



Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και οι δυνατότητες βελτίωσης των υποστηρικτικών παρεμβάσεων φροντίδας υγείας

Τσουνής Α.¹, Θεοδοσιάδης Ν.² Σαράφης Π.³

¹Ψυχολόγος MSc, Αναπληρωτής Επιστημονικός Υπεύθυνος Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Θεσ/νίκης-ΟΚΑΝΑ.

²Λγός (ΥΝ), Msc, 401 Γ.Σ.Ν.Α.

³Καθηγητής Εφαρμογών τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λαμίας, MSc, MPH, PhD.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί μια χρόνια ασθένεια με πολλαπλές ιατρικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες, τόσο σε μακρό-κοινωνικό, όσο και σε ατομικό επίπεδο. **Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των πολλαπλών επιπτώσεων της νόσου στη ζωή των ασθενών και του περιβάλλοντός τους και η προσπάθεια αναζήτησης τρόπων αντιμετώπισής τους, που θα λαμβάνει υπόψη όλα τα εμπλεκόμενα μέρη (ασθενείς, επαγγελματίες, σύστημα υγείας). **Μέθοδος:** Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας με τη βοήθεια λέξεων-κλειδιών. **Συμπεράσματα:** Η συνάντηση ενός ατόμου με μια χρόνια νόσο σαν τον Σακχαρώδη Διαβήτη επιφέρει ραγδαίες αλλαγές την καθημερινότητά του. Οι περιορισμοί που αναδεικνύονται στο σύνολο των κοινωνικών του δραστηριοτήτων, οι επιπτώσεις στην ποιότητα των κοινωνικών του επαφών, η ανάπτυξη κλινικής συμπτωματολογίας σε ψυχολογικό επίπεδο, ο κοινωνικός στιγματισμός, οι επιπτώσεις στην αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση προκαλούν σημαντική ψυχοκοινωνική επιβάρυνση. Για την αποτελεσματική τους αντιμετώπιση επιβάλλεται η υλοποίηση ολιστικών παρεμβάσεων από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας και αξιοποίηση του δυναμικού του ίδιου του ασθενή και του περιβάλλοντός του.

Λέξεις-κλειδιά: Σακχαρώδης Διαβήτης, στιγματισμός, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, οικογένεια, επαγγελματίες υγείας.

INTERSCIENTIFIC HEALTH CARE



Psycho-social consequences in everyday life of patients of diabetes mellitus and the potential for the improvement of health-care interventions

Tsounis A.¹, Theodosiadis N.², Sarafis P.³

¹ Psychologist MSc, Deputy Scientific Head of the Centers for the Prevention of Addictions and Promoting Psychosocial Health Municipality of Thessaloniki -OKANA.

² Captain (YN) Msc 401 G.M.H.A

³ Lecturer, Nursing Faculty, TEI Lamia, MSc, MPH, PhD

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus is a chronic illness with multiple medical, psychological, social and economic consequences, both in macro-social and individual level. **Aim:** The aim of the present task is to study the multiple consequences of the illness in patients' and their social environment life and to search for ways of coping that will take into account all the involvement parts (patients, health-professionals, health-care system). **Method:** the methodology which was used included a literature review of Greek and international bibliography with the help of keywords. **Conclusions:** The meeting of an individual with a chronic illness like Diabetes Mellitus brings rapid changes to his/her everyday life. The constraints that emerge in all social activities, the effects on the quality of social contacts, the development of psychological clinical symptoms, the social stigma, the impact on self-image and self-esteem cause significant psychosocial burden. For their effective treatment, holistic interventions on the part of health professionals and exploitation of the potential of the patient's social environment are imposed.

Keywords: Diabetes Mellitus, stigma, psycho-social consequences, family, health-care professionals

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πλειονότητα των νόσων με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος ο σύγχρονος άνθρωπος έχουν χρόνιο χαρακτήρα. Πρόκειται για ασθένειες που στην πλειοψηφία τους δεν έχουν οριστική θεραπεία και που η αντιμετώπισή τους έγκειται στην προσπάθεια ελέγχου των πολλαπλών επιπτώσεών τους (Αγραφιώτης, 2003).

Οι χρόνιοι ασθενείς βιώνουν μια πληθώρα βιολογικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και εμφανίζουν μια μεγάλη ποικιλία και διαφοροποίηση συμπεριφορών.

Μια απ' τις πλέον σοβαρές χρόνιες ασθένειες με τεράστια εξάπλωση στον αναπτυσσόμενο κόσμο αποτελεί ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ). Πρόκειται για μια χρόνια νόσο, η συχνότητα της οποίας τα τελευταία είκοσι χρόνια έχει πενταπλασιαστεί (Wild et al., 2004).

Ο Σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) συνιστά ομάδα μεταβολικών παθήσεων που χαρακτηρίζονται από υπεργλυκαιμία, προερχόμενη απ' την ανεπάρκεια παραγωγής ινσουλίνης, την περιορισμένη δράση της ή των συνδυασμό και των δυο. Αποτελεί κύρια αιτία

καρδιακών προσβολών, εγκεφαλικών επεισοδίων, περιφερικής νευροπάθειας, νεφροπάθειας και αναπηρίας (ADA, 2009).

Η νόσος διακρίνεται σε τρεις κύριες μορφές.

Ο διαβήτης τύπου 1 (πρώην ινσουλινοεξαρτώμενος) αποτελεί το 5% έως 10% των διαγνωσμένων περιπτώσεων και εμφανίζεται κυρίως σε νεαρά άτομα. Προκαλείται απ' την αδυναμία των παγκρεατικών κυττάρων για παραγωγή ινσουλίνης, η οποία χορηγείται καθημερινά εξωγενώς (ADA, 2009).

Ο διαβήτης τύπου 2 αποτελεί το 90% των περιπτώσεων και εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικους. Χαρακτηρίζεται κατά κύριο λόγο από αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης με συνοδό σχετική ανεπάρκεια έκκρισης της, με συνέπεια αρχικά τουλάχιστον οι ασθενείς να μη χρήζουν ινσουλινοθεραπείας. Αν και παρουσιάζει ένα βαθμό κληρονομικότητας, παράγοντες όπως η παχυσαρκία και η έλλειψη φυσικής άσκησης συμβάλουν καταλυτικά στην εκδήλωσή του (ADA, 2009).

