

Ε.Π.: «ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ 2014-2020»

ΥΠΟΕΡΓΟ: 2 «ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΕΣΔΔΑ - Β' ΦΑΣΗ»

**της Πράξης «ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΣΕΎΧΩΝ ΤΑΧΕΙΑΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ
ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΣΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ-Β' ΦΑΣΗ»
κωδ. ΟΠΣ 5010844**

ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ: Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

«Επικοινωνία στις Υπηρεσίες Υγείας»

Κωδικός εκπαιδευτικού υλικού: 27-ΔΥΥ-Β-14

Κωδικός Πιστοποίησης προγράμματος:

Ε.Π.: «ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ 2014-2020»

ΥΠΟΕΡΓΟ: 2 «ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΕΣΔΔΑ - Β' ΦΑΣΗ»

**της Πράξης «ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΣΕΎΧΩΝ ΤΑΧΕΙΑΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ
ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΣΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ-Β' ΦΑΣΗ»
κωδ. ΟΠΣ 5010844**

ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ: Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

«Επικοινωνία στις Υπηρεσίες Υγείας»

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Μέλη Ομάδας

Συντονίστρια: Δρ Βασιλική Νικολοπούλου

Συγγραφέας: Δρ Σπυριδούλα-Διονυσία Διαμαντάτου

Αξιολογήτρια: Παναγιώτα Ρωφαλίκου

24-ΔΥΥ-B-14: ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	5
Μέρος Α': Εισαγωγή στην Επικοινωνία Υγείας.....	7
Κεφάλαιο 1: Τι είναι Επικοινωνία Υγείας;	7
1.1. Εισαγωγή.....	7
1.2. Βασικές έννοιες και ορισμοί	7
1.3. Το περιβάλλον της Επικοινωνίας Υγείας	11
1.4. Ο κύκλος της Επικοινωνίας Υγείας.....	12
1.5. Τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει η Επικοινωνία Υγείας	13
Κεφάλαιο 2: Σύγχρονες θεωρίες και ζητήματα στην επικοινωνία υγείας	15
2.1. Εισαγωγή.....	15
2.2. Μοντέλα και θεωρίες στην Επικοινωνία Υγείας.....	16
2.3. Τύποι και μορφές επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας	22
2.4. Σύγχρονα ζητήματα στη δημόσια υγεία και στη φροντίδα υγείας και η εμπλοκή της Επικοινωνίας Υγείας.....	24
Κεφάλαιο 3: Πολιτισμικές και άλλες επιρροές στις αντιλήψεις περί υγείας και αρρώστιας	26
3.1. Εισαγωγή.....	26
3.2. Προσεγγίσεις της έννοιας της υγείας και της αρρώστιας	27
3.3. Ο ρόλος των πεποιθήσεων για θέματα υγείας.....	31
3.4. Η ισότητα στην υγεία και η επικοινωνία.....	32
3.5. Διαπολιτισμική επικοινωνία στην υγεία.....	35
Μέρος Β': Προσεγγίσεις στην Επικοινωνία Υγείας και Περιοχές Δράσης	37
Κεφάλαιο 4: Διαπροσωπική Επικοινωνία.....	37
4.1. Εισαγωγή.....	37
4.2. Η ατομο/ανθρωπο-κεντρικότητα στην επικοινωνία υγείας	38
4.3. Η δυναμική της διαπροσωπικής επικοινωνίας	39

Κεφάλαιο 5: Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης και Δημόσιες Σχέσεις	42
5.1. Εισαγωγή.....	42
5.2. Η Επικοινωνία Υγείας στη νέα εποχή των μέσων.....	43
5.3. ΜΜΕ και Δημόσια Υγεία	43
5.4. ΜΜΕ, μέσα κοινωνικής δικτύωσης και παράμετροι αξιολόγησης	44
5.5. Ο ρόλος των Δημοσίων Σχέσεων στην Υγεία	46
Κεφάλαιο 6: Κινητοποίηση της κοινότητας και συμμετοχή των πολιτών.....	48
6.1. Εισαγωγή.....	48
6.2. Η ενδυνάμωση του ατόμου και των κοινοτήτων/ομάδων	48
6.3. Βασικά σημεία για την κινητοποίησης της κοινότητα	49
Κεφάλαιο 7: Επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας	54
7.1. Εισαγωγή.....	54
7.2. Η επικοινωνία στους και με τους επαγγελματίες υγείας	55
7.3. Κανάλια και ενέργειες επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας	56
7.4. Επικοινωνία στην υγεία και ζητήματα εμπιστευτικότητας	58
Μέρος Γ': Επικοινωνιακές παρεμβάσεις στην υγεία.....	60
Κεφάλαιο 8: Σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση μιας επικοινωνιακής παρέμβασης στην υγεία .	60
8.1. Επισκόπηση της διαδικασίας προγραμματισμού επικοινωνίας για την υγεία	60
8.2. Ανάλυση της κατάστασης και του κοινού.....	63
8.3. Προσδιορισμός στόχων και στρατηγικών	67
8.4. Εφαρμογή ενός επικοινωνιακού σχεδίου δράσης.....	69
8.5. Αξιολόγηση αποτελεσμάτων των επικοινωνιακών παρεμβάσεων στην υγεία	73
Κεφάλαιο 9: Μελέτες Περιπτώσεων - Αποτελεσματικές επικοινωνιακές στρατηγικές για τον Covid-19	79
Επίλογος	85
Χρήσιμες πηγές	87

Πρόλογος

“Communication is an essential element of healthcare”.
(«Η επικοινωνία είναι βασικό στοιχείο της φροντίδας υγείας»)

Charles Grant

Η επικοινωνία υγείας λειτουργεί μέσα σε ένα ιδιαίτερα περίπλοκο περιβάλλον στο οποίο η ενθάρρυνση και η υποστήριξη των ανθρώπων να υιοθετήσουν και να διατηρήσουν υγιεινές συμπεριφορές ή οι διαμορφωτές πολιτικών και οι επαγγελματίες του χώρου να εισάγουν νέες πολιτικές και πρακτικές ή επαγγελματίες υγείας να παρέχουν την κατάλληλη, ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας, δεν αποτελούν εύκολη υπόθεση. Επιπλέον, οι περισσότερες από τις πιθανές αλλαγές και τα συμπεριφορικά και κοινωνικά αποτελέσματα εξαρτώνται από διάφορους κοινωνικά καθορισμένους παράγοντες όπως η ζωή, η εργασία και η γήρανση και τα γενικότερα περιβάλλοντα φυσικό, εργασιακό, κοινωνικό, οικονομικό κλπ, η πρόσβαση σε υπηρεσίες και πληροφορίες υγείας, ο πρωτογενής τομέας της παραγωγής, οι συνθήκες στέγασης και λοιπές υγειονομικές συνθήκες (π.χ. ύδρευση, αποχέτευση κλπ).

Ο παιδικός εμβολιασμός, για παράδειγμα, είναι μια από τις σπουδαιότερες ιατρικές και επιστημονικές επιτυχίες των τελευταίων χρόνων. Λόγω εμβολιασμού, πολλές ασθένειες οι οποίες κάποτε αποτελούσαν απειλή για τη ζωή και την ευημερία των παιδιών εμφανίζονται πλέον σπάνια ή έχουν εξαλειφθεί σε πολλές χώρες του κόσμου. Ωστόσο, όπως για τα περισσότερα άλλα θέματα, έτσι και στις παρεμβάσεις που σχετίζονται με την υγεία, με σκοπό να αλλάξει η νοοτροπία του κόσμου και των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να εμβολιάσουν τα υγιή παιδιά τους, απαιτήσε και απαιτεί μια παγκόσμια πολυεπιστημονική προσπάθεια. Η επικοινωνία υγείας έπαιξε θεμελιώδη ρόλο σε αυτή την ιστορία επιτυχίας από την εισαγωγή του πρώτου παιδικού εμβολίου έως σήμερα την εποχή της πανδημίας από τον κορωνοϊό SARS-CoV-2.

Οι προσεγγίσεις επικοινωνίας για την υγεία θα λειτουργήσουν μόνο εάν βασίζονται στην εις βάθος κατανόηση του τρόπου ζωής, τις ανησυχίες, τις πεποιθήσεις, τις στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, τα εμπόδια στην αλλαγή και τις πηγές πληροφόρησης. Θα ήταν, επίσης, σημαντικό να ερευνάται και να κατανοείται το πολιτισμικό, κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον. Τι είδους υποστήριξη υπάρχει από την οικογένεια, τους φίλους και το εργασιακό περιβάλλον; Ποιος επηρεάζει περισσότερο τις αποφάσεις πάνω σε κοινά-στόχους; Ποιοι είναι οι φόβοι που υπάρχουν; Υπάρχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας; Υπάρχει ικανοποίηση από τον τρόπο που ένα σύστημα υγείας φροντίζει την υγεία των ληπτών υπηρεσιών υγείας; Αυτά είναι μόνο μερικά από τα πολλά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν πριν από την ανάπτυξη ενός προγράμματος επικοινωνίας για την υγεία που προορίζεται να προωθήσει συμπεριφορική και κοινωνική αλλαγή σε ένα κοινό ή ομάδα-στόχο.

Το πιο σημαντικό, σε κάθε είδους επικοινωνιακή παρέμβαση υγείας είναι ότι χρειάζεται να βασίζεται στις θεωρίες της επικοινωνίας και σε διδάγματα παρεμβάσεων από το παρελθόν, καθώς και στην εις βάθος κατανόηση της πλήρους δυναμικής του τομέα της επικοινωνίας υγείας. Επιπλέον, η επικοινωνία θεωρείται σημαντική στην επίτευξη των Στόχων της Βιώσιμης Ανάπτυξης στην παγκόσμια ατζέντα. Στην πραγματικότητα, η επικοινωνία υγείας μπορεί να βοηθήσει στην ολοκλήρωση των αναγκών του πληθυσμού σε θέματα ατομικής και δημόσιας υγείας και σε ζητήματα περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ (<https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/health-communication-and-health-information-technology?topicid=18>.) στόχος είναι η χρησιμοποίηση στρατηγικών επικοινωνίας για την υγεία και τεχνολογιών πληροφοριών υγείας (Information Technology - IT) για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στην υγεία του πληθυσμού και στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και για την επίτευξη ισότητας στον τομέα της υγείας. Τέτοιοι στόχοι είναι:

- Υποστήριξη κοινής λήψης αποφάσεων μεταξύ ασθενών και παρόχων
- Παροχή εξατομικευμένων εργαλείων και πόρων αυτοδιαχείρισης
- Δημιουργία δικτύων κοινωνικής υποστήριξης
- Παροχή στοχευμένων, προσβάσιμων και εφαρμόσιμων πληροφοριών υγείας
- Διευκόλυνση της ουσιαστικής χρήσης της πληροφορικής για την υγεία και της ανταλλαγής πληροφοριών υγείας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στις διάφορες βαθμίδες φροντίδας υγείας και στη δημόσια υγεία
- Ενεργοποίηση γρήγορης και τεκμηριωμένης δράσης για κινδύνους για την υγεία και έκτακτες ανάγκες για τη δημόσια υγεία
- Αύξηση των δεξιοτήτων και της εγγραμματοσύνης για την υγεία
- Παροχή νέων ευκαιριών για σύνδεση με πολιτισμικά διαφορετικούς και δυσπρόσιτους πληθυσμούς
- Παροχή υγιών αρχών στο σχεδιασμό προγραμμάτων και παρεμβάσεων που έχουν ως αποτέλεσμα πιο υγιεινές συμπεριφορές
- Αύξηση της πρόσβασης στο Διαδίκτυο και στο κινητό

Οι παραπάνω παρεμβάσεις κάνουν λόγο για καινοτομία, ενσωμάτωση διαφορετικών περιοχών επικοινωνίας, στρατηγικών και μέσων επικοινωνίας, σε συνδυασμό με υγειονομικά και κοινωνικά ζητήματα. Εξάλλου, δεν υπάρχει μαγική λύση στην επικοινωνία για την υγεία, όμως σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να βασίζεται σε επιστημονικές θεωρίες, να διαθέτει τεκμηριωμένη στρατηγική και κοινωνικό πρόσημο.

Μέρος Α': Εισαγωγή στην Επικοινωνία Υγείας

Κεφάλαιο 1: Τι είναι Επικοινωνία Υγείας;

1.1. Εισαγωγή

Η επικοινωνία για την υγεία εξελίσσεται σε έναν ολοένα και πιο σημαντικό τομέα τόσο για τη δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη, όσο και για τους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και τους ιδιωτικούς φορείς. Ως εκ τούτου, πολλοί συγγραφείς και επιστημονικοί φορείς προσπαθούν να ορίσουν ή να επαναπροσδιορίσουν την έννοια αυτή με την πάροδο του χρόνου. Λόγω της πολυεπιστημονικής φύσης της επικοινωνίας για την υγεία, πολλοί από τους ορισμούς μπορεί φαίνονται κάπως διαφορετικοί μεταξύ τους. Παρ' όλα αυτά, όταν αναλύονται, οι περισσότεροι επισημαίνουν το ρόλο που μπορεί να παίξει η επικοινωνία υγείας στην επιρροή, στην υποστήριξη και ενδυνάμωση ατόμων, κοινοτήτων, επαγγελματιών υγείας, φορέων χάραξης πολιτικής ή ειδικών ομάδων προκειμένου να υιοθετήσουν και να διατηρήσουν μια συμπεριφορά ή μια κοινωνική, οργανωτική ή αλλαγή πολιτικής η οποία θα βελτιώσει τελικά το άτομο, την κοινότητα, και τα αποτελέσματα στη δημόσια υγεία γενικότερα. Η κατανόηση του αληθινού νοήματος της επικοινωνίας για την υγεία και η θέσπιση του σωστού πλαισίου για την εφαρμογή του μπορεί να βοηθήσει τους ιθύνοντες στην υγεία τόσο στα διάφορα επίπεδα της φροντίδας υγείας, όσο και στη δημόσια υγεία ώστε να εντοπίζουν έγκαιρα τις εκπαιδευτικές ανάγκες του προσωπικού, της κοινότητας που εξυπηρετούν και όλων όσων εμπλέκονται στην επικοινωνιακή διαδικασία. Θα βοηθούσε, επίσης, η δημιουργία σωστής οργανωτικής νοοτροπίας και ικανότητας, παράμετροι οι οποίες οδηγούν σε επιτυχή χρήση των διαφόρων επικοινωνιακών προσεγγίσεων προκειμένου να επιτευχθεί η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ μιας συγκεκριμένης ομάδας, των ενδιαφερόμενων μερών και της κοινότητας στόχου.

1.2. Βασικές έννοιες και ορισμοί

Η κατανόηση της θεωρίας και της πρακτικής της επικοινωνίας υγείας απαιτεί έναν ουσιαστικό προβληματισμό για την κυριολεκτική σημασία της λέξης επικοινωνία. Η επικοινωνία ορίζεται ως εξής: «1. Η ανταλλαγή πληροφοριών, μεταξύ ατόμων, για παράδειγμα, μέσω ομιλίας, γραφής ή χρήσης ενός κοινού συστήματος σημείων και συμπεριφορών 2. Μήνυμα - ένα προφορικό ή γραπτό μήνυμα. 3. Την πράξη του επικοινωνίας, δηλαδή της μεταφοράς του μηνύματος 4. Σχέση - μια αίσθηση αμοιβαίας κατανόησης και συμπάθειας. 5. Πρόσβαση - ένα μέσο πρόσβασης ή επικοινωνίας» (Λεξικό Encarta, Ιανουάριος 2007) (Σχήμα: 1).

Σχήμα 1: Το μοντέλο της επικοινωνίας



Όταν μιλάμε, πολλές φορές εγείρουμε εμπόδια, τα οποία δυσκολεύουν την αποτελεσματική επικοινωνία. Τα εμπόδια αυτά μπορεί να κάνουν το μήνυμά μας να φτάσει διαστρεβλωμένο και να σπαταλήσουμε χρόνο, αλλά και κόπο λόγω πιθανών συγχύσεων και παρεξηγήσεων που ενδέχεται να δημιουργηθούν. Η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει την υπέρβαση αυτών των εμποδίων και τη μεταφορά ενός σαφούς, περιεκτικού και ξεκάθਾਰου μηνύματος. Ο θόρυβος ή αλλιώς τα εμπόδια στην επικοινωνία μπορεί να είναι:

1. Ασαφείς στόχοι
2. Μη σωστά μηνύματα
3. Κακή επιλογή χώρου και χρόνου
4. Κακή επιλογή τρόπου και μέσου
5. Έλλειψη ενδιαφέροντος/απροσεξία
6. Βιαστικά συμπεράσματα
7. Προδιάθεση/προκατάληψη
8. Υπερευαισθησία
9. Διαφορετικές αντιλήψεις
10. Σχέσεις μεταξύ πομπού και δέκτη
11. Δομές/διαδικασίες
12. Υπερφόρτωση
13. Κώδικες

Ακολουθούν ορισμένες βασικές έννοιες που σχετίζονται με την επικοινωνία υγείας:

- **Επικοινωνία υγείας (health communication):** Ένα πολύπλευρο και πολυεπιστημονικό πεδίο έρευνας, θεωρίας και πρακτικής που ενδιαφέρεται να φτάσει σε διαφορετικούς πληθυσμούς και ομάδες για την ανταλλαγή πληροφοριών, ιδεών και μεθόδων σχετικών με την υγεία, προκειμένου να επιτύχει την επιρροή, εμπλοκή, ενδυνάμωση και υποστήριξη ατόμων, κοινοτήτων, επαγγελματιών υγείας, ασθενών, υπευθύνων χάραξης πολιτικής, οργανώσεων, ειδικών ομάδων, ώστε να υπερασπισθούν, να εισαγάγουν, να υιοθετήσουν ή να διατηρήσουν μια υγιεινή ή κοινωνική συμπεριφορά ή πολιτική που τελικά θα βελτιώσει τα αποτελέσματα υγείας σε επίπεδο ατόμου ή/και κοινότητας.
- **Κοινό-στόχος ή βασικές ομάδες (intended audiences ή key groups):** Όλες οι ομάδες τις οποίες οι επικοινωνιακές παρεμβάσεις στην υγεία επιδιώκουν να δεσμεύσουν.
- **Επικοινωνιακά κανάλια (communication channels):** Οι διαδρομές που επιλέχθηκαν από τους υπεύθυνους στην επικοινωνία υγείας μέσω των οποίων θα φθάσει στο κοινό-στόχο το μήνυμα σχετικό με την υγεία.
- **Ευάλωτοι πληθυσμοί (vulnerable populations):** Περιλαμβάνει ομάδες που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο λόγω φτώχειας, θεμάτων σωματικής, ψυχολογικής ή κοινωνικής υγείας εξαιτίας απουσίας επαρκών συνθηκών, οι οποίες να είναι σε θέση να υποστηρίξουν θετικά αποτελέσματα στην υγεία.
- **Υποεξυπηρετούμενοι πληθυσμοί (underserved populations):** Περιλαμβάνει γεωγραφικά, εθνοτικά, ή κοινωνικά συγκεκριμένες ομάδες, οι οποίες δεν έχουν επαρκή πρόσβαση στην υγεία ή στις υγειονομικές υπηρεσίες και υποδομές ή ακόμη και σε επαρκείς πληροφορίες.
- **Ισότητα υγείας (health equity):** Παροχή σε κάθε άτομο των ίδιων ευκαιριών ώστε να παραμείνει υγιές ή αποτελεσματικά να αντιμετωπίσει κάποια ασθένεια ή κρίση ανεξαρτήτως φυλής, φύλου, ηλικίας, οικονομικής κατάστασης, κοινωνικής θέσης, περιβάλλοντος και άλλων κοινωνικά καθορισμένων παραγόντων.
- **Επικοινωνιακή μέσα (communication vehicles):** η κατηγορία που περιλαμβάνει υλικά, εκδηλώσεις, δραστηριότητες ή άλλα εργαλεία για την παράδοση μηνύματος χρησιμοποιώντας την επικοινωνία μέσω καναλιών.
- **Ενδιαφερόμενα μέρη (stakeholders):** Όλα τα άτομα και οι ομάδες που έχουν συμφέρον ή μοιράζονται τις ευθύνες για ένα δεδομένο θέμα, όπως π.χ φορείς χάραξης πολιτικής, κοινότητα, ηγέτες, μέλη κάποιας ομάδας κλπ.
- **Επικοινωνιακοί στόχοι (communication objectives):** Τα ενδιάμεσα βήματα που πρέπει να γίνουν προκειμένου να επιτευχθούν οι γενικότεροι στόχοι του

προγράμματος, οι οποίοι συμπληρώνονται από συγκεκριμένους συμπεριφοριστικούς, κοινωνικούς και οργανωτικούς στόχους.

- **Αποτελέσματα του προγράμματος (program outcomes):** Αλλαγές στη γνώση, στις στάσεις, στις δεξιότητες, στη συμπεριφορά, στους κοινωνικούς κανόνες, στις πολιτικές και σε άλλες παραμέτρους, οι οποίες μετρώνται και συγκρίνονται με τα αναμενόμενα αποτελέσματα στη φάση σχεδιασμού.
- **Επικοινωνιακές στρατηγικές (communication strategies):** Μια δήλωση που περιγράφει τη συνολική προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε να πετύχει η επικοινωνία τους στόχους της.
- **Ανισότητες στην υγεία (health disparities):** Ασθένειες ή υγειονομικές συνθήκες που δημιουργούν διακρίσεις και τείνουν να είναι πιο συνηθισμένες και πιο σοβαρές μεταξύ ευάλωτων και υποεξυπηρετούμενων πληθυσμών· ή έχουν να κάνουν με συνολικές διαφορές σε αποτελέσματα υγείας.
- **Πρωταρχικά ακροατήρια (primary audiences):** Οι άνθρωποι τους οποίους το πρόγραμμα επιδιώκει να συμμετάσχουν πιο άμεσα και οι περισσότεροι ωφελούνται από την αλλαγή.
- **Δευτερεύοντα ακροατήρια (secondary audiences):** Όλα τα άτομα, ομάδες, κοινότητες, και οργανώσεις που μπορούν επηρεάζουν τις αποφάσεις και συμπεριφορές των πρωταρχικών κοινών.
- **Κοινωνικοί κανόνες (social norms):** Ομαδικές πεποιθήσεις σχετικά με το πώς πρέπει να είναι οι άνθρωποι σε μια κοινωνική κατάσταση ή σε μία ομάδα.
- **Εγγραμματοσμός υγείας – συνέχεια στην επικοινωνία υγείας (health literacy– health communication continuum):** Είναι ο βαθμός με τον οποίο ένα άτομο είναι ικανό να αποκτά, να επεξεργάζεται και να κατανοεί βασικές ιατρικές πληροφορίες, καθώς και να διαχειρίζεται τις υπηρεσίες υγείας με απώτερο σκοπό να καταλήξει στις δικές του υγειονομικές αποφάσεις. Τα δύο αυτά στοιχεία βρίσκονται σε μια αμφίδρομη σχέση.
- **Κρίση και έκτακτη ανάγκη - επικοινωνία κινδύνου (crisis and emergency risk communication):** Ενσωματώνει κίνδυνο και κρίση και αφορά στην επικοινωνία για την προετοιμασία, την ανταπόκριση κατά την επάνοδο από επιδημίες, αναδυόμενες εστίες ασθενειών και άλλους κινδύνους
- **Επικοινωνία κινδύνου έκτακτης ανάγκης (emergency risk communication):** εφαρμόζεται στη δημόσια υγεία για τις ανθρωπιστικές ρυθμίσεις έκτακτης ανάγκης
- **Ηλεκτρονική υγεία (e-health):** έχει αναδειχθεί ως ένα πεδίο διασταύρωσης της ιατρικής πληροφορικής, της δημόσιας υγείας και των επιχειρήσεων, που

αναφέρονται σε υπηρεσίες και πληροφορίες υγείας, η οποία παρέχεται ή βελτιώνεται μέσω του Διαδικτύου και των σχετικών τεχνολογιών.

- **Κινητή υγεία (mHealth):** η χρήση κινητών και ασύρματων τεχνολογικών συσκευών για παρεμβάσεις που σχετίζονται με την υγεία και που επιδιώκουν τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και της δημόσιας υγείας.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται τα βασικά χαρακτηριστικά της επικοινωνίας υγείας.

Πίνακας 1: Βασικά Χαρακτηριστικά της Επικοινωνίας Υγείας

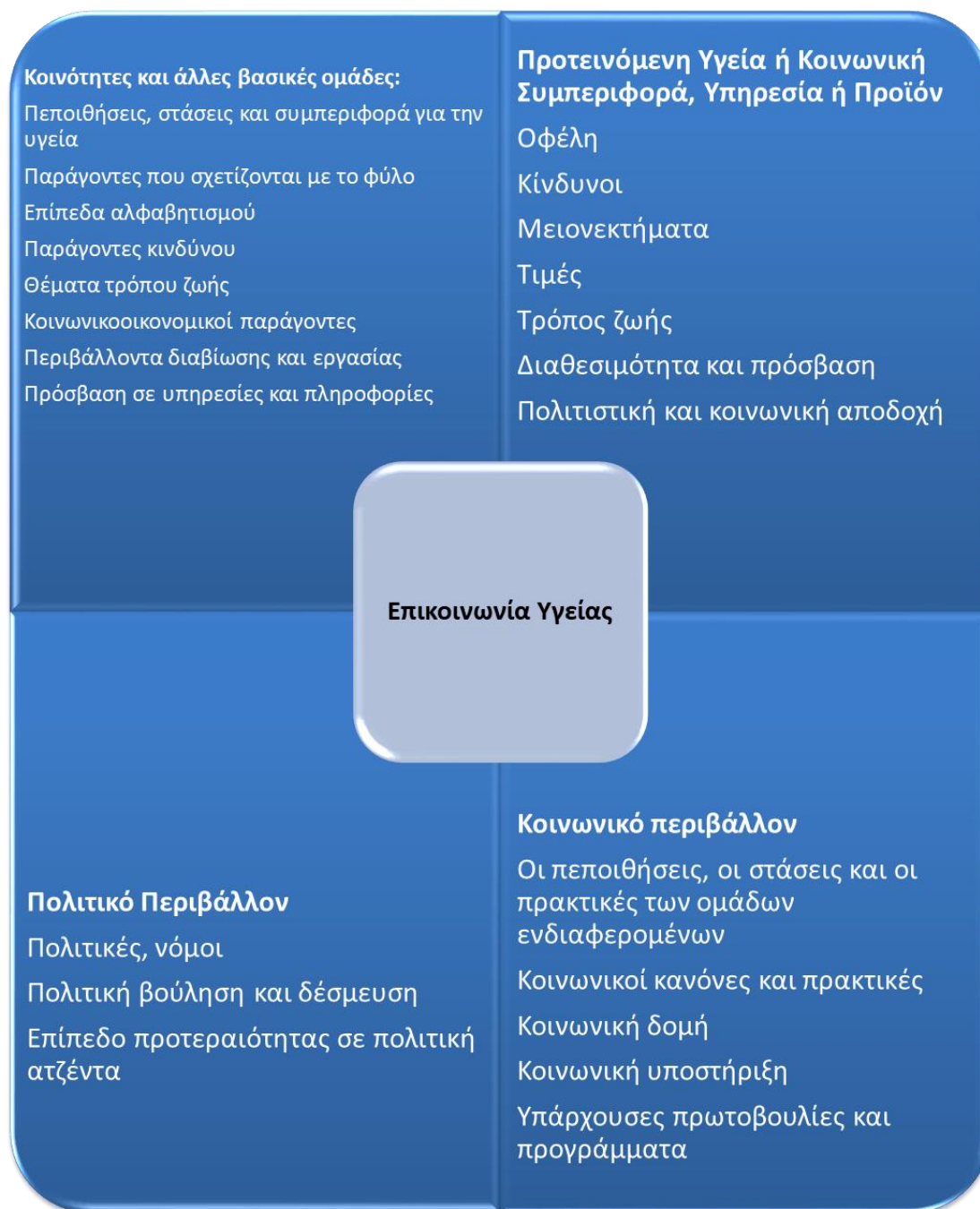
▪ Ανθρωποκεντρική
▪ Τεκμηριωμένη
▪ Πολυθεματική
▪ Στρατηγική
▪ Προσανατολισμένη στη διαδικασία
▪ Αποδοτική
▪ Δημιουργική στην υποστήριξη της στρατηγικής
▪ Στοχευμένη χρήση μέσω για το κοινό
▪ Οικοδόμηση σχέσεων
▪ Στόχευση σε συμπεριφορικά και κοινωνικά αποτελέσματα
▪ Συμπερίληψη ευάλωτων και υποεξυπηρετούμενων ομάδων

Πηγή: R. Schiavo, 2014.

1.3. Το περιβάλλον της Επικοινωνίας Υγείας

Όταν εξετάζουμε το περιβάλλον επικοινωνίας για την υγεία, όπου μια αλλαγή πρέπει να συμβεί αλλά και να διατηρηθεί, είναι σαφές ότι η επικοινωνία αποτελεί ένα ισχυρό και αποτελεσματικό εργαλείο προκειμένου να επηρεαστούν όλοι οι παράγοντες που εμφανίζονται στο Σχήμα 2. Είναι επίσης σαφές ότι ανεξάρτητα από το εάν αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με το κοινό, τη συμπεριφορά υγείας, τις υπηρεσίες υγείας, το εργασιακό, κοινωνικό ή πολιτικό περιβάλλον, όλοι αυτοί είναι αλληλένδετοι και μπορούν να επηρεάσουν αμοιβαία ο ένας τον άλλον. Παράλληλα, οι παρεμβάσεις μέσω της επικοινωνίας υγείας μπορούν να ανατρέψουν την υπάρχουσα ισορροπία μεταξύ αυτών των παραγόντων και να αλλάξουν το βάρος που μπορεί να έχουν στον καθορισμό ενός συγκεκριμένου ζητήματος υγείας και τις λύσεις του. Επιπλέον, στο περιβάλλον διαβίωσης, εργασίας και γήρανσης των ανθρώπων σκοπός είναι να ενταχθεί η επικοινωνία της υγείας στις σχετικές διαδικασίες.

Σχήμα 2: Το περιβάλλον της Επικοινωνίας Υγείας



Πηγή: R. Schiavo, 2014.

1.4. Ο κύκλος της Επικοινωνίας Υγείας

Η σημασία μιας συστηματικής προσέγγισης στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των επικοινωνιακών παρεμβάσεων επικοινωνίας για την υγεία έχει καθιερωθεί από αρκετούς αξιόπιστους οργανισμούς στις Ηνωμένες Πολιτείες και παγκοσμίως

12

(Association of Schools of Public Health, 2007; US Department of Health and Human Services, 2012b; WHO, 2003). Ο κύκλος της επικοινωνίας υγείας περιλαμβάνει τα στάδια που φαίνονται στο Σχήμα 3.

Σχήμα 3: Ο κύκλος της Επικοινωνίας Υγείας



Πηγή: WHO, 2003.

1.5. Τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει η Επικοινωνία Υγείας

Η επικοινωνία στην υγεία δεν μπορεί να λειτουργήσει από μόνη της και αποτελεί συνήθως μια κρίσιμη συνιστώσα ευρύτερων παρεμβάσεων δημόσιας υγείας ή δημόσιας πολιτικής. Λόγω της πολυπλοκότητας των θεμάτων υγείας, δεν μπορεί να είναι εξίσου αποδοτική και αποτελεσματική η μετάδοση όλων των μηνυμάτων σε όλα τα κοινά-στόχους.

Επιπλέον, η επικοινωνία υγείας δεν μπορεί να αντικαταστήσει την έλλειψη υποδομών ή άλλες βασικές υπηρεσίες που θα παρείχαν στις κοινότητες βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας. Επίσης, δεν μπορεί να αντισταθμίσει ανεπαρκείς ιατρικές λύσεις για τη θεραπεία, διάγνωση ή πρόληψη οποιασδήποτε ασθένειας.

Εντούτοις, μπορεί να βοηθήσει στην υποστήριξη, στην αλλαγή και στη δημιουργία ενός δεκτικού περιβάλλοντος για την υποστήριξη ανάπτυξης νέων υπηρεσιών υγείας ή τη διάθεση πρόσθετων κονδυλίων για έρευνα και ανάπτυξη ή την πρόσβαση σε υπάρχουσες θεραπείες ή υπηρεσίες προς την κοινότητα, ή την πρόσληψη επαγγελματιών υγείας σε νέους τομείς ή τις υποεξυπηρετούμενες γεωγραφικές περιοχές. Με αυτόν τον τρόπο, βοηθά στην εξασφάλιση της πολιτικής, τη δέσμευση, την έγκριση των ενδιαφερομένων και τη συμμετοχή της κοινότητας για να ενθαρρύνουν την αλλαγή, να επινοήσουν λύσεις που αφορούν συγκεκριμένα κοινά-στόχους ώστε να βελτιώσουν τα αποτελέσματα υγείας.

Ο Πίνακας 2 παρέχει παραδείγματα για το τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει η επικοινωνία υγείας.

Πίνακας 2: Τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει η Επικοινωνία Υγείας (παραδείγματα)

Η επικοινωνία υγείας μπορεί να βοηθήσει:	Η επικοινωνία υγείας δεν μπορεί να:
Στην ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας που θα οδηγήσουν σε αλλαγές πολιτικής ή πρακτικών	Λειτουργήσει στο κενό, ανεξάρτητα από τη δημόσια υγεία, τη φροντίδα υγείας και τις παρεμβάσεις στην κοινότητα
Στη δέσμευση και ενδυνάμωση ομάδων	Αντικαταστήσει την έλλειψη υποδομών και υπηρεσιών
Στην επιρροή προτεραιοτήτων και στην υποστήριξη της ανάγκης για εύρεση χρηματοδότησης για έρευνα και ανάπτυξη	Αντισταθμίσει την έλλειψη κατάλληλης θεραπείας ή διάγνωσης
Στην αύξηση της κατανόησης διαφόρων κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν το δίπτυχο υγείας-αρρώστιας ώστε να επιτύχει καλύτερη στόχευση στο κοινό	Είναι εξίσου αποτελεσματική απευθυνόμενη όλα τα θέματα και όλα τα μηνύματα σε όλα τα κοινά-στόχους
Στην ενθάρρυνση για συνεργασία διαφόρων τομέων όπως δημόσια υγεία, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τοπική αυτοδιοίκηση	
Στην εξασφάλιση της δέσμευσης και συναίνεσης των ομάδων ενδιαφερομένων σε κοινωνικά και υγειονομικά ζητήματα	
Στο να επηρεάσει πεποιθήσεις, προκαταλήψεις και συμπεριφορές που με τη σειρά τους μπορούν να αλλάξουν κοινωνικούς κανόνες	
Στην προώθηση δεδομένων και επειγόντων ζητημάτων ώστε να προωθηθούν νέα πρότυπα φροντίδας υγείας	
Στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας	
Στην προβολή των πλεονεκτημάτων και στην	

ενθάρρυνση της αλλαγής συμπεριφορών

Στην προώθηση υγιεινών προτύπων

Στην πρόκληση δημόσιων συζητήσεων που θα καθοδηγήσουν τη διάγνωση, τη θεραπεία ή την πρόληψη

Στην προώθηση έγκαιρης δράσης

Στη δημιουργία περιφερειών για την υποστήριξη της υγείας και κοινωνική αλλαγή σε διαφορετικούς τομείς και κοινότητες

Στην υποστήριξη της ίσης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

Στην ενίσχυση των σχέσεων των εμπλεκόμενων μερών

Στη βελτίωση της συμμόρφωσης και στα αποτελέσματα υγείας των ασθενών

Πηγή: National Cancer Institute at the National Institutes of Health, 2002.

