



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΝΕΩΝ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ
ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΒΙΩΝΟΥΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΓΕΓΟΝΟΣ:
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ»**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΡΟΔΟΣ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2024

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΑΜ: 4132022016

**«ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ
ΒΙΩΝΟΥΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΓΕΓΟΝΟΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ»**

**«ONLINE SERVICES FOR EMPOWERING PEOPLE EXPERIENCING A
TRAUMATIC EVENT: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW»**

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ : ΤΣΙΜΠΙΔΑΚΗ ΑΣΗΜΙΝΑ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Π.Τ.Δ.Ε., ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΡΑΜΟΥΖΗΣ ΠΟΛΥΚΑΡΠΟΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Π.Τ.Δ.Ε., ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΣΟΦΟΣ ΑΛΙΒΙΖΟΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Π.Τ.Δ.Ε., ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΡΟΔΟΣ, **ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2024**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Ηλεκτρονικές υπηρεσίες για την ενδυνάμωση ατόμων που βιώνουν τραυματικό γεγονός:
Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση*



*

*Online services for empowering people experiencing a traumatic event: a systematic literature
review*

ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Επιβλέπουσα: Τσιμπιδάκη Ασημίνα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΠΤΔΕ Παν. Αιγαίου

Εγκρίθηκε από την τριμελή εξεταστική επιτροπή στις 23 Φεβρουαρίου 2024

1. Τσιμπιδάκη Ασημίνα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΠΤΔΕ Παν. Αιγαίου	
2. Καραμούζης Πολύκαρπος, Καθηγητής ΠΤΔΕ Παν. Αιγαίου	
3. Σοφός Αλβίζος, Καθηγητής ΠΤΔΕ Παν. Αιγαίου	

ΡΟΔΟΣ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2024

Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι συγγραφέας αυτής της πρωτότυπης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, ότι έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς, είτε παραφρασμένες και ότι αυτή η εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά, ειδικά για το συγκεκριμένο Π.Μ.Σ.

Κωνσταντακοπούλου Αναστασία

Για αυτούς που έφυγαν...

Σε αυτούς που έμειναν...

Περιεχόμενα

Κατάλογος πινάκων.....	iii
Κατάλογος γραφημάτων.....	iv
Κατάλογος διαγραμμάτων.....	v
Κατάλογος χαρτών.....	vi
Συνομογραφίες.....	vii
Περίληψη.....	viii
Abstract.....	ix
Κεφάλαιο 1^ο: Εισαγωγή.....	1
1.1 Διατύπωση ερευνητικού προβλήματος.....	1
1.2 Βασικός σκοπός και επιμέρους στόχοι της έρευνας.....	2
1.3 Ερευνητικά ερωτήματα.....	3
1.4 Αναγκαιότητα και σημαντικότητα της έρευνας.....	3
1.5 Οργάνωση μελέτης.....	6
Κεφάλαιο 2^ο: Θεωρητικό πλαίσιο.....	8
2.1 Τραυματικό γεγονός.....	8
2.1.1 Η ανακουφιστική φροντίδα στο τραυματικό γεγονός της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας.....	9
2.1.2 Το πένθος ως τραυματικό γεγονός.....	14
2.2 Ηλεκτρονικές υπηρεσίες.....	25
2.3 Ηλεκτρονικές υπηρεσίες για άτομα που βιώνουν τραυματικό γεγονός.....	29
Κεφάλαιο 3^ο: Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	33
3.1 Έρευνες για το τραυματικό γεγονός και τη θεραπεία του.....	33
3.2 Έρευνες για τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες.....	37
3.3 Έρευνες για τον ρόλο των ηλεκτρονικών υπηρεσιών στη θεραπεία του τραυματικού γεγονότος.....	39
3.3.1 Έρευνες ανάπτυξης παρεμβάσεων.....	39

3.3.2 Έρευνες βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων.....	41
Κεφάλαιο 4ο: Μεθοδολογία έρευνας.....	47
4.1 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	47
4.2 Δείγμα.....	49
4.3 Ανάλυση δεδομένων.....	59
Κεφάλαιο 5ο: Ευρήματα.....	61
5.1 Σκοπιμότητα παρεμβάσεων.....	61
5.2 Μεθοδολογία ανάπτυξης μελετών.....	65
5.3 Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων.....	66
Κεφάλαιο 6ο: Συζήτηση.....	71
6.1 Συζήτηση για τη σκοπιμότητα των παρεμβάσεων.....	73
6.2 Συζήτηση για τη μεθοδολογία ανάπτυξης των μελετών.....	75
6.3 Συζήτηση για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.....	76
6.4 Συμβολή της παρούσας έρευνας.....	78
Κεφάλαιο 7ο: Συμπεράσματα και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	80
7.1 Συμπεράσματα.....	80
7.2 Περιορισμοί της μελέτης.....	82
7.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	83
Βιβλιογραφία.....	84
Λίστα παραρτημάτων.....	103
Παράρτημα I: Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά των μελετών.....	103
Παράρτημα II: Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα.....	111
Παράρτημα III: Πίνακας 4. Χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων.....	135
Παράρτημα IV: Πίνακας 5. Αποτελέσματα των παρεμβάσεων.....	143
Παράρτημα V: Πίνακας 6. Αντικρουόμενα συμφέροντα ερευνητών.....	180

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Ηλεκτρονικές υπηρεσίες για την ενδυνάμωση ατόμων που βιώνουν τραυματικό γεγονός.....	54
Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά των μελετών.....	103
Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα.....	111
Πίνακας 4. Χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων.....	135
Πίνακας 5. Αποτελέσματα των παρεμβάσεων.....	143
Πίνακας 6. Αντικρουόμενα συμφέροντα ερευνητών.....	180

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1. Μελέτες ανάπτυξης ηλεκτρονικών υπηρεσιών ενδυνάμωσης ασθενών που βιώνουν τραυματικό γεγονός στην πορεία του χρόνου.....	52
Γράφημα 2. Απεικόνιση του πλήθους των μελετών του δείγματος σχετιζόμενο με την αντίστοιχη κατάσταση/πάθηση	62
Γράφημα 3. Απεικόνιση του πλήθους των μελετών του δείγματος σχετιζόμενο με την αντίστοιχη σκοπιμότητα της αναπτυσσόμενης παρέμβασης	64
Γράφημα 4. Είδος ηλεκτρονικών παρεμβάσεων που αναπτύσσονται σε σύγκριση με τη συχνότητα εμφάνισής τους στο δείγμα.....	65
Γράφημα 5. Είδος ομάδας ελέγχου που χρησιμοποιήθηκε σε σύγκριση με τη συχνότητα εμφάνισής της στο δείγμα.....	66
Γράφημα 6. Αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων των μελετών ως προς τους προκαθορισμένους στόχους.....	67
Γράφημα 7. Μέσο ποσοστό εγκατάλειψης μελετών ανά κατάσταση/πάθηση.....	68
Γράφημα 8. Συχνότητα εμφάνισης των περιορισμών των μελετών.....	69
Γράφημα 9. Προέλευση της χρηματοδότησης των μελετών.....	70

Κατάλογος διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Διάγραμμα ροής PRISMA 2020 της διαδικασίας επιλογής δείγματος της μελέτης	50
--	----

Κατάλογος χαρτών

Χάρτης 1. Συχνότητα εμφάνισης χώρας διεξαγωγής μελέτης.....	52
---	----

Συντομογραφίες

AEE	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο
AIDS	Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας
CDC	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
CES-D	Κλίμακα Κατάθλιψης Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών
DSM 5	Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών – 5 ^η Έκδοση
GMFCS	Σύστημα Ταξινόμησης Αδρής Κινητικής Λειτουργίας
HbA1c	γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη
HIV	Ιός Ανοσοανεπάρκειας Ανθρώπου
ICD 11	Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων
INR	Διεθνής Κανονικοποιημένο Πηλίκο
ΚΝΣ	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
MSAS	Κλίμακα Αξιολόγησης Συμπτωμάτων Memorial
NYHA	Καρδιολογική Εταιρεία Νέας Υόρκης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
PASS	Κλίμακα Αξιολόγησης Στάσης για το Εγκεφαλικό Επεισόδιο
PRISMA	Προτιμώμενα Στοιχεία Αναφοράς για Συστηματικές Ανασκοπήσεις και Μετα-Αναλύσεις
RMBDC-	Αναθεωρημένη Λίστα Ελέγχου Προβλημάτων Μνήμης και Συμπεριφοράς –
RT	Βαθμολογία Αντίδρασης
SMS	Υπηρεσία Σύντομου Μηνύματος
ΤΠΕ	Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνιών
Φ/Α	Φαρμακευτική Αγωγή
ΧΑΠ	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
ZBI	Συνέντευξη Επιβάρυνσης Zarit