Ο διαβήτης τύπου κύησης εμφανίζεται στο 2% έως το 5% των κυήσεων, αλλά εξαφανίζεται μετά την εγκυμοσύνη. Στην εκδήλωσή του συμβάλει το ιστορικό της νόσου και η παχυσαρκία (ADA, 2002).

Τέλος υπάρχουν και άλλοι ειδικοί τύποι διαβήτη οι οποίοι είναι σπανιότεροι και αντιστοιχούν στο 1% έως 2% των περιπτώσεων που έχουν διαγνωστεί. Οι αιτίες του έχουν να κάνουν με συγκεκριμένα γενετικά σύνδρομα (γενετικές λειτουργικές διαταραχές του β-κυττάρου, γενετικές διαταραχές δράσης της ινσουλίνης κ.α.) χειρουργικές επεμβάσεις, μολύνσεις, φάρμακα, υποσιτισμό και διάφορες άλλες ασθένειες (ενδοκρινολογικές κ.α.) (ADA, 2009).

Ο ΣΔ αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Υπολογίζεται ότι το 2000 έπασχαν από τη νόσο 171 εκ. άτομα, ενώ σύμφωνα με μελέτες το 2025 θα αγγίξουν τα 300 και το 2030 τα 366 (Wild et al., 2004). Στην Ευρώπη των 22 το 6,4% των ατόμων 20-79 ετών έπασχαν από ΣΔ το 2011 (OECD, 2012.) Στην Ελλάδα, όπως φάνηκε κατά την ανάλυση δεδομένων της μεγαλύτερης μελέτης επιπολασμού (ATTICA STUDY) για τα έτη 2001-2006, η επίπτωση του ΣΔ ήταν 5,8% για τους άνδρες και 5,2% για τις γυναίκες, με αντίστοιχη ετήσια επίπτωση 1, 16 % και 1, 06% αντίστοιχα (Panagiotakos et al., 2008).

Η φύση και οι επιπλοκές της νόσου συνεπάγονται υπέρογκο κόστος αντιμετώπισης. Μόνο στην Ευρώπη οι υγειονομικές παρεμβάσεις υπερέβησαν τα 90 δις. € το 2011, επιβαρύνοντας σημαντικά του κρατικούς προϋπολογισμούς, ιδιαίτερα σε συνθήκες ύφεσης (OECD, 2012).

Ακολούθως θα γίνει μια προσπάθεια προσέγγισης του ζητήματος των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων του ΣΔ στη ζωή του ατόμου καθώς και των αναγκαίων παρεμβάσεων διαχείρισής τους.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο ΣΔ επιφέρει πολλές και επώδυνες αλλαγές στην καθημερινότητα του ατόμου. Απαιτώντας καθημερινό αυτοέλεγχο της τιμής του σακχάρου, οδηγεί σε ένα αυστηρό διαιτολόγιο, ενώ λόγω σειράς επιπλοκών

που μπορεί να προκαλέσει (κίνδυνος υπογλυκαιμίας κ.α.), επηρεάζεται η συνολική κοινωνική δραστηριότητα του πάσχοντα (Zimmet et al., 2001; Matthews et al., 2009).

Η εξελικτική πορεία της νόσου επηρεάζει το σύνολο των πλευρών της κοινωνικής ζωής ενός ατόμου. Όπως συμβαίνει με όλες τις χρόνιες παθήσεις, ακόμη και αν ο ασθενής στα πρώτα στάδια δεν χάσει τη λειτουργικότητά του, η διακύμανση των συμπτωμάτων (όπου περίοδοι υφέσεων ακολουθούνται από αναζωπύρωση, προκαλώντας συχνά λειτουργικές αναπηρίες) οδηγεί βαθμιαία σε ένα είδος κοινωνικού αποκλεισμού και απομόνωσης. Ο τρόπος ζωής αλλάζει ριζικά, καθώς το άτομο καλείται να αναδιατάξει ουσιαστικά την καθημερινότητά του (Di Matteo & Matin, 2011; Adam & Herzlich, 1999).

Αναμφίβολα οι επιπλοκές του ΣΔ επηρεάζουν την ικανότητα για εργασία. Προβλήματα στην όραση λόγω αμφιβληστροειδοπάθειας θέτουν περιορισμούς στην άσκηση εργασιών που απαιτούν καλή όραση. Η διαβητική νευροπάθεια και αγγειοπάθεια επηρεάζουν την εξάσκηση χειρονακτικών εργασιών που βασίζονται στα κάτω άκρα, ενώ η νεφροπάθεια στο βαθμό που απαιτεί τεχνητό νεφρό περιορίζει τις όποιες δυνατότητες για απασχόληση. Επίσης κατά κανόνα υπάρχουν δυσκολίες στην προσαρμογή σε κυκλικό και εναλλασσόμενο ωράριο. (Καζάκος & Μούσλεχ, 1996).

Ωστόσο η εργασία στις σύγχρονες κοινωνίες αποτελεί κυρίαρχο στοιχείο του προσδιορισμού της ταυτότητας και της εικόνας του εαυτού. Η απώλειά ή η αδυναμία εκτέλεσής της εκτός του ότι φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με πληθώρα προβλημάτων επιβίωσης, πολλές φορές οδηγεί σε μια κατάρρευση στο πεδίο του κοινωνικού, επηρεάζοντας την αίσθηση αυτοεκτίμησης και τον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους άλλους.

Κατά τον ίδιο τρόπο που πλήττεται η ικανότητα για εργασία, επηρεάζεται το σύνολο των κοινωνικών δραστηριοτήτων, αλληλεπιδράσεων και σχέσεων του διαβητικού ασθενή. Εμφανείς είναι οι επιπτώσεις σε απλές δραστηριότητες (ταξίδια, διασκέδαση), ενώ ιδιαίτερα έντονοι είναι οι φόβοι που σχετίζονται με την απώλεια των κοινωνικών επαφών και την εγκατάλειψη απ' την πλευρά των φίλων και των κοντινών ανθρώπων (Schabert et al., 2013).

Το γεγονός αυτό αντανακλάται στην ψυχολογική του επιβάρυνση, η οποία εκδηλώνεται με πλήθος κλινικών συμπτωμάτων.

Όπως έχει διαπιστωθεί, οι διαταραχές της διάθεσης με προεξάρχουσα την κατάθλιψη, είναι συχνές σε άτομα με ΣΔ (Petersen et al., 2006). Υπολογίζεται ότι το 30% των ατόμων με ΣΔ εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ η νόσος εμφανίζεται δυο με τρεις φορές περισσότερο σε διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Anderson et al., 2001; Dziemidok et al., 2011).