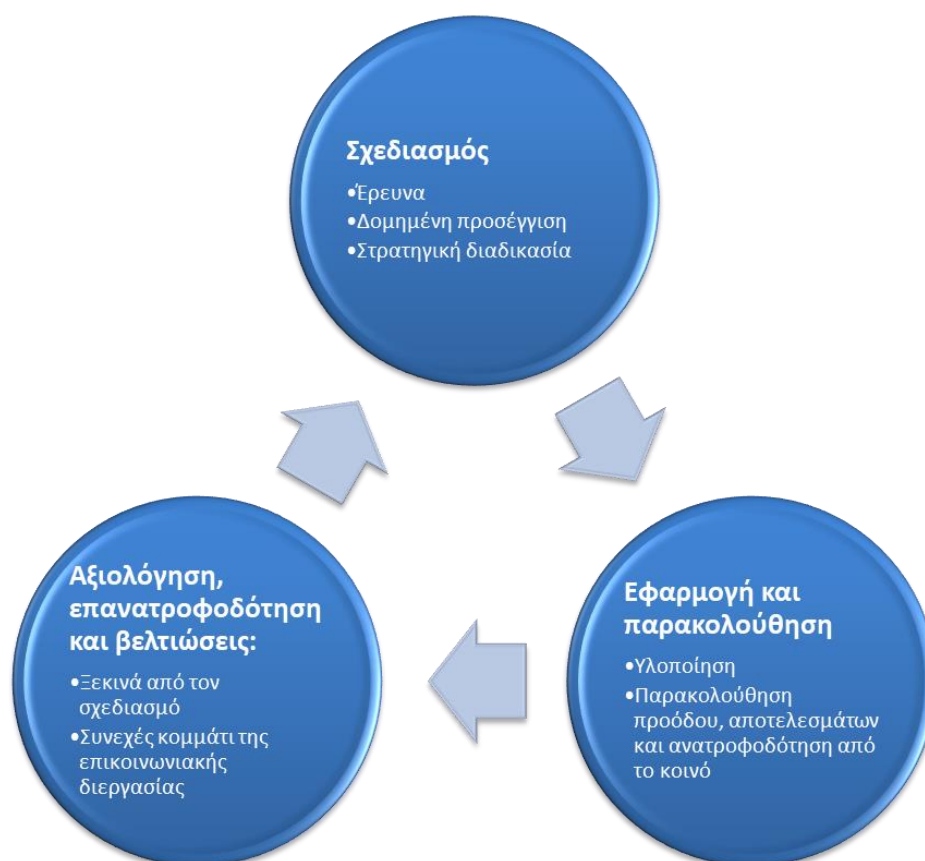
Κεφάλαιο 2: Σύγχρονες θεωρίες και ζητήματα στην επικοινωνία υγείας

2.1. Εισαγωγή

Εδώ και αρκετές δεκαετίες, ο τομέας της επικοινωνίας υγείας έχει γνωρίσει μια δραματική εξέλιξη, η οποία συνεχίζεται ακόμα. Η πολυεπιστημονική φύση της επικοινωνίας υγείας αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της, το οποίο έχει αναγνωριστεί από πολλούς οργανισμούς και επιστήμονες (Institute of Medicine, 2003; Bernhardt, 2004; World Health Organization, 2003; Kreps, 2012; Rimal και Lapinski, 2009). Αν και αρκετοί συγγραφείς και οργανισμοί υποστηρίζουν ότι η θεωρητική βάση της επικοινωνίας για την υγεία βρίσκεται στην τομή μεταξύ πολλών διαφορετικών κλάδων (για παράδειγμα, συμπεριφορικές και κοινωνικές επιστήμες, κοινωνικό μάρκετινγκ, αναπτυξιακές θεωρίες και εκπαίδευση υγείας). Σε κάθε περίπτωση, η επικοινωνία υγείας εξακολουθεί να αποτελεί ένα πεδίο έρευνας με ολόένα και αυξανόμενο ενδιαφέρον κυρίως μεταξύ κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών (Health Communication Partnership, 2005).

Ταυτόχρονα, τα τρέχοντα θέματα που σχετίζονται με την υγεία επηρεάζουν και την επικοινωνία υγείας έτσι ώστε οι επικοινωνιακές παρεμβάσεις να μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις υγειονομικές, κοινωνικές προκλήσεις, οικονομικές και πολιτισμικές προκλήσεις του εικοστού πρώτου αιώνα.

Σχήμα 4: Ο κύκλος της Επικοινωνίας Υγείας



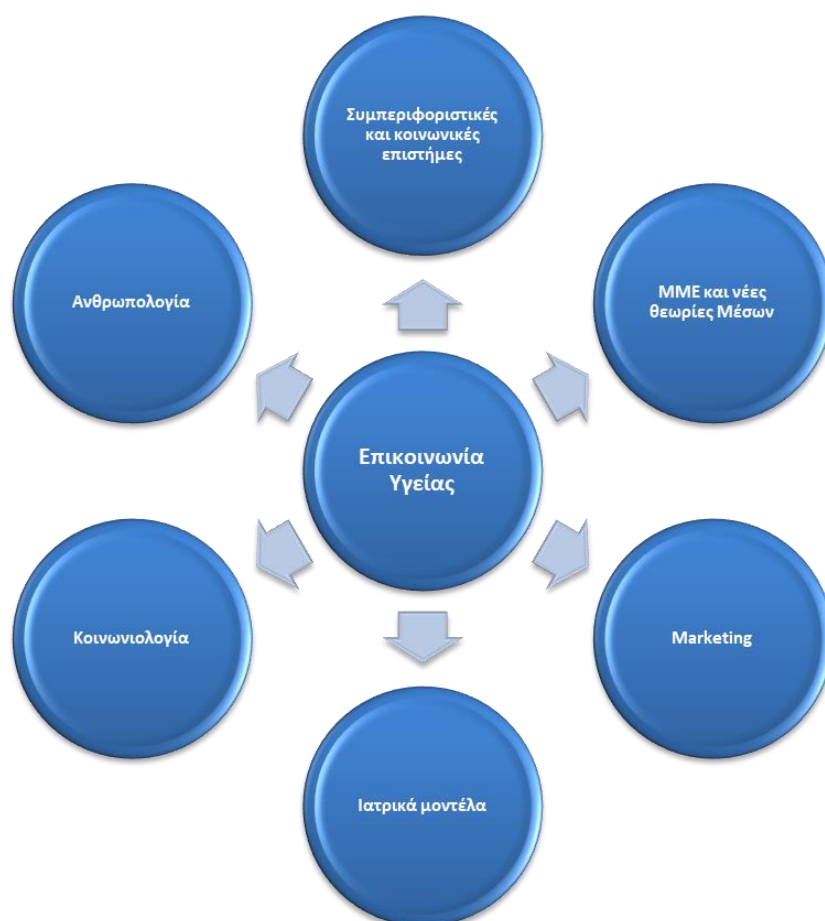
Πηγή: WHO, 2003.

2.2. Μοντέλα και θεωρίες στην Επικοινωνία Υγείας

Τα μοντέλα επικοινωνίας και οι θεωρίες στην Επικοινωνία Υγείας:

- Παρέχουν μια βάση για τον προγραμματισμό της επικοινωνίας, την παρακολούθηση και την εκτίμηση.
- Εμπνέουν συγκεκριμένες επικοινωνιακές προσεγγίσεις.
- Βοηθούν στην υλοποίηση μιας συγκεκριμένης φάσης ενός προγράμματος επικοινωνίας για την υγεία.
- Υποστηρίζουν την αληθινή κατανόηση των βασικών ομάδων καθώς και του περιβάλλοντος επικοινωνίας ως μέρος του σχεδιασμού, της υλοποίησης και των διαδικασιών αξιολόγησης.

Σχήμα 5: Επιρροές στην επικοινωνία υγείας



Πηγή: R. Schiavo, 2014.

Στη συνέχεια αναφέρονται τα βασικότερα μοντέλα και θεωρίες που σχετίζονται με την επικοινωνία υγείας.

Το μοντέλο πεποίθησης υγείας (Health Belief Model (HBM)) (Becker, Haefner, και Maiman, 1977) αρχικά είχε σκοπό να εξηγήσει γιατί οι άνθρωποι δεν συμμετείχαν σε προγράμματα που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν να διαγνώσουν ή να αποτρέψουν ασθένειες. Η κύρια υπόθεση αυτού του μοντέλου είναι ότι προκειμένου να εμπλακούν σε υγιείς συμπεριφορές, βασικές ομάδες πρέπει να γνωρίζουν τον κίνδυνο για σοβαρές ή απειλητικές για τη ζωή ασθένειες και να αντιληφθούν ότι τα οφέλη από την αλλαγή συμπεριφοράς υπερτερούν των πιθανών φραγμών ή άλλων αρνητικών πτυχών των προτεινόμενων ενεργειών. Το HBM σχετίζεται με τις πρώτες θεωρίες που αναπτύχθηκαν για να εξηγήσουν τη διαδικασία αλλαγής σε σχέση με τις συμπεριφορές στην υγεία. Έχει επίσης εμπνεύσει —μεταξύ πολλών άλλων μοντέλων— τον τομέα της αγωγής υγείας. Η αγωγή υγείας ορίζεται ως «οποιοσδήποτε προγραμματισμένος συνδυασμός μαθησιακών εμπειριών που έχει σχεδιαστεί για να προδιαθέτει, να ενεργοποιήσει και να ενισχύσει την

εθελοντική συμπεριφορά που ευνοεί την υγεία των ατόμων, ομάδων ή κοινοτήτων» (Green και Kreuter, 1999).

Το μοντέλο αλλαγής συμπεριφοράς (Behavior change model), γνωστό και ως διαθεωρητικό μοντέλο (Prochaska και DiClemente, 1983), ορίζει την αλλαγή συμπεριφοράς ως διαδικασία που περνά από διαφορετικά στάδια ή στάδια. Κάθε στάδιο περιγράφει διαφορετικά «επίπεδα κινήτρων ή ετοιμότητας για αλλαγή»:

1. Προστοχασμός: στο οποίο τα άτομα δεν έχουν πρόθεση να υιοθετήσουν μια συνιστώμενη συμπεριφορά υγείας αλλά μαθαίνουν γι' αυτήν
2. Στοχασμός: στο οποίο τα άτομα σκέφτονται να υιοθετήσουν τη συνιστώμενη συμπεριφορά
3. Απόφαση: στο οποίο οι άνθρωποι αποφασίζουν να υιοθετήσουν τη συνιστώμενη για την υγεία συμπεριφορά
4. Δράση: στο οποίο οι άνθρωποι προσπαθούν να υιοθετήσουν τη συνιστώμενη συμπεριφορά για α σύντομη περίοδος χρόνου
5. Συντήρηση: στο οποίο οι άνθρωποι συνεχίζουν να εκτελούν τις προτεινόμενες συμπεριφορές υγείας για μεγάλο χρονικό διάστημα (τουλάχιστον πάνω από έξι μήνες) και ιδανικά, να το ενσωματώσουν στη ρουτίνα και στον τρόπο ζωής τους.

Η θεωρία της διάχυσης και της καινοτομίας (Diffusion of innovation theory) αναπτύχθηκε αρχικά από τον Everett Rogers (1962). Η θεωρία αυτή εξετάζει το πώς μπορούν οι νέες ιδέες, έννοιες ή πρακτικές να εξαπλωθούν σε μια κοινότητα ή κοινωνία, ή από τη μια κοινωνία στην άλλη. Η θεωρία προσδιορίζει και ορίζει πέντε υποομάδες με βάση τα χαρακτηριστικά και την τάση τους να αποδέχονται και να υιοθετούν την καινοτομία:

- Καινοτόμοι
- Από τους πρώτους που υιοθέτησαν
- Πρόωρη πλειοψηφία
- Καθυστερημένη πλειοψηφία
- Καθυστερήσεις

Η συνολική υπόθεση αυτής της θεωρίας είναι ότι η αλλαγή συμβαίνει με την πάροδο του χρόνου και εξαρτάται από τα ακόλουθα στάδια:

- Επίγνωση
- Γνώση και ενδιαφέρον
- Απόφαση
- Δοκιμή ή υλοποίηση
- Επιβεβαίωση ή απόρριψη της συμπεριφοράς

Η κοινωνική γνωσιακή θεωρία (Social Cognitive Theory-SCT), γνωστή, επίσης, ως θεωρία κοινωνικής μάθησης, κοινωνική γνωστική θεωρία (Bandura A, 1977) εξηγεί τη συμπεριφορά ως αποτέλεσμα τριών αμοιβαίων παραγόντων: συμπεριφοράς, προσωπικούς παράγοντες και εξωτερικά γεγονότα. Οποιαδήποτε αλλαγή σε οποιοδήποτε από αυτούς

τους τρεις παράγοντες αναμένεται να καθορίσει τις αλλαγές στους υπόλοιπους. Η συμπεριφορά θεωρείται ότι επηρεάζεται από έναν συνδυασμό προσωπικών και εξωτερικών παραγόντων και γεγονότων.

Μία από τις βασικές προϋποθέσεις της SCT είναι η έμφαση που δίνει στο εξωτερικό περιβάλλον, που γίνεται πηγή μάθησης παρατήρησης. Σύμφωνα με τη SCT, το περιβάλλον είναι ένα μέρος όπου τα άτομα μπορούν να παρατηρήσουν μια δράση, να κατανοήσουν τις συνέπειές της και, ως αποτέλεσμα προσωπικών και διαπροσωπικών επιρροών, να αποκτήσουν κίνητρο να το επαναλάβουν και να το υιοθετήσουν. Η SCT έχει αυτά τα βασικά στοιχεία:

- Προσοχή: Η ευαισθητοποίηση των ανθρώπων για τη δράση που διαμορφώνεται και παρατηρήθηκε.
- Διατήρηση: Η ικανότητα των ανθρώπων να θυμούνται τη δράση που διαμορφώνεται και παρατηρήθηκε.
- Αναπαραγωγή (δοκιμή): Η ικανότητα των ανθρώπων να αναπαράγουν τη δράση που μοντελοποιήθηκε και παρατηρήθηκε.
- Κίνητρο: Η εσωτερική παρόρμηση και η πρόθεση των ανθρώπων να εκτελέσουν μια δράση. Το κίνητρο εξαρτάται από έναν αριθμό κοινωνικών, συναισθηματικών και φυσιολογικών επιρροών (για παράδειγμα, η υποστήριξη των συνομηλίκων και των μελών της οικογένειας για την εκτέλεση της δράσης, η γνώση ότι η δράση θα βελτιώσει τη φυσική απόδοση), καθώς και την αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας.
- Απόδοση: Η ικανότητα του ατόμου να εκτελεί τη δράση σε τακτική βάση.
- Αυτο-αποτελεσματικότητα: Η εμπιστοσύνη του ατόμου στην ικανότητά του/της να αποδώσει και συντηρήσει τη δράση με ελάχιστη ή καθόλου βοήθεια από άλλους, κάτι που παίζει σημαντικό ρόλο στην πραγματική απόδοση.

Η SCT μπορεί να προσφέρει ένα πλαίσιο για την προσέγγιση πολλών διαφορετικών ερωτημάτων στην έρευνα και τον προγραμματισμό προγραμμάτων, αλλά και σημαντική συμβολή στην επικοινωνία υγείας μέσω της κατανόησης των μηχανισμών και των παραγόντων που μπορούν επηρεάζουν τη διατήρηση, την αναπαραγωγή και τα κίνητρα (Health Communication Partnership, 2005) σε μια δεδομένη συμπεριφορά.

Η θεωρία της αιτιολογημένης δράσης (Theory of Reasoned Action – TRA) (Ajzen and Fishbein, 1980) προτείνει ότι η συμπεριφορά καθορίζεται κυρίως από τη δύναμη και την πρόθεση του ατόμου να εκτελέσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Προσδιορίζει δύο κύριους παράγοντες που συμβάλλουν σε τέτοιες προθέσεις (Ajzen and Fishbein, 1980):

- Η στάση του ατόμου απέναντι στη συμπεριφορά. Σε γενικές γραμμές, οι στάσεις μπορούν να ορίζονται ως θετικά ή αρνητικά συναισθήματα ή συναισθήματα προς μια συμπεριφορά, ένα άτομο, μια έννοια ή μια ιδέα (για παράδειγμα: «Νιώθω +/- τρώγοντας φρούτα και λαχανικά»).
- Οι υποκειμενικοί κανόνες ενός ατόμου σχετικά με τη συμπεριφορά. Στην TRA, οι

υποκειμενικές νόρμες ορίζονται ως η γνώμη ή η κρίση, θετική ή αρνητική, που αγαπημένα πρόσωπα, φίλοι, οικογένεια, συνάδελφοι, επαγγελματικοί οργανισμοί ή άλλοι μπορεί να έχουν για μια πιθανή συμπεριφορά (για παράδειγμα, «Οι φίλοι μου δεν εγκρίνουν ότι καπνίζω μαριχουάνα»· «Ο γιατρός μου το συνιστά να ασκώμαι τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα»).

Η TRA είναι μια θεωρία με επιρροή στην επικοινωνία για την υγεία και συχνά χρησιμοποιείται επίσης στην αξιολόγηση προγραμμάτων (Coffman J., 2002). Ωστόσο, χρειάζεται προσοχή στο συμπέρασμα ότι η πρόθεση υιοθέτησης ορισμένης συμπεριφοράς μπορεί πάντα να μεταφράζεται σε πραγματική υιοθέτηση συμπεριφοράς. Η επικοινωνία μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των προθέσεων συμπεριφοράς και να αυξήσει την πιθανότητα να γίνουν πραγματικές συμπεριφορές. Αυτό απαιτεί την ανάπτυξη παρεμβάσεων και εργαλείων που θα αυξάνονταν την κοινωνική υποστήριξη και τη δέσμευση της κοινότητας, καθώς και θα διευκολύνουν άτομα να δοκιμάσουν, να υιοθετήσουν και να ενσωματώσουν νέες συμπεριφορές υγείας στον τρόπο ζωής τους.

Αρκετές θεωρίες ασχολούνται με την επιρροή των **κοινωνικών κανόνων** (social norms) (ομαδικές πεποιθήσεις για το πώς πρέπει να συμπεριφέρονται οι άνθρωποι σε μια κοινωνική κατάσταση ή στο ομαδικό περιβάλλον) στις συμπεριφορές. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τις επικοινωνιακές παρεμβάσεις στην υγεία, γιατί η κατανόηση και η επιρροή τέτοιων κανόνων μέσω διαδικασιών με επίκεντρο την κοινότητα ή τον πληθυσμό είναι συχνά κρίσιμη για την επίτευξη συμπεριφορικών και κοινωνικών αποτελεσμάτων. Οι θεωρίες που βασίζονται στις κοινωνικές νόρμες υποστηρίζουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι μπορεί να είναι πρόθυμοι να υιοθετήσουν ή να διατηρήσουν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά όχι μόνο εάν είναι σε θέση να δουν ένα σαφές όφελος από αυτή την αλλαγή αλλά και εάν είναι πεπεισμένοι ότι και άλλοι άνθρωποι θα κάνουν το ίδιο.

Η **θεωρία του ιδεασμού** (ideation) (Kincaid, Figueroa, Storey, and Underwood, 2001) αναφέρεται σε «νέους τρόπους σκέψης και στη διάχυση αυτών των τρόπων σκέψης μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης σε τοπικές, πολιτισμικά ομοιογενείς κοινότητες». Αυτή η θεωρία χρησιμοποιείται σε επικοινωνιακές στρατηγικές που στοχεύουν συμπεριφορές για τον εντοπισμό και την επιρροή ιδεών και σκέψεων, όπως στάσεις, γνώσεις, αυτο-αποτελεσματικότητα, αποδοχή και άλλους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν και να καθορίσουν τη συμπεριφορά υγείας.

Μία από τις βασικές προϋποθέσεις της θεωρίας του ιδεασμού είναι «ότι όσο περισσότερα ιδεατά στοιχεία ισχύουν για κάποιον, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να υιοθετήσει μια υγιή συμπεριφορά». Με άλλα λόγια, ατομικές και κοινοτικές συμπεριφορές επηρεάζονται από το γενικότερο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται.

Παρόμοια με τις άλλες θεωρίες στην κατηγορία της κοινωνικής διαδικασίας, η **θεωρία της σύγκλισης** (Convergence Theory) (Kincaid D.L., 1979) τονίζει τη σημασία «της ανταλλαγής πληροφοριών, την αμοιβαία κατανόηση και την αμοιβαία συμφωνία» σε

οποιαδήποτε συλλογικότητα ή ομαδική δράση, η οποία θα έφερνε κοινωνική αλλαγή. Βασίζεται στην προοπτική ότι οι ατομικές αντιλήψεις και η συμπεριφορά επηρεάζεται από τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των μελών που ανήκουν στην ίδια ομάδα, όπως μέλη επαγγελματικών ενώσεων, συνάδελφοι, και μέλη της οικογένειας, και από άτομα «στα προσωπικά δίκτυα κάποιου», όπως ως συνομήλικοι, φίλοι ή προσωπικοί ή επαγγελματικοί γνωστοί.

Αυτή η θεωρία χαρακτηρίζεται από τρία διακριτικά χαρακτηριστικά (Kincaid, 1979):

- Οι πληροφορίες μοιράζονται χρησιμοποιώντας μια συμμετοχική διαδικασία στην οποία δεν υπάρχει αποστολέας ή παραλήπτης, αλλά όλοι δημιουργούν και μοιράζονται πληροφορίες. Οι συμμετέχοντες σε αυτή τη διαδικασία περιλαμβάνουν άτομα, κοινοτικές ομάδες και οργανισμούς και διάφορα είδη ιδρυμάτων, όπως επαγγελματικούς συλλόγους, εκκλησίες και σχολεία.
- Η επικοινωνία δίνει έμφαση στις ατομικές αντιλήψεις και ερμηνείες των πληροφοριών που μοιράζονται, ενθαρρύνει έναν συνεχή διάλογο και προωθεί την αμοιβαία κατανόηση και συμφωνία για τα κοινά νοήματα.
- Η επικοινωνία είναι οριζόντια και περιλαμβάνει δύο ή περισσότερους συμμετέχοντες. Σε ένα οριζόντιο μοντέλο επικοινωνίας, όλοι οι συμμετέχοντες είναι ίσοι και στοχεύουν στην επίτευξη αμοιβαίας συμφωνίας που μπορεί να τονώσει μια ομαδική δράση.

Αυτή η θεωρία συνέβαλε στον επαναπροσδιορισμό της επικοινωνίας ως διαδικασίας στην οποία όλοι οι συμμετέχοντες πρέπει να σέβονται και να λαμβάνουν υπόψη τους τα αισθήματα, συναισθήματα και πεποιθήσεις άλλων ατόμων. Έχει επίσης τονίσει τη σημασία των κοινωνικών δικτύων και των βασικών επιρροών στον καθορισμό της πορείας προς τα κοινωνικά αλλαγή.

Τέλος, η **θεωρία της επικοινωνίας για πειθώ** (Communication for Persuasion Theory) η θεωρία αναπτύχθηκε από τον κοινωνικό ψυχολόγο William McGuire και επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι επεξεργάζονται τις πληροφορίες. Ο McGuire (1984) τόνισε τα δώδεκα αλληλοεξαρτώμενα βήματα στη διαδικασία της επικοινωνίας της πειθούς. Πρότεινε ότι για να αφομοιώσει και εκτελέσει μια νέα συμπεριφορά, ένα άτομο πρέπει να κάνει τα εξής:

1. Να εκτεθεί στο μήνυμα.
2. Να δώσει προσοχή σε αυτό.
3. Να το βρει ενδιαφέρον ή ότι τον αφορά προσωπικά.
4. Να το κατανοήσει.
5. Να μάθει πώς η νέα συμπεριφορά θα μπορούσε να ταιριάζει στη ζωή του/της.
6. Να αποδεχθεί την αλλαγή που προτείνεται.
7. Να θυμηθεί και να επικυρώσει το μήνυμα.
8. Να είναι σε θέση να σκεφτεί το μήνυμα σε σχετικά περιβάλλοντα ή καταστάσεις.
9. Να λάβει αποφάσεις με βάση τις ανακτηθείσες πληροφορίες ή το μήνυμα.
10. Να συμπεριφέρεται σύμφωνα με αυτήν την απόφαση.

11. Να λάβει θετική ενίσχυση για αυτή τη συμπεριφορά.
12. Να ενσωματώσει τη νέα συμπεριφορά στη ζωή του/της.

Αυτό το μοντέλο υποδηλώνει, επίσης ότι αυτά τα δώδεκα βήματα είναι αλληλεξαρτώμενα. Η επίτευξη οποιουδήποτε από αυτά εξαρτάται αυστηρά από την επιτυχία σε όλα τα προηγούμενα βήματα. Ο σχεδιασμός των μηνυμάτων, η αξιοπιστία του πομπού, τα κανάλια επικοινωνίας και τα χαρακτηριστικά αμφότερων του επιδιωκόμενου κοινού και της συνιστώμενης συμπεριφοράς, η οποία πρέπει να έχει σκοπό να ταιριάζει εύκολα στη ζωή των ανθρώπων, όλα επηρεάζουν τα συμπεριφορικά αποτελέσματα.

Αν και η τρέχουσα εστίαση της επικοινωνίας για την υγεία είναι περισσότερο στη δέσμευση του κοινού/ομάδας-στόχου, παρά στην πειθώ, τα βήματα της θεωρίας αυτής μπορούν να παρέχουν ένα έγκυρο πλαίσιο για την προσέγγιση των ομάδων-κλειδιών και των ενδιαφερόμενων μερών για να εξασφαλίσουν την αρχική τους συμμετοχή και συνεισφορά στο θέμα υγείας. Επίσης, είναι σημαντικό να έχουμε κατά νου ότι οι αξίες και οι ανάγκες μπορεί να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου. Αυτό θα πρέπει να οδηγήσει στην ενσωμάτωση αυτών των αλλαγών στον προγραμματισμό και την αξιολόγηση της επικοινωνίας καθώς και να επαναπροσδιορίσει τις προτεινόμενες συμπεριφορές ανάλογα με τον τρόπο ζωής των ανθρώπων, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες.

2.3. Τύποι και μορφές επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας

Οι επίσημες οργανωσιακές δομές επηρεάζουν την επικοινωνία μέσα σε έναν οργανισμό υγείας, τόσο ως προς την πρόσβαση στις πληροφορίες, όσο και ως προς τη λήψη των αποφάσεων. Οι δομές καθορίζουν, το κατά πόσο η ροή των πληροφοριών (Σχήμα 6), είναι συγκεντρωτική ή αποκεντρωτική.

Ως προς το μέσο έκφρασής της, η επικοινωνία διακρίνεται σε προφορική και γραπτή παρουσιάζοντας η κάθε μία μορφή τα δικά της πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Τα πλεονεκτήματα της προφορικής επικοινωνίας θεωρούνται ότι είναι η αμεσότητα στην επικοινωνία και η ταυτόχρονη δυνατότητα εκτίμησης του βαθμού κατανόησης του μηνύματος, ενώ το κυριότερο μειονέκτημά της είναι ότι ο προφορικός λόγος εκλαμβάνεται συνήθως ως λιγότερο ακριβής από το γραπτό. Βέβαια, η επικοινωνία με τη σύγχρονη μορφή της, τη λεγόμενη ψηφιακή, παρέχει τη δυνατότητα συνδυασμού προφορικού και γραπτού λόγου (μεταφοράς εικόνας, ήχου, βίντεο, γραπτών και προφορικών μηνυμάτων). Εν τω μεταξύ η βέλτιστη ισορροπία μεταξύ προφορικής και γραπτής μορφής θεωρείται το κλειδί κάθε επιτυχούς επικοινωνίας.

Σε κάθε οργανισμό ή υπηρεσία υγείας πρέπει να χρησιμοποιούνται πολλές μέθοδοι επικοινωνίας. Η επιλογή της καταλληλότερης εξαρτάται από τον σκοπό που χρειάζεται να πετύχουμε και από την πιθανότητα επιτυχίας που αυτή εγγυάται. Συχνά, φρόνιμο είναι να

χρησιμοποιούνται περισσότερες από μια μέθοδοι για διαβίβαση της ίδιας πληροφορίας, έτσι ώστε η μία να ενισχύει την άλλη.

Οι κυριότερες μέθοδοι για την επικοινωνία είναι:

- Η κλασική ή προς τα κάτω επικοινωνία: περιλαμβάνει προσωπικές επαφές μεταξύ των διοικούντων και των εργαζομένων των αμέσως κατώτερων βαθμίδων ή του πληθυσμού. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η επικοινωνία είναι εκτελεστική.
- Η συμμετοχική ή προς τα πάνω επικοινωνία: αυτή η επικοινωνία αποτελεί τρόπο υποκίνησης και ικανοποίησης του κοινού με τη συμμετοχή του (Ball, 1992).
- Η οριζόντια ή πλάγια επικοινωνία: είναι μεταξύ τμημάτων και προσωπικού ίδιου ιεραρχικού επιπέδου ή μεταξύ όμοιων ομάδων του πληθυσμού. Χρησιμοποιείται για το συντονισμό των ενεργειών και αποτελεί το συχνότερα χρησιμοποιούμενο σύστημα. Παράλληλα διευκολύνει την αμεσότητα και την ελεύθερη διατύπωση απόψεων.
- Η διαγώνια επικοινωνία: γίνεται μεταξύ ατόμων και τμημάτων ή ομάδων που δεν βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο. Συνήθως αποτελεί ανεπίσημη μορφή επικοινωνίας.

Η επικοινωνία οφείλει να λογίζεται ως μέσο και όχι ως αυτοσκοπός (Lipovetsky, 1992), ενώ η σημασία της έγκειται στο γεγονός ότι αποτελεί προϋπόθεση κάθε επιτυχημένης σχέσης στις υπηρεσίες υγείας.

Σχήμα 6: Σύστημα ροής της επικοινωνιακής δραστηριότητας



Πηγή: Φαναριώτη Π., 1996.

2.4. Σύγχρονα ζητήματα στη δημόσια υγεία και στη φροντίδα υγείας και η εμπλοκή της Επικοινωνίας Υγείας

Εκτός από τις θεωρίες και τα μοντέλα που προαναφέρθηκαν, υπάρχουν μια σειρά από ζητήματα που επηρεάζουν την θεωρία και την πρακτική της επικοινωνίας υγείας. Πολλά από αυτά τα ζητήματα ενδέχεται να έχουν να κάνουν συγκεκριμένα με μια χώρα και μπορεί να σχετίζονται με το περιβάλλον, την πολιτική κατάσταση, τα ζητήματα υγείας ή τα στοιχεία του πληθυσμού.

Ένα σημαντικό μέρος της επικοινωνίας στην υγεία αφορά στη δημόσια υγεία. Ο όρος δημόσια υγεία αναφέρεται στην επιστήμη και την τέχνη της πρόληψης των ασθενειών και της επιμήκυνσης της ζωής και της προαγωγής της υγείας. Ο ορισμός αποδίδεται στον Edward Winslow (1920) και στον πληρέστερο ορισμό του, δημόσια υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη για την πρόληψη των ασθενειών, την επιμήκυνση της ζωής και την προαγωγή της σωματικής υγείας και της αποδοτικότητας του ανθρώπου μέσω οργανωμένων προσπάθειών της κοινότητας, την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των μολύνσεων της κοινότητας, την εκπαίδευση του ατόμου ως προς τις αρχές και την προσωπική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών για την έγκαιρη διάγνωση και προληπτική θεραπεία της νόσου, καθώς και την ανάπτυξη κοινωνικού μηχανισμού που θα εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα βιοτικό επίπεδο κατάλληλο για τη διατήρηση της υγείας του.

Ένας από τα σημαντικότερα πεδία με τα οποία ασχολείται η δημόσια και είναι στενά συνδεδεμένο με την επικοινωνία είναι αυτό των χρόνιων μη μεταδιδόμενων νοσημάτων. Τις τελευταίες δεκαετίες, το βάρος των χρόνιων ασθενειών (για παράδειγμα, παχυσαρκία, διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις κ.λπ.) έχει αυξηθεί εκθετικά. Σε πολλά περιβάλλοντα, οι χρόνιες ασθένειες έχουν πλέον αντικαταστήσει τις μολυσματικές ασθένειες ως κυρίαρχη αιτία θανάτου.

Τα χρόνια νοσήματα επηρεάζονται από πολλαπλούς παράγοντες και διαμορφώνονται από το περιβάλλον στο οποίο οι άνθρωποι ζουν, εργάζονται και κινούνται, συνεπώς οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί προσδιοριστές της υγείας θα πρέπει να ενσωματώνονται σε όλες τις παρεμβάσεις. Παρεμβάσεις στις συμπεριφορές υγείας για την πρόληψη και τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων θα πρέπει να εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, γεγονός το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει, επίσης, την πολυπλοκότητα των επικοινωνιακών παρεμβάσεων που επιδιώκουν να τις αντιμετωπίσουν. Οι παρεμβάσεις επικοινωνίας για την υγεία μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη και τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών σε διαφορετικά επίπεδα (Halpin, Morales-Suárez-Varela και Martin-Moreno, 2010):

- Κοινωνικό επίπεδο: Υποστηρίζοντας πολιτικές, απαγορεύσεις, πρόσβαση σε υπηρεσίες και πληροφορίες, οι οποίες συνδράμουν στη δημιουργία ενός υγιούς κοινωνικού

πλαίσιου και περιβάλλοντος.

- Κοινωνικό επίπεδο: Ενθαρρύνοντας την κοινοτική δράση και την πολυτομεακή δράση και τις συνεργασίες για την προώθηση της κοινωνικής υποστήριξης για υγιεινές συμπεριφορές, επικοινωνώντας λύσεις σε ειδικές ανάγκες και ζητήματα της κοινότητας και κινητοποίηση κοινοτήτων γύρω από τα υγειονομικά ζητήματα.
- Επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης: Με την ενθάρρυνση της ευρείας χρήσης των καλύτερων κλινικών πρακτικών, την οικοδόμηση ικανότητας για διαπολιτισμική ενσυναίσθηση (που ορίζεται ως η ικανότητα να μπορείς να αντιλαμβάνεσαι τις αξίες, τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις ατόμων ή ομάδων που ανήκουν σε διαφορετικούς πολιτισμούς, και αποτελεσματική αντιμετώπισή τους). Επίσης, μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, για την αντιμετώπιση του εγγραμματισμού στον τομέα της υγείας, προώθηση της συμμετοχής της κοινότητας και των ασθενών στην κλινική φροντίδα, και συνέχιση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τη σημασία της προληπτικής φροντίδας.
- Ατομικό επίπεδο: Με την προώθηση υγιεινών συμπεριφορών και προληπτικών ελέγχων υγείας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών και ομάδων

Δεδομένης της πολυπλοκότητας και της πολυπαραγοντικής φύσης των χρόνιων ασθενειών, μόνο βιώσιμες και πολυεπίπεδες επικοινωνιακές παρεμβάσεις είναι πιθανό να παράγουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Η επανεμφάνιση πολλών μολυσματικών ασθενειών που είχαν αρχίσει να μειώνονται ή να εξαφανίζονται έχει επηρεάσει, μεταξύ άλλων, και την επικοινωνία για την υγεία με δύο διαφορετικούς αλλά συσχετιζόμενους τρόπους. Πρώτον, είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους αναγεννήθηκε η επικοινωνία υγείας. Λόγω της αυξανόμενης συχνότητας αρκετών ασθενειών που επανεμφανίζονται, όπως η φυματίωση (CDC, 1994), πολλοί συγγραφείς και οργανισμοί έχουν επισημάνει την ανάγκη ευαισθητοποίησης σχετικά με τον συνεχιζόμενο κίνδυνο για τις μεταδοτικές ασθένειες χρησιμοποιώντας την προσέγγιση επικοινωνίας για την υγεία (Freimuth, Cole και Kirby, 2000).

Στην πραγματικότητα, πολλές μολυσματικές ασθένειες μπορεί και πάλι να γίνουν δημόσια απειλή εξαιτίας της απουσίας αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και επικοινωνίας. Για παράδειγμα, τα εμβόλια έχουν γίνει θύματα της δικής τους επιτυχίας γιατί πολλοί γονείς και νέοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ίσως να μην έχουν δει ποτέ τις καταστροφικές συνέπειες των ασθενειών όπως η πολιομυελίτιδα ή η *Haemophilus γρίπη* τύπου Β, η κύρια αιτία βακτηριακής μηνιγγίτιδας και επίκτητης νοητικής υστέρησης σε παιδιά πριν από την εισαγωγή του εμβολίου.

