

# Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων

Γεώργιος Ποντισίδης<sup>1</sup>, Θάλεια Μπελλάλη<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτης, MSc(c), Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαχείριση της χρόνιας νόσου αποτελεί ίσως την κυριότερη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας διεθνώς, οι οποίοι καλούνται να αντιμετωπίσουν ποικίλα προβλήματα του ατόμου σε οργανικό, αλλά και σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Σημαντικός φαίνεται να είναι ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση της χρόνιας νόσου, καθώς σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, σχετίζεται θετικά με τη σωματική και ψυχική υγεία. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με τη μείωση της κατάθλιψης και του άγχους, την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών υγείας, την προσήλωση στη θεραπευτική και διαιτητική αγωγή, την αυτοφροντίδα, την αυτοδιαχείριση, την καλύτερη ποιότητα ζωής και την έκβαση της νόσου, σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασματικές νόσους, αναπνευστικά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη και αυτοάνοσα νοσήματα. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι, μέσα από τα αποτελέσματα διεθνών ερευνών, να περιγραφεί η έννοια και οι μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και να διερευνηθεί η θετική ή αρνητική επίδρασή της στη διαχείριση των χρόνιων νόσων. Επιπλέον στόχος είναι να εντοπιστούν οι στρατηγικές και παρεμβάσεις με τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο τόσο τον άρρωστο, ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζεται αποτελεσματικότερα το στρες, τις διαταραχές και τα λοιπά προβλήματα που του δημιουργεί η ασθένειά του, όσο και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον του.

**Λέξεις Κλειδιά:** Επαγγελματίας υγείας, κοινωνική υποστήριξη, στρατηγικές διαχείρισης, υγεία, χρόνια νόσος

#### ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης είναι ευρεία και περιλαμβάνει διάφορες μορφές και κατηγοριοποιήσεις
- Στις χρόνιες νόσους, οι ερευνητές μελετούν συχνότερα την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη και την υποστήριξη σε συναισθηματικό, πληροφοριακό και πρακτικό επίπεδο
- Η κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασματικές νόσους, αναπνευστικά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη και αυτοάνοσα νοσήματα επιδρά θετικά στην ψυχολογική τους κατάσταση, στις συμπεριφορές υγείας και γενικότερα στην ποιότητα ζωής τους
- Η κοινωνική υποστήριξη στη χρόνια νόσο θα πρέπει να είναι κατάλληλη και επαρκής και να παρέχεται εγκαίρως, από τα κατάλληλα άτομα.

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή της παγκοσμιοποίησης και των έντονων αλλαγών στον τρόπο ζωής των ανθρώπων, η διαχείριση των χρόνιων νόσων αποτελεί ίσως την κυριότερη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. Μπορεί οι εξελίξεις στη σύγχρονη επιστήμη υγείας και η οικονομική ανάπτυξη στις ανεπτυγμένες χώρες να έχουν οδηγήσει στη μείωση κυρίως των λοιμωδών νοσημάτων, ωστόσο οι χρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν αυξηθεί σε ανησυχητικό βαθμό, ενώ κάποιες διαστάσεις της παγκοσμιοποίησης έχουν συντείνει επίσης στην αύξηση του ανθυγιεινού τρόπου ζωής και έχουν οδηγήσει ορισμένες περιθωριοποιημένες ομάδες να εμφανίσουν χρόνιες νόσους (μεταδοτικές και μη), αλλά και ψυχικές διαταραχές (Pang & Guindon 2004, Okasha 2005).

Ως *χρόνια νόσος* ορίζεται η κατάσταση υγείας με συμπτώματα που επιμένουν για περισσότερο από τρεις μήνες, με περιόδους λανθάνουσας κατάστασης, αλλά παρατεταμένης κλινικής πορείας, η οποία εμφανίζει σταδιακές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου, είναι συνήθως πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και καθώς δεν έχει οριστική θεραπεία, απαιτεί τη συνεχή διαχείριση για χρονική περίοδο ετών ή δεκαετιών (CCDPC 2006). Παρόλο που οι έννοιες *χρόνια νόσος* (chronic disease), *χρόνια ασθένεια* (chronic sickness) και *χρόνια αρρώστια* (chronic illness) χρησιμοποιούνται εναλλακτικά (όπως στο παρόν άρθρο), στην πραγματικότητα η πρώτη, αφορά στη διαταραχή σε οργανικό επίπεδο (οι βλάβες εκφράζονται με σημεία και συμπτώματα που αξιολογούνται μέσω εργαστηριακών ευρημάτων), η δεύτερη στο κοινωνικό επίπεδο (εξαιτίας της νόσου διαταράσσονται

οι επαγγελματικές/κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου, το οποίο χαρακτηρίζεται ως ασθενής), ενώ η τρίτη, στο λειτουργικό επίπεδο (αφορά στην υποκειμενική βιωμένη εμπειρία του ατόμου, σύμφωνα με την οποία νιώθει πόνο κόπωση, αδυναμία, δυσλειτουργία) (Walker 2001). Κατά συνέπεια, οι μόνιμες διαταραχές του ατόμου στο οργανικό επίπεδο συνιστούν μια κατάσταση μειονεκτικότητας (impairment), στο κοινωνικό επίπεδο, κατάσταση αναπηρίας (handicap), ενώ στο λειτουργικό επίπεδο, κατάσταση ανικανότητας (disability) (CCDPC 2006).

Οι χρόνιες νόσοι/ασθένειες λοιπόν, περιλαμβάνουν τα μεταδοτικά νοσήματα (π.χ. HIV, φυματίωση), τα μη μεταδοτικά νοσήματα (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, αναπνευστικές δυσχέρειες), τις μακροχρόνιες ψυχικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, σχιζοφρένεια), καθώς και τις προοδευτικές φυσικές-δομικές βλάβες (π.χ. τύφλωση, γενετικές διαταραχές). Αναφορικά με τις μη μεταδιδόμενες χρόνιες νόσους, ο ΠΟΥ αναφέρει ότι ευθύνονται για 38 εκατομμύρια θανάτους το 2012, ενώ προβλέπεται να φτάσουν τα 52 εκατομμύρια το 2030 (Liddy et al 2013, WHO 2014). Τα καρδιαγγειακά νοσήματα (46,2%), οι νεοπλασματικές νόσοι (21,7%), οι χρόνιες πνευμονοπάθειες (10,7%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (4%), προκαλούν το 82,6% αυτών των θανάτων (WHO 2014). Επίσης, σημαντικός είναι ο επιπολασμός των αυτοάνοσων νόσων (π.χ. πολλαπλή σκλήρυνση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος), καθώς σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας των ΗΠΑ, τα αυτοάνοσα νοσήματα επηρεάζουν το 5-8% του πληθυσμού δηλαδή 14.-22 εκατομμύρια ανθρώπους, ενώ παρόμοια αναφέρεται ότι είναι και η εικόνα στην Ευρώπη. Υψηλότερο βιοτικό επίπεδο και μεγαλύτερη τεχνολογική πρόοδος συνδέονται με υψηλότερη επεξεργασία των τροφών, αλλοίωση του περιβάλλοντος και απομάκρυνση από τον φυσικό τρόπο ζωής, παράγοντες που επηρεάζουν τη σύγχρονη επιδημία εμφάνισης των αυτοάνοσων νόσων (U.S Department of Health and Human Services 2002).