Η ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων φαίνεται να σχετίζεται με το φύλο, την οικογενειακή και κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, την παχυσαρκία

και τις αλλαγές στην καθημερινότητα, γεγονός που δείχνει τόσο την πολυεπίπεδη πραγματικότητα των αιτιών που επιδρούν στην εξέλιξη της, όσο και τον πολυεστιακό χαρακτήρα που απαιτεί η θεραπευτική παρέμβαση (Peyrot & Rubin, 1997; Katon et al., 2004).

Εκτός όμως των διαταραχών της διάθεσης και οι αγχώδεις διαταραχές και εκδηλώσεις είναι συχνές σε διαβητικούς ασθενείς. Η ανάγκη για συνεχή αυτοέλεγχο, οι απαιτήσεις συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες και το καθημερινό διαιτολόγιο, καθώς και οι συνέπειες της ασθένειας στο πεδίο των κοινωνικών σχέσεων, δημιουργεί παρατεταμένο στρες και έντονη ψυχολογική επιβάρυνση (Gonder-Frederick et al., 2002).

Η διαδικασία μέσω της οποίας βιώνονται τα κλινικά συμπτώματα του ΣΔ είναι σύνθετη. Επηρεάζεται τόσο απ' την οργανική κατάσταση, όσο και από γνωστικούς, συναισθηματικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι επιπτώσεις οργανώνονται σε ένα σύνολο και ερμηνεύονται σύμφωνα με τις γνωστικές αναπαραστάσεις του ατόμου για την ασθένεια, οι οποίες εξελίσσονται παράλληλα με τη νόσο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Ο ΣΔ επιφέρει επιπτώσεις όχι μόνο στο ίδιο το άτομο αλλά σε όλη την οικογένεια (White et al., 2009). Γι' αυτό και σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. οι παρεμβάσεις φροντίδας σε χρόνιες ασθένειες οφείλουν να συμπεριλαμβάνουν εκτός από το άτομο και την οικογένεια. (WHO, 2002).

Το μέγεθος της συναισθηματικής και υλικής επιβάρυνσης των οικογενειών ατόμων με ΣΔ αποτυπώνεται στα αποτελέσματα της μελέτης **DAWN2™** (Diabetes Attitudes Wishes & Needs). Πρόκειται για μια από τις μεγαλύτερες έρευνες παγκοσμίως στο τομέα της ψυχολογικής διαχείρισης του διαβήτη που πραγματοποιήθηκε σε 17 χώρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της το **63%** των μελών της οικογένειας είναι ανήσυχτοι για το ενδεχόμενο ανάπτυξης σοβαρών επιπλοκών στο μέλλον, το **34%** αναφέρει αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις στον οικογενειακό προϋπολογισμό και το **20%** πιστεύει ότι το μέλος της οικογένειάς με ΣΔ είναι θύμα κοινωνικής διάκρισης. Την ίδια στιγμή το **35%** των ατόμων με διαβήτη αναφέρουν ότι η οικογένειά τους διαφωνεί με τον τρόπο διαχείρισης της ασθένειάς τους, ενώ περίπου το **75%** των μελών της οικογένειας δεν έχει παρακολουθήσει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διαχείριση του διαβήτη, παρόλο που η συμμετοχή της οικογένειας σε παρόμοια προγράμματα είναι ζωτικής σημασίας για την καλή ρύθμιση της ασθένειας (Nicolucci et al., 2013; Peyrot et al., 2013, Bakalis et al., 2014).

Πράγματι το καλό κλίμα, η αποτελεσματική επικοινωνία και διαχείριση των συγκρούσεων στο εσωτερικό της οικογένειας δείχνει να επηρεάζει σημαντικά τη συμμόρφωση του ασθενούς με τις ιατρικές οδηγίες, ενώ συσχετίζεται θετικά με τον αποτελεσματικότερο γλυκαιμικό έλεγχο, που αποτελεί κυρίαρχο θεραπευτικό ζητούμενο (Di Matteo, 2004; Huidobro et al., 2011).

Όπως σε πλήθος χρόνιων νοσημάτων, οι ασθενείς με ΣΔ έρχονται συχνά αντιμέτωποι με τον κοινωνικό στιγματισμό. Το στίγμα σύμφωνα με τον Goffman (2001) καθορίζεται απ' τη διάκριση ανάμεσα στη δυνάμικη κοινωνική ταυτότητα (στερεοτυπες κατηγοριοποιήσεις) και την καθαυτό κοινωνική ταυτότητα (γνωρίσματα που διαθέτει το άτομο) και επέρχεται ως επακόλουθο της ανακολουθίας ανάμεσα στα δυο.

Ασθένειες που οδηγούν σε λειτουργικές αναπηρίες οδηγούν στον στιγματισμό. Αυτός καθορίζεται απ' την έκταση στην οποία τα συμπτώματα αναγνωρίζονται απ' τους διπλανούς, την έκταση στην οποία οι άλλοι είναι ενήμεροι για τη νόσο, το βαθμό παρεμπόδισης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και τις αντιλήψεις των άλλων για την ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει κοινωνικά (Goffman, 2001).

Το σχετικό με την κατάσταση υγείας στίγμα αποτελεί μια αρνητική κοινωνική κρίση που βασίζεται στα χαρακτηριστικά και τις μειονεξίες μιας συγκεκριμένης κατάστασης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη αίσθησης αποκλεισμού, την δημιουργία αισθημάτων ενοχής, την καλλιέργεια του φόβου της απόρριψης και την μείωση της αυτοεκτίμησης (Weiss et al., 2006).

Στο βαθμό που τα άτομα και η κοινωνία συνολικά δεν γνωρίζουν τη φύση ορισμένων παθήσεων αντιδρούν βάσει στερεοτύπων, τα οποία καθορίζουν το πολιτισμικό μόρφωμα και οι κοινωνικές αναπαραστάσεις. Ωστόσο τόσο η αντίληψη του πάσχοντος, όσο και η αντιμετώπιση απ' τους γύρω του, επιδρούν στην προσαρμογή στη συνθήκη της νόσου και στη διαχείρισή της, επιφέροντας συχνά πρόσθετες δυσκολίες που υπερβαίνουν την οργανική βλάβη και διεισδύουν στο πεδίο του κοινωνικού (Goffman, 2001; Searle et al., 2007).

