



ΑΡΧΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Επιβλέπων καθηγητής: Παπαϊωάννου Σπύρος

Φοιτήτρια: Γιαμαλίδη Μαρίνα Α/Μ: 1127832

Ημερ/νία παράδοσης έως 12/07/2026

Ο ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος στην προληπτική φροντίδα και διαχείριση του Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου 2 στην Ελλάδα.

1. Εισαγωγή

Η έως τώρα προσέγγιση των χρόνιων νοσημάτων βασιζόταν κυρίως στο παραδοσιακό βιοϊατρικό μοντέλο. Η αντιμετώπιση της νόσου σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, επικεντρώνεται αμιγώς στην παθοφυσιολογία, τις εργαστηριακές τιμές και τη γραμμική σχέση “ιατρός–θεραπεία”. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή αποδεικνύεται συχνά ανεπαρκής στη διαχείριση κυρίως των χρόνιων παθήσεων, καθώς αντιμετωπίζει τον ασθενή ως παθητικό αποδέκτη οδηγιών. Επιπλέον, παραβλέπει τις καθημερινές συμπεριφορικές και κοινωνικές παραμέτρους που καθορίζουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία που αφορά τη χρόνια νόσο (Engel, 1977; WHO, 2002).

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται διεθνώς μια συστηματική μετατόπιση προς το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (*Biopsychosocial Model*) που θεμελιώθηκε αρχικά από τον Engel (1977) και αναλύθηκε στο ελληνικό πλαίσιο από τον Τούντα (2004, 2006). Το μοντέλο αυτό αναγνωρίζει την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στη διαμόρφωση της υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, οι χρόνιες παθήσεις επαναπροσδιορίζονται. Δεν αντιμετωπίζονται αποκλειστικά ως οργανικές διαταραχές, αλλά ως πολυπαραγοντικά φαινόμενα που επηρεάζονται άμεσα από το κοινωνικό πλαίσιο εντός του οποίου ζει και δραστηριοποιείται το άτομο (Τούντας, 2006).

Η υιοθέτηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου καθιστά σαφές ότι η αποτελεσματική προληπτική φροντίδα δεν μπορεί να περιορίζεται στην απλή μεταφορά γνώσεων ή μόνο στη συνταγογράφηση. Απαιτεί την κατανόηση των κοινωνικών δικτύων, των πεποιθήσεων υγείας και των συνθηκών διαβίωσης του ατόμου, καθώς αυτά συνιστούν τους πραγματικούς προσδιοριστές της καθημερινής διαχείρισης (Khosravizadeh et al., 2021).

Υπ' αυτό το πρίσμα, ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 (ΣΔΤ2) επιλέχθηκε ως μελέτη περίπτωσης (*case study*) στην παρούσα ερευνητική πρόταση, καθώς αποτελεί μία κατ' εξοχήν κοινωνικο-εξαρτώμενη νόσο. Η καθημερινή του διαχείριση που περιλαμβάνει διατροφικές προσαρμογές, σωματική άσκηση, τακτικό γλυκαιμικό

έλεγχο και φαρμακευτική συμμόρφωση, εξαρτάται άμεσα από το υποστηρικτικό περιβάλλον του πάσχοντα (Strom & Egede, 2012). Στη σταθερή και μακροχρόνια προσπάθεια που απαιτείται για τη ρύθμιση του ΣΔΤ2, οι ασθενείς με ισχυρά κοινωνικά δίκτυα παρουσιάζουν σημαντικά καλύτερη πρόγνωση και γλυκαιμικό έλεγχο (Gallagher et al., 2015).

Ακόμη περισσότερο στο ελληνικό πλαίσιο, όπου η επίσημη κρατική μέριμνα παρουσιάζει ελλείμματα, η άτυπη κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη καλείται συχνά να καλύψει το δομικό αυτό χάσμα (Economou et al., 2017). Συνεπώς, η διερεύνηση της κοινωνικής ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης στην Ελλάδα δεν αποτελεί απλώς μια συμπληρωματική παράμετρο, αλλά έναν παράγοντα στρατηγικής σημασίας για την Προληπτική Ιατρική και τη Δημόσια Υγεία.

