξιόπιστων μέτρων αξιολόγησης των

εκβάσεων υγείας σε κοινοτικό επίπεδο.

6. Ανάπτυξη ενιαίων μεθόδων και μέτρων για την αξιολόγηση των εκβάσεων κόστους σε ένα ευρύ φάσμα προγραμμάτων και κοινοτήτων.

Ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι οι κοινοτικοί συνεταιρισμοί κάνουν τη διαφορά στην πρακτική υγείας και στην υγεία της κοινότητας (Currie et al., 2005). Ωστόσο, λίγες συστηματικές μελέτες έχουν διεξαχθεί για να δοκιμαστεί η αποτελεσματικότητα και η βιωσιμότητα των κοινοτικών συνεταιρισμών ιδίως σε κοινότητες με υποεξυπηρετούμενο πληθυσμό. Οι παρεμβάσεις στους συνεταιρισμούς πρέπει να τεκμηριώνονται προσεκτικά για τον εντοπισμό των αποτελεσματικών συστατικών. Πολλαπλά μέτρα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των συμπεριφορικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών αποτελεσμάτων των δραστηριοτήτων των συνεταιρισμών.

ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ

Διάφοροι χώροι προσφέρουν ευκαιρίες για την παροχή υπηρεσιών προαγωγής υγείας. Οι νοσηλευτές με κατανόηση στα θέματα υγείας και στα προβλήματα της κοινότητας είναι ιδανικοί για να έχουν έναν ηγετικό ρόλο στο σχεδιασμό, στην ανάπτυξη, στην εφαρμογή και στην αξιολόγηση των προγραμμάτων προαγωγής υγείας σε σχολεία, χώρους εργασίας, νοσηλευτικά κέντρα, καθώς και σε άλλους χώρους της κοινότητας. Οικονομική ενίσχυση για τα προγράμματα αυτά μπορεί να αναζητηθεί από ποικίλες δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Τα σημερινά προβλήματα υγείας αντιμετωπίζονται καλύτερα από πολλούς τομείς που συνεταιρίζονται για να βελτιώσουν τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία. Οι συνεταιρισμοί προσφέρουν έναν τρόπο επικοινωνίας, συνεργασίας και ενδυνάμωσης με σκοπό την εξεύρεση λύσεων που δεν μπορούν να επιτευχθούν από τις ομάδες ή τις οργανώσεις μόνες τους. Είναι ιδιαίτερα συναρπαστική η ευκαιρία για τις σχολές νοσηλευτικής να συμμετέχουν μαζί με άλλες επαγγελματικές σχολές, ομάδες παροχής υγειονομικής περίθαλψης και κοινότητες για τη δημιουργία συνεταιρισμών προαγωγής υγείας. Αυτοί οι συνεταιρισμοί, σχεδιασμένοι με κοινοτικά ευαίσθητο, πολιτισμικά κατάλληλο τρόπο, θα βελτιώσουν τις υπηρεσίες προαγωγής υγείας και πρόληψης που παρέχονται σε πληθυσμούς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.

Περίληψη

Οι υπηρεσίες προαγωγής υγείας θα πρέπει να προσφέρονται σε πολλαπλούς χώρους για να έχουν πρόσβαση σε διάφορους πληθυσμούς. Η ανάπτυξη και η διατήρηση υγιεινού τρόπου ζωής και υγιεινού περιβάλλοντος πρέπει να αποτελεί τον κεντρικό στόχο. Τα προγράμματα που συμπεριλαμβάνουν την κοινότητα και είναι προ-

σαρμοσμένα στις ανάγκες των μελών της, ενισχύουν την πολιτισμική καταλληλότητα και τις πιθανότητες επιτυχίας. Η ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας στην κοινότητα δημιουργεί ένα δίκτυο των κατοίκων της κοινότητας και των επαγγελματιών υγείας για την προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών προαγωγής υγείας και πρόληψης.

Δραστηριότητες Εκμάθησης

1. Προσδιορίστε ένα πρόγραμμα προαγωγής υγείας που βασίζεται στην κοινότητά σας και αξιολογήστε την αποτελεσματικότητά του παίρνοντας συνέντευξη από δύο πολίτες που ζουν στην κοινότητα (π.χ., εκστρατεία Red Dress για την αναγνώριση των καρδιοπαθειών, ως κύριας αιτίας θανάτου των γυναικών στις ΗΠΑ).
2. Ερευνήστε το επίπεδο της συνεργασίας μεταξύ υπηρεσιών σε ένα πρόγραμμα για την προαγωγή υγείας ή την πρόληψη των νοσημάτων στην κοινότητά σας.