Περίληψη

Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού και η συνεπακόλουθη ανάπτυξη χρόνιων, δυνητικά απειλητικών για τη ζωή, παθήσεων έχει δημιουργήσει την ανάγκη παροχής εξειδικευμένης φροντίδας για τους ασθενείς και τους φροντιστές τους, σε όλη την περίοδο της ασθένειας, αλλά και του πένθους. Οι Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) έχουν διεισδύσει στην καθημερινότητα των ανθρώπων εξυπηρετώντας και τις υγειονομικές ανάγκες τους, με μια πληθώρα νέων, ψηφιακών παρεμβάσεων. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η αποτίμηση ως προς το σκοπό ανάπτυξης, τη μεθοδολογία και την αποτελεσματικότητα αυτών των ερευνητικών παρεμβάσεων στην ενδυνάμωση των ατόμων που βιώνουν το τραυματικό γεγονός της ασθένειας και του πένθους. Η εργασία αποτελεί μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών από τις βάσεις δεδομένων Pubmed, ScienceDirect και Scopus. Κατόπιν της διαδικασίας της τελικής επιλογής των τεκμηρίων, η μετέπειτα επεξεργασία των δεδομένων ακολούθησε τις αρχές της θεματικής ανάλυσης. Συνολικά, περιλήφθηκαν 58 μελέτες. Οι παρεμβάσεις που περιγράφονταν στόχο είχαν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών και φροντιστών με μια ποικιλία διαταραχών, με κυριότερες τους καρκινοπαθείς και τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Μελέτες σχετικές με το πένθος ήταν πιο σπάνιες. Οι συχνότερες παρεμβάσεις που αναπτύσσονταν ήταν οι διαδικτυακές και οι εφαρμογές για έξυπνα κινητά τηλέφωνα. Οι περισσότερες δημοσιεύσεις παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικές διαφορές υπέρ της ομάδας παρέμβασης στο σύνολο ή σε τμήμα των υπό εξέταση εκβάσεων. Ο συνηθέστερος περιορισμός των μελετών ήταν η αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων λόγω διαφόρων μεθοδολογικών αιτιών. Η παροχή ηλεκτρονικών υπηρεσιών για την ενδυνάμωση ατόμων που βιώνουν τραυματικό γεγονός αποτελεί μια ρεαλιστική εναλλακτική στην πλειονότητα των περιπτώσεων, για την παροχή ποιοτικών υγειονομικών υπηρεσιών και αξίζει η διερεύνηση της περαιτέρω ανάπτυξης αυτού του πεδίου.

Abstract

The phenomenon of an ageing population and the consequent development of chronic, potentially life-threatening conditions has created the need for specialized care for patients and their caregivers throughout the period of illness and bereavement. Information and Communication Technologies (ICTs) have penetrated people's daily lives, also serving their health needs, with a plethora of new, digital interventions. The aim of this paper is to assess as to the purpose of development, methodology and effectiveness of these research interventions in empowering people experiencing the traumatic event of illness and bereavement. This paper is a systematic literature review of randomized controlled trials from Pubmed, ScienceDirect and Scopus databases. Following the process of final selection of evidence, subsequent data processing followed the principles of thematic analysis. In total, 58 studies were included. The interventions described aimed to improve the quality of life of patients and caregivers of a variety of disorders, with cancer and diabetes mellitus patients being the most notable. Studies related to bereavement were less common. The most common interventions developed were web-based and smart phone applications. Most publications showed statistically significant differences in favour of the intervention group in all or part of the outcomes examined. The most common limitation of the studies was the inability to generalize the results due to various methodological reasons. The implementation of e-services to empower people experiencing a traumatic event is a realistic alternative in the majority of cases for the delivery of quality healthcare services and it is worth exploring the further development of this field.

Κεφάλαιο 1^ο: Εισαγωγή

1.1 Διατύπωση ερευνητικού προβλήματος

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών που εμφανίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία για τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες που αναπτύσσονται, προκειμένου για την ενδυνάμωση ατόμων που βιώνουν τραυματικά γεγονότα. Ο όρος τραυματικό γεγονός αφορά, εδώ, το στρεσογόνο παράγοντα της σοβαρής, απειλητικής για τη ζωή, ασθένειας, καθώς και τις επώδυνες εμπειρίες και εξουθενωτικές παρενέργειες που συνοδεύουν τη θεραπεία της, τη γνώση της κακής πρόγνωσης, αλλά και την τελική απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου (Bernard et al., 2022· McWey, 2022).

Η επιλογή της θεματολογίας προέκυψε από το γνήσιο ενδιαφέρον για τον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας και του συνεπακόλουθου πένθους. Η ανακουφιστική φροντίδα αφορά τους ολοένα και περισσότερους ασθενείς, που δεδομένης της αυξανόμενης έντασης του φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού και του επιπολασμού των χρόνιων παθήσεων, αναπτύσσουν απειλητικά για τη ζωή τους νοσήματα, τα οποία προκαλούν εκπτώσεις στην καθημερινή τους διαβίωση, και καταλήγουν από αυτά (Rato et al., 2022· WHO, 2020). Η προσέγγιση αυτή στόχο έχει την επίτευξη της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών, αλλά και των οικογενειών και των φροντιστών τους (IAHPC, 2019· Radbruch et al., 2020· WHO, 2020).

Μελετώντας πως εξασφαλίζεται ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας, το οποίο προλαμβάνει, εντοπίζει, και διαχειρίζεται όλα τα σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και πνευματικά ζητήματα, που μπορεί να ανακύψουν κατά τη φροντίδα των πασχόντων, αλλά και στο περιβάλλον των οικείων τους, παρατηρείται η έντονη διείσδυση των Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνίας. Αναλυτικότερα, αυτές αποτελούν το σύνολο όλων εκείνων των δράσεων μελέτης, σχεδίασης, ανάπτυξης, υλοποίησης και συντήρησης υπολογιστικών πληροφοριακών συστημάτων προκειμένου για την παραγωγή, αποθήκευση, διαχείριση και μετάδοση πληροφοριών κάθε τύπου ('Τεχνολογία πληροφοριών', 2023). Το πεδίο αυτό βρίσκεται στο απόγειο της εξέλιξής του, και η υγειονομική περίθαλψη δεν θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστη. Η ανάπτυξη ψηφιακών τεχνολογιών υγείας επιτρέπει την εξ αποστάσεως περίθαλψη, τη διεπιστημονική κλινική φροντίδα και την προώθηση της γνώσης προσφέροντας

νέες, αποτελεσματικές και ασφαλείς δυνατότητες σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη (Williams et al., 2019).

Η μελέτη της σύμπραξης και των εκατέρωθεν επιρροών των σύνθετων υπολογιστικών πληροφοριακών συστημάτων που αναπτύσσονται, με τη σχετική ομάδα ασθενών, υγειονομικού προσωπικού και λοιπών φορέων, αποτελεί ένα εξελισσόμενο πεδίο, άξιο περαιτέρω διερεύνησης. Η βιβλιογραφία βρίθει από πληθώρα μελετών παρέμβασης που έχουν αναπτύξει ηλεκτρονικές υπηρεσίες με τη βοήθεια Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνίας. Εξίσου αρκετές είναι και οι βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις που εξετάζουν τις συγκεκριμένες εργασίες (Al-Arkee et al., 2021· Chelberg et al., 2021· Cruz et al., 2023· Holmen et al., 2020· Janjua et al., 2021a· Kauw et al., 2018· Mehdizadeh et al., 2019· Mehraeen et al., 2022· Putranto & Rochmawati, 2020· Steindal et al., 2023· Truijen et al., 2022· Wagner et al., 2020· Wanchai et al., 2022· Zasadzka et al., 2021· Zuelke et al., 2021). Ωστόσο, κάποια εκτεταμένη ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας και της σκοπιμότητας αυτών, ειδικά μετά την περίοδο της πανδημίας, όπου οι περισσότερες ηλεκτρονικές και εξ αποστάσεως υπηρεσίες αναπτύχθηκαν ραγδαία σε ποιότητα και διαθεσιμότητα, δεν υπάρχει.

1.2 Βασικός σκοπός και επιμέρους στόχοι της έρευνας

Η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να συγκεράσει τις κατακερματισμένες και αποσπασματικές μελέτες παρεμβάσεων για τους ασθενείς που βιώνουν το τραύμα της απειλητικής για τη ζωή ή μακροχρόνιας ασθένειας και τους μετέπειτα πενθούντες οικείους τους. Βασικός στόχος αυτής της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η μελέτη των ηλεκτρονικών υπηρεσιών που αναπτύσσονται και ενσωματώνονται στην υγειονομική περίθαλψη, προκειμένου για τη διαχείριση της προαναφερθείσας ομάδας ληπτών υπηρεσιών υγείας.

Επιμέρους στόχοι αποτελούν η αποτύπωση της στοχοθεσίας κάθε ερευνητικής παρέμβασης που μελετάται. Αυτό παραπέμπει στην ανεύρεση των βαθύτερων αιτίων που οδήγησαν την ερευνητική ομάδα στην ανάπτυξη της εκάστοτε παρέμβασης, ενώ αναδεικνύει τις θεραπευτικές τάσεις και θεωρίες που αναδύονται στο πέρασμα των ετών.

Πρόσθετα, η καταγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των πρωτογενών μελετών, όπως οι συμμετέχοντες, το είδος της ομάδας ελέγχου ή το είδος της παρέμβασης και οι

προγραμματισμένοι επανέλεγχοι, καθιστά δυνατή τη σύγκριση και εκτίμηση του βαθμού ετερογένειας των μελετών, καθώς και τον έλεγχο δυνατότητας ευρείας εφαρμογής των αποτελεσμάτων ή εξαγωγής βάσιμων συμπερασμάτων (Πατελάρου & Μπροκαλάκη, 2010· Gopalakrishnan & Ganeshkumar, 2013).

Τέλος, οι πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση ή μη των πειραματικών ομάδων από τη χρήση των παρεμβάσεων, αποδίδουν υλικό σχετικά με τις δυνατότητες των εργαλείων, τόσο στους κλινικούς ιατρούς και τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων στον τομέα της υγείας, όσο και στα άτομα που βιώνουν μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, απώλεια ή πένθος. Ακόμη, μέσα από την ενεργή ανάμειξη των συμμετεχόντων και την ανατροφοδότηση που παρέχουν στους ερευνητές, βελτιώνονται τα σχεδιαστικά πρωτόκολλα και ακολούθως η ποιότητα των παραγόμενων υπηρεσιών (Holmen et al., 2020).