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή, ένας στους δύο ανθρώπους ηλικίας άνω των 15 ετών δηλώνει ότι πάσχει από χρόνια ασθένεια. Όσον αφορά στο φύλο, πέντε στις δέκα γυναίκες (53,9%) και τέσσερις στους δέκα άνδρες (44,2%) δηλώνουν ότι πάσχουν από μία χρόνια νόσο. Επίσης, σε σύγκριση με το 2009, οι χρόνιοι ασθενείς έχουν αυξηθεί κατά 24,2% (ΕΛΣΤΑΤ 2015). Όλοι αυτοί οι χρόνιοι ασθενείς καλούνται να αντιμετωπίσουν εκτός των σωματικών επιπτώσεων από την αρρώστια τους, διάφορα προβλήματα σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Η διαχείριση του στρες και των οργανικών και ψυχικών διαταραχών που βιώνουν φαίνεται να αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την πορεία της νόσου τους, ενώ η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια στην προσαρμογή του ασθενή στη νέα κατάσταση της υγείας του (Uchino 2006, Mohr 2007, Krokavcova et al 2008, Dennison

et al 2009). Άλλωστε, τα χρόνια νοσήματα εκτός των επιπτώσεων που επιφέρουν στους πάσχοντες, επηρεάζουν και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους, δηλαδή την κοινωνία γενικότερα.

Η *κοινωνική υποστήριξη* (social support), τα τελευταία χρόνια έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών επιστημονικών κλάδων όπως η κοινωνική εργασία, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η νοσηλευτική, η ιατρική και η δημόσια υγεία, καθώς σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι διάφορες μορφές της και κυρίως η συναισθηματική, σχετίζεται θετικά με τη σωματική και ψυχική υγεία (Uchino 2009). Πολλές είναι οι μελέτες που έχουν δείξει ότι οι χρόνιοι ασθενείς που διαθέτουν ουσιαστικούς δεσμούς με μέλη της κοινότητας, διαβιώνουν περισσότερο και με πιο ποιοτικό τρόπο. Οι χρόνιοι ασθενείς πρέπει να επιδιώκουν τη λήψη βοήθειας και στήριξης από άτομα, φορείς και επαγγελματίες, αξιολογώντας και κρίνοντας ωστόσο τις προσφερόμενες υπηρεσίες, τους πόρους και τις συμβουλές που δέχονται (McCabe et al 2004, Frasure-Smith et al 2000).

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να περιγραφεί η έννοια και οι μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και να διερευνηθεί η επίδρασή της στη διαχείριση των χρόνιων νόσων, μέσα από τα αποτελέσματα διεθνών ερευνών. Συγκεκριμένα, θα αναφερθεί η επίδραση της ΚΥ στις πέντε συχνότερες κατηγορίες χρόνιων νόσων, δηλαδή στα καρδιαγγειακά νοσήματα, στον καρκίνο, στις χρόνιες πνευμονοπάθειες, στο σακχαρώδη διαβήτη και στα αυτοάνοσα νοσήματα. Απώτερος στόχος είναι να εντοπιστούν οι στρατηγικές και παρεμβάσεις με τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο, τόσο τον άρρωστο, ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζεται αποτελεσματικότερα το στρες, τις διαταραχές και τα λοιπά προβλήματα που του δημιουργεί η ασθένειά του, όσο και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον του.

### ΟΡΙΣΜΟΣ, ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης, περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις και για το λόγο αυτό, στη βιβλιογραφία εντοπίζονται διάφοροι ορισμοί, καθώς και μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, ανάλογα με το πώς αντιλαμβάνονται την έννοια και σε ποια διάστασή της δίνουν έμφαση οι ερευνητές (2011). Ο Mattson (2011) βασιζόμενος στους ορισμούς άλλων ερευνητών (Albrecht & Adelman 1987, Gottlieb 2000) καταλήγουν σε έναν ευρύτερο, ο οποίος αποδίδει την κοινωνική υποστήριξη ως «*μία συναλλακτική, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησης καθώς και της αίσθησης του ανήκειν*».

Η κοινωνική υποστήριξη (ΚΥ) μπορεί να διαχωριστεί αρχικά σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στην *αντικειμενική* (actual, received or enacted support) και στην *αντιλαμβανόμενη ή υποκειμενική* (perceived or subjective support) (Gurung 2006). Η πρώτη αφορά στην υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο στην πράξη, ενώ η δεύτερη αφορά στην πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα της υποστήριξης, η οποία μπορεί να είναι θετική ή αρνητική (positive or negative perceived support) και περιλαμβάνει το τι θεωρεί το ίδιο το άτομο ότι χρειάζεται, σε αντίθεση ή σε συμφωνία με την υποστήριξη που τελικά λαμβάνει (Norris & Kaniasty 1996). Για παράδειγμα, σύμφωνα με τον Mattson (2011), στην έρευνα των McDowell and Serovich (2007) σχετικά με το πώς η αντικειμενική και αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει την ψυχική υγεία ασθενών με HIV, βρέθηκε ότι ενώ η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη λειτουργεί θετικά και προβλέπει την καλή ψυχική υγεία, η επίδραση της αντικειμενικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία αυτών των ασθενών ήταν ελάχιστη.

Σχετικά με τις μορφές της ΚΥ, οι Schaefer et al (1981) αναφέρονται σε πέντε τύπους: α) τη συναισθηματική υποστήριξη (emotional support), β) την υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης (esteem support), γ) την υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο (network support), δ) την υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης (informational support) και ε) την έμπρακτη/υλική/πρακτική υποστήριξη (tangible or instrumental support).

Η *συναισθηματική υποστήριξη* αφορά στη στήριξη που παρέχεται για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ατόμου και είναι αυτή στην οποία πιο συχνά αναφέρονται οι ερευνητές, όταν μιλούν για κοινωνική υποστήριξη. Η *στήριξη σε επίπεδο εκτίμησης* αφορά σε όλες τις ενέργειες που γίνονται προκειμένου να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και η πεποίθηση του ατόμου ότι είναι ικανό να διαχειριστεί τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνει. Η *υποστήριξη σε επίπεδο κοινωνικού δικτύου*, αφορά στην πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα αυτού του δικτύου, δηλαδή αν και πόσοι σημαντικοί άλλοι υπάρχουν που μπορούν να τον στηρίξουν με διάφορους τρόπους. Η *υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης*, αφορά στη διαθεσιμότητα και την παροχή πληροφοριών από την πλευρά των σημαντικών άλλων, έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να λάβει αποφάσεις σε θέματα που το αφορούν πχ διάγνωση, θεραπεία μιας νόσου κ.λπ. Τέλος, η *έμπρακτη στήριξη* είναι η υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο, δηλαδή η βοήθεια που παρέχεται στο άτομο, προκειμένου να διαχειριστεί πρακτικά ζητήματα στην καθημερινότητά του π.χ. φροντίδα παιδιών, μετακινήσεις κλπ (Schaefer et al 1981, Krokavcova et al 2008, Sanderson 2013).

Μια άλλη ευρύτερη κατηγοριοποίηση των μορφών της ΚΥ, την οποία υποστηρίζουν αρκετοί ερευνητές και κλινικοί είναι η *λειτουργική* (functional support) και η *δομική υπο-*

*στήριξη* (structural support) (Barth et al 2010). Η *λειτουργική*, αφορά στη στήριξη και την ενίσχυση που παρέχεται στο άτομο από το κοινωνικό του δίκτυο και περιλαμβάνει την υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο, την υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης, τη συναισθηματική υποστήριξη και κάποιες επιπλέον υποκατηγορίες όπως είναι η οικονομική (financial support), η υποστήριξη σε επίπεδο έκφρασης/εκτίμησης μιας κατάστασης (appraisal support), καθώς και η υποστήριξη σε επίπεδο κατασκευής νοήματος (meaning making support) για την απόδοση της ερμηνείας ενός στρεσογόνου γεγονότος (Papadatou et al 1999). Η *δομική υποστήριξη* που συχνά αναφέρεται ως κοινωνική ένταξη/ενσωμάτωση (social integration) αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου του ατόμου και στην αλληλεπίδρασή του με αυτό (Willis 1991). Σημαντικό θέμα σε αυτή την κατηγορία της υποστήριξης είναι ο αριθμός των μελών του υποστηρικτικού δικτύου που διαθέτει το άτομο, η συχνότητα των επαφών μαζί τους, η συμμετοχή του ατόμου σε ομάδες ομοιοπαθών ασθενών, καθώς και η οικογενειακή κατάστασή του για την παροχή της *συζυγικής υποστήριξης* (spousal, marital or partner support). Άλλωστε, η συντροφικότητα θεωρείται ότι έχει θετική επίδραση στη μείωση του στρες, καθώς μειώνει την ανάδυση αρνητικών σκέψεων σχετικά με προβλήματα και αυξάνει τα θετικά συναισθήματα και τις διαθέσεις του ατόμου (Willis 1991).