2. Θεωρητικό πλαίσιο

2.1 Μορφές κοινωνικής υποστήριξης στο ΣΔΤ2

Σύμφωνα με τους Madroumi et al., (2024), η κοινωνική υποστήριξη για τους ασθενείς με ΣΔΤ2 οργανώνεται σε τέσσερις κεντρικούς πυλώνες, απαραίτητους για τη διαχείριση της νόσου:

- **Πληροφοριακή υποστήριξη (*informational support*):** Περιλαμβάνει αφ' ενός την εκπαίδευση των ασθενών για την κατάστασή τους και αφ' ετέρου την άντληση πληροφοριών από τις εμπειρίες άλλων. Η μορφή αυτής της υποστήριξης είναι πολύ σημαντική για την καλύτερη κατανόηση των καθημερινών δυσκολιών που μπορεί να αντιμετωπίζει ο πάσχων.
- **Συναισθηματική υποστήριξη (*emotional support*):** Αφορά την παροχή καθησύχασης και την έκφραση ενσυναίσθησης. Επίσης τις πράξεις φροντίδας ώστε ο ασθενής να ενδυναμωθεί και να θωρακιστεί με ψυχική ανθεκτικότητα.
- **Πρακτική/Υλική υποστήριξη (*tangible support*):** Η παροχή υλικών μέσων και βοηθημάτων ώστε να διευκολυνθεί η αυτο-διαχείριση (*self management*), όπως η βοήθεια στη διατροφή και την άσκηση.
- **Υποστήριξη αξιολόγησης (*appraisal support*):** Αποσκοπεί στη θετική ανατροφοδότηση των συμπεριφορών του ασθενούς επιβεβαιώνοντας πως οι ενέργειές τους κινούνται προς την σωστή κατεύθυνση ώστε να είναι κατάλληλες και αποτελεσματικές για την εφαρμογή τους στην καθημερινή πρακτική.

Η παρούσα έρευνητική πρόταση θα εξετάσει το “πώς” αυτοί οι κεντρικοί πυλώνες συνδυάζονται για να ενισχύσουν αυτήν ακριβώς τη διαχείριση, ώστε να μετατραπεί το κοινωνικό του δίκτυο σε έναν ενεργό ολιστικό μηχανισμό πρόληψης των επιπλοκών της νόσου.

2.2. Η θεωρία του Φαινομένου της Απόσβεσης (*Buffering Effect*)

Η παρούσα μελέτη βασίζεται στη θεωρητική παραδοχή του Buffering Effect (Cohen and Wills, 1985), η οποία αναγνωρίζεται ευρέως στη βιβλιογραφία της κοινωνικής ψυχολογίας και υγείας. Σύμφωνα με αυτήν, η

κοινωνική υποστήριξη που περιγράφουν οι Madroumi et al., (2024), λειτουργεί ως προστατευτική ασπίδα (*protective shield*) που παρεμβάλλεται μεταξύ του ασθενούς και των στρεσογόνων παραγόντων που συνοδεύουν το ΣΔΤ2.

Συγκεκριμένα έχουμε:

- **Μετρίαση του στρες:** Η κοινωνική υποστήριξη μετριάζει την ένταση με την οποία ο ασθενής βιώνει τις δυσκολίες και μειώνει την ψυχολογική επιβάρυνση.
- **Ενίσχυση προσαρμογής:** Παρέχοντας στον ασθενή τα απαραίτητα εφόδια (ψυχολογικά και πρακτικά), τον βοηθά να παραμένει προσηλωμένος στο στόχο και να μην παραιτείται.

Συνεπώς, το Buffering Effect ερμηνεύει το μηχανισμό με τον οποίον οι προαναφερθείσες μορφές υποστήριξης μετατρέπονται σε έμπρακτη βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Η βελτίωση αυτή συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής (*Quality of Life, QoL*) του ατόμου ώστε σύμφωνα με το ενοσιολογικό πλαίσιο των Ware και Sherbourne (1992) και Mc Horney et al., (1993), να περιλαμβάνει μαζί με την σωματική επάρκεια και την ψυχική και κοινωνική λειτουργικότητα του πάσχοντος.