1.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ακριβή ερευνητικά ερωτήματα που θα τεθούν προς διερεύνηση των προκείμενων στόχων, είναι τα κάτωθι:

- Ποια είναι η σκοπιμότητα της παρέμβασης της κάθε μελέτης που θα συμπεριληφθεί ;
- Ποια είναι η μεθοδολογία ανάπτυξης των μελετών που θα συμπεριληφθούν ;
- Ποια είναι η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που ανέπτυξαν οι μελέτες ως προς τη δική τους στοχοθεσία και την επιτυχημένη διαχείριση των υποκειμένων τους ;

1.4 Αναγκαιότητα και σημαντικότητα της έρευνας

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει μια θεώρηση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών που αναπτύσσονται για την ενδυνάμωση ατόμων που βιώνουν τραυματικό γεγονός, η οποία δεν βρέθηκε να έχει επιχειρηθεί άλλοτε στη βιβλιογραφία. Από μια αδρή μελέτη των συστηματικών ανασκοπικών ερευνών σχετικά με τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες για την ενδυνάμωση ατόμων που βιώνουν τραυματικό γεγονός, αποκαλύπτεται πως, ειδικότερα την τελευταία επταετία, παρατηρείται διεύρυνση της σχετικής θεματολογίας, με κυριότερη κατεύθυνση την ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι ή σε εξειδικευμένες παθήσεις που άπτονται του αντίστοιχου πλαισίου (Al-Arkee et al., 2021· Chelberg et al., 2021· Cruz et al., 2023· Holmen et al., 2020·

Janjua et al., 2021a· Kauw et al., 2018· Mehdizadeh et al., 2019· Mehraeen et al., 2022· Putranto & Rochmawati, 2020· Steindal et al., 2023· Truijen et al., 2022· Wanchai et al., 2022· Zasadzka et al., 2021). Αντίθετα, η θεματική του πένθους δεν έχει μελετηθεί τόσο εκτενώς, παρά τη συνεχή έκδοση ερευνών, οι οποίες αναπτύσσουν παρεμβάσεις (Wagner et al., 2020· Zuelke et al., 2021).

Οι μελέτες προέρχονται από διάφορες χώρες του πλανήτη. Παραδείγματα είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο Καναδάς, η Αυστραλία, ευρωπαϊκές χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία, η Πορτογαλία, η Σουηδία, η Νορβηγία, η Ολλανδία, η Πολωνία και το Βέλγιο (Al-Arkee et al., 2021· Chelberg et al., 2021· Cruz et al., 2023· Holmen et al., 2020· Janjua et al., 2021a· Jupp et al., 2018· Kauw et al., 2018· Meghani et al., 2017· Nwosu & Mason, 2012· Pinto et al., 2017· Steindal et al., 2023· Truijen et al., 2022· Wagner et al., 2020· Widberg et al., 2020· Willis et al., 2007· Zasadzka et al., 2021· Zuelke et al., 2021). Χώρες της Ασίας όπως η Ταϊλάνδη, η Ινδονησία και το Ιράν επίσης συμμετέχουν (Mehdizadeh et al., 2019· Mehraeen et al., 2022· Putranto & Rochmawati, 2020· Wanchai et al., 2022). Η Ελλάδα, ωστόσο, δεν έχει μεγάλο αριθμό δημοσιεύσεων (Naoum et al., 2021).

Η ανάπτυξη αυτών των παρεμβάσεων παλαιότερα απευθυνόταν στους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου για την εκπαίδευση ή διευκόλυνσή τους στην καθ' ημέρα κλινική πράξη (Meghani et al., 2017· Nwosu & Mason, 2012). Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να διατίθεται πληθώρα υπηρεσιών και για τους ασθενείς, τους φροντιστές τους ή το γενικό πληθυσμό, δίνοντάς τους τη δυνατότητα διαχείρισης της προσωπικής τους υγείας, με σημαντικά κλινικά και δημοσιονομικά οφέλη (Al-Arkee et al., 2021· Chelberg et al., 2021· Cruz et al., 2023· Holmen et al., 2020· Janjua et al., 2021a· Jupp et al., 2018· Kauw et al., 2018· Mehdizadeh et al., 2019· Naoum et al., 2021· Pinto et al., 2017· Putranto & Rochmawati, 2020· Steindal et al., 2023· Truijen et al., 2022· Wagner et al., 2020· Wanchai et al., 2022· Widberg et al., 2020· Zasadzka et al., 2021· Zuelke et al., 2021).

Οι παλαιότερες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις αναλώνονταν κυρίως στην περιγραφή και συγκριτική αξιολόγηση των παρεμβάσεων που ανευρίσκονταν σε καταστήματα εφαρμογών (Chelberg et al., 2021· Jupp et al., 2018· Meghani et al., 2017· Mehraeen et al., 2022· Nwosu & Mason, 2012· Pinto et al., 2017). Σταδιακά προστέθηκε η αναδίφηση της βιβλιογραφίας, καθώς έγινε εμφανής η σημασία της συμμετοχής εξειδικευμένου υγειονομικού προσωπικού κατά την ανάπτυξη τέτοιων εργαλείων (Al-Arkee et al., 2021· Cruz et al., 2023· Holmen et al., 2020· Janjua et al., 2021a· Kauw et al., 2018· Mehdizadeh et al., 2019· Naoum et al., 2021·

Putranto & Rochmawati, 2020· Steindal et al., 2023· Truijen et al., 2022· Wagner et al., 2020· Wanchai et al., 2022· Widberg et al., 2020· Willis et al., 2007· Zasadzka et al., 2021· Zuelke et al., 2021). Οι μετέπειτα έρευνες ακολουθούσαν συγκεκριμένα πρωτόκολλα εργασίας και παρουσίασης καθώς και εργαλεία ελέγχου μεθοδολογικής ποιότητας των υπό εξέταση μελετών (Al-Arkee et al., 2021· Chelberg et al., 2021· Cruz et al., 2023· Holmen et al., 2020· Janjua et al., 2021a· Jupp et al., 2018· Mehdizadeh et al., 2019· Naoum et al., 2021· Putranto & Rochmawati, 2020· Steindal et al., 2023· Truijen et al., 2022· Wagner et al., 2020· Wanchai et al., 2022· Widberg et al., 2020· Zasadzka et al., 2021· Zuelke et al., 2021).

Οι περιορισμοί των μελετών που κυρίως εντοπίζονταν ήταν σχεδιαστικοί της εκάστοτε ανασκόπησης, αλλά και του τελικού δείγματος που συλλέγονταν. Περιορισμοί όπως οι χρησιμοποιούμενες λέξεις – κλειδιά, οι βάσεις δεδομένων, η γλώσσα, το χρονικό όριο μέσα στο οποίο κινούνταν η έρευνα ή η αναζήτηση εξειδικευμένου περιεχομένου αφορούσαν τα αρχικά κριτήρια επιλεξιμότητας των δειγμάτων (Chelberg et al., 2021· Holmen et al., 2020· Meghani et al., 2017· Mehdizadeh et al., 2019· Mehraeen et al., 2022· Pinto et al., 2017· Putranto & Rochmawati, 2020· Zasadzka et al., 2021). Μικρός αριθμός μελετών ή δείγματος αυτών, μεθοδολογική ετερογένεια, μεροληπτικά σφάλματα κατά την επιλογή ή αστοχίες στη μεθοδολογία των υπό εξέταση εργασιών, είναι ζητήματα που αφορούν τις ίδιες τις μελέτες, οι οποίες εν τέλει αξιολογούνται σε σχέση με τις ερευνητικές υποθέσεις και την αρχική στοχοθεσία των μελετητών (Al-Arkee et al., 2021· Kauw et al., 2018· Naoum et al., 2021· Steindal et al., 2023· Truijen et al., 2022· Wagner et al., 2020· Wanchai et al., 2022· Willis et al., 2007· Zuelke et al., 2021).

Τα αποτελέσματα των βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων είναι συνήθως θετικά διακείμενα προς αυτές τις τεχνολογίες (Al-Arkee et al., 2021· Cruz et al., 2023· Mehraeen et al., 2022· Naoum et al., 2021· Putranto & Rochmawati, 2020· Widberg et al., 2020· Zuelke et al., 2021). Αναφέρονται και περιπτώσεις όπου δεν υπήρξε η αναμενόμενη αίσια έκβαση, αλλά δεν καταγράφηκαν αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης αυτών των υπηρεσιών (Chelberg et al., 2021· Janjua et al., 2021a· Jupp et al., 2018· Truijen et al., 2022· Wagner et al., 2020). Η πιο συνήθης κατάληξη είναι η πρόταση για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος και διενέργεια μεγαλύτερης κλίμακας κλινικών δοκιμών, προκειμένου να αποσαφηνισθούν θολά σημεία και να προστεθεί υλικό προς επεξεργασία (Al-Arkee et al., 2021· Cruz et al., 2023· Holmen et al., 2020· Janjua et al., 2021a· Kauw et al., 2018· Nwosu & Mason, 2012· Pinto et al., 2017· Steindal et al., 2023· Wagner et al., 2020· Willis et al., 2007· Zasadzka et al., 2021· Zuelke et al., 2021).