Επίσης, κάποιοι ερευνητές αναφέρονται στην *τυπική και άτυπη κοινωνική υποστήριξη* (formal and informal support), βασιζόμενοι στον αρχικό ορισμό του Caplan (1974) για το τι σημαίνει κοινωνική υποστήριξη. Όπως αναφέρεται στον Jacobson (1986), η ΚΥ αφορά στις τυπικές και άτυπες σχέσεις που συνάπτει το άτομο, στο πλαίσιο των οποίων λαμβάνει συναισθηματική, γνωσιακή και υλική υποστήριξη για να διαχειριστεί στρεσογόνες καταστάσεις. Η *τυπική* υποστήριξη περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας και το σύστημα υγείας, ενώ η *άτυπη* υποστήριξη παρέχεται από άτομα του κοινωνικού δικτύου του ατόμου (οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι, κοινωνικά δίκτυα, εθελοντικές οργανώσεις, εκκλησία κ.λπ.).

Τέλος, κάποιοι αναφέρονται στην *μη ορατή υποστήριξη* (invisible support) όπου το άτομο λαμβάνει υποστήριξη μεν, αλλά χωρίς το ίδιο να το συνειδητοποιεί και μάλιστα υποστηρίζεται ότι αυτή είναι και η πιο εποικοδομητική υποστήριξη σε σχέση με την αντικειμενική ή την αντιλαμβανόμενη (Bolger et al 2000, Bolger & Amarel 2007).

Συμπεραίνει λοιπόν κανείς ότι δεν υπάρχει κοινή συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τους ορισμούς και τις μορφές της υποστήριξης, ωστόσο, όλες αυτές οι κατηγοριοποιήσεις αποτελούν το «κλειδί» για να κατανοήσει κανείς το τι πραγματικά διερευνούν οι επιστήμονες στις σχετικές μελέτες τους (Uchino 2006). Στις περισσότερες από αυτές έχει φανεί ότι η ΚΥ έχει θετική επίδραση στην υγεία, που

πιθανόν οφείλεται στο ότι δύναται να εξαλείφει τις συνέπειες του στρες, ωθώντας τους ασθενείς να αξιολογούν τις καταστάσεις ως μη επιζήμιες (Sanderson 2013). Η ΚΥ έχει συνδεθεί με χαμηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας, καθώς αποτρέπει την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, ενώ βελτιώνει τα ποσοστά θετικών συμπεριφορών όπως η άσκηση, και η τήρηση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών, αυξάνει την καλή διάθεση και την αίσθηση του ελέγχου των ψυχοπαιστικών γεγονότων (DiMatteo & Martin 2011, Sanderson 2013).

Παρόλα αυτά, δεν είναι όλες οι μορφές της ΚΥ κατάλληλες για κάθε περίπτωση και κάθε ασθενή, αφού ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες ενδέχεται να βοηθά μόνο μια μορφή της. Με άλλα λόγια, το είδος της παρεχόμενης υποστήριξης δύναται να διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο. Όταν ο ασθενής έχει ανάγκη από συναισθηματική υποστήριξη και του παρέχεται μόνο πληροφοριακή, τότε ενδέχεται να νιώσει άγχος και επιπρόσθετο στρες. Επιπλέον, η ΚΥ μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην υγεία του ασθενούς, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση που ελλοχεύει ο κίνδυνος ανταπόδοσης, φορτικής συμπεριφοράς και παρότρυνσης σε συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του (κάπνισμα, λήψη αλκοόλ, κακή διατροφή, μη συμμόρφωση με τις θεραπευτικές οδηγίες) από τους παρέχοντες την υποστήριξη. Σε αυτή την περίπτωση, το κοινωνικό δίκτυο λειτουργεί το ίδιο ως στρεσογόνο ερέθισμα, προκαλώντας περαιτέρω συναισθηματική δυσφορία στον ασθενή (Krokavcova et al 2008, DiMatteo & Martin 2011, Croezen et al 2012).

## Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

Οι χρόνια ασθενείς βιώνουν σε μεγάλο βαθμό στρες, ανασφάλεια και άγχος για την πορεία της νόσου και το μέλλον της ζωής τους (Thorn et al 2007, Irvine et al 2009). Η διαχείριση του στρες και των διαταραχών που προκαλεί η νόσος, μέσω της ΚΥ φαίνεται ότι μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια, ενώ αυτή αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη μετέπειτα πορεία της (Ozbay et al 2007, Dennison et al 2009). Πολλές έρευνες έχουν δείξει τη θετική επίδραση της ΚΥ στη διαχείριση του στρες που βιώνουν οι χρόνια ασθενείς με παθήσεις του καρδιαγγειακού, του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος, μέσω της μείωσης της δράσης των ανοσοτροποποιητικών παραγόντων του οργανισμού όπως είναι οι ιντερλευκίνες και η ιντερφερόνη-γ, καθώς και της αντίστασης του οργανισμού στη δράση της κορτιζόνης (Uchino 2006, Mohr 2007). Επίσης, σύμφωνα με τους Miller & DiMatteo (2013), η ΚΥ επιδρά στην καλή συναισθηματική κατάσταση των χρονίως πασχόντων ατόμων και συγκεκριμένα, όταν υπάρχει οικογενειακή συνοχή και στήριξη από το κοντινό περιβάλλον, οι χρόνια ασθενείς εμφανίζουν καλύτερη προσαρμογή στη νόσο τους.



Ακολούθως, μέσα από μια αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, περιγράφονται τα πιο βασικά ευρήματα ορισμένων πρόσφατων, πρωτογενών και δευτερογενών μελετών, αναφορικά με την ΚΥ σε χρόνιους ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα, καρκίνο, αναπνευστικά προβλήματα, σακχαρώδη διαβήτη και αυτοάνοσες νόσους, με στόχο να διαφανεί η επίδρασή της στους διάφορους τομείς της ζωής αυτών των ασθενών.

### Καρδιαγγειακές παθήσεις

Σε έρευνα που πραγματοποιήσαν οι Buchholz et al (2014) σε δείγμα 3432 νεαρών ασθενών που εμφάνισαν *οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ)*, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με χαμηλή ΚΥ ανέφεραν χαμηλότερη λειτουργικότητα, ποιότητα ζωής και περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την έναρξη και 12 μήνες μετά από το ΟΕΜ, σε σχέση με αυτούς που είχαν μέτρια ή υψηλή ΚΥ. Στη μελέτη των Frasure-Smith et al (2000), σε δείγμα 887 ασθενών που είχαν υποστεί ΟΕΜ, βρέθηκε ότι η ΚΥ αποτελεί μιν προγνωστικό δείκτη της καρδιακής θνησιμότητας, χωρίς όμως να σχετίζεται άμεσα με την επιβίωση. Ωστόσο, υψηλά επίπεδα ΚΥ φάνηκαν να βελτιώνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, να προστατεύουν από την αρνητική πρόγνωση και να μειώνουν τις επιπτώσεις που έχει η κατάθλιψη στη θνησιμότητα. Σε μελέτη επίσης των Hughes et al (2004) μεταξύ 228 νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιακό επεισόδιο, βρέθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από το ευρύτερο περιβάλλον, σχετιζόταν με χαμηλά επίπεδα μόνιμου και παροδικού άγχους, ενώ η παρεχόμενη υποστήριξη συγκεκριμένα από θρησκευτικούς κύκλους, σχετιζόταν σημαντικά με τη μείωση του μόνιμου άγχους και μέτρια με το παροδικό άγχος.