Η αλήθεια είναι πως ενώ ο κοινωνικός στιγματισμός ως απότοκο μιας κατάστασης υγείας έχει μελετηθεί αρκετά σε ορισμένες ασθένειες όπως το AIDS, στην περίπτωση του ΣΔ δεν υπάρχουν πολλά ερευνητικά δεδομένα. Ωστόσο μελέτες σε πληθυσμό διαβητικών έχουν δείξει πως οι ίδιοι συχνά αισθάνονται να αντιμετωπίζονται μέσα από αρνητικά στερεότυπα συνδεδεμένα με τις δυνατότητες τους να «ζουν κανονικά», στοιχείο που αναπαράγει αρνητικά συναισθήματα, όπως μοναξιά και ντροπή (Browne et al., 2013; Schabert et al., 2013).

Εντονότερο είναι το φαινόμενο στην περίπτωση που ο ΣΔ συνοδεύεται από παχυσαρκία. Τα κοινωνικά στερεότυπα γύρω απ' την παχυσαρκία σχετίζονται με την οκνηρία και την έλλειψη αυτοελέγχου και θέλησης, οδηγώντας σε ένα «συμβολικό ρατσισμό» που προκαλεί στο άτομο μείωση της αυτοεκτίμησης και ανάπτυξη συναισθημάτων ενοχής. Έτσι υπό το βάρος της ανάγκης προσαρμογής σε μια νέα δύσκολη πραγματικότητα που επιφέρει η ασθένεια, συχνά οι υπέρβαροι ασθενείς βιώνουν εντονότερες δυσκολίες στην ανταπόκριση στις απαιτήσεις της θεραπείας καθώς και εντονότερο το συναίσθημα της αποτυχίας προσαρμογής στις αλλαγές (Teixeira & Budd, 2010).

Γίνεται λοιπόν κατανοητό πως στο πλαίσιο των παρεμβάσεων αντιμετώπισης και διαχείρισης της νόσου πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η ψυχολογική επιβάρυνση του ασθενούς και οι δυσκολίες που ανακύπτουν σε κοινωνικό επίπεδο, καθώς αποτελούν κρίσιμες παραμέτρους της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, την οποία μπορούν να ενισχύσουν ή να

μπλοκάρουν. Σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των παραπάνω καλούνται και μπορούν να διαδραματίσουν αφενός οι επαγγελματίες υγείας και αφετέρου οι ίδιοι οι ασθενείς

Πίνακας 1. Ψυχοκοινωνικές Συνέπειες στη Ζωή Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη.

Κυριότερες Επιπτώσεις	Πηγή
Περιορισμός της ικανότητας για εργασία	(Καζάκος & Μούσλεχ, 1996).
Φόβος κοινωνικής απόρριψης, απώλειας κοινωνικών επαφών	(Schabert et al., 2013).
Περιορισμοί στη δυνατότητα για ταξίδια, μετακινήσεις	(Browne et al., 2013).
Μείωση της αυτοεκτίμησης	(Schabert et al., 2013; Browne et al., 2013).
Αρνητική Αυτοεικόνα	(Schabert et al., 2013).
Ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας	(Petersen et al., 2006; Anderson et al., 2001; Katon et al., 2004; Dziemidok et al, 2011).
Αγχώδεις Διαταραχές	(Gonder-Frederick et al., 2002; Dziemidok et al, 2011)
Κοινωνικός Στιγματισμός, φόβος αποκλεισμού	(Nicolucci et al., 2013; Teixeira & Budd, 2010; Browne et al., 2013)
Συναισθηματική και υλική επιβάρυνση του οικογενειακού πλαισίου	(Nicolucci et al., 2013; Peyrot et al., 2013)

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του ΣΔ διακρίνονται σε τροποποιήσιμους (παχυσαρκία, κακή διατροφή, υψηλή χοληστερόλη) και μη τροποποιήσιμους (οικογενειακό ιστορικό, ηλικία). Συνεπώς ο στρατηγικός σχεδιασμός αντιμετώπισής του πρέπει να στοχεύει τόσο στην πρόληψη (παρεμβαίνοντας ουσιαστικά στους πρώτους), όσο και στη θεραπεία (ΕΚΕΔΙ, 2012).

Σε ότι αφορά στις δομές, την παρούσα στιγμή στη χώρα μας λειτουργούν 61 Εξωτερικά Διαβητολογικά Ιατρεία και 19 Διαβητολογικά Κέντρα. Επίσης το τελευταίο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη και την Αντιμετώπιση του ΣΔ προβλέπει τέσσερις άξονες δράσης (ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, εκπαίδευση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας και στους εκπαιδευτικούς που υλοποιούν δράσεις αγωγής υγείας στο σχολείο, βελτίωση και έλεγχος των δομών υγείας και επιδημιολογική καταγραφή και ανάπτυξη) (ΕΚΕΔΙ, 2012).

Αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική πρόκληση σε μια εποχή δημοσιονομικών περικοπών και αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών υγείας να δοθεί έμφαση στη

διατήρηση του δικτύου των υπηρεσιών, δεδομένου τόσο του βαθμού επιπολασμού, όσο και επίπτωσης της ασθένειας. Συνάμα σε καμία περίπτωση δεν δικαιολογείται η οποιαδήποτε σκέψη για φραγμούς στην ανάπτυξη και επέκταση των δομών, χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει ότι πρέπει να στερείται κριτηρίων οικονομικής αποδοτικότητας και θεραπευτικής αποτελεσματικότητας.

Η πρόληψη του ΣΔ πρέπει να στοχεύει τόσο στο γενικό πληθυσμό μέσα από ενημερωτικά προγράμματα, όσο και σε ευπαθείς ομάδες μέσα από ειδικές και εστιασμένες παρεμβάσεις.

Στη θεραπεία ιδιαίτερο βάρος πρέπει να δοθεί στα πεδία της εκπαίδευσης των ασθενών, με στόχο την ενεργό συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση της νόσου και του αναπροσανατολισμού των επαγγελματιών, με στόχο την ολιστική θεραπευτική προσέγγιση.