1.5 Οργάνωση μελέτης

Η ανάπτυξη της εργασίας χωρίζεται στα κεφάλαια της θεωρητικής ενίσχυσης του σχεδιασμού και της μεθοδολογίας της έρευνας, ενώ ακολουθούν εκείνα της καταγραφής και συζήτησης των αποτελεσμάτων. Αναλυτικότερα, στο θεωρητικό πλαίσιο της εργασίας αποσαφηνίζεται η έννοια του τραυματικού γεγονότος. Ως τέτοιο, νοείται μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια όσον αφορά τον ασθενή, αλλά και η διαχείριση της φροντίδας του τελευταίου στα τελικά στάδια της νόσου ή στη μετέπειτα φάση του πένθους για τους οικείους του. Επεξηγούνται αναλυτικά οι όροι της ανακουφιστικής φροντίδας και του πένθους, προκειμένου να γίνουν αντιληπτές οι απαιτήσεις της φροντίδας που χρειάζονται αυτοί οι ασθενείς. Ακολουθεί η διασαφήνιση της έννοιας της τηλεϊατρικής, ώστε να αποτυπωθούν με λεπτομέρεια οι βάσεις και η λογική ανάπτυξης των ηλεκτρονικών υπηρεσιών. Ειδικά για τα άτομα σε τραύμα, η τηλεσυμβουλευτική αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο των παρεχόμενων παρεμβάσεων και μελετάται διεξοδικά.

Στο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρουσιάζεται μια αναλυτική καταγραφή των θεραπευτικών παρεμβάσεων που προτείνονται για τα άτομα σε τραύμα. Οι έρευνες που αφορούν τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες επεξεργάζονται και αποτυπώνουν διάφορες πτυχές αυτών, ώστε να επιδείξουν τα οφέλη και τους προβληματισμούς που ανακύπτουν με τη χρήση τους. Οι έρευνες για το ρόλο των ηλεκτρονικών υπηρεσιών στη θεραπεία του τραυματικού γεγονότος μοιράζονται σε αποδελτίωση καθαρά ερευνητικών παρεμβάσεων, αλλά και ανασκοπήσεων, προκειμένου να καταγραφεί το περιεχόμενο προηγούμενων μελετών, και να υπογραμμισθούν οι αδυναμίες τους, οι οποίες θα επικαλυφθούν από την παρούσα εργασία.

Στη συνέχεια, ακολουθεί η περιγραφή της μεθοδολογίας της μελέτης, όπου επεξηγείται το είδος της έρευνας που πραγματοποιείται εδώ και οι λόγοι που αυτός επιλέχθηκε. Πρόσθετα παρουσιάζεται αναλυτικά η μέθοδος συλλογής του δείγματος καθώς και της επεξεργασίας του, βάσει της θεματικής ανάλυσης.

Στο κεφάλαιο των ευρημάτων, αυτά διαρθρώνονται βάσει των ερευνητικών ερωτημάτων που έχουν τεθεί, ώστε να απαντήσουν σε αυτά. Η συζήτηση περιλαμβάνει τη συσχέτιση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης με αυτά άλλων εργασιών, ενώ στο τελευταίο υποκεφάλαιο αναπτύσσονται οι πρακτικές εφαρμογές αυτών. Τα τελικά συμπεράσματα

αποτελούν τη σύνοψη των προκείμενων, καθώς και μια περιγραφή των περιορισμών της παρούσας εργασίας αλλά και των προτάσεων για μελλοντική έρευνα.

Τέλος, παρατίθενται οι βιβλιογραφικές παραπομπές, οι οποίες περιλήφθηκαν στο σώμα του κειμένου. Αυτές υιοθετούν τις συμβάσεις της έβδομης έκδοσης της Αμερικανικής Ένωσης Ψυχολόγων (American Psychological Association -APA style).

Κεφάλαιο 2^ο: Θεωρητικό πλαίσιο

2.1 Τραυματικό γεγονός

Η έκθεση ενός ανθρώπου σε τραυματικά γεγονότα είναι από τα πιο ευρέως διαδεδομένα φαινόμενα ανά τον κόσμο. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων (International Classification of Diseases - ICD 11) ως τραυματικό γεγονός ορίζεται ένα εξαιρετικά απειλητικό ή τρομακτικό συμβάν ή σειρά τέτοιων. Στην πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, ως τραύμα νοείται οποιοδήποτε περιστατικό περιλαμβάνει πραγματικό ή επαιλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία, το οποίο είτε λαμβάνει χώρα άμεσα, είτε με έμμεσο τρόπο μέσω της παρακολούθησής του (ICD-11, 2023· McWey, 2022· Pai et al., 2017).

Εντούτοις, ήδη από τη δεκαετία του 1990 και την τέταρτη έκδοση του DSM, η σοβαρή ασθένεια είχε εισαχθεί ως ένας πιθανός τραυματικός στρεσογόνος παράγοντας. Η ανακοίνωση της ύπαρξης μιας νόσου απειλητικής για τη ζωή, οι επώδυνες εμπειρίες και εξουθενωτικές παρενέργειες που συνοδεύουν τη θεραπεία της και η γνώση της κακής πρόγνωσης, μπορεί να βιωθούν ως τραύματα, τα οποία επιφέρουν σημαντικές ψυχολογικές αλλαγές στο νοσούντα και κλονίζουν την έως τότε αίσθηση του εαυτού και τις βασικές πεποιθήσεις του. Τραύματα σχετιζόμενα με ασθένειες μπορεί να διαφέρουν από εκείνα που προκαλούνται από φυσικές ή ανθρωπογενείς καταστροφές. Ωστόσο, έρευνες εκτιμούν ότι άτομα με μακροχρόνιες παθήσεις έχουν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν ψυχολογική δυσφορία ή προβλήματα ψυχικής υγείας από το γενικό πληθυσμό. Τέτοιες καταστάσεις έχουν συσχετισθεί με τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, τη Διαταραχή Παρατεταμένου Πένθους, τη χρήση ουσιών, τον αυτοκτονικό ιδεασμό, αλλά και την αδυναμία δημιουργίας και διατήρησης δεσμών με άλλους ανθρώπους. Το τελευταίο, ειδικά, αποτελεί σημαντική τροχοπέδη στη διαχείριση και ανάκαμψη από τραυματικά γεγονότα, καθώς ένα συνεκτικό υποστηρικτικό δίκτυο πάντα βοηθά τα ενδιαφερόμενα υποκείμενα (Bernard et al., 2022· Boelen et al., 2019· McWey, 2022).

Ομοίως με τους ασθενείς, και οι φροντιστές τους επηρεάζονται από την ανακοίνωση μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας. Πάσχοντες και οικείο περιβάλλον αντιμετωπίζουν ουσιαστικά προβλήματα και έχουν ανάγκες, όχι μόνο σωματικές αλλά και ψυχολογικές.

Υποφέρουν από την επιβάρυνση του ρόλου που έχουν αναλάβει και την κοινωνική απομόνωση. Οι συνηθέστερες ανικανοποίητες ανάγκες είναι η παροχή σαφών και έγκυρων πληροφοριών και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης (Tang et al., 2014). Αυτή η εργασία εστιάζει στο τραύμα που βιώνουν ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή ή μακροχρόνιες ασθένειες, οι οποίοι χρίζουν ανακουφιστικής φροντίδας και στους μετέπειτα πενθούντες οικείους τους.

2.1.1 Η ανακουφιστική φροντίδα στο τραυματικό γεγονός της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι ένα αναπτυσσόμενο πεδίο για την υγειονομική περίθαλψη των ασθενών. Αφορά μια προσέγγιση, η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των τελευταίων, οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω απειλητικών για τη ζωή ασθενειών, καθώς και των οικογενειών και των φροντιστών τους. Οι καθημερινές προκλήσεις μπορεί να αφορούν σωματικά ζητήματα, όπως την έγκαιρη αναγνώριση και αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου, ψυχολογικά ή άλλα, τα οποία άπτονται της κοινωνικής ή πνευματικής σφαίρας (IAHPC, 2019· Santos et al., 2023· WHO, 2020· WHPCA, 2020). Η ανακουφιστική φροντίδα δεν αφορά αποκλειστικά την παροχή υπηρεσιών σε τελικού σταδίου ασθενείς, αλλά περιλαμβάνει όλη τη διάρκεια της ασθένειας, υποστηρίζοντας αυτούς και τους οικείους τους, και επεκτείνεται και στην περίοδο του πένθους. Εγκυστεύει δε, και την εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία παρέχεται σε ξενώνες ή σχετικά νοσηλευτικά ιδρύματα, η οποία αφορά στην ανακούφιση ασθενών, οι οποίοι οδεύουν προς το τέλος της ζωής τους, με πρόγνωση έξι μηνών ή μικρότερη (Ιορδανίδου και συν., 2019· Geiger et al., 2022).

Ο όρος ανακουφιστική φροντίδα ή και παρηγορική φροντίδα, ο οποίος στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία αποδίδεται ως palliative care, έχει τις ρίζες του στη λατινική γλώσσα. Προέρχεται από τη λέξη *pallium*, η οποία σημαίνει μανδύας, κάλυμμα ή ασπίδα και πιθανώς αποτυπώνει, σε ένα αδρό επίπεδο, τη φροντίδα που προστατεύει τους ανθρώπους από τις φθορές των ασθενειών (Hallenbeck, 2022· Milligan & Potts, 2009). Ανέκαθεν οι άνθρωποι προσπαθούσαν να επιδείξουν το δέοντα σεβασμό και προσοχή στους αρρώστους και τους νεκρούς τους. Τα πρώτα νοσηλευτικά κέντρα ιδρύθηκαν στη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία, στις απαρχές του Χριστιανισμού, ενώ το 400 μ.Χ. μετακινήθηκαν εντός θρησκευτικών ιδρυμάτων. Έως το 19^ο αιώνα, οπότε και δημιουργήθηκε ο πρώτος ξενώνας στη Γαλλία, το 1842, από τη Jeanne Garnier, τα προηγούμενα είχαν εξασθενήσει και κλείσει (Milligan & Potts, 2009· Mollaoğlu et al., 2019).

