



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΛΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ
ΠΑΘΗΣΕΩΝ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΣΤΑΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΑΜΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2016



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ
ΠΑΘΗΣΕΩΝ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

**ΦΟΙΤΗΤΗΣ
ΣΤΑΥΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΜΑΜΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΥ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2016

We cannot empower patients!

We only can provide a framework (tools, services, etc.) that makes it easier
for patients to empower themselves

Mantwill et al. (2015)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο κατά τον 21^ο αιώνα είναι η αύξηση της επιβάρυνσης τους με χρόνιες παθήσεις καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισης τους. Στις χρόνιες παθήσεις συγκαταλέγονται ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, ο καρκίνος, οι καρδιοπάθειες κ.α., οι οποίες αποτελούν κύριες αιτίες νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας παγκοσμίως, τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει γίνει μια σημαντική προσπάθεια για βελτίωση της υγείας, της κατάστασης αναπηρίας, καθώς και του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Μέρος αυτής της προσπάθειας αποτελούν διάφορες προσεγγίσεις οι οποίες έχουν επικεντρωθεί στην ενδυνάμωση των ασθενών, στην αύξηση της συμμετοχής τους στη φροντίδα υγείας, και στη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας τους με στόχο την καλύτερη αυτοδιαχείριση της χρόνιας πάθησης τους.

Σκοπός: της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι να διερευνήσει κατά πόσο η παρέμβαση ενδυνάμωσης σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, μέσω διαφόρων προγραμμάτων εκπαίδευσης, είναι αποτελεσματική και μπορεί να συμβάλλει στη καλύτερη διαχείριση τους, και πιο συγκεκριμένα στη βελτίωση της κατάστασης υγείας συμπεριλαμβανομένων των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών της πτυχών.

Σχεδιασμός μελέτης: Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική αναζήτηση με τη μέθοδο της συστηματικής ανασκόπησης για εντοπισμό της σχετικής με το θέμα διαθέσιμης βιβλιογραφίας σε επιλεγμένες, διεθνείς και έγκυρες βάσεις δεδομένων (PubMed, Science Direct, Scopus και Google Scholar), για την περίοδο 1^η Ιανουαρίου 1990 μέχρι και 31^η Ιανουαρίου 2015. Στην αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά: patient empowerment, chronic disease, chronic illness, self-management, self-care. Η επιλογή των μελετών έγινε με χρονικό περιορισμό και βάσει προεπιλεγμένων κριτηρίων τα οποία καθορίστηκαν πριν τη διαδικασία της αναζήτησης. Στη συνέχεια έγινε δευτερογενής αναζήτηση των βιβλιογραφικών αναφορών των μελετών με τα ίδια κριτήρια. Η αρχική αναζήτηση εντόπισε 410 μελέτες από τις οποίες

28 πληρούσαν τα κριτήρια και συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Οι μελέτες αναλύθηκαν με σκοπό την σύνθεση των ευρημάτων και την εξαγωγή αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Η ενδυνάμωση για αυτοδιαχείριση των χρόνιων παθήσεων σε ένα μεγάλο ποσοστό συμβάλλει σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών. Αναλυτικότερα μέσα από την ανάλυση των 28 μελετών οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι η παρέμβαση ενδυνάμωσης στο σύνολο των μελετών (N=21) συνέβαλε στην καλύτερη διαχείριση μίας πάθησης η οποία φάνηκε από τη βελτίωση των κλινικών-φυσιολογικών δεικτών των ασθενών όπως: μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης - HbA1c (N=13), βελτίωση της γλυκόζης αίματος νηστείας (N=2), μείωση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων (N=3) και της ολικής χοληστερόλης ορού αίματος (N=4), μείωση των επιπέδων της κακής χοληστερόλης LDL (N=6), μείωση των τιμών της αρτηριακής πίεσης (N=9), μείωση του σωματικού βάρους (N=3) και του δείκτη μάζας σώματος (N=4), και βελτίωση της σπειραματικής διήθησης των νεφρών (N=1). Επίσης συμβάλλει στη βελτίωση των γνώσεων των ασθενών (γνωσιολογικοί δείκτες) για την ασθένεια τους (N=6), και στη βελτίωση των δεικτών συμπεριφοράς όπως: οι δραστηριότητες αυτοφροντίδας – αυτοδιαχείρισης (N=6), η αυτό-παρακολούθηση της χρόνιας ασθένειας (N=2), ο έλεγχος της ασθένειας (N=1), η μείωση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία γενικής ιατρικής (N=3), και η καλύτερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας (N=1). Επιπρόσθετα η ενδυνάμωση συμβάλλει στη βελτίωση των ψυχολογικών δεικτών των ασθενών η οποία παρατηρείται από: την αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας τους ως προς την χρόνια πάθηση (N=9), την αύξηση των επιπέδων ενδυνάμωσης (N=4), την καλύτερη κατανόηση της ασθένειας (N=2), την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (N=1), την ικανοποίηση από την φροντίδα (N=1), την αλλαγή στάσης προς την ασθένεια (N=3), την μείωση των επιπέδων άγχους (N=2) και κατάθλιψης (N=2), τη βελτίωση της γενικής κατάστασης υγείας (N=1) και ευεξίας (N=2), και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (N=5). Τέλος σε κάποιες μελέτες (N=7), αναφέρεται ότι η παρέμβαση ενδυνάμωσης είχε θετικά αποτελέσματα σε κάποιον από τους δείκτες, ενώ σε κάποιους άλλους δείκτες δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα από την ενδυνάμωση των ασθενών στη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων είναι στην πλειοψηφία τους θετικά. Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις οι οποίοι έχουν μάθει δεξιότητες αυτοδιαχείρισης μέσω της διαδικασίας της ενδυνάμωσης είναι

σε θέση να λύσουν προβλήματα σχετιζόμενα με την πάθηση τους, να αξιοποιήσουν κατάλληλα διάφορους πόρους για να ξεπεράσουν τα εμπόδια της διαχείρισης της πάθησης τους, να αποκτήσουν αυτοαποτελεσματικότητα, να αποτρέψουν οξείες εξάρσεις, να μειώσουν την εξέλιξη της πάθησης τους, και να συμβάλλουν στη μείωση των εξόδων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Λέξεις-κλειδιά: ενδυνάμωση ασθενών, χρόνια ασθένεια ή χρόνια νόσος, αυτοδιαχείριση ή αυτοφροντίδα χρόνιας ασθένειας.

ABSTRACT

Background: one of the biggest challenges of health systems globally in the 21st century is the increased burden of them with chronic diseases and the ways of dealing with them. The chronic diseases include: diabetes mellitus, arterial hypertension, cancer, heart disease, etc., which are major morbidity and premature mortality causes worldwide, in both developing and developed countries. In the last decades has made a considerable effort to improve the health, disability status, and satisfaction of patients with chronic diseases. Part of this effort are several approaches that have focused on empowering patients to increase their involvement in health care, and improving their self-efficacy to better self-management of their chronic disease.

Purpose: of this systematic review is to investigate whether the empowerment intervention in patients with chronic diseases through various training programs, is effective and can contribute to their better management, and more specifically to improving their health status including physical, psychological and its social aspects.

Study design: systematic review of the literature

Methodology: electronic search was carried out with the method of systematic review to identify the topic available literature on selected, international and authoritative databases (PubMed, Science Direct, Scopus and Google Scholar), for the period January 1st 1990 until January 31st 2015. In the search keywords were used: patient empowerment, chronic disease, chronic illness, self-management, self-care. The selection of studies was time limited and based on pre-selected criteria that were set before the search process. Then it became a secondary search of bibliographic references of studies with the same criteria. The initial search identified 410 studies of which 28 met the criteria and were included in the review. The studies analyzed for the purpose of the synthesis of the findings and the export results.

Results: The empowerment for self-management of chronic diseases in a large percentage contributes to better health outcomes for patients. Specifically, through the analysis of 28 studies that were included in the review, found that the empowerment intervention across 21

studies contributes to better management of a chronic condition which seemed by improving clinical-physiological indicators of patients such as: the reduction in glycosylated hemoglobin-HbA1c (n=13), improved fasting blood glucose (n=2), reduction of triglycerides levels (n=3) and total serum cholesterol (n=4) , reducing the levels of bad cholesterol LDL (n=6), reducing of blood pressure values (n=9), decrease in body weight (n=3) and BMI (n=4) and improve glomerular filtration of kidneys (n=1). It also helps to improve patient knowledge (knowledge-based indicators) for their disease (n=6), and improved behavioral indicators such as: self-care – self-management activities (n=6), the self-monitoring of chronic disease (n=2), control of disease (n=1), the reduction of visits on an outpatient basis general practitioners (n=3), and better communication with health professionals (n=1). In addition the empowerment helps to improve psychological indicators of patients like: increase self-efficacy to the chronic condition (n=9), levels of empowerment (n=4), understanding of the disease (n=2), the effectiveness of treatment (n=1), satisfaction with care (n=1), the change of attitude toward the disease (n=3), reducing levels of anxiety (n=2) and depression (n=2) improving the overall health status (n=1) and well-being (n=2), and improving the quality of life (n=5). Finally some studies (n=7), states that the empowerment intervention had positive results in one of the indicators, while in some other indicators no significant improvement was observed.

Conclusions: the results of empowering patients to manage chronic diseases are mostly positive. Patients with chronic conditions who have learned self-management skills through the empowerment process are able to solve problems related to their condition, to make appropriate various resources to overcome the obstacles of managing their disease, gain self-efficacy, prevent acute exacerbations, reduce the progression of the disease, and help reduce healthcare costs.

Keywords: Patient empowerment, chronic illness or chronic disease, self-management or self-care of chronic disease

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή ολοκληρώνεται ο κύκλος σπουδών στο πρόγραμμα "Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας" του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Ένα ομολογουμένως δύσκολο ταξίδι για εμένα προσωπικά, αφού η ισορροπία μεταξύ οικογενειακών, επαγγελματικών και εκπαιδευτικών υποχρεώσεων δεν ήταν εύκολο να επιτευχθεί ορισμένες φορές.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Ακαδημαϊκό Υπεύθυνο του προγράμματος αλλά και επιβλέποντα της παρούσας διατριβής Δρ. Μάμα Θεοδώρου. Αρχικά για την κατανόηση του στα προβλήματα που αντιμετώπισα κατά την συγγραφή αυτής της εργασίας, όπως επίσης και για τις επισημάνσεις του, τις παρατηρήσεις του αλλά και για τις διορθώσεις του, τόσο κατά την εκπόνηση της διατριβής όσο και καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών, οι οποίες ήταν πολύτιμες και πολύ σημαντικές.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους διδάσκοντες καθηγητές των θεματικών ενοτήτων του προγράμματος για τη βοήθεια, τη συμπαράσταση και την υποστήριξη τους σε οποιαδήποτε απορία και προβληματισμό, αλλά και για όλες εκείνες τις πολύτιμες γνώσεις που μου έδωσαν.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αγάπη, την συμπαράσταση και την κατανόηση τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελίδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
1.1. Γενική κατεύθυνση του θέματος της διατριβής.....	16
1.2. Σκοπός της διατριβής.....	18
1.2.1. Βασικά ερευνητικά ερωτήματα.....	19
1.2.2. Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	20
2.1. Γενικά.....	20
2.2. Ορισμοί χρόνιων ασθενειών.....	21
2.3. Αίτια χρόνιων ασθενειών.....	21
2.4. Επιδημιολογικά στοιχεία χρόνιων ασθενειών.....	22
2.5. Επιπτώσεις χρόνιων ασθενειών.....	23
2.6. Διαχείριση χρόνιων ασθενειών.....	24
2.7. Πρόληψη χρόνιων ασθενειών.....	25
2.8. Μοντέλο χρόνιας φροντίδας.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	27
3.1. Γενικά.....	27
3.2. Διάφοροι ορισμοί της ενδυνάμωσης.....	28
3.3. Ενδυνάμωση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.....	30
3.3.1. Βασικά στοιχεία της ενδυνάμωσης των ασθενών.....	34
3.3.2. Εμπόδια στην ενδυνάμωση των ασθενών.....	36
3.3.3. Οφέλη από την ενδυνάμωση των ασθενών.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ	38
4.1. Γενικά.....	38
4.2. Ορισμοί αυτοδιαχείρισης.....	40
4.3. Αυτοδιαχείριση ως διαδικασία και ως αποτέλεσμα.....	41
4.4. Εμπόδια στην αυτοδιαχείριση.....	42
4.5. Συνέπειες αυτοδιαχείρισης.....	42
4.6. Παράγοντες επιτυχούς αυτοδιαχείρισης.....	43
4.7. Προγράμματα αυτοδιαχείρισης.....	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	47
5.1. Στρατηγική αναζήτησης.....	47
5.2. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού μελετών.....	47
5.2.1. Κριτήρια εισαγωγής.....	47
5.2.2. Κριτήρια αποκλεισμού.....	48
5.3. Αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	52
6.1. Επιλογή μελετών.....	52
6.2. Εξαγωγή δεδομένων.....	52
6.3. Χαρακτηριστικά μελετών.....	52
6.4. Χαρακτηριστικά ασθενών.....	57
6.5. Χαρακτηριστικά παρεμβάσεων.....	57
6.6. Μετρήσεις έκβασης παρέμβασης.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	96
7.1. Κυριότερα αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης.....	96
7.1.1. Κλινικοί - φυσιολογικοί δείκτες.....	96
7.1.2. Γνωσιολογικοί δείκτες.....	98
7.1.3. Δείκτες συμπεριφοράς.....	98
7.1.4. Ψυχολογικοί δείκτες.....	99
7.2. Περιορισμοί συστηματικής ανασκόπησης.....	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	104

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελίδα
Πίνακας 1: Στοιχεία της ενδυνάμωσης.....	35
Πίνακας 2: Αξιολόγηση μεθοδολογικής ποιότητας μελετών.....	50
Πίνακας 3: Χώρες διεξαγωγής των μελετών.....	54
Πίνακας 4: Ποσοστό εγκατάλειψής δείγματος και συμμόρφωσης στην παρέμβαση.....	58
Πίνακας 5: Παρουσίαση μελετών της συστηματικής ανασκόπησης.....	68
Πίνακας 6: Μεταβολές στις τιμές της HbA1c μετά την παρέμβαση ενδυνάμωσης.....	97

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

	Σελίδα
Εικόνα 1: Το μοντέλο χρόνιας φροντίδας.....	26
Εικόνα 2: Απεικόνιση αποτελεσμάτων στρατηγικής αναζήτησης.....	53

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

A/Π = Αρτηριακή Πίεση

AY = Αρτηριακή Υπέρταση

AIDS = Acquired Immunodeficiency Syndrome

CDSMP = Chronic Disease Self-Management Program

CG = Control Group (Ομάδα ελέγχου)

ΔΜΣ = Δείκτης Μάζας Σώματος

DSME = Disease Self-Management Education

E-GFR = Estimated Glomerular Filtration Rate

EPF = European Patient Forum

Η.Π.Α = Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

HbA1c = Glycated hemoglobin - Γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη

HDL = High Density Lipoprotein-Ψηλής πυκνότητας χοληστερόλη

HIV = Human Immunodeficiency Virus

IG = Intervention Group (Ομάδα παρέμβασης)

ΚΑ = Καρδιακή Ανεπάρκεια

LDL = Low Density Lipoprotein-Χαμηλής πυκνότητας χοληστερόλη

ml/min = Milliliters per minute – χιλιοστόλιτρα ανά λεπτό

MmHg = Millimeter of mercury – χιλιοστά στήλης υδραργύρου

NHS = National Health Service (Εθνική Υπηρεσία Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου)

ΠΟΥ = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

PEP = Patient Empowerment Program

RCT = Randomized Controlled Trial

ΣΔ = Σακχαρώδης Διαβήτης

WHO = World Health Organization

ΧΑΠ = Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια

XNN ή XNA = Χρόνια Νεφρική Νόσος ή Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Γενική κατεύθυνση του θέματος της διατριβής

Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο κατά τον 21^ο αιώνα είναι η αύξηση της επιβάρυνσης τους με χρόνιες παθήσεις (WHO, 2002). Ο εκσυγχρονισμός του τρόπου ζωής και η αύξηση του ορίου ζωής που οφείλονται στην εξέλιξη της τεχνολογίας, της ιατρικής και της ανακάλυψης νέων φαρμάκων, συνέβαλαν στην αύξηση της ικανότητας παρέμβασης για διατήρηση στη ζωή ανθρώπων, οι οποίοι τις προηγούμενες δεκαετίες θα είχαν πεθάνει. Επιπλέον η αυξανόμενη έκθεση σε πολλούς παράγοντες κινδύνου χρόνιων ασθενειών όπως π.χ. το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, η κακή διατροφή, και η έλλειψη σωματικής άσκησης, έχουν συνδυαστεί και έχουν αυξήσει το βάρος που επιδέχονται τα συστήματα υγείας για αντιμετώπιση των ασθενειών αυτών. Επιπρόσθετα τα συστήματα υγείας των χωρών διεθνώς, έχουν να αντιμετωπίσουν και τις συνεχόμενες και ραγδαίες αλλαγές που οφείλονται στην παγκοσμιοποίηση, την οικονομική κρίση, την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, και ιδιαίτερα την έμφαση στη μείωση των δαπανών για την υγεία, οι οποίες συνδέονται με τις χρόνιες παθήσεις.

Οι ασθενείς από τη στιγμή που έχουν διαγνωστεί με μια χρόνια πάθηση, περνούν από διάφορα στάδια όπως: το στάδιο της οξείας φάση της νόσου και το στάδιο της ανάρρωσης, καθώς επίσης και από διάφορες σταθερές και ασταθείς περιόδους της ασθένειας. Καθ' όλη την πορεία της νόσου συχνά αισθάνονται ανήσυχoi, αδύναμοι, απαισιόδοξοι για την έκβαση της ασθένειας αλλά και για το μέλλον γενικά, και χάνουν τον έλεγχο της ζωής τους (Paterson, 2001). Πολλοί έχουν σοβαρές επιπτώσεις στις σωματικές, ψυχολογικές, και κοινωνικές πτυχές της ζωής τους. Επιπλέον, μπορεί να υποβάλλονται σε μακροχρόνια θεραπεία, να βιώνουν αλλαγές στον τρόπο ζωής και στάσης, και να πρέπει να διατηρούν συμπεριφορές αυτοδιαχείρισης για πρόληψη επιδείνωσης της χρόνιας ασθένειας, περιορισμό των πιθανών επιπλοκών, και διατήρηση της ποιότητα ζωής τους (Kralik et al., 2004; Bachrach, 1992).

Τα τελευταία χρόνια, μια νέα προσέγγιση για τη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών απέκτησε ολοένα και μεγαλύτερη σημασία, και δεν είναι άλλη από αυτή της ενδυνάμωσης (Anderson & Funnell, 2005). Η έννοια της ενδυνάμωσης έχει γίνει ευρέως αποδεκτή από πολλούς φορείς

παροχής υγειονομικής περίθαλψης ως μία νέα φιλοσοφία στη φροντίδα των ασθενών η οποία βοηθά στο να αποκτήσουν περισσότερο έλεγχο στη ζωή τους (αυτονομία), να αυξήσουν την ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, να ανακαλύψουν και να αναπτύξουν την εγγενή ικανότητα να είναι υπεύθυνοι για τη δική τους ζωή, αλλά και ως εργαλείο για την καλύτερη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων από τους ίδιους (Funnell et al., 1991).

Η ενδυνάμωση είναι μια συνεργατική προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή (Funnell & Anderson, 2004). Βοηθά τους ανθρώπους να αποκτήσουν ελπίδα, εμπιστοσύνη, ενθάρρυνση καθώς και μια νέα κατεύθυνση στη ζωή τους. Περιλαμβάνει τα στοιχεία της δύναμης, της εξουσίας, της επιλογής - έγκρισης και της αμοιβαίας βοήθειας (Rodewell, 1996).

Σύμφωνα με τους Funnell & Anderson (2004), η έννοια της ενδυνάμωσης σχετίζεται με τις χρόνιες ασθένειες λόγω των πολυάριθμων λόγων με τους οποίους οι ασθενείς μπορούν να χάσουν τον έλεγχο και την εμπιστοσύνη τους στην καθημερινή ζωή. Μερικοί λόγοι απώλειας του ελέγχου είναι η αβεβαιότητα που μπορεί να νιώσουν και σχετίζεται με πιθανές παρενέργειες και επιπλοκές της ασθένειας, οι κοινωνικές και επαγγελματικές διακρίσεις, καθώς επίσης και η οικονομική τους επιβάρυνση για αντιμετώπιση της ασθένειας (Gray, Doan & Church, 1991).

Η ενδυνάμωση του ασθενούς ξεκινά με την πληροφόρηση και την εκπαίδευση και περιλαμβάνει αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια ή την κατάσταση ενός ατόμου, όπως και το πώς να συμμετέχει ενεργά στις αποφάσεις για τη θεραπεία του. Η ενδυνάμωση απαιτεί από το άτομο να αναλάβει τη φροντίδα του εαυτού του και να κάνει επιλογές σχετικά με τη φροντίδα του μεταξύ εναλλακτικών λύσεων που προσδιορίζονται από του επαγγελματίες υγείας (Funnell et al., 1991).

Από μελέτες που έγιναν για την ενδυνάμωση, έχουν αναφερθεί διάφοροι δείκτες των αποτελεσμάτων της συμπεριλαμβανομένων: της απόκτησης αυτοδιάθεσης, του κίνητρου αναβάθμισης, της βελτίωσης της γνώσης για την ασθένεια, της βελτίωσης του ελέγχου κατά τη διάρκεια της καθημερινής ζωής, της βελτίωσης της κατάστασης υγείας και της ποιότητας ζωής (Mok & Martinson, 2000; Aujoulat et al., 2007). Κάποιοι άλλοι αναφέρουν επίσης ως

δείκτες αποτελεσμάτων της ενδυνάμωσης: την αυτοαποτελεσματικότητα, τη βελτίωση των σωματικών συμπτωμάτων, την προσαρμογή στην ασθένεια, τη συμμόρφωση στη θεραπεία, την ικανότητα αυτοφροντίδας, την ανάληψη της ευθύνη για την υγεία, τη συμμετοχή στη διαδικασία χάραξης πολιτικής για την υγεία (Zimmerman, 1990; Wallerstein, 1992; Ellis - Stoll & Popkess -Vawter, 1998; Mok & Martinson, 2000; Anderson et al., 2000), καθώς και την αύξηση της αυτοπεποίθησης τους και την ικανότητα λήψης αποφάσεων (Gibson, 1991; Rodewell, 1996; Mok & Martinson, 2000; Tsay & Hung, 2004).

Οι στόχοι και τα αποτελέσματα της ενδυνάμωσης των ασθενών δεν πρέπει ούτε να είναι προκαθορισμένα από τους επαγγελματίες υγείας, ούτε να περιορίζονται ανάλογα με κάποια ασθένεια και τα αποτελέσματα της θεραπείας της, αλλά θα πρέπει να συζητούνται και να διαπραγματεύονται με κάθε ασθενή, σύμφωνα με την κατάσταση ζωής του και τις προτεραιότητες του (Aujoulat et al., 2007).

Κλείνοντας οι ασθενείς χρειάζεται να είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν ενεργά στην αλλαγή και στη διαδικασία της ενδυνάμωσης. Χρειάζεται επίσης να έχουν την ικανότητα να επικοινωνούν αποτελεσματικά, να έχουν επαρκή γνώση (μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας και ενημέρωσης που δίνεται από τους επαγγελματίες υγείας) καθώς και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Επίσης κεντρικής σημασίας στη διαδικασία της ενδυνάμωσης των χρόνιων ασθενειών είναι το κλινικό πλαίσιο, που καλλιεργεί την εμπιστοσύνη και την αμοιβαιότητα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, και επαρκή χρόνο για να το επιτρέψει αυτό (Dowling et al., 2011).

1.2. Σκοπός της διατριβής

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να διερευνήσει κατά πόσο η παρέμβαση ενδυνάμωσης σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, μέσω διαφόρων προγραμμάτων εκπαίδευσης, είναι αποτελεσματική και μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση τους, και πιο συγκεκριμένα στη βελτίωση της κατάστασης υγείας συμπεριλαμβανομένων των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών της πτυχών. Η διερεύνηση γίνεται μέσα από την ανάλυση σχετικών με το θέμα μελετών οι οποίες έχουν εντοπιστεί με τη μέθοδο της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

1.2.1. Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Η ενδυνάμωση των ασθενών με χρόνιες παθήσεις μέσα από διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης συμβάλλει ή όχι στην καλύτερη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών;

Ποια είναι τα αποτελέσματα της παρέμβασης ενδυνάμωσης σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις στην κατάσταση υγείας τους συμπεριλαμβανομένων των σωματικών, γνωσιολογικών, συμπεριφοριστικών και ψυχολογικών της πτυχών;

1.2.2. Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας

Η ενδυνάμωση ασθενών στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων είναι κάτι που τα τελευταία χρόνια απασχολεί τα συστήματα υγείας διεθνώς ως μέσο για εξοικονόμηση πόρων στον τομέα της υγείας. Ειδικά στην εποχή της οικονομικής κρίσης που διανύουμε αποτελεί βασικό στόχο των συστημάτων υγείας. Η διατριβή αυτή μπορεί να συμβάλει ώστε η Κύπρος να ασχοληθεί πιο ουσιαστικά με την προσέγγιση αυτή ενόψει της επικείμενης έναρξης της λειτουργίας του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ), ως μέσο οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος, αφού και στην Κύπρο τα ποσοστά χρόνιων παθήσεων είναι ψηλά. Τέλος μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο για τη δημόσια υγεία στην Κύπρο αν αξιοποιηθεί από το Υπουργείο Υγείας και τις επιστήμες Υγείας με σημαντικό όφελος στους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

2.1. Γενικά

Μέχρι τον 20^ο αιώνα πρωταρχική αιτία νοσηρότητας ήταν οι οξείες ασθένειες και οι ασθενείς ήταν άπειροι και παθητικοί λήπτες της άμεσης ιατρικής φροντίδας (Holman & Lorig, 2000). Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση του ποσοστού εμφάνισης διαφόρων χρόνιων παθήσεων όπως η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις κ.α., οι οποίες τείνουν να λάβουν διαστάσεις επιδημίας. Η επικράτηση των χρόνιων ασθενειών οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη γήρανση του πληθυσμού και στην αύξηση των συντελεστών του τρόπου ζωής (Strong et al., 2006), όπως το κάπνισμα, η ανθυγιεινή διατροφή, η έλλειψη σωματικής άσκησης κτλ. Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν κύριες αιτίες νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας παγκοσμίως, τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες (Halpin et al., 2011; WHO, 2010). Λόγω του υψηλού επιπολασμού και των σημαντικών επιπτώσεων τους, οι χρόνιες ασθένειες συνιστούν μείζονα πρόκληση για την υγειονομική περίθαλψη και τις κοινωνικές υπηρεσίες, για την κοινωνία και για τα άτομα που έχουν προσβληθεί. (Chouinard et al., 2013).

Η χρόνια ασθένεια διαφέρει από την οξεία ασθένεια από την άποψη της χρονικής πορείας, της σοβαρότητας, και των αλλαγών στην καθημερινή ζωή που απαιτούνται για τη διαχείριση της και την προσαρμογή σε αυτή (Wagner et al., 2005). Επιπλέον οι χρόνιες ασθένειες επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα ως μέρος μιας συνεχούς διαδικασίας, και απαιτούν συνεχή υποστηρικτική φροντίδα και θεραπεία τουλάχιστον περιοδικά, για να μειωθεί ο βαθμός της ασθένειας και να μεγιστοποιηθεί η λειτουργική ικανότητα του ατόμου (Donnelly, 1993).

Λόγω της παρατεταμένης πορείας των χρόνιων ασθενειών (πάνω από 6 μήνες), οι ασθενείς μπορεί να υποφέρουν για το υπόλοιπο της ζωής τους και να είναι δύσκολο να θεραπευθούν τελείως. Οι χρόνιες ασθένειες έχουν εκτεταμένες επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, ψυχολογικών και οικονομικών της πτυχών. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις πρέπει να μάθουν περισσότερα

σχετικά με δεξιότητες αυτοφροντίδας για να καταστούν εταίροι των ιατρικών ιδρυμάτων και των γιατρών (Beasley, 2009).

2.2. Ορισμοί χρόνιων ασθενειών

Ως χρόνιες ασθένειες ορίζονται αυτές που απαιτούν συνεχή διαχείριση για μια περίοδο ετών ή δεκαετιών, και καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας που πηγαίνουν πέρα από τον συμβατικό ορισμό των χρόνιων ασθενειών όπως οι καρδιοπάθειες, ο διαβήτης και το άσθμα. Περιλαμβάνουν ορισμένες μεταδοτικές ασθένειες όπως είναι ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας και το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV/AIDS), οι οποίες έχουν μετασηματιστεί με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης από ταχέως εξελισσόμενες θανατηφόρες καταστάσεις σε ελεγχόμενα προβλήματα υγείας, επιτρέποντας σε αυτούς που επηρεάζονται να ζήσουν με αυτές για πολλά χρόνια. Μπορούν επίσης να επεκταθούν σε ορισμένες διανοητικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια, σε ειδικές ανάγκες και αναπηρίες που δεν ορίζονται ως ασθένειες όπως η τύφλωση και οι μυοσκελετικές διαταραχές (WHO, 2002), και στον καρκίνο (Coleman et al., 2008).

Ο Bentzen (2003), ανέφερε ότι οι χρόνιες ασθένειες είναι μακράς διάρκειας, συχνά με μακρά περίοδο λανθάνουσας κατάστασης και παρατεταμένη κλινική πορεία, οφείλονται σε πολλά αίτια, δεν έχουν οριστική θεραπεία, παρουσιάζουν σταδιακές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου, όπως επίσης ασύγχρονη εξέλιξη και ετερογένεια στον πληθυσμό ευαισθησίας.

2.3. Αίτια χρόνιων ασθενειών

Η παγκόσμια αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η αύξηση των πολιτιστικών και περιβαλλοντικών κινδύνων, όπως το κάπνισμα, η ανθυγιεινή διατροφή, η έλλειψη σωματικής άσκησης και η ατμοσφαιρική ρύπανση συνδέονται με την επιδημία των χρόνιων ασθενειών (Coleman & Newton, 2005).

Οι χρόνιες ασθένειες επίσης οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων όπως είναι η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, η εκπαίδευση, η απασχόληση και το περιβάλλον τους (Center for Chronic Disease Prevention and Control, 2006).

Επιπρόσθετα με αυτά τα χαρακτηριστικά οι συνυπάρχουσες παθήσεις ψυχικής υγείας (Gott et al., 2006), και η πολυνοσηρότητα (Walker, 2007), αυξάνουν την ευπάθεια των ατόμων με αποτέλεσμα να χρήζουν υψηλότερης έντασης φροντίδα.

2.4. Επιδημιολογικά στοιχεία χρόνιων ασθενειών

Οι χρόνιες παθήσεις είναι ένα χαρακτηριστικό των μοντέρνων και ανεπτυγμένων κοινωνιών. Το 2010 τέσσερις χρόνιες παθήσεις: οι καρδιακές παθήσεις, οι αναπνευστικές παθήσεις, ο καρκίνος και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, κόστισαν την ζωή σε 35 εκατομμύρια άτομα, δηλαδή περίπου τρεις στους πέντε θανάτους στον κόσμο οφείλονταν σε χρόνια ασθένεια (Stuckler & Basu, 2011).