Ποιες υπηρεσίες εκπροσωπούνται; Ποιες υπηρεσίες που δεν εκπροσωπούνται θα έπρεπε να συμμετέχουν;

3. Περιγράψτε τα βήματα που θα ακολουθήσετε για να συνεργαστείτε με μια φτωχή κοινότητα με σκοπό τη βελτίωση της πρόσβασης των παιδιών σε εμβολιασμούς.
4. Προσδιορίστε ένα πρόγραμμα σε χώρο εργασίας στην κοινότητά σας. Αξιολογήστε τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς του από την πλευρά του εργοδότη, των εργαζομένων και της κοινότητας.

Επιλεγμένες ιστοσελίδες

Κέντρο Υγείας Παιδιών και Οικογένειας της Νότιας Καρολίνας - South Carolina Children and Family Healthcare Center

<http://www.sc.edu/nursing/practice/chfc.html>

Το Κέντρο Υγείας Παιδιών και Οικογένειας της Νότιας Καρολίνας είναι ένα παράδειγμα ενός επιτυχημένου νοσηλευτικού κέντρου που είναι υπό τη διεύθυνση νοσηλευτή.

Κοινοτικός Οδηγός - The Community Guide (U.S. Centers for Disease Control and Prevention)

<http://thecommunityguide.org/>

Ο Κοινοτικός Οδηγός παρέχει τεκμηριωμένες συστάσεις για το τι είναι γνωστό σχετικά με την αποτελεσματικότητα, την οικονομική αποτελεσματικότητα και τη σκοπιμότητα των παρεμβάσεων για την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή

γή της υγείας για μια σειρά από ανησυχίες για τη δημόσια υγεία.

The Community Tool Box

<http://ctb.ku.edu/en/~V>

Το κουτί με τα εργαλεία της Κοινότητας είναι η μεγαλύτερη πηγή στον κόσμο για δωρεάν πληροφορίες σχετικά με τις βασικές δεξιότητες για την οικοδόμηση υγιών κοινοτήτων.

Σύμπραξη Cochrane - Cochrane Collaboration

<http://www.cochrane.org/>

Η Σύμπραξη Cochrane προβαίνει σε ανασκοπήσεις των πρότυπων για τις παρεμβάσεις φροντίδας υγείας και τις κατάλληλες θεραπείες.

Υπηρεσία Υγειονομικών Πόρων και Υπηρεσιών, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Πρόγραμμα Κέντρου Υγείας - Health Resources and Services Administration, Primary Health Care: The Health Center Program

<http://bphc.hrsa.gov/>

Η ιστοσελίδα αυτή παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ανάπτυξη κέντρων για αύξηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, στις περισσότερες κοινότητες των ΗΠΑ

Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Ασφάλεια και Υγεία στο Χώρο Εργασίας - Centers for Disease Control and Prevention. Workplace Safety & Health

<http://www.cdc.gov/workplace/>

Ο φορέας αυτός των CDC συνεργάζεται με εταιρείες στις ΗΠΑ για την παρακο-

λούθηση της υγείας στο χώρο εργασίας.

Σύστημα Επιτήρησης της Επικίνδυνης Συμπεριφοράς της Νεολαίας - The Youth Risk Behavior Surveillance System

<http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs>

Το σύστημα αυτό παρακολουθεί τις κατά προτεραιότητα επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές και τον επιπολασμό της παχυσαρκίας και του άσθματος στα παιδιά και τους νεαρούς ενήλικες.

Turning Information into Health Behavioral Risk Factor Surveillance System

<http://cdc.gov/brfss/index.htm>

Το σύστημα αυτό συλλέγει πληροφορίες σχετικά με τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου για την υγεία, τις πρακτικές πρόληψης και την πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη.

Υγιείς Άνθρωποι σε Υγιείς Κοινότητες - Healthy People in Healthy Communities

<http://www.healthypeople.gov/Publications/HealthyCommunities2001/default.htm>

Οι Υγιείς άνθρωποι σε Υγιείς Κοινότητες είναι ένας οδηγός για την δημιουργία συνασπισμών, μέτρηση εκβάσεων και δημιουργία συνεταιρισμών με σκοπό τη βελτίωση της υγείας της κοινότητας.