Κατά το 19^ο αιώνα, λόγω των κοινωνικών αλλαγών και της ιατρικής προόδου, παρατηρήθηκαν μεταστροφές στον τόπο αλλά και στις αιτίες που προξενούσαν το θάνατο στους ανθρώπους. Οι ασθενείς δεν απεβίωναν πλέον, όπως συχνά στο παρελθόν, στο σπίτι τους από λοιμώξεις. Άρχισε να παρατηρείται μια παραμέληση προς αυτούς, των οποίων τα νοσήματα θεωρούνταν ανίατα, και το ιατρικό προσωπικό ασχολούνταν με θέρμη, με τις νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις που αναδύονταν για τους λοιπούς νοσούντες. Από τη δεκαετία του 1950 και έπειτα, σχετικές μελέτες από το Ίδρυμα Marie Curie Memorial (1952), τους Bailey (1959), Glynn Hughes (1960) και Hinton (1964) αναδείκνυαν την ανεπάρκεια και τις ελλείψεις τόσο στην οικονομική υποστήριξη, όσο και στις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών αυτών αλλά και στη στελέχωση των φροντιστών τους (Milligan & Potts, 2009· Saunders, 2001).

Ο πρώτος μοντέρνος ξενώνας ιδρύθηκε από τη Cicely Saunders στο Λονδίνο, το 1967. Ο ξενώνας του Αγίου Χριστόφορου βοήθησε στην αναγνώριση και θέσπιση πρωτοκόλλων για τους ασθενείς τελικού σταδίου και βάσει αυτού αυξήθηκαν οι ξενώνες σε Ηνωμένο Βασίλειο και Ευρώπη. Έως το 1990 η ιδέα των τότε ξενώνων ατόνησε και άρχισε να χρησιμοποιείται η προσέγγιση της ανακουφιστικής φροντίδας, η οποία αργότερα επεκτάθηκε εκτός από τους καρκινοπαθείς και σε ασθενείς με καρδιακή και αναπνευστική ανεπάρκεια. Μελέτη σταθμό στο αντικείμενο αποτέλεσε η έρευνα SUPPORT, το 1995, η οποία επιβεβαίωσε σημαντικές ελλείψεις στη φροντίδα των βαρέως πασχόντων στα νοσοκομεία και κατέληξε πως απαιτείται σοβαρότερη δέσμευση στους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας από μέρους τού εμπλεκόμενου προσωπικού. Έτσι, προχωρώντας τα χρόνια, αρκετές χώρες θεώρησαν την ανακουφιστική φροντίδα ξεχωριστό τομέα εξειδίκευσης και παρέχουν πλέον κατευθυντήριες γραμμές και σχετικά προγράμματα κατάρτισης (Connors et al., 1995· Hallenbeck, 2022· Milligan & Potts, 2009· Mollaoğlu et al., 2019).

Η αλλαγή αυτή διαφαίνεται και στην εξέλιξη των ορισμών που δίνονται κατά καιρούς στην ανακουφιστική φροντίδα. Το 1989, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έδωσε για πρώτη φορά έναν ορισμό και συμπλήρωσε το 1998, έναν πιο συγκεκριμένο για παιδιά. Ωστόσο, το 2002 τον αναθεώρησε, δίνοντας έμφαση στη δημόσια υγεία και στην επιβαρυντική εμπειρία των ασθενών με συχνά πολλαπλές χρόνιες νόσους, ξεφεύγοντας έτσι από τον δείκτη της ονομαστικής πρόγνωσης και μόνο. Αργότερα, το 2014, συμπλήρωσε ότι η ανακουφιστική φροντίδα είναι μια διεπιστημονική φιλοσοφία φροντίδας, η οποία βασίζεται στην ολιστική παροχή υπηρεσιών πρόληψης, ανακούφισης συμπτωμάτων και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και υποστήριξης των οικογενειών τους, ακόμα και κατά την περίοδο του πένθους. Η ανακουφιστική φροντίδα οφείλει να εφαρμόζεται κατά την υγειονομική περίθαλψη

ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου, ενώ κρίνεται απαραίτητη η αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας με όλα τα ενδιαφερόμενα υποκείμενα (Mollaoglu et al., 2019· Radbruch et al., 2020· WHO, 2020· WHPCA, 2020).

Οι βασικές αρχές που διέπουν την εφαρμογή ανακουφιστικής φροντίδας στους ασθενείς, συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Η προσέγγιση περιλαμβάνει την πρόληψη, τον έγκαιρο εντοπισμό, την ολοκληρωμένη αξιολόγηση και διαχείριση των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών ζητημάτων, που μπορεί να ανακύψουν κατά τη φροντίδα των πασχόντων. Όποτε είναι δυνατόν, οι παρεμβάσεις πρέπει να βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία.
- Υποστηρίζει τους ασθενείς, και τις οικογένειές τους, στον καθορισμό των στόχων φροντίδας, διευκολύνοντας την ουσιαστική επικοινωνία, ώστε να ζήσουν όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένα έως το θάνατό τους.
- Εφαρμόζεται καθ' όλη τη διάρκεια μιας ασθένειας, ανταποκρινόμενη στις ανάγκες των ασθενών.
- Δύναται να παρέχεται συνδυαστικά με ρυθμιστικές για την ασθένεια θεραπείες.
- Μπορεί να επηρεάσει θετικά την εξέλιξη της νόσου.
- Στόχος της δεν είναι ούτε η επίσπευση, ούτε η αναβολή του θανάτου αλλά η επιβεβαίωση της ζωής και η αναγνώριση του τελευταίου ως φυσική διαδικασία.
- Περιλαμβάνει την υποστήριξη των οικείων των πασχόντων κατά τη διάρκεια της ασθένειας αλλά και κατά την περίοδο του πένθους τους.
- Σέβεται και αναγνωρίζει τις πολιτισμικές αξίες και πεποιθήσεις των εμπλεκόμενων.
- Εφαρμόζεται σε όλα τα περιβάλλοντα παροχής φροντίδας υγείας (στην κατοικία των ασθενών ή άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα) και σε όλα τα επίπεδα (πρωτοβάθμια έως τριτοβάθμια).
- Δύναται να παρέχεται από επαγγελματίες με βασική εκπαίδευση στην ανακουφιστική φροντίδα, αλλά απαιτείται εξειδικευμένο και ποικίλων ειδικοτήτων προσωπικό για την αντιμετώπιση σύνθετων περιπτώσεων (IAHPC, 2019· Radbruch et al., 2020).

Αντιστοίχως με την προκείμενη παράμετρο, αναγνωρίζονται και τα επίπεδα παροχής ανακουφιστικής φροντίδας σε βασικό, γενικό και εξειδικευμένο. Βασική ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται από όλο το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, κληρικούς και εθελοντές, οι οποίοι εκπαιδεύονται στις θεμελιώδεις αρχές της προσέγγισης. Οφείλουν να αναγνωρίζουν τους ασθενείς με τις σχετικές ανάγκες και να συνεργάζονται με άλλες αρμόδιες υπηρεσίες.

Όσον αφορά τους ασθενείς και το περιβάλλον τους, οφείλουν να τους ενημερώνουν, να εκπαιδεύουν και να στηρίζουν στα ζητήματα που αφορούν την εξέλιξη της νόσου και την απαιτούμενη φροντίδα. Εν συνεχεία, η γενική ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται από προσωπικό που έχει εμπειρία συνεργασίας με ασθενείς που χρίζουν ανακουφιστικής φροντίδας, χωρίς, ωστόσο, η παροχή της να είναι το κύριο αντικείμενό τους. Συνηθέστερα ασχολούνται με την αξιολόγηση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Η εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται από ειδικά για το σκοπό αυτό, εκπαιδευμένο προσωπικό, σε ασθενείς με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα και περιπλεγμένες ανάγκες. Το προσωπικό λειτουργεί σε διεπιστημονικές ομάδες και έχει τη δυνατότητα να εκπαιδεύσει νεαρότερους συναδέλφους ή να ασχοληθεί με την έρευνα (Ιορδανίδου και συν., 2019· Mollaoğlu et al., 2019· Robinson et al., 2022· WHPCA, 2020).

Η ακριβής σύνθεση μιας ομάδας παροχής ανακουφιστικής φροντίδας δεν είναι αυστηρά καθορισμένη, καθώς εκτός από τις ανάγκες του ασθενή, επηρεάζεται και από τη διαθεσιμότητα του υπάρχοντος προσωπικού. Κυρίως περιλαμβάνει ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλεύτες, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και ιερείς. Εντούτοις, οιοσδήποτε μπορεί να προσφέρει ιατρική, συναισθηματική ή άλλη πρακτική υποστήριξη μπορεί να συμπεριληφθεί. Τέτοιες ειδικότητες είναι οι φαρμακοποιοί, εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, διατροφολόγοι, ακόμα και βελονιστές ή μουσικοθεραπευτές (Geiger et al., 2022· Hui et al., 2018· Swami & Case, 2018).