Οι χρόνιες παθήσεις επηρεάζουν το 80 % των ατόμων άνω των 65 ετών στα οποία συχνά συνυπάρχει πολλαπλή νοσηρότητα. Περισσότερο από το ήμισυ του συνόλου των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας έχουν τουλάχιστον τρεις χρόνιες παθήσεις, και ένα σημαντικό ποσοστό έχει πέντε ή περισσότερες. Αυτές συχνά δεν αναγνωρίζονται-διαγιγνώσκονται και παραμένουν χωρίς θεραπεία (Luppi et al., 2008). Πολυνοσηρότητες μπορεί να αναπτυχθούν ως αποτέλεσμα της εξέλιξης μιας πρώτης χρόνιας νόσου, ή να συνδέονται με μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις των θεραπειών.

Στο πλαίσιο αυτό, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι χρόνιες ασθένειες πλήττουν ανθρώπους όλων των ηλικιών, δηλαδή εκτός από άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, μπορεί να εκδηλωθούν σε παιδιά και εφήβους, όπως επίσης και σε ένα μεγάλο ποσοστό ενηλίκων σε ηλικία εργασίας, δηλαδή σε ηλικία που είναι παραγωγικοί (EPF, 2012).

Σε παγκόσμιο επίπεδο το ποσοστό των θανάτων που οφείλονται σε μη μεταδοτικές ή χρόνιες ασθένειες προβλέπεται να αυξηθεί από 59 % το 2002 σε 69% το 2030 (Mathers & Loncar, 2006).

Ο τρόπος ζωής είναι η κύρια αιτία επιβάρυνσης με χρόνιες ασθένειες και θανάτους στον αναπτυγμένο κόσμο. Η καρδιαγγειακή νόσος μόνη της αντιπροσωπεύει το 23% των ασθενειών και 52 % των θανάτων στην Ευρώπη, ενώ το 70-80 % των εξόδων υγειονομικής

περίθαλψης οφείλονται σε χρόνιες παθήσεις (WHO, 2006a). Οι δαπάνες που προκύπτουν όσον αφορά τις χρόνιες παθήσεις οφείλονται κυρίως από επιπλοκές εξαιτίας της κακής συμμόρφωσης στη θεραπεία και όχι από τις χρόνιες παθήσεις από μόνες τους (Kangas, 2001).

Στην μελέτη των Kiliari et al. (2012), η Κύπρος φαίνεται από τα στοιχεία ότι έχει ένα σχετικά υψηλό ποσοστό χρονίως πασχόντων ατόμων και ένα πολύ χαμηλό προσδόκιμο υγιούς ζωής. Οι Κύπριοι χάνουν περίπου 10 χρόνια (12,5%) από τη ζωή τους εξαιτίας κάποιας χρόνιας πάθησης, που είναι περίπου 2 χρόνια περισσότερα από τον μέσο όρο του Π.Ο.Υ για την Ευρωπαϊκή περιφέρεια (WHO, 2006b). Στις χρόνιες παθήσεις οφείλεται το 90% όλων των θανάτων (WHO, 2006b), με τις καρδιαγγειακές παθήσεις να αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου (WHO, 2011; Cyprus Ministry of Health, 2008, 2012). Η υπέρταση, η υπερχοληστεριναιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η παχυσαρκία επηρεάζουν ένα υψηλό ποσοστό του κυπριακού πληθυσμού συχνά πάνω από τους μέσους όρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης: περισσότερο από το 1/3 των κυπρίων (40,5%) έχουν υπέρταση, ενώ η υπερχοληστεριναιμία επηρεάζει το 62,9% των ανδρών και το 46% των γυναικών. Στον σακχαρώδη διαβήτη οφείλεται το 7% όλων των θανάτων στην Κύπρο, η οποία έχει το υψηλότερο ποσοστό διαβητικών ατόμων στην Ευρώπη (WHO, 2011).

2.5 Επιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών

Οι επιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών δεν είναι μόνο σωματικές, αλλά και ψυχολογικές, συναισθηματικές, οικονομικές και κοινωνικές.

Οι χρόνιες ασθένειες μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές στη διάθεση των ασθενών με πιο συχνές εκδηλώσεις την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης (Peyrot & Rubin, 1997).

Επιπλέον οι χρόνιες παθήσεις μπορεί να έχουν σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις τόσο σε επίπεδο μικροοικονομίας όσο και σε επίπεδο μακροοικονομίας. Μπορεί να έχουν αντίκτυπο στους μισθούς, στη συμμετοχή του εργατικού δυναμικού, στην παραγωγικότητα της εργασίας και των ωρών εργασίας, συχνά συμβάλλουν στην πρόωρη συνταξιοδότηση, στον υψηλό κύκλο εργασιών και την αναπηρία. Σε πολλές χώρες οι άμεσες δαπάνες διαχείρισης χρόνιων ασθενειών και ιδίως σε πολυνοσηρότητα, καταλαμβάνουν ένα δυσανάλογο μερίδιο του

εθνικού προϋπολογισμού για την υγειονομική περίθαλψη (Hoffman, Rice & Sung, 1996; Boyd et al., 2007). Σύμφωνα με τους Beaglehole et al. (2011), η επικράτηση και οι αυξανόμενες επιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών μπορεί να αποτελέσουν απειλή για τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των συστημάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο.

Οι χρόνιες ασθένειες έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων, στην εκπαίδευση, την απασχόληση, και την ένταξη στην κοινωνία. Συχνά αποτελούν αιτία ανισοτήτων στον τομέα της υγείας για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους (EPF, 2012).

Παράλληλα με τον κίνδυνο για την ποιότητα της ζωής και τον αυξημένο κίνδυνο κοινωνικής απομόνωσης, τα άτομα με χρόνιες παθήσεις έχουν προβλήματα συμμόρφωσης με τη θεραπεία, την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και τη διαχείριση της υγείας τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, όπως επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών και επανειλημμένες εισαγωγές στο νοσοκομείο (Bieler et al., 2012).

2.6. Διαχείριση χρόνιων ασθενειών

Η διαχείριση των χρόνιων ασθενειών απαιτεί παρατεταμένο χρονικό διάστημα, με συντονισμένη συμμετοχή από ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών υγείας, καθώς και πρόσβαση σε βασικά φάρμακα, και συστήματα παρακολούθησης για την ενδυνάμωση των ασθενών (Nolte & Mckee, 2008). Η πολιτική σχετικά με τη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων δίνει έμφαση στην ενεργό συμμετοχή των ασθενών μέσω της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης τους από τους επαγγελματίες υγείας, σε θέματα που αφορούν την υγεία τους και στην αυτοδιαχείριση της νόσου τους.

Οι ανάγκες για γνώσεις που σχετίζονται με τον χρόνια ασθενή περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τη νόσο τους, τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, σχέδια θεραπείας, επαφές με επαγγελματίες υγείας, καθώς και χρήσιμες πληροφορίες για την οικογένεια και τους φίλους (Hope, Williams & Lunn, 2000). Επιπλέον, η πρόσβαση σε υψηλότερης ποιότητας στοιχεία είναι σημαντική όταν οι ασθενείς συμμετέχουν σε αποφάσεις σχετικά με τις επιλογές

στην φροντίδα τους (O'Donnell, Entwistle & Skea, 2001). Τέλος σε ασθένειες στις οποίες η φαρμακευτική θεραπεία είναι η κύρια επιλογή της θεραπείας μπορεί να έχουν μεγαλύτερες και σε βάθος πληροφοριακές ανάγκες (Rycroft-Malone et al., 2001).

2.7. Πρόληψη χρόνιων ασθενειών

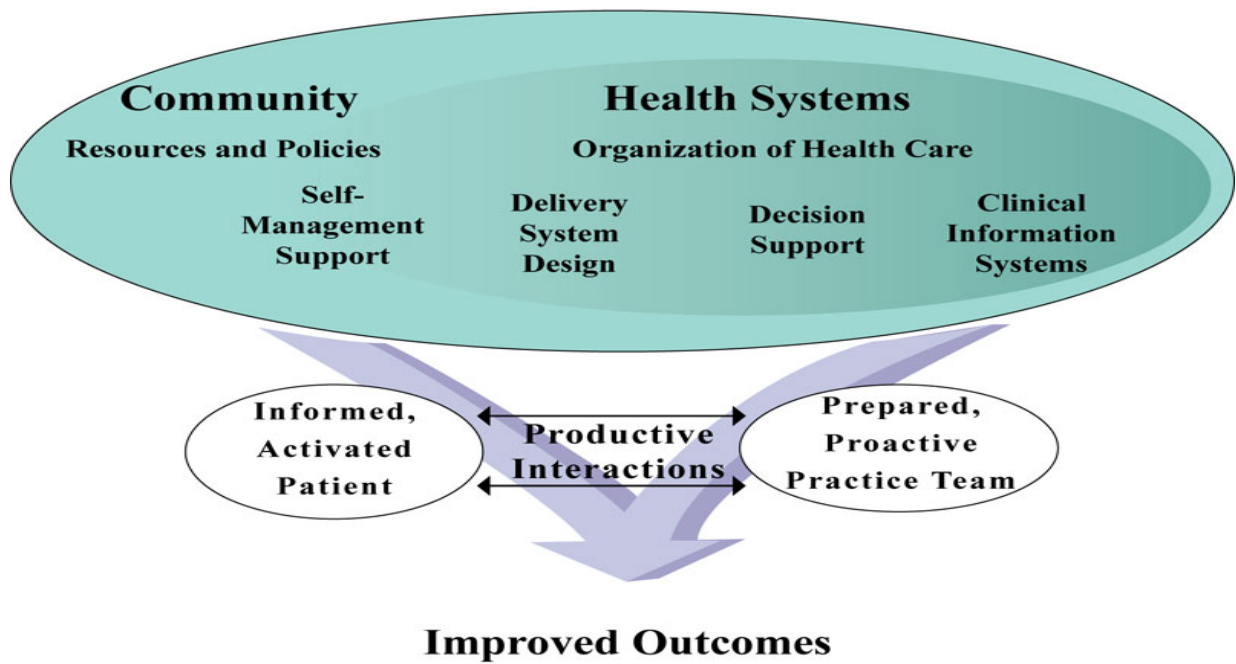
Η πρόληψη των χρόνιων ασθενειών μπορεί να επιτευχθεί μέσω δραστηριοτήτων που αποτρέπουν τη βλάβη στην υγεία ή μειώνουν την πιθανότητα ανάπτυξης της. Η πρόληψη περιλαμβάνει την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια πρόληψη, οι οποίες διαφέρουν ως προς τους στόχους και τις ομάδες-στόχους. Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην πρόληψη των ασθενειών με την άρση των αιτιών, ειδικά σε περιόδους αυξημένου κινδύνου. Η δευτερογενής πρόληψη έχει ως στόχο την αντιμετώπιση της νόσου σε πρώιμο στάδιο, όταν συμβούν οι πρώτες παρατηρήσιμες και αισθητές παθοφυσιολογικές αλλαγές, έτσι ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να θεραπευτούν νωρίς ή να εμποδίζεται η περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης τους. Η τριτογενής πρόληψη προτίθεται να θεραπεύσει, να ανακουφίσει ή να αντισταθμίσει τις επιπτώσεις της ασθένειας μέχρι το σημείο όπου δεν θα μπορεί πλέον να επηρεάσει την ζωή του ατόμου (Van Der Maas & Mackenbach, 1999).

2.8. Το μοντέλο χρόνιας φροντίδας

Σε μια προσπάθεια να ανταποκριθούν στις προκλήσεις της διαχείρισης των χρόνιων ασθενειών, ο Wagner και οι συνεργάτες του ανέπτυξαν το μοντέλο χρόνιας φροντίδας - Chronic Care Model (εικόνα 1) το 1998 στις ΗΠΑ, για την ενίσχυση των παραγωγικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ ενός ενημερωμένου και ενεργού ατόμου με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Bodenheimer et al., 2002). Αυτό το μοντέλο παροχής ποιοτικής φροντίδας για χρόνιες παθήσεις αποτελεί μια συνολική προσέγγιση του συστήματος το οποίο περιλαμβάνει τα απαραίτητα στοιχεία της κοινότητας και του συστήματος υγείας, υποστήριξη-ενθάρρυνση αυτοδιαχείρισης της ασθένειας, τον σχεδιασμό του συστήματος διανομής των υπηρεσιών, υποστήριξη αποφάσεων και κλινικά πληροφοριακά συστήματα. Συνδυασμοί των στοιχείων αυτών βελτιώνουν τις γνώσεις για την υγεία, και προωθούν την παραγωγική αλληλεπίδραση μεταξύ των καλά πληροφορημένων ασθενών που συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους, και των κατάλληλα προετοιμασμένων πάροχων υγειονομικής

περίθαλψης που προσφέρουν πόρους και εμπειρογνωμοσύνη. Ένα βασικό στοιχείο του μοντέλου χρόνιας φροντίδας είναι η υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης.

The Chronic Care Model



Developed by The MacColl Institute
® ACP-ASIM Journals and Books

Εικόνα 1. Το μοντέλο χρόνιας φροντίδας (Wagner, 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ

3.1. Γενικά

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει γίνει μια σημαντική προσπάθεια για τη βελτίωση της υγείας, της κατάστασης αναπηρίας, καθώς και του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών με χρόνιες παθήσεις (Ofman et al., 2004). Μέρος αυτής της προσπάθειας αποτελούν διάφορες προσεγγίσεις οι οποίες έχουν επικεντρωθεί στην ενδυνάμωση των ασθενών και στη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας τους (Friedman et al., 2009).

Σύμφωνα με τους Soanes & Stevenson (2007), η λέξη ενδυνάμωση είναι ουσιαστικό το οποίο προέρχεται από το ρήμα ενδυναμώνω που σημαίνει να δώσω εξουσία, δύναμη, η αυτοπεποίθηση σε κάποιον. Η ενδυνάμωση είναι ένα θετικό και δυναμικό φαινόμενο που εστιάζει στις δυνάμεις, τα δικαιώματα και τις ικανότητες των ατόμων (Wahlin, Ek & Idvall, 2006). Ως εκ τούτου εμπλέκει άτομα ή ομάδες ατόμων αυξάνοντας την δυνατότητα-ικανότητα τους να βγάλουν από μέσα τους δύναμη για να επηρεάσουν ή να ελέγξουν σημαντικά γεγονότα στη ζωή τους (Nyatanga & Dann, 2002).

Η έννοια της ενδυνάμωσης έχει τις ρίζες της στο κίνημα για τα δικαιώματα των μαύρων της δεκαετίας του 1960, στα κινήματα για τα δικαιώματα των σεξουαλικών μειονοτήτων και τα δικαιώματα των γυναικών της δεκαετίας του 1970 και του 1980 (Davis, 1988), καθώς και σε προγράμματα κατάρτισης, εκπαίδευσης και οργανωτικής ανάπτυξης (Kuokkanen & Leino - Kilpi, 2000). Από την εισαγωγή της στην υγειονομική περίθαλψη το 1970 (Tomes, 2007), η δημοτικότητα της έννοιας της ενδυνάμωσης του ασθενή έχει αναδειχθεί στο πλαίσιο αρκετών σημαντικών κοινωνικών τάσεων όπως η αύξηση του καταναλωτισμού υγειονομικής περίθαλψης λόγω της αύξησης των χρόνιων ασθενειών, και η ανάγκη των κυβερνήσεων διεθνώς να μειώσουν το κόστος της (Segal, 1998), κατά την οποία ένα μέρος της ευθύνης για τη φροντίδα μεταφέρεται στους πολίτες (Neuhauser, 2003).

Ως έννοια η ενδυνάμωση χρησιμοποιείται σε ένα ευρύ φάσμα πεδίων συμπεριλαμβανομένων της διοίκησης, της ψυχολογίας, της κοινωνικής ανθρωπολογίας, της κοινωνιολογίας, της πολιτικής επιστήμης, της νοσηλευτικής (Gibson 1991; Feste & Anderson 1995; Hawks,

1992; Rodwell 1996; Ellis-Stroll & Popkess-Vawter 1998; Ryles 1999), της ιατρικής, της κοινωνικής εργασίας, της εκπαίδευσης και της οργανωτικής ανάπτυξης (Perkins, 1995). Σε όλα αυτά τα πεδία οι ορισμοί της ποικίλλουν σημαντικά. Επίσης χρησιμοποιείται και εφαρμόζεται σε μια ευρεία ποικιλία φαινομένων όπως η κοινοτική ενδυνάμωση (Labonte, 1989), η ενδυνάμωση των μαθητών (Jones, Irvine, & Sambrook, 2007), η ενδυνάμωση των καθηγητών (Fagan, 1989), η ενδυνάμωση των περιθωριοποιημένων ατόμων (Laverack, 2009), η πολιτική ενδυνάμωση (Malholtra, Schuler, & Boender, 2002) και η ενδυνάμωση των νοσηλευτών (Laschinger et al., 2010).

3.2. Διάφοροι ορισμοί της ενδυνάμωσης

Η ενδυνάμωση αποτέλεσε επίκεντρο μεγάλης συζήτησης (Hawks 1992; Skelton 1994, Rodwell, 1996). Αυτό που είναι προφανές από τη συζήτηση είναι ότι η ενδυνάμωση είναι μια σύνθετη και πολύπλοκη έννοια και παρά την ευρεία χρήση και το προφανές δυναμικό της, έχει αποδειχθεί δύσκολο να προσδιοριστεί (Alsor, 2005).

Ένας από τους πιο συχνά αναφερόμενους ορισμούς της έννοιας της ενδυνάμωσης είναι αυτός του Rappaport (1984), ο οποίος αναφέρει ότι η ενδυνάμωση θεωρείται ως: «μια διαδικασία, ως ένας μηχανισμός με τον οποίο οι άνθρωποι, οι οργανισμοί και οι κοινωνίες μπορούν να ανακτήσουν τον έλεγχο της ζωής τους. Επιπλέον είναι εύκολο να οριστεί σε περίπτωση απουσίας της (αίσθηση αδυναμίας, ανικανότητας, αποξένωσης, απώλειας της αίσθησης του ελέγχου), αλλά πιο δύσκολο να προσδιοριστεί θετικά επειδή παίρνει διαφορετικές μορφές σε διαφορετικούς ανθρώπους και περιβάλλοντα-πλαίσια».

Ένας άλλος εξίσου σημαντικός ορισμός της ενδυνάμωσης είναι αυτός της Gibson (1991), σύμφωνα με την οποία η ενδυνάμωση είναι: «μια κοινωνική διαδικασία αναγνώρισης, προώθησης και ενίσχυσης των ικανοτήτων των ατόμων για να καλύψουν τις δικές τους ανάγκες, να λύσουν τα δικά τους προβλήματα και να κινητοποιήσουν τους απαραίτητους πόρους ώστε να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους. Επίσης αναφέρει ότι τα άτομα που είναι ενδυναμωμένα αισθάνονται μια θετική αυτό-αντίληψη, προσωπική

ικανοποίηση, αυτοαποτελεσματικότητα, αίσθηση κυριαρχίας, μια αίσθηση συνεκτικότητας, αυτό-ανάπτυξη, και αίσθηση ελπίδας».

Ο Zimmerman υποστηρίζει ότι η ενδυνάμωση είναι: «η ικανότητα των ατόμων να αποκτήσουν τον έλεγχο κοινωνικά, πολιτικά, οικονομικά και ψυχολογικά μέσω της πρόσβασης σε πληροφορίες, απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και ελέγχου, λήψη αποφάσεων, ατομική αυτοαποτελεσματικότητα και κοινοτική συμμετοχή». (Rappaport, 1987; Zimmerman & Rappaport, 1988).

Το βασικό συστατικό που μοιράζονται οι ορισμοί της Gibson και του Zimmerman είναι η έννοια του προσωπικού ελέγχου, αν και διαφέρουν ως προς το πεδίο εφαρμογής τους. Ενώ ο Zimmerman τονίζει τον κοινωνικό, πολιτικό, οικονομικό και ψυχολογικό έλεγχο, η Gibson δίνει έμφαση στην ατομική ευθύνη και τις θεσμικές διευκολύνσεις της εν λόγω ευθύνης. Επιπλέον ο Zimmerman τονίζει το αποτέλεσμα της ενδυνάμωσης, ενώ Gibson τονίζει τη διαδικασία της ενδυνάμωσης.

Η έννοια του προσωπικού ελέγχου ήταν κοινή σε όλους τους ορισμούς που έχουν αναφερθεί πιο πάνω. Ο Rodwell (1996) όμως, όρισε την ενδυνάμωση ως: «μια καθοριστική διαδικασία ή ως ένα προϊόν που προκύπτει από την αμοιβαία κατανομή των πόρων και των ευκαιριών, και επιτρέπει-ενισχύει τη λήψη αποφάσεων προς επίτευξη αλλαγών».

Ο Man, Lam, & Bard (2003), όρισαν την ενδυνάμωση ως: «μια διαδικασία με την οποία μπορεί να ξεπεραστεί μια αίσθηση αδυναμίας, ή ένα μοντέλο μέσω του οποίου οι άνθρωποι μπορούν να αναπτύξουν δυνάμεις και στρατηγικές για την αντιμετώπιση των τρεχόντων προβλημάτων». Τέλος οι Page & Czuba (1999), όρισαν την ενδυνάμωση ως: «μια πολυδιάστατη και κοινωνική διαδικασία που πραγματοποιείται στα πλαίσια κοινωνιολογικών, ψυχολογικών, οικονομικών και άλλων διαστάσεων».

Οι ορισμοί της ενδυνάμωσης επικεντρώνονται σε διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης – ατομικό, οργανωτικό, και κοινοτικό (Israel et al., 1994). Σε ατομικό επίπεδο, οι ορισμοί είναι ψυχολογικής φύσεως: η ατομική ενδυνάμωση αντιμετωπίζεται συχνά ξεχωριστά από το κοινωνικό σύστημα, είναι παρόμοια με την αυτοεκτίμηση, την ατομική ικανότητα, και την

αυτοαποτελεσματικότητα (Wallerstein, 1992). Οι ορισμοί της ενδυνάμωσης σε επίπεδο οργανισμού προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από την θεωρία της δημοκρατικής διαχείρισης. Ο Wallerstein (1992), ισχυρίστηκε: «σε έναν ενδυναμωμένο οργανισμό, τα άτομα μπορούν να αναλάβουν σημαντικούς ρόλους στα κέντρα λήψης αποφάσεων και ως εκ τούτου να ενδυναμωθούν μέσα από την εργασία τους. Οι ενδυναμωμένοι οργανισμοί αναπτύσσουν και ασκούν επιρροή στην ευρύτερη κοινότητα για προώθηση αλλαγών σε επίπεδο συστήματος». Σε επίπεδο κοινότητας η ενδυνάμωση συνδέεται με την πολιτική δράση (Segal et al., 1995).

3.3 Ενδυνάμωση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης

Η ενδυνάμωση είναι μια σημαντική έννοια για τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς τους. Έχει γενικά θετική χροιά, είναι δυναμική και σχετίζεται με τον ατομικό έλεγχο, τη δημοκρατική συμμετοχή και την ανάπτυξη (Rappaport, 1987; Kuokkanen & Leino-Kirli, 2000).

Η προσέγγιση της ενδυνάμωσης των ασθενών ξεκίνησε στις αρχές του 1970 στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη, στο πλαίσιο του κινήματος για τα πολιτικά δικαιώματα (δικαιώματα του ασθενή), και έχει αυξηθεί σημαντικά σε δημοτικότητα και εφαρμογή από τότε. Η ιδέα απέκτησε περισσότερη ώθηση τη δεκαετία του 1990 με την εμφάνιση της ηλεκτρονικής υγείας, που παρουσιάστηκε ως κάτι που συμβάλλει στην αλλαγή του ρόλου των ασθενών στη φροντίδα υγείας (Lau, 2002).

Η ενδυνάμωση των ασθενών αποτελεί μια στρατηγική αυτοφροντίδας των ασθενών για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και της ποιότητας ζωής με χρόνιες παθήσεις (Neuhauser, 2003; Rosenfield, 1992). Γενικά χρησιμοποιείται για να αναφερθεί σε ασθενείς που ελέγχουν την κατάστασή υγείας τους, καθώς και στην ικανότητά τους να συμμετέχουν περισσότερο στην φροντίδα υγείας τους. Με άλλα λόγια, η ενδυνάμωση των ασθενών επιτρέπει στους ασθενείς να διαχειριστούν την υγειονομική τους περίθαλψη και να είναι συνήγοροι για τον εαυτό τους, καθώς χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Helmer et al., 2011). Η ενδυνάμωση του ασθενούς μπορεί να θεωρηθεί τόσο ως μια διαδικασία όσο και ως αποτέλεσμα (Ouschan, Sweeney, & Johnson, 2000).

Η παγκόσμια αλλαγή προς την κατεύθυνση της ενδυνάμωσης των ασθενών και η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών είναι σύμφωνη με την έμφαση στην υγεία και όχι στην ασθένεια, στην πρόληψη και την αγωγή υγείας και όχι στη θεραπεία, και στην προσπάθεια να κάνουν τους ανθρώπους να γνωρίζουν τις επιλογές που έχουν σε σχέση με την υγεία τους. Η αλλαγή αυτή αποτελεί ένα βήμα προς την κατεύθυνση της επιτεύγματος για ένα πιο γενικευμένο αίσθημα ευθύνης των ασθενών και του κοινού (Lau,2002).

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν τέσσερις κύριες ευθύνες απέναντι στους ασθενείς όσον αφορά την ενδυνάμωση για αυτοδιαχείριση της χρόνιας ασθένειας τους: να τους παρέχουν την αναγκαία εμπειρογνωμοσύνη για την ασθένεια, η οποία απαιτείται για την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού σχεδίου αυτοδιαχείρισης της νόσου, να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς ώστε να μπορούν να λάβουν συνειδητές αποφάσεις, να δημιουργήσουν μια σχέση συνεργασίας με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, έτσι ώστε τα σχέδια αυτοδιαχείρισης να μπορούν να επανεξετάζονται και να αναθεωρούνται ανάλογα με τις ανάγκες, και να παρέχουν την απαραίτητη υποστήριξη στους ασθενείς για να κάνουν και να διατηρούν αλλαγές στην συμπεριφορά τις οποίες οι ίδιοι έχουν επιλέξει (Anderson & Funnell, 2002).

Αρκετά μέτρα μπορούν να ληφθούν για την ενδυνάμωση των ασθενών και την οικοδόμηση μιας καλής σχέσης παρόχου-ασθενούς. Τέτοια είναι η βελτίωση της πληροφόρησης που παρέχεται στους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων των επιλογών θεραπείας, των αποτελεσμάτων και των περιορισμών στην ιατρική περίθαλψη, η ενθάρρυνση, η συνειδητή επιλογή και η κοινή ευθύνη, η ενίσχυση των διαδικασιών αναφοράς παραπόνων, η δημιουργία φόρουμ ασθενών, και η υπεράσπιση των ασθενών (Lau, 2002). Το αποτέλεσμα αυτών των μέτρων θα συμβάλει στην προώθηση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή και πιθανόν να μειώσει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, γιατί θα επιτρέψει τις προοπτικές και τις απόψεις του ασθενούς να είναι γνωστές για τον σχεδιασμό της δικής του περίθαλψης και το σχεδιασμό των υπηρεσιών σε στρατηγικό επίπεδο.

Η ενδυνάμωση των ασθενών μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση της ικανοποίησης, καθώς και σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία και την αναπηρία. Προηγούμενες έρευνες σχετικά με την ενδυνάμωση των ασθενών και την αυτοαποτελεσματικότητα τους (Bandura, 1997), καθώς και την αύξηση της συμμετοχής τους στη δική τους φροντίδα (Kaplan, Greenfield &

Ware, 1989), διαπίστωσαν βελτιώσεις στη συμπεριφορά υγείας των ασθενών, στην κατάσταση υγείας και τη λειτουργική τους κατάσταση.

Η ενδυνάμωση και η αυτοδιαχείριση είναι έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες με τις χρόνιες ασθένειες (Murphy et al., 2011). Ο Hawks (1992), υποστηρίζει ότι για να πετύχει η ενδυνάμωση «τόσο αυτός που ενδυναμώνει όσο και αυτοί που ενδυναμώνονται πρέπει να μοιράζονται ένα κοινό σκοπό ή/και όραμα». Ομοίως ο Shearer (2007), υποστηρίζει ότι πρέπει να υπάρχει «αμοιβαιότητα» μεταξύ του πελάτη και όσων παρέχουν υποστήριξη στην αλλαγή υγείας

Ενώ υπάρχουν πολλοί ορισμοί της έννοιας της ενδυνάμωσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στη σχετική βιβλιογραφία, η βασική ιδέα σε όλους σχεδόν τους ορισμούς όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω είναι η υπόθεση ότι οι ασθενείς αποκτούν τον έλεγχο σε καταστάσεις που αφορούν την υγεία τους.

Ο Menon (2002), όρισε την ενδυνάμωση στο πλαίσιο της υγείας ως: «μια γνωστική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από τις αντιλήψεις του ελέγχου όσον αφορά τη δική μας υγεία και υγειονομική περίθαλψη, τις αντιλήψεις της αρμοδιότητας σχετικά με την ικανότητα του ατόμου να διατηρήσει την καλή υγεία και να διαχειριστεί τις αλληλεπιδράσεις με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, και να εσωτερικεύσει ιδανικά και στόχους υγείας σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο».

Σύμφωνα με το Health promotion glossary (1998), Ο ΠΟΥ όρισε την ενδυνάμωση ως: «μια διαδικασία μέσω της οποίας οι άνθρωποι μπορούν να αποκτήσουν μεγαλύτερο έλεγχο επί των αποφάσεων και των δράσεων που αφορούν την υγεία τους», και η οποία θα πρέπει να βλέπεται ως ατομική και ως κοινοτική διαδικασία. Η ενδυνάμωση συνδέεται με τις παραδοσιακές έννοιες της αυτονομίας, της αυτοεκτίμησης και του αυτοπροσδιορισμού, δηλαδή με την ύπαρξη συνειδητής δυνατότητας επιλογής και δημιουργικότητας».

Ο Mok (2001), περιέγραψε την ενδυνάμωση ως: «μια διαδικασία κατά την οποία οι ασθενείς αναπτύσσουν μια αίσθηση εσωτερικής δύναμης μέσω της σύνδεσης τους με άλλους,

συμπεριλαμβανομένων των οικογενειών, των φίλων και των επαγγελματιών του τομέα της υγείας».

Οι Shearer & Reed (2004), ανέφεραν ότι η ενδυνάμωση είναι: «ένα πρότυπο-υπόδειγμα υγείας για ευημερία, στο οποίο ο πελάτης-ασθενής βελτιστοποιεί την ικανότητα να μετατρέψει-αλλάξει τον εαυτό του μέσω μιας διαδικασίας ανάπτυξης σχέσεων με τους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης».

Οι Feste & Anderson (1995), αναφερόμενοι ειδικά για την υγεία επιβεβαιώνουν ότι η ενδυνάμωση είναι: «μια εκπαιδευτική διαδικασία που έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει τους ασθενείς να αναπτύξουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις στάσεις, και το βαθμό αυτογνωσίας, τα οποία είναι απαραίτητα για να αναλάβουν αποτελεσματικά την ευθύνη για τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους». Ο όρος περιγράφει μια κατάσταση κατά την οποία οι πολίτες-ασθενείς ενθαρρύνονται να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη διαχείριση της υγείας τους. Σύμφωνα με αυτόν τα βέλτιστα αποτελέσματα των παρεμβάσεων για την υγεία επιτυγχάνονται όταν οι ασθενείς γίνονται ενεργοί συμμετέχοντες στις διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης που τους αφορούν.