Οι Rosengren et al (2004) σε έρευνά τους σε δείγμα 741 ανδρών για τη διερεύνηση της συσχέτισης της εμφάνισης *στεφανιαίας νόσου (ΣΝ)* με την ΚΥ και την κοινωνική τάξη, διαπίστωσαν μεταξύ άλλων, ότι η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, αποτελεί προγνωστικό δείκτη της ΣΝ, ενώ η κοινωνική τάξη δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με το ψυχολογικό στρες και τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της νόσου. Επιπλέον, στη μετα-ανάλυση των Barth et al (2012) για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ χαμηλής ΚΥ και εμφάνισης ΣΝ βρέθηκε, ότι η χαμηλή λειτουργική ΚΥ επιδρά στον επιπολασμό της ΣΝ. Αντίθετα, η ΚΥ που παρέχεται από τα κοινωνικά δίκτυα και το περιβάλλον του ατόμου (οικογένεια, σύζυγος, φίλοι) δεν έχει επίδραση στον επιπολασμό του ΟΕΜ μεταξύ του υγιούς πληθυσμού. Επιπλέον, οι Tawalben et al (2015) εξέτασαν τη σχέση ΚΥ και της υιοθέτησης υγιεινών τρόπων ζωής σε δείγμα 153 ασθενών με ΣΝ. Διαπιστώθηκε ότι η ΚΥ αποτελεί το σημαντικότερο μέσο πρόβλεψης της υιοθέτησης αυτών των υγιεινών τρόπων ζωής.

Σε επισκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Luttik et al (2005) σχετικά με το ρόλο και την επίδραση της ΚΥ στην έκβαση των ασθενών με *καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ)*, φαίνεται να υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ ΚΥ και έκβασης της υγείας. Παράλληλα, φάνηκε η ΚΥ να αποτελεί μέσο πρόβλεψης της θνησιμότητας και των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο. Η συναισθηματική υποστήριξη η ιδιαίτερα αυτή που προσφέρεται από τους συντρόφους και συζύγους, εκτός του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζει, σχετιζόταν με την επίπτωση και την υποχώρηση της κατάθλιψης. Επίσης, στην ανασκόπηση των Graven & Grant (2014) σχετικά με τη σχέση μεταξύ ΚΥ και συμπεριφορών αυτο-φροντίδας σε άτομα με ΚΑ διαπιστώθηκε, ότι η ΚΥ έχει θετική σχέση με τις συμπεριφορές αυτό-φροντίδας της ΚΑ, με την οικογένεια να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Η ΚΥ φάνηκε να επηρεάζει τη διατήρηση των θεραπευτικών σχημάτων και της διαιτητικής αγωγής, καθώς και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τη διαχείριση των συμπτωμάτων και την επιδιωκόμενη θεραπεία. Παρόμοια αποτελέσματα εντοπίστηκαν σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Sayers et al (2008) σε 74 ασθενείς με ΚΑ.

Αναφορικά με τα *αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια*, οι Glass et al (1993) μελέτησαν την επίδραση της ΚΥ στην έκβαση 46 ασθενών που υπέστησαν για πρώτη φορά εγκεφαλικό επεισόδιο. Διαπιστώθηκε, ότι τα υψηλά ΚΥ σχετιζόταν με ταχύτερη και πιο εκτεταμένη λειτουργική αποκατάσταση μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Η ΚΥ δύναται να είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας αποκατάστασης, ενώ οι ασθενείς με φτωχό ή μηδαμινό κοινωνικό δίκτυο είχαν αυξημένο κίνδυνο κακής έκβασης. Σε παρόμοια έρευνα με δείγμα 43 ασθενείς που υπέστησαν για πρώτη φορά εγκεφαλικό επεισόδιο, βρέθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα ΚΥ (συναισθηματικής και υλικής) από την οικογένεια, σχετιζόταν με σημαντικά προοδευτική βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης, σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν χαμηλή ΚΥ (Tsouna-Hadjis et al 2000).

Όσον αφορά στη συσχέτιση της ΚΥ με την ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, τα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν την ύπαρξη σημαντικής θετικής συσχέτισης. Η υψηλή ΚΥ συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, καθώς έχει θετική επίδραση στο στρες, στην κατάθλιψη, αλλά και στις υπόλοιπες εν γένει διαστάσεις της ζωής αυτών των ασθενών (Bennett et al 2001, Kristofferzon et al 2005, Leifheit-Limson et al 2010, Arestedt et al 2012, Barutcu & Mert 2013, Chung et al 2013, Kruithof et al 2013, Staniute et al 2013, Wang et al 2014).

### Νεοπλασματικές νόσοι

Σε έρευνα των Eom et al (2013) σε 1930 ασθενείς με διάφορες μορφές διαγνωσμένων νεοπλασματικών νόσων,

βρέθηκε ότι τα άτομα με χαμηλή αντιλαμβανόμενη ΚΥ ανέφεραν σημαντικά υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, χαμηλή λειτουργικότητα σε όλα τα επίπεδα και χαμηλότερη καθολική υγεία και ποιότητα ζωής (ΠΖ) σε σχέση με τα άτομα που είχαν υψηλή ΚΥ.

Στη μεταανάλυση των Luszczyńska et al (2013) σε δείγμα 2759 ασθενείς με *καρκίνο του πνεύμονα*, διαπιστώθηκε συσχέτιση της ΚΥ που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας με όλες τις διαστάσεις της ΠΖ, εκτός της κοινωνικής διάστασης που σχετιζόταν με το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο. Επίσης, στην έρευνα των Saito-Nakaya (2006) σε 303 ασθενείς με *καρκίνο του πνεύμονα*, βρέθηκε ότι, η ΚΥ και η οικογενειακή κατάσταση δεν σχετιζόνταν με την επιβίωση αυτών των ασθενών.

Στη μελέτη των Cheng et al (2013) με δείγμα 29 γυναίκες που επιβίωσαν από τον *καρκίνο του μαστού*, φάνηκε ότι, η ικανοποίηση από την αντιλαμβανόμενη ΚΥ σχετιζόταν με την ΠΖ. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Fernandes et al (2014) για την παρεχόμενη ΚΥ σε γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον *καρκίνο του μαστού*, διαπιστώθηκε επίσης ότι, η ΚΥ και ιδιαίτερα η συναισθηματική, συνέβαλε στην προσαρμογή στη νόσο, στη δημιουργία ευκαιριών έκφρασης των συναισθημάτων και ευνοούσε την προσήλωση στη θεραπεία. Επίσης, σε μελέτη των Hann et al (2002) μεταξύ 342 ασθενών με *καρκίνο* φάνηκε, ότι δεν υπήρχαν διαφορές, όσον αφορά στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, ενώ η διαθέσιμη και κατάλληλη ΚΥ βρέθηκε να δρα θετικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Τέλος, σε έρευνα των Queenan et al (2010) σε δείγμα 155 ασθενών με *καρκίνο του προστάτη* βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της λειτουργικής ΚΥ και της ΠΖ, αλλά και της επιδείνωσης των συμπτωμάτων του ουροποιητικού συστήματος με τη χαμηλή λειτουργική ΚΥ.

#### Αναπνευστικές παθήσεις

Σε μελέτη των Sin et al (2005) μεταξύ 53 εφήβων με *άσθμα*, βρέθηκε ότι η ΚΥ είχε θετική συσχέτιση τόσο με τη γνώση των εφήβων για το άσθμα, όσο και με την αυτοδιαχείριση της ασθένειας. Επιπρόσθετα, σε μελέτη των Kang et al (1998) σε δείγμα 133 υγιών εφήβων φοιτητών και εφήβων με άσθμα, κατά τη διάρκεια του εξαμήνου και των εξετάσεων φάνηκε ότι η ΚΥ συνέβαλε στη μείωση του στρες και στον περιορισμό της μείωσης των φονικών κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος.