Ο ΣΔ αποτελεί μια χρόνια ασθένεια, ο έλεγχος της οποίας προϋποθέτει την καλή συνεργασία γιατρού-ασθενούς, η οποία είναι σε θέση να βελτιστοποιήσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ένα απ' τα πιο σημαντικά πράγματα που οφείλει να κάνει ένας επαγγελματίας υγείας, προκειμένου να

συμβάλει στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης, είναι η κατανόηση και ερμηνεία των λανθασμένων αντιλήψεων των διαβητικών για την ασθένειά τους. Η διόρθωση εσφαλμένων αντιλήψεων και η παροχή σωστής και ολοκληρωμένης πληροφόρησης, μέσα από μια εξατομικευμένη προσέγγιση που θα λαμβάνει υπόψη τις ιδιαιτερότητες του ασθενούς, μπορεί να συμβάλει θετικά στη συμμόρφωση με την ιατρική αγωγή και την περεταίρω θετική έκβαση (Lavery & Armstrong, 2007).

Ο γιατρός και το υπόλοιπο θεραπευτικό προσωπικό πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη το γεγονός ότι η κατανόηση των συμπτωμάτων απ' την πλευρά του πάσχοντα δεν εξαντλείται στη βάση των κατηγοριών της ιατρικής γνώσης. Ο ασθενής και το περιβάλλον του, έχουν απ' την πλευρά τους ένα ξεχωριστό ερμηνευτικό μοντέλο που καθορίζει την αντίδραση απέναντι στην ασθένεια και την προσαρμογή σ' αυτή (Carrillo et al., 1999).

Συνεπώς έχει μεγάλη σημασία, καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, ο επαγγελματίας υγείας να προσπαθεί να κατανοήσει σε βάθος τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον ενσωματώνουν την εμπειρία της νόσου. Το γεγονός ότι οι οργανικές επιπτώσεις έχουν καθολικό χαρακτήρα δεν αναιρεί τη διαφορετική στάση απέναντι σ' αυτές, η οποία ωστόσο είναι καθοριστική για την προσαρμογή στις απαιτήσεις της θεραπείας (Khunti et al., 2008; Searle et al., 2007).

Σημείο κλειδί στην επιτυχία του θεραπευτικού αποτελέσματος θεωρείται η εφαρμογή προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης της νόσου (self-management). Μέσω των συγκεκριμένων παρεμβάσεων ενισχύεται η κατανόηση της πορείας της ασθένειας και των επιπλοκών και μπαίνουν ειδικοί στόχοι με απώτερο σκοπό την εκπαίδευση των ασθενών στην αυτονομία, στοιχείο που ενισχύει την αυτοεκτίμηση τους και τη συνεργασία με τους οικείους, στους οποίους συχνά νιώθουν ότι γίνονται βάρος (Cavan, 2010; White et al., 2009).

Η εφαρμογή συγκεκριμένων πρωτόκολλων εστιασμένων παρεμβάσεων βραχείας εκπαίδευσης αλλά και η υιοθέτηση αποτελεσματικών τεχνικών τους σε μεγαλύτερη χρονική κλίμακα είναι σε θέση να συμβάλει θετικά στο κλινικό έργο, τη θεραπευτική σχέση και το τελικό αποτέλεσμα.

Έρευνες αξιολόγησης διαφόρων μοντέλων ανάλογων παρεμβάσεων στο εξωτερικό έχουν δείξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Μοντέλα όπως το BITES (BRIEF Intervention in Type 1 Diabetes Education for Self-Efficacy) έχουν καταδείξει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εφαρμογή τους και την προσαρμογή στις θεραπευτικές απαιτήσεις, ιδιαίτερα όταν περιλαμβάνουν στο σχεδιασμό τους και την οικογένεια (George et al., 2008).

Ωστόσο στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί πως, ενώ αντίστοιχες παρεμβάσεις στο άτομο και την οικογένεια έχουν συσχετιστεί σε μεγάλο βαθμό θετικά με τον μεταβολικό έλεγχο στο ΣΔ τύπου 1, δεν υπάρχουν επαρκή ερευνητικά δεδομένα

αποτελεσματικότητας στην περίπτωση του ΣΔ τύπου 2 (Armour et al., 2005).

Παρόλα αυτά η υποστήριξη του ασθενούς απ' την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον φαίνεται να επιδρούν θετικά στην σταδιακή υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας. Συνεπώς η ενδυνάμωση του περιβάλλοντος του πάσχοντος έμμεσα ενισχύει τον ίδιο, στο βαθμό που η οικογένεια ενσωματώνει στην υποστηρικτική φροντίδα θετικές και αποτελεσματικές τεχνικές (Zhang et al., 2007; Rosland et al., 2010).

Εξάλλου οι επιπτώσεις στους φροντιστές και συνοδοιπόρους ενός χρόνιου ασθενή είναι τέτοιες που η και η δική τους υποστήριξη επιβάλλεται. Η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας δεν επιφέρει αλλαγές μόνο στην καθημερινότητα του ατόμου που νοσεί, αλλά και στους κοντινούς του ανθρώπους, των οποίων η ζωή γίνεται πολλές φορές το ίδιο δύσκολη (White, et al., 2009).

Σημαντικό στοιχείο της εκπαίδευσης του ασθενούς αποτελεί ο τρόπος που μεταφέρονται τα μηνύματα. Οι εντολές και συχνές απαγορεύσεις συχνά προκαλούν δυσαρέσκεια στο άτομο και απροθυμία να αποδεχθεί και να ενσωματώσει πληροφορίες και να συμμορφωθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Είναι προτιμότερη η πρόταση εναλλακτικών λύσεων σε κάθε ειδικό ζήτημα και η μεταφορά μηνυμάτων με τη μορφή της παρότρυνσης προς τον ασθενή, ώστε να υπάρξει αίσθημα ελευθερίας και αυτονομίας, στοιχεία κρίσιμα για την ενδυνάμωσή του (Πολυκανδριώτη & Καλογιάννη, 2009).

Σημείο κριτικό για την επιτυχία μιας θεραπευτικής παρέμβασης αποτελεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και η αύξηση της ικανοποίησης του απ' την θεραπευτική παρέμβαση. Η ικανοποίηση των ασθενών επιφέρει τεράστιο όφελος στη διευκόλυνση της διαδικασίας της ιατρικής θεραπείας (Bellack & O'Neil, 2000). Ωστόσο συχνά οι ασθενείς λόγω της τάσης για κοινωνική συμμόρφωση ή της εξάρτησης απ' τους επαγγελματίες δυσκολεύονται να εκφράσουν ευθέως τη μη ικανοποίησή τους, γεγονός που μπλοκάρει τη θεραπευτική σχέση, οδηγώντας στην αδυναμία κατανόησης και αποδοχής των ιατρικών οδηγιών και απροθυμία έκφρασης των ουσιαστικών τους αναγκών (Bond & Thomas, 1992).