Σε κοινωνικούς όρους, τα εμβόλια επιτυγχάνουν πολύ περισσότερα πράγματα από απλώς την πρόληψη της νόσου στο ατομικό επίπεδο. Τα εμβολιαστικά προγράμματα και όχι απλώς τα εμβόλια καθαυτά, αποτελούν οργανωμένες δράσεις από την πλευρά της πολιτείας οι οποίες απευθύνονται σε συγκεκριμένους πληθυσμούς και διακρίνονται από ειδικά χαρακτηριστικά. Τα προγράμματα εμβολιασμών αποτελούν την κορωνίδα των

προληπτικών παρεμβάσεων σήμερα αλλά και τη θεμελιώδη παρέμβαση των πολιτικών δημόσιας υγείας, καθώς οδηγούν στην παραγωγή δημόσιων αγαθών (με την οικονομική έννοια του όρου), όπως η συλλογική ανοσία. Στην προώθηση των εμβολίων ως μέσο πρόληψης μολυσματικών ασθενειών διαχρονικό ρόλο παίζει η επικοινωνία υγείας.

Η δεύτερη επίπτωση των μολυσματικών ασθενειών και λοιμωδών νοσημάτων στην επικοινωνία για την υγεία σχετίζεται με την προσπάθεια της κοινότητας της υγειονομικής περίθαλψης να επαναπροσδιορίσει την επικοινωνία ενός κινδύνου, που τείνει να αποκτά σημαντική θέση καθώς, επίσης, να ενσωματώνει τις αρχές και στρατηγικές από την επικοινωνία κρίσεων και έκτακτης ανάγκης. Η επικοινωνία κινδύνου ορίζεται ως «η διάδοση πληροφοριών σχετικά με τον κίνδυνο για την υγεία του ατόμου και του πληθυσμού». Επίσης, περιλαμβάνει έναν ειδικό στόχο για την αύξηση της αναλογίας μηνυμάτων κινδύνου-κρίσης και έκτακτης ανάγκης που αποσκοπούν στην προστασία της υγείας του κοινού υποδεικνύοντας τη χρήση βέλτιστων πρακτικών. Η επικοινωνία για την υγεία χρησιμοποιεί παραδοσιακά στρατηγικές που αυξάνουν ευαισθητοποίηση σχετικά με τη σοβαρότητα και τον κίνδυνο της νόσου μεταξύ των ενδιαφερόμενων ομάδων και πληθυσμών έτσι ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να σχετίζονται με αυτόν τον κίνδυνο και να μάθουν πώς να τον ελαχιστοποιούν.

Κεφάλαιο 3: Πολιτισμικές και άλλες επιρροές στις αντιλήψεις περί υγείας και αρρώστιας

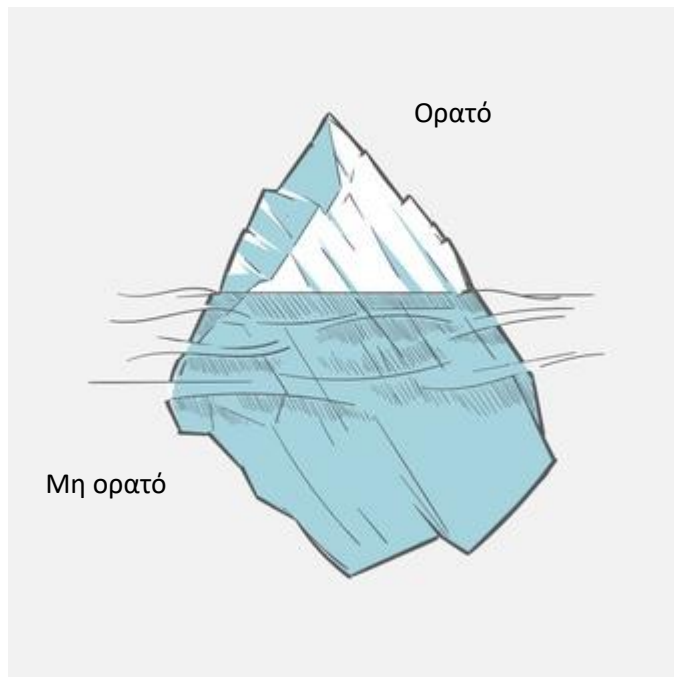
3.1. Εισαγωγή

Τα παραδοσιακά στοιχεία κάθε πολιτισμού επηρεάζουν την καθημερινότητα των ανθρώπων και των ομάδων στις αποφάσεις τους όσο μεγάλες ή μικρές κι αν είναι. Αυτές οι παραδόσεις, συνήθειες και πεποιθήσεις επηρεάζουν, επίσης, ιδέες για την υγεία και την ασθένεια μεταξύ διαφορετικών ομάδων. Η πραγματικότητα είναι ότι οι αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια σχετίζονται με την ανατροφή των ανθρώπων καθώς και τις πολιτισμικές, θρησκευτικές, εθνοτικές και σχετιζόμενες με το φύλο αξίες και πεποιθήσεις τους. Στην επικοινωνία για την υγεία, αυτές οι αξίες και πεποιθήσεις έχουν κρίσιμη σημασία στο σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων με σκοπό να μπορούν να φτάσουν μέσα από πολιτισμικά όρια ώστε να παράγουν αλλαγές συμπεριφοράς και κοινωνικά αποτελέσματα.

Η κουλτούρα, συχνά παρομοιάζεται με παγόβουνο, το οποίο έχει ένα ορατό κι ένα μη ορατό μέρος (Σχήμα: 7). Έτσι ο πολιτισμός ή η κουλτούρα αποκρυσταλλώνεται μέσω κάποιων ορατών και κάποιων μη ορατών συμπεριφορών. Η κουλτούρα επηρεάζει και επηρεάζεται τόσο από οικουμενικές αξίες (συναισθήματα κι αξίες που μπορεί να

μοιράζονται οι άνθρωποι σε διαφορετικές ομάδες εντός του ίδιου πολιτισμού ή σε ορισμένες περιπτώσεις μεταξύ πολιτισμών) και προσωπικές αξίες, δηλαδή συναισθήματα και αξίες που πηγάζουν από προσωπικές ή κοινοτικές εμπειρίες του παρελθόντος. Συνεπώς, ο πολιτισμός και η κουλτούρα αποτελούν μια σημαντική διάσταση της ανθρώπινης συμπεριφοράς η οποία, μαζί με άλλους παράγοντες (για παράδειγμα, ηλικία, θρησκευτικές πεποιθήσεις, γεωγραφική θέση) επηρεάζει τις αντιλήψεις των ανθρώπων για την υγεία και την ασθένεια.

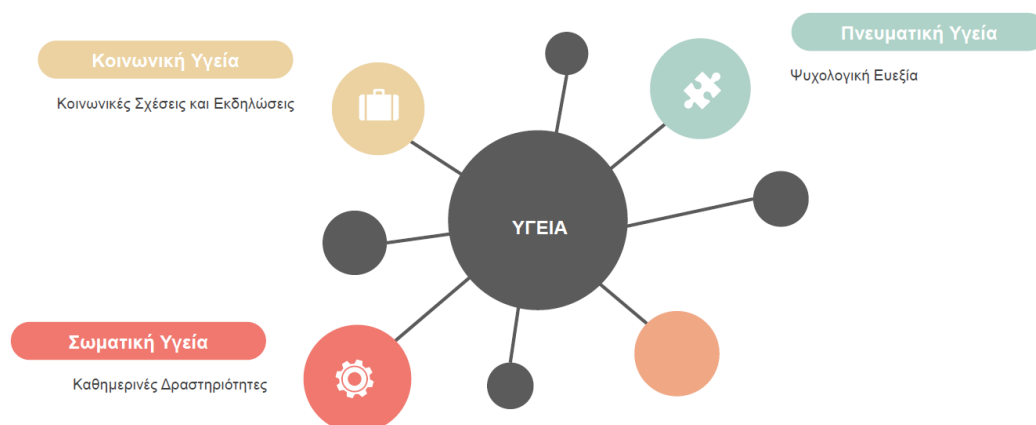
Σχήμα 7: Η κουλτούρα ως παγόβουνο



3.2. Προσεγγίσεις της έννοιας της υγείας και της αρρώστιας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1958): Υγεία είναι η πλήρης σωματική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας (Σχήμα: 8), ενώ η αρρώστια είναι η αποτυχημένη προσπάθεια του οργανισμού να προσαρμοστεί στις συνεχείς προκλήσεις και απειλές που προέρχονται από το περιβάλλον.

Σχήμα 8: Το μοντέλο του WHO για την Υγεία



Πηγή: WHO, 1958.

Το αντίθετο της υγείας μπορεί να προσδιοριστεί με πολλές έννοιες και συγκεκριμένα:

- **Νόσος (disease):** μία οργανική διαταραχή που συνοδεύεται από την επερχόμενη συμπτωματολογία του πόνου και τα επιστημονικά ευρήματα που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη αυτής.
- **Αρρώστια (illness):** αποτελεί μία διαταραχή, η οποία εκφράζεται σε λειτουργικό επίπεδο και εμπεριέχει την υποκειμενική έκφραση της εμπειρίας της απώλειας της υγείας, η οποία πιθανόν να εκφράζεται με πόνο και αίσθημα δυσλειτουργίας.
- **Ασθένεια (sickness):** μπορεί να αναφερθεί για να περιγράψει τα αποτελέσματα της ασθένειας στις κοινωνικές εκδηλώσεις του κάθε ατόμου και της κοινωνίας ως σύνολο και πιθανόν να είναι το αποτέλεσμα κάποιας αρρώστιας.

Τα επίπεδα διαταραχών της υγείας περνάνε από μία διαδικασία και οδηγούν σε μία κατάσταση (Σχήμα: 9).

Σχήμα 9: Επίπεδα διαταραχών της Υγείας



Πηγή: Σπάρος Λ., 1995.

Το σύνηθες είναι να αντιμετωπίζεται το διώνυμο Υγεία-Ασθένεια μέσω του ιατρικού μοντέλου (Σχήμα: 10).

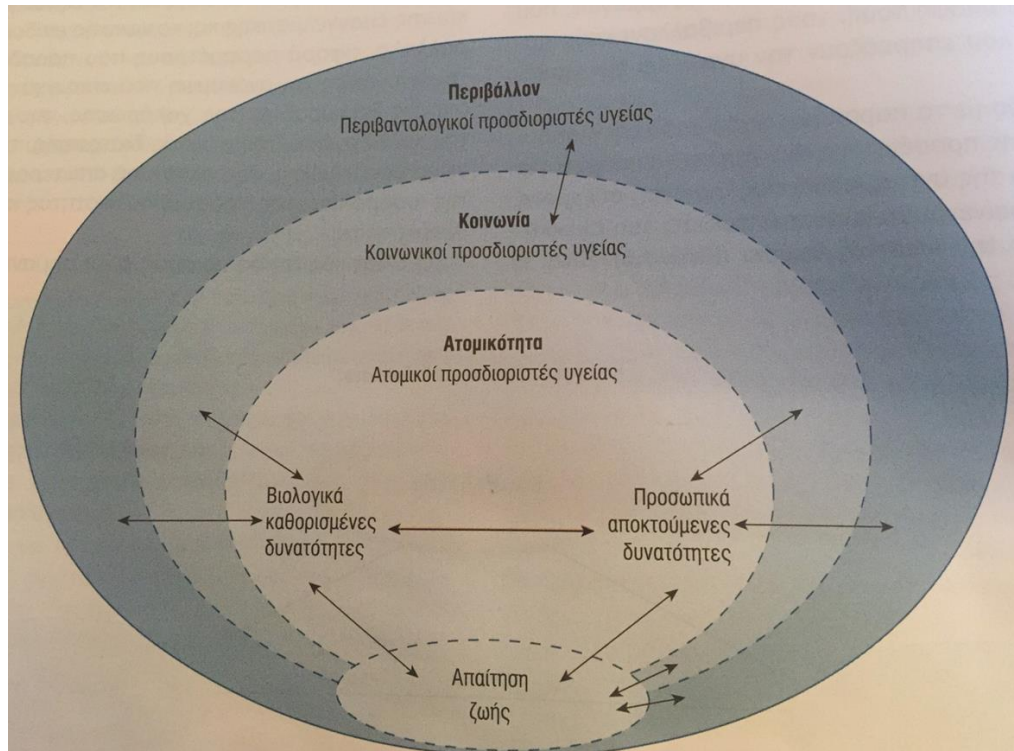
Σχήμα 10: Το ιατρικό μοντέλο Υγείας-Ασθένειας



Η κατανόηση των αιτίων που προκαλούν μια ασθένεια, είναι σημαντικοί, ώστε να γίνουν κατανοητοί και οι παράγοντες που επηρεάζουν της υγεία και ιδιαίτερα το πολυδιάστατο φαινόμενο της ποιότητας ζωής. Συνεπώς, η υγεία χρειάζεται μια ολιστική προσέγγιση (Σχήμα: 11) και αυτή την ολιστική προσέγγιση χρειάζεται να ακολουθούν και οι επικοινωνιακές παρεμβάσεις.

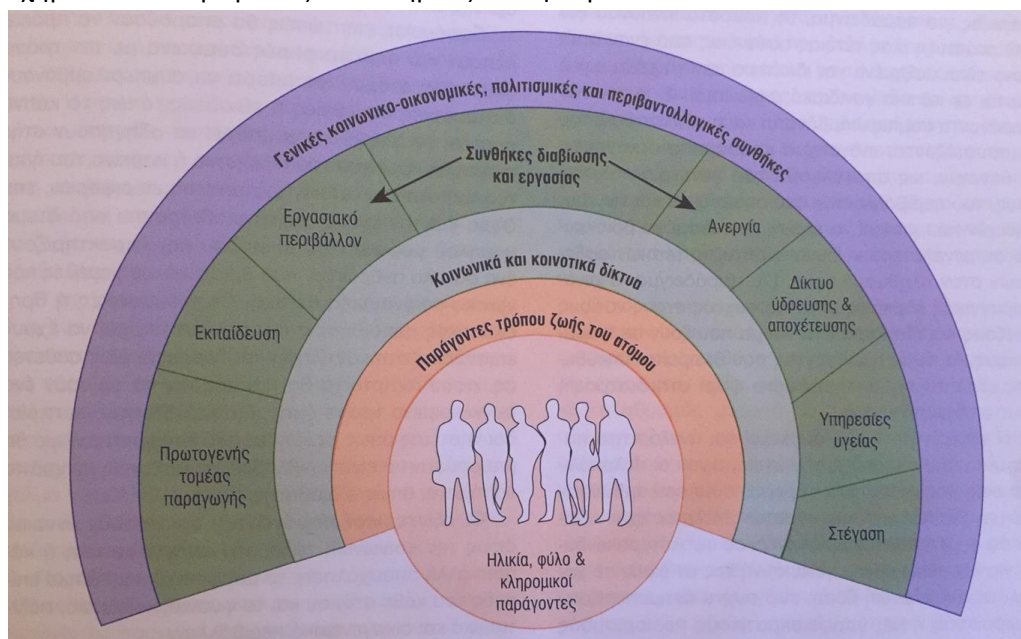
Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού προσδιορίζεται από μια σειρά αλληλοεξαρτώμενων θετικών ή αρνητικών παραγόντων, οι οποίοι διακρίνονται σε βιολογικούς, κοινωνικοοικονομικούς, πολιτικούς, περιβαλλοντικούς, και πολιτιστικούς. Καθένας επηρεάζει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία των ατόμων. (Καμινιώτη, 2012). Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία παρουσιάζονται στο Σχήμα: 12.

Σχήμα 11: Ολιστική προσέγγιση της Υγείας



Πηγή: Bitcher J και Hahn EG, 2016.

Σχήμα 12: Οι παράγοντες που επηρεάζουν την Υγεία



Πηγή: Dahlgren G και Whitehead M, 1991.

3.3. Ο ρόλος των πεποιθήσεων για θέματα υγείας

Στους τομείς της δημόσιας υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης, όταν ζητείται από τα άτομα ή τα σύνολα αλλαγή συμπεριφοράς αυτό είναι, συνήθως, για την επίτευξη μιας καλύτερης υγείας. Όμως, η έννοια της υγείας και της ασθένειας ποικίλλει ανάμεσα σε πολιτισμούς και ομάδες κι έτσι αλληλεπιδρούν πολιτισμικά στοιχεία και πεποιθήσεις σε θέματα υγείας. Οι πεποιθήσεις για την υγεία επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι εκτιμούν την πιθανότητα διαφορετικά αποτελέσματα να συνδέονται με την προτεινόμενη συμπεριφορά. Εάν οι άνθρωποι αισθάνονται ικανοί για τη διαχείριση της υγείας τους, είναι πιο πιθανό να αισθάνονται αισιόδοξοι για την ικανότητά τους να αντιστρέφουν αρνητικά μοτίβα και να γίνουν από μόνοι τους πιο υγιείς. Αν αντ' αυτού αισθάνονται ότι η ασθένεια είναι η τιμωρία του Θεού, μπορεί να είναι πιο απαισιόδοξοι για την ικανότητά τους να αλλάξουν αυτό που θεωρούν μοίρα τους ή μπορεί να βασίζονται στην προσευχή για να αναζητήσουν βοήθεια.

Οι πεποιθήσεις επηρεάζουν, επίσης, τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αξιολογούν ένα συγκεκριμένο επιθυμητό αποτέλεσμα. Στην αξιολόγηση των πιθανών αποτελεσμάτων, οι άνθρωποι επηρεάζονται από λογικά και από συναισθηματικά επιχειρήματα. Είναι, όμως, σημαντικό να καθίσταται κατανοητό και να αξιολογείται ο βαθμός και το επίπεδο των πεποιθήσεων όταν συνίστανται αλλαγές συμπεριφοράς σε θέματα υγείας.

Για παράδειγμα, η πρόληψη και ο έλεγχος του διαβήτη είναι μόνο ένα από τα πολλά οφέλη της απώλειας βάρους σε παχύσαρκους ή σοβαρά υπέρβαρους ασθενείς. Άλλα οφέλη είναι η πιθανή μείωση των ψυχολογικών επιπτώσεων της παχυσαρκίας, η οποία αποτελεί μια εξαιρετικά στιγματισμένη κατάσταση και συχνά περιορίζει τις ευκαιρίες στην εκπαίδευση, στην απασχόληση, στις προσωπικές σχέσεις και σε άλλους τομείς (Wang, Brownell και Wadden, 2004) μαζί με τα χαμηλότερα επίπεδα κινδύνου για πολλές άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με παχυσαρκία, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων μορφών καρκίνου, αλλοιώσεις στην πνευμονική λειτουργία, υπέρταση και καρδιαγγειακή νόσο (Bray, 2004).

Τα καλά σχεδιασμένα προγράμματα επικοινωνίας για την υγεία θα πρέπει να λάβουν υπόψη όλα αυτά τα πιθανά αποτελέσματα και να αξιολογήσουν το επίπεδο σπουδαιότητάς τους για τις ομάδες-κλειδιά. Για να πειστούν οι άνθρωποι να δώσουν προτεραιότητα στην απώλεια βάρους, οι φορείς επικοινωνίας και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να εντοπίζουν τα περισσότερα επιθυμητά αποτελέσματα για τον ασθενή. Αυτό θα πρέπει να γίνει στο εισαγωγικό μήνυμα όλων των αλληλεπιδράσεων και των επικοινωνιακών προσπαθειών, γεγονός το οποίο δημιουργεί ένα δεκτικό περιβάλλον για εισαγωγή και συζήτηση για τα οφέλη των υπολοίπων δυνατών αποτελεσμάτων καθώς και για το συσχετισμό αναγκών και προτιμήσεων των ασθενών.

Ανεξάρτητα από το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνουν χώρα οι επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις και οι σχετικές πρακτικές υγείας (για παράδειγμα, σε ένα ιατρείο ή σε ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας) θα πρέπει να είναι αποτελεσματικές και αποδοτικές. Η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην ικανότητα επίτευξης επιθυμητών αποτελεσμάτων, ενώ η αποδοτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα επίτευξης αυτών των αποτελεσμάτων με ελάχιστο χρόνο και κόστος (τόσο οικονομικό όσο και συναισθηματικό).

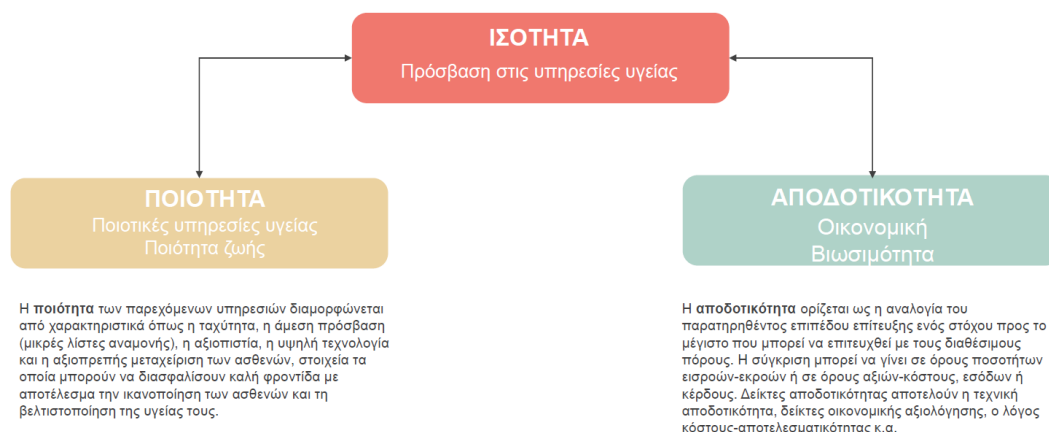
Εξίσου σημαντικές είναι οι προσδοκίες των ανθρώπων για τη συνολική ποιότητα της εμπειρίας. Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της εμπειρίας στο συγκεκριμένο παράδειγμα είναι το επίπεδο δυσκολίας συμμόρφωσης με τις προτεινόμενες δραστηριότητες, το είδος της υποστήριξης που λαμβάνεται από φίλους και οικογένεια, η πρόσβαση σε υγιεινή διατροφή, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας κ.α. Ενδεχομένως, και οι αρνητικές συνέπειες μιας αλλαγής συμπεριφοράς θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη προκειμένου να αξιολογείται η συνολική ελκυστικότητα της προτεινόμενης συμπεριφοράς και τα αποτελέσματά της.

Τα προγράμματα επικοινωνίας για την υγεία μπορούν να τονίσουν την αιτία και το αποτέλεσμα καθώς και τη σχέση μεταξύ επιθυμητών αποτελεσμάτων και προτεινόμενων συμπεριφορών. Μπορούν, επίσης, να συμβάλουν στην ανάπτυξη εργαλείων και πόρων, τα οποία θα προτείνουν εύκολα επιτεύξιμα βήματα για προτεινόμενες συμπεριφορές και να θέτουν ρεαλιστικές προσδοκίες. Τέλος, όπως προτείνει ο Babrow (1991), τα μηνύματα επικοινωνίας «μπορούν να ενσταλάξουν αισιοδοξία, ελπίδα ή πίστη», ανάλογα με τις πεποιθήσεις των ανθρώπων για την υγεία και τις σχετικές πολιτιστικές τους αξίες.

3.4. Η ισότητα στην υγεία και η επικοινωνία

Η ισότητα στη χρήση υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζεται σε τρία επίπεδα: α) Ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για τις ίδιες ανάγκες, αφού κάθε άνθρωπος πρέπει να έχει ίσα δικαιώματα στις προσφερόμενες υπηρεσίες, ανεξάρτητα από το φύλο, το εισόδημα, τα φυλή, τη θρησκεία κ.α. β) Ίση χρήση για τις ίδιες ανάγκες, έτσι ώστε να μην υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού που λόγω πολιτιστικών ή κοινωνικών κα άλλων παραγόντων, επιλέγουν να μην κάνουν την ίδια χρήση με άλλες ομάδες. γ) Ίση ποιότητα στην φροντίδα για όλους, με αποτέλεσμα κάθε άνθρωπος να απολαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με την ανάγκη του και όχι σύμφωνα με την κοινωνική του θέση και τη δύναμη που ασκεί αυτή (Σχήμα: 13). Αντίστοιχα και η επικοινωνία στην υγεία οφείλει να συμβαδίζει με την ισότητα στη χρήση υπηρεσιών υγείας και να την επικοινωνεί.

Σχήμα 13: Οι παράγοντες που επηρεάζουν την Υγεία



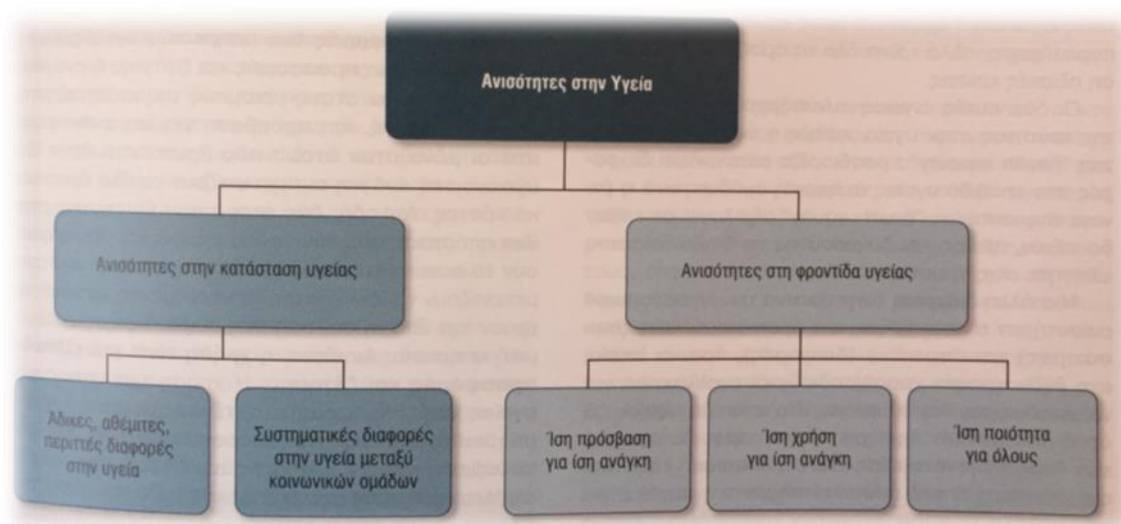
Πηγή: Σαράφης Π. και Μπαμίδης Π., 2020.

Από την άλλη, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η ανισότητα στην κατάσταση της υγείας ορίζεται ως «οι διαφορές στην υγεία που δεν είναι μόνο περιττές και μπορούν να αποφευχθούν, αλλά επίσης θεωρούνται αθέμιτες και άδικες». Προσδιορίζονται επτά παράγοντες με βάση τους οποίους οι διαφορές διακρίνονται σε εκείνες που είναι αναπόφευκτες και αναπότρεπτες (π.χ. βιολογικοί παράγοντες) και σε εκείνες που είναι περιττές και άδικες. Βασικό κριτήριο για τον χαρακτηρισμό των υγειονομικών διαφορών ως άδικων είναι ο βαθμός επιλογής του ατόμου που τους οδηγεί στο να έχουν μια κακή υγεία (Σχήμα: 14). Ο ρόλος της επικοινωνίας είναι να συνδράμει στη μείωση των αναπόφευκτων και άδικων ανισοτήτων από τη μία μέσω της ενημέρωσης των ληπτών υπηρεσιών υγείας για τα δικαιώματά τους και από την άλλη μέσω της επικοινωνίας ζητημάτων ισότητας σε διαμορφωτές πολιτικών και παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Μια κρίσιμη παράμετρος σε θέματα ισότητας στην υγεία είναι η διαπολιτισμική κουλτούρα. Η διαπολιτισμική ικανότητα (cultural competence) έχει οριστεί ως «ικανότητα να σχετίζεσαι με τις αξίες, τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις ατόμων από διαφορετικούς πολιτισμούς, και η αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των διαφορών στο πλαίσιο αλληλεπίδρασης». Ένα καλοσχεδιασμένο και καλά εκτελεσμένο πρόγραμμα επικοινωνίας για την υγεία θα πρέπει να βασίζεται στην σε βάθος κατανόηση των στοχευόμενων ομάδων και να προσαρμόζεται στις ανάγκες και στις πεποιθήσεις τους. Αυτό συνεπάγεται μια αληθινή γνώση των πολιτιστικών αξιών που εμπνέουν τα άτομα ή την ομάδα με τα οποία αλληλεπιδρούμε. Στην πραγματικότητα, αν και κοινές αξίες και άλλες πολιτιστικές εκφράσεις συχνά σχετίζονται με την ηλικία, τη φυλή, τη θρησκεία, το φύλο και τα γεωγραφικά χαρακτηριστικά, είναι πιθανό ότι ακόμη και στην ίδια φυλετική ή ηλικιακή ομάδα, μπορεί να υπάρχουν διαφορετικές υποομάδες με συγκεκριμένες πολιτιστικές συνδηλώσεις ή διαφορετικά στάδια ως προς την κατανόηση και τη συμμετοχή τους σε ένα

συγκεκριμένο θέμα υγείας. Για παράδειγμα, θα ήταν αφελές να πιστέψουμε ότι ένα ενιαίο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος θα μπορούσε να σχεδιαστεί για εφήβους που ζουν στο κέντρο της πόλης σε υποβαθμισμένες περιοχές και σε εύπορες γειτονίες μιας μητροπολιτικής περιοχής και έχουν διαφορετικές συνήθειες που σχετίζονται με το κάπνισμα όπως επίσης και διαφορετικές πεποιθήσεις. Μερικά από τα βασικά στοιχεία του προγράμματος μπορεί να είναι τα ίδια, αλλά κάποια άλλα θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τα μοναδικά χαρακτηριστικά και τις προτιμήσεις αυτών των διαφορετικών ομάδων.

Σχήμα 14: Ανισότητες στην Υγεία



Πηγή: Σαράφης Π. και Μπαμίδης Π., 2020.

Για το λόγο αυτό γίνεται κατάτμηση και ομαδοποίηση του κοινού στόχου (audience segmentation). Η πρακτική αυτή σημαίνει την κατανόηση μεγαλύτερων ομάδων και πληθυσμών ως μέρος μικρότερων ομάδων (τμήματα) που έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά, προτιμήσεις και ανάγκες. Αποτελεί ένα από τα βασικά βήματα της ανάλυσης της κατάστασης και του κοινού, προκειμένου να ολοκληρωθεί το προφίλ του κοινού-στόχου. Αν και η τμηματοποίηση του κοινού είναι ένας όρος που η επικοινωνία υγείας δανείζεται από τους κλάδους του marketing, δίνεται έμφαση σε μια συμμετοχική προσέγγιση στον προγραμματισμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση της επικοινωνίας, γεγονός που απαιτεί καινοτόμες μεθόδους, συμπεριλαμβανομένης της κοινοτικής διαβούλευσης και του διαλόγου και αξιολογήσεις με γνώμονα την κοινότητα για την κατανόηση της μοναδικότητας της κάθε ομάδας με την οποία αλληλεπιδρούμε.

3.5. Διαπολιτισμική επικοινωνία στην υγεία

Οι κοινωνίες στις οποίες συνυπάρχουν άτομα προερχόμενα από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα αποκτούν μεγαλύτερη ποικιλομορφία και επιτρέπουν την αποτελεσματικότερη ανταλλαγή πολιτισμικών στοιχείων στο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης. Ορισμένα προβλήματα είναι σίγουρα αναμενόμενα, ειδικά όταν η συνύπαρξη επιβάλλεται χωρίς την κατάλληλη προετοιμασία, όπως στην περίπτωση των μεταναστευτικών ροών. Τα όρια της ανεκτικότητας μπορεί να είναι διαφορετικά από κοινωνία σε κοινωνία και από άτομο σε άτομο και κάποιες πολιτισμικές διαφορές είναι δύσκολο να γίνουν κατανοητές. Γι' αυτόν τον λόγο οι καλά οργανωμένες πολυπολιτισμικές κοινωνίες επιχειρούν να διευκολύνουν τη συνύπαρξη των ατόμων με ενημερωτικές δράσεις και ευαισθητοποίηση του κοινού απέναντι σε διαφορετικές κουλτούρες, με προστασία όσων αποτελούν μειονότητες και παροχή κινήτρων για να συμμετέχουν περισσότερο στην κοινωνική ζωή, με διακηρύξεις περί σεβασμού της διαφορετικότητας και με αναζήτηση τρόπων ώστε να διατηρηθούν ζωντανά τα πολιτισμικά στοιχεία που βρίσκονται υπό απειλή. Αυτές οι δράσεις αφορούν σε όλες τις πτυχές της κοινωνικής υγείας και το πώς αντιμετωπίζονται οι διαφορετικές πολιτισμικές πεποιθήσεις των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας ενημερώνονται ήδη από τα φοιτητικά τους χρόνια για τις διαφορετικές κουλτούρες και τις ιδιαιτερότητες που εκφράζουν οι κουλτούρες αυτές ως προς την υγεία, την ασθένεια, την φροντίδα και το θάνατο. Η αποδοχή της διαφορετικότητας και η παροχή της ίδιας φροντίδας ανεξαρτήτως πολιτισμικών πεποιθήσεων κατοχυρώνονται με τις κατάλληλες διατάξεις στους κώδικες δεοντολογίας και οι προτιμήσεις που μπορεί να προκύπτουν λόγω πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων γίνονται κατά κανόνα σεβαστές από τους επαγγελματίες υγείας, όταν βέβαια αυτές οι προτιμήσεις βρίσκονται στο πλαίσιο του εφικτού και εντός των ορίων της ανεκτικότητας.

Όπως σημειώθηκε και προηγουμένως, υπάρχει μια ισχυρή σχέση ανάμεσα σε έναν πολιτισμό και την υγεία των ατόμων που είναι φορείς αυτού του πολιτισμού. Αυτή η σχέση μπορεί να ξεχωριστεί σε δύο ξεχωριστά επίπεδα: στην κοινωνία γενικότερα, όπου ορισμένες πολιτισμικές πρακτικές επηρεάζουν άμεσα και συνήθως αρνητικά την υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων και σε χώρους φροντίδας υγείας, όπου αναδεικνύονται τρία ξεχωριστά ζητήματα: α) το πώς οι παραδοσιακές θεραπείες βρίσκουν θέση ή όχι στη σύγχρονη φροντίδα υγείας, β) το σημείο μέχρι το οποίο ένας πολιτισμός μπορεί να επιβάλλει συγκεκριμένες απαιτήσεις στον τρόπο παροχής φροντίδας υγείας και γ) το πώς γίνονται αντιληπτές και διαχειρίσιμες οι πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και ασθενείς.