2.3. Κοινωνική ενσωμάτωση και η ελληνική πραγματικότητα

Η κοινωνική ενσωμάτωση αφορά τη σύνδεση του ατόμου με την ευρύτερη κοινότητα και τις κοινωνικές δομές. Η έννοια της κοινωνικής ενσωμάτωσης συνδέεται άμεσα με αυτήν της Κοινωνικής Συνταγογράφησης (*Social Prescribing*), η οποία προωθεί την ένταξη του ατόμου σε οργανωμένα δίκτυα πρόληψης και κοινωνικής υποστήριξης (World Health Organization, 2022). Όπως αναλύει ο Τούντας (2006), η προαγωγή της υγείας στην Ελλάδα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ενίσχυση αυτών των δικτύων, καθώς ο Έλληνας ασθενής βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο άτυπο υποστηρικτικό του περιβάλλον (οικογένεια, φίλοι, γειτονιά) για την αντιμετώπιση των καθημερινών απαιτήσεων της νόσου.

Η ανάγκη για εφαρμογή πρακτικών κοινωνικής συνταγογράφησης στην Ελλάδα καθίσταται ακόμα πιο επιτακτική αν ληφθεί υπόψη η χρόνια υποστελέχωση των δημόσιων δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), η οποία συχνά αφήνει τον ασθενή χωρίς επαρκή συστηματική παρακολούθηση (Economou et al., 2017). Η εικόνα αυτή έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τα πρότυπα άλλων ευρωπαϊκών χωρών, τα οποία βασίζονται σε προσεκτικά δομημένα και επαρκώς στελεχωμένα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας (Mossialos et al., 2016).

Για τον ελληνικό πληθυσμό, η υιοθέτηση τέτοιων παρεμβάσεων στο πλαίσιο μιας Ολιστικής Προσέγγισης (*Holistic Approach*) δεν αποτελεί απλώς μια συμπληρωματική επιλογή, αλλά μια ουσιαστική αναγκαιότητα που αναδύεται μέσα από τα δομικά ελλείμματα του συστήματος φροντίδας. Υπό αυτό το πρίσμα, μια ερευνητική και κλινική προσέγγιση που αγκαλιάζει την κοινωνική ζωή του ασθενούς συνιστά κομβικό παράγοντα για τη βιωσιμότητα του ίδιου του συστήματος υγείας (Marmot et al., 2012). Στην Ελλάδα, η κοινωνική υποστήριξη καλείται τελικά να λειτουργήσει όχι απλώς επικουρικά, αλλά ως καθοριστικός μηχανισμός για τη διασφάλιση της πρόγνωσης της νόσου και τη γεφύρωση του χάσματος της κρατικής μέριμνας (Τούντας, 2004, 2006).

3. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

3.1. Σκοπός της έρευνας

Η κατανόηση της νόσου και οι πεποιθήσεις υγείας αποτελούν θεμελιώδεις παράγοντες για τον αποτελεσματικό έλεγχο του ΣΔΤ2, όπως αναδεικνύεται από τη συστηματική ανασκόπηση των Khosravidadeh et al. (2021). Ωστόσο, η γνώση από μόνη της φαίνεται να μην επαρκεί, εάν δεν μετουσιώνεται σε ουσιαστικές πρακτικές καθημερινής αυτο-φροντίδας - μια μετάβαση στην οποία το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς διαδραματίζει συχνά καθοριστικό ρόλο.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτή τη διάσταση, σκοπός της παρούσας ερευνητικής πρότασης είναι η διερεύνηση της κοινωνικής υποστήριξης (*Social Support*) σε ασθενείς με ΣΔΤ2 και στον τρόπο με τον οποίο τα κοινωνικά δίκτυα επηρεάζουν τη θεραπευτική πορεία και την καθημερινή φροντίδα. Η επιλογή αυτή ενισχύεται από τη βιβλιογραφία, η οποία υποδεικνύει ότι η κοινωνική υποστήριξη και η ενσωμάτωση αποτελούν καθοριστικούς προγνωστικούς δείκτες για την επίτευξη αποτελεσματικού γλυκαιμικού ελέγχου (Gallagher et al., 2015).