Για την υπέρβαση των εμποδίων στην επικοινωνία επαγγελματία υγείας-ασθενούς, απαιτούνται λεπτές κοινωνικές δεξιότητες και εξατομικευμένη προσέγγιση του πάσχοντα, απαλλαγμένη από στερεότυπα και προκαταλήψεις. Στην κατεύθυνση αυτή θα μπορούσε να συμβάλει καταλυτικά η συνεχιζόμενη ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των επαγγελματιών σε αποτελεσματικές μεθόδους και τεχνικές προσέγγισης των ασθενών, κατά τη διάρκεια της κλινικής πράξης.

Η καλή επικοινωνία χτίζεται απ' τη στιγμή της διάγνωσης. Η εύρεση του κατάλληλου χώρου και η διάθεση του απαραίτητου χρόνου συζήτησης με τον ασθενή μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στο χτίσιμο της θεραπευτικής σχέσης. Επίσης η προσαρμογή της επικοινωνίας στη βάση του εκπαιδευτικού επιπέδου του ασθενούς και με τρόπο που θα λαμβάνει υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του (φύλο, ηλικία,

εθνικότητα, πολιτισμικά χαρακτηριστικά), μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη σχέση ειδικού-ασθενούς, συμβάλλοντας στην επιτυχία της κλινικής παρέμβασης (Clayton et al., 2008).

Σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των ατόμων με ΣΔ διαδραματίζουν και οι σύλλογοι ασθενών, καθώς και οι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις στήριξης των ίδιων και των οικογενειών τους. Στην Ελλάδα οι φορείς με τη μεγαλύτερη μαζικότητα στο συγκεκριμένο πεδίο είναι η Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων-Συλλόγων Ατόμων με ΣΔ (Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.ΔΙΑ) και η Ελληνική Ομοσπονδία για τον Διαβήτη (ΕΛ.Ο.ΔΙ.), ενώ δραστηριοποιείται επίσης σειρά μικρότερων φορέων, όπως η Πανελλήνια Ένωση κατά του Νεανικού Διαβήτη και πλήθος τοπικών οργανώσεων.

Ο ρόλος των συγκεκριμένων κινήσεων στην επίλυση συλλογικών και ατομικών προβλημάτων είναι κρίσιμος. Παρέχουν συνεχή πληροφόρηση μέσα από οργανωμένες ιστοσελίδες, ενημερωτικές εκστρατείες και εκδόσεις περιοδικών και αναδεικνύουν συλλογικά επιμέρους ζητήματα που αφορούν στις αδυναμίες του ασφαλιστικού και υγειονομικού συστήματος. Επίσης ασκούν πιέσεις, διεκδικώντας νομοθετικές ρυθμίσεις, ενώ απαντώντας σε πλήθος ειδικών ερωτημάτων, λειτουργούν ως σημαντικός πυλώνας στήριξης στην καθημερινότητα. Τέλος δίνοντας φωνή στο μεμονωμένο άτομο συμβάλουν στην καταπολέμηση και άρση του κοινωνικού στιγματισμού.

Συνεπώς η συμβολή τους είναι διττή. Απ' τη μια, μέσω της θεσμικής τους παρουσίας, αποτελούν

συλλογική έκφραση ενός πληθυσμού με συγκεκριμένα προβλήματα. Απ' την άλλη μέσω πρακτικής πληροφόρησης και συστηματικής ψυχοκοινωνικής στήριξης ανακουφίζουν συναισθηματικά τους ασθενείς και τους φροντιστές τους.

Μια ιδιαίτερη μορφή συσπείρωσης που εμπεριέχει την ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς είναι και οι ομάδες αυτοβοήθειας. Πρόκειται για ομάδες ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποιο κοινό πρόβλημα που προσπαθούν να το ξεπεράσουν μέσω αλληλοϋποστήριξης και ενδυνάμωσης. Σήμερα παγκοσμίως υπάρχουν πολλοί τύποι ομάδων που συγκροτούνται από άτομα με προβλήματα εξάρτησης, αναπηρίες, χρόνιες σωματικές ασθένειες κ.α. (Borkman, 1996).

Σε χώρες του εξωτερικού όπως η Μ. Βρετανία υπάρχουν αντίστοιχες ομάδες ατόμων με ΣΔ, οι οποίες παρουσιάζουν σημαντική εξάπλωση και δικτύωση. Στην Ελλάδα τα κινήματα αυτοβοήθειας περιορίζονται κυρίως στις ομάδες των Ανωγύμων Нарκομανών και Αλκοολικών και των Οικογενειών τους. Η εμφάνιση ωστόσο τα τελευταία χρόνια και άλλων ομάδων όπως των Ανώγυμων Υπερφάγων δείχνει πως πρόκειται για κινήσεις που επεκτείνονται και επομένως δεν είναι απίθανο να παρουσιάσουν πιο συστηματική συγκρότηση και για ζητήματα όπως ο ΣΔ. Στην περίπτωση αυτή ανάλογες δράσεις πρέπει να τύχουν της υποστήριξης των επίσημων δικτύων σχεδιασμού και παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.