Οι διαπολιτισμικές αντιλήψεις στη φροντίδα υγείας και κατ' επέκταση στην επικοινωνία αυτής, δεν αφορούν μόνο σε συγκεκριμένες πράξεις, αλλά και στη γενικότερη αντίληψη της υγείας, της ζωής, του ρόλου που πρέπει να διαδραματίζουν στη φροντίδα ο ίδιος ο ασθενής, οι συγγενείς του και οι επαγγελματίες υγείας. Τα κυριότερα σημεία πολιτισμικής διαφοροποίησης στη φροντίδα υγείας, στα οποία χρειάζεται να δώσει έμφαση

η επικοινωνία είναι (Ηγουμενίδης Μ., 2020):

- Έμφαση στον ατομισμό και στην ατομική ευθύνη έναντι του κολλεκτιβισμού και των συλλογικών αποφάσεων
- Ορισμός οικογένειας (εκτεταμένη, πυρηνική, συγγενείας εξ αγχιστείας και φίλοι)
- Συνήθειες απόψεις για τους διακριτούς ρόλους των δύο φύλων, τις πρακτικές ανατροφής των παιδιών και τη φροντίδα των ηλικιωμένων
- Απόψεις για το γάμο και τις σχέσεις
- Μοτίβα επικοινωνίας (σχετική έμφαση στη μη-λεκτική επικοινωνία, διαφορετικά νοήματα ορισμένων κινήσεων και χειρονομιών από κουλτούρα σε κουλτούρα)
- Θρησκευτικά συστήματα και πνευματικές πεποιθήσεις
- Αντιλήψεις για τους επαγγελματίες υγείας
- Αντιλήψεις για την οδύνη
- Αντιλήψεις για τη μεταθανάτια ζωή

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι, η έμφαση που δίνεται στην αξία της υγείας και της ανθρώπινης ζωής στις δυτικές κοινωνίες αποτελεί τεράστιο επίτευγμα και, ταυτόχρονα, σημείο προβληματισμού όταν γίνεται αντιληπτό ότι αυτή η αξία διαφοροποιείται από κοινωνία σε κοινωνία, επειδή οι έννοιες της υγείας και της ζωής είναι κεφαλαιώδους σημασίας, είναι δύσκολο για άτομα που προέρχονται από πιο κοσμικές κοινωνίες να αποδέχονται διαφορετικές αντιλήψεις, όση ανεκτικότητα κι αν προσπαθούν να δείξουν. Το δικαίωμα στη ζωή και την υγεία θεωρείται αυταπόδεικτο στη σύγχρονη δυτική κοινωνία, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι γίνεται αντιληπτό με τον ίδιο τρόπο από όλους τους πολιτισμούς. Πάντως, οι πολιτισμικές αξίες των ασθενών πρέπει να γίνονται κατά κανόνα αποδεκτές από τους επαγγελματίες υγείας, ανεξάρτητα από τις δικές τους πεποιθήσεις. Αν μια πολιτισμική αξία βλάπτει τη δημόσια υγεία ή άλλους ασθενείς στον ίδιο χώρο που δεν μοιράζονται αυτή την αξία, δεν είναι αποδεκτή. Αν ο ασθενής επιζητά ή αρνείται κάτι που είναι ενάντια στην πορεία υγείας του, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να επιβεβαιώνει ότι πρόκειται για αυτόνομη απόφαση. Αυτό βέβαια, είναι αρκετά δύσκολο όταν υπάρχει μεγάλη επιρροή από θρησκευτικούς ηγέτες, ενώ ιδιαίτερα προβληματική είναι η περίπτωση των ανήλικων, οι αποφάσεις για τους οποίους λαμβάνονται από τους κηδεμόνες τους. Έτσι, πάντα θα εμφανίζονται σχετικά ηθικά διλήμματα όπου θα τίθενται αντιμέτωποι ο σεβασμός στην παράδοση και ο σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα. Εκφράζεται, όμως, η ελπίδα ότι η παγκοσμιοποίηση και η πρόοδος του ανθρώπινου πολιτισμού γενικότερα θα ωριμάσουν σταδιακά τον τρόπο σκέψης και λήψης αποφάσεων, ανεξαρτήτως πολιτισμικής προέλευσης, έτσι ώστε στο μέλλον η συνύπαρξη των ανθρώπων να καθορίζεται περισσότερο από τους ίδιους και λιγότερο από το παρελθόν τους (Ηγουμενίδης Μ., 2020).

Μέρος Β': Προσεγγίσεις στην Επικοινωνία Υγείας και Περιοχές Δράσης

Κεφάλαιο 4: Διαπροσωπική Επικοινωνία

4.1. Εισαγωγή

Η διαπροσωπική επικοινωνία αποτελεί ένα σημαντικό τομέα δράσης στα επικοινωνιακά προγράμματα για την υγεία που στοχεύουν στη συμπεριφορική ή κοινωνική αλλαγή (WHO, 2003). Περιλαμβάνει την επικοινωνία παρόχου-λήπτη υπηρεσιών υγείας καθώς και την επικοινωνία στην κοινότητα, που μπορούν να λάβουν χώρα σε διάφορες φάσεις της επικοινωνιακής διαδικασίας.

Οι διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες περιλαμβάνουν την ικανότητα να ακούμε και να παρατηρούμε προκειμένου να κατανοούμε πραγματικά, να συζητάμε, να μεταφέρουμε αποτελεσματικά τις σκέψεις και τις ιδέες μας προφορικά ή γραπτά, να συσχετίζουμε και να εκφράζουμε ιδέες με ξεκάθαρο και αποτελεσματικό τρόπο, να αξιοποιούμε στρατηγικές και δεξιότητες για να συνεργαστούμε με τους άλλους, να πείσουμε ή να επηρεάσουμε, να ενθαρρύνουμε για συμμετοχή, να διαπραγματευόμαστε, να δίνουμε και να παίρνουμε.

Είναι σημαντικό να αξιοποιούμε και να καλλιεργούμε:

- Την επικοινωνία.
- Τη δημιουργικότητα.
- Την εξοικείωση με την εξέλιξη στην τεχνολογία.
- Την ομαδική εργασία.
- Την προσαρμογή στις μεταβολές του εργασιακού περιβάλλοντος.
- Την εξυπηρέτηση του λήπτη υπηρεσιών υγείας.
- Την ενδυνάμωση του εργασιακού προφίλ.

Σημαντικά στοιχεία για την επικοινωνία με τους λήπτες υπηρεσιών υγείας και το οικογενειακό τους περιβάλλον είναι η:

- Υποδοχή-προσέγγιση και ενημέρωση
- Επικοινωνία με την οικογένεια
- Συμμετοχή στη λήψη απόφασης
- Αλλαγή συμπεριφοράς
- Διαπολιτισμική επικοινωνία

Η υιοθέτηση συμπεριφοράς με ενσυναίσθηση, η επίδειξη εμπιστοσύνης, η επικράτηση κλίματος σεβασμού, η καλή διαχείριση του χρόνου και η ορθή πληροφόρηση του λήπτη υπηρεσιών υγείας, καθώς και η συνεργασία με τους οικείους συμβάλλουν θετικά στην επιτυχία της μεταξύ τους επικοινωνίας.

Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της διαπροσωπικής επικοινωνίας είναι και η αποκάλυψη δυσάρεστων ειδήσεων. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έντονη ερευνητική δραστηριότητα σχετικά με τις βέλτιστες πρακτικές σε αυτό το ζήτημα, όπως για παράδειγμα με τη δημιουργία πρωτοκόλλων που καθοδηγούν τους ογκολόγους για τη μετάδοση των δυσάρεστων ειδήσεων στους ασθενείς. Ενδεικτικό είναι το πρωτόκολλο SPIKES που δημιουργήθηκε το 2000 από τους Baile et al και περιλαμβάνει έξι βήματα, τα οποία συνοψίζονται ως εξής:

1. Σωστή προετοιμασία (άνεση χρόνου και χώρου, ιδιωτικότητα)
2. Εκτίμηση της γνωστικής αντίληψης του ασθενή
3. Εξασφάλιση απαίτησης από τον ασθενή να μάθει
4. Παροχή γνώσης και πληροφόρησης
5. Ανταπόκριση στα συναισθήματα του ασθενή
6. Ανασκόπηση και συζήτηση στρατηγικής

4.2. Η ατομο/ανθρωπο-κεντρικότητα στην επικοινωνία υγείας

Οι βασικές έννοιες της επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή περιλαμβάνουν «(1) εξαγωγή και κατανόηση των προοπτικών του ασθενή (π.χ. ανησυχίες, ιδέες, προσδοκίες, ανάγκες, συναισθήματα και λειτουργικότητα), (2) κατανόηση του ασθενούς εντός των μοναδικών ψυχοκοινωνικών και πολιτισμικών πλαισίων και (3) επίτευξη κοινής κατανόησης των προβλημάτων του ασθενούς και των θεραπειών που είναι σύμφωνες με τις αξίες του» (Epstein R.M., 2007). Αν και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζουν ότι οι ασθενείς πρέπει να παίζουν περισσότερο συμμετοχικό ρόλο για να διασφαλιστεί ότι είναι ενημερωμένοι για τη φροντίδα τους, υπάρχουν πολλά εμπόδια στην επικοινωνία.

Το πρώτο εμπόδιο στην επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή είναι η αντιληπτή έλλειψη χρόνου. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν αισθάνονται ότι τους λείπει αρκετός χρόνος για να ακούσουν, να εξηγήσουν και να διαπραγματευτούν με τον ασθενή. Μερικές φορές οι ασθενείς είναι δεν είναι σε θέση να διατυπώσουν πλήρως τις αρχικές ανησυχίες τους πριν διακοπούν από τον πάροχο. Σε μια μελέτη οι ασθενείς διακόπηκαν μετά από κατά μέσο όρο 23.1 sec. από την αρχική συζήτηση με το γιατρό (Marvel, M.K., 1999). Μελέτες δείχνουν, ωστόσο, ότι οι ασθενείς σπάνια χρειάζονται περισσότερα από 2-3 λεπτά για να μοιραστούν το σύνολο του ιστορικού τους όταν γίνονται ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και δεν διακόπτονται (Beckman, H.B.; Frankel, R.M., 1984) (Nelson, A.M., 1997). Η κοινή λήψη αποφάσεων απαιτεί επίσης χρόνο, αλλά κατά μέσο όρο μόνο ένα επιπλέον 10% της

συνολικής διάρκειας, δηλαδή 2 λεπτά για μια συνάντηση 20 λεπτών (Naughton, C., 2018).

Το δεύτερο εμπόδιο σχετίζεται με τη διαπραγμάτευση σχεδίων θεραπείας που βασίζονται σε στοιχεία (evidence-based treatment) με τους ασθενείς. Τα στοιχεία που βρίσκονται στη βιβλιογραφία για την υποστήριξη της θεραπείας είναι συχνά «προσανατολισμένα στην ασθένεια» με βάση τις εργαστηριακές τιμές και αποτελούν, συνήθως δείκτες για τα αποτελέσματα της νόσου και όχι τα πραγματικά ολιστικά αποτελέσματα. Στην ουσία, οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν κάποιο αναφοράς προκειμένου να αντιληφθούν τον αντίκτυπο αυτών των δεικτών. Ο προσανατολισμός στον ασθενή (Patient-Oriented Evidence that Matters” (POEMs)), από την άλλη πλευρά, αναφέρεται σε αποτελέσματα που ενδιαφέρουν τους ασθενείς και με τα οποία μπορούν να συσχετιστούν (Naughton, C., 2018). Παραδείγματα POEMs περιλαμβάνουν αποτελέσματα που σχετίζονται με νοσηρότητα (συμπτώματα), την καθημερινή λειτουργικότητα, τη θνησιμότητα, το κόστος και την ποιότητα ζωής, όπως ορίζεται από τον ασθενή (Holzmueller, C.G., 2012). Μια άλλη σκέψη είναι ότι η τεκμηριωμένη ιατρική αντιστοιχεί σε δεδομένα του πληθυσμού και μπορεί να μην αντικατοπτρίζει τις ανάγκες και τις προτιμήσεις μεμονωμένων ανθρώπων. Αντί να αποτελεί τον κανόνα, η τεκμηριωμένη ιατρική θα πρέπει να είναι μόνο ο οδηγός που χρησιμοποιείται μαζί με την τεχνογνωσία του παρόχου υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τους στόχους, τις αξίες και τις προτιμήσεις του ασθενούς (Price, A.I., 2015).

Τέλος, η στάση του παρόχου υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην αποτελεσματική επικοινωνία με επίκεντρο τον άνθρωπο. Παραδοσιακά, οι επαγγελματίες υγείας, για παράδειγμα οι φαρμακοποιοί έχουν εκπαιδευτεί ως ειδικοί στα φάρμακα και έχουν διδαχθεί για τις φαρμακολογικές και φαρμακοθεραπευτικές ιδιότητες ενός φαρμάκου για την αντιμετώπιση των φαρμακευτικών αναγκών του ασθενούς ώστε να προωθούν τη συμμόρφωσή τους με τη φαρμακευτική αγωγή (De Oliveira, D.R., 2006). Η επιστημονική γνώση των φαρμάκων είναι σαφώς σημαντική, αλλά η προσέγγιση με επίκεντρο τον άνθρωπο απαιτεί γνώση του ασθενούς και της ατομικής του εμπειρίας από την ασθένεια και τη φαρμακευτική αγωγή. Μόνο αφού ενσωματωθεί μια ολιστική κατανόηση των πεποιθήσεων, των στάσεων του ασθενούς και των συμπεριφορών του προς την υγεία μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να αξιολογήσουν την καταλληλότητα της ένδειξης, την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την τήρηση της αγωγής. Με άλλα λόγια, «ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να διατηρεί υψηλό επίπεδο ταπεινοφροσύνης για τις επιστημονικές του γνώσεις ώστε να αναγνωρίζονται και να διαφαίνονται οι γνώσεις του επί ασθενούς» (De Oliveira, D.R., 2006).

4.3. Η δυναμική της διαπροσωπικής επικοινωνίας

Η διαπροσωπική συμπεριφορά επηρεάζεται από διάφορους πολιτισμικούς

παράγοντες. Παρότι κάθε άτομο έχει το δικό του στυλ αλληλεπίδρασης με τους άλλους, με βάση τις κοινωνικές συμβάσεις ή κανόνες, καθώς και τις παραδόσεις και τις αξίες που υπάρχουν σε μια δεδομένη ομάδα ή κοινότητα, στοιχεία, τα οποία παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο που λαμβάνει χώρα, γίνεται αντιληπτή και ερμηνεύεται η επικοινωνία. Όλες αυτές οι αλληλεπιδράσεις περιλαμβάνουν τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά σημεία και σύμβολα που συμβάλλουν στα νοήματα της συμπεριφοράς και των επικοινωνιακών ενεργειών. Οι κοινωνικοί ψυχολόγοι τείνουν να θεωρούν τα σημάδια ως ακούσιες συμπεριφορές, τα σύμβολα ορίζονται ως εθελοντικές πράξεις, όπως η χρήση λεκτικών εκφράσεων για να περιγράψει κάποιος τα συναισθήματά του (Krauss και Fussell, 1996).

Από την άλλη πλευρά, η τελευταία δεκαετία έφερε σημαντικές αλλαγές στο τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς συμμετέχουν περισσότερο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την υγεία τους, έχουν πιο συχνά άποψη σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία τους και θέλουν να έχουν καλύτερη εικόνα των διαθέσιμων επιλογών τους, αναζητώντας μόνοι τους πληροφορίες σχετικά με την πάθησή τους, τις θεραπείες και τις συνταγογραφούμενες αγωγές, ώστε να μάθουν περισσότερα.

Ταυτόχρονα, οι γιατροί υφίστανται τεράστια χρονική πίεση, αφού δέχονται περισσότερους ασθενείς και διαθέτουν λιγότερο χρόνο από ποτέ, πράγμα που σημαίνει ότι συχνά η επικοινωνία γιατρού–ασθενούς διακόπτεται και παρακωλύεται. Με το τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης να αλλάζει και την τεχνολογία να δίνει καλύτερη πρόσβαση στην πληροφόρηση από ποτέ, ο ουσιαστικός αμφίδρομος διάλογος γιατρού–ασθενούς είναι σημαντικότερος από ποτέ.

Η ανάγκη για ουσιαστικό διάλογο μεταξύ γιατρών και ασθενών υποστηρίζεται έντονα από έρευνες με ερωτηματολόγια. Μέχρι τώρα, οι έρευνες αυτές δείχνουν σταθερά ότι οι ασθενείς θέλουν πολύ να έχουν καλύτερη επικοινωνία με τους γιατρούς τους. Επιπλέον, η καλή επικοινωνία γιατρού–ασθενούς έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει στη ρύθμιση των συναισθημάτων των ασθενών, να διευκολύνει την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών και να συμβάλει στην καλύτερη αναγνώριση των αναγκών, των αντιλήψεων και των προσδοκιών των ασθενών. Οποιαδήποτε επικοινωνία γιατρού–ασθενούς θα πρέπει να προσανατολίζεται προς τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς και η αίσθηση της συμμετοχής στη διαδικασία λήψης των ιατρικών αποφάσεων έχει θετικό αντίκτυπο με την ικανοποίηση του ασθενούς από την τελική απόφαση που θα ληφθεί.

Ως αποτέλεσμα των τεχνολογικών και κοινωνικών αλλαγών, η επικοινωνία ασθενούς–γιατρού συχνά υφίσταται διακοπές ή κατακερματισμό. Ωστόσο, είναι σαφές ότι η επικοινωνία αυτή εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά σημαντική και ότι διαδραματίζει σπουδαιότατο ρόλο στην επίτευξη της καλύτερης δυνατής έκβασης για τον ασθενή. Οι γιατροί μπορούν επίσης να ωφεληθούν από την πιο ενεργό ανάμειξη των ασθενών στο ταξίδι της υγειονομικής τους περίθαλψης, μια που η μεγαλύτερη συμμετοχή του ασθενούς συνεπάγεται μια πιο συνεργατική και εμπειριστατωμένη συζήτηση, και οι ασθενείς είναι καλύτερα ενημερωμένοι για τις πληροφορίες που θα πρέπει να δώσουν και σχετίζονται με

τη διάγνυσή τους (Εικόνα: 1).

Εικόνα 1: Γιατί είναι σημαντικό να υπάρχει καλός διάλογος γιατρού-ασθενή

ΓΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΛΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

 Η από κοινού λήψη αποφάσεων συντελεί σε καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία και τη φαρμακευτική αγωγή και κατά συνέπεια βελτώνει τις εκβάσεις των ασθενών

Η καλή επικοινωνία γιατρού-ασθενούς
έχει τη δυνατότητα να επιτύχει τα εξής:

-  να διευκολύνει την ευθυγράμμιση των προσδοκιών των ασθενών και την εξισορρόπηση των συναισθημάτων τους
-  να βοηθήσει ώστε να γίνουν αντιληπτές και κατανοητές οι ιατρικές πληροφορίες
-  να συμβάλει στην καλύτερη αναγνώριση των αναγκών, των αντιλήψεων και των προσδοκιών των ασθενών

Οι ασθενείς που αναφέρουν ότι έχουν καλή επικοινωνία με τον γιατρό τους
είναι πιο πιθανό:

-  να μην είναι ικανοποιημένοι από την περίθαλψή τους
-  να δώσουν σχετικές πληροφορίες, που θα συμβάλουν στην ακριβή διάγνωση των προβλημάτων τους
-  να ακολουθήσουν τις συμβουλές του
-  να συμμορφωθούν στην αγωγή που έχει συνταγογραφήσει ο γιατρός

 Όταν οι ασθενείς συμφωνούν με τον γιατρό τους όσον αφορά τη φύση της θεραπείας τους και την ανάγκη για παρακολούθηση, η συμφωνία αυτή συσχετίζεται στενά με καλύτερες εκβάσεις

 Οι καλές και σαφείς επικοινωνιακές δεξιότητες του γιατρού επιτρέπουν στον ασθενή να αντιληφθεί τον εαυτό του ως βασικό συντελεστή στις συζητήσεις που αναφέρονται στην υγεία του

 Στην πραγματικότητα... Η έρευνα έχει δείξει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και γιατρού μπορεί να βελτιώσει την υγεία των ασθενών με εξίσου μετρήσιμο τρόπο όπως και πολλά φάρμακα

Βασίζεται στην εξής βιβλιογραφία:
1. Foot C, Gilbert H, Dunn P et al (2014) People in Control of Their Own Health and Care: The State of Involvement. King's Fund, National Voices. 2. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. The Ochsner Journal. 2010;10(1):38-43. 3. Travaline JM, Ruchinskas R, D'Alonzo GE. Patient-Physician Communication: Why and How. J Am Osteopath Assoc 2005;105(1):13-18.

Ο όρος «ενσυναίσθηση» (empathy) αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να αναγνωρίζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του λήπτη υπηρεσιών υγείας και να ανταποκρίνεται σε αυτά με τρόπο που να υποδηλώνει κατανόηση (Εικόνα: 2).

Εικόνα 2: Οφέλη της ενσυναίσθησης



Πηγή: Oxford Empathy Programme.

Κεφάλαιο 5: Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης και Δημόσιες Σχέσεις

5.1. Εισαγωγή

Οι στρατηγικές δημοσίων σχέσεων και επικοινωνίας χρησιμοποιούνται συνήθως για τη μαζική επικοινωνία για να δημιουργήσουν ενδιαφέρον σε πολλά κοινά-στόχους σχετικά με μια ιδέα, μια νέα πολιτική, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία, μια προτεινόμενη συμπεριφορά, έναν φορέα κλπ. Οι ηθικές δημόσιες σχέσεις στηρίζονται σε αξιόπιστα γεγονότα και δεδομένα και έχουν βρει πολλές εφαρμογές ως μέρος των παρεμβάσεων επικοινωνίας για την υγεία, την υγειονομική περίθαλψη και τη δημόσια υγεία. Ωστόσο, στη νέα εποχή των μέσων ενημέρωσης, η θεωρία και η πρακτική των δημοσίων σχέσεων και της επικοινωνίας έχουν εξελιχθεί με την ανάπτυξη νέων μοντέλων και στρατηγικών για τη χρήση νέων μέσων όπως τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (social media) ως μέρος των προγραμμάτων

επικοινωνίας για την υγεία.

5.2. Η Επικοινωνία Υγείας στη νέα εποχή των μέσων

Η επικοινωνία ιδίως μέσω των νέων τεχνολογιών (διαδίκτυο, κινητά τηλέφωνα κλπ) έχει προχωρήσει γρήγορα και με πρωτοφανή ρυθμό και έχει υιοθετηθεί από διαφορετικές ομάδες και πληθυσμούς σε όλο τον κόσμο. Η τεχνολογία παρέχει στους επικοινωνητές μυριάδες νέα κανάλια και στρατηγικές επιλογές, που δεν μπορούν πλέον να αγνοηθούν και πρέπει να ενσωματωθούν αποτελεσματικά ως μέρος των ολοκληρωμένων επικοινωνιακών παρεμβάσεων στην υγεία σε επίπεδο πολυμέσων. Μέσω μιας ποικιλίας μέσων (για παράδειγμα, επαγγελματικά και προσωπικά ιστολόγια, ιστότοποι μέσων κοινωνικής δικτύωσης, podcast, δωμάτια συνομιλίας και εφαρμογές για κινητές συσκευές, μεταξύ άλλων), η χρήση e-health και mHealth έχει αυξηθεί για να παρέχουν καινοτόμους τρόπους επικοινωνίας σχετικά με την υγεία και την ανάπτυξη της κοινότητας μέσα από πολλές και διαφορετικές ομάδες.

Σε αυτό το περιβάλλον πολυμέσων η διάκριση μεταξύ των μαζικών μέσων (mass media) και των νέων μέσων (new media) συνεχώς εξελίσσεται και είναι αντικείμενο αντιπαράθεσης. Για παράδειγμα, για ορισμένες από τις εφαρμογές του που σχετίζονται με πληροφορίες (για παράδειγμα, ιστοσελίδες, ηλεκτρονικά περιοδικά και βιβλιοθήκες) και σχετικές λειτουργίες (για παράδειγμα, αναζήτηση και ανάκτηση πληροφοριών υγείας), το διαδίκτυο ενεργεί και σε πολλές περιπτώσεις υποκαθιστά πιο παραδοσιακά μέσα μαζικής ενημέρωσης, όπως τα έντυπα, τα ραδιοτηλεοπτικά μέσα και τα (Schiavo R., 2009).

Ωστόσο, τα νέα μέσα χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στη μαζική επικοινωνία και στην επικοινωνία εντός διαφόρων κοινοτήτων. Στην προσέγγιση της επικοινωνίας υγείας, δηλαδή στο σχεδιασμό, στην υλοποίηση και στην αξιολόγηση, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη τι έχει αλλάξει και τι δεν πρέπει να αλλάξει με τα νέα μέσα, ώστε να γίνεται εστίαση στην επίτευξη συμπεριφορικών, κοινωνικών, και οργανωτικών αποτελέσματα που συμβάλλουν τελικά στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας του πληθυσμού και της κοινότητας.

5.3. ΜΜΕ και Δημόσια Υγεία

Σε γενικές γραμμές, η βασική λειτουργία της μαζικής επικοινωνίας είναι η ενημέρωση, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία, η παρακίνηση δράσης και το «χτίσιμο» της κοινότητας σε θέματα δημόσιου ενδιαφέροντος. Όσον αφορά στην υγεία και στην κοινωνική ανάπτυξη, η μαζική επικοινωνία είναι καθοριστική για τη δημιουργία ενός

ευνοϊκού περιβάλλοντος για νέα ή επαναλαμβανόμενα ζητήματα υγείας, για κοινωνικά καθοριστικούς παράγοντες υγείας, για πολιτικές και για προϊόντα και υπηρεσίες, που με τη σειρά της μπορεί να υποστηρίξει και να ανοίξει το δρόμο σε άλλα κανάλια και είδη επικοινωνίας. Επακόλουθα, αυτό μπορεί να παρακινήσει τους ανθρώπους να συμμετέχουν σε κοινοτικές εκδηλώσεις ή νέα κοινωνικά κινήματα και να υιοθετούν νέες υγειονομικές και κοινωνικές συμπεριφορές.

Στη δημόσια υγεία, τα μέσα ενημέρωσης μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψη των ανθρώπων για τη σοβαρότητα μιας νόσου, τις απόψεις τους σχετικά με τον πιθανό κίνδυνο μόλυνσης από την ασθένεια ή τη στάση τους σχετικά με την ανάγκη για πρόληψη ή θεραπεία. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορούν, επίσης, να επηρεάσουν τι τρώνε ή τι κάνουν οι άνθρωποι στον ελεύθερο χρόνο τους. Μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του στίγματος που σχετίζεται με πολλές ασθένειες ή στο σπάσιμο του κύκλου της παραπληροφόρησης και της σιωπής για παθήσεις υγείας που υποδιαγιγνώσκονται, ή υποφροντίζονται ή δεν αναφέρονται επαρκώς. Επιπλέον, μπορούν να βοηθήσουν να πειστούν οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για την ανάπτυξη νέων πολιτικών πρόληψης ή θεραπείας ή αντιμετώπισης συγκεκριμένων κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας προς όφελος μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού.

5.4. ΜΜΕ, μέσα κοινωνικής δικτύωσης και παράμετροι αξιολόγησης

Παρότι τα αποτελέσματα των επικοινωνιακών παρεμβάσεων, είτε μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, είτε μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης ή άλλων νέων μέσων θα πρέπει να αξιολογούνται ως μέρος των ευρύτερων συμπεριφορικών και κοινωνικών αποτελεσμάτων ενός προγράμματος, για το πρόγραμμα επικοινωνίας για την υγεία για το οποίο έχουν σχεδιαστεί οι στρατηγικές και οι δραστηριότητες, χρησιμοποιούνται συνήθως ορισμένες συγκεκριμένες παράμετροι για τη μέτρηση ποσοτικών και ποιοτικών αποτελεσμάτων. Για τις εκστρατείες με τα παραδοσιακά μέσα μαζικής ενημέρωσης, όπως έντυπα, ραδιόφωνο, τηλεόραση κλπ αξιολογούνται οι εισροές και οι εκροές του συστήματος επικοινωνίας.

Η μέτρηση της συνιστώσας των μέσων μαζικής ενημέρωσης ενός προγράμματος θα πρέπει να σχετίζεται με τους συγκεκριμένους και μετρήσιμους στόχους που ορίστηκαν στην αρχή του προγράμματος. Με άλλα λόγια, ποιο συστατικό του προγράμματος επικοινωνίας τα ΜΜΕ προσπαθούν να επιτύχουν; Ποιοί είναι ή ήταν οι συγκεκριμένοι στόχοι κάθε στρατηγικής ή δραστηριότητας; Ποιοί από αυτούς επιτεύχθηκαν; Έτσι αξιολογούνται (Yaxley, 2013):

- Οι εκροές: Βραχυπρόθεσμες και προσανατολισμένες στη διαδικασία μετρήσεις, όπως π.χ ο αριθμός των ιστοριών που δημοσιεύθηκαν από τα μέσα, ο αριθμός των φορών που αναφέρεται ένας συγκεκριμένος εκπρόσωπος, ο τόπος και το

περιεχόμενο της κάλυψης των ΜΜΕ, ο αριθμός των επισκέψεων στο διαδίκτυο, των "μου αρέσει" (likes) ή των κοινοποιήσεων.

- Οι ανακοινώσεις: Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται δεκτό το πρόγραμμα επικοινωνίας από τα ΜΜΕ και άλλες βασικές ομάδες-στόχους και ενδιαφερόμενα μέρη καθώς και η ανάκληση και διατήρηση του συνολικού μηνύματος. Για παράδειγμα, τα μέσα βρήκαν τα εικαστικά και λοιπά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν ελκυστικά; Η γλώσσα που χρησιμοποιήθηκε στα δελτία τύπου ήταν κατανοητή; Οι παραλήπτες που ανήκαν στο κοινό-στόχο ανταποκρίθηκαν θετικά στο μήνυμα; Οι παραλήπτες ζήτησαν περισσότερες πληροφορίες πηγαίνοντας, για παράδειγμα, σε ένα προτεινόμενο δικτυακό τόπος; Έγραψαν μηνύματα ή σχόλια στον εκδότη ή σχολίασαν σε ένα συγκεκριμένο ιστολόγιο;
- Τα αποτελέσματα: Η αξιολόγηση και η μέτρηση των αλλαγών στις απόψεις, στάσεις, συμπεριφορές ή επίπεδα δέσμευσης του κοινού σχετικά με ένα συγκεκριμένο θέμα. (Williams, Zraik, Schiavo, και Hatz, 2008-Abroms, Schiavo και Lefebvre, 2008).

Ειδικά για τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης τα στοιχεία που αξιολογούνται είναι:

- **Μοναδικοί επισκέπτες (Unique visitors):** Ο συνολικός αριθμός των διαφορετικών ατόμων που έχουν πρόσβαση σε ένα συγκεκριμένο ιστότοπο ή μέσο ενημέρωσης.
- **Επισκέψεις (Visits):** Ο συνολικός αριθμός επισκέψεων (συμπεριλαμβανομένων των επισκεπτών και των χρηστών που επιστρέφουν, συνεπώς οι χρήστες δεν είναι πλέον μοναδικοί.
- **Προβολές σελίδας (Page views):** Ο συνολικός αριθμός των φορών που οι χρήστες είδαν κάθε μοναδική σελίδα σε έναν δεδομένο ιστότοπο, δηλαδή ο συνολικός αριθμός σελίδων που είδαν οι χρήστες όταν επισκέφτηκαν έναν συγκεκριμένο ιστότοπο.
- **Επισκέψεις (Hits):** Ο συνολικός αριθμός των λήψεων (φωτογραφίες, κείμενο, HTML κ.λπ.) σε όλες τις σελίδες, συμπεριλαμβανομένων όλων των φορών που οι χρήστες ήρθαν σε επαφή με οποιοδήποτε από τα διαφορετικά στοιχεία σε όλες τις σελίδες ενός δεδομένου ιστότοπου.
- **Αναφορές λέξεων-κλειδιών (Keyword mentions):** Ο συνολικός αριθμός αναφορών του ονόματος ή του θέματος (σε ιστότοπους, ιστολόγια, μέσα κοινωνικής δικτύωσης κ.α.).
- **Απαντήσεις σε μηνύματα κειμένου (Responses to text messages):** Ο συνολικός αριθμός χρηστών κινητών που απαντούν μηνύματα ή ο συνολικός αριθμός απαντήσεων ανά χρήστη σε πρόγραμμα ανταλλαγής μηνυμάτων.

- **Αναγνωσιμότητα γραπτών μηνυμάτων (text messaging readership):** Ο συνολικός αριθμός χρηστών κινητών που αναφέρουν ότι διαβάζουν μηνύματα από ένα πρόγραμμα ανταλλαγής μηνυμάτων.
- **Χρήση διαδραστικών λειτουργιών για κινητά (Use of mobile interactive features):** Ο συνολικός αριθμός χρηστών κινητών που χρησιμοποιούν διαδραστικές λειτουργίες που σχετίζονται με ένα πρόγραμμα mHealth για παράδειγμα, εφαρμογές, συνδέσμους σε ιστότοπους και ψηφιακούς πόρους, κ.λπ.)

Τελικά, η συμβολή των μέσων σε μια επικοινωνιακή παρέμβαση για την υγεία θα πρέπει να μετράται ως μέρος της συνολικής αξιολόγησης τέτοιων παρεμβάσεων σε σχέση με τον αντίκτυπο στα κοινωνικά και συμπεριφορικά αποτελέσματα του συνολικού προγράμματος και την επίτευξή των ζητούμενων της δημόσιας υγείας.

5.5. Ο ρόλος των Δημοσίων Σχέσεων στην Υγεία

Οι Δημόσιες Σχέσεις (Public Relations-PR), ορίζονται ως «η τέχνη και η επιστήμη της δημιουργίας και της προώθησης μιας ευνοϊκής σχέσης με το κοινό» (American Heritage Dictionary of the English Language, 2011) και αποτελούσαν τη ραχοκοκαλιά της μαζικής επικοινωνίας για αρκετές δεκαετίες. Ωστόσο, οι δημόσιες σχέσεις έχουν εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου για να αντικατοπτρίζουν όχι μόνο νέες επικοινωνιακές θεωρίες και τάσεις αλλά και για να ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά των διαθέσιμων μέσων καθώς και στις εξελίξεις των προτύπων και πρακτικών της δημοσιογραφίας (Duhe, 2007).

Η λέξη «σχέση» είναι θεμελιώδης για όλους τους ορισμούς των Δημοσίων Σχέσεων, καθώς και για τις πρακτικές τους εφαρμογές. Οι Δημόσιες Σχέσεις στη Δημόσια Υγεία και στη Φροντίδα Υγείας βασίζονται σε μια εις βάθος κατανόηση του κοινού του καθώς και του κοινού των αναγκών, των προσδοκιών και των επιθυμιών του. Στον Πίνακα: 3 παρουσιάζονται οι δυνατές λειτουργίες των Δημοσίων Σχέσεων.

Πίνακας 3: Οι λειτουργίες των Δημοσίων Σχέσεων στη Δημόσια Υγεία και στη Φροντίδα Υγείας

Δημόσια θέματα (Public affairs)	Μια στρατηγική προσέγγιση για την προώθηση της δημόσιας συζήτησης και, τελικά, την επίτευξη συμφωνίας για τις πολιτικές υγείας ή τις διαδικασίες που μπορεί να εφαρμόζονται από έναν δεδομένο οργανισμό ή από τους βασικούς ενδιαφερόμενους φορείς και το κοινό-στόχο
Σχέσεις με την κοινότητα (Community relations)	Μια περιοχή πρακτικής δημοσίων σχέσεων μέσω της οποίας επαγγελματίες και οργανισμοί ιδρύουν, καλλιεργούν, και

	προσπαθούν να διατηρήσουν αμοιβαία επωφελείς σχέσεις με τις κοινότητες (προσδιορίζονται ως ομάδες με κοινές αξίες, ανάγκες και κοινή χρήση της ίδιας γεωγραφικής τοποθεσίας) που μπορούν να επηρεάσουν ή να επηρεαστούν από τις πράξεις τους. Οι σχέσεις με την κοινότητα αποτελούν μία από τις πολλές πτυχές του χτισίματος δεσμών με την κοινότητα και ένα στοιχείο όλων των τομέων επικοινωνίας για την υγεία.
Ζητήματα διαχείρισης (Issues management)	Μια πολύπλευρη και επίσημη διαδικασία διαχείρισης για την πρόβλεψη και την κατάλληλη λήψη δράση για αναδυόμενες τάσεις, ανησυχίες ή ζητήματα που ενδέχεται να επηρεάσουν έναν οργανισμό και τα ενδιαφερόμενα μέρη του.
Διαχείριση κρίσεων (Crisis management)	Μια προορατική προσέγγιση που βασίζεται στην εκ των προτέρων ανάπτυξη σχεδίων έκτακτης ανάγκης και δραστηριοτήτων για την πρόβλεψη, την αποτροπή και την αντιμετώπιση πιθανών κρίσεων. Συχνά εστιάζει στη χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης για να βοηθήσει τους οργανισμούς να διασφαλίσουν ότι εφαρμόζεται μια λύση εφαρμόζεται και ότι αντιμετωπίζεται ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ή ζήτημα.
Σχέσεις με τα media (Media relations)	Μια προληπτική και αντιδραστική προσέγγιση που στοχεύει στην αλληλεπίδραση με βασικούς δημοσιογράφους στον τομέα της υγείας, bloggers, διαδικτυακούς ειδήμονες, κάνοντας χρήση των μέσων με προγραμματισμένο τρόπο.
Μάρκετινγκ (Marketing public relations)	Ένας τομέας δημοσίων σχέσεων που εστιάζει στην ανάπτυξη στρατηγικών προγραμμάτων και σχέσεων που θα υποστηρίξουν την έγκριση και τη χρήση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας ενός οργανισμού μεταξύ των βασικών ομάδων ενδιαφερόμενων και του κοινού.