Η ανακουφιστική φροντίδα πρωταρχικά αναπτύχθηκε για την εξυπηρέτηση των αναγκών των καρκινοπαθών, οι οποίοι λαμβάνουν τις περισσότερες υπηρεσίες, ακόμα και σήμερα. Ωστόσο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αναγνωρίζοντας τα τρέχοντα υγειονομικά δεδομένα, τον αυξανόμενο επιπολασμό των χρόνιων παθήσεων, ο οποίος συνδυάζεται με τη γήρανση του πληθυσμού, σταδιακά επέκτεινε τις ασθένειες, οι οποίες περιλαμβάνονται στα δυνητικά απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, που προκαλούν έκπτωση στη διαβίωση των ασθενών. Για τους ενήλικες μπορούν να αναφερθούν παθήσεις όπως η άνοια, διάφορα καρδιαγγειακά νοσήματα, η κίρρωση του ήπατος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο διαβήτης, το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS), η νεφρική ανεπάρκεια, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος του Πάρκινσον, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η ανθεκτική στα φάρμακα φυματίωση (Mollaoğlu et al., 2019· Rato et al., 2022· Santos et al., 2023· WHO, 2020). Όσον αφορά τα παιδιά, των οποίων η ανάγκη για τέτοιου τύπου φροντίδα άρχισε ήδη να καταγράφεται από το 1982, πλέον και εκείνα με άτυπη ανατομία, χρωμοσωμικές διαφοροποιήσεις ή διαταραγμένο μεταβολισμό, μπορούν να επιβιώσουν, αποτελώντας, όμως,

ασθενείς που χρειάζονται σύνθετη κλινική φροντίδα. Ασθένειες όπως συγγενείς ανωμαλίες, καρδιαγγειακές ή νεφρικές παθήσεις, νευρολογικές διαταραχές, διαταραχές του αίματος και του ανοσοποιητικού συστήματος, μηνιγγίτιδα ή κίρρωση αντιμετωπίζονται στις εξειδικευμένες μονάδες (B. S. Carter, 2022· Mollaoğlu et al., 2019· WHO, 2020).

Η ανάγκη για χρήση ανακουφιστικής φροντίδας από τους ασθενείς αυξάνεται διεθνώς. Εκτιμάται ότι, έως το 2060, 47% των ετήσιων θανάτων παγκοσμίως θα αφορά ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας. Η παρατηρούμενη γήρανση του πληθυσμού επιδεινώνει αυτό το φαινόμενο (Despotova-Toleva & Toleva-Nowak, 2021· Hallenbeck, 2022· Santos et al., 2023). Στις μέρες μας, πάνω από 56,8 εκατομμύρια άνθρωποι ετησίως χρίζουν ανακουφιστικής φροντίδας, ενώ το 80% αυτών δεν έχουν πρόσβαση ακόμα και στις πιο βασικές παροχές, όπως η ανακούφιση του πόνου και της δύσπνοιας, που αποτελούν τα συνηθέστερα συμπτώματα των πασχόντων. Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών σε ανάγκη είναι το 67,1% της ηλικιακής ομάδας των 50 ετών και άνω, ενώ περίπου το 7% αφορά παιδιά έως 19 ετών. Οι ενήλικες ασθενείς αναζητούν βοήθεια κυρίως για κακοήγη νεοπλασμάτα και σύνδρομο AIDS σε ποσοστά 28,2% και 22,2% αντίστοιχα στο σύνολο των παθήσεων, ενώ τα παιδιά χρειάζονται βοήθεια για το AIDS (29,6%) και δευτερευόντως για ζητήματα προωρότητας και περιγεννητικών τραυματισμών (17,7%). Χρησιμοποιώντας τις ομαδοποιήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 26,8% των ασθενών που χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα κατοικούν στην περιοχή του Δυτικού Ειρηνικού και ακολουθεί με 20,2% η περιοχή της Αφρικής. Για τα παιδιά, η περιοχή της Αφρικής καταλαμβάνει το εντυπωσιακό ποσοστό του 51,8% στο σύνολο των χωρών (Radbruch et al., 2020· WHO, 2020· WHPCA, 2020).

Τα μειωμένα ποσοστά πρόσβασης στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας οφείλονται σε ποικίλους παράγοντες. Αρχικά, υπάρχουν πολλές χώρες χωρίς συγκεκριμένη εθνική στρατηγική και εφαρμόσιμες πολιτικές για αυτού του είδους την υγειονομική περίθαλψη. Η επιτυχής, όμως, υλοποίησή της απαιτεί νομοθετήσεις, σχετικές αδειοδοτήσεις, χρηματοδοτήσεις, επίσημες προδιαγραφές λειτουργίας και σαφείς κλινικές οδηγίες, προερχόμενες από την αναγνωρισμένη ιατρική (υπο)ειδικότητα. Ανάλογη σημασία θα πρέπει να δοθεί στην επαρκή εκπαίδευση του εμπλεκόμενου προσωπικού, καθώς και στην αύξηση του ποσοστού εκείνων που ασχολούνται με την παροχή της ανακουφιστικής φροντίδας σε εξειδικευμένο επίπεδο. Τέλος, ακολουθεί το μείζον θέμα της διαθεσιμότητας των απαραίτητων φαρμάκων, και κυρίως των οπιοειδών που χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση του πόνου, στα οποία η πρόσβαση του πληθυσμού κρίνεται ανεπαρκής σε σχέση με τις διεθνείς συμβάσεις (IAHPC, 2019· WHO, 2020· WHPCA, 2020).

Για τον έλεγχο της παγκόσμιας εφαρμογής της ανακουφιστικής φροντίδας αναπτύχθηκε ένα σύστημα χαρτογράφησης των χωρών, όπου κατηγοριοποιεί κάθε χώρα ανάλογα με τον τρόπο παροχής της φροντίδας. Οι τέσσερις κατηγορίες που δημιουργήθηκαν είναι : καμία γνωστή δραστηριότητα (ομάδα 1), ανάληψη πρωτοβουλιών για την μελλοντική ανάπτυξη υπηρεσιών (ομάδα 2), τοπική παροχή ανακουφιστικής φροντίδας όχι καλά υποστηριζόμενη (ομάδα 3α) ή καλά υποστηριζόμενη (ομάδα 3β) και υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας που έχουν επιτύχει ένα βαθμό ενσωμάτωσης στο εθνικό σύστημα υγείας (ομάδα 4). Η πρώτη προσπάθεια χαρτογράφησης έγινε το 2006. Κατόπιν μεθοδολογικών βελτιώσεων και της τρίτης σχετικής μελέτης, τα στοιχεία του 2017, τα οποία ενσωματώθηκαν στη δεύτερη έκδοση του Παγκόσμιου Άτλα της ανακουφιστικής φροντίδας του 2020, κατατάσσουν την Ελλάδα στην κατηγορία 3α (WHPCA, 2020).

Η Ελλάδα διαθέτει μικρό αριθμό ξενώνων και υπηρεσιών εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας. Οι υπηρεσίες παρέχονται από ΜΚΟ, σε εξωνοσοκομειακά ιδρύματα ή κατ' οίκον. Ενώ έχουν υπάρξει εθνικά σχέδια δράσης τα οποία αναφέρονται στην ανακουφιστική φροντίδα, η πλειονότητα αυτών χρειάζεται επικαιροποίηση ενώ δεν υλοποιήθηκαν πολλά από τα εξαγγελθέντα. Η κυριότερη και πιο στοχευμένη προσπάθεια του ελληνικού κράτους είναι ο Νόμος 5007, ο οποίος δημοσιεύθηκε εξαιρετικά πρόσφατα (Δεκέμβριος του 2022) και με καθυστέρηση τριών ετών από τη σχετική έρευνα της συσταθείσας επιτροπής, ειδικά για τη μελέτη της ανάπτυξης και της υλοποίησης της στρατηγικής για την ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα (Ιορδανίδου και συν., 2019· *Νόμος 5007/2022 (ΦΕΚ 241/Α/23-12-2022)*, 2022).

2.1.2 Το πένθος ως τραυματικό γεγονός

Κάθε χρόνο άνθρωποι αποβιώνουν. Καταγράφονται περίπου 50 εκατομμύρια θάνατοι παγκοσμίως. Λόγω της αύξησης και της γήρανσης του πληθυσμού, το νούμερο αυτό αναμένεται να ανέλθει στα 90 εκατομμύρια, ετησίως, έως το έτος 2048. Η πανδημία του κορονοϊού SARS-CoV-2 αύξησε τον παγκόσμιο απολογισμό θανάτων κατά 14,9 εκατομμύρια επιπλέον, για τα έτη 2020 και 2021 (De Leon Corona et al., 2022· WHO, 2023d). Το πένθος είναι η φυσική και επίπονη συναισθηματική απάντηση σε διάφορες απώλειες στη ζωή του ανθρώπου, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου με τον οποίο ο πενθώντας μοιράζεται έναν έντονα συναισθηματικό δεσμό, η απώλεια της εργασίας, η κατάρρευση μιας σχέσης και

άλλα απροσδόκητα γεγονότα και αλλαγές στη ζωή. Ασθενείς και οικογένειες μπορεί να βιώσουν πολλά είδη απωλειών κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης μιας σοβαρής νόσου όπως την απώλεια ελέγχου, σωματικών ή γνωστικών λειτουργιών, κοινωνικών ρόλων ή/και οικονομικών πόρων. Συνήθως αποτελεί ένα έντονα στρεσογόνο γεγονός που ακολουθεί μια ιδιαίτερα εξατομικευμένη τροχιά (McKee & Kelly, 2020· Nakajima, 2018· Pop-Jordanova, 2021).

Πολλοί μελετητές προσπάθησαν να περιγράψουν και να ερμηνεύσουν την πορεία του πένθους στους ανθρώπους, αναπτύσσοντας διάφορες θεωρίες, κατά τη διάρκεια της νεότερης ιστορίας. Αρχικά, ο Δανός θεολόγος και φιλόσοφος Søren Aaby Kierkegaard (1845) ασχολήθηκε, μεταξύ άλλων, με την έννοια αυτή. Έγραψε μια εποχή, κατά την οποία στη Δανία υπήρχαν έντονες πολιτικές, οικονομικές και θρησκευτικές ζυμώσεις. Η κρίση που διέρχονταν η χώρα, ενίσχυσε τις χριστιανικές αξίες που διαπνέουν το έργο του, για τα αισθήματα της φιλανθρωπίας και της εξάρτησης του ενός από τον άλλον. Ο Χριστιανισμός αναφέρει πως πρέπει να αγαπά κανείς τον Θεό και τον πλησίον του, όπως τον εαυτό του. Η «υποχρέωση» αυτής της αγάπης δεν σταματά για εκείνους που τους έχει χωρίσει ο θάνατος. Ο Kierkegaard περιγράφει το πένθος που βιώνει κανείς ως την πιο ανιδιοτελή πράξη αγάπης από όλες, διότι το ενδεχόμενο ανταπόδοσης δεν υφίσταται. Ένα άτομο που πενθεί θα υποφέρει από θλίψη για όσο καιρό διαρκεί αυτός ο αποχωρισμός. Η αναταμοιβή, ωστόσο, που λαμβάνει από αυτή την ατέρμονη διαδικασία του πένθους είναι η ευλογία και η βαθύτερη κατανόηση της ζωής (Gravesen & Birkelund, 2021· Kirkconnell, 2003).