3.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Στις ιδιαιτερότητες του ελληνικού πλαισίου τίθενται τα εξής ερωτήματα:

1. Πώς επηρεάζει το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον (οικογένεια, φίλοι και σημαντικοί άλλοι) τη θεραπευτική συμμόρφωση και τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας των ατόμων με ΣΔΤ2;
2. Ποιες μορφές κοινωνικής υποστήριξης (πληροφοριακή, συναισθηματική, πρακτική και αξιολογική) θεωρούν οι ασθενείς ως περισσότερο σημαντικές για την καθημερινή διαχείριση της νόσου και την πρόληψη επιπλοκών;
3. Με ποιους τρόπους η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στην ψυχολογική προσαρμογή και την ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας των ατόμων με ΣΔΤ2;
4. Πώς επηρεάζουν οι περιορισμοί των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα τον ρόλο που διαδραματίζει το κοινωνικό περιβάλλον στη διαχείριση του ΣΔΤ2;

4. Μεθοδολογικό πλαίσιο

4.1. Σχεδιασμός έρευνας (Research design)

Για την επίτευξη του σκοπού της μελέτης υιοθετείται ο Σχεδιασμός Μεικτής Μεθοδολογίας (*Mixed Methods Research Design*), συνδυάζοντας ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους συλλογής δεδομένων. Συγκεκριμένα, ακολουθείται ο Ακολουθιακός Επεξηγηματικός Σχεδιασμός (*Sequential Explanatory Design*) (Creswell & Creswell, 2018), ο οποίος εξελίσσεται σε δύο διαδοχικές φάσεις:

1η Φάση (Ποσοτική): Διεξαγωγή επισκόπησης με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου σε δείγμα ασθενών με ΣΔΤ2, προκειμένου να αποτυπωθούν και να ποσοτικοποιηθούν τα επίπεδα της κοινωνικής υποστήριξης.

2η Φάση (Ποιοτική): Διεξαγωγή ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Όπως επισημαίνουν οι Pope και Mays (1995), η ποιοτική μεθοδολογία είναι η πλέον κατάλληλη για τη βαθύτερη διερεύνηση της ανθρώπινης εμπειρίας και των κοινωνικών σχέσεων στο πλαίσιο της υγείας, εστιάζοντας στο «πώς» και το «γιατί» των συμπεριφορών (Γαλάνης, 2017; Silverman, 2000).

4.2. Συμμετέχοντες στη δειγματοληψία

Το ποσοτικό δείγμα της 1ης Φάσης αποτελείται από $N = 60-80$ ασθενείς, ενώ για την ποιοτική φάση το δείγμα θα αποτελείται από 12 έως 15 συμμετέχοντες με ΣΔΤ2, οι οποίοι παρακολουθούνται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κέντρα Υγείας / Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία).

Για την επιλογή των συμμετεχόντων των συνεντεύξεων θα εφαρμοστεί η Σκόπιμη Δειγματοληψία Μεγίστης Διακύμανσης (Maximum Variation Sampling) (Patton, 2012). Η στρατηγική αυτή επιτρέπει τον εντοπισμό κοινών μοτίβων και συμπεριφορών καθημερινής φροντίδας που διαπερνούν διαφορετικά κοινωνικά και γεωγραφικά πλαίσια στην Ελλάδα (π.χ. αστικό περιβάλλον έναντι αγροτικού), ενισχύοντας την εγκυρότητα των ευρημάτων της μελέτης.

Τα κριτήρια ένταξης της μελέτης περιλαμβάνουν:

1. Επιβεβαιωμένη διάγνωση ΣΔΤ2 για τουλάχιστον ένα έτος, ώστε να διασφαλίζεται η ύπαρξη βιωμένης εμπειρίας καθημερινής διαχείρισης της νόσου.
2. Ύπαρξη άμεσου κοινωνικού ή/και οικογενειακού περιβάλλοντος.
3. Εθελοντική συμμετοχή και υπογραφή φόρμας συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση (Informed Consent).

Για το μέγεθος του ποιοτικού δείγματος τηρήθηκε η αρχή του Κορεσμού Δεδομένων (Data Saturation), σύμφωνα με την οποία η συλλογή των δεδομένων σταματά εκεί που οι συνεντεύξεις δεν έχουν να προσφέρουν νέα και ουσιαστικά στοιχεία (Γαλάνης, 2017; Saunders et al., 2018).

4.3. Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων και Σύνδεση Φάσεων

Στο πλαίσιο του σχεδιασμού μεικτής μεθοδολογίας, αξιοποιούνται δύο εργαλεία: Δομημένο ερωτηματολόγιο (1η Φάση): Περιλαμβάνει κλίμακες αξιολόγησης της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, δημογραφικά και κλινικά στοιχεία.