Οι επαγγελματίες υγείας δεν μπορούν να ενδυναμώσουν έναν ασθενή, αλλά μπορούν να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές που θα βοηθήσουν τους ασθενείς να επιτύχουν αυτό (Mantwill et al., 2015). Η ενδυνάμωση είναι μια συνεργατική προσέγγιση όπου οι επαγγελματίες και οι ασθενείς είναι ίσοι. Ο ρόλος του ασθενούς είναι να είναι καλά ενημερωμένος ενεργός εταίρος ή συνεργάτης στη δική του φροντίδα, ενώ ο ρόλος του επαγγελματία είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να λάβουν συνειδητές αποφάσεις για να επιτύχουν τους στόχους τους και να ξεπεράσουν τα εμπόδια. Η ενδυνάμωση είναι ουσιαστικά το αποτέλεσμα της εκπαίδευσης του ασθενούς. Η εκπαίδευση για αυτοδιαχείριση μιας ασθένειας είναι μια στρατηγική ενδυνάμωσης των ασθενών, "το βασικό θεμέλιο για την προσέγγιση ενδυνάμωσης" (Funnell & Anderson, 2004).

Η διαδικασία της ενδυνάμωσης των ασθενών μπορεί να επιτευχθεί μέσω εκπαίδευσης και στήριξης. Υπάρχουν διάφορες διαθέσιμες επιλογές, συμπεριλαμβανομένων της παροχής ενημερωτικών φυλλαδίων, των προγραμμάτων πολυμέσων, της χρήση της τεχνολογίας των

πληροφοριών, όπως και προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης και αυτοφροντίδας. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτών των προγραμμάτων είναι ο σεβασμός της αξίας και της μοναδικότητας του ασθενούς και όχι η εκπαίδευσή του ασθενούς να βρίσκεται στην σκιά των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι εκπαιδευτικές διαδικασίες που αποσκοπούν στην ενδυνάμωση του ασθενούς θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στο άτομο, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, τον πολιτισμό, την κατάσταση της υγείας, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, τις ανάγκες και τις προσδοκίες, σε μια ολιστική προσέγγιση (Mola, 2013).

3.3.1 Βασικά στοιχεία της ενδυνάμωσης των ασθενών

Τέσσερα στοιχεία έχουν αναφερθεί ως θεμελιώδους σημασίας στη διαδικασία ενδυνάμωσης των ασθενών:

1) Η συμμετοχή των ασθενών (Patient participation): στην οποία υπάρχει μια κατανόηση και αποδοχή από τον ασθενή της ευκαιρίας να εμπλακεί στη διαδικασία φροντίδας και να συμβάλει στην ασφαλέστερη διανομή της φροντίδας υγείας (Angelmar & Berman, 2007). Βασικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, ο πολιτισμός, το υπόβαθρο, η προσωπικότητα, και το επίπεδο της νοημοσύνης έχουν αναγνωριστεί ως οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία όταν ενθαρρύνονται οι ασθενείς να συμμετέχουν στην φροντίδα υγείας τους, και αποτελούν το θεμέλιο της ενδυνάμωσης (Lyons, 2007).

2) Η γνώση των ασθενών (Patient knowledge): οι ασθενείς που έλαβαν επαρκή γνώση, για όλα όσα σχετίζονται με την ασθένειά τους είναι σε θέση να συμμετέχουν πιο ενεργά στη φροντίδα υγείας τους (Angelmar & Berman, 2007). Οι ασθενείς συνήθως προτιμούν πληροφορίες / γνώσεις που είναι συγκεκριμένες, και δίνονται από τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, και μπορούν χρησιμοποιηθούν ή και να εκτυπωθούν εάν χρειάζεται σε έντυπο υλικό (Anderson et al., 2001).

3) Οι ικανότητες των ασθενών (Patient skills): οι οποίες περιλαμβάνουν την αυτό-αποτελεσματικότητα και τις γνώσεις για την υγεία. Βοηθούν τους ασθενείς να κατανοήσουν θέματα που αφορούν τη ασθένειά τους, αλλά και να πιστέψουν ότι μπορούν να επιτύχουν ένα θετικό αποτέλεσμα, εφόσον συμμετέχουν στη φροντίδα τους.

4) Ένα ενθαρρυντικό περιβάλλον (A facilitating environment): Διευκολύνει τους ασθενείς να αναπτύξουν και να εξασκήσουν ανοικτή επικοινωνία σχετικά με τη φροντίδα τους σε ένα

περιβάλλον που είναι απαλλαγμένο από εμπόδια (Angelmar & Berman, 2007). Για να δημιουργηθεί αυτό το περιβάλλον, οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ενεργοποιήσουν ένα εργασιακό περιβάλλον που προωθεί την ενδυνάμωση και αναγνωρίζει ότι η σχέση και η επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων της υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών μπορεί να είναι ισχυρή (Manojlovich, 2007).

Εκτός από τα βασικά στοιχεία τα οποία έχουν αναφερθεί πιο πάνω οι Chamberlin & Schene (1997), έχουν εντοπίσει (πίνακας 1) όλα τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν έναν ενδυναμωμένο άτομο.

Πίνακας 1: Στοιχεία της ενδυνάμωσης (Chamberlin & Schene, 1997)

1.	Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων
2.	Πρόσβαση σε πληροφορίες (γνώση) και πόρους
3.	Δυνατότητα πληθώρας επιλογών.
4.	Αυτοπεποίθηση.
5.	Αίσθηση ότι το άτομο μπορεί να κάνει τη διαφορά (αισιοδοξία, ελπίδα).
6.	Εκμάθηση κριτικής σκέψης, να ξεχνούν την κατάσταση τους, να βλέπουν τα πράγματα διαφορετικά: π.χ. 1) επανακαθορισμός του ποιος είναι , 2) επανακαθορισμός τι μπορεί να κάνει , 3) επανακαθορισμός των σχέσεων με τη θεσμοθέτηση της δύναμης.
7.	Εκμάθηση έκφρασης της οργής, αντίθεσης, διαφωνίας.
8.	Το άτομο να μην αισθάνεται μόνο, αίσθημα ότι αποτελεί μέρος μιας ομάδας.
9.	Να συνειδητοποιεί ότι οι άνθρωποι έχουν δικαιώματα
10.	Δραστική αλλαγή στη ζωή του ατόμου και της κοινότητας που ανήκει.
11.	Απόκτηση δεξιοτήτων συμπεριφοράς, π.χ. επικοινωνία, τι ορίζει το άτομο ως σημαντικό.
12.	Αλλαγή στις αντιλήψεις και τις ικανότητες του ατόμου, καθώς και στην ικανότητα να ενεργεί.
13.	Έξοδος από την απομόνωση, αυτοεκτίμηση.
14.	Ανάπτυξη και αλλαγή του ατόμου που δεν τελειώνει ποτέ. Η ενδυνάμωση δεν είναι προορισμός αλλά ταξίδι.
15.	Αύξηση θετικής εικόνας του εαυτού του ατόμου και αντιμετώπιση του στίγματος.

3.3.2. Εμπόδια στην ενδυνάμωση των ασθενών:

Εμπόδια στην ενδυνάμωση των ασθενών αποτελούν: το παρατεταμένο στρες, η αρνητική άποψη σχετικά με την ασθένεια, τα αναποτελεσματικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, η φτώχεια και ο αναλφαβητισμός (Abdoli et al., 2011). Επιπλέον η μειωμένη προσβασιμότητα και η περιορισμένη διαθεσιμότητα των τοπικών υγειονομικών υπηρεσιών, τα χαμηλά επίπεδα γνώσεων για την υγεία, ο κοινωνικός αποκλεισμός των περιθωριοποιημένων ή χαμηλού επιπέδου ομάδων, η διαφθορά και κυριαρχία ισχυρών ελίτ, και η μικρή επίσημη αναγνώριση των δικαιωμάτων των ασθενών (Stockholm Research Network, 2013; Alderman et al., 2013).

Άλλο εμπόδιο αποτελεί το γεγονός ότι η ενδυνάμωση είναι μια δύσκολη έννοια να ποσοτικοποιηθεί και να συγκριθεί, και επιπλέον είναι δύσκολο να αναφερθεί με σαφήνεια ποιος το κάνει καλύτερα από τον άλλο, και πώς αυτό έχει επιτευχθεί (International Alliance of Patients Organizations, 2012; De Silva, 2014).

Επίσης τα αποδεικτικά στοιχεία από την έρευνα για την ενδυνάμωση ασθενών, αν και έχουν ισχυροποιηθεί πολύ τα τελευταία χρόνια, εξακολουθούν να περιέχουν σημαντικά κενά, με πιο σημαντικά το εάν οι παρεμβάσεις ενδυνάμωσης συμβάλλουν στην εξοικονόμηση των πόρων για την υγεία όταν γίνονται σε μεγάλη κλίμακα (Hibbard & Green, 2013).

Επιπλέον υπάρχουν πρακτικά εμπόδια όπως ο περιορισμένος χρόνος που έχουν οι επαγγελματίες υγείας για να αφιερώσουν σε κάθε ασθενή, και η ανησυχία ότι οι ενδυναμωμένοι ασθενείς θα είναι πιο απαιτητικοί και όχι περισσότερο ανεξάρτητοι (Coulter, 2012).

Τέλος το πιο ισχυρό εμπόδιο απ'όλα είναι ότι πολλοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θεωρούν, ότι είναι κάτι που ήδη κάνουν. Αυτό τονίζει τη σημασία της ολιστικής αλλαγής ολόκληρου του συστήματος, το οποίο να είναι χτισμένο σε αλλαγές στις επαγγελματικές στάσεις και συμπεριφορές (Coulter, 2011). Χωρίς αυτό, υπάρχει ο κίνδυνος ότι οι ασθενείς θα ενδυναμώνονται μόνο για να αποθαρρύνονται όταν συναντούν υπηρεσίες που δεν αγκαλιάζουν αυτή τη νέα σχέση (Snow et al., 2013; Fischer & Ereaut, 2012).

3.3.3. Οφέλη από την ενδυνάμωση των ασθενών:

Οφέλη της ενδυνάμωσης των ασθενών αποτελούν:

- Πιο υγιείς συμπεριφορές: ενίσχυση και βελτίωση της αυτοεκτίμησης, ικανότητα των ασθενών να θέτουν στόχους, αίσθηση του ελέγχου πάνω στη ζωή, αίσθηση ελπίδας για το μέλλον, αύξηση ικανότητας επίλυσης προβλημάτων, καλύτερη επικοινωνία και ηγετικές ικανότητες, ενίσχυση της αυτονομίας και της ευθύνης (Hawks, 1992; Labonte, 1989).
- Μεγαλύτερη ικανοποίηση: των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Λήψη καλύτερων αποφάσεων: Η απόφαση των ασθενών για βοήθεια είναι ένα εργαλείο για να τους βοηθήσει να πάρουν σημαντικές αποφάσεις για τη φροντίδα τους, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν περισσότερες από μία επιλογές. Οι ασθενείς καθοδηγούνται να εξισορροπήσουν τις πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους κατά τις προσωπικές προτιμήσεις τους, με στόχο τη βελτίωση της κοινής λήψης αποφάσεων με τους κλινικούς ιατρούς (Stacey, 2011).
- Βιώσιμες υπηρεσίες υγείας: Τα προγράμματα ενδυνάμωσης των ασθενών έχουν ως σκοπό να εξοπλίσουν τους ασθενείς με χρόνιες ασθένειες με πληροφορίες και δεξιότητες για καλύτερη αυτοδιαχείριση της κατάστασης υγείας τους. Οι ασθενείς που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά αναφέρουν ότι αποκτούν περισσότερη αυτοπεποίθηση και έλεγχο επί της ζωής τους, και μειώνεται η εξάρτησή τους για υγειονομική περίθαλψη, άρα και το κόστος των υπηρεσιών υγείας (Expert Patient Programme CIC, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

4.1. Γενικά

Η αυτοδιαχείριση αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως μέρος της δευτερογενούς πρόληψης και ως ένας τρόπος για τη μείωση της επιβάρυνσης της χρόνιας ασθένειας. Η αναγνώριση της σημασίας της αυτοδιαχείρισης ως μια παρέμβαση δημόσιας υγείας είναι εμφανής σε πολιτικές για την υγεία (Kennedy, Gask & Rogers, 2005).

Οι όροι αυτοδιαχείριση και αυτοφροντίδα συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, με την αυτοφροντίδα να είναι μια έννοια η οποία λαμβάνει μέρος σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων για την υπεράσπιση της υγείας (Department of Health, 2005). Ενώ ο όρος αυτοδιαχείριση μπορεί να εφαρμόζεται σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας, καθώς και σε εκείνες που σχετίζονται με οξεία ή χρόνια ασθένεια, πιο συχνά παρατηρείται στη βιβλιογραφία χρόνιων ασθενειών (Jerant et al., 2005; Lorig & Holman, 2003; Wagner et al., 1999; Wilde & Garvin, 2007).

Η Lorig et al. (1996), περιέγραψαν τέσσερις παράγοντες που έχουν επηρεάσει την ανάπτυξη του μοντέλου αυτοδιαχείρισης της χρόνιας νόσου και οι οποίοι είναι:

- η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού
- η αύξηση των χρόνιων παθήσεων και η συν-νοσηρότητα
- οι νέες έννοιες της γήρανσης (π.χ. «ευτυχισμένα γηρατειά»)
- η έλλειψη υγειονομικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων κατάλληλων για τα άτομα με χρόνιες ασθένειες.

Αρκετές ενδείξεις υποδηλώνουν ότι η αυτοδιαχείριση των χρόνιων ασθενειών βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα και την ικανοποίηση των ασθενών, και ότι έχει θετικό αντίκτυπο στο συνολικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης (Bodenheimer et al., 2002; Fischer et al., 1999).

Επίσης η αυτοδιαχείριση έχει αναφερθεί ότι επέτρεψε στους ανθρώπους με χρόνιες ασθένειες να ελαχιστοποιήσουν τον πόνο, να έχουν μερίδιο στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία, να αποκτήσουν μια αίσθηση ελέγχου πάνω στη ζωή τους (Lorig & Holman 1993; Barlow et al. 1999), όπως και στη μείωση των παραγόντων κινδύνου (π.χ. αλλαγή

συμπεριφοράς), την τήρηση της φαρμακοθεραπείας, την παρακολούθηση των παραμέτρων της νόσου (π.χ. αρτηριακή πίεση), αλλά και την αντιμετώπιση τους (Ward et al., 2010), να μειώσουν τη συχνότητα των επισκέψεων στους γιατρούς και να απολαμβάνουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής στην εργασία και στο σπίτι (Lorig et al., 1998, Barlow et al. 2000).

Η αυτοδιαχείριση συχνά σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικούς ανθρώπους, και μερικές φορές διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, ακόμη και για τα ίδια άτομα (McGowan, 2005).

Η αυτοδιαχείριση λέγεται ότι λαμβάνει χώρα όταν το άτομο συμμετέχει στη θεραπεία (Creer, Renne & Christian, 1976), ή όταν το άτομο συμμετέχει σε έναν ορισμένο τύπο εκπαίδευσης, όπως η διεπιστημονική ομαδική εκπαίδευση η οποία βασίζεται στις αρχές της εκπαίδευσης ενηλίκων, της εξατομικευμένης θεραπείας και της θεωρίας διαχείρισης υπόθεσης (Alderson, et al., 1999).

Αποτελεσματική αυτοδιαχείριση σημαίνει ότι τα άτομα έχουν μια αίσθηση ευθύνης για τη δική τους υγεία και αναλαμβάνουν κεντρικό ρόλο στον καθορισμό της φροντίδα τους (Robert Wood Jonhson Foundation, 2003). Η αποτελεσματική αυτοδιαχείριση περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να παρακολουθεί την κατάσταση του και να πραγματοποιήσει γνωστικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές αλλαγές που είναι απαραίτητες για να διατηρηθεί μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής (Barlow et al., 2002). Για να είναι παραγωγική η αλληλεπίδραση μεταξύ του πελάτη-ασθενή και των πάροχων υπηρεσιών υγείας απαιτείται από το άτομο και την οικογένειά του, να διαθέτουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την αυτοπεποίθηση για να διαχειριστούν την κατάσταση (Weinert, Cudney & Kinion, 2010).

Με δεδομένο τον εξέχοντα ρόλο του διαδικτύου στη ζωή πολλών ανθρώπων στις μέρες μας, η τεχνολογία των πληροφοριών όλο και περισσότερο θεωρείται ως το βασικό μέσο για την υποστήριξη των ασθενών στην αυτοδιαχείριση τους στο σπίτι. Για παράδειγμα, η τεχνολογία των πληροφοριών είναι ένα από τα κύρια συστατικά στο μοντέλο χρόνιας φροντίδας (Wagner et al., 2001). Έχει αποδειχθεί ότι οι υπηρεσίες για τους ασθενείς με χρόνια νόσο που βασίζονται στο διαδίκτυο μπορεί να έχουν θετική επίδραση στη γνώση, την κοινωνική υποστήριξη, τα κλινικά αποτελέσματα και τις συμπεριφορές υγείας (Murray et al., 2005).

4.2. Ορισμοί αυτοδιαχείρισης

Η έννοια της αυτοδιαχείρισης έχει ωριμάσει μετά από επιστημονική εξέταση τεσσάρων και πλέον δεκαετιών (Ryan & Sawin, 2009). Η αυτοδιαχείριση έχει ορισθεί με διάφορους τρόπους, αλλά όλοι οι ορισμοί είναι ευρύτεροι από την απλή ακολουθία των ιατρικών συμβουλών.

Η αυτοδιαχείριση μπορεί να οριστεί ως: «η φροντίδα που οδηγείται, ανήκει και γίνεται από τους ίδιους τους ανθρώπους. Η αυτοδιαχείριση θεωρείται ως το κλειδί για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον ασθενή» (Department of Health, 2005).

Η Lorig (1993) όρισε την αυτοδιαχείριση ως: «την εκμάθηση και εξάσκηση των δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την άσκηση μιας δραστήριας και συναισθηματικά ικανοποιητικής ζωής απέναντι σε μια χρόνια κατάσταση». Τόνισε επίσης ότι η αυτοδιαχείριση δεν αποτελεί εναλλακτική λύση στην ιατρική περίθαλψη. Μάλλον, η αυτοδιαχείριση έχει ως στόχο να βοηθήσει τον συμμετέχοντα να γίνει ενεργός, μη ενάντιος συνεργάτης με τους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης.

Ο Barlow et al. (2002), έχουν ορίσει την αυτοδιαχείριση ως: «την ικανότητα ενός ατόμου να διαχειριστεί τα συμπτώματα και τις συνέπειες της ζωής με μια χρόνια κατάσταση, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας, των σωματικών και κοινωνικών αλλαγών, και των αλλαγών στον τρόπο ζωής».

Η αυτοδιαχείριση ορίστηκε από τους Adams & Corrigan (2003), ως: «η συστηματική παροχή παρεμβάσεων εκπαίδευσης και υποστήριξης από το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης για την αύξηση των δεξιοτήτων και της εμπιστοσύνης των ασθενών στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας τους, συμπεριλαμβανομένης της τακτικής αξιολόγησης της προόδου και των προβλημάτων, του καθορισμού στόχων, και την υποστήριξη επίλυσης των προβλημάτων».

Άλλοι έχουν ορίσει την αυτοδιαχείριση ως θεραπεία που αποσκοπεί στην επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων: «μια θεραπεία που συνδυάζει τεχνικές βιολογικής,

ψυχολογικής και κοινωνικής παρέμβασης, με στόχο την μέγιστη λειτουργία της ρυθμιστικής διαδικασίας του ατόμου» (Nakagawa – Kogan et al., 1988).

Το NHS - Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (2001), μέσα από την προσέγγιση "expert patient" χρησιμοποιεί τον όρο αυτοδιαχείριση για να αναφέρει οποιοδήποτε επίσημο πρόγραμμα εκπαίδευσης ασθενών το οποίο στοχεύει στο να παράσχει στον ασθενή πληροφορίες και δεξιότητες που είναι απαραίτητες για να διαχειριστεί την κατάστασή του στο πλαίσιο των παραμέτρων του ιατρικού καθεστώτος. Επιπλέον τα προγράμματα αυτά βασίζονται στην ανάπτυξη της εμπιστοσύνης και της παρακίνησης του ασθενή να χρησιμοποιήσει τις δικές του δεξιότητες, πληροφορίες και επαγγελματικές υπηρεσίες για να αποκτήσει αποτελεσματικό έλεγχο στην ζωή με χρόνια ασθένεια.

Περαιτέρω, η αυτοδιαχείριση λέγεται ότι λαμβάνει χώρα όταν το άτομο εμπλέκεται σε συγκεκριμένες συμπεριφορές οι οποίες ελέγχουν ή μειώνουν τις επιπτώσεις της νόσου, πάντα σε συνεργασία με τους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης. Η αυτοδιαχείριση κατανοείται ως: «οι καθημερινές εργασίες που ένα άτομο πρέπει να αναλάβει προκειμένου να ελέγξει ή να μειώσει τις επιπτώσεις της νόσου πάνω στην κατάσταση της σωματικής του υγείας, οι εργασίες αυτοδιαχείρισης στο σπίτι, και οι στρατηγικές που θα αναληφθούν σε συνεργασία και με την καθοδήγηση του γιατρού του ατόμου και άλλους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Clark et al., 1991).

4.3. Αυτοδιαχείριση ως διαδικασία και ως αποτέλεσμα

Η αυτοδιαχείριση μπορεί να είναι μια διαδικασία ή ένα αποτέλεσμα. Ως διαδικασία, ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει το είδος της εκπαίδευσης (π.χ. εκπαίδευση αυτοδιαχείρισης, προετοιμασία αυτοδιαχείρισης) που παρέχεται σε άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας. Βασικά στοιχεία της εκπαίδευσης είναι η αύξηση των γνώσεων και η επίλυση προβλημάτων (The Robert Wood Johnson Foundation & The Centre for Advancement of Health, 2001). Μια σειρά από καθηγητές παρέχουν εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση, η πλειοψηφία των οποίων είναι επαγγελματίες υγείας (Barlow et al., 2002). Ωστόσο, τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης του Stanford γίνονται από εκπαιδευμένους απλούς ανθρώπους.

Όταν η αυτοδιαχείριση αναφέρεται ως αποτέλεσμα, συνήθως υποδηλώνει άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας που έχουν αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες για την ασθένειά τους, και περισσότερη εμπιστοσύνη για να διαχειριστούν την υγεία τους, και να δεσμευθούν για συμπεριφορές που σχετίζονται με την ιατρική, και τον ρόλο της. Αυτά τα αποτελέσματα συμπεριφορών και εμπιστοσύνης, επιτυγχάνονται μέσω της διαδικασίας εκπαίδευσης (Lorig, 1993).

4.4. Εμπόδια στη αυτοδιαχείριση

Εμπόδια στην αυτοδιαχείριση των ασθενών με χρόνιες παθήσεις αποτελούν οι φυσικοί περιορισμοί, η έλλειψη γνώσης, οι οικονομικοί περιορισμοί, η μη κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή για παροχή περίθαλψης, η έλλειψη κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης, η επιδείνωση μιας κατάστασης από τα συμπτώματα μιας άλλης, τα προβλήματα της φαρμακοθεραπείας (Bayliss et al., 2003). Οι Jerant et al. (2005), ανέφεραν και άλλα εμπόδια όσον αφορά την αυτοδιαχείριση συμπεριλαμβανομένων: της κατάθλιψης, των προβλημάτων βάρους, της δυσκολίας στην άσκηση, της κόπωσης, της κακής επικοινωνίας με τον ιατρό, της χαμηλής υποστήριξης από την οικογένεια, του πόνου, των εμποδίων στην πρόσβαση σε πόρους που είναι αναγκαίοι για την αυτοδιαχείριση, την έλλειψη ενημέρωσης, τα σωματικά συμπτώματα, τα προβλήματα μεταφοράς, και το κόστος ή η έλλειψη ασφάλισης.

4.5. Συνέπειες αυτοδιαχείρισης

Συνέπειες της αυτοδιαχείρισης αποτελούν η βελτίωση των αποτελεσμάτων για την υγεία όπως: ο μειωμένος κίνδυνος για επιπλοκές, η μείωση του ποσοστού χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας (συμπεριλαμβανομένων των εισαγωγών στο νοσοκομείο), η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, η μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, η καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας, η βελτιωμένη αίσθηση ελέγχου, η βαθύτερη αίσθηση της έννοιας της ευημερίας, της ποιότητας ζωής, καθώς και του έλεγχου των συμπτωμάτων, η πιο γρήγορη ανάρρωση μετά από κάποιο χειρουργείο ή ασθένεια (Leenerts et al., 2002; Schnell-Hoehn, Naimark, & Tate, 2009, Sidani, 2011; Song, 2010), όπως και η μείωση της θνησιμότητας και της αναπηρίας (Jerant et al., 2005).

4.6. Παράγοντες επιτυχούς αυτοδιαχείρισης των χρόνιων ασθενειών

Οι Lorig και Holman (2003), υποστήριξαν ότι η επιτυχημένη αυτοδιαχείριση στηρίζεται σε πέντε βασικές δεξιότητες:

- 1) Επίλυση προβλημάτων: καθορισμός προβλημάτων με ακρίβεια, δημιουργία ενός φάσματος πιθανών λύσεων, εφαρμογή και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
- 2) Λήψη αποφάσεων: μπορεί να είναι μέρος της επίλυσης προβλημάτων, η λήψη αποφάσεων απαιτεί αρκετές και κατάλληλες πληροφορίες.
- 3) Εύρεση και χρησιμοποίηση πόρων: να γνωρίζουν οι ασθενείς πώς να αναζητούν και να χρησιμοποιούν μια σειρά από πηγές, όπως ιστοσελίδες, βιβλιοθήκες και οργανισμούς της κοινότητας.
- 4) Διαμόρφωση εταιρικών σχέσεων με τους επαγγελματίες υγείας: και πάλι απαιτεί την ενεργό συμμετοχή των γιατρών, εμπλέκει ασθενείς που είναι σε θέση να παρακολουθούν και να αναφέρουν με σχετική ακρίβεια την κατάσταση της νόσου τους σε κλινικούς ιατρούς και να κάνουν συνειδητές επιλογές θεραπείας.
- 5) Δημιουργία και εφαρμογή βραχυπρόθεσμων σχεδίων δράσης: μικρής διάρκειας, ρεαλιστικά, και ο ασθενής να είναι βέβαιος ότι μπορεί να τα επιτύχει.

Σε μια ανασκόπηση 70 μελετών που έχει διεξαχθεί από τους Clark et al. (1991), κάποιες δεξιότητες των ασθενών βρέθηκαν να είναι κοινές στις πιο επιτυχημένες πρωτοβουλίες αυτοδιαχείρισης. Αυτές οι δεξιότητες περιλάμβαναν την ικανότητα:

- να χρησιμοποιούν σωστά τα φάρμακα
- να διαχειρίζονται καταστάσεις έκτακτης ανάγκης
- να διαχειρίζονται τη διατροφή και την σωματική άσκηση
- να προσαρμόζονται στην εργασία
- να διαχειρίζονται τις σχέσεις τους με άλλους
- να διαχειρίζονται τις ψυχολογικές τους αντιδράσεις στην ασθένεια.

4.7. Προγράμματα αυτοδιαχείρισης χρόνιων ασθενειών

Τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης χρόνιων ασθενειών αναπτύχθηκαν για πρώτη φορά στις Ηνωμένες Πολιτείες από την Lorig et al. (1993). Η εστίαση τους είναι στην ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών μέσω της συμμετοχής τους σε ένα ιδιαίτερα δομημένο πρόγραμμα, με επικεφαλής ομάδες εκπαιδευμένων εθελοντών που ζουν οι ίδιοι με μια χρόνια ασθένεια (Taylor & Burg, 2007). Τέτοια προγράμματα είναι συνήθως χωριστά από την κλινική φροντίδα των ασθενών, αλλά συχνά λειτουργούν σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης (Bodenheimer et al. 2002).

Τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης της χρόνιας νόσου παρέχουν παρεμβάσεις για αύξηση των ικανοτήτων των ασθενών να αυτό-παρακολουθήσουν τα συμπτώματα ή τις φυσιολογικές διαδικασίες και να πάρουν συνειδητές αποφάσεις ως ενεργοί εταίροι στη διαχείριση της υγείας τους (Chodosh et al., 2005). Τέτοια προγράμματα μπορεί να είναι ειδικά για την ασθένεια ή γενικά για τις χρόνιες παθήσεις. Οι παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν την ανατροφοδότηση, τη διδασκαλία, τα παιχνίδια ρόλων, την ανάθεση αρμοδιοτήτων, την ψυχολογική υποστήριξη, την ιατρική περίθαλψη, τη χρήση κατευθυντήριων γραμμών και εργαλείων υποστήριξης στην λήψη αποφάσεων, καθώς και την τεχνολογία των πληροφοριών (Barlow et al., 2002; Lorig & Holman, 2003).

Σε γενικές γραμμές τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης στοχεύουν στο να διδάξουν δεξιότητες οι οποίες απαιτούνται για την εκτέλεση ιατρικών οδηγιών, ειδικά για μια μακροχρόνια ασθένεια, και να καθοδηγήσουν την αλλαγή συμπεριφοράς για να βοηθήσουν τους ασθενείς να ελέγχουν τη δική τους κατάσταση και να βελτιώσουν την ευημερία τους (Bourbeau et al., 2003).

Προγράμματα εκπαίδευσης στην αυτοδιαχείριση υπάρχουν για πολλές χρόνιες παθήσεις συμπεριλαμβανομένων: της αρθρίτιδας, του βρογχικού άσθματος, του σακχαρώδη διαβήτη της αρτηριακής υπέρτασης κ.α (Holman & Lorig 2004, Jerant et al. 2005).

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης συνήθως μετριέται με βάση τα σχετικά συμπεριφορικά, σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά αποτελέσματα για την υγεία,

όπως η αυτοαποτελεσματικότητα, η συναισθηματική κατάσταση, η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, η βελτίωση της ποιότητα ζωής, και η μείωση των επισκέψεων στο νοσοκομείο και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (Bourbeau et al., 2003; Coleman & Newton, 2005; Fu et al., 2006; Swerissen et al., 2006).

Εν κατακλείδι τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης αγκαλιάστηκαν από τους φορείς χάραξης πολιτικής για την υγεία ως ένας τρόπος για να μειωθεί το κόστος για την υγεία με το να έχουν ενδυναμωμένους και υγιέστερους ασθενείς οι οποίοι έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με λιγότερη συχνότητα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1. Στρατηγική αναζήτησης

Για την επιλογή των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα διατριβή έγινε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (systematic review). Σκοπός της διαδικασίας αυτής ήταν ο εντοπισμός μελετών σχετικών με το θέμα της διατριβής, οι οποίες δημοσιεύτηκαν σε έγκυρες, διεθνείς, ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων κατά τη χρονική περίοδο της 1^{ης} Ιανουαρίου 1995 με 31^{ης} Ιανουαρίου 2015, στην αγγλική γλώσσα.

Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έλαβε χώρα τον Φεβρουάριο του 2015. Στην στρατηγική της ηλεκτρονικής αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν τέσσερις βάσεις δεδομένων: η PubMed, η Google Scholar, η Science Direct και η Scopus, με τις λέξεις κλειδιά: "patient empowerment", "chronic disease" or "chronic illness", και "self-management" or "self-care". Η επιλογή των μελετών έγινε με χρονικό περιορισμό και βάσει προεπιλεγμένων κριτηρίων τα οποία καθορίστηκαν πριν τη διαδικασία της αναζήτησης. Στη συνέχεια έγινε δευτερογενής αναζήτηση των βιβλιογραφικών αναφορών των μελετών με τα ίδια κριτήρια.

5.2. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού μελετών

5.2.1 Κριτήρια εισαγωγής:

Από το σύνολο των μελετών που εντοπίστηκαν, αξιολογήθηκαν ως κατάλληλες για την συστηματική ανασκόπηση οι μελέτες που πληρούσαν τα πιο κάτω κριτήρια:

- (1) Οι μελέτες να αφορούν ασθενείς με χρόνια σωματική ασθένεια.
- (2) Τα αποτελέσματα των μελετών να προέρχονται από παρεμβάσεις εκπαίδευσης ενδυνάμωσης ή αυτοδιαχείρισης χρόνιας ασθένειας.
- (3) Ο στόχος της ενδυνάμωσης των ασθενών που περιγράφεται στις μελέτες θα πρέπει να είναι η καλύτερη διαχείριση μιας χρόνιας ασθένειας.
- (4) Οι δραστηριότητες για ενδυνάμωση που περιγράφονται στις μελέτες θα πρέπει να γίνονται στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης.

- (5) Οι μελέτες να αφορούν ενήλικες ασθενείς, >18 ετών.
- (6) Μη γεωγραφικός περιορισμός των μελετών (μπορεί να αφορούν ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες).
- (7) Οι μελέτες να είναι ερευνητικές (π.χ. περιγραφικές ποσοτικές μελέτες, τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, μελέτες κοόρτης, και οιονεί πειραματικές μελέτες).
- (8) Η διαθέσιμη βιβλιογραφία να καλύπτει τη χρονική περίοδο 1^η Ιανουαρίου 1990 με 31^η Ιανουαρίου 2015.

5.2.2. Κριτήρια αποκλεισμού:

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- (1) Μελέτες που αφορούν ασθενείς με ψυχιατρική χρόνια ασθένεια.
- (2) Μελέτες που αφορούν παιδιά με χρόνια ασθένεια.
- (3) Μελέτες που αφορούν ενδυνάμωση επαγγελματιών υγείας ή φροντιστών ασθενών.
- (4) Μελέτες στις οποίες αναφέρεται μόνο ή διαδικασία της ενδυνάμωσης των ασθενών και δεν αναφέρονται τα αποτελέσματα της προσέγγισης αυτής για τους ασθενείς ως προς την καλύτερη διαχείριση της ασθένειάς τους.
- (5) Ποιοτικές μελέτες οι οποίες αναφέρονται περισσότερο στα συναισθήματα των ενδυναμωμένων ασθενών και δεν παρουσιάζεται η διαδικασία της ενδυνάμωσης και το αποτέλεσμα της όσον αφορά τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων της ασθένειας και η καλύτερη διαχείριση της.

5.3. Αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών

Σύμφωνα με την Μπελλάλη (2011), τα πιο σημαντικά κριτήρια αξιολόγησης της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών θεωρούνται: «(α) η μέθοδος απόκρυψης της τυχαιοποίησης (allocation concealment) του καταμερισμού των θεραπευτικών μέτρων από εκείνους που διενεργούν την αρχική εκτίμηση των ασθενών, (β) η αμερόληπτη εκτίμηση της έκβασης της παρέμβασης στον πληθυσμό μελέτης (τυφλή ή διπλά τυφλή), και (γ) ο χειρισμός

των ασθενών που χάνονται κατά την παρακολούθηση ή αποσύρονται για άλλους λόγους από την μελέτη.

Η μεθοδολογική ποιότητα των μελετών που επιλέχθηκαν για την συστηματική ανασκόπηση αξιολογήθηκε (πίνακας 2) χωρίς όμως να αποτελεί κριτήριο εισαγωγής. Η διαδικασία αυτή έγινε με τη χρήση του εργαλείου αξιολόγησης της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών του Cochrane Collaboration το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί και στη μελέτη των Kuijpers et al. (2013), και το οποίο περιλαμβάνει τα τρία σημαντικά κριτήρια που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Στη συστηματική αυτή ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν 12 κριτήρια για την αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών:

- 1= Έγινε καθορισμός των κριτηρίων επιλογής του δείγματος;
- 2= Η μέθοδος της τυχαίας επιλογής εξηγήθηκε;
- 3= Έγινε απόκρυψη της κατανομής των θεραπευτικών μέτρων; (concealment of treatment allocation)
- 4= Οι ομάδες ήταν όμοιες κατά την έναρξη;
- 5= Γίνεται ρητή περιγραφή των παρεμβάσεων;
- 6= Γίνεται περιγραφή της συμμόρφωσης του δείγματος στην παρέμβαση;
- 7= Τυφλή ή μη αποτίμηση της έκβασης; (blinding)
- 8= Γίνεται περιγραφή του ποσοστού εγκατάλειψης;
- 9= Μακροχρόνια παρακολούθηση (>3 μήνες μετά την αξιολόγηση της παρέμβασης);
- 10= Το χρονοδιάγραμμα της αξιολόγησης του αποτελέσματος αναφέρεται;
- 11= Στο μέγεθος του δείγματος γίνεται ανάλυση ισχύος;
- 12= Όλοι οι ασθενείς που τυχαιοποιήθηκαν σε ένα θεραπευτικό σχήμα αναλύονται, ανεξάρτητα από το αν το ακολούθησαν μέχρι τέλους; (attrition bias)

√= στοιχείο που αναφέρεται

X= στοιχείο που δεν αναφέρεται

?= ασαφές στοιχείο

^a = Ποσοστό εγκατάλειψης 0%

- = Δεν ισχύει

Πίνακας 2: Αξιολόγηση μεθοδολογικής ποιότητας μελετών

Μελέτη	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Σύνολο
Adolfsson et al., 2007	√	√	√	√	√	√	?	√	X	√	√	X	9/12
Anderson et al., 1995	√	X	?	√	√	X	?	√	X	√	X	X	5/12
Anderson et al., 2005	√	X	?	√	√	√	?	√	√	√	X	X	7/12
Anderson et al., 2009	√	√	?	√	√	X	?	√	X	√	X	X	6/12
Bucknall et al., 2012	√	√	?	√	√	X	?	√	X	√	√	X	7/12
Chen et al., 2011	√	√	?	√	√	X	?	√ ^a	X	√	√	√	8/12
Chen et al., 2015	√	√	?	√	√	X	?	√	√	√	√	X	8/12
Cooper et al., 2008	√	X	?	√	√	√	?	√	√	√	√	X	8/12
Figar et al., 2006	√	√	√	√	√	√	?	√	X	√	√	√	10/12
Griffiths et al., 2005	√	√	?	√	√	√	?	√	X	√	√	√	9/12
Imani-Goghary et al., 2014	√	X	?	√	√	X	?	√ ^a	X	√	X	√	6/12
Keers et al., 2006	√	-	?	-	√	√	?	√	√	√	X	√	7/12
Mayer-Davis et al., 2004	√	X	?	√	√	X	?	√	√	√	√	X	7/12
Moattari et al., 2012	√	X	?	√	√	X	?	√	X	√	√	X	6/12
Musacchio et al., 2012	√	√	?	-	√	X	?	√ ^a	X	√	√	√	7/12
Naik et al., 2011	√	X	?	√	√	√	?	√	X	√	X	√	7/12
Nolte et al., 2007	√	√	?	-	√	X	?	√	X	√	X	X	5/12
Peña-Purcell et al., 2011	√	X	?	√	√	√	?	√	X	√	X	X	6/12
Pibernik-Okanovic et al.,2004	√	√	?	√	√	√	?	√ ^a	√	√	X	X	8/12
Rasjö Wrååk et al, 2015	√	√	√	√	√	√	?	√	X	√	√	X	9/12
Shearer et al., 2007	√	√	?	√	√	X	?	√	X	√	√	X	7/12
Sigurdardottir et al., 2009	√	√	√	√	√	X	?	√	√	√	√	√	10/12
Simmons et al., 2004	√	√	√	√	√	X	?	√	√	√	X	X	8/12
Spencer et al., 2011	√	X	?	√	√	√	?	√	X	√	√	X	7/12
Tang et al., 2010	√	√	?	√	√	√	?	√ ^a	√	√	X	X	7/12
Tsay & Hung, 2004	√	√	√	√	√	X	?	√	X	√	√	√	9/12
Vahid et al., 2008	√	√	?	√	√	X	?	√ ^a	X	√	X	√	7/12
Wong et al., 2014	√	√	?	√	√	X	?	√ ^a	X	√	X	√	7/12

Για κάθε μελέτη όλα τα στοιχεία βαθμολογήθηκαν με ναι (✓), όχι (X), ή ασαφές (?), με μέγιστη βαθμολογία ποιότητας το 12. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές (Van den Berg et al., 2007), οι μελέτες που έχουν συγκεντρώσει τουλάχιστον τα 2/3 της συνολικής βαθμολογίας (δηλαδή ≥ 9) θεωρούνται υψηλής ποιότητας. Μελέτες με σκορ 5-8 βαθμούς χαρακτηρίζονται ως μέτριας ποιότητας, και μελέτες με χαμηλότερη βαθμολογία από 4 βαθμούς χαρακτηρίζονται ως χαμηλής ποιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1. Επιλογή μελετών

Το σύνολο των μελετών που εντοπίστηκαν στην αρχική αναζήτηση με τις λέξεις κλειδιά και την χρήση φίλτρων, π.χ. μελέτες μόνο στην αγγλική γλώσσα, πρόσβαση στο πλήρες κείμενο, χρονολογικός περιορισμός ανήλθε στις 410 (εικόνα 2). Τα αποτελέσματα της αναζήτησης για κάθε μία από τις βάσεις δεδομένων ήταν: Pubmed (v=133), Google Scholar (v=122), Science Direct (v=101) και Scopus (v=54). Στη συνέχεια 99 μελέτες αποκλείστηκαν εξαιτίας του τίτλου, και 28 λόγω του ότι ήταν διπλές. Ακολουθώντας από την ανάγνωση της περίληψης αφαιρέθηκαν 146 μελέτες και παρέμειναν 137 μελέτες που πέρασαν στην επόμενη φάση της εις βάθος αξιολόγησης. Από την ανάγνωση όλου του κειμένου των μελετών, 109 αφαιρέθηκαν γιατί δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη συστηματική ανασκόπηση και παρέμειναν 28 μελέτες οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση και αναλύθηκαν διεξοδικά.

6.2. Εξαγωγή δεδομένων

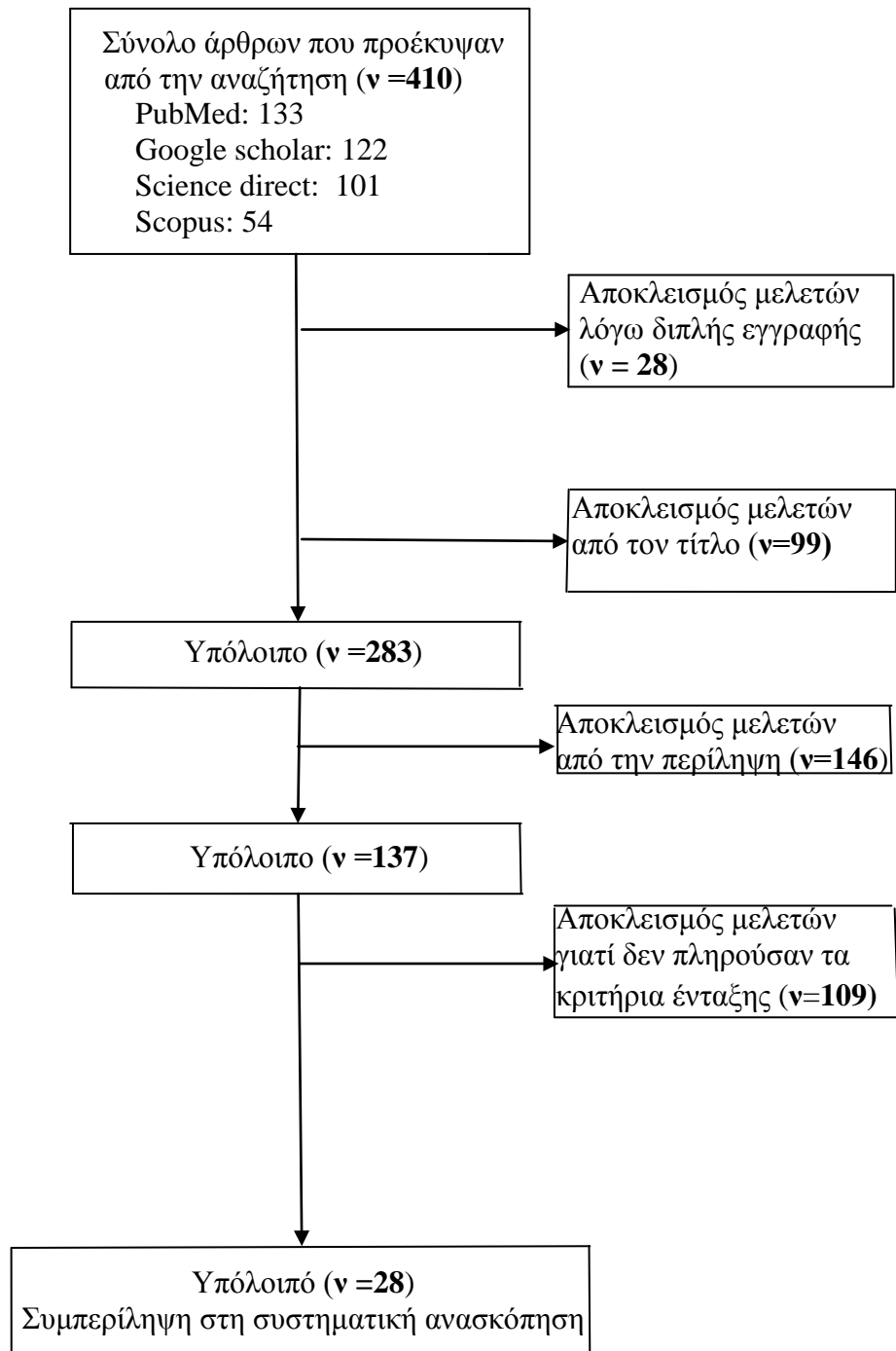
Οι πληροφορίες που λήφθηκαν από κάθε μελέτη ήταν οι εξής: χαρακτηριστικά μελέτης (έτος δημοσίευσης, πηγή, χώρα προέλευσης, ερευνητικός σχεδιασμός και σκοπός της μελέτης, μέγεθος του δείγματος και αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας), χαρακτηριστικά των ασθενών (τύπος ασθένειας, ηλικία, φύλο, συνυπάρχοντα νοσήματα), χαρακτηριστικά παρέμβασης (περιεχόμενο, διάρκεια, συχνότητα, συμμόρφωση, και ποσοστό εγκατάλειψης), μετρήσεις έκβασης παρέμβασης (προ-μέτρηση και μετα-μέτρηση δεδομένων, εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την μετρήσεις)

6.3. Χαρακτηριστικά μελετών

Τα άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση (v=28), αποτελούν μοναδικές μελέτες για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις στους οποίους έγινε παρέμβαση ενδυνάμωσης για διαχείριση της ασθένειας τους. Οι μελέτες αυτές δημοσιεύτηκαν μεταξύ των ετών 1995 με 2015, με τις περισσότερες να έχουν δημοσιευτεί μετά το 2004. Οι 12

μελέτες έχουν εντοπιστεί στη βάση δεδομένων PubMed, οι 9 στην Science Direct, οι 6 στην Google Scholar και 1 στη Scopus. Οι 28 μελέτες καλύπτουν εκτεταμένες γεωγραφικές

Εικόνα 2: Διάγραμμα ροής απεικόνισης αποτελεσμάτων στρατηγικής αναζήτησης



περιοχές (πίνακας 3), που περιλαμβάνουν τις Η.Π.Α, την Ταϊβάν, το Ιράν, τη Σουηδία, τη Σκωτία, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Αργεντινή, την Ολλανδία, την Ιταλία, την Αυστραλία, την Κροατία, την Ισλανδία, τη Νέα Ζηλανδία και το Χονγκ Κόνγκ.

Πίνακας 3: Χώρες διεξαγωγής των μελετών

Χώρα διεξαγωγής	Αριθμός μελετών
Η.Π.Α	9
Ταϊβάν	3
Ιράν	3
Σουηδία	2
Σκωτία	1
Ηνωμένο Βασίλειο	2
Αργεντινή	1
Ολλανδία	1
Ιταλία	1
Αυστραλία	1
Κροατία	1
Ισλανδία	1
Νέα Ζηλανδία	1
Χόνγκ Κόνγκ	1

Όσον αφορά τον ερευνητικό σχεδιασμό των μελετών, 24 ήταν πειραματικές μελέτες και 4 ήταν μη πειραματικές. Από τις εικοσιτέσσερις πειραματικές μελέτες οι 20 ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (Adolfsson et al., 2007; Anderson et al., 1995; Anderson et al., 2005; Anderson et al., 2009; Bucknall et al., 2012; Chen et al., 2011; Chen et al., 2015; Cooper et al., 2008; Figar et al., 2006; Griffiths et al., 2005; Mayer-Davis et al., 2004; Moattari et al., 2012; Nail et al., 2011; Rasjö Wrååk et al., 2015; Shearer et al., 2007; Sigurdardottir et al., 2009; Simmons et al., 2003; Spencer et al., 2011; Tsay & Hung, 2004; Vahid et al., 2008), οι 3 ήταν ποσοτικές μελέτες (Keers et al., 2006; Musacchio et al., 2011;

Nolte et al., 2007) και 1 ήταν ημί-πειραματική (Imani-Goghary et al., 2014). Από τις τέσσερις μη πειραματικές μελέτες, οι 2 ήταν οιονεί πειραματικές μελέτες (Peña -Purcell et al., 2011; Pibernik-Okanovic et al., 2004), και οι υπόλοιπες 2 ήταν μελέτες κοόρτης (Tang et al., 2014; Wong et al., 2014).

Κύριος σκοπός όλων μελετών ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης ή της επίπτωσης μιας παρέμβασης ενδυνάμωσης σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες ως προς την καλύτερη διαχείριση της ασθένειας τους, πράγμα που φαίνεται από τη βελτίωση στους κλινικούς-φυσιολογικούς, γνωσιολογικούς, ψυχολογικούς και δείκτες συμπεριφοράς. Στις μελέτες αυτές η προσέγγιση της ενδυνάμωσης παρουσιάζεται ως διαδικασία και ως αποτέλεσμα, δηλαδή αναφέρεται η διαδικασία ενδυνάμωσης των ασθενών (μέσω εκπαίδευσης), αλλά παρουσιάζεται και το αποτέλεσμα της παρέμβασης ενδυνάμωσης (π.χ. στα κλινικά αποτελέσματα).

Το μέγεθος του δείγματος για όλες τις μελέτες κυμαινόταν από 30 ασθενείς η μελέτη με το πιο μικρό δείγμα (Vahid et al., 2008), μέχρι 2282 ασθενείς η μελέτη με το πιο μεγάλο δείγμα (Wong et al., 2014). Σε δεκαπέντε μελέτες το μέγεθος του δείγματος ήταν κάτω από 100 ασθενείς, σε δέκα το δείγμα ήταν πάνω από 100 ασθενείς, ενώ σε τρεις μελέτες το δείγμα ήταν πάνω από 1000 ασθενείς. Στις περισσότερες μελέτες ($n=27$) η μέθοδος δειγματοληψίας ήταν τυχαία, ενώ σε 1 μελέτη κάποιο μέρος του δείγματος επιλέγηκε τυχαία και το υπόλοιπο μη τυχαία (Anderson et al., 1995). Οι συνήθειες στρατηγικές που ακολουθήθηκαν για τον εντοπισμό του δείγματος των μελετών περιλάμβαναν διαφημίσεις σε εφημερίδες, ενημερωτικά φυλλάδια, αναρτήσεις σε πίνακες ανακοινώσεων σε νοσοκομεία, κοινοτικά κέντρα και κέντρα υγείας, με γράμμα μέσω ταχυδρομείου, με τηλεφωνική επαφή, επισκέψεις σε σπίτια ασθενών, συλλογή στοιχείων από αρχεία ασθενών, από συγκεκριμένη κλινική νοσοκομείου ή συγκεκριμένη περιοχή, από συμμετέχοντες σε προγράμματα αυτοδιαχείρισης χρόνιας ασθένειας, από στόμα σε στόμα, και μέσω κλήρωσης.

Όσον αφορά την μεθοδολογική ποιότητα των μελετών, 22 μελέτες ήταν μέτριας ποιότητας και 6 ήταν υψηλής ποιότητας (Adolfsson et al., 2007; Figar et al., 2006; Griffiths et al., 2005; Rasjö Wrååk et al., 2015; Sigurdardottir et al., 2009; Tsay & Hung, 2004). Στις περισσότερες μελέτες το σκορ της αξιολόγησης κυμαινόταν από 7 ως 8. Σε όλες τις μελέτες υπήρχε σαφής καθορισμός των κριτηρίων επιλογής του δείγματος, γινόταν ρητή περιγραφή των

παρεμβάσεων, περιγραφή του ποσοστού εγκατάλειψης του δείγματος και αναφορά του χρονοδιαγράμματος αξιολόγησης του αποτελέσματος. Η μέθοδος της τυχαίας επιλογής του δείγματος εξηγήθηκε σε 18 μελέτες, ενώ σε 6 αναφέρεται ότι έγινε απόκρυψη της κατανομής των θεραπευτικών μέτρων του δείγματος (Adolfsson et al., 2007; Figar et al., 2006; Rasjö Wrååk et al., 2015; Sigurdardottir et al., 2009; Simmons et al., 2004; Tsay & Hung, 2004). Σε όλες τις μελέτες όπου το δείγμα χωρίστηκε σε ομάδες (ομάδα ελέγχου και ομάδα παρέμβασης), οι ομάδες ήταν όμοιες κατά την έναρξη. Επίσης σε 12 μελέτες γίνεται περιγραφή της συμμόρφωσης του δείγματος στην παρέμβαση ή και μέχρι την ολοκλήρωση της μελέτης (Adolfsson et al., 2007; Anderson et al., 2005; Cooper et al., 2008; Figar et al., 2006; Griffiths et al., 2005; Keers et al., 2006; Naik et al., 2011; Peña-Purcell et al., 2011; Pibernik-Okanovic et al., 2004; Rasjö Wrååk et al., 2015; Spencer et al., 2011; Tang et al., 2010), και σε 7 μελέτες το ποσοστό εγκατάλειψης ήταν 0% (Chen et al., 2011; Imani-Goghary et al., 2014; Musacchio et al., 2012; Pibernik-Okanovic et al., 2004; Tang et al., 2010; Vahid et al., 2008; Wong et al., 2014). Σε όλες τις μελέτες υπήρχε ασάφεια ως προς το εάν έγινε τυφλή ή μη αποτίμηση της έκβασης. Επιπρόσθετα σε 9 μελέτες έγινε μακροχρόνια παρακολούθηση του αποτελέσματος της παρέμβασης, πάνω από 3 μήνες μετά την αξιολόγηση της παρέμβασης (Anderson et al., 2005; Chen et al., 2015; Cooper et al., 2008; Keers et al., 2006; Mayer-Davis et al., 2004; Pibernik-Okanovic et al., 2004; Sigurdardottir et al., 2009; Simmons et al., 2004; Tang et al., 2010). Σε 14 μελέτες αναφέρεται ότι έγινε ανάλυση ισχύος πριν την επιλογή του δείγματος (Adolfsson et al., 2007; Bucknall et al., 2012; Cooper et al., 2008; Chen et al., 2011; Chen et al., 2015; Figar et al., 2006; Shearer et al., 2007; Tsay & Hung, 2004; Sigurdardottir et al., 2009; Mayer-Davis et al., 2004; Griffiths et al., 2005; Moattari et al., 2012; Rasjö-Wrååk et al., 2015; Shearer et al., 2007), ενώ σε 11 μελέτες όλοι οι ασθενείς που τυχαιοποιήθηκαν σε ένα θεραπευτικό σχήμα αναλύονται ανεξάρτητα από το αν το ακολούθησαν μέχρι τέλους (Chen et al., 2011; Figar et al., 2006; Imani-Goghary et al., 2014; Griffiths et al., 2005; Keers et al., 2006; Musacchio et al., 2012; Naik et al., 2011; Sigurdardottir et al., 2009; Tsay & Hung, 2004; Vahid et al., 2008; Wong et al., 2014).

6.4. Χαρακτηριστικά των ασθενών

Οι μελέτες περιλάμβαναν ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (v=19), Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (v=1), Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια (v=3), Αρτηριακή Υπέρταση (v=2), Καρδιακή Ανεπάρκεια (v=1), ενώ σε 2 μελέτες το δείγμα αποτελείτο από ασθενείς με διαφορετικές χρόνιες ασθένειες. Οι ηλικίες των ασθενών σε όλες τις μελέτες κυμαίνονταν από 18 ετών η πιο μικρή μέχρι 101 ετών η πιο μεγάλη, και η συνολική μέση ηλικία τους ήταν 58,44 χρόνια (SD-τυπική απόκλιση 9,24 χρόνια). Η μελέτη με τον πιο μικρό μέσο όρο ηλικίας του δείγματος ήταν αυτή των Imani-Goghary et al. (2014), με 34,47 χρόνια, ενώ η μελέτη με τον πιο μεγάλο μέσο όρο ηλικίας του δείγματος ήταν αυτή των Shearer et al. (2007) με 75,92 χρόνια. Σε 25 μελέτες αναφέρεται το φύλο του δείγματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες το οποίο ήταν περίπου 58,3% (v=3972) ενώ οι άνδρες αποτελούσαν το 41,7% ή (v=2838) του πληθυσμού όλων των μελετών. Τέλος 8 μελέτες (Bucknall et al., 2012; Figar et al., 2006; Mayer-Davis et al., 2004; Moattari et al., 2012; Musacchio et al., 2011; Pibernik-Okanovic et al., 2004; Simmons et al., 2003; Wong et al., 2014;), παρέχουν πληροφορίες σχετικά με συνυπάρχοντα νοσήματα των ασθενών (π.χ. μέσος όρος συνοδών νοσημάτων, ποσοστά του δείγματος με άλλες ασθένειες κτλ) εκτός από το κύριο νόσημα που έγινε αντικείμενο μελέτης.

6.5. Χαρακτηριστικά παρεμβάσεων

Τα χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων που έγιναν σε κάθε μελέτη αναφέρονται αναλυτικά στον πίνακα 5. Οι παρεμβάσεις δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των μελετών όσον αφορά το περιεχόμενο, τη διάρκεια και τη συχνότητα. Διαφορές έχουν παρατηρηθεί στο ποσοστό συμμόρφωσης στην παρέμβαση (δεν αναφέρεται σε όλες τις μελέτες), και στο ποσοστό των ασθενών που εγκαταλείψαν την μελέτη (για διάφορους λόγους π.χ. άρνηση συμμετοχής, αποχώρηση πριν την αξιολόγηση της παρέμβασης, εγκατάλειψη παρέμβασης, θάνατος κτλ) πριν την ολοκλήρωση της (πίνακας 4). Σε όλες τις μελέτες της ανασκόπησης περιγράφεται ο σχεδιασμός στον οποίο στηρίχθηκε η παρέμβαση ενδυνάμωσης των ασθενών με χρόνιες παθήσεις.

Πίνακας 4: Ποσοστό εγκατάλειψης δείγματος και συμμόρφωσης στην παρέμβαση των μελετών της ανασκόπησης

Μελέτη	Αρχικό δείγμα	Ποσοστό Εγκατάλειψης	Συμμόρφωση στην παρέμβαση
Adolfsson et al., 2007	v =101	12.9%	Στην ομάδα παρέμβασης 29 ασθενείς (69%) συμμετείχαν σε όλες τις συνεδρίες, 13 ασθενείς (31%) έχασαν μία συνεδρία
Anderson et al., 1995	v=64	15.6%	Δεν αναφέρεται
Anderson et al., 2005	v=239	15%	Ο μέσος όρος παρακολούθησης ήταν 5.07 (± 1.24) από τις 6 συνεδρίες
Anderson et al., 2009	v=310	20%	Δεν αναφέρεται
Bucknall et al., 2012	v=464	11%	Δεν αναφέρεται
Chen et al., 2011	v=54	0%	Δεν αναφέρεται
Chen et al., 2015	v=72	9.7%	Δεν αναφέρεται
Cooper et al., 2008	v=89	11%	76% παρακολούθησαν 7 από τις 8 εκπαιδευτικές συνεδρίες
Figar et al., 2006	v=60	17%	57 ασθενείς παρακολούθησαν και τις 4 εκπαιδευτικές συνεδρίες
Imani-Goghary et al., 2014	v=40	0%	Δεν αναφέρεται
Griffiths et al., 2005	v=476	8%	121 ασθενείς (51%) της ομάδας παρέμβασης παρακολούθησαν 3 και περισσότερες από τις 6 εκπαιδευτικές συνεδρίες, 48 (20%) 1 ή 2 και 50 (21%) δεν παρακολούθησαν καμία
Keers et al., 2006	v=154	36%	150 ασθενείς παρακολούθησαν όλο το πρόγραμμα
Mayer-Davis et al., 2004	v=187	18.7%	Δεν αναφέρεται
Moattari et al., 2012	v=50	4%	Δεν αναφέρεται
Musacchio et al., 2012	v=1004	0%	Δεν αναφέρεται
Naik et al., 2011	v=87	2.3%	82%
Nolte et al., 2007	v=1169	28%	Δεν αναφέρεται
Peña-Purcell et al., 2011	v=144	3.5%	35% του δείγματος παρακολούθησαν και τις 5

			εκπαιδευτικές συνεδρίες, και 72% παρακολούθησαν τουλάχιστον 3
Pibernik-Okanovic et al.,2004	v=108	0%	35%
Rasjö Wrååk et al, 2015	v=111	13.5%	Πριν την παρέμβαση 98% για την ομάδα παρέμβασης και 88% για την ομάδα ελέγχου. Μετά την παρέμβαση 90% για την ομάδα παρέμβασης και 81% για την ομάδα ελέγχου
Shearer et al., 2007	v=90	3.3%	Δεν αναφέρεται
Sigurdardottir et al., 2009	v=58	9.4%	Δεν αναφέρεται
Simmons et al., 2004	v=398	13.8%	Δεν αναφέρεται
Spencer et al., 2011	v=164	17.7%	86.1% παρακολούθησαν τουλάχιστον 1 εκπαιδευτική συνεδρία, 54.2% παρακολούθησαν και τις 11 , μέσος όρος 8.1 (SD=4.2)
Tang et al., 2010	v=89	13.4%	24 ασθενείς (31%) παρακολούθησαν όλες τις εβδομαδιαίες συνεδρίες
Tsay & Hung, 2004	v=50	0%	Δεν αναφέρεται
Vahid et al., 2008	v=30	0%	Δεν αναφέρεται
Wong et al., 2014	v=2282	0%	Δεν αναφέρεται

Στη μελέτη των Adolfsson et al. (2007), η ομάδα παρέμβασης παρακολούθησε πρόγραμμα εκπαίδευσης το οποίο βασιζόταν στην προσέγγιση της ενδυνάμωσης και το οποίο σχεδιάστηκε και παρουσιάστηκε στις αρχές του 1990 στο Πανεπιστήμιο του Michigan (Κέντρο έρευνας και εκπαίδευσης για τον ΣΔ) στις Η.Π.Α., από τους Anderson et al. (1991). Το πρόγραμμα βασιζόταν σε ένα μοντέλο ενδυνάμωσης πέντε βημάτων με θέματα όπως: αναγνώριση προβλημάτων, αναφορά συναισθημάτων και πως επηρεάζουν την συμπεριφορά, καθορισμός μακροπρόθεσμων στόχων, σχεδιασμός πλάνου για αλλαγή συμπεριφοράς και αξιολόγηση. Στον ίδιο σχεδιασμό στηριζόταν και το πρόγραμμα ενδυνάμωσης που παρακολούθησαν οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης στις μελέτες των Anderson et al. (2005), (2009) και Keers et al. (2006). Στη μελέτη των Keers et al. (2006), η παρέμβαση ενδυνάμωσης έγινε μέσω ενός Διεπιστημονικού Εντατικού Προγράμματος Εκπαίδευσης (ΔΕΠΕ) για διαβητικούς ασθενείς με παρατεταμένες δυσκολίες αυτοδιαχείρισης της νόσου.