Πηγή: R. Schiavo, 2014.

Τέλος, οι δημόσιες σχέσεις μετατρέπονται σε δημόσια υπεράσπιση (public advocacy) όταν επιδιώκουν να επηρεάσουν πολιτικές, νόμους και πρακτικές υγείας. Ο όρος δημόσια υπεράσπιση (public advocacy) για την υγεία αναφέρεται στην εκπαίδευση, στην οργάνωση και στην κινητοποίηση για αλλαγή συστημάτων με γνώμονα την υγεία του πληθυσμού. Οι τρέχουσες και μελλοντικές απειλές για την υγεία της κοινότητας εντοπίζονται και οι υποστηρικτές της δημόσιας υγείας εργάζονται για να ενημερώσουν, να δημιουργήσουν και να επηρεάσουν τη νομοθεσία και να αλλάξουν το περιβάλλον προκειμένου να δημιουργηθούν συνθήκες υπό τις οποίες είναι δυνατή η βέλτιστη υγεία. Υπό αυτή την έννοια οι δημόσιες σχέσεις παίζουν το ρόλο ή συμμετέχουν ή αποτελούν εργαλείο της δημόσιας υπεράσπισης. Επιπλέον, η υπεράσπιση της δημόσιας υγείας όπως και οι δημόσιες σχέσεις, πραγματοποιείται μέσω των μέσων ενημέρωσης και εκφράζεται μέσω νομοθετικών και κοινωνικών προσπαθειών. Συνεπώς, η δημόσια υπεράσπιση βασίζεται σε πολλαπλά μέσα και δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων των συναντήσεων της κοινότητας και με τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων.

Κεφάλαιο 6: Κινητοποίηση της κοινότητας και συμμετοχή των πολιτών

6.1. Εισαγωγή

Η κοινωνική κινητοποίηση (social mobilization) είναι η διαδικασία της προσέγγισης κοινωνικών εταίρων από διάφορους τομείς με σκοπό την ευαισθητοποίηση, την πρωτοβουλία για την επίτευξη στόχων σε διαδικασίες και αποτελέσματα που έχουν να κάνουν με ένα ζήτημα και εν προκειμένω με την υγεία (Patel, 2005).

Στο πλαίσιο της επικοινωνίας υγείας, η κινητοποίηση της κοινότητας τείνει να λαμβάνει είναι συγκεκριμένη κατεύθυνση για την ασθένεια και αντιμετωπίζει ζητήματα συμπεριφοράς που μπορεί να βοηθήσουν μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μιας δεδομένης κατάστασης. Ακόμα, υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες η κοινοτική κινητοποίηση αποτελεί συστατικό στοιχείο προγράμματα επικοινωνίας για την υγεία που συμπληρώνουν την ευρύτερη δημόσια υγεία παρεμβάσεις και στοχεύουν να εγγυηθούν ή να επεκτείνουν την πρόσβαση της κοινότητας σε υπηρεσίες και προϊόντα υγείας ή αντιμετώπιση κοινωνικών ζητημάτων. Στην πραγματικότητα, κοινότητα η κινητοποίηση μπορεί να συνεπάγεται και να αναφέρεται σε διαφορετικά είδη δράσεων, από άνθρωποι που παρελαύνουν για να δείξουν τη δυσaréσκειά τους για την έλλειψη ερευνητικά κονδύλια αφιερωμένα σε μια συγκεκριμένη περιοχή ασθένειας, σε μέλη της κοινότητας σύνδεση με άλλους σχετικά με τη σημασία της πρόληψης ασθενειών και οδηγεί τη διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς.

6.2. Η ενδυνάμωση του ατόμου και των κοινοτήτων/ομάδων

Η ενδυνάμωση των ασθενών αποτελεί μια σημαντική έννοια στη σύγχρονη ιατρική και μια εκ των κεντρικών πυλώνων των στρατηγικών επικοινωνίας για την υγεία στο πλαίσιο των ρυθμίσεων της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, οι ορισμοί και οι προσδοκίες που δημιουργούνται από αυτόν τον όρο ποικίλλουν ανάλογα με τα συστήματα υγείας και τα διάφορα περιβάλλοντα. Για παράδειγμα, ο όρος μπορεί αναφέρεται στην ευαισθητοποίηση των ασθενών σχετικά με μια ασθένεια και τη θεραπεία της, η οποία επιτρέπει οι ασθενείς να συμμετέχουν σε ενημερωμένες συζητήσεις με τους επαγγελματίες υγείας και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης τους, και επομένως να συμμετέχουν στις αποφάσεις θεραπείας και πρόληψης. Επίσης με την έννοια της ενδυνάμωσης μπορεί να νοείται η ικανότητα του ασθενούς να αισθάνεται ικανός να τηρεί τα προτεινόμενα μέτρα θεραπείας ή πρόληψης ή να εμπλέκεται σε συμπεριφορές που μπορούν να βελτιώσουν τα

αποτελέσματα της υγείας του. Επιπλέον, μπορεί να περιλαμβάνει τη συμμετοχή του ασθενούς σε δημόσιους διαλόγους για τις πολιτικές, τους κανονισμούς υγειονομικής περίθαλψης, τις ιατρικές πρακτικές, τη χρηματοδότηση της έρευνας και την κοινωνική αλλαγή.

Οι Partnering for Patient Empowerment Through Community Awareness (2005) και το Standing Committee of European Doctors (2004) είναι δύο οργανώσεις που εστιάζουν στη διεύρυνση της ευαισθητοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας σχετικά με τις ασθένειες και τους πόρους υγείας ή τη βελτίωση της επικοινωνίας ασθενών-παρόχων. Άλλοι φορείς έχουν κινητοποιήσει και εμπλέξει αποτελεσματικά ομάδες ασθενών στη διαδικασία πολιτικής και κοινωνικής αλλαγής. Το AIDS και άλλες απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις έχουν διδάξει σημαντικά μαθήματα σε ασθενείς σε όλο τον κόσμο. Διαχρονικά, οι ακτιβιστές του AIDS είχαν τεράστιο αντίκτυπο στους κανονισμούς έγκρισης φαρμάκων, στη χρηματοδότηση έρευνας, στις πολιτικές και στην πρόσβαση στα φάρμακα για το AIDS, καθώς και στην αντίληψη του κοινού για το AIDS.

Ο όρος ενδυνάμωση των ασθενών δεν δύναται να αποτελεί γενική έννοια, λόγω των διαφορετικών επιπέδων εμπλοκής των ασθενών. Όταν σε μια προγραμματισμένη παρέμβαση επικοινωνίας για την υγεία επιδιώκεται να συμμετάσχουν ασθενείς ή το ευρύ κοινό, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ποιοι ασθενείς ιδανικά είναι σε θέση να συμμετέχουν και τι είδους ενδυνάμωση μπορεί να βοηθήσει στην προώθηση των αποτελεσμάτων για την υγεία, γεγονός που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε όλη την επικοινωνιακή προσπάθεια.

Ομοίως, η συμμετοχή, η δέσμευση και η ενδυνάμωση της κοινότητας αποτελούν ένα κεντρικό μάντρα αποτελεσματικών επικοινωνιακών παρεμβάσεων για την υγεία. Μόνο όταν οι κοινότητες ή οι ομάδες ενώνονται και κατανοούν τη σύνδεση μεταξύ της υγείας, της κοινοτικής ανάπτυξης και της διαθεσιμότητας μιας ποικιλίας υπηρεσιών (εντός και εκτός της υγειονομικής περίθαλψης) καθώς σχετίζονται με τη βελτίωση της υγείας και ευημερίας, τότε οι επικοινωνιακές παρεμβάσεις έχουν μια πραγματική ευκαιρία να δημιουργήσουν βιώσιμα αποτελέσματα και να διαμεσολαβήσουν με το είδος της κοινωνικής υποστήριξης που απαιτείται για την εφαρμογή και τη διατήρηση σύνθετων υγειονομικών και κοινωνικών συμπεριφορών.

6.3. Βασικά σημεία για την κινητοποίησης της κοινότητα

Όπως αναφέρθηκε, η εμπλοκή της κοινότητας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία υγείας. Υπάρχουν πολλά μοντέλα και πλαίσια που περιγράφουν τα βασικά βήματα για την κινητοποίηση της κοινότητας. Εντούτοις, τα περισσότερα συγκλίνουν στα ακόλουθα σημεία-κλειδιά:

- Η σημασία της κατανόησης των βασικών χαρακτηριστικών της κοινότητας, δομή, αξίες, ανάγκες, στάσεις, κοινωνικά πρότυπα, συμπεριφορές υγείας και προτεραιότητες
- Μια διαπολιτισμική επικοινωνιακή προσέγγιση μέσω της οποίας οι φορείς επικοινωνίας υγείας και άλλοι κινητοποιητές της κοινότητας θα πρέπει να απέχουν από οποιαδήποτε μορφή πολιτισμικής προκατάληψης στην ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τα συστήματα υγείας, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές, καθώς και άλλα θέματα
- Η ανάγκη συμμετοχής των μελών της κοινότητας στην αρχή της παρέμβασης, συμπεριλαμβανομένης της κοινοτικής αξιολόγησης ή της συμμετοχικής ερευνητικής φάση (και όποτε είναι δυνατόν, πριν από αυτό)
- Μια διαδικασία σχεδιασμού βασισμένη στην έρευνα που θα πρέπει να ανταποκρίνεται και να εξελίσσεται σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προτεραιότητες της κοινότητας
- Έμφαση στην ανάπτυξη ικανοτήτων και στην αυτονομία της κοινότητας μέσω της οποία γίνεται κοινωνός της συνολικής διαδικασίας επικοινωνίας και καθορισμού στόχων
- Μια αποτελεσματική διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών που βασίζεται σε πολιτισμικά αρμόδιους διαύλους και χώρους επικοινωνίας
- Μια αυστηρή διαδικασία αξιολόγησης που πρέπει να συμφωνηθεί από κοινού από όλα τα μέλη και τους ηγέτες της κοινότητας, προσδιορίζει τα συμπεριφορικά ή κοινωνικά αποτελέσματα ως βασικές παραμέτρους αξιολόγησης και περιλαμβάνει μια σειρά από άλλες μετρήσεις αξιολόγησης για την παρακολούθηση της προόδου και της διαδικασίας σε διαφορετικά στάδια
- Η δυνατότητα αναπαραγωγής της διαδικασίας κατά τη φάση κλιμάκωσης (στο οποίο το πρόγραμμα επεκτείνεται για να φτάσει σε άλλες κοινότητες και περιφέρειες) καθώς και για την αντιμετώπιση παρόμοιων ζητημάτων εντός της κοινότητας

Η κοινοτική κινητοποίηση είναι μια μακροπρόθεσμη διαδικασία που βασίζεται σε μια ποικιλία διαδοχικών αλλά αλληλεξαρτώμενων βημάτων και δραστηριοτήτων. Ορισμένοι από τους πιο κοινούς όρους και φάσεις της κινητοποίησης της κοινότητας περιγράφονται στη συνέχεια, ξεκινώντας από τον τρόπο επιλογής και συμμετοχής κοινοτικών οργανώσεων και των ηγετών.

▪ **Συμμετοχή κοινοτικών οργανώσεων και ηγετών:** Πριν από τη διεξαγωγή οποιασδήποτε προσπάθειας κοινοτικής κινητοποίησης, οι υπεύθυνοι της επικοινωνίας και άλλοι κινητοποιητές της κοινότητας πρέπει να προσδιορίσουν τις κοινότητες που μπορεί να έχουν συμφέρον να συμμετάσχουν σε μια τέτοια προσπάθεια έχοντας λάβει υπόψη εάν:

- Η κοινότητα έχει εκφράσει προκαταρκτικό ενδιαφέρον για συμμετοχή και δίνει υψηλή προτεραιότητα στο συγκεκριμένο θέμα υγείας.
- Υπάρχουν υψηλά ποσοστά επίπτωσης της νόσου, νοσηρότητας και θνησιμότητας

εντός της κοινότητας.

- Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά κοινότητας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μοντέλο για αναπαραγωγή της προσπάθειας.
- Το θέμα της υγείας σχετίζεται με την υγεία και την ανάπτυξη της κοινότητας.
- Υπάρχουν σχετικές ειδικές ανάγκες ή ζητήματα.

▪ **Συμμετοχική έρευνα:** είναι μια συλλογική ερευνητική προσπάθεια που περιλαμβάνει μέλη της κοινότητας, ερευνητές, κινητοποιητές της κοινότητας και ενδιαφερόμενους φορείς και οργανισμούς (CDC, 2006). Αποτελεί μια αμφίδρομη επικοινωνία, η οποία ξεκινά με τους ανθρώπους μέσω των οποίων η κοινότητα κατανοεί και προσδιορίζει βασικά ζητήματα, προτεραιότητες και πιθανές ενέργειες. Η συμμετοχική έρευνα πρέπει να ενημερώνει και να καθοδηγεί όλες τις φάσεις της προσπάθειας της κινητοποίησης της κοινότητας.

▪ **Οι συναντήσεις ομάδων της κοινότητας:** περιλαμβάνουν μεγαλύτερα τμήματα της κοινότητας επιπλέον των αρχικών μελών που έχουν επιλεγεί για τη συμμετοχική ερευνητική φάση. Μπορεί να είναι υπάρχουσες συναντήσεις (για παράδειγμα, μηνιαίες διοικητικές συσκέψεις μιας ομάδας γυναικών, νοσοκομείου ή άλλου είδους κοινότητας) που χρησιμοποιούνται για την ενημέρωση και τη συμμετοχή των μελών της κοινότητας στις προσπάθειες κινητοποίησης της κοινότητας. Μπορούν επίσης να οργανωθούν ειδικά για άλλους λόγους:

- Κοινή χρήση συμμετοχικών ευρημάτων έρευνας και εξασφάλιση ανατροφοδότησης από μεγαλύτερο αριθμό μελών της κοινότητας
- Ενημέρωση για το υγειονομικό θέμα, τη συνάφειά του με την κοινότητα και πιθανές συμπεριφορικές ή κοινωνικές αλλαγές που έχουν εντοπιστεί κατά τη διάρκεια διαμόρφωσης ή συμμετοχής στην έρευνα, και στη συνέχεια εξασφάλιση ανατροφοδότησης και προτάσεις για όλα τα στοιχεία
- Προώθηση της κατανόησης των προτεραιοτήτων και των αναγκών της κοινότητας
- Προώθηση ενός συνεχούς διαλόγου μεταξύ των μελών της κοινότητας για το θέμα υγείας και τις πιθανές λύσεις του καθώς και για τις άλλες προτεραιότητες της κοινότητας
- Παροχή κινήτρων και δέσμευση επιπλέον εθελοντών ή ηγετών της κοινότητας να συμμετάσχουν στην προσπάθεια κινητοποίησης της κοινότητας
- Προσδιορισμός ρόλων και ευθυνών των μελών της κοινότητας για την εκτέλεση του προγράμματος πρόγραμμα
- Αντιμετώπιση άλλων θεμάτων που αφορούν την κοινότητα ή το ζήτημα

▪ **Συναντήσεις σύμπραξης και συνεργασίας:** Μόλις η κοινότητα προσδιορίσει τις βασικές προτεραιότητες και τις δράσεις της, μπορούν να πραγματοποιηθούν συναντήσεις σύμπραξης για τον καθορισμό και την έναρξη της δημιουργίας συνεργασιών μεταξύ των μελών της κοινότητας, των φορέων και των οργανισμών που έχουν συμμετάσχει μέχρι στιγμής στη διαδικασία ή να τους συστήσει σε πιθανούς νέους εταίρους και οργανισμούς.

Σε αυτού του είδους οι συναντήσεις θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να επιτύχουν αρκετοί στόχοι:

- Καθαρισμός ρόλων και ευθυνών όλων των διαφορετικών εταίρων
- Προκαταρκτική συμφωνία για τυπικές διαδικασίες και ειδικές συνεισφορές στην προσπάθεια κινητοποίησης της κοινότητας
- Ανάπτυξη στρατηγικών και σχεδίων δράσης
- Καθορισμός και αμοιβαία συμφωνία για τις παραμέτρους αξιολόγησης
- Συζήτηση για τα διδάγματα που αντλήθηκαν
- Παροχή ενημέρωσης για την πρόοδο

Ασφαλώς πριν από όλα τα άλλα, σημείο έναρξης για την κινητοποίηση της κοινότητας αποτελεί η χαρτογράφηση των κοινωνικών εταίρων. Η χαρτογράφηση θεωρείται μια συμμετοχική και καθοδηγούμενη από την κοινότητα διαδικασία για τον εντοπισμό βασικών ενδιαφερομένων και άλλων ατόμων με επιρροή που πρέπει να συμμετέχουν ως μέλη της κοινότητας στη διαδικασία κινητοποίησης και συμμετοχής των πολιτών.

Η χαρτογράφηση των υπηρεσιών αποτελεί το πρώτο βήμα και τη βασική πηγή δεδομένων για τη σύσταση του δικτύου διάχυσης της επικοινωνίας υγείας, καθώς αφενός δίνει πληροφορίες για το πεδίο παρέμβασης των δομών/προγραμμάτων και τις παρεχόμενες υπηρεσίες/δραστηριότητες τους και αφετέρου επιτρέπει να εντοπιστούν κενά, επικαλύψεις και συμπληρωματικότητα των δράσεων προκειμένου να επιτευχθεί ο απαιτούμενος συντονισμός της λειτουργίας των υφιστάμενων υγειονομικών και κοινωνικών Υπηρεσιών με γνώμονα την ολοκληρωμένη ολιστική φροντίδα των ανθρώπων και την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των αναγκών τους. Ενδεικτικά στη χαρτογράφηση εντοπίζονται:

- Υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε τοπικό επίπεδο: Κέντρο Υγείας, Διαγνωστικά Εργαστήρια, Τοπικά και Περιφερειακά Ιατρεία, Τοπικές Μονάδες Υγείας, Παράρτημα ΕΚΑΒ, Γενικά, Ειδικά, Περιφερειακά ή Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία. Το Κέντρο Υγείας Αναφοράς και οι Υπηρεσίες του (Κέντρο Μάνας & Παιδιού, Μαιευτικό Τμήμα, Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος, κ.λπ) είναι το βασικό υγειονομικό σημείο για τον συντονισμό και την εποπτεία της δράσης από το Υπουργείο Υγείας.
- Συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ γιατροί, διαγνωστικά κέντρα και άλλοι πάροχοι υπηρεσιών υγείας (φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, κ.λπ).
- Σε επίπεδο Δήμου ή Περιφέρειας (Τοπική αυτοδιοίκηση Α' & Β' βαθμού) είναι πιθανό να λειτουργούν: Διεύθυνση ή Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής (Κοινωνική Υπηρεσία), Δημοτικό Ιατρείο, Κοινωνικό παντοπωλείο/φαρμακείο, ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, ΚΔΑΠ, Βρεφονηπιακοί Σταθμοί, Κέντρο πρόληψης, Διεύθυνση Κοινωνικής Μέριμνας και Αλληλεγγύης, κ.ά.
- Δομές Ψυχικής Υγείας και Εξαρτήσεων: Κέντρα Ψυχικής υγείας/Υγιεινής, Ψυχιατρικοί Ξενώνες, Στεγαστικές Δομές, Κέντρα Ημέρας, Δημόσιες Δομές Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων (ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ, ΨΝΑ και ΨΝΘ), Κέντρα Πρόληψης, κ.ά.

- Υπηρεσίες και δομές της Κοινωνίας των Πολιτών ή οργανώσεων της Εκκλησίας: Δομές Σίτισης, Στέγασης, Κοινωνικά Ιατρεία, Δομές Αλληλεγγύης, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, κ.ά.
- Συλλογικότητες: σύλλογοι ασθενών, άλλοι σύλλογοι πολιτών κλπ
- Υπηρεσίες Κοινωνικής Αλληλεγγύης: Δομές Προστασίας, Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας, Μονάδες φροντίδας Ηλικιωμένων, Κέντρα κακοποιημένων γυναικών, Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας Δομές φιλοξενίας ασυνόδευτων ανηλίκων, κ.ά.
- Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας: Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας, Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας Περιφέρειας, Υπηρεσίες του ΚΕΕΛΠΝΟ, κ.ά.
- Δομές του Υπουργείου Παιδείας: Νηπιαγωγεία, Δημοτικά Σχολεία, Γυμνάσια, Λύκεια, Δημόσια ΙΕΚ, Πανεπιστημιακά Ιδρύματα αλλά και ιδιωτικά εκπαιδευτήρια.
- Δομές του Υπουργείου Δικαιοσύνης, π.χ. Σωφρονιστικά Ιδρύματα.
- Δομές φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών.
- Ιδιωτικός Τομέας: φαρμακεία, κλινικές, ιδιώτες γιατροί, κ.ά.

Μεθοδολογικά εργαλεία που μπορούν να αξιοποιηθούν για τη σύσταση και ανάπτυξη ενός δικτύου Υπηρεσιών, Δομών και προγραμμάτων σε τοπικό επίπεδο:

- Αποστολή επιστολών ενημέρωσης για τον τρόπο λειτουργίας και τους στόχους το φορέα που θα ανάβει την επικοινωνιακή πρωτοβουλία και πρόθεσης συνεργασίας με τις λοιπές Υπηρεσίες και Δομές.
- Προγραμματισμένες επισκέψεις στην έδρα των Υπηρεσιών.
- Από κοινού καταγραφή υγειονομικού και κοινωνικού προφίλ πληθυσμού της περιοχής δραστηριοποίησης.
- Συναντήσεις με εκπροσώπους τοπικών υπηρεσιών και δομών
- Οργάνωση θεματικών εργαστηρίων, ημερίδων, διμερών ή/και πιο διευρυμένων συναντήσεων με στόχο τη συστηματική διασύνδεση των Υπηρεσιών και των Φορέων.
- Συνδιοργάνωση δραστηριοτήτων όπως π.χ. δράσεις εντοπισμού – προσέγγισης και προσέλκυσης των ομάδων στόχου, δράσεις ευαισθητοποίησης.
- Μικτοί κύκλοι επιμόρφωσης του προσωπικού υπηρεσιών, δομών και προγραμμάτων της περιοχής δράσης.

Σε επίπεδο διασύνδεσης των φορέων που θα συμμετέχουν σε ένα επικοινωνιακό πρόγραμμα υγείας, η διασύνδεση, αυτή, των υπηρεσιών δεν ταυτίζεται με την οργανωμένη και προβλεπόμενη διαδικασία παραπομπής αλλά αναφέρεται σε μια ευρεία και αμοιβαία συνεργασία των εμπλεκόμενων φορέων με άξονες τη συνέχεια στη φροντίδα, τη συμπληρωματικότητα των δράσεων, την ανίχνευση νέων αναγκών, την ισχυροποίηση των παρεμβάσεων, την ανταλλαγή της πληροφορίας, τη διάχυση της τεχνογνωσίας, την ενίσχυση της διαπραγματευτικής ικανότητας και τέλος την ανάληψη κοινών πρωτοβουλιών.

Βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχία της διασύνδεσης και της δικτύωσης των φορέων είναι η συναντίληψη στην κατάρτιση του στρατηγικού σχεδιασμού, η εμπέδωση κοινής «γλώσσας» και ορολογίας, ο σεβασμός και η ισότιμη συμμετοχή στην υλοποίηση

κοινών στόχων με συμπληρωματικότητα δράσεων και η σαφής οριοθέτηση ρόλων και αρμοδιοτήτων.

Τέλος, η διατήρηση και η συνεχής ανατροφοδότηση των συνεργειών και συνεργασιών με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς των υπηρεσιών και δομών σε τοπικό επίπεδο αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα για την συνεχή ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων που αποφέρει ένα επικοινωνιακό πρόγραμμα στο επίπεδο υγείας της κοινότητας.

Κεφάλαιο 7: Επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας

7.1. Εισαγωγή

Στην εποχή μας, οι επαγγελματίες υγείας, πέρα από τα υγειονομικά τους καθήκοντα για την παροχή υπηρεσιών στους λήπτες υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν μια σειρά από πρόσθετες καθημερινές απαιτήσεις και καθήκοντα:

- Συγκράτηση του κόστους και επίγνωση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των θεραπειών και των φαρμάκων που συνιστούν
- Παρακολούθηση των τεχνικών εξελίξεων και της ταχείας εξέλιξης των θεραπευτικών προτύπων και πρακτικών
- Να είναι έτοιμοι να απαντούν σε σύνθετα ερωτήματα σε θέματα υγείας από ολοένα και περισσότερο ενημερωμένους ασθενείς
- Εμπλοκή σε σύνθετες γραφειοκρατικές διαδικασίες και καθήκοντα
- Η αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας σε συνδυασμό με τη μειωμένη προσφορά λόγω έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας και ιδίως σε ορισμένους τομείς και γεωγραφικές περιοχές
- Αντιμετώπιση της αυξανόμενης ποικιλομορφίας και των καθοριστικών παραγόντων των ανισοτήτων στην υγεία ως μέρος της φροντίδας των ασθενών

Κατ' αρχήν, η σημασία του τομέα επικοινωνίας συσχετίζεται άμεσα με την ανάγκη διασφάλισης ότι «η ιατρική πρακτική αντανακλά επιστημονική γνώση αιχμής» (Solomon, 1995). Παράλληλα, υπάρχει το σκεπτικό της επικοινωνίας ως εργαλείο με έμφαση στη

συμπεριφορική και θεσμική αλλαγή μέσω της ενθάρρυνσης των επαγγελματιών υγείας να υιοθετήσουν νέες συμπεριφορές και πρακτικές (Bauchner, Simpson, και Chessare, 2001).

7.2. Η επικοινωνία στους και με τους επαγγελματίες υγείας

Η επικοινωνία στους επαγγελματίες υγείας αρχικά σχετίζεται με την επιστημονική ανταλλαγή. Η έννοια της επιστημονικής ανταλλαγής μπορεί να ανιχνευθεί στον Ιπποκράτη, (Pikoulis, Waasdorp, Leppaniemi, και Burris, 1998), ο οποίος σύστηνε στους γιατρούς να καταγράφουν τα ευρήματα και τις φαρμακευτικές μεθόδους τους, ώστε να περάσουν αυτά τα αρχεία να καταγραφούν και να εφαρμοστούν και από άλλους γιατρούς. Η επαγγελματική επικοινωνία στην υγεία στοχεύει: (1) στην προώθηση της υιοθέτησης των βέλτιστων ιατρικών και υγειονομικών πρακτικών, (2) στην καθιέρωση νέων εννοιών και πρότυπων περίθαλψης, (3) στη δημοσιοποίηση πρόσφατων ανακαλύψεων, πεποιθήσεων, παραμέτρων και πολιτικών στην υγεία, (4) στην αλλαγή ή δημιουργία νέων προτεραιοτήτων στην υγεία ή σε τομείς αυτής και (5) στις εκ των προτέρων αλλαγές σε πολιτικές υγείας.

Ταυτόχρονα, τα κυριότερα σημεία-κλειδιά στα προγράμματα επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας, δηλαδή στα προγράμματα που επικοινωνούνται επιστημονικά ζητήματα για την υγεία είναι: (1) να είναι βασισμένα σε αποδείξεις (evidence-based), (2) να έχουν καθορισμένο κοινό-στόχο, (3) με επίκεντρο τη συμπεριφορά, (4) ασθενοκεντρική, (5) με πρακτική εφαρμογή, (6) με εύκολη εφαρμογή, (7) πολύπλευρα, (8) με συνέπεια και συνέχεια.

Από την άλλη οι επικοινωνιακές προσπάθειες με κοινό-στόχο τους επαγγελματίες υγείας έχουν να κάνουν συνήθως με την αλλαγή. Μερικά από τα κοινά εμπόδια στην αλλαγή συμπεριφοράς μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι τα ακόλουθα (Grimshaw, Eccles, Walker, και Thomas, 2002):

- Κενά στις γνώσεις και στις δεξιότητες
- Χρονικοί περιορισμοί
- Συγκρουόμενες προτεραιότητες
- Υπερφόρτωση από πληροφορίες
- Ανεπαρκείς εγκαταστάσεις ή εξοπλισμός
- Έλλειψη οικονομικών κινήτρων
- Περιορισμοί στη διαχείριση της φροντίδας ή περικοπές κόστους
- Η αντίληψη ότι είναι περιορισμένος των γιατρών στη θεραπεία μιας ασθένειας

Οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας θα πρέπει να θεωρούνται άλλη μια βασική ομάδα που συμμετέχει στις επικοινωνιακές διαδικασίες για την υγεία. Στο σχεδιασμό των επικοινωνιακών παρεμβάσεων που προορίζονται για αυτούς, τόσο ο επαγγελματικός τους ρόλος, όσο και οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους θα πρέπει να

αναλύονται όπως αναλύονται τα χαρακτηριστικά οποιουδήποτε άλλου κοινού-στόχος. Η ανάλυση θα πρέπει να λάβει υπόψη γενικότερους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν συμπεριφορά και πρακτικές των παρόχων υπηρεσιών υγείας.

Οι καλά σχεδιασμένες επικοινωνιακές δράσεις προς τους επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν συνδυασμό στρατηγικών και καναλιών που στοχεύουν στη συμμετοχή τόσο μεμονωμένων επαγγελματιών υγείας, όσο και των επαγγελματικών οργανώσεων στις οποίες ανήκουν. Στο σχεδιασμό διαδικασιών αλλαγής συμπεριφοράς στους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προηγηθεί το ερώτημα σε ποια επίπεδα πρέπει να γίνει η παρέμβαση και ποιες αντιδράσεις αναμένονται σε κάθε επίπεδο. Επίσης, πρέπει να τονισθεί ότι πριν από το σχεδιασμό οποιασδήποτε δραστηριότητας, είναι σημαντικό να κατανοούνται οι πεποιθήσεις, οι στάσεις, η τρέχουσα συμπεριφορά και οι πιθανές πιέσεις του κοινού-στόχου, εν προκειμένω των επαγγελματιών υγείας. Εξίσου σημαντική είναι και η ανάγκη να αξιολογείται το επίπεδο εξοικείωσης των επαγγελματιών υγείας με την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου θέματος υγείας αναφορικά με την εκπαίδευση, τα ενδιαφέροντα και την εμπειρία τους. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι αυτοί είναι, που ως ειδικοί, θα επικοινωνήσουν με τη σειρά τους θέματα υγείας σε άτομα, κοινότητες και πληθυσμούς.

7.3. Κανάλια και ενέργειες επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας

Οι γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας βασίζονταν παραδοσιακά στις έγκριτες δημοσιεύσεις για να επικοινωνήσουν με τις επιστημονικές τους κοινότητες τα επιστημονικά τους ευρήματα καθώς και τις κλινικές πρακτικές. Αυτό παραμένει ένα σημαντικό εργαλείο που βασίζεται σε στοιχεία για την αξιόπιστη επιστημονική ανταλλαγή αποτελεσμάτων έρευνας. Ωστόσο, οι Grimshaw, Eccles, Walker και Thomas (2002) προσδιόρισαν, επίσης, ορισμένους περιορισμούς για να βασιστεί αποκλειστικά σε αυτήν την προσέγγιση η επίδρασή της μετάφρασης νέων στοιχείων στην πρακτική φροντίδας υγείας: (1) ο περιορισμένος χρόνος που αφιερώνουν οι επαγγελματίες υγείας στο διάβασμα, το οποίο σ δεν είναι περισσότερο από μία ώρα την εβδομάδα κατά μέσο όρο. (2) το γεγονός ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν έχουν ειδική εκπαίδευση για την αξιολόγηση της ποιότητας των δημοσιευμένων ερευνών και (3) η ύπαρξη πολλών φραγμών στην εφαρμογή τεκμηριωμένων πληροφοριών στην πραγματική κλινική πρακτική. Καλοσχεδιασμένο και τα καλά εφαρμοσμένα επαγγελματικά προγράμματα επικοινωνίας βασίζονται σε πολλαπλά κανάλια και δραστηριότητες (Πίνακας: 4) που κάνουν τα εξής:

- Συμπληρώνουν έγκριτες δημοσιεύσεις
- Παρουσιάζουν πληροφορίες σε εύκολα κατανοήσιμη και πρακτική μορφή
- Δίνουν προτεραιότητα και επισημαίνουν το βάρος των διαφορετικών ερευνητικών ευρημάτων σε σχέση με την πραγματική κλινική πρακτική
- Υποδεικνύουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές και βέλτιστες πρακτικές
- Παρέχουν καθοδήγηση και εργαλεία για να ξεπεραστούν τα υπάρχοντα εμπόδια

υιοθέτησης νέων κλινικών πρακτικών και συμπεριφορών. Συνήθως, χρησιμοποιούν την αναδυόμενη τεχνολογία για την παροχή νέων εργαλείων επαγγελματικής επικοινωνίας ώστε να διευκολύνουν τις αλληλεπιδράσεις παρόχου-ασθενούς

Πίνακας 4: Εργαλεία και Κανάλια Επικοινωνίας στους Επαγγελματίες Υγείας

Χώροι διεξαγωγής και Κανάλια Επικοινωνίας	Ετήσιες συναντήσεις, επαγγελματικά συνέδρια, περιφερειακές συναντήσεις, συναντήσεις επιστημονικών εταιρειών, συναντήσεις φορέων ή οργανισμών (π.χ. συνέδρια νοσοκομείων ή ασθενών), ειδικές εκδηλώσεις (π.χ. στρογγυλά τραπέζια, συμπόσια, σειρά διαλέξεων, κλινικά φροντιστήρια), διαδίκτυο, επαγγελματικά και εμπορικά μέσα, ειδικά επαγγελματικά εργαλεία
Εργαλεία-κλειδιά	
Έντυπα	Μονογραφία: Ένα έγγραφο, βιβλίο ή φυλλάδιο που είναι πλήρες από μόνο του και περιέχει πολλά άρθρα ή ενότητες Λευκή Βίβλος: Ένας τύπος μονογραφίας που βασίζεται στη συζήτηση σε ένα στρογγυλό τραπέζι με κάποιον επικεφαλής ή ομάδα εργασίας Έγγραφο συναίνεσης: Ένας τύπος λευκής βίβλου για την επίτευξη συναίνεσης για ένα ζήτημα υγείας ή πρακτική, με συμπεράσματα που ψηφίστηκαν από όλα τα μέλη της ομάδας εργασίας ή κλειστή στρογγυλή τράπεζα Έγγραφο παρότρυνσης για δράση: Ένας τύπος εγγράφου συναίνεσης που απαιτεί να γίνουν συγκεκριμένες ενέργειες υλοποιείται από διαφορετικές βασικές ομάδες στην ιατρική και επαγγελματική κοινότητα μπορεί να βοηθήσει στον σχηματισμό νέων πολιτικών ή πρακτικών υγείας Συμπλήρωμα περιοδικού: Συλλογή επιστημονικών άρθρων ή πρακτικών συνεδριάσεων, συνήθως συσκευασμένα με το πρωτεύον περιοδικό για διανομή Εμπορική δημοσίευση άρθρου: Ένα άρθρο που δημοσιεύεται από έναν ειδικό ή επαγγελματική οργάνωση σε εκδόσεις που απευθύνονται σε συγκεκριμένο επαγγελματικό κοινό, συμπεριλαμβανομένων τευχών και επιστολών αποτελεί τυπική διαδικασία σύνταξης, χωρίς αξιολόγηση από ομοτίμους Άρθρο σε περιοδικό με κριτές: άρθρο με κριτές σχετικά με τα πρωτότυπα ερευνητικά δεδομένα ή τις νέες ιδέες για υπάρχουσα έρευνα
Διαδικτυακά	Ιστοσελίδες Ηλεκτρονικές ειδοποιήσεις: Εκδίδονται από επαγγελματικές οργανώσεις στα μέλη τους με ειδοποιήσεις σε νέες ιατρικές πρακτικές, δημοσιεύσεις, εκδηλώσεις και άλλες πληροφορίες Διαδικτυακές συζητήσεις, ζωντανά σεμινάρια, συμπόσια,

	εκπαιδευτικά προγράμματα, εργαστήρια και μαθήματα κατάρτισης Διαδικτυακά εργαλεία Προγράμματα ήχου και βίντεο, συμπεριλαμβανομένων podcast, βιντεοεκπομπών, διαδικτυακών πρακτικών συνεδρίων και συναντήσεων
Κινητά	Εφαρμογές για διάφορους κλινικούς σκοπούς (για παράδειγμα, διαγνωστικά εργαλεία, επικοινωνία παρόχου-λήπτη υπηρεσιών υγείας, γεγονότα που σχετίζονται με ασθένεια ή φάρμακα κ.λπ.) Αποστολή γραπτών μηνυμάτων εντός νοσοκομείων ή μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης για επικοινωνία σχετικά με καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, ανάγκες στελέχωσης, αναφορά σχετικά με τις τελευταίες εξελίξεις για θέματα ασθενών
Audio και Video προγράμματα	Εκπαιδευτικά βίντεο (διαδικτυακά κ.α.) Παράρτημα ενός κύριου προγράμματος (για παράδειγμα, ηχογραφημένη διάσκεψη, βιντεοσκοπημένο συμπόσιο) Βίντεο και άλλα μέσα για την υποστήριξη παρουσιάσεων για ένα συγκεκριμένο θέμα σε ένα συγκεκριμένο κοινό σε συνέδρια και συναντήσεις
Εργαλεία εύκολα στην εφαρμογή	Εργαλειοθήκη: διαδικτυακές, έντυπες ή ηλεκτρονικές εκδόσεις στοιχείων που οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν για διάφορα ζητήματα (π.χ. online συνταγολόγιο κ.α.), φόρουμ επικοινωνίας με ασθενείς και λοιπούς επαγγελματίες υγείας, ενημερώσεις κ.α.