Οδηγός Ημι-δομημένης Συνέντευξης (2η Φάση, βλ. Παράρτημα): Χρησιμοποιείται ως το κύριο εργαλείο εμβάθυνσης (*semi-structured interview*). Ο οδηγός σχεδιάστηκε ώστε να παρέχει ευέλικτη και ταυτόχρονα θεματικά οργανωμένη δομή, επιτρέποντας στον ερευνητή να εμβαθύνει σε ζητήματα που αναδύονται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (Gill et al., 2008; Γαλάνης, 2017). Ο οδηγός συνέντευξης δομείται σε άξονες εμπνευσμένους από το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (*Health Belief Model*) (Janz & Becker, 1984), ενσωματώνοντας παράλληλα τις ευρύτερες ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου:

- **Ενότητα Α:** Η καθημερινή βίωση της νόσου. Αντιλήψεις για τον διαβήτη και την επίδρασή του (*perceived*

severity και susceptibility).

- **Ενότητα Β:** Πηγές υποστήριξης στο κοινωνικό περιβάλλον. Καταγραφή δικτύων που λειτουργούν ως ερεθίσματα προς δράση (*cues to action*).
- **Ενότητα Γ:** Διευκολυντές και εμπόδια στην αυτοφροντίδα. Προκλήσεις και ενίσχυση της αυτοπεποίθησης (*self-efficacy*).
- **Ενότητα Δ:** Εμπειρίες από το πλαίσιο φροντίδας υγείας. Σχέση με επαγγελματίες υγείας και πρόσβαση στις υπηρεσίες.
- **Ενότητα Ε:** Προοπτικές ενίσχυσης της φροντίδας. Ανάγκη για κοινοτικές, μη-κλινικές δράσεις (όπως η κοινωνική συνταγογράφηση).

4.4. Ηθική και Δεοντολογία

Η διεξαγωγή της έρευνας ακολουθεί τις βασικές αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας, όπως ο σεβασμός της αυτονομίας των συμμετεχόντων, η εμπιστευτικότητα και η προστασία των προσωπικών δεδομένων (Richards & Schwartz, 2002). Πριν από την έναρξη συλλογής δεδομένων, εξασφαλίζεται η ενήμερη συγκατάθεση (*informed consent*) των συμμετεχόντων, οι οποίοι ενημερώνονται γραπτά και προφορικά για τον σκοπό της μελέτης.

Παράλληλα, διασφαλίζεται πλήρως η ανωνυμία τους μέσω κωδικοποίησης (Orb et al., 2001). Η διαχείριση ακολουθεί τις προβλέψεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR), ενώ το υλικό φυλάσσεται σε ασφαλές ψηφιακό περιβάλλον με πρόσβαση αποκλειστικά από τον ερευνητή. Τέλος, παρέχεται το δικαίωμα οικειοθελούς αποχώρησης σε οποιοδήποτε στάδιο.

4.5. Περιορισμοί της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που συνδέονται με τον σχεδιασμό της. Αν και ο συνδυασμός ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων προσφέρει σφαιρική εικόνα, το μέγεθος του δείγματος περιορίζει τη δυνατότητα στατιστικής γενίκευσης στο γενικό πληθυσμό (Silverman, 2000). Ωστόσο, τα ευρήματα προσφέρουν υψηλή αναλυτική μεταφερσιμότητα (*analytical transferability*) σε παρόμοια πλαίσια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Επιπλέον, η έρευνα βασίζεται σε αυτο-αναφερόμενα δεδομένα (*self-reported data*), τα οποία αποτυπώνουν την υποκειμενική εμπειρία των ασθενών. Δεν προβλέπεται διασταύρωση με ιατρικούς φακέλους για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων. Τέλος, η χρονική αλληλουχία της συλλογής των δεδομένων απαιτεί αυστηρό συντονισμό, ώστε τα ποσοτικά αποτελέσματα να τροφοδοτούν επαρκώς την ποιοτική φάση.