Το πρόγραμμα αυτό διεξήχθη σε κέντρο αποκατάστασης πανεπιστημιακού νοσοκομείου στην Ολλανδία και είχε ως σκοπό να ενδυναμώσει τους ασθενείς να ορίσουν και να επιτύχουν τους δικούς τους στόχους θεραπείας. Την διεπιστημονική ομάδα εκπαίδευσης αποτελούσαν: ένας ειδικός Νοσηλεύτης, Διαβητολόγος, Διαιτολόγος, Κοινωνικός Λειτουργός, Ψυχολόγος, Φυσιοθεραπευτής, Εργασιοθεραπευτής και ένα θεραπευτής δραστηριοτήτων, όπου εργάζονταν όλοι μαζί εντατικά. Περιλάμβανε θέματα που σχετίζονται με τον διαβήτη όπως ενότητες στην αυτοδιαχείριση, τη διατροφή, την σωματική άσκηση, τις καθημερινές δραστηριότητες και την απασχόληση, τις ψυχοκοινωνικές πλευρές του διαβήτη και στρατηγικές συμπεριφοράς αντιμετώπισης.

Παρόμοιο πρόγραμμα ενδυνάμωσης αναφέρεται και στην μελέτη των Chen et al. (2015), το οποίο αναπτύχθηκε μετά από περιεκτική βιβλιογραφική ανασκόπηση των συγγραφέων και μοιάζει με αυτό των Anderson et al. (1991). Η ομάδα παρέμβασης παρακολούθησε πρόγραμμα ενδυνάμωσης πέντε βημάτων το οποίο ονομάστηκε MAGIC (Moving patient self-awareness – Assessing the causes of problems – Goal setting – Individual self-care plan development – Checking whether the goal is reached). Το πρόγραμμα περιλάμβανε: παρακίνηση της αυτογνωσίας του ασθενή, προσδιορισμό των αιτιών των προβλημάτων, καθορισμό στόχων, ατομικό σχέδιο ανάπτυξης αυτοφροντίδας, και έλεγχο επίτευξης στόχων. Πρόγραμμα ενδυνάμωσης σχεδιάστηκε επίσης και από την ερευνητική ομάδα στην μελέτη των Rasjö Wrååk et al. (2015), με την επιλογή από τη βιβλιογραφία κατευθυντήριων οδηγιών βασισμένων σε τεκμήρια. Η παρέμβαση είχε ως σκοπό την ενθάρρυνση της συζήτησης όσον αφορά τους στόχους της θεραπείας της υπέρτασης, τι θα μπορούσαν να κάνουν οι ασθενείς για να βελτιώσουν την αρτηριακή τους πίεση, και πως αισθάνονται με την ανάγκη να λαμβάνουν καθημερινά φαρμακευτική αγωγή. Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Figar et al. (2006), οι ερευνητές σχεδίασαν μια εκπαιδευτική παρέμβαση η οποία περιλάμβανε θεωρίες αυτοδιαχείρισης και προσεγγίσεις ενδυνάμωσης, οι οποίες αναφέρονταν στη μελέτη των Newman et al. (2004), και στόχευαν άμεσα στην αυτοδιαχείριση της υπέρτασης.

Στις μελέτες των Anderson et al. (1995), Pibernik-Okanovic et al. (2004) και Tsay & Hung (2004), οι ομάδες παρέμβασης παρακολούθησαν πρόγραμμα ενδυνάμωσης ασθενών (PEP), το οποίο είχε σχεδιαστεί από την Feste (1991). Το πρόγραμμα περιλάμβανε: 1) την ενίσχυση των ικανοτήτων των ασθενών και τον εντοπισμό και καθορισμό ρεαλιστικών στόχων, 2) την

εφαρμογή μιας συστηματικής διαδικασίας για την επίλυση προβλημάτων και εξάλειψη εμποδίων για την επίτευξη των στόχων αυτών, 3) την αντιμετώπιση καταστάσεων σχετικών με την ασθένεια που δεν μπορούν να αλλάξουν, 4) τη διαχείριση του στρες που προκαλείται σε όσους ζουν με χρόνια ασθένεια καθώς και το γενικό στρες της καθημερινής ζωής, 5) τον εντοπισμό και τη λήψη κατάλληλης κοινωνικής στήριξης και 6) τη βελτίωση της ικανότητας για αυτοαποτελεσματικότητα.

Στη μελέτη των Moattari et al. (2102), το πρόγραμμα ενδυνάμωσης περιλάμβανε μερικά στοιχεία από το πρόγραμμα της Feste όπως η ανάπτυξη αυτογνωσίας και αναγκαίων δεξιοτήτων, η ρύθμιση-καθορισμός στόχων και η επίλυση προβλημάτων.

Στις μελέτες των Wong et al. (2014), και των Nolte et al. (2007), τα προγράμματα ενδυνάμωσης σχεδιάστηκαν από τις υγειονομικές αρχές των χωρών όπου διεξήχθησαν. Πιο συγκεκριμένα στη μελέτη των Wong et al. (2014), το πρόγραμμα ενδυνάμωσης ασθενών σχεδιάστηκε από τις υγειονομικές αρχές του Χονγκ Κονγκ το 2010, ως ένας τρόπος για να βελτιώσουν την ποιότητα της διαχείρισης των χρόνιων ασθενειών σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Βασικοί στόχοι του προγράμματος ήταν: 1) να παρέχει στους ασθενείς ένα συνδυασμό γνώσεων και δεξιοτήτων, για να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση τους όσον αφορά την κατάσταση της ασθένειάς τους, έτσι ώστε να μπορούν να κάνουν συνειδητές αποφάσεις και να ενεργούν για δικό τους συμφέρον, 2) να διευκολυνθεί η αυτόνομη ρύθμιση, έτσι ώστε το δυναμικό των ασθενών για την υγεία και την ευεξία τους να μπορεί να μεγιστοποιηθεί και 3) η προώθηση της συνεργασίας δημόσιου-ιδιωτικού τομέα για τα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Στη μελέτη των Nolte et al. (2007), γίνεται αναφορά σε μαθήματα αυτοδιαχείρισης χρόνιων ασθενειών τα οποία είχαν αναπτυχθεί στην Αυστραλία και τα οποία παρέχονται από την κυβέρνηση και μη κυβερνητικούς οργανισμούς. Τα μαθήματα αυτοδιαχείρισης σύμφωνα με τους Newman et al. (2004), έχουν αναπτυχθεί για να ενδυναμώσουν τους συμμετέχοντες, να αυξήσουν την εμπιστοσύνη τους, να τους διδάξουν δεξιότητες και τεχνικές αυτοδιαχείρισης, και να βελτιώσουν την αλληλεπίδρασή τους με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να μπορέσουν να βελτιώσουν τη διαχείριση των χρόνιων τους καταστάσεων. Σκοπός των μαθημάτων ήταν η επίλυση προβλημάτων, ο καθορισμός στόχων, η λήψη αποφάσεων και ο σχεδιασμός ατομικών σχεδίων δράσης.

Στη μελέτη των Cooper et al. (2008), η παρέμβαση ενδυνάμωσης στηρίχθηκε στο πρόγραμμα "LAY" (Look After Yourself), το οποίο σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε στην παραδοχή ότι η απόκτηση γνώσεων από μόνη της δεν προάγει αναγκαστικά την αυτό-κατευθυνόμενη δράση στη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών, αλλά μάλλον η παροχή κινήτρων και η διδασκαλία δεξιοτήτων μπορεί να συμβάλει σε αυτό. Μια ποικιλία μεθόδων διδασκαλίας χρησιμοποιήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης όπως συζήτηση σε ομάδες, παιχνίδια ρόλων, καθορισμός στόχων, πρόγραμμα χαλάρωσης με σκοπό τη διαχείριση του στρες, σωματική δραστηριότητα και άσκηση, θέματα υγείας (τρόπος ζωής, διατροφή κτλ).

Στις μελέτες των Vahid et al. (2008), των Imani-Goghary et al. (2015), των Musacchio et al. (2011), των Spencer et al. (2011) και των Tang et al. (2010), η παρέμβαση βασίστηκε στο πρόγραμμα που σχεδιάστηκε από τους Funnell & Anderson, (2004). Το πρόγραμμα αυτό το οποίο κατευθυνόταν από τους ίδιους τους ασθενείς είχε ως σκοπό την αλλαγή συμπεριφοράς και περιλάμβανε πέντε βήματα: (1) διερεύνηση του προβλήματος ή του ζητήματος (παρελθόν), (2) διευκρίνιση των συναισθημάτων ως προς την ασθένεια, και του νοήματος τους (παρόν), (3) ανάπτυξη σχεδίου δράσης (μέλλον), (4) δέσμευση για ανάληψη δράσης (μέλλον) και (5) εμπειρία και αξιολόγηση του προγράμματος. Τα δύο πρώτα βήματα έχουν σκοπό να καθορίσουν το πρόβλημα και να ελέγξουν τις πεποιθήσεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματα των ασθενών, τα οποία μπορούν να υποστηρίξουν ή να εμποδίσουν τις προσπάθειες τους. Το τρίτο βήμα για να προσδιοριστούν οι μακροπρόθεσμοι στόχοι προς τους οποίους οι ασθενείς θα λειτουργήσουν. Τα δύο τελευταία βήματα είναι για να αξιολογήσουν οι ασθενείς τις προσπάθειες τους και να αναγνωρίσουν τι έμαθαν από την διαδικασία. Στην μελέτη των Musacchio et al. (2011), η παρέμβαση ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη έγινε στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού προγράμματος SINERGIA. Στο πλαίσιο της φιλοσοφίας της ενδυνάμωσης οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μια εκπαιδευτική διαδικασία η οποία είχε ενσωματώσει διαδραστικές στρατηγικές διδασκαλίας και απέβλεπε στη συμμετοχή των ασθενών στην επίλυση προβλημάτων και στην αντιμετώπιση των πολιτιστικών και ψυχοκοινωνικών τους αναγκών. Περιλάμβανε κοινά θέματα για όλους τους ασθενείς όπως: την αυτό-παρακολούθηση της γλυκόζης του αίματος, τη διαχείριση έκτακτης ανάγκης (π.χ. υπεργλυκαιμία-υπογλυκαιμία), τον τρόπο ζωής, τη διατροφή, τη φροντίδα των ποδιών, την τακτική παρακολούθηση των μικροαγγειακών επιπλοκών κτλ, αλλά και προαιρετικά θέματα ανάλογα με τις με τις ιδιαίτερες απαιτήσεις των

ασθενών, π.χ. χορήγηση ινσουλίνης, αυτό-παρακολούθηση της αρτηριακή πίεσης κτλ. Επίσης περιλάμβανε καθορισμό των θεραπευτικών στόχων, την σημασία της περιοδικότητας των εργαστηριακών εξετάσεων και τρόπους επικοινωνίας και υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας. Γενικά τα θέματα του προγράμματος στόχευαν στην καλύτερη διαχείριση του ΣΔ. Στη μελέτη των Tang et al. (2010) η παρέμβαση είχε ως στόχο την διαβίου διαχείριση της ασθένειας. Τέλος στη μελέτη των Spencer et al. (2011), η παρέμβαση περιλάμβανε συνεντεύξεις κινητοποίησης με σκοπό να βοηθήσει τους ασθενείς να διαμορφώσουν τα δικά τους σχέδια δράσης, εκπαιδευτικά μαθήματα και αιτήματα για παροχή πληροφοριών αναφορικά με την ασθένεια.

Μια διαφορετική μορφή ενδυνάμωσης ασθενών είναι αυτή που αναφέρεται στις μελέτες των Shearer et al. (2007), και Sigurdardottir et al. (2009), όπου η παρέμβαση δεν έγινε με φυσική παρουσία των ασθενών σε χώρους εκπαίδευσης αλλά μέσω τηλεφώνου. Στη μελέτη των Shearer et al. (2007), σκοπός της ενδυνάμωσης μέσω τηλεφώνου ήταν η υποστήριξη των ασθενών και η παροχή πληροφοριών με στόχο να διευκολυνθεί η συμμετοχή τους στον καθορισμό στόχων, στην επίτευξη στόχων, στην αυτοδιαχείριση της Καρδιακής Ανεπάρκειας και στη βελτίωση της λειτουργικής τους υγείας. Στη μελέτη των Sigurdardottir et al. (2009), η παρέμβαση σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε από επαγγελματίες υγείας οι οποίοι φρόντιζαν ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, και βασιζόταν στην φιλοσοφία της ενδυνάμωσης των Anderson & Funnell (2000). Το μεγαλύτερο μέρος της παρέμβασης σε αυτή την μελέτη γινόταν μέσω τηλεφώνου, και οι συζητήσεις κάλυπταν θέματα τα οποία τόνιζαν οι ασθενείς. Σύμφωνα με τους Wong et al. (2005) και Piette et al. (2000) η χρήση του τηλεφώνου έχει αποδειχθεί αποτελεσματικός τρόπος για την προαγωγή εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με ΣΔ.

Με θεωρητικό υπόβαθρο το μοντέλο της κοινωνικής-γνωστικής θεωρίας, και της αυτό-αποτελεσματικότητας του Bandura (1977), καθώς και την θεωρία της αυτορρύθμισης (Clark et al., 2001; Leventhal et al., 1998), έγινε ο σχεδιασμός των προγραμμάτων ενδυνάμωσης στις μελέτες των Griffiths et al. (2005), Bucknall et al. (2012), και Peña-Purcell et al. (2011). Στη μελέτη των Griffiths et al. (2005), η παρέμβαση ενδυνάμωσης περιλάμβανε την παρακολούθηση προγράμματος αυτοδιαχείρισης χρόνιας ασθένειας (CDSMP) που αναπτύχθηκε στο πανεπιστήμιο του Stanford στις αρχές της δεκαετίας του

1990 και το οποίο βασίζεται στην αυτοαποτελεσματικότητα των ασθενών. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι μια έννοια που εφαρμόζεται στη διαχείριση ενός ευρέου φάσματος χρόνιων ασθενειών (Lorig et al., 1999). Τα θέματα της εκπαίδευσης περιλάμβαναν: διαχείριση συμπτωμάτων ασθένειας, επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, σωματική άσκηση, λήψη απόφασης σχετικά με την ασθένεια-θεραπεία, αντιμετώπιση συναισθηματικών επιπτώσεων της ασθένειας όπως θυμός, φόβος, απομόνωση, ματαιοδοξία, σχέδιο δράσης, υγιεινή διατροφή, δεξιότητες επικοινωνίας κτλ. Στη μελέτη των Bucknall et al. (2012), η ομάδα παρέμβασης έλαβε υποστήριξη για αυτοδιαχείριση της Χρόνιας Αναπνευστικής Πνευμονοπάθειας - ΧΑΠ. Η παρέμβαση είχε σκοπό να ενδυναμώσει τους ασθενείς για να διαχειριστούν την ασθένεια τους ανεξάρτητα με τη βελτίωση της κατανόησης της νόσου τους, την παρακολούθηση των συμπτωμάτων, και την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης τους για να προβούν σε κατάλληλες ενέργειες, όπως τροποποίηση της θεραπείας νωρίς στην εξέλιξη της παρόξυνσης, ή έναρξη επικοινωνίας με τον επαγγελματία υγείας που συνήθως τους παρακολουθά. Τέλος στη μελέτη των Peña-Purcell et al. (2011), το πρόγραμμα ενδυνάμωσης αποσκοπούσε στη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας, και στην προώθηση της αυτοφροντίδας σε ασθενείς με ΣΔ, μέσα από την μάθηση, την χρήση μοντέλων και τις ομαδικές δραστηριότητες.

Στη μελέτη των Chen et al. (2011), η ομάδα παρέμβασης έλαβε υποστήριξη για αυτοδιαχείριση της ΧΝΑ αλλά δεν αναφέρεται αν βασιζόταν σε κάποιο σχεδιασμό ή πλαίσιο. Η παρέμβαση περιλάμβανε πληροφορίες υγείας, εκπαίδευση ασθενών, τηλεφωνική υποστήριξη και βοήθεια από ομάδα υποστήριξης. Στη μελέτη των Naik et al. (2011), η ομάδα παρακολούθησε πρόγραμμα ενδυνάμωσης το οποίο επικεντρωνόταν στον καθορισμό στόχων, στον προγραμματισμό των σχεδίων δράσης και στην ενεργό επικοινωνία με κάποιο γιατρό. Δεν αναφέρεται επίσης αν βασιζόταν σε κάποιο σχεδιασμό ή θεωρία.

Η παρέμβαση ενδυνάμωσης στη μελέτη των Simmons et al. (2004), βασιζόταν στην προσέγγιση των Paterson & McDowell (1988), "Diabetes Passport", ένα εργαλείο για την ενδυνάμωση των ασθενών με ΣΔ και τη βελτίωση του συντονισμού στη διαχείριση του. Η παρέμβαση αυτή περιλάμβανε θέματα όπως πληροφορίες σχετικά με το ΣΔ, αυτό-αξιολογήσεις, και καθοδήγηση για συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας.

Τέλος στη μελέτη των Mayer-Davis et al. (2004), η παρέμβαση ενδυνάμωσης προερχόταν από το πρόγραμμα πρόληψης του διαβήτη DDP - Diabetes Prevention Program (2002), και στόχευε στην αλλαγή του τρόπου ζωής των ασθενών.

6.6. Μετρήσεις έκβασης παρέμβασης

Όλες οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση επικεντρώθηκαν σε παρέμβαση ενδυνάμωσης μέσω εκπαίδευσης που είχε ως στόχο την καλύτερη διαχείριση μιας χρόνιας ασθένειας.

Στις πειραματικές μελέτες όλες σχεδόν οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, πραγματοποιήθηκαν με δύο ομάδες (ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου) εκτός από μία η οποία πραγματοποιήθηκε με τρεις ομάδες, δύο ομάδες παρέμβασης και μια ομάδα ελέγχου (Mayer-Davis et al., 2004). Επίσης σε όλες έγινε προ-μέτρηση (συλλογή δεδομένων πριν την παρέμβαση), και μετά-μέτρηση (συλλογή δεδομένων μετά την παρέμβαση). Αυτό έγινε για να υπάρχει μέτρο σύγκρισης των αποτελεσμάτων μετά την παρέμβαση ενδυνάμωσης με τις αρχικές μετρήσεις. Ο ίδιος σχεδιασμός έγινε και στη μια ημι-πειραματική μελέτη (Imani-Goghary et al., 2014), δηλαδή το δείγμα κατανεμήθηκε σε δύο ομάδες (ομάδα ελέγχου και παρέμβασης) και έγιναν μετρήσεις δεδομένων πριν και μετά την παρέμβαση. Στις υπόλοιπες τρεις πειραματικές ποσοτικές μελέτες το δείγμα δεν χωρίστηκε σε ομάδες και σε όλες έγινε προ-μέτρηση και μετά-μέτρηση (Keers et al., 2006; Musacchio et al., 2011; Nolte et al., 2007). Όσον αφορά τις μη πειραματικές μελέτες, οι δύο οιονεί πειραματικές μελέτες (Reña-Purcell et al., 2011; Pibernik-Okanovic et al., 2004) πραγματοποιήθηκαν με δύο ομάδες (ομάδα ελέγχου και ομάδα παρέμβασης). Από τις δύο μελέτες κοόρτης η μία πραγματοποιήθηκε με δύο ομάδες (ομάδα ελέγχου και ομάδα παρέμβασης) (Wong et al., 2014), και στην άλλη το δείγμα δεν χωρίστηκε αλλά αποτελούσε για κάποιο χρονικό διάστημα την ομάδα ελέγχου και για το υπόλοιπο μέχρι να ολοκληρωθεί η μελέτη αποτελούσε την ομάδα παρέμβασης (Tang et al., 2014). Σε όλες τις μη πειραματικές μελέτες όπως και στις πειραματικές έγιναν μετρήσεις δεδομένων πριν και μετά την παρέμβαση ενδυνάμωσης.

Οι μετρήσεις των αποτελεσμάτων έγιναν με διάφορους τρόπους, όπως με χρήση ερωτηματολογίων και κλιμάκων αξιολόγησης, λήψη δειγμάτων αίματος για ανάλυση, με διάφορες μετρήσεις (π.χ. έλεγχος βάρους, ύψους και αρτηριακής πίεσης) και έλεγχο σε αρχεία όπως για περιπτώσεις υπολογισμού του ποσοστού των επισκέψεων και εισαγωγών στο νοσοκομείο.

Οι μετρήσεις των αποτελεσμάτων της παρέμβασης περιλάμβαναν στοιχεία όπως αξιολόγηση του βαθμού αυτοδιαχείρισης της ασθένειας (Anderson et al., 2009; Pibernik-Okanovic et al., 2004; Griffiths et al., 2005; Shearer et al., 2007; Spencer et al., 2011), αξιολόγηση του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών (Adolfsson et al., 2007; Anderson et al., 1995; Anderson et al., 2005; Anderson et al., 2009; Tsay & Hung, 2004; Moattari et al., 2012; Chen et al., 2015; Imani-Goghary et al., 2015; Griffiths et al., 2005; Tang et al., 2010; Peña-Purcell et al., 2011; Spencer et al., 2011; Vahid et al., 2008;), αξιολόγηση της βελτίωσης των γνώσεων για την ασθένεια (Adolfsson et al., 2007; Peña-Purcell et al., 2011; Sigurdardottir et al., 2009; Simmons et al., 2003; Naik et al., 2011; Rasjö-Wrååk et al., 2015), αλλαγή στάσεων ως προς την ασθένεια (Anderson et al., 1995; Anderson et al., 2005; Cooper et al., 2008; Nolte et al., 2007; Simmons et al., 2003; Shearer et al., 2007;), αλλαγή συμπεριφοράς (Chen et al., 2015; Nolte et al., 2007), αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τη ζωή και από την παρεχόμενη φροντίδα (Adolfsson et al., 2007; Anderson et al., 1995; Anderson et al., 2009), αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Anderson et al., 2009; Pibernik-Okanovic et al., 2004; Moattari et al., 2012; Sigurdardottir et al., 2009; Wong et al., 2014; Chen et al., 2015; Bucknall et al., 2012; Tang et al., 2010; Keers et al., 2006), αξιολόγηση του βαθμού ενδυνάμωσης των ασθενών (Tsay & Hung, 2004; Tang et al., 2010; Keers et al., 2006; Sigurdardottir et al., 2009; Spencer et al., 2011), αξιολόγηση της κατάστασης υγείας (Griffiths et al., 2005; Shearer et al., 2007; Nolte et al., 2007; Rasjö-Wrååk et al., 2015) γλυκαιμικός έλεγχος με την μέτρηση της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c (Adolfsson et al., 2007; Anderson et al., 1995; Anderson et al., 2005; Anderson et al., 2009; Pibernik-Okanovic et al., 2004; Wong et al., 2014; Chen et al., 2015; Cooper et al., 2008; Tang et al., 2010; Keers et al., 2006; Musacchio et al., 2011; Peña-Purcell et al., 2011; Spencer et al., 2011; Simmons et al., 2003; Mayer-Davis et al., 2004), αξιολόγηση του βαθμού άγχους ή κατάθλιψης που οφείλονται στην ασθένεια (Anderson et al., 1995; Anderson et al., 2009; Tsay & Hung, 2004; Nolte et al., 2007; Rasjö-Wrååk et al.,

2015; Sigurdardottir et al., 2009; Spencer et al., 2011), αξιολόγηση του βαθμού χρήσης των υπηρεσιών υγείας (Wong et al., 2014; Griffiths et al., 2005; Bucknall et al., 2012; Musacchio et al., 2011; Chen et al., 2011), έλεγχος αρτηριακής πίεσης (Moattari et al., 2012; Wong et al., 2014; Tang et al., 2010; Rasjö-Wrååk et al., 2015; Spencer et al., 2011; Figar et al., 2005), έλεγχος δείκτη μάζας σώματος –BMI (Adolfsson et al., 2007; Cooper et al., 2008; Tang et al., 2010), έλεγχος λιπιδίων αίματος – LDL και HDL (Wong et al., 2014; Tang et al., 2012; Musacchio et al., 2011), και έλεγχος σπειραματικής διήθησης νεφρών – e-GFR (Chen et al., 2011).