Ακολουθεί ο Sigmund Freud (1917), νευρολόγος και ψυχίατρος, ο οποίος μίλησε για το πένθος, προς το τέλος του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου, σε μια περίοδο έντονης εκβιομηχάνισης και αστικοποίησης. Η θεωρία του βασίστηκε στην κλινική εμπειρία που είχε με καταθλιπτικούς ασθενείς, για αυτό και αμφισβητείται η εφαρμογή της στο γενικό πληθυσμό. Η βασική ιδέα είναι πως το πένθος αποτελεί μια μοναχική διαδικασία, η επιτυχής έκβαση της οποίας κρίνεται από τη διακοπή των συναισθηματικών δεσμών με τον θανόντα και την επιστροφή στην προ της απώλειας λειτουργία. Το πένθος, κατά τον Freud, δεν είναι απαραίτητο να προκληθεί μονάχα από την απώλεια ενός ανθρώπου. Τη θέση αυτή μπορεί να κατέχει ένα αντικείμενο ή κάτι πιο αφηρημένο, όπως ένα ιδανικό ή μια εμπειρία. Το πένθος θεωρείται μια φυσιολογική αντίδραση, η οποία θα ξεπεραστεί με τον καιρό και για το λόγο αυτό δεν χρίζει ιδιαίτερης προσοχής από την ιατρική κοινότητα, εκτός και εάν το άτομο προσκολληθεί στο θανόντα μέσω μιας «ψευδαισθητικής ευσεβούς ψύχωσης» και οδηγηθεί στην παθολογική κατάσταση της μελαγχολίας. Η μελαγχολία στην εποχή αυτής της θεωρίας λογιζόταν ως ψυχική διαταραχή,

που σήμερα προσομοιάζει στην κατάθλιψη (Buglass, 2010· de Boer et al., 2020· Gravesen & Birkelund, 2021· P. Wright & Hogan, 2008).

Ο Erich Lindemann (1944) ήταν ψυχίατρος, ειδικευθείς στο πένθος. Διενήργησε την έρευνά του στις αρχές του 1940, οπότε κυριαρχούσε το κίνημα του λογικού θετικισμού. Η ιατρική επιθυμούσε να βασίζεται στο θετικισμό, ενώ οι τομείς της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας επιζητούσαν επιστημονική αναγνώριση. Ο Lindemann έκανε τις παρατηρήσεις του σε υποκείμενα που έχασαν κάποιον δικό τους από φυσικά αίτια, καταστροφές ή πόλεμο. Κατέγραψε φυσιολογικές και μη αντιδράσεις στη διάρκεια του πένθους, παρόλο που σήμερα πολλές από τις παθολογικές θεωρούνται συνηθισμένες και γίνονται αποδεκτές στην κατηγορία των αναμενόμενων και φυσιολογικών. Αυτές είναι σωματικές διαταραχές, προσκόλληση στην εικόνα του νεκρού, αισθήματα ενοχών, εχθρότητας ή θυμού, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και δυσκολία στην επιτέλεση καθημερινών λειτουργιών. Επηρεασμένη από το Freud, η θεωρία καταλήγει πως μια επιτυχημένη έκβαση περιέχει τη συναισθηματική απομάκρυνση από το θανάτο, την αναπροσαρμογή στο περιβάλλον και την ανάπτυξη νέων σχέσεων. Ο Lindemann με τη μελέτη παρατήρησης που διεξήγαγε επέτρεψε την ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, εδραίωσε την ψυχιατρική επιστημονικά και άρχισε να ιατροκοποιεί το πένθος (Allard et al., 2020· Buglass, 2010· P. Wright & Hogan, 2008).

Η Elisabeth Kübler-Ross, ψυχίατρος, το 1969 δημοσίευσε ένα από τα γνωστότερα βιβλία στον κόσμο, το οποίο περιλάμβανε τα πέντε στάδια της ψυχικής διεργασίας που βιώνει ένα άτομο, το οποίο πορεύεται προς το θάνατο. Αυτά είναι το στάδιο της άρνησης (1), η οποία μπορεί να αφορά άρνηση για τα γεγονότα, τις επιπτώσεις ή την πιθανότητα θανάτου, το στάδιο του θυμού (2) το οποίο συνοδεύεται από μία αίσθηση αδικίας, αδυναμίας, έλλειψης ελέγχου ή/και έντονων ενοχών προς τον εαυτό για πράγματα που έγιναν ή δεν έγιναν. Το στάδιο 3, εκείνο της διαπραγματεύσεως, αφορά την προσπάθεια του ατόμου να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την εξέλιξη της ασθένειας, υποσχόμενο συμμόρφωση σε υποδείξεις. Στο στάδιο της κατάθλιψης (4), ο ασθενής αρχίζει να αποδέχεται την κατάστασή του και θρηνεί – αποχαιρετά την προηγούμενη. Τέλος, στο στάδιο της αποδοχής (5) πρυτανεύει η εσωτερική ηρεμία και συμφιλίωση με την ιδέα του θανάτου. Το μοντέλο που πρότεινε η Kübler-Ross, όπως και όλα εκείνα που αποτελούνται από στάδια ή φάσεις έχουν τον περιορισμό της περιγραφής ενός καθορισμένου μοτίβου, ενώ στην πραγματικότητα τα στάδια αλληλοεπικαλύπτονται ή δεν συμβαίνουν διαδοχικά. Επίσης, αφορά το πένθος στο άτομο που νοσεί από μια ανίατη ασθένεια και δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται στο λοιπό περιβάλλον του ασθενή, το οποίο θρηνεί για διαφορετικά πράγματα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012· Buglass, 2010).

Ο Edward John Mostyn Bowlby (1969), ψυχίατρος, ψυχολόγος και ψυχαναλυτής, προσπάθησε και αυτός να ερμηνεύσει το πένθος μέσω της θεωρίας των τεσσάρων σταδίων που ανέπτυξε, η οποία έγινε ευρέως αποδεκτή από τους κλινικούς και το γενικό πληθυσμό, εν μέρει λόγω της αναγνωρισιμότητας και της εξοικείωσης με τη θεωρία των πέντε σταδίων της Kübler-Ross. Για την ανάπτυξη της προσέγγισής του για το πένθος ο Bowlby, βασίστηκε στις κλινικές εμπειρίες και την πρότερη θεωρία του περί συναισθηματικού δεσμού. Η θεωρία αυτή αρθρώνεται γύρω από τη σημασία των ανθρώπινων συναισθηματικών δεσμών που αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα μακροχρόνιων αλληλεπιδράσεων. Η δημιουργία τέτοιων δεσμών ξεκινά από τη βρεφική ηλικία και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου διαταράσσει αυτούς τους δεσμούς στην προσπάθεια ανάκτησης της εγγύτητας και οδηγεί στην έκφραση συγκεκριμένων αντιδράσεων από τους πενθούντες προς αναζήτηση της ανακούφισης από τη θλίψη. Η εξέλιξη του πένθους ακολουθεί τις τέσσερις αλληλοεπικαλυπτόμενες και ευέλικτες φάσεις του μούδιασματος (1), της έντονης επιθυμίας για επιστροφή του θανόντα (2), της απελπισίας και της αποδιοργάνωσης (3) και τέλος της ανάκαμψης (4), οπότε και επέρχεται η προσαρμογή στην απώλεια και η διατήρηση μιας συμβολικής σχέσης με το πρόσωπο που χάθηκε. Η θεωρία του Bowlby βασίστηκε σε κλινικές ενδείξεις και ήταν η πρώτη που μελέτησε πως το είδος της σχέσης που είχε κανείς με το θανόντα μπορεί να επηρεάσει την ένταση της εμπειρίας του πένθους (Buglass, 2010· Nakajima, 2018· Russ et al., 2022· P. Wright & Hogan, 2008).

Η συμβολή της Catherine Sanders (1989) στις μελέτες για την εξέλιξη του πένθους έχει μια πιο ασυνήθιστη έναρξη σε σχέση με των υπολοίπων μελετητών. Η Sanders ήταν μοντέλο, παρουσιάστρια ραδιοφωνικής εκπομπής και ηθοποιός. Αποφάσισε να φοιτήσει εκ νέου θέλοντας να ενισχύσει τη μόρφωση των παιδιών της. Ωστόσο, ο θάνατος του γιού της έστρεψε τις μελέτες της στο πένθος. Λόγω έλλειψης πληθώρας ερευνητικών εργαλείων, δημιούργησε το δικό της, την *Καταγραφή της Εμπειρίας του Πένθους* (Grief Experience Inventory - GEI), το οποίο και έτυχε ευρείας χρήσης έκτοτε. Στη θεωρία των φάσεων του πένθους που διατύπωσε, αναφερόταν στις ψυχολογικές, γνωστικές και σωματικές συνέπειες που βίωνε το υποκείμενο κάθε φορά. Οι φάσεις είναι κατά σειρά αυτή του σοκ, της συνειδητοποίησης της απώλειας, της συντήρησης – απόσυρσης, της επούλωσης και της ανανέωσης. Η σημασία του έργου της οφείλεται στο ότι βασίζεται σε ευρήματα προερχόμενα από έρευνα και θεωρητικές βάσεις. Καταγράφει τις διαφορετικές αντιδράσεις των πενθούντων τονίζοντας τη μοναδικότητα και την ποικιλία που έχουν, θέτει την έννοια της ενεργής συμμετοχής στη διαδικασία του πένθους και

όχι την παθητική αντιμετώπισή της. Επίσης καταγράφει τη δυνατότητα προσωπικής ανάπτυξης μέσω αυτής της μετασχηματιστικής εμπειρίας (Doka, 2006).