Πίνακας 2. Παρεμβάσεις Βελτίωσης Υποστήριξης Διαβητικών Ασθενών

Υπηρεσίες Φροντίδας (Προτεραιότητες Υγειονομικού Σχεδιασμού)	Ο Ρόλος των Επαγγελματιών Υγείας	Ο Ρόλος των Συλλόγων Ασθενών και των Οικογενειών τους
Διατήρηση υπαρχόντων δομών - Στοιχειωμένη ανάπτυξη νέων υπηρεσιών	Ολιστική προσέγγιση του ασθενούς βάσει του βίο-ψυχοκοινωνικού μοντέλου	Συμμετοχή στην ενημέρωση του κοινού
Πρόληψη (παρεμβάσεις στο γενικό πληθυσμό, εστιασμένες δράσεις σε ομάδες υψηλού κινδύνου)	Κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ο ασθενής ενσωματώνει την εμπειρία της νόσου	Ανάδειξη προβλημάτων των ασθενών και άσκηση πίεσης επίλυσής τους
Εκπαίδευση επαγγελματιών	Προσπάθεια ερμηνείας και διόρθωσης των εσφαλμένων αντιλήψεων του ασθενούς	Συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους
Ανάπτυξη προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης της νόσου, επέκταση εφαρμογής επιτυχημένων πρωτοκόλλων)	Προσαρμογή της επικοινωνίας στο επίπεδο του ασθενούς	Ανάπτυξη Κινήσεων Αυτοβοήθειας
Λειτουργική διασύνδεση υπηρεσιών με συλλόγους και κινήσεις ασθενών	Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης	Έμφαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση του ΣΔ συνοδεύεται από σημαντικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου. Οι περιορισμοί στο πεδίο της εργασίας και πλήθους άλλων κοινωνικών δραστηριοτήτων, οι συνέπειες στην αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση, οι αυξημένες πιθανότητες για ανάπτυξη αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ο φόβος του αποκλεισμού, ο κοινωνικός στιγματισμός και η γενικότερη συναισθηματική και υλική επιβάρυνση του πάσχοντα και της οικογένειάς του, οριοθετούν ένα μεγάλο εύρος ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων.

Δεδομένης της υψηλής συχνότητας εμφάνισης της νόσου καθώς και των πολλαπλών συνεπειών της, γίνεται κατανοητό πως η αντιμετώπισή της πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα στη χάραξη εθνικής πολιτικής υγείας.

Η διαφύλαξη των θεραπευτικών δομών αποτελεί σημαντικό στοιχείο, ιδιαίτερα σήμερα όπου η δημοσιονομική προσαρμογή οδηγεί σε περιστολή των δαπανών.

Ο συνδυασμός της διόγκωσης των υγειονομικών προβλημάτων και των δημοσιονομικών περιορισμών αποτελεί εκρηκτική συνθήκη. Ωστόσο στο βαθμό που η επέκταση των υπηρεσιών κρίνεται αναγκαία πρέπει να συντελείται, στη βάση ορθολογικών κριτηρίων με στοχευμένη κατανομή των πόρων.

Ιδιαίτερο βάρος πρέπει να δοθεί στις πολιτικές πρόληψης, είτε αφορούν στην ενημέρωση, είτε στην έγκαιρη διάγνωση. Το γεγονός ότι η εξάπλωση του ΣΔ σχετίζεται με τον τρόπο ζωής, επιβάλλει τις παρεμβάσεις τροποποίησης των συγκεκριμένων παραγόντων μέσα από ολοκληρωμένα προγράμματα πληροφόρησης και αγωγής υγείας, που αφενός επιδρούν στις συνήθειες του πληθυσμού και αφετέρου συμβάλλουν στην άμβλυση του κοινωνικού στιγματισμού και αποκλεισμού, μέσω της καλύτερης γνώσης των χαρακτηριστικών της ασθένειας και των δυνατοτήτων θεραπείας.

Αναγκαία είναι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας με στόχο την ολιστική προσέγγιση και παρέμβαση, ώστε η αντιμετώπιση της ασθένειας να εντάσσεται στο πλαίσιο ενός θεραπευτικού συνεχούς.

Έμφαση πρέπει επίσης να δοθεί στην ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης των ασθενών, που λειτουργούν θετικά στην ενδυνάμωση και την ενεργητική συμμετοχή τους, αυξάνοντας την τελική θεραπευτική εκροή.

Στήριξη χρειάζονται και οι φροντιστές των ασθενών. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός πρέπει να περιλαμβάνει την υποστήριξη όλης της οικογένειας.

Τέλος σημαντικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν οι σύλλογοι των ασθενών και των οικογενειών τους, ανεξαρτήτως αν πρόκειται κινήσεις με θεσμικό ή άτυπο χαρακτήρα. Ο υγειονομικός σχεδιασμός πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ύπαρξη και τη λειτουργία κινήσεων που λειτουργούν ως σημαντικό και εμπράγματο δίκτυο καθημερινής υποστήριξης και να επιδιώκει την λειτουργική διασύνδεση και συνεργασία μαζί του. Ιδιαίτερα σε μια εποχή που κανένας πόρος, υλικός ή μη, δεν περισεύει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγραφιώτης Δ. (2003) *Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία. Τόποι και τρόποι σύμπλεξης*, Τυτρωθήτω, Αθήνα.
- Adam P., Herzlich C. (1999) *Η Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής*, ΕΑΠ, Πάτρα.
- American Diabetes Association (2009) "Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus", *Diabetes Care*, 32 [Suppl 1], : S62-S67.
- American Diabetes Association (2002) "Gestational Diabetes Mellitus", *Diabetes Care*, 25: 94-96.
- Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E., Lustman P.J. (2001) "The prevalence of co-morbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis", *Diabetes Care*, 24:1069–1078.
- Armour T.A., Norris S.L., Jack L. Jr., Zhang X., Fisher L. (2005) "The effectiveness of family interventions in people with diabetes mellitus: a systematic review", *Diabet Med.*, 22: 1295–305.
- Bakalis V., Malliarou M., Theofilou P., Zyga S. (2014) "Improvement of diabetic patients nursing care by the development of educational programmes", *Health Psychology Research*, 2:931 DOI: <http://dx.doi.org/10.4081/hpr.2014.931>
- Bellack J.P., O'Neil E.H. (2000) "Recreating Nursing Practice for a New Century: Recommendations and Implications of the Pew Health Professions. Commissions Final Report", *Nursing and Health Care Perspectives*, 21(1):14-21.
- Bond S., Thomas L.H. (1992) "Measuring Patients' Satisfaction with Nursing Care", *Journal of advanced Nursing*, 17, 52-56.
- Borkman T. (1996). "A selective look at self-help groups in the United States", *Health and Social Care in the Community*, 5(6):357-364.
- Browne J.L., Ventura A., Mosely K., Speight J. (2013) "I call it the blame and shame disease': a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes", *BMJ*, 18;3 (11):e003384. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003384.
- Carrillo J. E., Green A. R., Betancourt J. R., (1999) "Cross-Cultural Primary Care: A Patient-Based Approach", *Annals of Internal Medicine*, 130 (10): 829-834.
- Cavan D. A. (2010) "Structuring Diabetes Services to Support Self-management. A Report from the Diabetes Education Network Steering Group", *EDN Spring 7*(1): 38-39.
- Clayton J. M., Hancock K., Parker S., Butow P. N., Walder S., Carrick S., Currow D., Ghersi D., Glare P., Hagerty R., Olver I. N., Tattersall M. H. (2008) "Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review", *Psycho-Oncology*, 17:641–659.
- Di Matteo M.R. (2004) "Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis", *Health Psychol.*, 23:207-218.
- Di Matteo M. R., Martin L. R. (2011) *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*, Πεδίο, Αθήνα.
- Dziemidok P, Makara-Studzińska M., Jarosz M.J. (2011) "Diabetes and depression: a combination of civilization and life-style diseases is more than simple problem adding - literature review", *Ann Agric Environ Med.*, 18(2):318-22.
- Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδους Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.) (2012) Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη και την Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη και των Επιπλοκών του, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.
- George J.T., Valdovinos A.P., Russell I., Dromgoole P., Lomax S., Torgerson, D. J., Wells T. J., Thow C.(2008) "Education and Psychological Care Clinical effectiveness of