5. Αναμενόμενα Αποτελέσματα

Η παρούσα μελέτη αναμένεται να αναδείξει τον ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης στη διαμόρφωση των

συμπεριφορών αυτοφροντίδας σε ασθενείς με ΣΔΤ2, καθώς και τη σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην καθημερινή διαχείριση της νόσου. Εκτιμάται ότι θα αναδειχθούν εμπόδια και διευκολυντικοί παράγοντες που σχετίζονται τόσο με το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον των συμμετεχόντων όσο και με το σύστημα υγείας.

Σε επιστημονικό επίπεδο, η μελέτη αναμένεται να συμβάλει στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ πεποιθήσεων υγείας και κοινωνικής υποστήριξης, ενισχύοντας τη σχετική βιβλιογραφία στον χώρο της Δημόσιας Υγείας.

Σε πρακτικό επίπεδο, τα ευρήματα ενδέχεται να υποστηρίξουν την ανάπτυξη παρεμβάσεων σε επίπεδο κοινότητας, όπως προγράμματα κοινωνικής συνταγογράφησης και δίκτυα υποστήριξης ασθενών, με στόχο την ενίσχυση της διαχείρισης και την πρόληψη των επιπλοκών του διαβήτη. Επιπλέον, τα αποτελέσματα δύναται να συμβάλουν στον σχεδιασμό δράσεων προαγωγής υγείας που αξιοποιούν τους κοινωνικούς πόρους, ενισχύοντας μια ολιστική και κοινοτικά προσανατολισμένη προσέγγιση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τούντας, Γ. (2004). *Από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας*. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (Ι.Κ.Π.Ι.).
2. Τούντας, Γ. (2006). Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής & Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική Σχολή Αθηνών.
3. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis.*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
4. Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
5. Engel, G. L. (1992). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Family Systems Medicine*, 10(3), 317–331. <https://doi.org/10.1037/h0089260>
6. Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), 291–295. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>
7. *Greece: Health system review 2017*. (n.d.). OBS. Retrieved July 11, 2026, from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/greece-health-system-review-2017>
8. Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
9. Khosravizadeh, O., Ahadinezhad, B., Maleki, A., Vosoughi, P., & Najafpour, Z. (2021). Applying the health belief model and behavior of diabetic patients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Diabetology*, 10(2), 209–220. <https://doi.org/10.5603/DK.2021.0020>
10. Madroumi, R., Newson, L., Umeh, F. K., Poole, H., & Jones, A. (2024). Identifying the key

components of social support for patients living with type 2 diabetes: A protocol for a systematic review and meta-analysis of type 2 diabetes social support interventions. *PLOS ONE*, 19(8), e0306709. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306709>

11. Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P., & Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 380(9846), 1011–1029. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
12. McHorney, C. A., Ware, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31(3), 247–263. <https://doi.org/10.1097/00005650-199303000-00006>
13. Mossialos, E., Allin, S., & Figueras, J. (Eds.). (2016). Health Systems in Transition: Template and Comparative Analysis. World Health Organization. Regional Office for Europe & European Observatory on Health Systems and Policies. Retrieved July 11, 2026, from <https://iris.who.int/bitstreams/9f9e8333-86be-4b1e-ad17-77e91d9a2d1d/download>
14. Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2001). Ethics in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93–96. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x>
15. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Sage Publications.
16. Pope, C., & Mays, N. (1995). Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*, 311(6996), 42–45. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6996.42>
17. Richards, H. M., & Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: Are there special issues for health services research? *Family Practice*, 19(2), 135–139. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.2.135>
18. Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
19. Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: A practical handbook*. Sage Publications.
20. Strom, J. L., & Egede, L. E. (2012). The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Current Diabetes Reports*, 12(6), 769–781. <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-0>
21. Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
22. World Health Organization (WHO). (2022). *A toolkit on how to implement social prescribing*. (n.d.). Retrieved July 11, 2026, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789290619765>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΟΔΗΓΟΣ ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Ενότητα Α: Εισαγωγή και Βιώνοντας τη Νόσο

Στόχος: να νιώσει ο ασθενής άνετα και να κατανοήσουμε τη σχέση του με τον ΣΔΤ2.