Αναφορικά με τη *χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια* (ΧΑΠ), στην έρευνα των Kara & Mirici (2004) σε δείγμα 30 ασθενών, βρέθηκε ότι η μοναξιά και η κατάθλιψη σχετιζό-

νταν με τη χαμηλή αντιλαμβανόμενη ΚΥ. Επίσης, οι Marino et al (2008) μελέτησαν την επίδραση στην κατάθλιψη, της ΚΥ, της αυτο-αποτελεσματικότητας και της λειτουργικότητας, σε 156 ηλικιωμένους ασθενείς με ΧΑΠ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο έλεγχος της κατάθλιψης, η υποκειμενική ΚΥ, η αυτο-αποτελεσματικότητα, η σοβαρότητα της ΧΑΠ και η ηλικία σχετίζονται με την συνολική λειτουργικότητα αυτών των ασθενών. Επιπρόσθετα, σε έρευνα των Kara-Kaıkıcı & Alberto (2007) σε 200 ασθενείς με ΧΑΠ, βρέθηκε ότι η οικογενειακή υποστήριξη, η αυτο-αποτελεσματικότητα και οι συμπεριφορές αυτοφροντίδας, είχαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους. Επίσης, σε έρευνα των Dinicola et al (2013) μεταξύ 452 ασθενών με ΧΑΠ, διαπιστώθηκε ότι η ΚΥ, η αίσθηση απογοήτευσης από την αδυναμία των άλλων να παρέχουν την υποστήριξη όταν την χρειάζονται και η σκληρή ή ανάληψη συμπεριφορά των άλλων, καθένα ξεχωριστά δύναται να αποτελούν μέσα πρόβλεψης του άγχους.

Τέλος, οι Barket et al (2012) σε μελέτη τους για το ρόλο της ΚΥ (οικογένεια-φίλοι) στη διαχείριση της *κυστικής ίνωσης* κατά τη διάρκεια της εφηβείας, διαπίστωσαν ότι η οικογένεια προσφέρει περισσότερο υλική υποστήριξη, ενώ οι φίλοι συντροφικότητα. Αξιοσημείωτο εδώ είναι να αναφερθεί ότι ένα ποσοστό των εφήβων (17%) χωρίς αντιλαμβανόμενη ΚΥ, δεν αποκάλυψε τη νόσο στους φίλους του.

#### Σακχαρώδης διαβήτης

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Schi tz et al (2012) σε δείγμα 2572 ασθενών με *σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2* (ΣΔτ2) βρέθηκε, ότι η ΚΥ συμβάλει στη μείωση του στρες και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, ενώ αυξάνει την δραστηριοποίηση των ασθενών την αυτοφροντίδα, την αυτοδιαχείριση και την υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία.

Επίσης σε έρευνα των Gao et al (2013) σε δείγμα 222 ατόμων με ΣΔτ2, βρέθηκε ότι η ΚΥ σε συνδυασμό με την αποτελεσματική επικοινωνία επαγγελματία υγείας-ασθενή και την αποτελεσματική αυτοδιαχείριση, οδηγεί σε ικανοποιητικές συμπεριφορές αυτοφροντίδας, οι οποίες έχουν άμεση επίδραση στο ικανοποιητικό γλυκαιμικό έλεγχο. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η ανασκόπηση των Stopford et al (2013) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η ΚΥ δραματίζει σημαντικό ρόλο στο γλυκαιμικό έλεγχο. Αντίθετα, στη μελέτη σε δείγμα 175 ασθενών με ΣΔτ2 βρέθηκε ότι η ΚΥ δε σχετίζεται θετικά με τον γλυκαιμικό έλεγχο (Bu et al 2011).

Στην έρευνα των Tang et al (2008) σε δείγμα 89 ατόμων βρέθηκε ότι η ΚΥ επιδρά θετικά όχι μόνο στην αυτοφροντίδα, αλλά και γενικότερα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σε ανάλογη μελέτη μεταξύ 66 ασθενών, διαπιστώθηκε ότι εν-

δεχόμενη αύξηση της ΚΥ οδηγεί σε ανάλογη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ενώ όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο αυξάνεται η διαθέσιμη ΚΥ και η ποιότητα ζωής (Göz et al 2007). Στην ανασκόπηση των Miller & DiMatteo (2013) βρέθηκε, ότι η ΚΥ συμβάλει στη διαχείριση της νόσου και την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής. Επίσης, σε βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Strom & Egede (2012), διαπιστώθηκε ότι η ΚΥ έχει θετική επίδραση στην κλινική και ψυχολογική έκβαση των ασθενών με ΣΔ, καθώς αυξάνει την αυτοαποτελεσματικότητα, την αυτοδιαχείριση, ενώ βελτιώνει και την ποιότητα ζωής μέσω της τροποποίησης των συμπεριφορών (υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, τήρηση θεραπευτικής και διαιτητικής αγωγής, άσκηση).

### Αυτοάνοσες παθήσεις

Όπως αναφέρουν οι Krokanova et al (2008), οι ασθενείς που πάσχουν από *πολλαπλή σκλήρυνση (ΠΣ)* και λαμβάνουν ΚΥ από την οικογένεια, το σύζυγο και φίλους, χαιρούν καλύτερες γενικής και ψυχικής υγείας, αλλά και κοινωνικής και συναισθηματικής λειτουργίας. Επιπλέον, οι Dennison et al (2009) διαπίστωσαν, ότι αυτοί οι ασθενείς έχουν καλύτερη προσαρμογή στη νόσο. Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν οι Mohr et al (2004) και οι Jaracz et al (2010) σε έρευνες που πραγματοποίησαν σε ασθενείς με Π.Σ. Επιπρόσθετα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Jensen et al (2014) σε πάσχοντες από ΠΣ, κάκωση νωτιαίου μυελού και μυϊκή δυστροφία βρέθηκε, ότι η ΚΥ σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Σε μελέτη των DaCosta et al (1999) για την επίδραση της ΚΥ και της κατάστασης υγείας (σωματικής και ψυχικής) στην ικανοποίηση των ασθενών με *Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ)* από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας βρέθηκε, ότι η αντιλαμβανόμενη ΚΥ αποτελεί σημαντικό μέσο πρόβλεψης της ικανοποίησης των ασθενών. Επιπλέον, σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Benka et al (2012) σε 176 ασθενείς με *ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ)* φάνηκε, ότι η υψηλή συναισθηματική ΚΥ σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας. Τέλος, σε μία ακόμη έρευνα, αυτή των Pitsilka et al (2015) σε δείγμα 127 ασθενών με ΡΑ, βρέθηκε ότι η ποιότητα της ΚΥ σχετίζεται σημαντικά με την ΠΖ τους.

### ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

Η παροχή ΚΥ στους χρόνιους ασθενείς, από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας μπορεί να γίνει εκτός από το επίπεδο πληροφόρησης, σε συναισθηματικό επίπεδο, σε πρακτικό επίπεδο και σε επίπεδο εκτίμησης/έκφρασης των στρεσογόνων καταστάσεων που τα άτομα αυτά βιώνουν. Για το σκοπό αυτό εφαρμόζονται διάφορες ψυχολογικές παρεμβάσεις, συμπεριφοριστικού τύπου (τροποποίηση δραστηριοτήτων), γνωσιακού τύπου (πιο λειτουργικές σκέψεις και

ερμηνείες ή διεργασίες σκέψης) και συνδυασμός παρεμβάσεων συμπεριφοριστικού-γνωσιακού τύπου (DiMatteo & Martin, 2011).