- a brief educational intervention in Type 1 diabetes: results from the BITES (Brief Intervention in Type 1 diabetes, Education for Self-efficacy) trial", *Diabetic Medicine*, 25 : 1447–1453.
- Goffman E. (2001) *Στίγμα. Σημειώσεις για τη Διαχείριση της Φθαρμένης Ταυτότητας*, Εκδ: Αλεξάνδρεια , Αθήνα.
- Gonder-Frederick L., Cox D. J., Ritterband L. M. (2002) "Diabetes and Behavioral Medicine: The Second Decade", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ; 70 (3) : 611-25.
- Huidobro D.G., Marcela Bittner M., Brahm P., Puschel K. (2011) "Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial", *Family Practice*, 28:4–11.
- Καζάκος Κ., Μούσλεχ Τ. (1996) "Ο Διαβητικός Ασθενής στην Εργασία του", *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 9(2) :113-117.
- Katon W., Von Korff M., Ciechanowski P., Russo J., Lin E., Simon G., Ludman E., Walker E., Bush T., Young B. (2004) "Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes", *Diabetes Care* 27:914 – 920.
- Khunti K., Skinner T.C., Heller S., Carey M.E., Dallosso H.M., Davies M.J. (2008) "Education and Psychological Care Biomedical, lifestyle and psychosocial characteristics of people newly diagnosed with Type 2 diabetes: baseline data from the DESMOND randomized controlled trial", *Diabetic Medicine*, 25:1454–1461.
- Lavery L.A., Armstrong D.G. (2007) "Temperature Monitoring to Assess, Predict, and Prevent Diabetic Foot Complications", *Curr Diab Re.* 7(6):46- 9.
- Matthews S.M. , Peden A.R., Rowles G.D. (2009) "Patient Provider communication: Understanding diabetes management among adult females", *Patient Education and Counseling*, 76:31–37.
- Nicolucci A., Kovacs Burns K., Holt R.I., Comaschi M., Hermanns N., Ishii H., Kokoszka A., Pouwer F., Skovlund S.E., Stuckey H., Tarkun I., Vallis M., Wens J., Peyrot M.; DAWN2 Study Group (2013) "Diabetes Attitudes, Wishes and Needs Second Study (DAWN2™): Cross-national Benchmarking of Diabetes-related Psychosocial Outcomes for People with Diabetes", *Diabet Med.*, 30(7) :767-777.
- OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.
- Διαθέσιμο σε : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en> [Εύρεση 25/10/2013].
- Panagiotakos D.B., Pitsavos C., Skoumas Y., Lentzas Y., Stefanadis C. (2008) "Five-year incidence of type 2 diabetes mellitus among cardiovascular disease-free Greek adults: Findings from the ATTICA study", *Vasc. Health Risk Management*, 4(3): 691–698.
- Παπαδάτου Δ. Αναγνωστόπουλος Φ. (1995) *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας* Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Petersen T., Iosifescu D.V., Papakostas G.I., Shear D.L., Fava M. (2006) "Clinical characteristics of depressed patients with co morbid diabetes mellitus", *Int Clin Psychopharmacol.* 21(1):43- 47.
- Peyrot M., Burns K.K., Davies M., Forbes A., Hermanns N., Holt R., Kalra S., Nicolucci A., Pouwer F., Wens J., Willaing I., Skovlund S.E. (2013) "Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): a multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care", *Diabetes Res. Clin. Pract.*, 99(2):174-84.
- Peyrot M., Rubin R.R, (1997) "Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults", *Diabetes Care*, 20:585–590.
- Πολυκανδριώτη Μ., Καλογιάννη Α. (2009) "Εκπαίδευση Ασθενών με Διαβητικό Πόδι", *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(2) :107-119.
- Rosland A.M., Heisler M., Choi H. J., Silveira M.J., Piette J. D. (2010) "Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? ", *Chronic Illness*, 6: 22.
- Schabert J., Browne J.L., Mosely K., Speight J. (2013) "Social stigma in diabetes: a framework to understand a growing problem for an increasing epidemic", *Patient*, 6 :1–10.
- Searle A., Norman P., Thompson R., Vedhara K. (2007) "Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: Relationships with self-management behaviors", *Journal of Psychosomatic Research*, 63 175– 184.
- Teixeira M. M., Budd G. M. (2010) "Obesity stigma: A newly recognized barrier to comprehensive and effective type 2 diabetes management", *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22 : 527–533.
- Weiss M.G., Ramakrishna J., Somma D.. (2006) "Health-related stigma: rethinking concepts and interventions", *Psychol Health Med.*, 11:277–87.
- White P., Smith S. M., Hevey D., O' Dowd T. (2009) "Understanding Type 2 Diabetes: Including the Family Member's Perspective", *The Diabetes Educator*, 35(5): 810-817.
- Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R., King H. (2004) "Global prevalence of diabetes. Estimates for 2000 and projections for 2030", *Diabetes Care*, 27: 1047-1053.
- WHO. (2002) *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Διαθέσιμο σε : <http://www.who.int/dsa/justpub/1150500.pdf> [Εύρεση 27/10/2013].
- Zhang X., Norris S.L., Gregg E.W., Beckles G. (2007) "Social support and mortality among older persons with diabetes", *Diabetes Educ.*, 33: 273–81.
- Zimmet P., Alberti K.G., Shaw J. (2001) "Global and societal implication of the Diabetes epidemic", *Nature*, 414:782-787.