- Μπορείτε να μου περιγράψετε πώς είναι μια τυπική ημέρα διαχείρισης του διαβήτη για εσάς;
- Πώς είναι για εσάς να ακολουθείτε τις οδηγίες για τη διατροφή και την άσκηση στην καθημερινότητά σας;

Ενότητα Β: Κοινωνικό Περιβάλλον και Μορφές Υποστήριξης

Στόχος: να διερευνηθεί το κοινωνικό δίκτυο του συμμετέχοντα και οι μορφές υποστήριξης.

- Ποιοι άνθρωποι από το περιβάλλον σας γνωρίζουν για την κατάσταση της υγείας σας;
- Με ποιους τρόπους σας υποστηρίζουν στη διαχείριση της νόσου; Σας δίνουν ανατροφοδότηση για το αν τα πάτε καλά;
- Υπάρχει κάποιος με τον οποίο μπορείτε να μιλήσετε ανοιχτά όταν αισθάνεστε ψυχολογική πίεση λόγω του ΣΔΤ2;
- Από πού αντλείτε πληροφορίες για τη διαχείριση του διαβήτη σας (π.χ. επαγγελματίες υγείας, άλλοι ασθενείς, οικογένεια);
- Έχετε μάθει κάτι πρακτικό από εμπειρίες άλλων που άλλαξε την καθημερινή σας διαχείριση;
- Υπάρχει κάποιος που σας βοηθά πρακτικά στην καθημερινότητα (π.χ. με το φαγητό, την άσκηση ή τις εξετάσεις);
- Ποια μορφή υποστήριξης θεωρείτε πιο σημαντική για εσάς και γιατί;

Ενότητα Γ: Η Κοινωνική Διάσταση της Πρόληψης

Στόχος: να κατανοήσουμε πώς η υποστήριξη οδηγεί (ή όχι) στην αποφυγή επιπλοκών.

- Τι ρόλο παίζει η υποστήριξη των άλλων στη συνέπεια με τις προληπτικές σας εξετάσεις;
- Έχει συμβεί κάποιος από το περιβάλλον σας να επηρεάσει μια απόφαση ή συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία σας; Μπορείτε να δώσετε ένα παράδειγμα;

- Πώς βιώνετε τις υπενθυμίσεις ή τις παρεμβάσεις των άλλων σχετικά με τη φροντίδα της υγείας σας; Το βιώνετε ως υποστήριξη και ενδιαφέρον ή ως έλεγχο και πίεση;
- Όταν έχετε διαφορετικά είδη υποστήριξης μαζί (π.χ. πρακτική και ψυχολογική), αλλάζει ο τρόπος που φροντίζετε τον εαυτό σας;
- Θεωρείτε ότι η υποστήριξη που λαμβάνετε επηρεάζει τελικά την πρόληψη επιπλοκών του διαβήτη σας; Με ποιον τρόπο;
- Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η παρέμβαση των άλλων λειτούργησε αρνητικά ή σας δημιούργησε πίεση στη διαχείριση της νόσου;

Ενότητα Δ: Εμπόδια και διαχείριση

Στόχος: να εντοπιστούν οι δυσκολίες στην καθημερινότητα.

- Πώς επηρεάζει το κοινωνικό σας περιβάλλον τη διαχείριση της νόσου και την προσπάθειά σας για πρόληψη; Μπορείτε να μου δώσετε ένα παράδειγμα;
- Υπάρχουν συγκεκριμένες καταστάσεις στην καθημερινότητά σας (π.χ. κοινωνικές εκδηλώσεις) που επηρεάζουν τη διαχείριση της νόσου;
- Έχετε αντιμετωπίσει δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για τη διαχείριση του διαβήτη σας (π.χ. ραντεβού, εξετάσεις, καθυστερήσεις);
- Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας σας υποστηρίζει επαρκώς στην πρόληψη επιπλοκών;
- Αν υπήρχε μια υπηρεσία ή δράση στην κοινότητα που θα μπορούσε να σας βοηθήσει περισσότερο, ποια θα ήταν αυτή;

Ενότητα Ε: Κλείσιμο

Στόχος: ήπια αναστοχαστική ολοκλήρωση και έλεγχος για τυχόν επιπλέον πληροφορίες.

- Τι θα συμβουλευάτε έναν άλλο ασθενή σχετικά με το πώς να ζητά βοήθεια από τους γύρω του;
- Υπάρχει κάτι ακόμη που θα θέλατε να προσθέσετε σχετικά με τη βοήθεια που λαμβάνετε;