Πίνακας 5. Συνοπτική παρουσίαση των 28 μελετών της συστηματικής ανασκόπησης

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
1/28 Adolfsson et al., 2007 Σουηδία	Δείγμα (n=88) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2	<u>Πειραματική μελέτη</u> : Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Ομάδα παρέμβασης (n=42), και ομάδα ελέγχου (n=46). Η ομάδα παρέμβασης παρακολούθησε πρόγραμμα ενδυνάμωσης <u>Σκοπός</u> : Να αξιολογήσει την επίδραση της ενδυνάμωσης των ασθενών με ΣΔ (ομάδα παρέμβασης) όσον αφορά την αυτοπεποίθηση στις γνώσεις, την αυτο-αποτελεσματικότητα, την ικανοποίηση από την καθημερινή ζωή, τον ΔΜΣ και τον έλεγχο των επιπέδων σακχάρου αίματος, σε σχέση με τους ασθενείς που λαμβάνουν φροντίδα ρουτίνας για τον ΣΔ	12 μήνες	Επτά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας στην κεντρική Σουηδία	Παρακολούθηση 4-5 εκπαιδευτικών συνεδριών ενδυνάμωσης διάρκειας 2.5 ωρών την εβδομάδα σε ομάδες 5-8 συμμετεχόντων. Οι συνεδρίες περιλάμβαναν θέματα όπως: ενθάρρυνση ασθενών για αναγνώριση προβλημάτων που σχετίζονται με τον ΣΔ, αυτοδιαχείριση και γνώσεις για τον ΣΔ, πρόληψη επιπλοκών, παρακολούθηση γλυκόζης αίματος, διατροφή, φυσική δραστηριότητα, καθημερινή φροντίδα ποδιών για πρόληψη ελκών. Η ομάδα παρέμβασης παρακολούθησε επίσης μια επαναληπτική εκπαιδευτική συνεδρία στους 7 μήνες.	Στην αξιολόγηση που έγινε στους 12 μήνες με τη χρήση ερωτηματολογίου, εργαστηριακές αναλύσεις αίματος, και έλεγχο ΔΜΣ (μέτρηση ύψους και βάρους), η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε σημαντικά ψηλότερη αυτοπεποίθηση όσον αφορά τις γνώσεις για τον ΣΔ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (p<0.05) Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες σχετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα στην ασθένεια, την ικανοποίηση από την καθημερινή ζωή, τη μείωση του ΔΜΣ και την HbA1c.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
2/28 Anderson et al., 1995 Η.Π.Α	Δείγμα (n=45) Σακχαρώδης διαβήτης	<u>Πειραματική μελέτη</u> : Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Ομάδα παρέμβασης (n=22) παρακολούθησε εκπαιδευτικό πρόγραμμα ενδυνάμωσης. Η ομάδα ελέγχου (n=23) ήταν σε αναμονή για εκπαίδευση ενδυνάμωσης. Όταν τελείωσε η εκπαίδευση της ομάδας παρέμβασης η ομάδα ελέγχου παρακολούθησε το πρόγραμμα ενδυνάμωσης <u>Σκοπός</u> : να καθορίσει αν η συμμετοχή σε πρόγραμμα ενδυνάμωσης έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση της αυτό-αποτελεσματικότητας των ασθενών, την αλλαγή στάσης προς τον ΣΔ, και τη μείωση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα.	18 εβδομάδες	Δεν αναφέρεται ο τύπος όπου γινόταν η εκπαίδευση	Εκπαιδευτικές συνεδρίες των 2 ωρών (μία συνεδρία ανά εβδομάδα) για 6 εβδομάδες με θέμα την ενδυνάμωση των ασθενών με ΣΔ. Κάθε συνεδρία περιελάμβανε σύντομη παρουσίαση βασικών εννοιών σχετικών με το θέμα, συμπλήρωση εντύπων αυτό-αξιολόγησης, συζητήσεις σε μικρές και μεγάλες ομάδες.	Στην αξιολόγηση που έγινε στις 18 εβδομάδες με τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης και εργαστηριακών εξετάσεων αίματος, η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε θετικά αποτελέσματα-βελτιώσεις σε σχέση με την ομάδα ελέγχου όσον αφορά την αυτό-αποτελεσματικότητα (καθορισμός στόχων, διαχείριση άγχους, απόκτηση υποστήριξης, λήψη αποφάσεων) στη διαχείριση του ΣΔ, και στη στάση προς την ασθένεια (επιπτώσεις ασθένειας, αρνητική στάση). Επίσης, η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε σημαντική μείωση των επιπέδων HbA1c.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
3/28 Anderson et al., 2005 Η.Π.Α	Δείγμα (n=239) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2	<u>Πειραματική μελέτη</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Ομάδα παρέμβασης (n=125) παρακολούθησε εκπαιδευτικού προγράμματος ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση του ΣΔ. Ομάδα ελέγχου (n=114) σε λίστα αναμονής για παρακολούθηση του προγράμματος ενδυνάμωσης <u>Σκοπός:</u> η αξιολόγηση των επιπτώσεων ενός προγράμματος ενδυνάμωσης το οποίο ήταν ειδικά σχεδιασμένο για Αφροαμερικάνους με ΣΔ τύπου 2.	12 μήνες	Κοινότητα	Η ομάδα παρέμβασης παρακολούθησε πρόγραμμα ενδυνάμωσης 6 εβδομάδων διάρκειας 2 ωρών την εβδομάδα. Η ομάδα ελέγχου παρακολούθησε το ίδιο πρόγραμμα ενδυνάμωσης αμέσως μόλις τελείωσε η ομάδα παρέμβασης. Το πρόγραμμα περιλάμβανε θέματα όπως: προβληματισμό σχετικά με πειράματα αυτοδιαχείρισης, συζήτηση για τη συναισθηματική εμπειρία της ζωής με ΣΔ, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και επίλυση προβλημάτων, απάντηση κλινικών ερωτήσεων, πολιτισμικά προσαρμοσμένο εκπαιδευτικό υλικό. Μετά την παρέμβαση οι ασθενείς είχαν επιλογή συμμετοχής σε ομάδα μηνιαίας υποστήριξης, η να λαμβάνουν κάθε μήνα τηλέφωνο από νοσηλεύτη	Στις αξιολογήσεις που έγιναν μετά την περίοδο παρέμβασης και ελέγχου, στους 6 και 12 μήνες, με τη χρήση κλιμάκων (κλίμακα βαθμού ενδυνάμωσης, κλίμακα στάσης απέναντι στον ΣΔ), και με εργαστηριακές εξετάσεις αίματος, και οι δύο ομάδες παρουσίασαν σημαντικές βελτιώσεις. Οι βελτιώσεις αφορούσαν την HbA1c, την καλή χοληστερόλη (HDL), τα τριγλυκερίδια, το σωματικό βάρος, τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα και τον βαθμό ενδυνάμωσης. Μη σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν και στις δύο ομάδες όσον αφορά την κακή χοληστερόλη (LDL), και τη συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
4/28 Anderson et al., 2009 Η.Π.Α.	(n=310) Σακχαρώδης Διαβήτης	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Στην ομάδα παρέμβασης (n=156) έγινε παρέμβαση ενδυνάμωσης. Στην ομάδα ελέγχου (n=154) δεν έγινε καμία παρέμβαση <u>Σκοπός:</u> της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί αν η προσέγγιση ενδυνάμωσης βασισζόμενη σε συμβούλους αυτοδιαχείρισης του ΣΔ είναι πιο αποτελεσματική από το να λαμβάνουν μέσω ταχυδρομείου οδηγίες για βελτίωση της ποιότητα ζωής σχετιζόμενης με τον ΣΔ, και βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου.	2 χρόνια	Στα γραφεία των συμβούλων και στα σπίτια των ασθενών (τηλεφωνικώς)	Οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης είχαν συναντήσεις και έλαβαν μηνιαίες τηλεφωνικές κλήσεις από συμβούλους για αυτοδιαχείριση του ΣΔ οι οποίοι χρησιμοποίησαν την προσέγγιση της ενδυνάμωση για να τους βοηθήσουν να διαπιστώσουν προβλήματα στην αυτοδιαχείριση του ΣΔ, να εξετάσουν τις επιλογές στη φροντίδα , να θέσουν στόχους και να κάνουν προσαρμογές στα σχέδια αυτοδιαχείρισης της ασθένειας τους. Η ομάδα ελέγχου λάμβανε ταχυδρομικώς μόνο οδηγίες για μεταβολική εκτίμηση του ΣΔ.	Στην αξιολόγηση που έγινε μετά από 2 χρόνια με τη χρήση διαφόρων κλιμάκων (ποιότητας ζωής, ενδυνάμωσης, ικανοποίησης) ερωτηματολογίων και εργαστηριακών αναλύσεων αίματος, η παρέμβαση ενδυνάμωσης από σύμβουλο για αυτοδιαχείριση του ΣΔ είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τον ΣΔ, του βαθμού ενδυνάμωσης, τη βελτίωση της HbA1c, της αντιλαμβανόμενης κατανόησης του ΣΔ και της ικανοποίησης.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
5/28 Bucknall et al., 2012 Σκωτία	(n=464) Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Δύο ομάδες ασθενών. Οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης (n=232) έλαβαν παρέμβαση ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση της νόσου τους. Οι ασθενείς της ομάδας ελέγχου (n=232) δεν έλαβαν καμία παρέμβαση. <u>Σκοπός:</u> Ο έλεγχος αν η παρέμβαση ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση της ΧΑΠ συμβάλλει σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία, και στη μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο.	12 μήνες	Στα σπίτια των ασθενών	Τέσσερις ατομικές συνεδρίες των 40' από νοσηλεύτη, ανά δεκαπενθήμερο για 2 μήνες, με περαιτέρω επισκέψεις στο σπίτι τους τουλάχιστον κάθε έξι εβδομάδες (κατόπιν αιτήματος) για συνολικά 12 μήνες. Συζήτηση για τη διάγνωση της ΧΑΠ, σημεία και συμπτώματα που οδηγούν τον ασθενή στο νοσοκομείο, μολυσματικές ή μη εξάρσεις, τήρηση ημερολογιακής κάρτας συμπτωμάτων.	Στην αξιολόγηση που έγινε στους 12 μήνες με τη χρήση ερωτηματολογίου, 75 ασθενείς από την ομάδα παρέμβασης είχαν επιτυχώς καταφέρει να αυτοδιαχειριστούν την ΧΑΠ και οφειλόταν στο ότι ήταν νεότεροι και δεν ζούσαν μόνοι τους. Η παρέμβαση ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση της ΧΑΠ δεν είχε καμία επίδραση στις επανεισαγωγές στο νοσοκομείο ή στη θνησιμότητα.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
6/28 Chen. et al., 2015 Ταϊβάν.	(n=65) Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Ομάδα παρέμβασης (n=33) παρακολούθησε πρόγραμμα ενδυνάμωσης. Ομάδα ελέγχου (n=32) έλαβε τη συνήθη κλινική φροντίδα για το ΣΔ <u>Σκοπός:</u> της μελέτης ήταν να εξετάσει την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος ενδυνάμωσης σε ασθενείς με ΣΔ όσον αφορά την αυτοδιαχείριση της ασθένειας, και τη βελτίωση των επιπέδων της HbA1c, της αυτοφροντίδας, της αυτό-αποτελεσματικότητας και της ποιότητας ζωής.	6 μήνες	Νοσοκομείο (σε ιδιωτικό δωμάτιο κατά την διάρκεια της κλινικής επίσκεψης), σπίτι (μέσω τηλεφώνου)	Πρόγραμμα ενδυνάμωσης 5 βημάτων συνολικής διάρκειας 3 μηνών. Η εκπαίδευση ενδυνάμωσης γινόταν με συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο (διάρκειας 60-70 λεπτών), και τηλεφωνικές συνεντεύξεις (διάρκειας 30-40 λεπτών), και περιλάμβανε: παρακίνηση αυτογνωσίας ασθενή, προσδιορισμό των αιτιών των προβλημάτων, καθορισμό στόχων, ατομικό σχέδιο ανάπτυξης αυτό-φροντίδας, και έλεγχο επίτευξης στόχων. Στο τέλος της παρέμβασης κάθε συμμετέχοντας στην μελέτη συμπλήρωσε 3 συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο και 9 τηλεφωνικές συνεντεύξεις.	Στις αξιολογήσεις που έγιναν αμέσως μετά την παρέμβαση, και 3 μήνες μετά με τη χρήση κλιμάκων (συμπεριφοράς αυτοφροντίδας, αυτό-αποτελεσματικότητας και ποιότητας ζωής), καθώς και εργαστηριακές αιματολογικές εξετάσεις, η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε σημαντική βελτίωση της HbA1c στους 3 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης και βελτίωσε σημαντικά τη συμπεριφορά αυτοφροντίδας, την αυτό-αποτελεσματικότητα και την ποιότητα ζωής στο τέλος της παρέμβασης, και 3 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
7/28 Chen et al., 2011 Ταϊβάν.	(n=54) Χρόνια Νεφρική Νόσος (XNN) προχωρημένου σταδίου (Στάδιο III-V)	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Δύο ομάδες ασθενών. Ομάδα παρέμβασης (n=27) παρακολούθησε πρόγραμμα ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση της νόσου. Ομάδα ελέγχου (n=27) έλαβε συνήθη φροντίδα από νεφρολόγο. <u>Σκοπός:</u> η εξέταση της επίδρασης του προγράμματος ενδυνάμωσης στην αυτοδιαχείριση, την εξέλιξη και τη νοσηρότητα της XNN.	12 μήνες	Εξωτερικά ιατρεία (Νεφρολογίας) Νοσοκομείου	Πρόγραμμα ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση της XNN το οποίο περιλάμβανε πληροφορίες για την υγεία και την εκπαίδευση των ασθενών (τον τρόπο ζωής, την αποφυγή νεφροτοξικών ουσιών, διατροφικές αρχές και φαρμακολογικές θεραπευτικές αγωγές) κίνητρα μάθησης και ενθάρρυνση αυτό-φροντίδας και συντήρησης του θεραπευτικού σχήματος, υποστήριξη μέσω τηλεφώνου και παροχή βοήθειας. Η παρέμβαση ενδυνάμωσης γινόταν με μια μηνιαία συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο, και εβδομαδιαία υποστήριξη μέσω τηλεφώνου.	Στην αξιολόγηση που έγινε στους 12 μήνες με τη χρήση κλίμακας αξιολόγησης των γνώσεων για την XNN, και εργαστηριακές αιματολογικές εξετάσεις, η ομάδα παρέμβασης βελτίωσε σημαντικά τις γνώσεις για την XNN, και παρουσίασε αύξηση του εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης (EGFR) 29.11 mL/min σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που ήταν 15.72 mL/min . Επίσης παρατηρήθηκαν λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο για τους ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης 18.50% σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που ήταν 44.47%. Ένας ασθενής από την ομάδα παρέμβασης και 9 από την ομάδα ελέγχου είχαν μείωση του εκτιμώμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης >50%.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
8/28 Cooper et al., 2008 Ηνωμένο Βασίλειο	(n=89) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαίοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Το δείγμα χωρίστηκε σε τρεις ομάδες. Την ομάδα Α (n=30) την ομάδα Β (n=23) και την ομάδα Γ (n=36). Η ομάδα παρέμβασης (n=53) αποτελείται από τις ομάδες Α και Β, και η ομάδα ελέγχου από την ομάδα Γ (n=36). Τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα της παρέμβασης περιλάμβαναν μόνο την ομάδα Α, ενώ τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα περιλάμβαναν τις ομάδες Α και Β. <u>Σκοπός:</u> Της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης της ενδυνάμωσης σε ασθενείς με ΣΔ, σε σύγκριση με ασθενείς με ΣΔ που δεν έλαβαν καμία παρέμβαση.	18 μήνες	3 κέντρα υγείας	Η ομάδα παρέμβασης παρακολούθησε πρόγραμμα ενδυνάμωσης 8 εβδομάδων (2 ώρες την εβδομάδα). Το πρόγραμμα περιλάμβανε θέματα όπως φυσική δραστηριότητα και άσκηση, δεξιότητες χαλάρωσης για μείωση του άγχους, συζήτηση για θέματα υγείας και τρόπου ζωής, αλλαγή συμπεριφοράς και πρόληψη επιπλοκών ΣΔ.	Στην αξιολόγηση που έγινε στους 6 μετά την παρέμβαση, με εργαστηριακές αναλύσεις αίματος και ερωτηματολόγια, οι ομάδες παρέμβασης παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στην HbA1c, στη στάση απέναντι στην ασθένεια, και στην αντιληπτή αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Στην αξιολόγηση των 12 μηνών μόνο η στάση απέναντι στην ασθένεια και η αυτοδιαχείριση του ΣΔ είχαν σημαντικά οφέλη.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
9/28 Figar et al., 2006 Αργεντινή	(n=60) Αρτηριακή Υπέρταση	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Μία ομάδα (n=30) ασθενών που παρακολούθησε εργαστήρια ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση της υπέρτασης, συγκρίθηκε με μια ομάδα (n=30) ασθενών που παρακολούθησε εργαστήρια τα οποία βασίζονταν στο μοντέλο της συμμόρφωσης στις ιατρικές συστάσεις. <u>Σκοπός:</u> της μελέτης ήταν η σύγκριση δύο διαφορετικών μοντέλων εκπαίδευσης ασθενών ως προς την μείωση της αρτηριακής υπέρτασης	3 μήνες	Δεν αναφέρεται	Δύο προγράμματα εκπαίδευσης. Ένα που βασιζόταν στο μοντέλο ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση της A/Y, και ένα που βασιζόταν στο μοντέλο συμμόρφωσης των ασθενών στις συστάσεις των επαγγελματιών υγείας. Η θεματολογία και των δύο προγραμμάτων βασιζόταν σε κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση της A/Y. Η διάρκεια των εργαστηρίων ήταν 4 εβδομάδες (2 ώρες την εβδομάδα) σε ομάδες των 10 ασθενών.	Στην αξιολόγηση που έγινε στους 3 μήνες (έγινε χρήση μόνιτορ 24ωρης παρακολούθησης της αρτηριακής πίεσης) η ομάδα ενδυνάμωσης παρουσίασε σημαντική μείωση 8 mmHg στην A/Π, ενώ η ομάδα συμμόρφωσης παρουσίασε μείωση 3 mmHg στην A/Π. Επίσης η ομάδα ενδυνάμωσης παρουσίασε μείωση της νυκτερινής συστολικής A/Π κατά 8 mmHg, ενώ η ομάδα συμμόρφωσης παρουσίασε αύξηση κατά 5 mmHg.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
10/28 Imani Goghary et al., 2014 Ιράν	(n= 40) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1	<u>Ημί-πειραματική μελέτη.</u> Ομάδα παρέμβασης (n=20) παρακολούθηση προγράμματος ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση του ΣΔ. Ομάδα ελέγχου (n=20), καμία παρέμβαση. <u>Σκοπός:</u> της μελέτης ήταν να εκτιμήσει την επίδραση ενός προγράμματος ενδυνάμωσης στην ψυχοκοινωνική αυτο-αποτελεσματικότητα ασθενών με ΣΔ τύπου 1.	3 μήνες	Δεν αναφέρεται	Η ομάδα παρέμβασης συμμετείχε σε πρόγραμμα ενδυνάμωσης 6 εβδομάδων (1.5 ώρες την εβδομάδα). Το πρόγραμμα περιλάμβανε συζήτηση σε θέματα όπως επίλυση προβλημάτων, αντιμετώπιση πολιτιστικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών, αναφορά εμπειριών και επιπλοκών ΣΔ, ανάπτυξη σχεδίων δράσης.	Στην αξιολόγηση που έγινε στους 3 μήνες με τη χρήση ερωτηματολογίου, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στα αποτελέσματα της ομάδας παρέμβασης: βελτίωση ψυχοκοινωνικής αυτοαποτελεσματικότητας η οποία συνέβαλε στη καλύτερη διαχείριση του άγχους, στη λήψη αποφάσεων για τον ΣΔ, τον καθορισμό επιτεύξιμων στόχων, την υπερπήδηση εμποδίων, και τη βελτίωση της κατάστασης υγείας.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
11/28 Griffiths et al., 2005 Ηνωμένο Βασίλειο	(n=476) Διάφορες χρόνιες ασθένειες (σακχαρώδης διαβήτης, βρογχικό άσθμα, αρθρίτιδα, καρδιαγγειακή νόσος)	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Δύο ομάδες ασθενών. Ομάδα παρέμβασης (n=238) έλαβε εκπαίδευση ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση χρόνιας ασθένειας. Ομάδα ελέγχου (n=238) δεν έλαβε καμία παρέμβαση <u>Σκοπός:</u> Ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος (που βασιζόταν στη φιλοσοφία της ενδυνάμωσης) αυτοδιαχείρισης σε ασθενείς (που αποτελούν μειονότητα-Ασιάτες) με χρόνιες ασθένειες	4 μήνες	Κοινοτικά κέντρα γενικής πρακτικής ιατρικής	Οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης παρακολούθησαν μαθήματα 3 ωρών την εβδομάδα για 6 συνεχόμενες εβδομάδες με στόχο την αυτοδιαχείριση της ασθένειας τους. Τα θέματα της εκπαίδευσης ήταν: διαχείριση συμπτωμάτων, επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, διαχείριση φαρμάκων, σωματική άσκηση, λήψη αποφάσεων στη φροντίδα	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε στους 4 μήνες με τη χρήση ερωτηματολογίου, το 51% των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης βελτίωσαν την απόδοση και τη συμπεριφορά αυτοδιαχείρισης, και μείωσαν το σκορ κατάθλιψης

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
12/28 Keers et al., 2006 Ολλανδία	(n=154) Σακχαρώδης Διαβήτης	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Ποσοτική μελέτη <u>Σκοπός:</u> να προσδιοριστούν τα αποτελέσματα ενός διεπιστημονικού εντατικού προγράμματος εκπαίδευσης που βασίζεται στην προσέγγιση της ενδυνάμωσης σε ασθενείς με ΣΔ.	12 μήνες	Κέντρο Αποκατάστασης Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.	Πρόγραμμα διάρκειας 10 ολόκληρων ημερών σε ομάδες 6-9 ατόμων, σε θέματα που σχετίζονται με τον ΣΔ π.χ. αυτό-διαχείριση, διατροφή, σωματική άσκηση, καθημερινές δραστηριότητες, ψυχοκοινωνικές πλευρές, καθορισμός στόχων, επίλυση προβλημάτων, και στρατηγικές συμπεριφοράς.	Έγιναν 2 αξιολογήσεις της παρέμβασης με τη χρήση ερωτηματολογίων και εργαστηριακών αναλύσεων αίματος στους 3 και 12 μήνες. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης ενδυνάμωσης παρατηρήθηκαν κυρίως στην αξιολόγηση των 12 μηνών, όπου φάνηκε βελτίωση στη HbA1c, και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
13/28 Mayer-Davis et al., 2004 Η.Π.Α.	(n=152) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Δύο ομάδες παρέμβασης. Ομάδα εντατικής παρέμβασης ενδυνάμωσης (n=49), και ομάδα μη εντατικής παρέμβασης ενδυνάμωσης (n=47). Ομάδα ελέγχου (n=49) έλαβε συνήθη φροντίδα. <u>Σκοπός:</u> της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των παρεμβάσεων ενδυνάμωσης στον τρόπο ζωής των ασθενών με ΣΔ που ζουν σε αγροτικές κοινότητες	12 μήνες	Κοινότητα	Η ομάδα εντατικής παρέμβασης ενδυνάμωσης παρακολούθησε εβδομαδιαίες εκπαιδευτικές συνεδρίες διάρκειας 1 ώρας τους πρώτους 4 μήνες, μετά ανά δεκαπενθήμερο για 2 μήνες και τέλος μηνιαία για 6 μήνες. Τα θέματα της εκπαίδευσης περιλάμβαναν: σωματική άσκηση, διατροφή, και έλεγχο της γλυκόζης αίματος στο σπίτι. Η ομάδα μη εντατικής παρέμβασης παρακολούθησε 3 ομαδικές εκπαιδευτικές συνεδρίες ενδυνάμωσης και 1 ατομική διάρκειας 1 ώρας, σε θέματα όπως σωματική άσκηση και διατροφή.	Έγιναν 2 αξιολογήσεις στους 6 και 12 μήνες με διάφορες μετρήσεις (σωματικό βάρος, Α/Π), και εργαστηριακές αναλύσεις αίματος. Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες στο ΔΜΣ και στη HbA1c.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παράμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
14/28 Moattari et al., 2012 Ιράν	(n=48) Νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες. Ομάδα παρέμβασης (n=25) παρακολούθησε προγράμματος ενδυνάμωσης, ομάδα ελέγχου (n=23) έλαβε συνήθη μεταχείριση-φροντίδα που προβλέπεται για XNA <u>Σκοπός:</u> ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης ενός προγράμματος ενδυνάμωσης στη αυτό-αποτελεσματικότητα, την ποιότητα ζωής, στους κλινικούς δείκτες της αρτηριακής πίεσης, και στα εργαστηριακά αποτελέσματα των ασθενών με XNA	12 εβδομάδες	Δεν αναφέρεται ο τόπος όπου γινόταν η εκπαίδευση ενδυνάμωσης των ασθενών	Ομάδα παρέμβασης: παρακολούθησε πρόγραμμα ενδυνάμωσης 6 εβδομάδων (1.5 με 2 ώρες την εβδομάδα), σε 4 ατομικές και 2 ομαδικές συμβουλευτικές συνεδρίες. Οι ασθενείς βοηθήθηκαν στην ανάπτυξη αυτογνωσίας και αναγκαίων δεξιοτήτων, στον καθορισμό στόχων και στην επίλυση προβλημάτων.	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε στις 12 εβδομάδες με τη χρήση ερωτηματολογίου, εργαστηριακών αναλύσεων αίματος και μετρήσεις (Α/Π), η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε βελτίωση στην αυτό-φροντίδα και την αυτό-αποτελεσματικότητα (λήψη αποφάσεων, μείωση του άγχους), στην ποιότητα ζωής, μείωση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη, και σταθεροποίηση της αρτηριακής πίεσης.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παράμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
15/28 Musacchio et al., 2011 Ιταλία	(n=1004) Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Ποσοτική μελέτη παρατήρησης <u>Σκοπός:</u> ήταν η τεκμηρίωση της επίδρασης ενός προγράμματος ενδυνάμωσης στην κλινική έκβαση των ασθενών με ΣΔ.	12 μήνες	Διαβητολογική κλινική (για εξωτερικούς ασθενείς)	Πρόγραμμα ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση ΣΔ σε θέματα όπως π.χ. γλυκαιμικός έλεγχος, σωματική άσκηση, διατροφή, πρόληψη επιπλοκών, διαχείριση έκτακτων αναγκών, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής κτλ.	Στην αξιολόγηση του προγράμματος που έγινε στους 12 μήνες με εργαστηριακές αναλύσεις αίματος, το πρόγραμμα ενδυνάμωσης συνέβαλε στη βελτίωση μεταβολικού ελέγχου με τη μείωση της HbA1c, και στη μείωση σοβαρών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (π.χ. χοληστερόλη LDL)

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
16/28 Naik et al., 2011 Η.Π.Α.	(n=85) Σακχαρώδης Διαβήτης	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Δύο ομάδες. Ομάδα παρέμβασης (n=44), και ομάδα ελέγχου (n=41). <u>Σκοπός:</u> να ελέγξει την επίδραση της παρέμβασης ενδυνάμωσης σε σχέση με βελτιώσεις στα κλινικά αποτελέσματα του ΣΔ (HbA1c, συστολική αρτηριακή πίεση, LDL,)	3 μήνες	Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου	Παρακολούθηση εκπαιδευτικών συνεδριών ενδυνάμωσης διάρκειας 1 ώρας σε ομάδες 8-10 ασθενών για αυτοδιαχείριση της ασθένειας τους. Οι συνεδρίες επικεντρώνονταν στον καθορισμό στόχων, σε σχέδια δράσης, και στην ενεργή επικοινωνία με τον γιατρό. Οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης επίσης μετά τις συνεδρίες συζητούσαν για 10 λεπτά με το γιατρό για θέματα όπως: την κατάσταση υγείας τους, ανατροφοδότηση στόχων ή σχεδίων δράσης, και για την φαρμακευτική αγωγή.	Στην αξιολόγηση που έγινε στους 3 μήνες με τη χρήση ερωτηματολογίου, οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης έδειξαν μεγαλύτερη κατανόηση όσον αφορά σημαντικά στοιχεία στη διαχείριση του ΣΔ όπως είναι η HbA1c, η συστολική αρτηριακή πίεση, και η LDL χοληστερόλη.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
17/28 Nolte et al., 2007 Αυστραλία	(n=1169) Ασθενείς με διάφορες χρόνιες ασθένειες	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Ποσοτική μελέτη με την χρήση ερωτηματολογίου. (n=327) συμμετέχοντες απάντησαν το ερωτηματολόγιο πριν την παρέμβαση, (n=842) συμμετέχοντες απάντησαν ερωτηματολόγιο πριν και μετά την παρέμβαση. <u>Σκοπός:</u> Να μετρηθούν τα οφέλη των ασθενών από την συμμετοχή σε πρόγραμμα ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση της χρόνιας κατάστασης τους	10 εβδομάδες	Δεν αναφέρεται	Παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης χρόνιων ασθενειών 2-2.5 ωρών την εβδομάδα για 4-10 συνεχόμενες εβδομάδες, σε ομάδες των 8-15 ασθενών. Τα θέματα της εκπαίδευσης περιλάμβαναν εκπαιδευτικές προσεγγίσεις για αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με την ασθένεια, καθορισμός στόχων, λήψη αποφάσεων στη φροντίδα υγείας, και ανάπτυξη ατομικών σχεδίων δράσης.	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου στις 10 εβδομάδες, ένας αριθμός συμμετεχόντων φαίνεται να αποκτήσαν ένα σημαντικό φάσμα δεξιοτήτων ιδιαίτερα στην ικανότητα να αυτοδιαχειριστούν την κατάστασή της ασθένειάς τους.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
18/28 Peña-Purcell et al., 2011 Η.Π.Α.	(n=144) Σακχαρώδης Διαβήτης	<u>Οιονεί πειραματική μελέτη:</u> Δύο ομάδες. Ομάδα παρέμβασης (n=83), και ομάδα ελέγχου (n=61) σε αναμονή για παρέμβαση <u>Σκοπός:</u> η αξιολόγηση της επίδρασης ενός προγράμματος εκπαίδευσης το οποίο βασίζεται στην προσέγγιση της ενδυνάμωσης, για την αυτοδιαχείριση του ΣΔ	3 μήνες	Κοινότητα (εκκλησία, βιβλιοθήκη)	Η ομάδα παρέμβασης παρακολούθησε 5 εβδομαδιαίες ομαδικές εκπαιδευτικές συνεδρίες για ενδυνάμωση διάρκειας 2 ωρών σε ομάδες των 10-20 ασθενών - προβολή βίντεο (δεξιότητες βελτίωσης αυτό-αποτελεσματικότητας, προώθηση αυτό-φροντίδας)	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε στους 3 μήνες με τη χρήση ερωτηματολογίου και εργαστηριακών αναλύσεων αίματος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα παρέμβασης είχε σημαντική μείωση στις τιμές της HbA1c, και οι ασθενείς βελτίωσαν την αυτό-αποτελεσματικότητα και την αυτό-φροντίδα τους ως προς την ασθένεια