Πηγή: R. Schiavo, 2014.

7.4. Επικοινωνία στην υγεία και ζητήματα εμπιστευτικότητας

Η έννοια του επαγγέλματος προϋποθέτει μεταξύ άλλων την κατοχή ορισμένης εξειδικευμένης γνώσης, η οποία διαχωρίζει τον επαγγελματία υγείας από το κοινωνικό σύνολο. Στη σύγχρονη εποχή της πληροφόρησης είναι εξαιρετικά σπάνιο να υπάρχουν γνώσεις που να παραμένουν αποκλειστικό προνόμιο μιας συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας. Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, ότι δεν υπάρχουν σαφώς διαχωρισμένες επαγγελματικές γνώσεις. Θεωρητικά, όλοι μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτές, ανεξάρτητα, από το αν έχουν κάποια πρακτική χρησιμότητα ή όχι για άτομα εκτός της σχετικής επαγγελματικής ομάδας. Παλαιότερα, ο έλεγχος της μεταδιδόμενης πληροφορίας επέτρεπε στα μέλη του ιατρικού επαγγέλματος, ιδίως, να διατηρούν πλεονεκτική θέση απέναντι στα μέλη της κοινωνίας, καθώς ήταν δύσκολο για το ευρύ κοινό να αμφισβητήσει πρόσωπα ή πρακτικές για τα οποία δεν υπήρχαν επαρκείς γνώσεις και πληροφορίες. Η εμπιστευτικότητα, λοιπόν, επεκτεινόταν και κάλυπτε όχι μόνο τον τρόπο άσκησης του επαγγέλματος, αλλά και ενδεχόμενες αδυναμίες, λάθη και παραλείψεις που μπορεί να προέκυπταν κατά την άσκησή του (Ηγουμενίδης Μ., 2020).

Στις μέρες μας με την κυριάρχηση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης ως τρόπος επικοινωνίας παρατηρούνται συχνά φαινόμενα εκτεταμένης δημοσιοποίησης επαγγελματικών στάσεων στον τομέα της υγείας που ενέχουν στοιχεία προβληματισμού. Η πράξη της εκτεταμένης δημοσιοποίησης ανήθικων ή επαγγελματικά ανεπαρκών στάσεων, συμπεριφορών και συγκεκριμένων πράξεων έχει επικρατήσει να περιγράφεται διεθνώς με την ονομασία “whistle-blowing”. Αυτός ο όρος είναι σχετικά πρόσφατος και η ανάγκη ύπαρξής του οφείλεται στην αυξανόμενη προσοχή που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν στους επαγγελματικούς χώρους. Στην ουσία, οι whistleblowers χτυπούν συναγερμό εκ των έσω, από τον χώρο δηλαδή στον οποίο εργάζονται, στοχεύοντας στην αποκάλυψη αμέλειας ή συγκεκριμένης πρακτικής που απειλούν το δημόσιο συμφέρον (Bok S., 1997).

Η εκτεταμένη δημοσιοποίηση σημαίνει ότι για το περιστατικό ή το άτομο που καταγγέλλεται λαμβάνουν γνώση περισσότεροι κόσμος, εκτός δηλαδή από αυτούς που θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν εσωτερικά το ζήτημα. Όμως, παρά την κατά διαστήματα, αμέριστη υποστήριξη που εκφράζεται δημοσίως σε όσους κάνουν αυτό το βήμα, δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι οι whistleblowers προστατεύονται στη συνέχεια επαρκώς. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν μένουν πάντα σιωπηλοί σε καταστάσεις που θεωρούν ότι είναι ανήθικες ή επικίνδυνες για τους ασθενείς, οι συνέπειες όμως δεν είναι πάντα θετικές για αυτούς. Όπως φαίνεται και από ορισμένες γνωστές υποθέσεις whistleblowers στον χώρο της υγείας (υπόθεση: Stephen Bolsin, Graham Pink, Anne Mitchel κ.α.), η δημοσιοποίηση αρνητικών συμβάντων και καταστάσεων αποτελεί πολλές φορές μια δύσκολη απόφαση και ο λόγος είναι ότι συχνά η αντιμετώπιση όσων παραβιάζουν το άτυπο καθήκον της συναδελφικότητας μπορεί στη συνέχεια να είναι καχύποπτη ή και αρκετά επιθετική. Οι whistleblowers μπορούν να παρομοιαστούν με μέλισσες: έχουν μόνο μια ευκαιρία να χρησιμοποιήσουν το κεντρί τους και, όταν το κάνουν, οδηγούνται σε επαγγελματική αυτοκτονία (Yamey G., 2000).

Μέρος Γ': Επικοινωνιακές παρεμβάσεις στην υγεία

Κεφάλαιο 8: Σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση μιας επικοινωνιακής παρέμβασης στην υγεία

8.1. Επισκόπηση της διαδικασίας προγραμματισμού επικοινωνίας για την υγεία

Οι περισσότεροι οργανισμοί υγείας (είτε πρόκειται για το Υπουργείο Υγείας, είτε για κάποιον εποπτευόμενο αυτού φορέα πχ ΕΟΔΥ, ΔΥΠΕ, ΕΟΦ, Νοσοκομείο κλπ) έχουν ή αναμένεται να έχουν ένα επικοινωνιακό πλάνο προκειμένου να προωθήσουν την αποστολή τους ή να απευθυνθούν στο κοινό για κάποιο συγκεκριμένο θέμα υγείας. Ωστόσο, πολλοί από αυτούς δυσκολεύονται να μετατρέψουν τα σχέδια σε δράσεις που να έχουν αντίκτυπο στον πληθυσμό. Τα περισσότερα προβλήματα προέρχονται από την έλλειψη κατανόησης των θεμελιωδών βημάτων ενός σχεδίου επικοινωνίας για την υγεία και πώς να σχεδιάζονται επικοινωνιακές παρεμβάσεις που ταιριάζουν στην αποστολή του οργανισμού, καθώς και στις ανάγκες του κοινού-στόχου. Με άλλα λόγια, υπάρχει συχνά έλλειψη σαφήνειας σχετικά με το τι πρέπει να κάνει το σχέδιο ενός Οργανισμού (Adams, 2005) και τις ομάδες με τις οποίες θέλει να ασχοληθεί ή να δεσμεύσει.

Πολύ συχνά, οι οργανισμοί υγείας λειτουργούν σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης και χρησιμοποιούν την επικοινωνία κυρίως ως εργαλείο για την ανταπόκριση στις αναδυόμενες ανάγκες υγείας ή σε ξαφνικές κρίσεις. Αυτό συχνά οδηγεί σε δυσκολίες στην εξασφάλιση επαρκούς χρηματοδότηση ή στην ανταπόκριση σε ό,τι φαίνεται να είναι ανάγκες της τελευταίας στιγμής. Η αλήθεια είναι ότι οι περισσότερες ανάγκες μπορούν να προβλεφθούν και πολλές κρίσεις μπορούν να αποφευχθούν εάν ο επικοινωνιακός προγραμματισμός ανήκει στα τυπικά πρωτόκολλα και στις δραστηριότητες ενός οργανισμού.

Ο προγραμματισμός της επικοινωνίας στηρίζεται σε διαδικασίες που βασίζονται στην έρευνα και σε στοιχεία. Μια εις βάθος κατανόηση του περιβάλλοντος επικοινωνίας για την υγεία καθώς και για τις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες του βασικού κοινού και των ενδιαφερόμενων μερών σε ένα θέμα υγείας μπορεί να οδηγήσουν σε πολύπλευρες και καλά σχεδιασμένες παρεμβάσεις που είναι πολύ πιο αποτελεσματικές από τις μεμονωμένες, σποραδικές, και αποσυνδεδεμένες προσεγγίσεις στην επικοινωνία. Ακόμη και όταν οι επικοινωνιακές παρεμβάσεις στην υγεία αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης πολιτικής δημόσιας υγείας, κάτι που συμβαίνει στις περισσότερες περιπτώσεις, ένα στοχευμένο σχέδιο στην επικοινωνία για την υγεία είναι απαραίτητο (National Cancer Institute at the National Institutes of Health, 2002).

Ένα σχέδιο επικοινωνίας για την υγεία μπορεί να βοηθήσει να διευκρινιστεί πώς μπορεί ένας οργανισμός επιτύχει τα εξής:

- Προώθηση της αποστολής του
- Εμπλοκή άλλων σε ένα θέμα υγείας και στις λύσεις του
- Επέκταση της εμβέλειας και της εφαρμογής των ιδεών και των πρακτικών ή δημιουργία νέων ιδεών και λύσεων
- Ενθάρρυνση της δράσης και των εταιρικών σχέσεων σε όλους τους τομείς
- Υποστήριξη τελικά στην υγεία και την κοινωνική αλλαγή

Επιπλέον, ο προγραμματισμός μπορεί να βοηθήσει και με άλλους τρόπους:

- Παροχή περαιτέρω γνώσεων για το θέμα υγείας που αντιμετωπίζεται και βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνισή του καθώς και πιθανές λύσεις
- Ανάπτυξη μιας σαφούς κατανόησης των χαρακτηριστικών, της κουλτούρας του βασικού κοινού-στόχου, των προτιμήσεων, των αναγκών, του τρόπου ζωής, συμπεριφοράς και των κοινωνικών κανόνων
- Εμπλοκή βασικών κοινοτήτων, ομάδων και ενδιαφερομένων στο σχεδιασμό και υλοποίηση της επικοινωνιακής παρέμβασης για την υγεία ώστε γίνουν κοινωνοί της και να την κάνουν κτήμα τους
- Διευκρίνιση του τι ζητά το πρόγραμμα από τους ανθρώπους να κάνουν και εάν η προτεινόμενη αλλαγή είναι εφικτή
- Αξιολόγηση των δυνατών σημείων, των αδυναμιών και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας διαφορετικών προσεγγίσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να υποστηρίξουν την αλλαγή
- Ιεράρχηση προτεραιοτήτων επικοινωνίας
- Προσδιορισμός και δέσμευση πιθανών συνεργατών
- Αξιολόγηση της εσωτερικής ικανότητας και των πόρων του οργανισμού για αντιμετωπίσει το θέμα υγείας
- Ανάπτυξη πολιτισμικά κατάλληλου υλικού και δραστηριοτήτων
- Καθορισμός του χρονοδιαγράμματος του προγράμματος, τους ρόλους και τις αρμοδιότητες, καθώς και των παραμέτρων του προϋπολογισμού
- Καθιέρωση παραμέτρων αξιολόγησης που έχουν σχεδιαστεί για να διευκολύνουν την αξιολόγηση του προγράμματος, τη βελτίωση και τη κλιμάκωση

Η διαδικασία του στρατηγικού σχεδιασμού στον επικοινωνιακό κύκλο περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα (Σχήμα: 15):

- Κατανόηση του πώς η επικοινωνία για την υγεία μπορεί να συμβάλει στην επίλυση ενός προβλήματος υγείας ή να προωθήσει την αποστολή ενός οργανισμού.
- Διερεύνηση του περιβάλλοντος επικοινωνίας υγείας και των βασικών χαρακτηριστικών και των αναγκών των βασικών ομάδων και των ενδιαφερομένων μέσω ενός συνδυασμού ανασκόπησης βιβλιογραφίας, εις βάθος συνεντεύξεων με ενδιαφερόμενους φορείς, έρευνες στο κοινό και με άλλες ερευνητικές μεθόδους.

- Δημιουργία μιας διεπιστημονικής ομάδας, η οποία να περιλαμβάνει εκπροσώπους των βασικών ακροατήριων του προγράμματος.
- Καθορισμός της καλύτερης προσέγγισης και των καλύτερων καναλιών για την προσέγγιση του επιδιωκόμενου κοινού και της εμπλοκής του στις επικοινωνιακές διαδικασίες για συμπεριφοριστική και κοινωνική αλλαγή.
- Ανάπτυξη επικοινωνιακών μηνυμάτων, υλικών και δραστηριοτήτων, καθώς και εντοπισμός των βασικών καναλιών επικοινωνίας και μέσων, καθώς και αναζήτηση πληροφοριών από το κοινό-στόχο πριν από την έναρξη οποιωνδήποτε στοιχείων του προγράμματος.
- Εφαρμογή του προγράμματος επικοινωνίας για την υγεία.
- Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος σε σχέση με συμπεριφορικά, κοινωνικά, οργανωτικά, ή άλλα βασικά αποτελέσματα και παραμέτρους που ορίστηκαν εκ των προτέρων και συμφωνήθηκαν από όλα τα μέλη της ομάδας και τους συνεργάτες.
- Βελτίωση ή επικύρωση ώστε τα στοιχεία του προγράμματος να βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα και την ανάλυση αξιολόγησης.

Σχήμα 15: Βασικά βήματα σχεδιασμού της επικοινωνίας στην υγεία



Πηγή: R. Schiavo, 2014.

Αυτό που διαπιστώνεται είναι ότι μόνο οι καλά σχεδιασμένες και καλά εκτελεσμένες εκστρατείες επικοινωνίας για την υγεία έχουν τη δυνατότητα να επιτύχουν μακροπρόθεσμα και βιώσιμα αποτελέσματα. Τα σημεία-κλειδιά ενός αποτελεσματικού επικοινωνιακού προγράμματος για την υγεία παρουσιάζονται στον Πίνακα: 5.

Πίνακας 5: Βασικά στοιχεία ενός αποτελεσματικού προγράμματος επικοινωνίας για την υγεία

▪ Προσεκτική ανάλυση της κατάστασης, των ευκαιριών και των αναγκών επικοινωνίας
▪ Κατανόηση των αναγκών και προτιμήσεων της κοινότητας και του κοινού
▪ Συμμετοχή της κοινότητας και των βασικών ενδιαφερομένων
▪ Έγκαιρη συμφωνία για τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τις παραμέτρους αξιολόγησης
▪ Καλά καθορισμένοι στόχοι επικοινωνίας
▪ Στρατηγικές σχεδιασμένες για την επίτευξη των στόχων
▪ Πολλαπλά κανάλια επικοινωνίας ειδικά για το κοινό-στόχο
▪ Επαρκής χρηματοδότηση, δέσμευση και ανθρώπινοι πόροι

Πηγή: R. Schiavo, 2014.

8.2. Ανάλυση της κατάστασης και του κοινού

Η ανάλυση της κατάστασης έχει την έννοια του προγραμματισμού και περιγράφει την ανάλυση όλων των ατομικών, κοινοτικών, κοινωνικών, πολιτικών και λοιπών παραγόντων που σχετίζονται με τη συμπεριφορά και μπορούν να επηρεάσουν στάσεις, συμπεριφορές, κοινωνικούς κανόνες και πολιτικές για ένα υγειονομικό ή κοινωνικό ζήτημα καθώς και τις πιθανές λύσεις του. Αυτή η ανάλυση είναι αναπόσπαστο μέρος της ανάπτυξης επικοινωνιακών στόχων και στρατηγικών.

Από την άλλη, η ανάλυση του προφίλ του κοινού προέρχεται από τη διεξοδική αναφορά σχετικά με ευρήματα τα οποία προέκυψαν από έρευνα δεδομένων που σχετίζονται με αυτό. Επιπλέον, θεωρείται ως μία από τις βασικές παραμέτρους της ανάλυσης της κατάστασης. Αντικατοπτρίζει, επίσης, την πραγματική επικοινωνιακή πρακτική για θέματα υγείας καθώς και την ανάγκη για τη συμμετοχή βασικών ομάδων και ενδιαφερομένων σε όλες τις διαφορετικές φάσεις του προγραμματισμού επικοινωνίας τόσο στην αξιολόγηση των ζητημάτων υγείας, καθώς και στους ατομικούς, κοινοτικούς, κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες που μπορεί συμβάλλουν σε αυτά.

Το προφίλ του κοινού εστιάζει μόνο στα χαρακτηριστικά του κοινού, δημογραφικά στοιχεία, ανάγκες, αξίες, κοινωνικούς κανόνες, στάσεις, τρόπο ζωής και συμπεριφορά. Αυτοί οι περιγραφικοί παράγοντες χρησιμοποιούνται, επίσης, για την τμηματοποίηση των

βασικών ομάδων του κοινού. Ωστόσο, η πρακτική εμπειρία έχει δείξει ότι συχνά πολλά από τα ζητήματα που αφορούν σε μια ομάδα σχετίζονται επίσης και με το περιβάλλον επικοινωνίας υγείας περιγράφεται στην ανάλυση της κατάστασης. Για παράδειγμα, το κοινωνικό στίγμα που σε πολλές χώρες συνδέεται με ορισμένες παθήσεις υγείας όπως ο HIV/AIDS θα πρέπει να αναλύεται όχι μόνο ως μέρος του κοινωνικού περιβάλλοντος μιας κοινότητας ή ομάδας αλλά και ως μέρος του προφίλ του πληθυσμού. Ο φόβος, η ανεπαρκής γνώση των τρόπων μετάδοσης του HIV και η έλλειψη ενσυναίσθησης για μια ασθένεια που μπορεί να φαίνεται ότι προκαλείται από τον εαυτό του (Sengupta et al, 2011) μπορεί να τροφοδοτούν τις κοινωνικές συμβάσεις και ταυτόχρονα να ενισχυθούν από αυτές. Οι κοινωνικοί κανόνες, οι πολιτικές και άλλες πεποιθήσεις, στάσεις και συμπεριφορές της ομάδας τελούν όλα υπό αμοιβαία επιρροή. Όταν η ανάλυση του προφίλ του κοινού είναι μέρος της ανάλυσης κατάστασης, η σύνδεση και η αμοιβαία αλληλεξάρτηση αυτών των δύο μπορούν να γίνουν πιο κατανοητές.

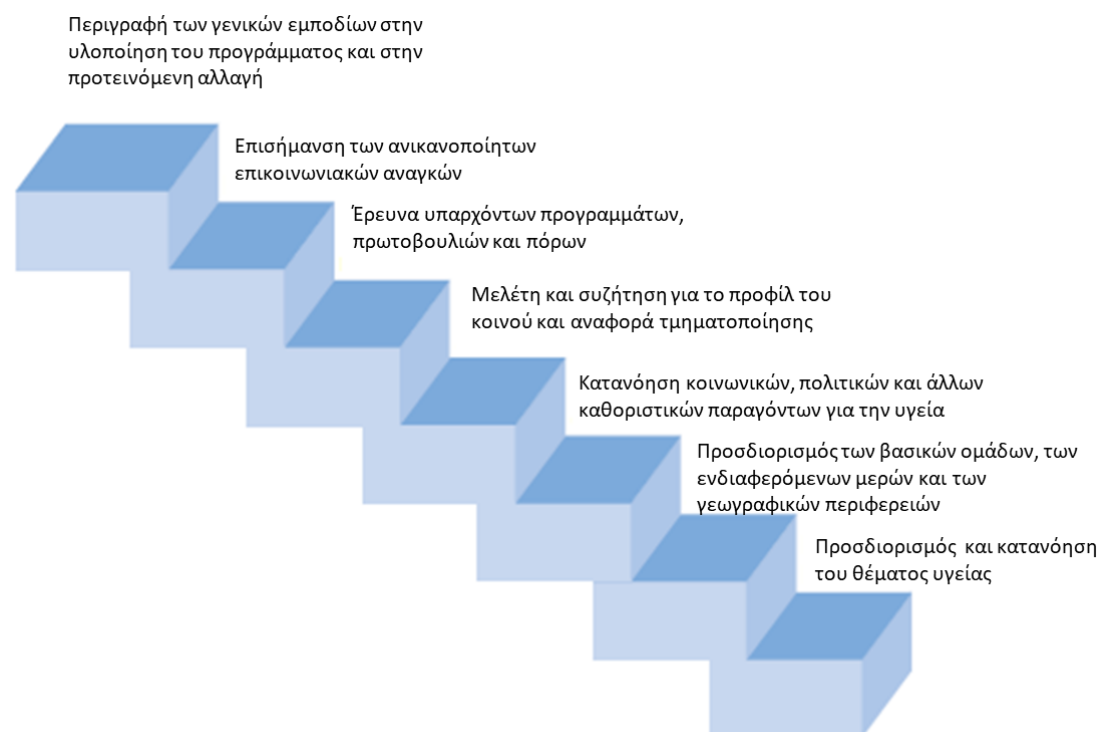
Το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη μιας ανάλυσης κατάστασης είναι η εις βάθος κατανόηση του ζητήματος της υγείας: τα ιατρικά του αίτια καθώς και οι κοινωνικά καθορισμένοι παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν σε αυτό, η σοβαρότητά του, οι παράγοντες κινδύνου, τα στατιστικά στοιχεία και η σημασία που όλα αυτά έχουν μεταξύ των διαφορετικών ακροατηρίων και ομάδων. Αυτό το βήμα οδηγεί στον προσδιορισμό των πληθυσμών ή των τμημάτων κοινού του προγράμματος στα οποία θα δοθεί προτεραιότητα, γιατί τελικά αυτά επηρεάζονται περισσότερο από το θέμα. Στο Σχήμα: 16 παρουσιάζονται τα βασικά βήματα για την ανάλυση της κατάστασης.

Ο εντοπισμός βασικών κοινών-στόχων, ήτοι ομάδων και ενδιαφερομένων (κύριο και δευτερεύοντα κοινά) σημαίνει τον εντοπισμό των ατόμων ή των συνόλων στα οποία πρέπει να στοχεύσει μια επικοινωνιακή παρέμβαση για την υγεία. Τα ενδιαφερόμενα μέρη είναι όλα άτομα και ομάδες που έχουν ενδιαφέρον ή μοιράζονται ευθύνες σε ένα δεδομένο θέμα υγείας.

Το κύριο κοινό ενός προγράμματος επικοινωνίας για την υγεία είναι τα άτομα που μπορεί να ωφεληθούν περισσότερο από την παρέμβαση επικοινωνίας για την υγεία σε επίπεδο συμπεριφορικής και κοινωνικής αλλαγής. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι που διατρέχουν κίνδυνο για μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας ή πάσχουν από κάποια νόσο, και οι γονείς ή φροντιστές που είναι υπεύθυνοι για τις αποφάσεις υγειονομικής φροντίδας σε περίπτωση που δεν δύναται το υποκείμενο π.χ. παιδιά. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το κύριο κοινό μπορεί να περιλαμβάνει και άλλα είδη κοινού (για παράδειγμα, πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής) όταν τα προγράμματα είναι μικρά και προσαρμοσμένα σε μια μόνο συγκεκριμένη ομάδα ή γεωγραφική περιφέρεια που επιδιώκουμε την εμπλοκή μόνο αυτής (για παράδειγμα, μέσω επικοινωνιών επαγγελματιών υγείας ή κρατικών ενεργειών). Το δευτερεύον κοινό είναι όλα τα άτομα, οι ομάδες, οι κοινότητες και οι οργανισμοί που έχουν επιρροή στις αποφάσεις και στις συμπεριφορές του κύριου κοινού. Με άλλα λόγια, τα δευτερεύοντα κοινά περιλαμβάνουν αυτά άτομα που μπορούν να βοηθήσουν στην προσέγγιση του κύριου κοινού. Από τις γιαγιάδες που

μπορούν να προτείνουν πώς να κοιμηθεί ένα μωρό μέχρι τις τοπικές αρχές που επηρεάζουν τα θέματα υγείας και τα κοινωνικά θέματα, ή τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης των οποίων οι διαπολιτισμικές επικοινωνιακές δεξιότητες μπορούν να βοηθήσουν να πειστεί ένας ασθενής να ασκηθεί και να τρώει υγιεινά. Η συμπεριφορά και η κοινωνική αλλαγή ξεκινά με την υποστήριξη που παρέχεται από αυτές τις βασικές ομάδες επιρροής, οι οποίες συχνά μπορεί να χρειαστεί να κάνουν οι ίδιες αλλαγές ή να ενισχύσουν τις τρέχουσες συμπεριφορές και πρακτικές τους (για παράδειγμα, οι υπεύθυνοι της τοπικής αυτοδιοίκησης μπορεί να χρειαστεί να γίνουν πιο υποστηρικτικοί και να παρέχουν πόρους και καθοδήγηση π.χ. σε ηλικιωμένους σε ΚΑΠΗ που προσπαθούν να κόψουν το κάπνισμα). Το κύριο και το δευτερεύον κοινό μπορούν να αλλάξουν ή να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου όταν για παράδειγμα, ορισμένοι από τους στόχους του προγράμματος επιτυγχάνονται και το πρόγραμμα επαναπροσδιορίζεται από όλους τους εταίρους του προγράμματος και τις βασικές ομάδες και τους ενδιαφερόμενους φορείς.

Σχήμα 16: Βασικά βήματα για την ανάλυση της κατάστασης



Πηγή: R. Schiavo, 2014.

Μια σειρά από προφανείς κατηγορίες παραγόντων θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όπως προκύπτει βιβλιογραφικά και από τις έρευνες για τη σκιαγράφηση του προφίλ, την ομαδοποίηση και τμηματοποίηση κοινού. Οι βασικότεροι από αυτούς τους παράγοντες

είναι:

- Δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως ηλικία, φύλο, φυλή, εθνικότητα, γλώσσα, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών και επίπεδο αλφαριθμητισμού
- Κοινές πεποιθήσεις, στάσεις, κοινωνικοί κανόνες και συμπεριφορές σε σχέση με το προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των αντιληπτών ή υφιστάμενων εμποδίων στην υιοθέτηση νέων συμπεριφορών ή τη χρήση νέων υπηρεσιών και προϊόντων υγείας
- Γεωγραφικοί παράγοντες, όπως τοποθεσία, επαρχιακό έναντι αστικό περιβάλλον, το μέγεθος της πόλης ή της περιφέρειας, το κλίμα και τα μέσα μεταφοράς
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως το επίπεδο εισοδήματος, η εκπαίδευση και η επαγγελματική και κοινωνική θέση
- Τρόπος ζωής και πολιτισμικά χαρακτηριστικά, όπως προτιμώμενες ασχολίες, κίνδυνοι συμπεριφοράς, ισορροπία εργασίας έναντι οικογένειας, πολιτισμικές αξίες, αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια, θρησκευτικές πεποιθήσεις, συνήθειες των μέσων ενημέρωσης και προτιμώμενα μέσα ενημέρωσης και κανάλια επικοινωνίας
- Φυσικοί ή ιατρικοί παράγοντες, όπως κατάσταση υγείας, ιατρικό ιστορικό, συνοσηρότητες και ομαδικοί και ατομικοί παράγοντες κινδύνου
- Περιβάλλον διαβίωσης και εργασίας όσον αφορά στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και σε πληροφορίες, επαρκείς μεταφορές, θέσεις εργασίας και άλλες κοινωνικοοικονομικές ευκαιρίες, εγκαταστάσεις αναψυχής και πάρκα, πρωτογενής τομέας παραγωγής, τρόφιμα και διατροφή και άλλοι βασικοί καθοριστικοί κοινωνικοί παράγοντες της υγείας
- Άλλοι παράγοντες που μπορεί να αφορούν συγκεκριμένο θέμα ή κοινό

Τέλος, αφού η διαδικασία ανάλυσης και τμηματοποίησης κοινού έχει φτάσει σε ένα στάδιο στο οποίο οι πληροφορίες έχουν επιβεβαιωθεί από πολλές πηγές, μεθόδους έρευνας και συνομιλίες, θα πρέπει να κοινοποιούνται σε όλα τα μέλη της διευρυμένης ομάδας επικοινωνίας για την υγεία. Αυτό αποτελεί μια ευκαιρία για όλους τους εταίρους, τα ενδιαφερόμενα μέρη και τα μέλη βασικών ομάδων να επανεξετάσουν τα στοιχεία και αποφασίσουν για τις κατάλληλες στρατηγικές και στόχους καθώς και να συζητηθεί λεπτομερώς εάν η βασισμένη σε στοιχεία ιεράρχηση των κοινών-στόχων που προέκυψαν από την έρευνα που διεξήχθη, η ανάλυση και η τμηματοποίηση του κοινού ανταποκρίνεται πραγματικά στις ανάγκες και στο προφίλ όσων επηρεάζονται περισσότερο από το θέμα της υγείας ή θα πρέπει να συλλεχθούν κι άλλοι παράγοντες επιρροής ή άλλα δεδομένα. Καθώς η επικοινωνιακή ομάδα προχωρά με τις στρατηγικές της αποφάσεις, το προφίλ κοινού και την αναφορά τμηματοποίησης όταν οριστικοποιηθούν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν επίσης μια λεπτομερή ανάλυση των προτιμήσεων για τα κανάλια επικοινωνίας, τα μέσα και τα μέρη για καθένα από τα τμήματα στα οποία η παρέμβαση επιδιώκει να στοχεύσει.

8.3. Προσδιορισμός στόχων και στρατηγικών

Οι επικοινωνιακοί στόχοι αποτελούν τα ενδιάμεσα βήματα που πρέπει να επιτευχθούν προκειμένου να συνδράμουν τους γενικούς στόχους του προγράμματος όπως αυτό συμπληρώνεται από συγκεκριμένους συμπεριφορικούς, κοινωνικούς και οργανωτικούς στόχους. Συνήθως οι επικοινωνιακοί στόχοι στοχεύουν:

- στην ευαισθητοποίηση
- στην αύξηση της γνώσης
- στο σπάσιμο του κύκλου της παραπληροφόρησης
- στην αλλαγή νοοτροπιών
- στη διευκόλυνση αλληλεπιδράσεων
- στο να επικουρήσουν στην οικοδόμηση τεχνογνωσίας ή δεξιοτήτων

Στην πραγματικότητα, οι στόχοι επικοινωνίας συχνά αφορούν αλλαγές στη γνώση, στις στάσεις, στις πεποιθήσεις, στα κίνητρα και στις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις (Colle et Roman, 2003), οι οποίοι στην ουσία αποτελούν ενδιάμεσα και κρίσιμα βήματα στην επίτευξη συμπεριφορικών, κοινωνικών ή οργανωτικών στόχων και, τελικά, συμβάλλουν στο συνολικό σκοπό του προγράμματος. Τέτοιες αλλαγές μπορούν να γίνουν σε ατομικό, ομαδικό, οργανωτικό ή κοινωνικό επίπεδο ως αποτέλεσμα επικοινωνιακών παρεμβάσεων με καλά καθορισμένους στόχους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι στόχοι επικοινωνίας απευθύνονται σε ενδιάμεσα βήματα που οδηγούν σε συμπεριφορικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της πρόληψης του καρκίνου του μαστού, ορισμένοι επικοινωνιακοί στόχοι θα μπορούσαν να είναι «να ευαισθητοποιήσουν τις γυναίκες άνω των σαράντα ετών που ζουν σε μη αστικά κέντρα για την ανάγκη για ετήσια μαστογραφία» ή «να διευκολύνουν ή να υποστηρίξουν την αλληλεπίδραση ληπτριών υπηρεσιών υγείας και παρόχων για ερωτήσεις που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού». Και οι δύο στόχοι υποστηρίζουν ένα συμπεριφορικό στόχο (αποτέλεσμα) ο οποίος είναι να παρακινήσει τις γυναίκες να κάνουν μαστογραφία ετησίως.

Γενικά, ένα πολύ γνωστό μοντέλο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη στόχων αποτελέσματος όπως συμπεριφορικοί, κοινωνικοί και οργανωτικοί στόχοι είναι το SMART. Κάτω από SMART, οι «έξυπνοι» στόχοι πρέπει να διαθέτουν τα εξής χαρακτηριστικά (Annulis και Gaudet, 2010):

Πίνακας 6: Στόχοι SMART

Specific (συγκεκριμένοι)	Περιγράφουν ποιος πρέπει να κάνει τι
Measurable (μετρήσιμοι)	Καθορίζονται από ποσοτικές παραμέτρους
Appropriate (κατάλληλοι)	Αντικατοπτρίζουν τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του κοινού

Realistic (ρεαλιστικοί)	Μπορούν να επιτευχθούν εύλογα
Time bound (χρονικά καθορισμένοι)	Μπορούν να επιτευχθούν μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο

Πηγή: Annulis και Gaudet, 2010.

Το πρώτο βήμα για τον καθορισμό στόχων επικοινωνίας είναι να ληφθούν υπόψη, να διαμοιραστούν και να συζητηθούν όλα τα δεδομένα που έχουν συγκεντρωθεί για την κατάσταση και το κοινό και τα στοιχεία αυτά να αναλυθούν με τα μέλη της ομάδας, τους εταίρους και τους ενδιαφερόμενους. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι η επικοινωνία εξ ορισμού είναι μια ομαδική, εξωστρεφής και διαλεκτική διαδικασία. Είναι σημαντικό να ιεραρχηθούν τα ευρήματα που δείχνουν μια συγκεκριμένη ανάγκη ή προτίμηση επικοινωνίας ή κοινού. Τα ευρήματα της έρευνας θα πρέπει επίσης να αναλυθούν προσεκτικά σε σχέση με τα στάδια συμπεριφοράς των πρωταρχικών ακροατηρίων καθώς και δευτερευόντων κοινών (άτομα, ομάδες ή ενδιαφερόμενα μέρη που μπορεί να ασκήσουν επιρροή στο κύριο κοινό). Επίσης, οι επικοινωνιακοί στόχοι πρέπει να αντανakλούν και να είναι συνεπείς με τις πληροφορίες που συγκεντρώνονται για αυτά τα θέματα.

Πριν τον ορισμό των επικοινωνιακών στόχων, είναι σημαντικό να επικυρωθεί ο συνολικός στόχος του προγράμματος, καθώς και οι συμπεριφορικοί, κοινωνικοί και οργανωτικοί στόχοι που καθορίστηκαν αρχικά και βασίζονται σε στοιχεία. Το πλαίσιο για αυτήν την επικύρωση θα πρέπει να παρέχεται από δεδομένα που προέκυψαν από την ανάλυση της κατάστασης και το προφίλ του κοινού, τα οποία θα πρέπει να έχουν οριστικοποιηθεί. Το γεγονός αυτό εξασφαλίζει στην επικοινωνία ότι οι στόχοι που τίθενται είναι ρεαλιστικοί και ακριβείς και σχετίζονται με τους στόχους και τον σκοπό του προγράμματος.