Οι ψυχοκοινωνικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις δύνανται να βελτιώσουν την ψυχολογική και σωματική ευεξία των χρόνιων ασθενών μέσω της διαχείρισης του τρόπου ζωής και του άγχους, της κοινωνικής υποστήριξης και της εκπαίδευσης σε επίπεδο δεξιοτήτων. Ειδικότερα, σε ασθενείς με ΣΔτ2, βρέθηκε ότι συμβάλουν εκτός από τον αποτελεσματικό έλεγχο της γλυκόζης, στη μείωση της κατάθλιψης, στην αύξηση της φυσιολογικής καθημερινής δραστηριότητας, στην αυτοφροντίδα/αυτοδιαχείριση και στη βελτίωση της ΠΖ. Ανάλογα οφέλη βρέθηκαν και σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα και νεοπλασματικές νόσους, όπως η μείωση της κατάθλιψης και της δυσφορίας, ο περιορισμός των οργανικών συμπτωμάτων και η βελτίωση της ΠΖ (Fekete et al 2007). Οι πιο διαδεδομένες τεχνικές ψυχοκοινωνικού γνωσιακού και συμπεριφορικού τύπου που εφαρμόζονται σε χρόνιους ασθενείς, είναι η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, η βιοανάδραση, ο έλεγχος της διαφραγματικής αναπνοής, ο υπερβατικός διαλογισμός και ο νοητικός έλεγχος (Varvogli & Darvini 2011).

Ωστόσο, η ολοένα αυξανόμενη διαχείριση της χρόνιας αρρώστιας στο χώρο διαβίωσης των ασθενών, είτε από τους ίδιους, είτε από τους φροντιστές τους, καθιστά επιτακτική την ανάγκη έναρξης παρεμβάσεων από τους επαγγελματίες υγείας με τη μορφή προγραμμάτων εκπαίδευσης και αυτοδιαχείρισης. Στόχοι των προγραμμάτων αυτών είναι, η θετική και ενεργή συμμετοχή των ατόμων στη ζωή, η ρύθμιση της συμπεριφοράς υγείας τους, η απόκτηση τεχνικών δεξιοτήτων, η απόκτηση επικοδομητικών στάσεων και συμπεριφορών, η αυτοπαρακολούθηση και η αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών υγείας, η κοινωνική ένταξη, η ενδυνάμωση και η συναισθηματική υποστήριξη και ευεξία (Osborne et al 2007). Επίσης, οι παρεμβάσεις σε επίπεδο αυτοδιαχείρισης είναι πιο αποτελεσματικές, όταν αυτές εξειδικεύονται ανάλογα με την ασθένεια, όπως για παράδειγμα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπου ο στόχος των παρεμβάσεων είναι η μείωση του πόνου και η αύξηση φυσικής και ψυχολογικής λειτουργίας, στο ΣΔτ2 οι παρεμβάσεις επικεντρώνονται σε θέματα όπως ο υγιεινός τρόπος ζωής και η διαχείριση του στρες, ενώ στο άσθμα οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επικεντρώνονται στην πρόληψη των παροξυσμικών επεισοδίων, μέσω της αναγνώρισης και αποφυγής των ψυχολογικών και άλλων παραγόντων που τα προκαλούν, την παρακολούθηση των συμπτωμάτων και την προσαρμογή και τήρηση της θεραπευτικής αγωγής (Newman et al 2004).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι οι ομαδικές συναντήσεις ασθενών με την ίδια χρόνια νόσο, στις οποίες συμμετέχουν και μέλη της οικογένειας μαζί με τους επαγγελματίες υγείας, φαίνεται να έχουν θετική επίδραση στην ευεξία

και στην αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, τόσο σε συναισθηματικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο πληροφόρησης. Για παράδειγμα, ασθενείς με ΣΔτ2 που συμμετείχαν σε ομάδα υποστήριξης (9-10 ατόμων) εμφάνισαν καλύτερο έλεγχο της γλυκόζης, βελτίωσαν τις γνώσεις για τη νόσο τους, καθώς και τις συμπεριφορές υγείας τους, ενώ η ΠΖ τους βελτιώθηκε επίσης αισθητά (van Dam et al 2005). Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν και σε μελέτη αξιολόγησης παρέμβασης σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, οι οποίοι συμμετείχαν σε ομαδική θεραπεία και ανέφεραν καλύτερη κατανόηση της νόσου τους και μείωση του στρες που βίωναν (Grégoire et al 1997).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Διεθνώς, οι χρόνιες νόσοι αποτελούν πανδημία για τη σημερινή εποχή και εγείρουν πολλές προκλήσεις για τους επαγγελματίες υγείας και την οικογένεια που στηρίζει τα άτομα που νοσούν. Η έννοια της ΚΥ είναι ευρεία και περιλαμβάνει πολλές μορφές με διάφορες κατηγοριοποιήσεις, με κυρίαρχες ωστόσο την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη και την υποστήριξη σε συναισθηματικό, πληροφοριακό και πρακτικό επίπεδο.

Τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών σχετικά με την επίδραση της ΚΥ στην επιβίωση, στην προσαρμογή και γενικότερα στις διάφορες διαστάσεις της ζωής των ατόμων με χρόνιες νόσους έδειξαν ότι είναι θετική. Σημαντικές θετικές συσχετίσεις έχουν βρεθεί με παράγοντες όπως η αυτοδιαχείριση της ασθένειας, η αυτοφροντίδα, η προσήλωση στη θεραπευτική και διαιτητική αγωγή, η μείωση του στρες και της κατάθλιψης, η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και η καλύτερη έκβαση της ασθένειας. Αρνητικές επιδράσεις της ΚΥ βρέθηκαν σε πολύ μικρό αριθμό ερευνών και αφορούσαν μεμονωμένες μεταβλητές όπως για παράδειγμα η μη συσχέτιση της ΚΥ με τον αποτελεσματικό έλεγχο της γλυκόζης σε ασθενείς με ΣΔτ2.

Οστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι στις περισσότερες από τις παραπάνω έρευνες, συχνά δεν διακρίνεται ποιο είδος υποστήριξης είναι πιο βοηθητικό, ούτε εξηγείται με ποιο τρόπο αυτό βοηθά. Περεταίρω μελέτες θα πρέπει να πραγματοποιηθούν προκειμένου σε κάθε περίπτωση χρόνιας νόσου να γίνει διακριτό το είδος της υποστήριξης που είναι πιο βοηθητικό, έτσι ώστε οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να στηρίξουν πιο αποτελεσματικά αυτούς τους ασθενείς. Ποιοτικής μεθοδολογικής προσέγγισης έρευνες επίσης, θα μπορούσαν να διαφωτίσουν περισσότερο σε βάθος το βίωμα των ασθενών με διάφορες χρόνιες νόσους, διευκρινίζοντας ποιες είναι οι ανάγκες τους, πώς αυτές μπορούν να καλυφθούν και από ποιους, έτσι ώστε τα πιο κατάλληλα άτομα (συγγενείς ή/και επαγγελματίες υγείας) να τους στηρίζουν αποτελεσματικά, αλλά και με επάρκεια.

Παρόλο που στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφοροι τρόποι στήριξης των χρόνιων ασθενών (π.χ. ψυχολογικές