PEP—A Personal Empowerment Plan

<http://www.cdc/needphp/dnpa/pep.htm>

Το PEP είναι μια στρατηγική για τους χώρους εργασίας με σκοπό την προαγωγή της σωματικής δραστηριότητας και της υγιεινής διατροφής των εργαζομένων. Επισκε-

φθείτε αυτήν την ιστοσελίδα για να αποκτήσετε πρόσβαση σε βασικά εργαλεία

για το σχεδιασμό προαγωγής υγείας στον εργασιακό χώρο.

Βιβλιογραφία

- Abood, D. A., Black, D. R., & Coster, D. C. (2008). Evaluation of a school-based teen obesity prevention program. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40(3), 168–174.
- Aldana, S. G., Merrill, R. M., Price, K., Hardy, A., & Hager R. (2005). Financial impact of a comprehensive multisite workplace health promotion program. *Preventive Medicine*, 40(2), 131–137.
- Beets, M. W., Beighle, A., Erwin, H. E., & Huberty, J. L. (2009). After-school program impact on physical activity and fitness: A meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(6), 527–537.
- Christensen, P. (2004). The health-promoting family: A conceptual framework for future research. *Social Science & Medicine*, 59(2), 377–387.
- Currie, M., King, G., Rosenbaum, P., Law, M., Kertoy, M., & Specht, J. (2005). A model of impacts of research partnerships in health and social services. *Evaluation and Program Planning*, 28(4), 400–412.
- Eime, R. M., Payne, W. R., & Harvey, J. T. (2008). Making sports clubs healthy and welcoming environments: A strategy to increase participation. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 11, 146–154.
- Jenerette, C. M., Funk, M., Ruff, C., Grey, M., Adderley-Kelly, B., & McCorkle, R. (2008). Models of inter-institutional collaboration to build research capacity for reducing health disparities. *Nursing Outlook*, 56(1), 16–24.
- Jordan, K. C., Erikson, E. D., Cox, R., Carlson, E. C., Heap, E., Friedrichs, M., et al. (2008). Evaluation of the Gold Medal schools program. *Journal of the American Dietetic Association*, 108, 1916–1920.
- King, E. S. (2008). A 10-year review of four academic nurse-managed centers: Challenges and survival strategies. *Journal of Professional Nursing*, 24, 14–20.
- Kushto-Reese, K., Maguire, M. C., Silbert-Flagg, J. A., Immelt, S., & Shaefer, S. J. M. (2007). Developing community partnerships in nursing education for children's health. *Nursing Outlook*, 55(2), 85–94.
- Lerner, R. M., & Thompson, L. S. (2002). Promoting healthy adolescent behavior and development: Issues in the design and evaluation of effective youth programs. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(5), 338–344.
- Lubans, D. R., & Sylva, K. (2009). Mediators of change following a senior school physical activity intervention. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12, 134–140.
- McCullum-Gomez, C., Barroso, C. S., Hoelscher, D. M., Ward, J. L., & Kelder, S. H. (2006). Factors influencing implementation of the Coordinated Approach to Child Health (CATCH) eat smart school nutrition program in Texas. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 2039–2044.
- Minkler, M. (2004). *Community organizing and community building for health* (2nd ed., pp. 20–29). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Mobley, A. R., Lawyer, H., Faith, J., & Mobley, S. L. (2007). Motivational influences for participating in a worksite wellness program. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(8) (Suppl 1), A104.
- Naughton G. A., Carlson, J., & Greene, D. A. (2006). A challenge to fitness testing in primary schools. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 9(1–2), 40–55.
- Ockene, J. K., Edgerton, E. A., Teutsch, S. M., Marion, L. N., Miller, T., Genevro, J., et al. (2007). Integrating evidence-based clinical and community strategies to improve health. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(3), 244–252.
- Ohta, M., Takigami, C., & Ikeda, M. (2007). Effect of lifestyle modification on workers' job satisfaction through the collaborative utilization of community-based health promotion program. *International Congress Series*, 1294, 123–126.
- Östlin, P., Eckermann, E., Shankar Mishra, U., Knowane, M., & Wallstam, E. (2006). Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promotion International*, 21(Suppl 1), 25–35.