Μια καλή πρακτική για την ανάπτυξη επικοινωνιακών στόχων είναι να παραληφθούν προσωρινά πληροφορίες που σχετίζονται με θέματα τακτικής, όπως δραστηριότητες επικοινωνίας, μέσα, υλικά και κανάλια επικοινωνίας. Σε αυτό το σημείο, οι σχεδιαστές επικοινωνιακών προγραμμάτων θα πρέπει επικεντρωθούν στο τι πρέπει να επιτύχει η επικοινωνία και μην ανησυχούν αν το πρόγραμμα θα χρησιμοποιήσει μέσα μαζικής ενημέρωσης, διαδικτυακές εκδηλώσεις, διαπροσωπικά κανάλια, νέα μέσα, μέσα κοινωνικής δικτύωσης ή οποιαδήποτε συγκεκριμένη δραστηριότητα. Όλα αυτά τα στοιχεία θα οριστούν ως μέρος του τακτικού σχεδίου που καθοδηγείται από την επικοινωνιακή στρατηγική.

Για τον προσδιορισμό και την ιεράρχηση των επικοινωνιακών στόχων λαμβάνονται υπόψη τα υπάρχοντα επίπεδα γνώσης καθώς και στάσεις και κοινές πεποιθήσεις. Εντοπίζονται οι υπάρχουσες πολιτικές υγείας και οι κοινωνικοί κανόνες, καθώς και τα προηγούμενα και τα συνεχιζόμενα προγράμματα που αντιμετωπίζουν την ατομική συμπεριφορά και ανάγκες της κοινότητας. Επίσης, χρειάζεται να αναλογιστούν οι

υπεύθυνοι επικοινωνίας, τι είδους στάσεις, πεποιθήσεις, δεξιότητες, πολιτικές ή κανόνες χρειάζονται για να υπάρχουν για την επίτευξη των συμπεριφορικών, κοινωνικών ή οργανωτικών στόχων που έχουν δημιουργηθεί και επικυρωθεί για την υποστήριξη του σκοπού του προγράμματος. Στην ουσία, το ερώτημα που θα πρέπει να απαντηθεί είναι ποια είναι η υπάρχουσα κατάσταση και πώς μπορεί να βοηθήσει η επικοινωνία.

Καθώς όλα τα στοιχεία του προγραμματισμού επικοινωνίας για την υγεία, αλλά και η ίδια η διαδικασία επικοινωνίας είναι αλληλένδετα και αλληλεξαρτώνται, στην πράξη οι επικοινωνιακοί στόχοι θέτουν το σκηνικό για την ανάπτυξη των στρατηγικών επικοινωνίας. Οι καλοσχεδιασμένοι επικοινωνιακοί στόχοι επηρεάζουν και καθοδηγούν τη λογική που χρησιμοποιείται στα επόμενα βήματα του προγραμματισμού επικοινωνίας καθώς και στην κατανομή των πόρων.

Μια στρατηγική επικοινωνίας είναι μια δήλωση που περιγράφει τη συνολική προσέγγιση (το «πώς») που χρησιμοποιείται για την επίτευξη των στόχων επικοινωνίας. Αναδεικνύει, μεταξύ άλλων, πώς μπορούν οι άνθρωποι να συνειδητοποιήσουν έναν κίνδυνο ασθένειας, να αποκτήσουν γνώση σχετικά με τις μεθόδους πρόληψης ή να βελτιώσουν τη επικοινωνία λήπτη-παρόχου υπηρεσιών υγείας.

Η διαδικασία ιεράρχησης και επιλογής των κατάλληλων στρατηγικών επικοινωνίας μπορεί να οργανωθεί για να αντιμετωπίσει ενδεικτικά τα ακόλουθα ζητήματα: παράδειγμα:

- Βασικά οφέλη: Αξιολογείται μια ολοκληρωμένη χρήση εργαλείων και δραστηριοτήτων
- Μειονεκτήματα: Απαιτείται μεγάλος χρόνος υλοποίησης
- Πιθανά εμπόδια στην εφαρμογή: Έλλειψη υφιστάμενων πολιτικών που υποστηρίζουν τη στρατηγική ή η ύπαρξη κοινωνικού στιγματισμού που θα αποτρέπουν τη συμμετοχή ασθενών ή επιζώντων στο πρόγραμμα
- Διαδικασία: Σχεδιασμός με γνώμονα την κοινότητα και τα ενδιαφερόμενα μέρη για την αύξηση της πιθανότητας δέσμευσης και έγκρισης των βασικών ομάδων
- Διαθέσιμοι πόροι, οι οποίοι θα πρέπει να είναι επαρκείς για την υλοποίηση της στρατηγικής
- Οργανωτική ικανότητα και ικανότητα στην εκτέλεση της στρατηγικής

8.4. Εφαρμογή ενός επικοινωνιακού σχεδίου δράσης

Το σχέδιο δράσης αποτελεί μια λεπτομερή, λειτουργική και στρατηγική περιγραφή της όλης επικοινωνίας στο επίπεδο των μηνυμάτων, των υλικών, των δραστηριοτήτων, των μέσων ενημέρωσης και των καναλιών επικοινωνίας, καθώς και τις μεθόδους που θα χρησιμοποιηθούν για να δοκιμαστούν στα κοινά-στόχους. Οι ενέργειες για την εφαρμογή ενός σχεδίου δράσης επικοινωνίας για την υγεία περιλαμβάνουν:

- Ομάδα-στόχο και ομάδες ενδιαφερομένων: βασικά μηνύματα, δραστηριότητες, επικοινωνιακό υλικό για ομάδα-στόχο και ενδιαφερόμενους φορείς, και τα σχετικά κανάλια που θα πρέπει να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν ως μέρος της επικοινωνιακής παρέμβασης για την υγεία με των εμπλεκόμενων ομάδων
- Ένα λεπτομερές πιλοτικό σχέδιο που θα περιγράφει τις βασικές μεθόδους έρευνας (για παράδειγμα, ομάδες εστίασης, συνεντεύξεις σε βάθος, διάλογος με την κοινότητα, συμμετοχική έρευνα κοινού) και τις ερωτήσεις που θα χρησιμοποιηθούν για την εξασφάλιση ανατροφοδότησης των βασικών ομάδων και των ενδιαφερομένων σχετικά με την ιδέα της επικοινωνίας (communication concept), δηλαδή τους τρόπους παρουσίασης πληροφοριών στο επιδιωκόμενο κοινό (π.χ. ως φόβος, ελπίδα, δράση, πρόοδος), καθώς και τα προσχέδια μηνυμάτων, επικοινωνιακών υλικών, μέσων και δραστηριοτήτων
- Ένα σχέδιο συνεργασίας που συνοψίζει όλα αυτά τα στοιχεία του σχεδίου δράσης όπως αποφασίστηκε από βασικούς εταίρους, ομάδες και ενδιαφερόμενα μέρη, και επίσης απαριθμεί όλους τους εμπλεκόμενους, τους ρόλους και τις ευθύνες τους, αναφέρει τα στοιχεία επικοινωνίας τους, τις παραμέτρους αξιολόγησης και λήψης αποφάσεων καθώς και τις διαδικασίες εσωτερικής επικοινωνίας
- Ένα χρονοδιάγραμμα για κάθε δραστηριότητα
- Μια εκτίμηση προϋπολογισμού για κάθε δραστηριότητα, συμπεριλαμβανομένων των δραστηριοτήτων αξιολόγησης

Πολύ σημαντικό στοιχείο μιας επικοινωνιακής προσπάθειας είναι η ιδέα ή η έννοια στην οποία θα βασισθεί ή αλλιώς concept (όρος ο οποίος χρησιμοποιείται συνήθως). Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες εννοιών επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται στην ανάπτυξη μηνυμάτων, όπως τα ακόλουθα παραδείγματα (Witte και Allen, 2000):

- Έκκληση φόβου: concept που αναπτύσσονται για να προκαλούν φόβο και να αναφέρονται σε μία συναισθηματική ανταπόκριση
- Βήμα δράσης: Συγκεκριμένες προτεινόμενες ενέργειες
- Ανταμοιβές ή οφέλη: Επισήμανση βασικών πλεονεκτημάτων που σχετίζονται με την προτεινόμενη αλλαγή
- Αντιληπτή απειλή: Επηρεασμός της υπάρχουσας αντίληψης μιας συγκεκριμένης ομάδας με συγκεκριμένη κατάσταση υγείας, η οποία διατρέχει συγκεκριμένα επίπεδα κινδύνου προσπαθώντας να επιτύχει την υιοθέτηση της επιθυμητής συμπεριφοράς βασιζόμενη σε τεκμηριωμένες πληροφορίες
- Αντιληπτή αποτελεσματικότητα: Οι αντιλήψεις των ανθρώπων σχετικά με την ικανότητά τους να εκτελέσουν τις προτεινόμενες ενέργειες και συμπεριφορές, καθώς και ο αντίκτυπος αυτής της στάσης απέναντι στην πραγματική απειλή
- Ελπίδα: Αυτή η έννοια υπονοεί ότι ακολουθώντας τη συνιστώμενη συμπεριφορά αυτή θα επιτρέψει στους ανθρώπους να επιτύχουν τα ορόσημα ή τις αλλαγές που μπορεί να ελπίζουν και να προσδοκούν

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται παραδείγματα επικοινωνιακών concepts για μια επικοινωνιακή παρέμβαση για τον παιδικό εμβολιασμό

Πίνακας 7: Παραδείγματα επικοινωνιακών concepts για μια επικοινωνιακή παρέμβαση για τον παιδικό εμβολιασμό

Οφέλη	Ο εμβολιασμός προστατεύει τα παιδιά από σοβαρές παιδικές ασθένειες. Τα εμβόλια σώζουν ζωές και διατηρούν τα παιδιά υγιή.
Οφέλη	Τα εμβόλια έχουν μακροχρόνια προστατευτική επίδραση στα παιδιά και στις κοινότητες όπου ζουν και παίζουν.
Φραγμοί	Τα παιδικά εμβόλια είναι ασφαλή και αποτελεσματικά. Τα οφέλη του εμβολιασμού είναι πολύ μεγαλύτερα από τον κίνδυνο για παρενέργειες.
Αποτελέσματα	Οι παιδικές ασθένειες που προλαμβάνονται με τα εμβόλια μπορούν να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη σωματική και πνευματική ανάπτυξη του παιδιού.
Δράση	Εμβολιάστε το παιδί σας. Μιλήστε με τον κατάλληλο επαγγελματία υγείας.

Πηγή: Witte και Allen, 2000.

Αφού επιλεγεί το επικοινωνιακό concept χρειάζεται να δοκιμασθεί σε ένα υποσύνολο του κοινού-στόχου. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα ενός μηνύματος και οι οποίοι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη :

- Συνοπτικό και επί της ουσίας. Δεν πρέπει να υπάρχουν περισσότερα από δύο ή τρία μηνύματα ανά κοινό. Πάρα πολλά μηνύματα μπορεί να προκαλούν σύγχυση.
- Αξιοπιστία. Βασίζονται σε τεκμήρια και παραδίδονται με αξιόπιστα μέσα και εκπροσώπους αυτών.
- Σχετικό με τις βασικές ομάδες και τα ενδιαφερόμενα. Σε αυτούς πρέπει να απευθυνθούν τα ερωτήματα «και λοιπόν;» και «τι υπάρχει για μένα;».
- Συνέπεια σε όλες τις επικοινωνιακές δραστηριότητες και εντός εύλογων χρονικών διαστημάτων.
- Απλότητα. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ορολογία ή τεχνικοί όροι και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το επίπεδο εγγραμματισμού και παιδείας για την υγεία των βασικών ομάδων και των ενδιαφερομένων.
- Περιγραφικό. Ακόμη και όταν τα μηνύματα είναι απλά θα πρέπει να είναι περιγραφικά αρκετά για να καταστεί σαφές τι είδους ενέργειες πρέπει να αναλάβουν οι άνθρωποι και γιατί.
- Εύκολη απομνημόνευση. Όποτε είναι δυνατόν, θα πρέπει να περιλαμβάνουν

«πιασάρικη» γλώσσα και να προκαλούν πολιτισμικά σχετικές και παραδοσιακές εικόνες και νοήματα.

- Συμπεριλαμβάνουν κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Τα μηνύματα πρέπει να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τα πιθανά εμπόδια στη συμπεριφορά, στην κοινωνική ή οργανωτική αλλαγή και τους βασικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας.

Η επιλογή των κατάλληλων και ικανών καναλιών και οχημάτων επικοινωνίας για την υγεία είναι εξαιρετικά σημαντική ώστε τα μηνύματα ή το πρόγραμμα να είναι σε θέση να ξεχωρίσουν και να μπορούν να γίνουν πράξη. Η έρευνα είναι αυτή που μπορεί να καθοδηγήσει την επιλογή των κατάλληλων μέσων, καναλιών επικοινωνίας και τακτικών ειδικά για το κοινό-στόχο. Σε αυτό το σημείο, η ομάδα επικοινωνίας για την υγεία θα πρέπει να έχει ήδη σαφώς κατανοήσει τις προτιμήσεις των βασικών ομάδων για τα κανάλια και τα μέσα που είναι καταλληλότερα για κοινή χρήση πληροφοριών, ιδεών και πιθανών λύσεων. Εξάλλου, οι ομάδες επικοινωνίας για την υγεία θα πρέπει να ενημερώνονται για τις νέες επιλογές και τάσεις, την κάλυψη των μέσων, να παρακολουθούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης κλπ.

Μερικά από τα κριτήρια που καθοδηγούν στην επιλογή καναλιών και μέσων για συγκεκριμένες ομάδες είναι το περιεχόμενο και η πολυπλοκότητα του μηνύματος, η απήχηση στο κοινό, πολιτισμικά στοιχεία και η καταλληλότητα σε σχέση με το θέμα έκδοσης και η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Η αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων μέσων επικοινωνίας εξαρτάται, επίσης, από την ικανότητά τους να τραβήξουν την προσοχή των ανθρώπων, γεγονός που σχετίζεται συχνά με θέματα αισθητικής και γραφιστικής, καθώς και στην αξιοπιστία και στην ελκυστικότητα των ατόμων που επιλέγονται για να προβληθούν και να μεταδώσουν το μήνυμα. Για παράδειγμα, η χρήση διασημοτήτων, γνωστών γιατρών, ηγετών διαφόρων ομάδων ή συνόλων ή άλλων προτύπων προς μίμηση ή διασημοτήτων μπορεί να ενισχύσουν την ικανότητα των επικοινωνιακών μέσων να προσελκύουν την προσοχή των βασικών ομάδων ή κοινών – στόχο. Να σημειωθεί ότι χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή των προτύπων προς μίμηση καθώς η στάση και η συμπεριφορά τους στην προσωπική τους ζωή θα πρέπει να συνάδει με το μήνυμα που κομίζουν. Για παράδειγμα δεν θα ήταν σάφρον σε μία καμπάνια εμβολιασμού μία διασημότητα που δηλώνει αντιεμβολιαστής/-τρια ή δεν έχει κάνει ο/η ίδιος/α το εμβόλιο!

Το σχέδιο δράσης θα πρέπει, επίσης να επισημαίνει το χρονοδιάγραμμα και τα είδη των δραστηριοτήτων και των υλικών που θα χρησιμοποιηθούν σταδιακά καθ' όλη την επικοινωνιακή παρέμβαση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα μηνύματα οφείλουν να χαρακτηρίζονται από συνέπεια σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος.

Η άψογη εφαρμογή ενός προγράμματος επικοινωνίας, καθώς και η βιωσιμότητα της συνολικής επικοινωνιακής παρέμβασης συνεπάγεται επίσης αρκετά βήματα που σχετίζονται με την καθιέρωση και τη διατήρηση τυπικών πρακτικών για τη διαχείριση κεφαλαίων, ανθρώπινων πόρων, ειδικών δραστηριοτήτων (π.χ. παρακολούθηση και

συλλογή δεδομένων), παράλληλα με εσωτερικές επικοινωνίες μεταξύ όλων των εμπλεκομένων στην επικοινωνία υγείας. Επιπλέον, σχετίζεται με την πρόβλεψη και την προετοιμασία για πιθανά ζητήματα που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος και να επηρεάσουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η νοοτροπία προσανατολισμού στην ομάδα, καθώς και η προσοχή στη λεπτομέρεια, είναι κρίσιμης σημασίας για την εφαρμογή ενός προγράμματος επικοινωνίας.

8.5. Αξιολόγηση αποτελεσμάτων των επικοινωνιακών παρεμβάσεων στην υγεία

*«Μέτρησε ό,τι είναι μετρήσιμο και κάνε μετρήσιμο ό,τι δεν είναι».
(Γαλιλαίος, 1564-1642)*

Η αξιολόγηση των επικοινωνιακών παρεμβάσεων υγείας αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της επικοινωνίας για την υγεία τον εικοστό πρώτο αιώνα. Δεν τονίζεται μόνο το θέμα της αξιολόγησης στην επικοινωνία για την υγεία στις μέρες μας, αλλά ταυτόχρονα, αυτή συνδέεται άμεσα και με τα ζητήματα της λογοδοσίας και κατανομής πόρων σε διάφορους τομείς. Η επικοινωνία υγείας είναι υπόλογη στους ανθρώπους των οποίων η υγεία και τα κοινωνικά αποτελέσματα επιδιώκουμε να βελτιώσουμε, στις ζωές που γνωρίζουμε ότι μπορούμε να σώσουμε μέσω της πρόληψης και στις αλλαγές σε στρατηγικές του συστήματος απέναντι σε όλες τις ομάδες ενδιαφερομένων (επαγγελματίες υγείας, συσχετιζόμενους φορείς, δωρητές κλπ). Η αξιολόγηση, μας επιτρέπει να αναγνωρίσουμε το πραγματικό νόημα της καινοτομίας και να καταλάβουμε ποιες μπορεί να είναι οι επιπτώσεις της σε ποικίλα θέματα τόσο υγείας όσο και κοινωνικά. Μας επιτρέπει, επίσης, να αξιοποιήσουμε τα διδάγματα από προηγούμενες επικοινωνιακές παρεμβάσεις και καθιερωμένες αρχές και στρατηγικές, ώστε να μας καθοδηγήσουν στην προσπάθειά μας να αντιμετωπίσουμε παρόμοια ή σχετικά θέματα. Η αξιολόγηση συνεχίζει να συζητείται πολύ και να αποτελεί ένα συνεχώς εξελισσόμενο θέμα στην επικοινωνία υγείας και σε πολλά άλλα πεδία. Ωστόσο, ορθές πρακτικές αξιολόγησης και τα σχετικά στοιχεία είναι αυτά που πρέπει να μας καθοδηγούν στην προσπάθειά μας να κάνουμε τη διαφορά στην υγεία και στη ζωή των ανθρώπων.

Η μέτρηση στην επικοινωνία υγείας είναι απαραίτητη, στην πραγματικότητα, είναι

καθοριστική σε ένα επικοινωνιακό πρόγραμμα για την υγεία για μια σειρά από λόγους:

- Εστίαση όλων των εμπλεκόμενων με την επικοινωνία υγείας σε κοινούς στόχους
- Αποσαφήνιση του σκοπού και των στόχων του προγράμματος
- Εντοπισμός και σύγκριση αποτελεσματικών πρακτικών επικοινωνίας για την υγεία
- Βελτίωση της παροχής υπηρεσιών
- Προσαρμογή του προγράμματος στις εξελίξεις βελτιώνοντας στρατηγικές και μηνύματα
- Αξιολόγηση της συνολικής σχέσης κόστους/αποτελεσματικότητας του προγράμματος
- Καθορισμός αναπαραγωγικότητας και βιωσιμότητας του προγράμματος, καθώς και ευκαιρίες για τα στάδια της κλιμάκωσης της επικοινωνιακής παρέμβασης
- Κοινοποίηση αποτελεσμάτων σε βασικές ομάδες και ενδιαφερόμενα μέρη
- Εφαρμογή διδαγμάτων από νέα μοντέλα και στρατηγικές σε μελλοντικές παρεμβάσεις
- Ανταγωνισμός για οικονομικούς πόρους και ανθρώπινο δυναμικό

Εν ολίγοις, η μέτρηση είναι ένα πολύτιμο εργαλείο όχι μόνο για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αλλά και για την επίτευξη αυτών των αποτελεσμάτων.

Η επικοινωνία υγείας ενσωματώνει μαθηματικές αρχές σε πολλά μοντέλα αξιολόγησης και μετρήσεις και επίσης τα ενσωματώνει και σε ποιοτικές αξιολογήσεις που εστιάζουν στις απόψεις των ανθρώπων για τις βαθύτερες αιτίες των θεμάτων υγείας και σχετικών κοινωνικών θεμάτων, καθώς και για την εξέλιξή τους στο χρόνο. Οι βασικές έννοιες που σχετίζονται με την αξιολόγηση είναι οι ακόλουθες:

- **Αξιολόγηση (Evaluation):** Η επιστήμη και η διαδικασία εκτίμησης της αξίας ή της σημασίας μιας επικοινωνιακής παρέμβασης για την υγεία.
- **Αξιολόγηση του προγράμματος (Program assessment):** Ένας γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να υποδείξει την αξιολόγηση του συγκεκριμένου προγράμματος.
- **Μέθοδος μέτρησης (Metrics):** Ένας άλλος όρος για τις παραμέτρους αξιολόγησης. Οι μέθοδοι μέτρησης πρέπει να είναι ποσοτικοποιήσιμες και να ορίζουν ένα σύστημα παραμέτρων με τα οποία θα αξιολογούνται περιοδικά συγκεκριμένα στοιχεία προγράμματος ή αποτελέσματα (για παράδειγμα, αποτελέσματα που σχετίζονται με τη διαδικασία ή αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά).
- **Απόδοση επένδυσης (Return on investment-ROI):** Τα οικονομικά οφέλη που μπορεί να αποφέρουν από την απόδοση επένδυσης κεφαλαίων και άλλων πόρων (για παράδειγμα, ανθρώπινου δυναμικού, χρόνο κλπ) σε ένα πρόγραμμα ή σε μία δραστηριότητα. Αυτή η παράμετρος συνήθως χρησιμοποιείται στις επιχειρήσεις για την αξιολόγηση του αντίκτυπου του μάρκετινγκ και των επικοινωνιακών

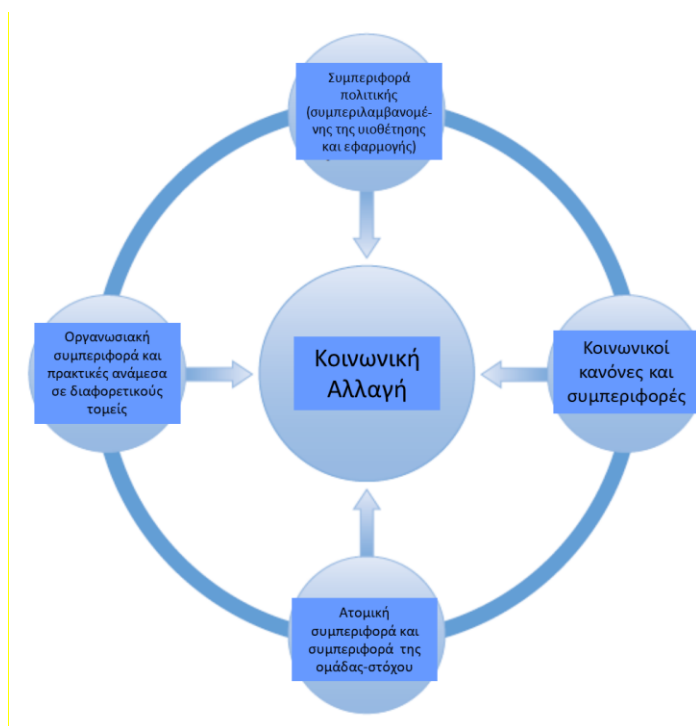
δραστηριοτήτων στις πωλήσεις των προϊόντων. Στη δημόσια υγεία και στα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής, μπορεί να είναι χρήσιμη για την αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων συγκεκριμένων επικοινωνιακών παρεμβάσεων. Για παράδειγμα, ο παράγοντας της επιστροφής (return) θα μπορούσε να υπολογιστεί με βάση το ποσοστό των ατόμων που άλλαξαν γνώση, στάση ή συμπεριφορά ή ωφελήθηκαν από μια συγκεκριμένη αλλαγή σε κοινωνικούς κανόνες, πολιτικές και σχετικές πρακτικές ή τα οφέλη εξοικονόμησης κόστους από τις παρεμβάσεις που προωθούν προληπτικά μέτρα. Αυτή η ορολογία χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στον μη κερδοσκοπικό τομέα (συμπεριλαμβανομένης της δημόσιας υγείας). Για παράδειγμα, το θέμα της Εθνικής Εβδομάδας Δημόσιας Υγείας στις ΗΠΑ το 2013 επικεντρώθηκε σε αυτό το θέμα και ονομάστηκε “Public Health Is ROI: Save Lives, Save Money” («Η δημόσια υγεία είναι απόδοση επένδυσης: Σώστε ζωές, εξοικονομήστε χρήματα») και επιδιώκει να «αυξήσει την ευαισθητοποίηση σχετικά με τη σημασία της επένδυσης σε ένα ισχυρό δημόσιο σύστημα υγείας» ακόμη και σε «εποχές αβέβαιης χρηματοδότησης και μείωσης πόρων (American Public Health Association, 2012).

- **Αποτελέσματα (Outcomes):** Ένας γενικός όρος που περιγράφει αλλαγές στη γνώση, στην κατανόηση, στις στάσεις, στις δεξιότητες, στη συμπεριφορά, στις πολιτικές ή στους κοινωνικούς κανόνες, όπως καθορίζονται από το αποτέλεσμα του προγράμματος και τους επικοινωνιακούς στόχους (Coffman, 2002). Τα αποτελέσματα μετρώνται σε σχέση με την εκτιμώμενη επιρροή που είχε το επικοινωνιακό πρόγραμμα για την υγεία σε κάθε αλλαγή. Τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, συνήθως, σχετίζονται για την επεξεργασία δεικτών καθώς και ενδιάμεσων βημάτων και βασικών ορόσημων όπως αυτά που ορίζονται από τους επικοινωνιακούς στόχους (για παράδειγμα, αλλαγές σε επίγνωση, γνώση, δεξιότητες). Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα αποτελούν το απόλυτο αποτέλεσμα των προγραμμάτων επικοινωνίας για την υγεία και σχετίζονται με το επίτευγμα συμπεριφορικών, κοινωνικών και οργανωτικών στόχων.
- **Αντίκτυπος (Impact):** Ένα αποτέλεσμα σε σχέση με μια συγκεκριμένη αλλαγή ή, εναλλακτικά, η μακροπρόθεσμη αλλαγή που επηρεάζεται από ένα πρόγραμμα σε σχέση με το σύνολο στόχο του προγράμματος. Μερικές φορές αναφέρεται στο αποτέλεσμα σε σχέση με μια συγκεκριμένη αλλαγή (για παράδειγμα, επιπτώσεις στη συμπεριφορά) που επηρεάζεται από μια επικοινωνιακή παρέμβαση ή δραστηριότητα για την υγεία. Σε άλλα μοντέλα (Coffman, 2002), χρησιμοποιείται για να αναφερθεί μόνο στη μακροπρόθεσμη αλλαγή που επηρεάζεται από ένα πρόγραμμα σε σχέση στον γενικό στόχο του προγράμματος, όπως αλλαγές στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου, που σχεδόν ποτέ δεν χρησιμοποιούνται άμεσα ως παράμετρος αξιολόγησης σε πραγματική επικοινωνιακή πρακτική γιατί αυτή τείνει να είναι αποτέλεσμα πολλαπλών παρεμβάσεων.
- **Συμπεριφορικά επίπτωση (Behavioral impact):** Τα συγκεκριμένα συμπεριφορικά

αποτελέσματα ενός επικοινωνιακού προγράμματος για την υγεία. Αυτό μετράται σε σχέση με συγκεκριμένους συμπεριφορικούς δείκτες, οι οποίοι ορίστηκαν στην αρχή του προγραμματισμού.

- **Δείκτες κοινωνικής αλλαγής και κοινωνικός αντίκτυπος (Social change indicators and social impact):** Μετρήσεις αλλαγών στα κοινωνικά πρότυπα, πολιτικές και πρακτικές, καθώς και αλλαγές στα ζητήματα που προκαλούν ανησυχία (για παράδειγμα, μείωση της φτώχειας, ποσοστά HIV/AIDS) (Rockefeller Foundation Communication and Social Change Network, 2001) ή οποιοσδήποτε από τους βασικούς κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (για παράδειγμα, η γήρανση, πρόσβαση σε υπηρεσίες ή πληροφορίες κ.α.). Οι κοινωνικοί δείκτες για αξιολόγηση είναι συγκεκριμένοι για ένα θέμα και για μια βασική ομάδα-στόχο. Είναι, επίσης, συνέπεια της αλλαγής συμπεριφοράς μέσα σε διαφορετικές ομάδες και κοινότητες. Για παράδειγμα, εάν ο κοινωνικός δείκτης είναι η εγκατάσταση μιας νέας πολιτικής, αυτό είναι πιθανό να είναι αποτέλεσμα αλλαγών στις πεποιθήσεις και στη συμπεριφορά των υπευθύνων χάραξης πολιτικής, το οποίο τους οδήγησε να υποστηρίξουν μια νέα πολιτική, κάτι το οποίο αποτελεί συμπεριφορά. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η κοινωνική αλλαγή (ή το κοινωνικό αντίκτυπο όπως αλλιώς ορίζεται) έχει μια πολύπλοκη δομή και σχετίζεται με τις αλλαγές συμπεριφοράς σε διάφορα επίπεδα της κοινωνίας. Αυτά τα αποτελέσματα στη συμπεριφορά τείνουν να είναι αλληλένδετα (αν και μπορεί να συμβαίνουν διαδοχικά σε διαφορετικές χρονικές στιγμές ή ως αποτέλεσμα διαφορετικών παρεμβάσεων, γεγονός που συχνά καθιστά τη διαδικασία κοινωνικής αλλαγής μια μακροπρόθεσμη προσπάθεια) και λειτουργούν υποστηρικτικά προκειμένου να επιτευχθούν μακροχρόνια κοινωνικά αποτελέσματα. Το Σχήμα 17 περιγράφει την κοινωνική αλλαγή ως προς τα διάφορα είδη συμπεριφορικών αποτελεσμάτων και τα πολλαπλά επίπεδα της κοινωνίας τα οποία μπορεί να συμβάλλουν σε αυτή. Αρκετοί άλλοι τύποι δεικτών συμπεριφοράς (επιπλέον αυτών που περιλαμβάνονται στο σχήμα) μπορούν να συμβάλλουν στην κοινωνική αλλαγή, όπως είναι τα θέματα υγείας, τα χαρακτηριστικά της ομάδας-στόχου, της κοινότητας και ποια είναι τα ενδιαφερόμενα μέρη.

Σχήμα 17: Δείκτες κοινωνικής αλλαγής και συμπεριφοράς



Πηγή: Rockefeller Foundation Communication and Social Change Network, 2001.

Υπάρχουν τρεις φάσεις στην αξιολόγηση (Bertrand, 2005)

- **Διαμορφωτική Αξιολόγηση (Formative evaluation):** Η διαμορφωτική αξιολόγηση πραγματοποιείται πριν από την ανάπτυξη του προγράμματος και την υλοποίησή του και περιλαμβάνει την ανάλυση όλων των ερευνητικών δεδομένων που συγκεντρώθηκαν και κοινοποιούνται ως μέρος της ανάλυσης κατάστασης, του προφίλ κοινού και της προ-δοκιμασίας. Η διαμορφωτική αξιολόγηση ενημερώνει, καθοδηγεί και βοηθά στην επικύρωση όλων των στοιχείων του προγράμματος επικοινωνίας για την υγεία. Αυτή είναι η φάση της διερεύνησης, η οποία εστιάζει: (1) στην αληθινή κατανόηση του θέματος της υγείας ή του κοινωνικού καθώς και στις βαθύτερες αιτίες και συνέπειες για την ευημερία του κοινού-στόχου, (2) στην ανταλλαγή πληροφοριών με βασικές ομάδες και ενδιαφερόμενα μέρη και (3) στην ενθάρρυνση της συμμετοχής τους στη διαδικασία επικοινωνίας για την υγεία.
- **Η αξιολόγηση της διαδικασίας (Process evaluation):** χρησιμοποιείται για να συγκρίνει τα βασικά βήματα εφαρμογής του προγράμματος σε σχέση με το αρχικό σχέδιο του προγράμματος και για να μετρήσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα για συγκεκριμένες δραστηριότητες, υλικά, μέσα και μηνύματα. Αναφέρεται σε παραμέτρους όπως η προσέγγιση κοινού, η προσέλευση, η ποιότητα και ο τόνος κάλυψης μέσων, η διατήρηση μηνυμάτων, η δυνατότητα δημιουργίας συμμαχιών,

οι νεοσύστατες συνεργασίες, η μέτρηση κυκλοφορίας βασικών επικοινωνιακών υλικών, οι προβολές σελίδων για ιστότοπους, ο αριθμός ακολούθων σε ιστότοπους μέσων κοινωνικής δικτύωσης και η έγκριση της κοινότητας ή των ενδιαφερομένων σε βασικές έννοιες και στο περιεχόμενο του προγράμματος.

- **Αθροιστική εκτίμηση (Summative evaluation):** Μια φάση αξιολόγησης που μετρά την αποτελεσματικότητα του προγράμματος σε σχέση με τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τους αρχικούς επικοινωνιακούς στόχους. Με άλλα λόγια, μετράει τον βαθμό στον οποίο επέρχεται η αλλαγή. Στα προγράμματα επικοινωνίας υγείας, ο πρωταρχικός στόχος είναι συνήθως η εφαρμογή, η καθιέρωση ή αλλαγή μιας συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία.

Η αξιολόγηση έχει αρκετά μειονεκτήματα και περιορισμούς (Πίνακας: 8), κάποια από αυτά είναι πιο δύσκολο να ξεπεραστούν σε σχέση με άλλα. Αναγνωρίζοντας τα εμπόδια στην αξιολόγηση και τα μειονεκτήματα βοηθά στη δημιουργία ρεαλιστικών προσδοκιών μεταξύ των μελών της ομάδας, των συνεργατών και των λοιπών ομάδων ενδιαφερομένων. Ο πιο σημαντικός περιορισμός στην αξιολόγηση των επικοινωνιακών παρεμβάσεων υγείας σχετίζεται με την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Στην επικοινωνία υγείας προσπαθούν να επιτευχθούν συμπεριφορικές ή κοινωνικές αλλαγές (όπως τα προγράμματα COMBI (Communication for behavioural impact) του WHO). Ωστόσο, επειδή όλοι οι άνθρωποι επηρεάζονται από πολλαπλές πηγές πληροφόρησης και κοινωνικά δίκτυα (τόσο offline όσο και online), καθώς και προσωπικές και επαγγελματικές εμπειρίες, μπορεί να είναι δύσκολο να γίνει μια άμεση σύνδεση μεταξύ του προγράμματος επικοινωνίας για την υγεία (ή, ακόμη πιο δύσκολο, συγκεκριμένων δραστηριοτήτων επικοινωνίας) και του συμπεριφορικού ή κοινωνικού αποτελέσματος. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι «τα προγράμματα επικοινωνίας εμφανίζονται γενικά σε ένα πραγματικό περιβάλλον, όπου υπάρχουν πολλές άλλες επιρροές στο επιδιωκόμενο κοινό και σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να είναι αδύνατο να απομονωθεί η επίδραση της συγκεκριμένης επικοινωνιακής δραστηριότητας, ή ακόμα και το αποτέλεσμα ενός επικοινωνιακού προγράμματος σε ένα συγκεκριμένο κοινό για το οποίο προορίζεται (National Cancer Institute at the National Institutes of Health, 2002).

Πίνακας 8: Μειονεκτήματα-περιορισμοί της αξιολόγησης

▪ Κόστος
▪ Χρόνος
▪ Πιθανότητα μέτρησης λάθος μεταβλητών και δεικτών
▪ Αμφισβητήσιμη ακρίβεια για παρεμβάσεις με περιορισμένο εύρος, εμβέλεια και διάρκεια
▪ Πιθανή προκατάληψη σε μεθόδους ή εργαλεία αξιολόγησης
▪ Δύσκολο να γίνει αν δεν έχει προγραμματιστεί εκ των προτέρων
▪ Τα αποτελέσματα ενδέχεται να επηρεαστούν από ανεξάρτητες επιρροές στα αποτελέσματα του προγράμματος

Πηγή: National Cancer Institute at the National Institutes of Health, 2002.