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
19/28 Ribernik-Okanovic et al., 2004 Κροατία	(n=108) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2	<u>Οιονεί-πειραματική μελέτη</u> . Δύο ομάδες ασθενών. Ομάδα παρέμβασης (n=73) παρακολούθησε πρόγραμμα ενδυνάμωσης, ομάδα ελέγχου (n=35) καμία παρέμβαση. <u>Σκοπός</u> : Να καθοριστεί η επίδραση ενός προγράμματος ενδυνάμωσης στην ποιότητα ζωής και στον γλυκαιμικό έλεγχο ασθενών με ΣΔ	6 μήνες	Δεν αναφέρεται ο τόπος διεξαγωγής της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης	Η ομάδα παρέμβασης παρακολούθησε εκπαιδευτικό πρόγραμμα ενδυνάμωσης 6 εβδομάδων, διάρκειας 60-90 λεπτών την εβδομάδα, σε μικρές ομάδες. Η θεματολογία του προγράμματος περιλάμβανε: καθορισμό στόχων, αντιμετώπιση ΣΔ και άγχους, κοινωνική υποστήριξη, παροχή κινήτρων.	Στις αξιολογήσεις της παρέμβασης που έγιναν στους 3 και 6 μήνες με τη χρήση ερωτηματολογίου και εργαστηριακές αναλύσεις αίματος, οι ασθενείς που παρακολούθησαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ενδυνάμωσης ανέφεραν ότι η ποιότητα ζωής τους βελτιώθηκε όσον αφορά την ψυχολογική και κοινωνική της διάσταση. Ο γλυκαιμικός έλεγχος τους βελτιώθηκε επίσης και παρέμεινε έτσι μετά από περίοδο παρακολούθησης των 3 και 6 μηνών.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
20/28 Rasjö Wrååk et al., 2015 Σουηδία	(n=111) Αρτηριακή Υπέρταση	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Ομάδα παρέμβασης (n=59) και ομάδα ελέγχου (n=52). Η ομάδα παρέμβασης έλαβε παρέμβαση ενδυνάμωσης για καλύτερη διαχείριση της ΑΥ <u>Σκοπός:</u> να περιγράψει την επίδραση της παρέμβασης ενδυνάμωσης από νοσηλευτές σε ασθενείς με ΑΥ	12 μήνες	Κέντρο υγείας	Ενθάρρυνση συζήτησης διάρκειας 30 περίπου λεπτών κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στο κέντρο υγείας (σύνολο 7 επισκέψεις κατά τη διάρκεια του χρόνου). Παροχή συμβουλών και υποστήριξης από νοσηλεύτη για θέματα αλλαγής τρόπου ζωής, διαχείρισης φαρμάκων, αλλά και πληροφορίες για την ΑΥ. Επίσης μέτρηση Α/Π και τήρηση κάρτας καταγραφής των μετρήσεων	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε στους 12 μήνες με τη χρήση ερωτηματολογίου και τον έλεγχο των καρτών καταγραφής των μετρήσεων της Α/Π, παρατηρήθηκε μείωση της Α/Π και στις 2 ομάδες. Η ομάδα παρέμβασης βίωσε σημαντική βελτίωση στη κατάσταση υγείας, καλύτερη συναισθηματική και ψυχική υγεία και μείωση του άγχους. Ο τρόπος ζωής δεν παρουσίασε σημαντικές βελτιώσεις και στις 2 ομάδες. Η ομάδα παρέμβασης ανέφερε ότι η φροντίδα στηριζόταν στις ανάγκες υγείας.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
21/28 Shearer et al., 2007 Η.Π.Α	(n=90) Ασθενείς με Καρδιακή Ανεπάρκεια	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Ομάδα παρέμβασης (n=45), παρέμβαση ενδυνάμωσης μέσω τηλεφώνου. Ομάδα ελέγχου (n=45) έλαβε συνήθη εκπαίδευση για ΚΑ <u>Σκοπός :</u> να εξετάσει τις επιπτώσεις μιας τηλεφωνικής παρέμβασης ενδυνάμωσης στα κλινικά αποτελέσματα ασθενών με ΚΑ, συμπεριλαμβανομένων της σκόπιμης συμμετοχής στην επίτευξη των στόχων, στην αυτοδιαχείριση της ΚΑ, και στην αντίληψη της λειτουργικής υγείας.	3 μήνες	Νοσοκομείο, και στα σπίτια των ασθενών	Όλοι οι ασθενείς έλαβαν συνήθη εκπαίδευση για την ΚΑ, (π.χ. διαχείριση φαρμάκων, έλεγχος βάρους, διατροφή, σωματική άσκηση κα). Η ομάδα παρέμβασης έλαβε επίσης τηλεφωνική παρέμβαση ενδυνάμωσης από μια νοσηλεύτρια (υποστήριξη με πληροφορίες, καθορισμός στόχων για αυτοδιαχείριση ΚΑ).	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε στους 3 μήνες με τη χρήση κλιμάκων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παρέμβαση ενδυνάμωσης μέσω τηλεφώνου διευκόλυνε την αυτοδιαχείριση της ΚΑ μέσω δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας στα μέλη της ομάδας παρέμβασης.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
22/28 Sigurdardottir et al. 2009 Ισλανδία	(n=53) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Δύο ομάδες. Ομάδα παρέμβασης (n=28) έλαβε παρέμβαση ενδυνάμωσης, και ομάδα ελέγχου (n=25) δεν έλαβε καμία παρέμβαση. <u>Σκοπός:</u> να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης που βασίζεται στην ενδυνάμωση, σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, για προσδιορισμό συγκεκριμένων τομέων αυτοφροντίδας.	6 μήνες	Εξωτερικά ιατρεία διαβητολογίας και τηλεφωνικώς.	Η παρέμβαση ενδυνάμωσης περιλάμβανε μια αρχική ατομική συνεδρία διάρκειας 1-2 ωρών, και τηλεφωνική επαφή μια φορά την εβδομάδα για 5 συνεχόμενες εβδομάδες διάρκειας 15-20 λεπτών. Στην ατομική συνεδρία οι ασθενείς μετά την απάντηση ερωτηματολογίων είχαν συζήτηση με τον εκπαιδευτή όσον αφορά τις απαντήσεις που έδωσαν και περιλάμβαναν θέματα όπως: γνώσεις για τον ΣΔ, διατροφή, σωματική άσκηση, κίνητρα για αλλαγή συμπεριφοράς σε σχέση με την ασθένεια, επίτευξη στόχων, πώς να ξεπεράσουν εμπόδια κτλ. Οι τηλεφωνικές επαφές περιλάμβαναν συζητήσεις για τα συναισθήματα τους σε σχέση με τη ασθένεια τους.	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε στους 6 μήνες με τη χρήση κλιμάκων (γνώσεις για τον ΣΔ, ενδυνάμωσης, ποιότητας ζωής, προβλήματα σχετιζόμενα με τον ΣΔ και αυτοφροντίδας), και εργαστηριακές αναλύσεις αίματος, δεν υπήρξε σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά τα επίπεδα της HbA1c πριν και μετά την παρέμβαση. Επίσης δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στην μείωση του ΔΜΣ, και στα αποτελέσματα των μετρήσεων του βαθμού ενδυνάμωσης, ευεξίας και άγχους. Σημαντική διαφορά στις ομάδες υπήρχε στις γνώσεις για την ασθένεια μετά την παρέμβαση.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
23/28 Simmons et al., 2003 Νέα Ζηλανδία	(n=398) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 και 2	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Δύο ομάδες. Ομάδα παρέμβασης (n=222), και ομάδα ελέγχου (n=176). <u>Σκοπός:</u> να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα (μεταβολή της HbA1c) της ενδυνάμωσης των ασθενών με ΣΔ μέσω ενός εκπαιδευτικού βιβλιαρίου .	12 μήνες	Στα σπίτια των ασθενών	Στην ομάδα παρέμβασης δόθηκαν δύο βιβλιάρια. Ένα βιβλιάριο για ενδυνάμωση των ασθενών το οποίο σχεδιάστηκε για εκπαίδευση των ασθενών στο σπίτι . Το βιβλιάριο περιλάμβανε οδηγίες χρήσης του και τι ερωτήσεις έπρεπε να γίνουν στους επαγγελματίες υγείας. Επίσης δόθηκε βιβλιάριο για έλεγχο της γλυκόζης του αίματος το οποίο δόθηκε και στην ομάδα ελέγχου.	Στις αξιολογήσεις που έγιναν στους 6 και 12 μήνες με έλεγχο των βιβλιαρίων και εργαστηριακές αναλύσεις αίματος, η χρήση του βιβλιαρίου ενδυνάμωσης έδειξε ότι συνέβαλε σε σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σε σχέση με την HbA1c κατά 0,4% (P=0.017), και τον ΔΜΣ. Καμία σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε στις ομάδες όσον αφορά τις γνώσεις και στάσεις για τον ΣΔ, και των επιπλοκών του.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
24/28 Spencer et al., 2011 Η.Π.Α	(n=164) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Δύο ομάδες. Ομάδα παρέμβασης (n=72) και ομάδα ελέγχου (n=92) <u>Σκοπός:</u> η αξιολόγηση της επίδρασης ενός προγράμματος που βασιζόταν στην προσέγγιση της ενδυνάμωσης για την βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου σε ασθενείς με ΣΔ.	6 μήνες	Κοινότητα	Η παρέμβαση περιλάμβανε εκπαιδευτικά μαθήματα για τον ΣΔ (11 συνεδρίες διάρκειας 2 ωρών σε ομάδες 10-12 ασθενών κάθε 2 εβδομάδες), 2 επισκέψεις τον μήνα στο σπίτι των ασθενών διάρκειας 60 λεπτών για καθορισμό στόχων αυτοδιαχείρισης του ΣΔ, υποστήριξη της προόδου τους, βελτίωση δεξιοτήτων επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος η παρέμβαση περιλάμβανε τηλεφωνική επικοινωνία κάθε 2 εβδομάδες.	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε στους 6 μήνες με τη χρήση ερωτηματολογίου και με εργαστηριακές αναλύσεις αίματος, η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε βελτίωση στις τιμές τις HbA1c Επίσης παρουσίασε σημαντικές βελτιώσεις στην κατανόηση του ΣΔ.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
25/28 Tang et al., 2010 Η.Π.Α	(n=89) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2.	<u>Μη πειραματική μελέτη</u> : κοόρτης <u>Σκοπός</u> : Η επίδραση της παρέμβασης ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση του ΣΔ στις κλινικές εκβάσεις, συμπεριφορές αυτοφροντίδας, και στην ποιότητα ζωής.	12 μήνες	Κατά την περίοδο ελέγχου στο σπίτι των συμμετεχόντων	Περίοδος ελέγχου (6 μήνες) οι συμμετέχοντες λάμβαναν εβδομαδιαία εκπαιδευτικά ενημερωτικά δελτία. Περίοδος παρέμβασης, οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν συνεδρίες ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση του ΣΔ όσο συχνά χρειαζόνταν. Οι εκπαιδευτικές συνεδρίες στηρίχθηκαν σε ερωτήσεις αυτοδιαχείρισης των συμμετεχόντων και ανησυχίες, και τόνισαν επίσης τη βιωματική μάθηση, την αντιμετώπιση και την επίλυση προβλημάτων, και τη ρύθμιση στόχων.	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε στους 12 μήνες με τη χρήση κλιμάκων (ποιότητας ζωής σχετιζόμενη με ΣΔ, αυτοφροντίδας, ενδυνάμωσης), εργαστηριακές αναλύσεις αίματος, και μετρήσεις (Α/Π, σωματικό βάρος), κατά την περίοδο ελέγχου διαπιστώθηκαν σημαντικές βελτιώσεις για τη διαστολική ΑΠ ($p < 0,05$), τη χοληστερόλη του ορού μετά από υγιεινή διατροφή ($p < 0,01$), και την παρακολούθηση της γλυκόζης του αίματος ($p < 0,01$). Κατά την περίοδο παρέμβασης διαπιστώθηκαν σημαντικές πρόσθετες βελτιώσεις για την HbA1C ($p < 0,001$), το βάρος ($p < 0,05$), ΔΜΣ ($p < 0,05$) και LDL ($p < 0,001$). Σε σύγκριση με την περίοδο ελέγχου, η συμμετοχή στην παρέμβαση οδήγησε σε σημαντική μείωση της HbA1C ($p < 0,01$).

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
26/28 Tsay & Hung, 2004 Ταϊβάν	(n=50) Νεφρική Ανεπάρκεια	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Ομάδα παρέμβασης (n=25) παρακολούθησε εκπαιδευτικού προγράμματος ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση της ασθένειας. Ομάδα ελέγχου (n=25) δεν παρακολούθησε κανένα πρόγραμμα ενδυνάμωσης <u>Σκοπός:</u> να ερευνήσει την επίδραση ενός προγράμματος ενδυνάμωσης στα επίπεδα ενδυνάμωσης (χρήση κλίμακας βαθμού ενδυνάμωσης), στην αυτοφροντίδα, στην αυτό-αποτελεσματικότητα, και την κατάθλιψη (χρήση κλίμακας).	12 εβδομάδες	Δύο κέντρα αιμοκάθαρσης συνδεδεμένα με μεγάλα νοσοκομεία	Οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης έλαβαν ένα πακέτο πληροφοριών με ατομικές συμβουλευτικές συνεδρίες κατά τη διάρκεια του προγράμματος ενδυνάμωσης, τρεις φορές την εβδομάδα για 4 εβδομάδες. Το πρόγραμμα ενδυνάμωσης εστίαζε στο να βοηθήσει τους ασθενείς να αναπτύξουν δεξιότητες και αυτογνωσία στη ρύθμιση στόχων, επίλυση προβλημάτων, διαχείριση του στρες και την αντιμετώπιση της κατάστασης τους.	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε στις 12 εβδομάδες με τη χρήση κλιμάκων (ενδυνάμωσης, αυτοφροντίδας, αυτό-αποτελεσματικότητας, κατάθλιψης), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τεχνικές ενδυνάμωσης έχουν σημαντικό ρόλο για τους ασθενείς στην αυτοδιαχείριση νεφρικής νόσου τελικού σταδίου. Παρατηρήθηκαν σημαντικές βελτιώσεις στην αυτό-αποτελεσματικότητα, στην αυτό-φροντίδα και στα επίπεδα κατάθλιψης.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
27/28 Vahid et al., 2008 Ιράν	(n=30) Σακχαρώδης Διαβήτης	<u>Πειραματική μελέτη:</u> Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (RCT). Ομάδα παρέμβασης (n=15) παρακολούθησε εκπαιδευτικού προγράμματος ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση της ασθένειας. Ομάδα ελέγχου (n=15) δεν παρακολούθησε κανένα πρόγραμμα ενδυνάμωσης <u>Σκοπός:</u> να αξιολογηθεί η επίδραση ενός προγράμματος ενδυνάμωσης ασθενών με ΣΔ.	3 μήνες	Δεν αναφέρεται ο τόπος όπου γινόταν η εκπαίδευση	Η ομάδα παρέμβασης παρακολούθησε 6 εβδομαδιαίες εκπαιδευτικές συνεδρίες διάρκειας 1 ώρας σε θέματα όπως εξερεύνηση του προβλήματος (ΣΔ), αποσαφήνιση των συναισθημάτων των ασθενών και της σημασίας της ασθένειας, ανάπτυξη σχεδίων διαχείρισης, ενεργή συμμετοχή στη διαχείριση, βιώματα και αξιολόγηση των σχεδίων δράσης.	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου, η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε βελτίωση στη αυτοαποτελεσματικότητα της διαχείρισης του ΣΔ.

Ερευνητές, χρονολογία, χώρα διεξαγωγής	Μέγεθος και χαρακτηριστικά δείγματος	Είδος και σχεδιασμός μελέτης	Μήκος παρακολούθησης	Περιβάλλον παρέμβασης	Παρέμβαση	Κύρια ευρήματα
28/28 Wong et al., 2014 Χόνγκ Κόνγκ	(n=2282) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2	<u>Μη πειραματική μελέτη</u> : κοόρτης. Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες. Η ομάδα παρέμβασης (n=1141) παρακολούθησε πρόγραμμα ενδυνάμωσης (PEP), και η ομάδα ελέγχου (n=1141) δεν παρακολούθησε κανένα πρόγραμμα. <u>Σκοπός</u> : Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του PEP σε ατομικό επίπεδο, καθώς και ο εντοπισμός των διαφορών του προγράμματος προ, και 12 μήνες μετά στα αποτελέσματα του μεταβολικού ελέγχου και στη αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας	12 μήνες	Γενικά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και κλινικές ειδικοτήτων οικογενειακής ιατρικής	Παρακολούθηση προγράμματος εκπαίδευσης ενδυνάμωσης (PEP). Περιλάμβανε τόσο γενικές συνεδρίες για βελτίωση της αυτό-αποτελεσματικότητας και αλλαγής του τρόπου ζωής, καθώς και συνεδρίες για απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων για αυτοδιαχείριση του ΣΔ διάρκειας 2.5. ωρών.	Στην αξιολόγηση της παρέμβασης ενδυνάμωσης που έγινε με εργαστηριακές αναλύσεις αίματος και έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, η μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ενδυνάμωσης για αυτοδιαχείριση της νόσου τους είχαν βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα όσον αφορά την HbA1c, και την χοληστερόλη LDL, και μείωσαν τις επισκέψεις στα γενικά εξωτερικά ιατρεία, σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν παρακολούθησαν το PEP.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

7.1. Κυριότερα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης

Τα ευρήματα της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της προσέγγισης της ενδυνάμωσης στη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων για την υγεία. Μέσα από την ανάλυση των 28 μελετών οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση, τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ενδυνάμωση των ασθενών για την διαχείριση των χρόνιων ασθενειών είναι θετικά. Η επίδραση της παρέμβασης ενδυνάμωσης παρουσιάζεται μέσα από διάφορους δείκτες όπως: κλινικούς-φυσιολογικούς, γνωσιολογικούς, συμπεριφοράς και ψυχολογικούς.

7.1.1. Κλινικοί-φυσιολογικοί δείκτες

Οι περισσότερες από τις μελέτες αναφέρουν ότι η παρέμβαση ενδυνάμωσης είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική βελτίωση σε κάποιον, ή και περισσότερους κλινικούς-φυσιολογικούς δείκτες. Στα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων αίματος πολλών μελετών που ο πληθυσμός μελέτης ήταν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου (πίνακας 6), η οποία φάνηκε από τη μείωση της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης - HbA1c. (Anderson et al., 1995; Anderson et al., 2005; Anderson et al., 2009; Pibernik-Okanovic et al., 2004; Wong et al., 2014; Chenet et al., 2015; Cooper et al., 2008; Tang et al., 2010; Keers et al., 2006; Musacchio et al., 2011; Spencer et al., 2011; Simmons et al., 2004; Mayer-Davis et al., 2004; $n=13$; 68.42%), τη βελτίωση της γλυκόζης αίματος νηστείας (Anderson et al., 2005; Mayer-Davis et al., 2004), τη μείωση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων (Anderson et al., 2005; Simmons et al., 2004; Tang et al., 2010) και της ολικής χοληστερόλης ορού αίματος (Anderson et al., 2005; Simmons et al., 2004; Tang et al., 2010; Mayer-Davis et al., 2004), τη μείωση των επιπέδων της χοληστερόλης LDL (Wong et al., 2014; Anderson et al., 2005; Tang et al., 2010; Musacchio et al., 2011; Spencer et al., 2011; Mayer-Davis et al., 2004) και της χοληστερόλης HDL (Mayer-Davis et al., 2004), τη μείωση του σωματικού βάρους (Anderson et al., 2005; Tang et al., 2010; Mayer-Davis et al., 2004), τη μείωση του δείκτη μάζας σώματος – ΔΜΣ (Simmons et al., 2004; Tang et al., 2010; Spencer et al., 2011; Mayer-Davis et al., 2004), τη μείωση των

τιμών της διαστολικής ή της συστολικής αρτηριακής πίεσης (Anderson et al., 2005; Simmons et al., 2004; Tang et al., 2010; Musacchio et al., 2011; Spencer et al., 2011; Mayer-Davis et al., 2004; Figar et al., 2006; Rasjö Wrååk et al., 2015; Moattari et al., 2012), τη βελτίωση της

Πίνακας 6. Μεταβολές στις τιμές της HbA1c μετά την παρέμβαση ενδυνάμωσης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

Μελέτη	Μέτρηση HbA1c πριν την παρέμβαση	Μέτρηση HbA1c μετά την παρέμβαση
Adolfsson et al., (2007)	IG: 7.4% CG: 7.1%	IG: 7.4% (12 μήνες) CG: 7.1% (12 μήνες)
Anderson et al., (1995)	IG: 11.75% CG: 10.82%	IG: 11.02% (6 εβδομάδες) CG: 10.78% (αμέσως)
Anderson et al., (2005)	IG: 8.74% CG: 8.41%	IG: 8.34% (6 εβδομάδες) CG: 8.13% (6 εβδομάδες)
Anderson et al., (2009)	IG: 7.57% CG: 7.38%	IG: 7.62% CG: 7.92% (2 χρόνια)
Pibernik-Okanovic et al., (2004)	IG: 9.65% CG: 9.22%	IG: 8.94% (3 μήνες) 8.96% (6 μήνες) CG: 9.10% (6 μήνες)
Wong et al., (2014)	IG: 7.297% CG: 7.289%	IG: 7.094% (12 μήνες) CG: 7.224%
Chen et al., (2015)	IG: 9.24% CG: 8.95%	IG: 8.37% (3 μήνες) CG: 8.73%
Cooper et al., (2008)	IG: 8.4% CG: 7.9%	IG: 8.3% (6 μήνες) CG: 8.9%
Tang et al., (2010)	IG: 8.2% CG: 7.9%	IG: 7.6% (περίοδος παρέμβασης) CG: 8.2% (περίοδος ελέγχου)
Keers et al., (2006)	8.36%	7.93% (3 μήνες) 8.04% (12 μήνες)
Musacchio et al., (2011)	HbA1c ≤ 7.0% : από 32.7% HbA1c ≥ 9.0% : από 10.5%	HbA1c ≤ 7.0% : 45.8% HbA1c ≥ 9.0% : 4.4%
Peña-Purcell et al., (2011)	IG: 7.90% CG: 7.40%	IG: 7.10% (3 μήνες) CG: 7.40%
Sigurdardottir et al., (2009)	IG: 8.09% CG: 7.88%	IG: 7.57% (3 μήνες) 8.01% (6 μήνες) CG: 7.35% (3 μήνες) 7.76% (6 μήνες)
Spencer et al., (2011)	IG: 8.6% CG: 8.5%	IG: 7.8% (6 μήνες) CG: 8.5% (6 μήνες)
Simmons et al., (2004)	IG: 9.4% CG: 9.2%	IG: 9.1% CG: 9.3%
Mayer-Davis et al., (2004)	IG1: 9.7% IG2: 10.2% CG: 9.6%	IG1: 8.857% (6 μήνες) IG2: 8.64% (6 μήνες) CG: 8.48% (6 μήνες)

νυκτερινής συστολικής αρτηριακής πίεσης (Figar et al., 2006), τη βελτίωση της σπειραματικής διήθησης των νεφρών – e-GFR (Chen et al., 2011), και τη βελτίωση των τιμών της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη (Moattari et al., 2012). Κάποιες μελέτες βρήκαν μη σημαντική διαφορά στα επίπεδα της HbA1c (Adolfsson et al., 2007; Sigurdardottir et al., 2009; Peña-Purcell et al., 2011), και στον ΔΜΣ (Sigurdardottir et al., 2009; Adolfsson et al., 2007).

Στην μελέτη των Imani-Goghary et al. (2015), και των Vahid et al. (2008), αν και το δείγμα ήταν ασθενείς με ΣΔ οι μετρήσεις έκβασης της παρέμβασης δεν περιλάμβαναν την HbA1c. Στη μελέτη των Naik et al. (2011), αν και έγινε μια αρχική μέτρηση των επιπέδων της HbA1c δεν αναφέρεται αν υπήρχε βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου μετά την παρέμβαση.

7.1.2. Γνωσιολογικοί δείκτες

Έξι μελέτες αναφέρουν ότι η παρέμβαση ενδυνάμωσης συνέβαλε σημαντικά στη βελτίωση των γνώσεων των ασθενών για τον σακχαρώδη διαβήτη (Adolfsson et al., 2007; Anderson et al., 2005; Anderson et al. 2009; Sigurdardottir et al., 2009; Naik et al., 2011; Spencer et al., 2011), ενώ σε μία μελέτη (Simmons et al., 2004), βρέθηκε μη σημαντική βελτίωση στις γνώσεις των ασθενών για τον ΣΔ. Οι υπόλοιπες εικοσιμία μελέτες δεν κάνουν αναφορά για μέτρηση των γνώσεων των ασθενών αναφορικά με την ασθένεια τους. Στη μελέτη των Adolfsson et al. (2007), σύμφωνα με τους συγγραφείς η αύξηση των γνώσεων για τον διαβήτη συνδέεται έντονα με την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, η οποία έρχεται σε συμφωνία με την φιλοσοφία της ενδυνάμωσης.

7.1.3. Δείκτες συμπεριφοράς

Κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι η ενδυνάμωση βελτίωσε τις δραστηριότητες αυτοφροντίδας – αυτοδιαχείρισης των ασθενών (Peña-Purcell et al., 2011; Chen et al., 2015; Nolte et al., 2007; Shearer et al., 2007; Tang et al., 2010; Griffiths et al., 2005), την αυτό-παρακολούθηση της χρόνιας ασθένειας από τους ίδιους τους ασθενείς (Meyer-Davis et al., 2004; Cooper et al., 2008), και τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης (Figar et al., 2006). Στη μελέτη των Bucknall et al. (2012), κάποιο μέρος του δείγματος στην ομάδα παρέμβασης (42%) κατάφερε να

διαχειριστεί με επιτυχία την ΧΑΠ από την πλευρά της σωστής χρήσης της θεραπείας αυτοδιαχείρισης. Σε τρεις μελέτες, αυτές των Wong et al. (2014), Griffiths et al., (2005), και Musacchio et al., (2011) παρατηρήθηκε μείωση στον αριθμό των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία γενικής ιατρικής. Επίσης στη μελέτη των Griffiths et al., (2005), η παρέμβαση συνέβαλε στη καλύτερη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας. Άλλες μελέτες αναφέρουν μη σημαντικές βελτιώσεις σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη όπως π.χ., σωματική άσκηση, διατροφή, χρήση ινσουλίνης, φροντίδα ποδιού (Cooper et al., 2008; Sigurdardottir et al., 2009; Simmons et al., 2004; Anderson et al., 2005;), όπως και μη σημαντική βελτίωση στην αυτό-παρακολούθηση της ασθένειας από τους ίδιους τους ασθενείς (Sigurdardottir et al., 2009; Simmons et al., 2004), και στη γνώση των παραγόντων κινδύνου για βλάβη των ιστών σε διαβητικούς (Simmons et al., 2004). Οι καθημερινές συνήθειες δεν άλλαξαν σημαντικά σε καμία από τις ομάδες στη μελέτη των Rasjö Wrååk et al. (2015). Στη μελέτη των Bucknall et al. (2012), η παρέμβαση που έγινε δεν είχε κανένα αποτέλεσμα στις επανεισαγωγές στο νοσοκομείο και στη μείωση της θνησιμότητας.

7.1.4. Ψυχολογικοί δείκτες

Εννέα μελέτες αναφέρουν ότι οι παρέμβαση ενδυνάμωσης βελτίωσε σημαντικά την αυτό-αποτελεσματικότητα των ασθενών ως προς την χρόνια ασθένεια (Anderson et al., 1995; Tsay & Hung, 2004; Griffiths et al., 2005; Vahid et al., 2008; Peña-Purcell et al., 2011; Moattari et al., 2012; Bucknall et al., 2012; Chen et al., 2015; Imani-Goghary et al., 2015), και τέσσερις αναφέρουν βελτίωση στα επίπεδα ενδυνάμωσης (Tsay & Hung, 2004; Anderson et al., 2005; Keers et al., 2006; Anderson et al., 2009). Στη μελέτη των Anderson et al. (1995), η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε οφέλη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στη αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας σε ότι αφορά τον καθορισμό στόχων, τη διαχείριση του στρες, την εξασφάλιση στήριξης και στη λήψη αποφάσεων. Κάποιες μελέτες αναφέρουν σημαντικές βελτιώσεις: στην κατανόηση των ασθενών για τον σακχαρώδη διαβήτη (Anderson et al., 2005; Anderson et al., 2009), στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Cooper et al., 2008), στην ικανοποίηση με την φροντίδα για τον διαβήτη (Anderson et al., 2009), στην στάση ως προς την ασθένεια (Anderson et al., 1995; Anderson et al., 2005; Cooper et al., 2008), στο άγχος (Moattari et al., 2012; Rasjö Wrååk et al., 2015), στη γενική κατάσταση υγείας (Rasjö

Wrååk et al., 2015) στην γενική ευεξία (Sigurdardottir et al., 2009; Rasjö Wrååk et al., 2015), στα επίπεδα κατάθλιψης (Tsay & Hung, 2004; Griffiths et al., 2005), και στην βελτίωση της ποιότητα ζωής (Anderson et al., 2009; Pibernik-Okanovic et al., 2004; Keers et al., 2006; Moattari et al., 2012; Chen et al., 2015), όσον αφορά τις ψυχολογικές και κοινωνικές της πτυχές. Κάποιες μελέτες έδειξαν μη σημαντική βελτίωση στην ικανοποίηση των ασθενών (Adolfsson et al., 2007; Anderson et al., 1995), στην αυτοαποτελεσματικότητα (Adolfsson et al., 2007), στην ευεξία, λύπη και στενοχώρια (Sigurdardottir et al., 2009), και στο επίπεδο ενδυνάμωσης των ασθενών (Sigurdardottir et al., 2009).

7.2. Περιορισμοί συστηματικής ανασκόπησης

Βασικοί περιορισμοί της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης μπορούν να θεωρηθούν οι εξής:

- Βασικός σκοπός της διατριβής ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης σε ενήλικες ασθενείς ως προς την καλύτερη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών. Η μη αναφορά της επίδρασης της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης σε νεαρότερο πληθυσμό π.χ. παιδιά με χρόνιες ασθένειες μπορεί να αποτελέσει περιορισμό.
- Η μελέτη περιορίστηκε περισσότερο στα αποτελέσματα της παρέμβασης για τους ασθενείς, ενώ θα μπορούσε να επεκταθεί περισσότερο στα πιθανά οφέλη της παρέμβασης ενδυνάμωσης για τις κυβερνήσεις και τα συστήματα υγείας όπως π.χ. μείωση των δαπανών για την υγεία, η οποία είναι το κύριο ζητούμενο τους.
- Από την ανασκόπηση αποκλείστηκαν μελέτες οι οποίες δεν ήταν δημοσιευμένες στα αγγλικά εξαιτίας δυσκολίας στη μετάφραση, γεγονός που πιθανόν να εισάγει σημαντικό σφάλμα, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που οι μελέτες αυτές δημοσιεύονται σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά.
- Η συστηματική ανασκόπηση περιλάμβανε μελέτες οι οποίες είχαν δημοσιευτεί, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σφάλμα δημοσίευσης (publication bias). Τα περισσότερα περιοδικά συχνά δημοσιεύουν μελέτες με θετικά αποτελέσματα οι οποίες

έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εντοπιστούν κατά τη διαδικασία ένταξης και αποκλεισμού μελετών.

- Ο καθορισμός των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού μελετών, καθώς και η αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών έγινε από έναν ερευνητή γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μη έγκυρα αποτελέσματα, εξαιτίας της υποκειμενικότητας στην κρίση του ερευνητή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα ευρήματα που προκύπτουν από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση στην πλειοψηφία τους είναι θετικά και συνηγορούν με αυτά άλλων μελετών που καταπιάστηκαν με το ίδιο θέμα και οι οποίες αφορούν κυρίως τη ξενόγλωσση βιβλιογραφία, γιατί παρόμοια μελέτη δεν βρέθηκε στην ελληνική βιβλιογραφία. Τα συμπεράσματα της παρούσας διατριβής είναι παρόμοια με αυτά των μελετών των Kuo et al. (2014), και Chen et al. (2009), σύμφωνα με τα οποία η ενδυνάμωση των ασθενών στη αυτοδιαχείριση των χρόνιων ασθενειών αποτελεί ένα μοντέλο φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, το οποίο δίνει έμφαση στη συνεργασία επαγγελματιών υγείας και ασθενών με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας των ασθενών, και τη διευκόλυνση της αυτοκατευθυνόμενης αλλαγής της συμπεριφοράς τους. Μέσω της ενδυνάμωσης οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες βελτιώνουν την ικανότητα τους να αναγνωρίζουν τα δικά τους προβλήματα τα οποία σχετίζονται με την κατάσταση τους, να αυτό-ρυθμίζουν την συμπεριφορά τους, να αναζητούν και να αξιοποιούν πόρους για αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, καθώς και να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των ενεργειών τους. Πιο συγκεκριμένα η εκπαίδευση ενδυνάμωσης μπορεί να ενισχύσει τις ικανότητες των ασθενών στον έλεγχο της ασθένειάς τους, όπως επίσης να αυξήσει την αποφασιστικότητα τους για αντιμετώπιση των εμποδίων που σχετίζονται με την ασθένεια και της διαχείριση της, να αποκτήσουν αυτοαποτελεσματικότητα και να πετύχουν ισορροπία στην ζωή τους.

Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί, και έχουν αποκτήσει δεξιότητες αυτοδιαχείρισης μέσω της διαδικασίας της ενδυνάμωσης, είναι ικανοί να μειώσουν την εξέλιξη μιας χρόνιας ασθένειας, να προλάβουν εξάρσεις της, να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους και τα κλινικά αποτελέσματα της ασθένειας, όπως επίσης και να μειώσουν τα έξοδα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Στην Κύπρο αναμένεται η εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓεΣΥ), το οποίο έχει ως σκοπό την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, την βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, την οικονομικότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και την μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Οι φορείς χάραξης πολιτικής υγείας και η κυβέρνηση θα πρέπει λάβουν πολύ σοβαρά υπόψη και να ενσωματώσουν την προσέγγιση της ενδυνάμωσης των ασθενών στο ΓεΣΥ, γιατί η διαχείριση των χρόνιων ασθενειών είναι ένα θέμα που αφορά και την Κύπρο, δεδομένων των μεγάλων ποσοστών

χρόνιων ασθενειών που παρατηρούνται. Αυτό θα συμβάλει στην καλύτερη και πιο οικονομικά αποδοτική λειτουργία του συστήματος. Επιπλέον οι διάφοροι σύνδεσμοι ασθενών με χρόνιες παθήσεις θα πρέπει να αναλάβουν πιο ενεργό ρόλο στο τομέα της ενδυνάμωσης των ασθενών, σε συνεργασία πάντα με το υπουργείο υγείας, με τη δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης αυτοδιαχείρισης που να βασίζονται στη φιλοσοφία της ενδυνάμωσης, τα οποία να παρέχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να καλύπτουν γεωγραφικά όλον τον πληθυσμό, με τη δημιουργία ιστοσελίδων στο διαδίκτυο όπου οι ασθενείς θα έχουν ελεύθερη πρόσβαση οποιαδήποτε ώρα θελήσουν για να ενημερωθούν για θέματα που αφορούν την ασθένεια τους και την κατάσταση υγείας τους, όπως επίσης και με έντυπο υλικό (ενημερωτικά φυλλάδια και εγχειρίδια ενδυνάμωσης και αυτοδιαχείρισης χρόνιων παθήσεων) τα οποία να είναι σε κατανοητή γλώσσα και να διανέμονται στους ασθενείς κατά την επαφή τους με τα νοσοκομεία, κέντρα υγείας κτλ.

Η ενδυνάμωση των ασθενών απαιτεί από τους επαγγελματίες υγείας να αφιερώνουν περισσότερο και ποιοτικότερο χρόνο με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια των μεταξύ τους συναντήσεων, βοηθώντας τους να αναγνωρίσουν τα προβλήματα τους, παρέχοντας τους κίνητρα, βοηθώντας τους να καθορίσουν στόχους και σχέδια δράσης, ενισχύοντας τις ικανότητες τους για αυτοδιαχείριση της ασθένειάς τους, συζητώντας και βοηθώντας τους να ξεπεράσουν προβλήματα τους. Η επιτυχία της ενδυνάμωσης του ασθενούς φαίνεται να εξαρτάται από το πόσο καλά ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής μπορούν να επικοινωνούν μεταξύ τους. Η έννοια της ενδυνάμωσης απαιτεί από τους επαγγελματίες υγείας καλές επικοινωνιακές δεξιότητες και την ικανότητα να είναι ευαίσθητοι στις ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά. Περαιτέρω έρευνα θα πρέπει να επιδιώκει να βρει τρόπους για να ξεπεραστούν οι περιορισμοί του χρόνου, του ανθρώπινου δυναμικού και του κόστους από την εφαρμογή των παρεμβάσεων ενδυνάμωσης στη αυτοδιαχείριση των χρόνιων ασθενειών στον πραγματικό κόσμο. Η εδραίωση της ηλεκτρονικής υγείας μπορεί να είναι ένας τρόπος για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος.