παρεμβάσεις, εκπαίδευση αυτοφροντίδας και αυτοδιαχείρισης της νόσου, ομαδικές προσεγγίσεις συχνά οικογενειακού τύπου, ή με ασθενείς με την ίδια νόσο), μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των ψυχολογικών παρεμβάσεων και την εξακρίβωση του τρόπου με τον οποίο η καθεμιά λειτουργεί και επιδρά στον έλεγχο του στρες της χρόνιας νόσου. Τα αποτελέσματα μπορούν να οδηγήσουν στην επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου ανά περίπτωση νόσου και ασθενούς, έτσι ώστε να είναι εφικτή η βελτίωση της ποιότητας ζωής του χρόνιου ασθενή. Τέλος, εκπαίδευση, ενίσχυση και στήριξη χρειάζονται και οι φροντιστές των ασθενών με χρόνια νοσήματα, καθώς αυτοί δια βίου θα φροντίζουν τον άνθρωπό τους και θα αποτελούν το δίκτυο επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Albrecht TL., & Adelman MB.(1987). Communicating social support. A theoretical perspective. In: T.L Albrecht & M.B Adelman. (Eds) *Communicating social support*18-39.Newbury Park CA: Sage.
- Archer N., Keshavjee K., Demers C. & Lee R.(2014).Online self-management interventions for chronically ill patients: Cognitive impairment and technology issues. *International journal of medical informatics* 83: 264-272.
- Arestedt K., Saveman BI., Johansson P. & Blomqvist K. (2012). Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 12(1): 69-77.
- Askey-Jones S., David AS., Silber E., Shaw P. & Chalder T.(2013). Cognitive behaviour therapy for common mental disorders in people with Multiple Sclerosis: A bench marking study. *Behaviour Research and Therapy* 51: 648-655.
- Barth J., Schneider S. & Von Kanel R. (2010). Lack of Social Support in the Etiology and the Prognosis of Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine* 72: 229-238.
- Barutcu C. & Mert H.(2013). The relationship between social support and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Pakistan Medical Association* 63(4): 463-7.
- Benka J., Nagyova I., Rosenberger J., Calfova A., Macejova Z., Middel B., Lazurova I., van Dijk JP. & Groothoff JW. (2012) Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a four-year prospective study. *Disability & Rehabilitation* 34: 754-761.
- Bennett S., Perkins S., Lane K., Deer M., Brater D. & Murray M. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research* 10: 671-682.
- Bolger N., Zuckerman A. & Kessler RC. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology* 79: 953-961.
- Bucholz E., Strait K., Dreyer R., Geda M., Spatz E., Bueno H., Lichtman J., D'Onofrio G., Spertus J. & Krumholz H. (2014). Effect of Low Perceived Social Support on Health Outcomes in Young Patients With Acute Myocardial Infarction: Results From the VIRGO (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients) Study. *Journal of the American Heart Association* 3 (5) e001252.
- Bolger N. & Amarel D. (2007). Effects of social support visibility



- on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* 92: 458–475. doi:10.1037/0022-3514.92.3.458.
- Caplan G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Centre for Chronic Disease Prevention and Control (2006). *What are chronic and non-communicable diseases?* Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.
- Cheng H., Sit JW., Chan CW., So WK., Choi KC. & Cheng KK.(2013). Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors: Findings from a mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing* 17: 788-796.
- Chung M., Mosor D., Lennie T. & Frazier S. (2013). Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms. *Quality of Life Research* 22(7): 1555–1563.
- Cosio D., Jin L., Siddique J. & Mohr D. (2011.) The Effect of Telephone-Administered Cognitive–Behavioral Therapy on Quality of Life among Patients with Multiple Sclerosis. *Annals of Behavioral Medicine* 41:227–234.
- Croezen S., Picavet S., Haveman-Nies A., Verschuren M., de Groot L. & van't Veer P. (2012) Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study. *BMC Public Health*, 12:65.
- Da Costa D., Clarke AE., Dobkin PL., Senecal JL., Fortin PR., Danoff DS. & Esdaile JM.(1999) The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care*. 11(3): 201-7.
- Dennison L., Moss-Morris R. & Chalder T.(2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review* 29: 141–153.
- DiMatteo R. & Martin L. (2011) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία Υγείας*, Αθήνα: Πεδίο.
- Dinicola G, Julian L, Gregorich SE, Blanc PD. & Katz PP. (2013). The Role of Social Support in Anxiety for Persons with COPD. *Journal of Psychosomatic Research* 74(2): 110–115.
- Deter HC.(2012). Psychosocial interventions for patients with chronic disease. *BioPsychoSocial Medicine* 6:2.
- Eom CS., Shin DW., Kim SY., Yang HK., Jo HS., Kweon SS., Kang YS., Kim JH., Cho BL. & Park JH. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology* 22: 1283–1290.
- Fekete EM., Antoni MH. & Schneiderman N.(2007). Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions. *Current Opinion Psychiatry* 20: 152–157.
- Fernandes AF., Cruz A., Moreira C., Conceição Santos M. & Silva T.(2014). Social Support Provided to Women Undergoing Breast Cancer Treatment: A Study Review. *Advances in Breast Cancer Research* 3: 47-53.
- Frasure-Smith N., Lesperance F., Gravel G., Masson A., Juneau M., Talajic M. & Bourassa M.(2000). Social Support, Depression, and Mortality During the First Year After Myocardial Infarction. *Circulation* 101: 1919-1924.
- Glass T., Matchar D., Belyea M.J R. & Feussner J. (1993). Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 24:64-70.
- Gottlieb B. (2000). Selecting and Planning support interventions. In: S Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds) *Social support measurement and intervention* n :199-220. London: Oxford University Press.
- Graven L. & Grant J. (2014) Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 51: 320–333.
- Grégoire I., Kalogeropoulos D. & Corcos J.(1997). The effectiveness of a professionally led support group for men with prostate cancer. *Urologic Nursing* 17(2): 58-66.
- Gurung RAR. (2006). Coping and Social Support. *Health Psychology: A Cultural Approach*. Belmont CA: Thomson Wadsworth. 131–171.
- Hann D., Baker F., Denniston M., Gesme D., Reding D., Flynn T., Kennedy J. & Kieltyka RL.(2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients Age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research* 52: 279– 283.
- Hughes J., Tomlinson A., Blumenthal J., Davidson J., Sketch M. & Watkins L. (2004). Social Support and Religiosity as Coping Strategies for Anxiety in Hospitalized Cardiac Patients. *Annals of Behavioral Medicine* 28(3): 179–185.
- Irvine H., Davidson C., Hoy K. & Lowe-Strong A. (2009) Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: exploration of identity redefinition. *Disability and Rehabilitation* 31 (8): 599–606.
- Jacobson E. (1986). Types and timing of social support. *Journal Health and Social Behaviour* 27: 250-264.
- Jaracz K., Pawlak M., G rna K., Ko cz B., Wo oszyn D. & Kozubski W.(2010). Quality of life and social support in patients with multiple sclerosis. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 44 (4): 358–365.
- Jensen M., Smith A., Bombardier C., Yorkston K., Mir J. & Molton I. (2014). Social support, depression, and physical disability: Age and diagnostic group effects. *Disability and Health Journal* 7(2): 164-172.
- Kang DH., Coe CL., Karaszewski J. & McCarthy DO.(1998). Relationship of Social Support to Stress Responses and Immune Function in Healthy and Asthmatic Adolescents. *Research in Nursing & Health* 21: 117–128.
- Kara M. & Mirici A.(2004). Loneliness, Depression, and Social Support of Turkish Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Their Spouses. *Journal of nursing scholarship* 36(4): 331-336.
- Kara Ka ikçi M. & Alberto J.(2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of clinical Nursing* 16(8): 1468-78.
- Krokavcova M., van Dijk J, Nagyova I., Rosenberger J., Gavelova M., Middel B, Gdovinova Z. & Groothoff J. (2008). Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling* 73: 159–165.
- Kristofferzon ML., Löfmark R. & Carlsson M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 52(2): 113–124.
- Kruihof WJ., van Mierlo ML., Visser-Meily JM., van Heugten CM. & Post MW.(2013). Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life—A systematic review. *Patient Education and Counseling* 93: 169–176.
- Leifheit-Limson E., Reid K., Kasl S., Lin H., Jones P., Buchanan D., Parashar S., Peterson P., Spertus J. & Lichtman J.(2010). The Role of Social Support in Health Status and Depressive Symptoms After Acute Myocardial Infarction. Evidence for a Stronger Relationship Among Women. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 3: 143-150.
- Lett H., Blumenthal J., Babyak M., Strauman T., Robins C. & Sherwood A.(2005). Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment. *Psychosomatic Medicine* 67: 869–878.