Κεφάλαιο 9: Μελέτες Περιπτώσεων - Αποτελεσματικές επικοινωνιακές στρατηγικές για τον Covid-19

Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι από μόνη της μια μη φαρμακευτική παρέμβαση (non-pharmaceutical intervention-NPI) για τον COVID-19 που μπορεί να αυξήσει την τήρηση προστατευτικών συμπεριφορών που είναι απαραίτητες για τον μετριασμό της εξάπλωσης του ιού. Δεν υπάρχει «βέλτιστη πρακτική» για την επικοινωνία κατά τη διάρκεια μιας περίπλοκης έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία, αλλά η προηγούμενη εμπειρία έχει οδηγήσει σε πολλές αρχές που συμβάλλουν σε μια επιτυχημένη στρατηγική.

Η Ένωση Νοσοκομείων του Οντάριο (ΟΗΑ) επικεντρώθηκε στην κατανόηση του αντίκτυπου της πολυπλοκότητας της συμπεριφοράς και των γνωστικών προκαταλήψεων που μπορούν να οδηγήσουν σε πιο αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας με στόχο την ενθάρρυνση συμπεριφορών που μπορούν να οδηγήσουν στη μείωση της εξάπλωσης του COVID-19.

Υπάρχει ένας αριθμός δημοσιευμένων οδηγιών από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα Κέντρα Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων των ΗΠΑ (CDC) και άλλους Οργανισμούς που περιγράφουν την καλή επικοινωνία κινδύνου με βάση τα διδάγματα που αντλήθηκαν από προηγούμενες κρίσεις υγείας, όπως ο Έμπολα και ο Ζίκα (Torpenberg - Pejic et al., 2019).

Ερευνητές στο Πανεπιστήμιο της Βρετανικής Κολομβίας εντόπισαν ορισμένες βασικές αρχές επικοινωνιών για την υγεία που επέτρεψαν σε ορισμένες χώρες να ελέγξουν με επιτυχία την ευρεία μετάδοση του COVID-19 (Tworek et al., 2020). Ο παρακάτω πίνακας (Πίνακας: 9) συνθέτει και συνδυάζει συστάσεις που βασίζονται σε στοιχεία για αποτελεσματική ανταλλαγή μηνυμάτων και επικοινωνία.

Πίνακας 9: Επικοινωνιακές τακτικές για τον Covid-19

Στοιχεία/Αρχές	Μέτρα	Παραδείγματα
Εμπιστοσύνη και Αξιοπιστία	Ναι: - Αναγνώριση της αβεβαιότητας. Εξήγηση τι είναι γνωστό/άγνωστο - Ευλικρίνεια και διαφάνεια. Εξήγηση ποιες ενέργειες γίνονται και γιατί - Χρήση μηχανισμών λογοδοσίας	Η Άνγκελα Μέρκελ, καγκελάριος της Γερμανίας, χρησιμοποίησε την επιστήμη και σαφείς εξηγήσεις για τη μοντελοποίηση ασθενειών συζητώντας για την έξοδο από το lockdown. Ο Κρίστιαν Ντόρστεν, κορυφαίος ιολόγος κορωνοϊού

79

	▪ Στήριξη των μηνυμάτων σε κομιστές ικανούς και ειδικούς στον τομέα ▪ Συνέπεια των μηνυμάτων ▪ Χρήση απλών μηνυμάτων ▪ Διόρθωση της παραπληροφόρησης Αποφυγή: ▪ Υπερβολικής επιβεβαίωσης ▪ Ενθάρρυνσης μη ρεαλιστικών προσδοκιών ▪ Να εφιστάται υπερβολικά η προσοχή στην παραπληροφόρηση	στη Γερμανία και σύμβουλος της Άνγκελα Μέρκελ, ξεκίνησε ένα podcast τον Φεβρουάριο για να εξηγήσει την επιστήμη πίσω από τον ιό και την τελευταία έρευνα. Ο Γενικός Διευθυντής του Νορβηγικού Ινστιτούτου Δημόσιας Υγείας παραδέχτηκε ότι το lockdown ήταν πιθανόν υπερβολικό και ότι το ίδιο αποτέλεσμα θα μπορούσε να είχε επιτευχθεί με λιγότερο περιοριστικά μέτρα. Η Steak-umm, μια μάρκα που πουλάει κατεψυγμένο κρέας σε φέτες, έγινε μια απίθανη πηγή καλής επιστημονικής επικοινωνίας, εκπαίδευσης στον εγγραμματοισμό στα μέσα επικοινωνίας και στην κριτική σκέψη, και στην εξάλειψη της παραπληροφόρησης
Ενσυναίσθηση	Ναι: ▪ Αναγνώριση ανησυχιών, δυσκολιών και έκφραση κατανόησης ▪ Έκφραση ευγνωμοσύνης Αποφυγή: ▪ Να ντροπιάζονται και να κατηγορούνται άτομα και οργανισμοί	Η Nicola Sturgeon, Πρωθυπουργός της Σκωτίας, εκφώνησε μια ομιλία στο Κοινοβούλιο στις 22 Σεπτεμβρίου 2020 με την οποία εξέφραζε την εκφράζει την ευγνωμοσύνη του στον λαό της Σκωτίας για τις συνεχείς θυσίες του.
Αυτονομία και ενδυνάμωση	Ναι: ▪ Παροχή επιλογής στα άτομα μέσα σε ένα σύνολο κατευθυντήριων γραμμών/αρχών ▪ Έκφραση εμπιστοσύνης στις ικανότητες των ανθρώπων ▪ Δώστε στους ανθρώπους πράγματα να κάνουν ▪ Παροχή συγκεκριμένων περιγραφών των επιθυμητών συμπεριφορών	Το British Columbia Centre for Disease Control έθεσε ένα σύνολο αρχών για την ασφαλή κοινωνικοποίηση αντί να επιβάλλει συγκεκριμένους περιορισμούς σε μικρότερες συγκεντρώσεις.

	Αποφυγή: ▪ Πατερναλισμού και υπερβολικού αυταρχισμού ▪ Υπονοιών ότι τα γεγονότα είναι πολύ δύσκολο να κατανοηθούν	
Αξίες, συναισθήματα και ιστορίες	Ναι: ▪ Εστίαση σε μηνύματα αλληλεγγύης, καλοσύνης και αγάπης ▪ Έκκληση στο «συλλογικό» καλό ▪ Συνδυασμός συμπεριφορών με την ταυτότητα των ανθρώπων ▪ Επικέντρωση στους ανθρώπους που υιοθετούν την επιθυμητή συμπεριφορά ▪ Σκιαγράφηση/ιστορίες που ενσωματώνουν τον κίνδυνο ▪ Σεβασμός τις πολιτισμικές πεποιθήσεις/αξίες Αποφυγή: ▪ Να εφιστάται η προσοχή σε ανεπιθύμητες συμπεριφορές ▪ Έκκληση στον φόβο ▪ Στρατιωτικές αναλογίες/μεταφορές που μπορούν να γεννήσουν φόβο και ξενοφοβικό αίσθημα	Τόσο η Γερμανία όσο και η Νότια Κορέα υιοθέτησαν μηνύματα που επικεντρώθηκαν στην αλληλεγγύη και στην ενθάρρυνση της δημόσιας συνεργασίας. Η Σενεγάλη, που κατατάσσεται δεύτερη στον Παγκόσμιο Δείκτη Αντίδρασης του Financial Post COVID-19, έχει αναγνωρίσει κάθε θάνατο και εξέφρασε συλλυπητήρια στις οικογένειες.
Συμμετοχή του κοινού	Ναι: ▪ Συμμετοχή του κοινού στην ευαισθητοποίηση ▪ Χρήση κοιμιστών μηνυμάτων τους οποίους εμπιστεύεται το κοινό-στόχος ▪ Ενίσχυση των δημόσιων φωνών	Στη Νέα Ζηλανδία, η Jacinda Ardern μετέδωσε ζωντανά τις συνομιλίες της με Νεοζηλανδούς πολίτες για να μοιραστεί τις ιστορίες και τις συμβουλές τους στο "Συνομιλίες μέσω του COVID".
Ταχύτητα	Ναι: ▪ Κοινοποίηση πληροφοριών ακριβείας όσο το δυνατόν νωρίτερα ▪ Αναγνώριση ότι οι πρώτες πληροφορίες ενδέχεται να αλλάξουν Αποφυγή:	Η Ταϊβάν ξεκίνησε μια πρώτημη στρατηγική επικοινωνίας που συντονίστηκε από το Central Epidemic Command Center που μείωσε τις αγορές πανικού και αύξησε τις πρακτικές υγιεινής του αναπνευστικού συστήματος

	▪ Να επιτραπεί στην παραπληροφόρηση και στις φήμες να καλύψουν το κενό των πληροφοριών	
Τμηματοποίηση του κοινού	<i>Ναι:</i> ▪ Μηνύματα ευαίσθητα στα δημογραφικά στοιχεία του επιδιωκόμενου στόχου	To British Columbia Centre for Disease Control κυκλοφόρησε μια εκστρατεία που στοχεύει στη νεολαία με την ονομασία Dr. Bonnie Henry's Good Times Guide.
Θεσμοθέτηση	<i>Ναι:</i> ▪ Αποπολιτικοποίηση της επικοινωνίας; για την υγεία ▪ Δημιουργία μονάδας επικοινωνίας πανδημίας ▪ Περιορισμός του αριθμού των ιδρυμάτων/ατόμων που μεταφέρουν μηνύματα	Η Νότια Κορέα έχει δώσει όλο τον έλεγχο επικοινωνίας στα Κορεατικά Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (KCDC) και στο Γραφείο Επικοινωνίας της.

Πηγή: ΟΗΑ, 2020.

Συνοψίζοντας τις προκλήσεις για την επίτευξη αποτελεσματικής επικοινωνίας στην υγεία, ιδίως σε περιόδους κρίσεων, θα λέγαμε ότι πολλοί κοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες μετριάζουν τον αντίκτυπο της επικοινωνίας κατά τη διάρκεια κρίσεων.

- Η επεξεργασία των πληροφοριών επηρεάζεται από το άγχος και την αβεβαιότητα.
 - Οι άνθρωποι μπορεί να μην ακούν, να μην θυμούνται ή να παρερμηνεύουν πληροφορίες.
 - Οι άνθρωποι τείνουν να προσκολλούνται σε πεποιθήσεις και μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να εμπλακούν σε συμπεριφορές με τις οποίες δεν είναι εξοικειωμένοι.
 - Οι άνθρωποι μπορεί να εμφανίζουν «επιβεβαίωση της προκατάληψης» (optimism bias) και να αναζητούν πληροφορίες που υποστηρίζουν τις πεποιθήσεις τους.
 - Το πρώτο μήνυμα τείνει να γίνεται πιο πιστευτό. Οι επόμενες πληροφορίες συγκρίνονται με αυτό το πρώτο μήνυμα.
- Η αντίληψη της απειλής μεταβάλλεται από τον φόβο και άλλα αρνητικά συναισθήματα.
 - Τα μηνύματα που υποκινούν τον φόβο τείνουν να είναι επιτυχή στην παραγωγή μιας επιθυμητής συμπεριφοράς μόνο όταν οι άνθρωποι αισθάνονται μια ισχυρή αίσθηση αποτελεσματικότητας (Bavel et al., 2020).
 - Τα συναισθήματα φόβου μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα άτομα να συμπεριφέρονται ανάρμοστα για να αποφύγουν απειλές (π.χ. ξενοφοβικές επιθέσεις).
 - Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι ερμηνεύουν και προσέχουν τα μηνύματα επηρεάζεται επίσης από την τάση των ανθρώπων να εκδηλώνουν «προκατάληψη

αισιοδοξίας», μια πεποίθηση που οδηγεί τους ανθρώπους να υποθέτουν ότι είναι άτρωτοι και είναι λιγότερο πιθανό να προσβληθούν από τον COVID-19 σε σχέση με τους άλλους (Halpern et al., 2020).

- Η αντίληψη του κινδύνου καθοδηγείται από συναισθήματα και είναι συχνά προκατειλημμένη, οδηγώντας σε κακή λήψη αποφάσεων.
 - Τα συναισθήματα, όπως ο φόβος και η αηδία, αποτελούν τη βάση για τις κρίσεις του κινδύνου - «επηρεάζουν ευρετικά» (affect heuristic) (Finucane et al., 2000). Ο κίνδυνος συχνά γίνεται αντιληπτός ως μεγαλύτερος όταν ένα άτομο είναι φοβισμένο, αλλά υποβαθμίζεται όταν ένα άτομο είναι θυμωμένο.
 - Οι πληροφορίες που μπορούν εύκολα να ανακληθούν, επειδή είναι πρόσφατες ή συναισθηματικά σημαντικές, μπορούν να επηρεάσουν υπερβολικά τις κρίσεις κινδύνου – «ευρετική διαθεσιμότητα» (availability heuristic) (Tversky & Kahneman, 1973).
 - Οι κίνδυνοι που θεωρούνται αποδεκτοί είναι εθελοντικοί, είναι υπό τον έλεγχο ενός ατόμου, έχουν σαφή οφέλη, δημιουργούνται από μια αξιόπιστη πηγή, επηρεάζουν τους ενήλικες και είναι οικείοι (Tunprey et al., 2019).
- Το κοινωνικό πλαίσιο επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο γίνονται αντιληπτά τα μηνύματα και πώς λαμβάνονται οι αποφάσεις.
 - Κάτω από το άγχος, οι άνθρωποι τείνουν προς τη συμπεριφορά της αγέλης, παίρνοντας αποφάσεις με βάση τη συμπεριφορά των άλλων (π.χ., αγορές πανικού, αποθησαύριση) (Kameda & Hastie, 2015).
 - Οι αντιληπτοί κοινωνικοί κανόνες μεταξύ των συνομηλίκων (π.χ. οικογένεια, φίλοι, κοινότητα) επηρεάζουν την πιθανότητα ενός ατόμου να εμπλακεί σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Τα κοινωνικά δίκτυα μπορούν να προωθήσουν τη διάδοση ωφέλιμων αλλά και επιβλαβών συμπεριφορών.
 - Οι πολιτισμικοί κανόνες και η πολιτισμική ταυτότητα επηρεάζουν έντονα τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι λαμβάνουν αποφάσεις, αλλά μπορεί επίσης να αποτελούν τη βάση του κινδύνου ασθένειας. Τα μηνύματα πρέπει να αντιμετωπίζουν τους κινδύνους της κοινότητας (π.χ. δυσανάλογο αντίκτυπο σε φυλετικές κοινότητες) και να πλαισιώνονται με τρόπο που να είναι πολιτιστικά σχετικός με το κοινό-στόχο (Airhihenbuwa et al., 2020)

Η αξιοποίηση της γνωσιακής συμπεριφοράς και της κοινωνικής επιστήμης μπορεί να χρησιμεύσει ως αφετηρία για στρατηγικές επικοινωνίας που στοχεύουν σε συγκεκριμένες αλλαγές συμπεριφοράς (Soofi et al., 2020). Για παράδειγμα, τα μηνύματα που ενισχύουν ότι ένα άτομο που αποτυγχάνει να αποστασιοποιηθεί σωματικά θα προσβληθεί από τον COVID-19 μπορεί να προκαλέσει φόβο, να αυξήσει τον αντιληπτό κίνδυνο, ο οποίος με τη σειρά του μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα του ατόμου να αποστασιοποιηθεί.

Ο βαθμός στον οποίο οι συμπεριφορικές γνώσεις είναι σε θέση να αλλάξουν τη συμπεριφορά στο πλαίσιο του COVID-19 εξακολουθεί να είναι ελάχιστα κατανοητός. Η ώθηση, μια παρέμβαση που περιλαμβάνει χειραγώγηση του περιβάλλοντος προκειμένου

να αλλάξει την επιλογή των ανθρώπων, άλλαξε τις προθέσεις των ανθρώπων, αλλά δεν άλλαξε στην πραγματικότητα τη συμπεριφορά τους (Hume et al., 2020).

Επίλογος

Στο παιχνίδι «χαλασμένο τηλέφωνο», οι παίκτες κάθονται σε κύκλο και ψιθυρίζουν ένα σύντομο μήνυμα, μεταφέροντάς το από το ένα άτομο στο άλλο. Το παιχνίδι συνήθως τελειώνει με το δωμάτιο να ξεσπά σε γέλια όταν το τελευταίο άτομο επαναλαμβάνει αυτό που άκουσε, μόνο για να μάθει ότι το αρχικό μήνυμα έχει παραμορφωθεί μέσω μιας σειράς λανθασμένων επικοινωνιών. Η αποτελεσματική επικοινωνία στην υγεία, σε αντίθεση με το τηλέφωνο, δεν είναι παιχνίδι. Διακυβεύονται πολλά και μάλιστα το σημαντικότερο αγαθό που είναι η υγεία.

Η επικοινωνία είναι αναπόσπαστο στοιχείο σε κάθε δράση που έχει να κάνει με τη δημόσια υγεία. Παρέχει τη βάση για και προηγείται των ενεργειών μεταξύ των ατόμων που αντιμετωπίζουν ή εν δυνάμει αντιμετωπίζουν ένα θέμα υγείας και αυτών που καλούνται να το αντιμετωπίσουν. Ωστόσο, οι επικοινωνιακές στρατηγικές για την υγεία, συνήθως, σχεδιάζονται μετά από κάποιο υγειονομικό ξέσπασμα ή κρίση για να επικουρήσουν επιχειρησιακές αποφάσεις. Ως αποτέλεσμα, το επίκεντρο της επικοινωνίας περιστρέφεται γύρω από την ανάπτυξη μηνυμάτων και τη διάδοση πληροφοριών.

Οι λήπτες/-τριες υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αισθάνονται αρκετά ασφαλείς ώστε να επικοινωνούν ειλικρινά και ανοιχτά με τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας για να λαμβάνουν αποτελεσματικές θεραπείες. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να μεταφέρουν τα σχέδια θεραπείας και την εκπαίδευση για την υγεία με σαφήνεια, προσιτά και με ενσυναίσθηση, ηθικά και υπεύθυνα για την προστασία του απορρήτου των ασθενών, ώστε οι ασθενείς με τη σειρά τους να μοιράζονται πληροφορίες. Οι οργανισμοί και φορείς υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και οι υπεύθυνοι για την χάραξη πολιτικών υγείας θα πρέπει να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν μέτρα ανταποκρινόμενα στα χαρακτηριστικά της κάθε ομάδας-στόχου για να γεφυρώσουν τα κενά επικοινωνίας μεταξύ των ενδιαφερομένων.

Η αποτελεσματική επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να κάνει τη διαφορά ζωής ή θανάτου. Οι διαχειριστές υγείας και άλλοι επαγγελματίες υγείας μπορούν να επωφεληθούν μαθαίνοντας περισσότερα για τους τύπους επικοινωνίας στην υγειονομική περίθαλψη, τα εμπόδια στην επικοινωνία υγείας και τις βασισμένες σε στοιχεία στρατηγικές για αποτελεσματική επικοινωνία στην υγεία σήμερα.

Η επικοινωνία είναι θεμελιώδης για όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, αλλά συχνά είναι προβληματική. Ευτυχώς, οι επαγγελματίες υγείας, τα επιτελικά στελέχη και οι υπεύθυνοι για την χάραξη πολιτική μπορούν να λάβουν μέτρα για να ξεπεράσουν πολλά κοινά εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία στην υγεία.

Η επιδέξια επικοινωνία επιτρέπει στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να δημιουργούν σχέσεις με τους ασθενείς τους, να συζητούν κρίσιμες πληροφορίες για την υγεία τους και να εργάζονται αποτελεσματικά με όλα τα μέλη μιας ομάδας φροντίδας και

το κοινό.

Η αποτελεσματική επικοινωνία στην υγεία ξεκινά με την αναγνώριση της σημασίας του να ακούμε ο ένας τον άλλον. Συλλογικά, οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν πλήθος γνώσεων και τεχνογνωσίας. Αυτή η πηγή παραμένει ανεκμετάλλευτη όταν δεν μοιράζεται με τον κατάλληλο τρόπο μεταξύ των επαγγελματιών, των ασθενών, των υπευθύνων για τη χάραξη πολιτικής και των λοιπών ομάδων ενδιαφερομένων.

Η επιδέξια επικοινωνία είναι απαραίτητη για την υγειονομική περίθαλψη. Η σαφής, ειλικρινής επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και παρόχου ανοίγει το δρόμο για ακριβείς διαγνώσεις και αποφάσεις θεραπείας. Ομοίως, η σαφής, εμπιστευτική επικοινωνία μεταξύ των μελών μιας ομάδας φροντίδας (η οποία συχνά περιλαμβάνει ασθενείς και πολλούς παρόχους) έχει ως αποτέλεσμα την ταχεία και ηθικά παρεχόμενη φροντίδα χωρίς παραβίαση του απορρήτου.

Οι πάροχοι μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αισθάνονται ότι ακούγονται, να απαλύνουν τους φόβους τους και να τους ενθαρρύνουν να αποκαλύπτουν σχετικές πληροφορίες. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που νιώθει αμήχανα για ένα ηβικό εξάνθημα θα αισθάνεται πιο ασφαλής αν το αναφέρει σε έναν πάροχο που γνωρίζει ότι θα τον αντιμετωπίσει με συμπόνια και επαγγελματική συμπεριφορά.

Επιπλέον, κάθε άτομο αξίζει να κατανοήσει την ιατρική φροντίδα που λαμβάνει. Αυτό σημαίνει ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να χρειαστεί να παρέχουν καλύτερη εκπαίδευση με βάση τα πολιτισμικά ή άλλα στοιχεία, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να δώσουν ενημερωμένη συγκατάθεσή τους για θεραπεία.

Σε μάκρο επίπεδο, οι στρατηγικές που βασίζονται σε στοιχεία για την επικοινωνία στην υγεία μπορούν να επιτύχουν μια αποτελεσματική επικοινωνία η οποία να αποφέρει αλλαγή σε υγειονομικές συμπεριφορές με αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας.

Χρήσιμες πηγές

- Abroms, L. C., Schiavo, R., and Lefebvre, R. C. "New Media Cases in Cases in Public Health Communication & Marketing: The Promise and Potential." *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 2008, 2, 3–10. www.casesjournal.org/volume2.
- Adams, J. "Successful Strategic Planning: Creating Clarity." *Journal of Healthcare Information Management*, 2005, 19(3), 24–31.
- Airhihenbuwa, C. O., Iwelunmor, J., Munodawafa, D., Ford, C. L., Oni, T., Agyemang, C., Mota, C., Ikuomola, O. B., Simbayi, L., Fallah, M. P., Qian, Z., Makinwa, B., Niang, C., & Okosun, I. (2020). Culture Matters in Communicating the Global Response to COVID-19. *Preventing Chronic Disease*, 17, E60. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200245>
- Ajzen, I., and Fishbein, M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1980.
- American Heritage Dictionary of the English Language. "Search Term: Public Relations." <http://ahdictionary.com/word/search.html?q=public+relations&submit.x=-1103&submit.y=-210>. 2011.
- American Public Health Association. "Public Health Is ROI. Save Lives, Save Money." American Public Health Association Meeting Blog. Oct. 29, 2012.
- Annulis, H. M., and Gaudet, C. H. "Developing Powerful Program Objectives." In P. P. Phillips (ed.), *ASTD Handbook of Measuring and Evaluating Training*. Alexandria, VA: American Society for Training and Development, 2010.
- Association of Schools of Public Health. ASPH Education Committee. "Master's Degree in Public Health Core Competency Development Project. Version 2.3." May 2007. www.asph.org/userfiles/WordFormat-DomainsandCompetencies Only.doc.
- Babrow, A. "Tensions Between Health Beliefs and Desires: Implications for a Health Communication Campaign to Promote a Smoking-Cessation Program." *Health Communication*, 1991, 3(2), 93.
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A. and Kudelka, A.P. (2000) SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311. <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-30>
- Ball KA. "Communication means participation." *AORN Journal*, 55: 1344-1346.
- Bandura, A. "Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change." *Psychological Review*, 1977, 84, 191–215.

- Bauchner, H., Simpson, L., and Chessare, J. “Changing Physician Behavior.” Archives of Disease in Childhood, 2001, 84(6), 459–462.
- Bavel, J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M. J., Crum, A. J., Douglas, K. M., Druckman, J. N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E. J., Fowler, J. H., Gelfand, M., Bonell, C., Michie, S., Reicher, S., West, R., Bear, L., Yardley, L., Curtis, V., Amlôt, R., & Rubin, G. J. (2020). Harnessing behavioural science in public health campaigns to maintain ‘social distancing’ in response to the COVID-19 pandemic: key principles. Journal of Epidemiology and Community Health, 74(8), 617–619. <https://jech.bmj.com/content/74/8/617>
- Becker, M. H., Haefner, D. P., and Maiman, L. A. “The Health Belief Model in the Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment.” Journal of Health and Social Behaviour, 1977, 18, 348–366.
- Beckman, H.B.; Frankel, R.M. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann. Intern. Med. 1984, 101, 692–696.
- Bertrand, J. T. “Evaluating Health Communication Programmes.” The Drum Beat, no. 302, Communication Initiative. 2005. www.cominit.com/global/content/evaluating-health-communication-programmes.
- Bitcher J and Hahn EG. Understanding the nature of health: New perspectives for medicine and public health, 2016.
- Bok S. Whistleblowing and Professional Responsibility. Στο: Beauchamp T, Bowie N (eds). Ethical Theory and Business (5th edition). New Jersey: Prentice-Hall, 1997, p.328.
- Bray, G. “Medical Consequences of Obesity.” Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2004, 89(6), 2583–2589.
- Centers for Disease Control and Prevention. Foodborne and Diarrheal Diseases Branch. “Safe Water System Manual.” http://hetv.org/India/mh/plan/safewater/manual/ch_7.htm.
- Centers for Disease Control and Prevention. Addressing Emerging Infectious Disease Threats: A Prevention Strategy for the United States. Atlanta, GA: Public Health Service, 1994.
- Colle, R. D., and Roman, R. “A Handbook for Telecenter Staffs.” 2003. <http://ip.cals.cornell.edu/commdev/handbook.cfm>.
- Coffman, J. “Public Communication Campaign Evaluation: An Environmental Scan of Challenges, Criticisms, Practice, and Opportunities.” 2002. www.hfrp.org/evaluation/publications-resources/public-communication-campaignevaluation-an-environmental-scan-of-challenges-criticisms-practice-andopportunities.

- Dahlgren G and Whitehead M, Policies and strategies to promote social equity in health, 1991.
- De Oliveira, D.R.; Shoemaker, S.J. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: Openness and the pharmacist's natural attitude. J. Am. Pharm. Assoc. 2006, 46, 56–66.
- Department of Health and Human Services. "Health Communication." www.health.gov/communication/resources/Default.asp.
- Duhe, S. C. "Editor's Note." In S. C. Duhe (ed.), New Media and Public Relations. New York: Peter Lang, 2007.
- Encarta Dictionary (English, North America). "Search Term: Communication." http://encarta.msn.com/dictionary/_communication.html.
- Epstein, R.M.; Street, R.L., Jr. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering; National Cancer Institute/National Institutes of Health Publication: Bethesda, MD, USA, 2007; Publication 07-6225. Available online: <https://healthcaredelivery.cancer.gov/pcc/monograph.html>
- Evidence-Based Practice and Information Mastery: POEMs and DOEs. Available online: <https://wilkes.libguides.com/c.php?g=191942&p=1266516>
- Finucane, M. L., Alhakami, A., Slovic, P., & Johnson, S. M. (2000). The affect heuristic in judgments of risks and benefits. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13(1), 1–17. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0771\(200001/03\)13:1<1::AID-BDM333>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0771(200001/03)13:1<1::AID-BDM333>3.0.CO;2-S)
- Freimuth, V., Linnan, H. W., and Potter, P. "Communicating the Threat of Emerging Infections to the Public." *Emerging Infectious Diseases*, 2000, 6(4), 337–347
- Green, L. W., and Kreuter, M. W. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. (3rd ed.) Mountain View, CA: Mayfield, 1999.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Walker, A. E., and Thomas, R. E. "Changing Physicians' Behavior: What Works and Thoughts on Getting More Things to Work." *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2002, 22, 237–243.
- Halpern, S. D., Truog, R. D., & Miller, F. G. (2020). Cognitive Bias and Public Health Policy During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 324(4), 337–338. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11623>
- Halpin, H. A., Morales-Suárez-Varela, M. M., and Martin-Moreno, J. M. "Chronic Disease Prevention and the New Public Health." *Public Health Reviews*, 2010, 32, 120–154.
- Health Communication Partnership. "Introduction to Theories of Communication Effects:

- Holzmüller, C.G.; Wu, A.W.; Pronovost, P.J. A Framework for encouraging patient engagement in medical decision making. *J. Patient Saf.* 2012, 8, 161–164.
- Hume, S., John, P., Sanders, M., & Stockdale, E. (2020) Nudge in the Time of Coronavirus: The Compliance to Behavioural Messages during Crisis. SSRN. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3644165>
- Institute of Medicine. Who Will Keep the Public Healthy? Washington, DC: The National Academies Press, 2003.
- Kameda, T. & Hastie, R. (2015). Herd behavior. In Scott, R. A. & Kosslyn, S. M. (Eds), *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences: An Interdisciplinary, Searchable, and Linkable Resource*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118900772.etrds0157>
- Kincaid, D. L. The Convergence Model of Communication. Honolulu: East-West Communication Institute, 1979.
- Kincaid, D. L., Figueroa, M. E., Storey, D., and Underwood, C. Communication and Behavior Change: The Role of Ideation. Baltimore: Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, 2001.
- Krauss, R. M., and Fussell, S. R. “Social Psychological Models of Interpersonal Communication.” In E. T. Higgins and A. W. Kruglanski (eds.), *Social Psychology: Handbook of Basic Principles*. New York: Guilford Press, 1996.
- Kreps, G. L. “Engaging Health Communication.” In T. J. Socha and M. J. Pitts (eds.), *The Positive Side of Interpersonal Communication*. New York: Routledge, 2012a.
- Kreps, G. L. “The Maturation of Health Communication Inquiry: Directions for Future Development and Growth.” *Journal of Health Communication*, 2012b, 17(5), 495–497.
- Lipovetsky G. “Le Crepuscule du devoir.” Gallimard Paris, 1992:180.
- Marvel, M.K.; Epstein, R.M.; Flowers, K.; Beckman, H.B. Soliciting the patient’s agenda: Have we improved? *JAMA* 1999, 281, 283–287.
- McGuire, W. J. “Public Communication as a Strategy for Inducing Health-Promoting Behavioral Change.” *Preventive Medicine*, 1984, 13(3), 299–313.
- National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Making Health Communication Programs Work. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2002.

- Naughton, Cynthia A. "Patient-Centered Communication." *Pharmacy* (Basel, Switzerland) vol. 6,1 18. 13 Feb. 2018, doi:10.3390/pharmacy6010018
- Nelson, A.M. *Improving Patient Satisfaction Now: How to Earn Patient and Payer Loyalty*; Jones & Bartlett Learning: Burlington, MA, USA, 1997.
- Patel, D. "Social Mobilization as a Tool for Outreach Programs in the HIV/AIDS Crisis." In M. Haider (ed.), *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2005.
- Pikoulis, E., Waasdorp, B. S., Leppaniemi, A., and Burris, D. "Hippocrates: The True Father of Medicine." *American Surgeon*, 1998, 64(3), 274–275.
- Prochaska, J., and DiClemente, C. C. "Stages and Process of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51, 390–395.
- Price, A.I.; Djulbegovic, B.; Biswas, R.; Chatterjee, P. Evidence-based medicine meets person-centered care: A collaborative perspective on the relationship. *J. Eval. Clin. Pract.* 2015, 21, 1047–1051.
- Rimal, R. N., and Lapinski, M. K. "Why Health Communication Is Important in Public Health." *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87(4), 247. www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-056713/en.
- Rockefeller Foundation Communication and Social Change Network. "Measuring and Evaluating Communication for Social Change." Communication Initiative. June 2001. www.cominit.com/node/1849.
- Rogers, E. M. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press, 1962.
- Schiavo, Renata. *Health communication: From theory to practice*. Vol. 217. John Wiley & Sons, 2013.
- Schiavo, R. "E-Health: Current Trends, Strategies, and Tools for Online Health Communications." Presented at the Office of Minority Health Resource Center, Rockville, MD, Mar. 24–25, 2009.
- Sengupta, S., and others. "HIV Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: A Systematic Review." *AIDS and Behavior*, 2011, 15(6), 1075–1087.
- Solomon, M. Z. "The Enormity of Task: Support and Changing Practice." *Hastings Center Report*, 1995, 25(6), S28–S32.
- Soofi, M., Najafi, F., & Karami-Matin, B. (2020). *Using Insights from Behavioral Economics*

to Mitigate the Spread of COVID-19. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(3), 345–350. <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00595-4>

- Toppenberg-Pejcic, D., Noyes, J., Allen, T., Alexander, N., Vanderford, M., & Gamhewage, G. (2019). Emergency Risk Communication: Lessons Learned from a Rapid Review of Recent Gray Literature on Ebola, Zika, and Yellow Fever. *Health Communication*, 34(4), 437–455. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1405488>
- Tumpey, A. J., Daigle, D. & Nowak, G. (2019). Communicating during an outbreak or public health investigation. In Rasmussen, S. A. & Goodman, R. A. (Eds), *The CDC Field Epidemiology Manual*. New York: Oxford University Press. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/eis/field-epi-manual/chapters/Communicating-Investigation>.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5(2), 207–232. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(73\)90033-9](https://doi.org/10.1016/0010-0285(73)90033-9)
- Tworek, H., Beacock, I., & Ojo, E. (2020). Democratic Health Communications during Covid-19: A RAPID Response. Vancouver, BC: UBC Centre for the Study of Democratic Institutions, https://democracy2017.sites.olt.ubc.ca/files/2020/09/Democratic-Health-Communication-during-Covid_FINAL.pdf.
- Wang, S. S., Brownell, K. D., and Wadden, T. A. “The Influence of the Stigma of Obesity on Overweight Individuals.” *International Journal of Obesity*, 2004, 28(10), 1333–1337.
- Winslow, Charles-Edward Amory (1920). «The Untilled Field of Public Health». *Modern Medicine* 2: 183–191.
- Witte, K., and Allen, M. “A Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns.” *Health Education and Behavior*, 2000, 27(5), 591–615.
- World Health Organization. Mediterranean Centre for Vulnerability Reduction. “Mobilizing for Action, Communication-for-Behavioural-Impact (COMBI).” 2003. The Communication Initiative. www.comminit.com/combi/content/mobilizing-action-communication-behavioural-impact-combi.
- WHO, The first Ten Years of WHO, Annex Constitution of the WHO, Geneva, 1958.
- Yamey G., Protecting whistleblowers, *British Medical Journal*, 2000;320:70.
- Yaxley, H. “Monitoring and Evaluation.” In A. Theaker and H. Yaxley, *The Public Relations Strategic Toolkit: An Essential Guide to Successful Public Relations Practice*. New York: Routledge, 2013.
- <https://www.oha.com/>

- <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/health-communication-and-health-information-technology?topicid=18>
- Ηγουμενίδης Μ., Βασική Βιοηθική, Δεοντολογία-Νομοθεσία για Επαγγελματίες Υγείας, Broken Hill Publishers-Π.Χ. Πασχαλίδης, 2020
- Καμινιώτη Ο., Τα δεδομένα της αγοράς εργασίας εν μέσω οικονομικής κρίσης, Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού, Άρθρα και Μελέτες, Νο 5, (2012).
- Σαράφης Π. και Μπαμίδης Π., «Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα και Πολιτικές Υγείας», Broken Hill Publishers-Π.Χ. Πασχαλίδης, 2020.
- Σπάρος Λ., «Ιατρικές ειδικότητες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας», ΙΑΤΡΙΚΗ, 1995, τεύχος 68, σ.567-569.
- Φαναριώτη Π. «Επιχειρησιακή επικοινωνία», Σταμούλης, Αθήνα, 1996:23, 45-46.