Επιπλέον οι παρεμβάσεις ενδυνάμωσης είναι πιο πιθανό να είναι επιτυχείς, εάν: εμπλέκονται και άλλα άτομα στη φροντίδα υγείας του ασθενή π.χ. οικογένεια, φροντιστές κτλ, είναι προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες του, και είναι εντατικές και περιεκτικές, χρησιμοποιώντας ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων αυτοδιαχείρισης και πολλαπλών στρατηγικών διανομής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abdoli, S., Ashktorab, T., Ahmadi, F., Parvizy, S., & Dunning, T. (2011). Religion, faith and the empowerment process: Stories of Iranian people with diabetes. *International Journal of Nursing Practice*, 17:289–298.

Adams, K., & Corrigan, J.M. (2003). Institute of Medicine: Priority areas for national action: Transforming health care quality. Washington, D.C.: National Academies Press.

Adolfsson, E.T., Walker-Engström, M.L., Smide, B., & Wikblad, K. (2007). Patient education in type 2 diabetes - a randomized controlled 1-year follow-up study. *Diabetes research and clinical practice*, 76(3):341-350.

Alderman, K.B., Hipgrave, D., & Jimenez-Soto, E. (2013). Public engagement in health priority setting in low-and middle-income countries: current trends and considerations for policy. *PLoS medicine*, 10(8):e1001495-1.

Alderson, M., Starr, L., Gow, S., & Moreland, J. (1999). The program for rheumatic independent self-management: A pilot evaluation. *Clinical Rheumatology*, 18:283-292.

Alsop, R. (2005). Empowerment in Practice: From Analysis to Implementation. World Bank Herndon, Virginia.

Anderson, R.M., Funnell, M.M., Barr, P.A., Dedrick, R.F., & Davis, W.K. (1991). Learning to empower patients. Results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care*, 14: 584–590.

Anderson, R.M., Funnell, M.M., Butler, P.M., Arnold, M.S., Fitzgerald, J.T., & Feste, C.C. (1995). Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. *Diabetes care*, 18(7):943-949.

Anderson, B., & Funnell, M.M. (2000). The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators. American Diabetes Association.

Anderson, R.M., Fitzgerald, J.T., Funnell, M.M., & Marrero, D.G. (2000). The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 23(6):739-743.

Anderson, J., Rajendran, M., Carter, M., Currie, K., & Spink, J. (2001). Consumer health information: what the research is telling us. *Australian Family Physician*, 30(11):1108.

Anderson, R.M., & Funnell, M.M. (2002). Using the empowerment approach to help patients change behavior. *Practical Psychology for Diabetes Clinicians*, 2nd Edition, American Diabetes Association.

Anderson, R.M., Funnell, M.M., Nwankwo, R., Gillard, M.L., Oh, M., & Fitzgerald, J.T. (2005). Evaluating a problem-based empowerment program for African Americans with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Ethnicity and Disease*, 15(4):671.

Anderson, R.M., & Funnell, M.M. (2005), Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education Counseling*, 57:153–7.

Anderson, R.M., Funnell, M.M., Aikens, J.E., Krein, S.L., Fitzgerald, J.T., Nwankwo, R., Tannas, C.L., & Tang, T.S. (2009). Evaluating the efficacy of an empowerment-based self-management consultant intervention: results of a two-year randomized controlled trial. *Therapeutic patient education*, 1(1):3-11.

Angelmar, R., & Berman, P.C. (2007). Patient empowerment and efficient health outcomes. In: Cox P, ed. *Financing Sustainable Healthcare in Europe: New Approaches for New Outcomes*. Luxembourg, Ministry of Health.

Aujoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education Counselling*, 66(1):13–20.

Bachrach, L. (1992). The chronic patient: in search of a title. *Hospital and community Psychiatry*, 43:867-868.

Barlow, J., Williams, B. & Wright, C. (1999). ‘Instilling the strength to fight the pain and get on with life’: learning to become an arthritis self-manager through an adult education programme. *Health Education Research*, 14:533–544.

Barlow, J.H., Turner, A.P. & Wright, C. (2000). A randomized controlled study of the Arthritis Self-Management Programme in the UK. *Health Education Research*, 15: 665–680.

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002).** Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2):177-187.
- Bandura, A. (1977).** *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997).** *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Bayliss, E, Steiner, J., Fernald, D., Crane, L., & Main, D. (2003).** Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Annals of Family Medicine*, 1(1):15–21.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G., Asaria, P. et al (2011).** Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*, 377:1438-1447.
- Beasley, C. (2009).** Supported self-care and care planning for patients with long-term conditions. *British Journal of Community Nursing*, 14(9):394–397.
- Bentzen, N. (2003),** WONCA dictionary of general/family practice. Trondheim, Norway, WONCA International Classification Com
- Bieler, G., Paroz, S., Faouzi, M., Trueb, L., Vaucher, P., Althaus, F., Daeppen, J-B., & Bodenmann, P. (2012).** Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Academic Emergency Medicine*, 19(1):63-68.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002).** Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288:2469-2475.
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau, M., Beaupre, A., Begin, R., Renzi, P., Nault D., Borycki, E., Schwartzman, K., Singh, R. & Collet, J. (2003).** Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of Internal Medicine*, 163(5):585–591.
- Boyd, C.M., Boulton, C., Shadmi, E., Leff, B., Brager, R., Dunbar L., Wolff, J.L. & Wegener, S. (2007).** Guided care for multimorbid older adults. *Gerontologist*, 47:697-704.

Bucknall, C.E., Miller, G., Lloyd, S.M., Cleland, J., McCluskey, S., Cotton, M., Stevenson, R.D., Cotton, P., & McConnachie, A. (2012). Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial. *BMJ*, 344:e1060.

Center for Chronic Disease Prevention and Control. (2006). What are chronic and non-communicable diseases? Ottawa, ON: Public Agency of Canada.

Chamberlin, J., & Schene, A. H. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20:43-46.

Chen, Y.C., & Li, I.C. (2009). Effectiveness of interventions using empowerment concept for patients with chronic disease: a systematic review. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 7(27):1179-1233.

Chen, S.H., Tsai, Y F., Sun, C.Y., Wu, I.W., Lee, C.C., & Wu, M.S. (2011). The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease - a prospective randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(11):3560-3566.

Chen, M.F., Wang, R.H., Lin, K.C., Hsu, H.Y., & Chen, S.W. (2015). Efficacy of an empowerment program for Taiwanese patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 28:366-373.

Chodosh, J., Morton, S.C., Mojica, W., Maglione, M., Suttorp, M. J., Hilton, L., Rhodes, S., & Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: Chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine*, 143(6):427-438.

Chouinard, M.C., Hudon, C., Dubois, M.F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, E., Fortin, M., Couture, E.M., & Sasseville, M. (2013). Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 13:49.

Clark, N.M., Becker, M.H., Janz, N.K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults. A review and questions for older adults. *Journal of Aging and Health*, 3:3-27.

Clark, N.M., Gong, M., & Kaciroti N. (2001). A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Education & Behavior*, 28:769-82.

Coleman, M.T., & Newton, K.S. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72(8):1503-1510.

Coleman, M.P., Alexe, D., Albrecht, T. & McKee, M. (2008). Responding to the Challenge of Cancer in EUROPE. Ljubljana: Government of Slovenia and European Observatory on Health Systems and Policies.

Cooper, H., Booth, K., & Gill, G. (2008). A trial of empowerment-based education in type 2 diabetes - Global rather than glycaemic benefits. *Diabetes research and clinical practice*, 82(2):165-171.

Coulter, A. (2011). Engaging patients in healthcare. Maidenhead: Open University Press

Coulter, A. (2012). Leadership for patient engagement. The King's Fund.

Creer, T., Renne, C., & Christian, W. (1976). Behavioral contributions to rehabilitation and childhood asthma. *Rehabilitation Literature*, 37:226-232.

Cyprus Ministry of Health. (2008). Annual Report 2007. Nicosia: Cyprus Ministry of Health.

Cyprus Ministry of Health. (2012). Cardiovascular Diseases. Health Promotion and Disease Prevention. 2003 – 2012 Republic of Cyprus, Ministry of Health .

Davis, A. (1988). Radical perspectives on the empowerment of Afro-American women: lessons for the 1980's *Harvard Educational Review*, 58(3):348-353.

Department of Health. (2005). Self-care – a real choice. self-care support – a practical option. London: Crown.

De Silva, D. (2014). Helping measure person-centred care: A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care. The Health Foundation.

Diabetes Prevention Program (DPP). (2002). Research Group. Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. *Diabetes Care*, 25.

- Donnelly, G.F. (1993).** Chronicity: concept and reality. *Holistic Nurse Practice* 8:1-7.
- Dowling, M., Murphy, K., Cooney, A., & Casey, D. (2011).** A concept analysis of empowerment in chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Healthcare of chronic Illness*, 3:476–487.
- Ellis-Stoll, C. & Popkess-Vawter, S. (1998).** A concept analysis on the process of empowerment. *Advances in Nursing Science*, 21(2):62–68.
- European Patients Forum - EPF. (2012).** EU Reflection on Chronic Disease. EPF consultation response. Available at: <http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/chronic-disease/epf-chronic-diseases-consultation-response-2012.pdf> (Last accessed 17 December 2015).
- Expert Patients Programme CIC. (2010).** Self-care reduces costs and improves health –The evidence.
- Fagan, W.T. (1989).** Empowered Students; Empowered Teachers. *The Reading Teacher*, 572-578.
- Feste, C. (1991).** Empowerment: facilitating a path to personal self-care. Elkhart (IN): Miles.
- Feste, C., & Anderson, R.M. (1995).** Empowerment: from philosophy to practice, *Patient Education and Counselling*, 26:139-144.
- Figar, S., Galarza, C., Petrlik, E., Hornstein, L., Loria, G.R., Waisman, G., Rada, M., Soriano, E.R., & De Quirós, F.G.B. (2006).** Effect of education on blood pressure control in elderly persons: a randomized controlled trial. *American journal of hypertension*, 19(7):737-743.
- Fischer, D., Stewart, A.L., Bloch, D.A., Lorig, K., Laurent, D., & Holman, H. (1999).** Capturing the patient's view of change as a clinical outcome measure. *JAMA*, 282:1157-1162.
- Fischer, M. & Ereaut, G. (2012).** When doctors and patients talk: Making sense of the consultation. Health Foundation.

- Friedman, B., Wamsley, B.R., Liebel, D.V., Saad, Z.B., & Eggert, G.M. (2009).** Patient satisfaction, empowerment, and health and disability status effects of a disease management-health promotion nurse intervention among Medicare beneficiaries with disabilities. *The Gerontologist*, 49(6):778-792.
- Fu, D., Ding, Y., McGowan, P. & Fu, H. (2006).** Qualitative evaluation of chronic disease self-management program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education and Counseling*, 61(3):389–396.
- Funnell, M.M., Anderson, R.M., Arnold, M.S., Barr, P.A., Donnelly, M.B., Johnson, P.D., Taylor-Moon, D., & White, N.H. (1991),** Empowerment: An idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Education*, 17(1):37-41.
- Funnell, M.M., & Anderson R.M. (2003).** Patient empowerment: a look back, a look ahead. *Diabetes Education*, 29:454–64.
- Funnell, M.M., & Anderson, R.M. (2004).** Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3):123-127.
- Gibson, C.H. (1991).** A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16:354-361.
- Gott, M., Barnes, S., Parker, C., Payne, S., Seamark, D., Gariballa, S., & Small N. (2006).** Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age Ageing*, 35(2):172–177.
- Gray, R.E., Doan, B.D., & Church, K. (1991).** Empowerment issues in cancer. *Health Values*, 15(4):22-28.
- Griffiths, C., Motlib, J., Azad, A., Ramsay, J., Eldridge, S., Feder, G., Khanam, R., Munni, R., Garrett, M., Turner, A., & Barlow, J. (2005).** Randomised controlled trial of a lay-led self-management programme for Bangladeshi patients with chronic disease. *British Journal of General Practice*, 55(520):831-837.
- Halpin, H.A., Morales-Suarez-Varela, M.M., & Martin-Moreno, J.M. (2011).** *Public Health Review*, 32:120-154.

Hawks, J.H. (1992). Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. *Journal of Advanced Nursing*, 17:609–618.

Health promotion glossary. (1998). Geneva, Switzerland: World Health Organization

Helmer, A., Lipprandt, M., Frenken, T., Eichelberg, M., & Hein, A. (2011). Empowering patients through personal health records: A survey of existing third-party Web-based PHR products. *Electronic Journal of Health Informatics*, 6(3):26.

Hibbard, J. & Green, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: Better health outcomes and care experiences; fewer data on cost. *Health Affairs*, 32(2):207-214.

Hoffman, C., Rice, D., & Sung, H-Y. (1996). Persons with chronic conditions: Their prevalence and costs. *JAMA*, 276:473–1479.

Holman, H. & Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease: partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *British Medical Journal*, 320:526-527.

Holman, H., & Lorig, K.L. (2004). Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Reports*, 119(3):239–243.

Hope, S., Williams, A.E., & Lunn, D. (2000). Information provision to cancer patients: a practical example to identifying the need for changes in practice from the Dorset Cancer Centre. *European Journal of Cancer Care*, 9:238-242.

Imani - Goghary, Z., Rayani, M., Mongolian, P., & Borhani, F. (2014). The effects of empowerment program on psychosocial self-efficacy in type one diabetic patients. *Report of Health Care*, 1(1):1-6.

International Alliance of Patients' Organizations (2012). Patient-centred health care indicators review.

Israel, B.A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: Conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Education & Behavior*, 21(2):149-170.

- Jerant, A.F., von Friederichs-Fitzwater, M.M., & Moore, M. (2005).** Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, 57(3):300–307.
- Jones, C.B., Irvine, F. & Sambrook, S. (2007).** Empowerment of nursing students in the United Kingdom and Japan: a cross-cultural study. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4): 379-387.
- Kangas, T. (2001).** “Self-care: An important and cost-effective investment”, *Diabetes Voice*, 46:25-27.
- Kaplan, S.H., Greenfield, S., & Ware, J.E., Jr. (1989).** Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27:S110-S127.
- Keers, J. C., Bouma, J., Links, T. P., ter Maaten, J. C., Gans, R. O., Wolffenbuttel, B. H., & Sanderman, R. (2006).** One-year follow-up effects of diabetes rehabilitation for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient education and counseling*, 60(1), 16-23.
- Kennedy, A., Gask, L., & Rogers, A. (2005).** Training professionals to engage with and promote self-management. *Health Education Research*, 20(5):567-578.
- Kiliari, N., Theodosopoulou, E., Papanastasiou, E., & Charalambous, A. (2012).** Socioeconomic determinants of non-communicable-diseases among the Cypriot population: questionnaire study. *JRSM short reports*, 3(10):71.
- Kralik, D., Koch T., Price K., & Howard, N. (2004).** Chronic illness self-management: Taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 13(2):259-267.
- Kuijpers, W., Groen, W. G., Aaronson, N. K., & van Harten, W. H. (2013).** A systematic review of web-based interventions for patient empowerment and physical activity in chronic diseases: relevance for cancer survivors. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2).
- Kuo, C.C., Lin, C.C., & Tsai, F.M. (2014).** Effectiveness of Empowerment-Based Self-Management Interventions on Patients with Chronic Metabolic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(5):301-315.

- Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. (2000).** Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31: 235-241.
- Labonte, R. (1989).** Community empowerment: The need for political analysis. *Canadian Journal of Public Health*, 80(2): 87-88.
- Laschinger, H.K.S., Gilbert, S., Smith, L.M., & Leslie, K. (2010).** Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management*, 18:4-13.
- Lau, D.H. (2002).** Patient empowerment - a patient-centered approach to improve care. *Hong Kong Medicine Journal*, 8:372-374.
- Laverack, G. (2009).** Public health, power, empowerment and professional practice. Palgrave Macmillan.
- Leenerts, M.H., Teel, C.S., & Pendelton, M.K. (2002).** Building a model of self-care for health promotion in aging. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4):355–361.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A., & Contrada, R.J. (1998).** Self-regulation, health and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13(4):717-733
- Lorig, K. (1993).** Self-management of chronic illness: a model for the future (self-care and older adults). *Generations*, 17:11–14.
- Lorig, K.R., & Holman, H.R. (1993).** Arthritis self-management studies: a twelve-year review. *Health Education Q*, 20(1):17-28.
- Lorig, K., Mazonson, P.D. & Holman, H. (1993).** Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis and Rheumatism*, 36:439-446.
- Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P., Gonzàlez, V., Laurent, D. & Lynch, J. (1996).** Outcome Measures for Health Education and Other Health Care Interventions. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Lorig, K., Gonzalez, V., Laurent, D., Morgan, L. & Laris, B. (1998).** Arthritis self-management program variations: three studies. *Arthritis Care and Research*, 11(6):448–454.

Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown Jr, B.W., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V.M., Laurent, D.D., & Holman, H.R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical care*, 37(1):5-14.

Lorig, K.R., & Holman, H.R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1):1-7.

Luppi, F., Franco, F., Beghé, B., & Fabbri, L.M. (2008). Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its comorbidities, *Proceedings of American Thoracic Society*, 5:848-856.

Lyons, M. (2007). Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. *Quality and Safety in Health Care*, 16:140-142.

Μπελλάλη, Θ. (2011). Βασικές αρχές και μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης ποσοτικών μελετών. *Νοσηλευτική*, 50(1):10-22.

Malholtra, A., Schuler, S.R., & Boender, C. (2002). Measuring women's empowerment as a variable in international development. *World Bank*.

Man, D.W., Lam, C.S., & Bard, C.C. (2003). Development and application of the Family Empowerment Questionnaire in brain injury. *Brain Injury*, 17:437-450.

Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(1).

Mantwill, S., Fiordelli, M., Ludolph, R., & Schulz, P. J. (2015). EMPOWER-support of patient empowerment by an intelligent self-management pathway for patients: study protocol. *BMC medical informatics and decision making*, 15(1):18.

Mathers, C.D., & Loncar, D. (2006). Updated Projections of Global Mortality and Burden of Disease, 2002-2030: data Sources, Methods and Results. Geneva: World Health Organization (Evidence and Information for Policy Working Paper). Available at: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodprojections.pdf> (Last accessed 17 December 2015).

- Mayer-Davis, E.J., D'Antonio, A.M., Smith, S.M., Kirkner, G., Levin Martin, S., Parra-Medina, D., & Schultz, R. (2004).** Pounds off with empowerment (POWER): a clinical trial of weight management strategies for black and white adults with diabetes who live in medically underserved rural communities. *American Journal of Public Health*, 94(10):1736-1742.
- McGowan, P. (2005).** Self-management: A background paper. Canada, University of Victoria, Centre of Aging. Written for the New Perspectives: International Conference on Patient Self- Management held in Canada, 2005.
- Menon, S.T. (2002).** Towards a model of psychological health empowerment: implications for health care in multicultural communities. *Nurse Education Today*, 22(1): 28–39.
- Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharifi, N., & Rouzbeh, J. (2012).** The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:115.
- Mok, E., & Martinson, I. (2000).** Empowerment of Chinese patients with cancer through self-help groups in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 23(3):206-213.
- Mok, E. (2001).** Empowerment of cancer patients: From a Chinese perspective. *Nursing Ethics*, 8: 69–76.
- Mola, E. (2013).** Patient empowerment, an additional characteristic of the European definitions of general practice/family medicine. *European Journal of General Practice*, 19:128-131.
- Murphy, K., Casey, D., Dinneen, S., Lawton, J., & Brown, F. (2011).** Participants' perceptions of the factors that influence Diabetes Self-Management Following a Structured Education (DAFNE) programme. *Journal of clinical nursing*, 20(9-10), 1282-1292.
- Murray, E., Burns, J., See, T.S., Lai, R., & Nazareth, I. (2005).** Interactive health communication applications for people with chronic disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (19):CD004274.

- Musacchio, N., Lovagnini Scher, A., Giancaterini, A., Pessina, L., Salis, G., Schivalocchi, F., Nicolucci, A., Pellegrini, F., & Rossi, M.C.E. (2011).** Impact of a chronic care model based on patient empowerment on the management of Type 2 diabetes: effects of the SINERGIA programme. *Diabetic medicine*, 28(6):724-730.
- Naik, A.D., Teal, C.R., Rodriguez, E., & Haidet, P. (2011).** Knowing the ABCs: A comparative effectiveness study of two methods of diabetes education. *Patient education and counseling*, 85(3):383-389.
- Nakagawa-Kogan, H., Garber, A., Jarrett, M., Egan, K.J., & Hendershot, S. (1988).** Self-management of hypertension: Predictors of success in diastolic blood pressure reduction. *Research in Nursing & Health*, 11:105-115.
- National Health Service (2001).** The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century. London, UK: Department of Health.
- Neuhauser, D. (2003).** The Coming Third Health Care Revolution: Personal Empowerment. *Quality Management in Health Care*, 12 (3):171-184.
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004).** Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*, 364:1523–1537.
- Nolte, S., Elsworth, G.R., Sinclair, A.J., & Osborne, R H. (2007).** The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: a national patient-reported outcomes survey. *Patient Education and Counseling*, 65(3):351-360.
- Nolte, E., & Mckee, M. (2008).** *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*. Maidenhead: Open University Press: 1-14.
- Nyatanga, L. & Dann, L.K. (2002).** Empowerment in nursing: the role of philosophical and psychological factors. *Nursing Philosophy*, 3(3):234–239.
- O'Donnell, M., Entwistle, V., & Skea, Z. (2001).** Bridging the gap between evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education & Counseling*, 42:295-296.
- Ofman, J.J., Badamgarav, E., Henning, J.M., Knight, K., Gano, A.D., Jr, Levan, R.K., Gur-Arie, S., Richards, M.S., Hasselblad, V., & Weingarten, S.R. (2004).** Does disease

management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. *American Journal of Medicine*, 117:182-192.

Ouschan, R., Sweeney, J.C. & Johnson, L.W. (2000). “Dimensions of patient empowerment: implications for professional services marketing”, *Health Marketing Quarterly*, 18: 99-114.

Page, N., & Czuba, C.E. (1999). Empowerment: What is it?. *Journal of Extension*, 37 (5).

Paterson, K.R., & McDowell, J. (1988). A passport to improved diabetes care. *Diabetic Medicine*, 5(3):285–287.

Paterson, B. (2001), Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5):574-581.

Peña-Purcell, N.C., & Boggess, M.M. (2014). An application of a diabetes knowledge scale for low-literate Hispanic/Latinos. *Health promotion practice*, 15(2):252-262.

Perkins, D.D. (1995). Speaking truth to power: empowerment ideology as social intervention and policy. *American Journal of Community Psychology*, 23(5):765-794.

Peyrot, M. & Rubin, R.R. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 20:585-590.

Pibernik-Okanovic, M., Prasek, M., Poljicanin-Filipovic, T., Pavlic-Renar, I., & Metelko, Z. (2004). Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient education and counseling*, 52(2):193-199.

Piette, J.D., Weinberger, M., McPhee, S.J., Mah, C.A., Kraemer, F.B. & Crapo, L.M. (2000). Do automated calls with nurse follow-up improve self-care and glycemic control among vulnerable patients with diabetes? *American Journal of Medicine*, 108:20–27..

Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3: 1–7.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2):121-148.

Rasjö Wrååk, G., Törnkvist, L., Hasselström, J., Wändell, P.E., & Josefsson, K. (2015). Nurse-led empowerment strategies for patients with hypertension: a questionnaire survey. *International nursing review*, 62(2):187-195.

Robert Wood Johnson Foundation. (2003). The Chronic Care Model: Model elements: Self-Management support. Available at: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Self-Management_Support&s=22. (Last accessed 17 December 2015).

Rodwell, C.M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2):305-313.

Rosenfield, S. (1992). Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(4):299–315.

Ryan, P., & Sawin, K.J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4):217–225.

Rycroft-Malone, J., Latter, S., Yerrell, P., & Shaw, D. (2001). Consumerism in health care: the case of medication education. *Journal of Nursing Management*, 9:221-230.

Ryles, S. (1999). A concept analysis of empowerment: Its relationship to mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3):600-607.

Schnell-Hoehn, K.N., Naimark, B.J., & Tate, R.B. (2009). Determinants of self-care behaviors in community dwelling patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1):40–44.

Segal, S.P., Silverman, C., & Temkin, T. (1995). Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Mental Health Journal*, 31: 215-227.

Segal, L. (1998). The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy*, 44(1):31–44.

Shearer, N.B.C. & Reed, P.G. (2004). Empowerment: Reformulation of a non-Rogerian concept. *Nursing Science Quarterly*, 17(3):253-259.

Shearer, N.B.C. (2007). Toward a nursing theory of health empowerment in homebound older women. *Journal of Gerontological Nursing*, 33:38–45.

Shearer, N.B., Cisar, N., & Greenberg, E.A. (2007). A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 36(3):159-169.

Sidani, S. (2011). Self-care. In Doran, D., & Almost, J. (2003). *Nursing sensitive outcomes: The state of the science*. Jones & Bartlett Learning.

Sigurdardottir, A.K., Benediktsson, R., & Jonsdottir, H. (2009). Instruments to tailor care of people with type 2 diabetes. *Journal of advanced nursing*, 65(10):2118-2130.

Simmons, D., Gamble, G.D., Foote, S., Cole, D.R., & Coster, G. (2004). The New Zealand Diabetes Passport Study: a randomized controlled trial of the impact of a diabetes passport on risk factors for diabetes-related complications. *Diabetic medicine*, 21(3):214-217.

Skelton, R. (1994). Nursing and empowerment: concepts and strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 19:415–423.

Snow, R., Humphrey, C., & Sandall, J. (2013). What happens when patients know more than their doctors? Experiences of health interactions after diabetes patient education: a qualitative patient-led study. *BMJ open*, 3(11):e003583.

Soanes, C., & Stevenson, A. (2007). *The Concise Oxford English Dictionary*. 11th. edition. Oxford: Oxford University Press.

Song, M. (2010). Diabetes mellitus and the importance of self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2):93–98.

Spencer, M. S., Rosland, A. M., Kieffer, E. C., Sinco, B. R., Valerio, M., Palmisano, G., Anderson, M., Guzman, J.R., & Heisler, M. (2011). Effectiveness of a community health worker intervention among African American and Latino adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 101(12):2253-2260.

Stacey, D., Bennett, C. L., Barry, M. J., Col, N. F., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., et al. (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10).

Stockholm Research Network (2013). Patient Power: What it takes for patients associations to help shape public policy.

Strong, K., Mathers, C., Epping-Jordan, J., & Beaglehole, R. (2006). Preventing chronic disease: a priority for global health. *International Journal of Epidemiology*, 35:492-494.

Stuckler, D., & Basu, S. (2011). Evaluating the health burden of chronic diseases. In: Stuckler, D. & Siegel, K. (eds) *Sick Societies: Responding the Global Challenge of Chronic Disease*. Oxford: Oxford University Press, 1-25.

Swerissen, H., Belfrage, J., Weeks, A., Jordan, L., Walker, C., Furler, J., McAvoy, B., Carter, M. & Peterson, C. (2006). A randomized control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. *Patient Education and Counseling*, 64(3):360–368.

Tang, T.S., Funnell, M.M., Brown, M.B., & Kurlander, J.E. (2010). Self-management support in “real-world” settings: an empowerment-based intervention. *Patient education and counseling*, 79(2):178-184.

Taylor, D. & Bury, M. (2007). Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociology of Health & Illness*, 29(1):27–45.

The Robert Wood Johnson Foundation & The Center for the Advancement of Health. (2001). Essential elements of self-management interventions. Washington, DC:CFAH Publications.

Tomes, N. (2007). Patient empowerment and the dilemmas of late modern medicalisation. *Lancet*, 369(9562):698–700.

Tsay, S.L., & Hung, L.O. (2004), Empowerment of patients with end-stage renal disease- a randomized controlled trial. *International Journal of nursing studies*, 41(1):59-65.

- Vahid, Z., Alehe, S.R., & Faranak, J. (2008).** The Effect of Empowerment Program Education on Self Efficacy in Diabetic Patients in Tabriz University of Medical Science Diabetes Education Center. *Research Journal of Biological Sciences*, 3(8):850-855.
- Van den Berg, M.H., Schoones, J.W., & Vlieland, T.P.V. (2007).** Internet-based physical activity interventions: a systematic review of the literature. *Journal of medical Internet research*, 9(3).
- Van der Maas, P., & Mackenbach, J.P. (1999).** Health care in the Netherlands. In: Van der Maas, P., & Mackenbach, J.P. *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*, second edition.: Public Health and Health. Elsevier Bunge, 102-105.
- Wagner, E. (1998).** Chronic Disease Management: What will it take to improve chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1:1-24.
- Wagner E.H., Davis C., Schaefer J., Von Korff, M., & Austin, B. (1999).** A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Managed Care*, Q 7:56-66.
- Wagner, E.H., Glasgow, R.E., Davis, C., Bonomi, A.E., Provost, L., McCulloch, D., et al. (2001).** Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 27(2):63-80.
- Wagner, E.H., Bennett, S.M., Austin, B.T., Greene, S.M., Schaefer, J.K., Vonkorff, M. (2005).** Finding common ground: patient-centeredness and Evidence-based chronic illness care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11:7-15.
- Wahlin, I., Ek, A.C., & Idvall, E. (2006).** Patient empowerment in intensive care - An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22: 370-377.
- Walker, A.E. (2007).** Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia. *Chronic Illn*, 3(3):202-218.
- Wallerstein, N. (1992),** Powerlessness, empowerment and health: Implication for health promotion programmes. *American Journal of Health Promotion*, 6(3):97-205.

- Ward, A.M., Heneghan, C., Perera, R., Lasserson, D., Nunan, D., & Mant, D., et al. (2010).** What are the basic self-monitoring components for cardiovascular risk management, *BMC Medical Research Methodology*, 12(10):105.
- Weinert, C., Cudney, S., & Kinion, E. (2010).** Development of my Health Companion to Enhance Self-Care Management of Chronic Health Conditions in Rural Dwellers. *Public Health Nursing*, 27(3):263-269.
- Wilde, M.H., & Garvin, S. (2007).** A concept analysis of self-monitoring. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3):339–350.
- W.H.O. (2002).** Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action: global report. Geneva: World Health Organization.
- W.H.O. (2006a).** Department of Chronic Diseases and Health Promotion (CHP). Available at: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/> (Last accessed 17 December 2015).
- W.H.O. (2006b).** Highlights on Health in Cyprus-2005. Highlights on Health. World Health Organization Regional Office for Europe.
- W.H.O (2010).** European observatory on health systems and policies.
- W.H.O. (2011).** Cyprus, NCD Country Profiles. World Health Organisation.
- Wong, F.K.Y., Mok M.P.H., Chan T. & Tsang M.W. (2005).** Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* ,50:391–402.
- Wong, C.K.H, Wong, W.C.W, Lam, C.L.K, Wan, Y.F, Wong, W.H.T, Chung, K.L, Dai, D., Tsui, E.L.H., & Fong, D.Y.T.. (2014).** Effects of Patient Empowerment Programme (PEP) on clinical outcomes and health service utilization in type 2 diabetes mellitus in primary care: an observational matched cohort study. *PloS one*, 9(5):e95328.
- Zimmerman, M. & Rappaport, J. (1988).** “Citizen participation, perceived control and psychological empowerment”, *American Journal of Community Psychology*, 16(5):725-743.

Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18 (1):169-177