- Luszczynska A., Pawlowska I., Cieslak R., Knoll N. & Scholz U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology* 22: 2160–2168.
- Luttik ML., Jaarsma T., Moser D., Sanderman R. & van Veldhuisen DJ. (2005). The Importance and impact of Social Support on Outcomes in Patients With Heart Failure An Overview of the Literature. *Journal of Cardiovascular Nursing* 20 (3): 162-169.
- Liddy C., Johnston, S., Irving H. & Nash K. (2013). The Community Connection Model: implementation of best evidence into practice for self-management of chronic diseases. *Public Health* 127: 538-45.
- Maija Reblin MA. & Uchino B. (2008). Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Current Opinion in Psychiatry* 21(2): 201–205.
- McDowell T.L. & Serovich JM. (2007). The effect of perceived and actual social support on the mental health of HIV-positive persons. *Aids Care* 19: 1223-1229.
- Malcomson KS., Dunwoody L. & Lowe-Strong AS. (2007). Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis. *Journal of neurology* 254: 1–13.
- Marino P., Sirey J.A., Raue P.J. & Alexopoulos GS. (2008). Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD* 3(4): 713–718.
- Mattson. (2011). *Mattson's Health as Communication nexus*. Kendall Hunt Publishing Company. 980-0-7575-5987-7.
- Mohr D., Classen C. & Barrera M. (2004). The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis. *Psychological Medicine* 34(3): 533–541.
- Mohr D (2007). Stress and multiple sclerosis. *Journal of neurology* 254 (2): 1165–1168.
- National Cancer Institute. Available at: ([www.cancer.gov/dictionary](http://www.cancer.gov/dictionary)). [Accessed: 6 November 2015].
- Norris FH. & Kanaisty K. (1996) Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of personality and social Psychology* 71: 498-511.
- Newman S., Steed L. & Mulligan K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 364: 1523–37.
- Okasha A. (2005). Globalization and mental health: a WPA perspective. *World Psychiatry* 4(1): 1–2.
- Ozbay F., Johnson D., Dimoulas E., Morgan C. III., Charney D. & Southwick S. (2007). Social Support and Resilience to Stress: From Neurobiology to Clinical Practice. *Psychiatry* (Edgmont) 4(5): 35–40.
- Osborne RH., Elsworth GR. & Whitfield K. (2007). The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Education and Counseling* 66: 192–201.
- Pang T. & Guinton G. (2004). Globalization and risks to health. *Embo Reports* 5: S11–S16.
- Papadatou D., Papazoglou I., Petraki D. & Bellali TH. (1999). Mutual support among nurse who care to dying children. *Illness crisis & loss* 7(1) 37-48.
- Pitsilka DA., Kafetsios K. & Niakas D. (2015). Social support and quality of life in patients with rheumatoid arthritis in Greece. *Clinical and Experimental Rheumatology* 33: 27-33.
- Queenan JA., Feldman-Stewart D., Brundage M. & Groome PA. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care* 19: 251–259.
- Rosengrena A., Wilhelmsena L. & Orth-Gomer K. (2004). Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men. A 15 year follow-up in the study of men born in 1933. *European Heart Journal* 25: 56–63.
- Saito-Nakaya K., Nakaya N., Fujimori M., Akizuki N., Yoshikawa E., Kobayakawa M., Nagai K., Nishiwaki Y., Tsubono Y. & Uchitomi Y. (2006). Marital status, social support and survival after curative resection in non-small-cell lung cancer. *Cancer Science* 97(3): 206-13.
- Sanderson C. (2013). *Health psychology* 2nd (ed) John Wiley & Sons Inc. New Jersey.
- Sayers S., Riegel B., Pawlowski S., Coyne J. & Samaha F. (2008). Social Support and Self-Care of Patients with Heart Failure. *Annals of Behavioral Medicine* 35: 70–79.
- Schaefer C., Coyne JC. & Lazarus RS. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine* 4: 381-406.
- Schacter D., Gilbert D. & Wegner D. (2012) *Ψυχολογία* (Γενική Επιμέλεια Σ. Βοσνιάδου), Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Sin MK., Kang DH. & Weaver M. (2005). Relationships of asthma knowledge, self-management, and social support in African American adolescents with asthma. *International Journal of Nursing Studies* 42: 307–313.
- Smedley R., Coulson N., Gavin J., Rodham K. & Watts L. (2015). Online social support for Complex Regional Pain Syndrome: A content analysis of support exchanges within a newly launched discussion forum. *Computers in Human Behavior* 51: 53–63.
- Staniute M., Brozaitiene J. & Bunevicius R. (2013). Effects of Social Support and Stressful Life Events on Health-Related Quality of Life in Coronary Artery Disease Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing* 28(1): 83-9.
- Suwankhong D. & Liamputtong P. (2016). Social Support and Women Living With Breast Cancer in the South of Thailand. *Journal of Nursing Scholarship* 48(1): 39–47.
- Tawalbeh L., Tubaishat A., Batiha AM., Al-Azzam M. & Al-Bashtawy M. (2015). The Relationship Between Social Support and Adherence to Healthy Lifestyle Among Patients With Coronary Artery Disease in the North of Jordan. *Clinical Nursing Research* 24(2): 121–138.
- Thomas PW., Thomas S., Hillier C., Galvin K. & Baker R. (2006) "Psychological interventions for multiple sclerosis", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1 CD004431.
- Thorn BE., Cross TH. & Walker BB. (2007). Meta-analyses and systematic reviews of psychological treatments for chronic pain: relevance to an evidence-based practice. *Health Psychology* 26 (1) :10-2.
- Walker C. (2001). Recognising the changing boundaries of illness in defining terms of chronic illness: a prelude to understanding the changing needs of people with chronic illness. *Aust Health Rev* 2001; 24(2): 207-14.
- Wang W., Lau Y., Chow A., Thompson DR. & He HG. (2014). Health-related quality of life and social support among Chinese patients with coronary heart disease in mainland China. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 13(1): 48–54.
- Weingarten SR., Henning JM., Badamgarav E., Knight K., Hasselblad V., Gano A J. & Ofman JJ. (2002). Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness— which ones work? Metaanalysis of published reports. *British medical Journal* 325(7370): 925.
- WHO. (2014). *Global Status Report on noncommunicable diseases*. Geneva.
- Wills T.A. (1991). Social support and interpersonal relationships. In

- Margaret, Clark. *Prosocial Behavior, Review of Personality and Social Psychology* 12: 265–289.
- Uchino B. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine* 29 (4): 377–387.
- Uchino B. (2009) .Understanding the Links Between Social Support and Physical Health. A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Association for Psychological Science* 4.(3).
- U.S. Department of health and human services (2002). National institutes of health. *NIH Publication* No. 03-5140.
- Van Dam HA., van der Horst FG., Knoops L., Ryckman RM., Crebolder HF. & van den Borne BH.(2005).Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Education and Counseling* 59: 1-1.
- Varvogli L. & Darviri C. (2011). Stress Management Techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health science journal* 5 (2): 74-89.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2015) «Έρευνα Υγείας: Έτος 2014». Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/-> Ημερομηνία ανάκτησης: 20/11/2015.

# The Concept of Social Support and the Impact on Chronic Diseases Management

George Pontisidis<sup>1</sup>, Thalia Bellali<sup>2</sup>

1. RN, MSc (c), University General Hospital of Alexandroupoli, Greece

2. Associate Professor, Nursing Department, Alexandreio Technological, Educational Institute of Thessaloniki, Greece

## ABSTRACT

Worldwide, the chronic disease management is perhaps the major challenge for health care professionals, who are called to face patient's problems in physical, psychological and social level. Social support, has an important role in the management of chronic disease, and according to the literature, it is positively correlated with physical and mental health. Many studies have demonstrated that social support is associated with low depression and anxiety, adaptation of health behaviors, adherence to therapeutic and dietary management, self-care and self-management, better quality of life and outcomes on patients with cardiovascular and respiratory diseases, malignancies, diabetes mellitus and autoimmune diseases. The purpose of this literature review is to describe the concept and types of social support, and to explore the positive or negative impact on chronic disease management. Another aim is to identify strategies and interventions applied by health professionals to support the patient and his/her wider family network on emotional and practical level, making him/her able to effectively manage stress, disorders and other problems caused by the disease.

**KEYWORDS:** Health professional, social support, coping strategies, health, chronic disease

Corresponding Author: George Pontisidis  
E-mail: [georgepontisidis@gmail.com](mailto:georgepontisidis@gmail.com)  
Telephone Number: +306948625299

Submission Date: 05 Dec 2015  
Publication Date: 22 Dec 2015