- Parks, K. M., & Steelman, L. A. (2008). Organizational wellness programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology, 13*(1), 58–68.
- Patton, G., Bond, L., Butler, H., & Glover, S. (2003). Changing schools, changing health? Design and implementation of the gatehouse project. *Journal of Adolescent Health, 33*, 231–239.
- Potvin, L., Cargo, M., McComber, A. M., Delormier, T., & Macaulay, A. C. (2003). Implementing participatory intervention and research in communities: Lessons from the Kahnawake schools diabetes prevention project in Canada. *Social Science & Medicine, 56*, 1295–1305.
- Powell, D. L., & Gilliss, C. L. (2005). Building capacity and competency in conducting health disparities research. *Nursing Outlook, 53*(3), 107–108.
- Parks, K. M., & Steelman, L. A. (2008). Organizational wellness programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology, 13*(1), 58–68.
- Patton, G., Bond, L., Butler, H., & Glover, S. (2003). Changing schools, changing health? Design and implementation of the gatehouse project. *Journal of Adolescent Health, 33*, 231–239.
- Potvin, L., Cargo, M., McComber, A. M., Delormier, T., & Macaulay, A. C. (2003). Implementing participatory intervention and research in communities: Lessons from the Kahnawake schools diabetes prevention project in Canada. *Social Science & Medicine, 56*, 1295–1305.
- Powell, D. L., & Gilliss, C. L. (2005). Building capacity and competency in conducting health disparities research. *Nursing Outlook, 53*(3), 107–108.
- Powell, D. R., & Peet, S. H. (2008). Development and outcomes of a community-based intervention to improve parents' use of inquiry in informal learning contexts. *Journal of Applied Developmental Psychology, 29*(4), 259–273.
- Reed, K. E., Warburton, D., MacDonald, H. M., Naylor, P. J., & McKay, H. A. (2008). Action Schools! BC: A school based physical activity intervention designed to decrease cardiovascular disease risk factors in children. *Preventive Medicine, 46*, 525–531.
- Ridgers, N., Stratton, G., Clark, E., Fairclough, S. J., & Richardson, D. J. (2006a). Day-to-day and seasonal variability of physical activity during school recess. *Preventive Medicine, 42*, 372–374.
- Ridgers, N., Stratton, G., Fairclough, S. J., & Twisk, J. W. R. (2006b). Long-term effects of a playground markings and physical structures on children's recess physical activity levels. *Preventive Medicine, 44*(5), 393–397.
- Stoler, F. D., Touger-Decker, R., O'Sullivan-Maillet, J., & Debchoudhary, I. (2006). Wellness in the workplace: A 12 week group and individual program. *Journal of the American Dietetic Association, 106*(8) (Suppl 1), A9.
- Straub, D. M., Deeds, B. G., Willard, N., Castor, J., Peralta, L., Francisto, V. T., et al. (2007). Partnership selection and formation: A case study of developing adolescent health community–researcher partnerships in fifteen U.S. communities: Adolescent Trials Network for HIV/AIDS Interventions. *Journal of Adolescent Health, 40*(6), 489–498.
- Tandon S. D., Marshall, B., Templeman, A. J., & Sonenstein, F. L. (2008). Health access and status of adolescents and young adults using youth employment and training programs in an urban environment. *Journal of Adolescent Health, 43*(1), 30–37.
- Taymoon, P., & Lubans, D. R. (2008). Mediators of behavior change in two tailored physical activity interventions for adolescent girls. *Psychology of Sport and Exercise, 9*, 605–619.
- Turner, L. M., & Stanhope, M. (2008). The Good Samaritan nursing center: A commonwealth collaborative. *Nursing Clinics of North America, 43*, 341–356.
- Tyler, D., & Horner, S. D. (2008). Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20*(4), 194–203.
- Vargas, R. B., Jones, L., Terry, C., Nicholas, S. B., Kopple, J., Forge, N., et al. (2008). Community-partnered approaches to enhance chronic kidney disease awareness, prevention, and early intervention: Building Bridges to Optimum Health World Kidney Day Los Angeles 2007 Collaborative. *Advances in Chronic Kidney Disease, 15*(2), 153–161.
- Wakefield, S., & Poland, B. (2005). Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Social Science & Medicine, 60*(12), 2819–2832.

- Webber, L. S., Catellier, D. J., Lytle, L. A., Murray, D. M., Pratt, C. A., Young, D. R., et al. (2008). Promoting physical activity in middle school girls: Trial of Activity for Adolescent Girls. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(3), 173–184.
- Williams, C. L., Carter, B. J., Kibbe, D. J., & Dennison, D. (2009). Increasing physical activity in preschool: A pilot study to evaluate Animal Trackers. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41, 47–52.