Ο ψυχολόγος William J. Worden (1991) δίνει ακόμα μεγαλύτερη έμφαση στην ενεργή ενασχόληση των πενθόντων κατά τη διαδικασία του πένθους, αναπτύσσοντας ένα μοντέλο το οποίο περιγράφει συγκεκριμένες εργασίες που πρέπει να γίνουν από μέρους του ατόμου που βιώνει την απώλεια, προκειμένου για την επίτευξη της ανακούφισης από τα συναισθήματα του θρήνου. Οι εργασίες είναι η συνειδητοποίηση της απώλειας, η επεξεργασία και βίωση του πόνου του πένθους, η προσαρμογή σε ένα περιβάλλον χωρίς το θανόντα και η ανάληψη νέων ρόλων και τέλος η διαμόρφωση μιας συνεχούς σχέσης με τις αναμνήσεις κατά τρόπο που το άτομο να είναι σε θέση να συνεχίσει τη ζωή του. Η θεωρία του Worden αναπτύχθηκε πρωταρχικά για συμβούλους και θεραπευτές, τονίζοντας τη σημασία της συμβολής τους στην προσφορά φροντίδας στους πενθούντες (Buglass, 2010· Nakajima, 2018· P. Wright & Hogan, 2008).

Το μοντέλο της διπλής διαδικασίας (Dual Process Model) των Margaret Stroebe και Henk Schut (1999) διαφοροποιείται ριζικά στην προσέγγιση του πένθους σε σχέση με τα προηγούμενα. Οι Stroebe και Schut ήθελαν να απομακρυνθούν από την ιδέα της γραμμικής μετάβασης σταδίων ή φάσεων κατά τη διάρκεια του πένθους και ανέπτυξαν τη θεωρία των στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με την απώλεια και εκείνων που σχετίζονται με την επαναφορά. Οι πρώτοι αφορούν στην αποδοχή του πόνου, την νοητική εξεργασία της απώλειας καθώς και διάφορες εκδηλώσεις θλίψης, όπως το κλάμα, ενώ οι δεύτεροι αναφέρονται στις προσπάθειες διευθέτησης διαφόρων δευτερογενών απωλειών, όπως οικονομικές επιπτώσεις, και να βρεθούν τρόποι αντιμετώπισης αυτών. Στην καθημερινή ζωή, οι πενθούντες έρχονται αντιμέτωποι και με τα δύο είδη στρεσογόνων παραγόντων και κινούνται μεταξύ της διαχείρισης και της αποφυγής αυτών. Η ευέλικτη εναλλαγή μεταξύ της ενασχόλησης και της αποφυγής του έργου του πένθους κρίνεται απαραίτητη για την υγιή προσαρμογή του ατόμου που πενθεί. Η υπερβολική ενασχόληση ή απομάκρυνση από το θανόντα μπορεί να αποτελεί έκφραση παθολογικής κατάστασης, και ως εκ τούτου η μετατόπιση μεταξύ των δύο κατευθύνσεων είναι αυτή που είναι σημαντική (Eisma et al., 2023· Gravesen & Birkelund, 2021· Nakajima, 2018· P. Wright & Hogan, 2008).

Τέλος, άλλη προσέγγιση που ξεφεύγει από τις διάφορες θεωρίες των σταδίων είναι αυτή του Neimeyer (2001) και του Μοντέλου Ανακατασκευής Νοημάτων (Meaning Reconstruction Model). Ο όρος νόημα είναι ιδιαίτερα ευρύς και περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο

ταξινομεί και αντιλαμβάνεται τις εμπειρίες του. Το νόημα συνενώνει όλα τα συστατικά της μνήμης (γνώσεις, εικόνες, αισθήματα και αισθήσεις) και τις συναισθηματικές αντιδράσεις για να σχηματίσει αφηγήσεις που καθορίζουν τον τρόπο ύπαρξης ενός ατόμου. Στο μοντέλο του Neimeyer περιλαμβάνεται η νοηματοδότηση των γεγονότων που συνδέονται με την απώλεια, είτε με την ανεύρεση αυτών, είτε με την εκ νέου κατασκευή τους. Οι τρεις αρχές που βρίσκονται στο επίκεντρο των διαδικασιών ανασύνθεσης νοημάτων είναι 1.) ότι το πένθος αφορά την (ανα)σύνθεση νοημάτων, τα οποία έχουν αμφισβητηθεί από την απώλεια, 2.) η επιτυχής προσαρμογή στο πένθος συνήθως περιλαμβάνει τον επαναπροσδιορισμό, αντί της αποσύνδεσης, των δεσμών με τον θανόντα, και 3.) οι διάφορες αφηγηματικές μέθοδοι μπορούν να αποκαταστήσουν μια αίσθηση αυτοβιογραφικής συνέχειας, η οποία διαταράχθηκε από την απώλεια. Η ανάπτυξη σχετικών τεχνικών στην προσέγγιση της διαδικασίας του πένθους δείχνει ελπιδοφόρα (Barboza et al., 2022· Corr, 2019).

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου νοείται ως ένα ιδιαίτερα επώδυνο και στρεσογόνο γεγονός. Το πένθος, ως διαδικασία που προκαλείται σε απάντηση στην απώλεια αυτή, είναι ιδιαίτερα εξατομικευμένο και ποικίλει μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών. Κοινά χαρακτηριστικά, όμως, μπορούν να εντοπιστούν ή να προβλεφθούν κλινικά σε διάφορους τομείς, όπως στον σωματικό, γνωστικό, συμπεριφορικό, συναισθηματικό ή τον πνευματικό. Το σώμα συνήθως έχει μειωμένη ενέργεια ενώ οι σκέψεις επικεντρώνονται στην απώλεια και υπάρχει μια γενικότερη δυσκολία στη συγκέντρωση. Καταγράφονται αλλαγές στη συμπεριφορά όπως παρουσία κλάματος, αλλαγές στον ύπνο, στην όρεξη και κοινωνική απόσυρση. Συναισθήματα που περιγράφονται είναι το μούδιασμα, οι ενοχές, η θλίψη, η αδυναμία συνειδητοποίησης του θανάτου, η έντονη επιθυμία να δει κανείς το θανόντα, η μοναξιά, ο θυμός ή ακόμα και η ανακούφιση. Τίθενται ερωτήματα σχετικά με το νόημα διαφόρων σχέσεων και καταστάσεων, ενώ η πίστη ενισχύεται ή αμφισβητείται. Το πένθος μπορεί να προκαλέσει παροδικές αλλαγές στη λειτουργικότητα. Εντούτοις, οι πενθούντες δεν χαρακτηρίζονται από συνεχή κοινωνική ή εργασιακή δυσλειτουργία και δεν αποκλείεται να βιώσουν ευχαρίστηση, χαρά ή ελπίδα (McKee & Kelly, 2020· Pop-Jordanova, 2021· Russ et al., 2022).

Η έρευνα για την ακριβή συσχέτιση μεταξύ του πένθους και διαφόρων βιοχημικών ή άλλων σωματικών μεταβολών, διενεργείται για πάνω από 45 χρόνια. Έχει καταγραφεί πολλές φορές αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, ιδιαίτερα κατά τον πρώτο χρόνο του πένθους. Ο αυξημένος κίνδυνος αφορά καρδιαγγειακά νοσήματα, οξέα συμβάντα υγείας (π.χ. λοιμώξεις), χρόνια νοσήματα (π.χ. διαβήτη) και καρκίνο (O'Connor, 2019· Shah et al., 2013).

Αλλαγές που έχουν τεκμηριωθεί περιλαμβάνουν 1.) τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, που συχνά αναφέρεται ως ορμόνη του στρες, και έχει συσχετιστεί με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και μειωμένη ανοσολογική λειτουργία, 2.) απρόσφορη γονιδιακή έκφραση των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος με αποτέλεσμα χαμηλότερη κυτταρική ανοσία ή / και απόκριση αντισωμάτων στον εμβολιασμό και αυξημένη συστηματική φλεγμονή, 3.) αυξημένη ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων, η οποία μπορεί να συμβάλει στην αύξηση του κινδύνου για καρδιαγγειακό επεισόδιο, σε όσους έχουν προϋπάρχοντες παράγοντες κινδύνου και 4.) αιμοδυναμικές μεταβολές, με υψηλότερη αρτηριακή πίεση και καρδιακούς παλμούς (Buckley et al., 2012· Knowles et al., 2019· O'Connor, 2019). Επιπρόσθετα, γίνονται προσπάθειες ανεύρεσης των περιοχών ενεργοποίησης του εγκεφάλου κατά τη διάρκεια του πένθους με στόχο τη συσχέτιση με την πορεία των συμπτωμάτων και πιθανόν με τη χρήση τους ως βιοδεικτών (G. Chen et al., 2020· O'Connor, 2019).

Η ηλικία και το επίπεδο κατανόησης επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο επεξεργασίας μιας απώλειας και της διαδικασίας του πένθους. Για την καλύτερη προσέγγιση της πολύπλευρης έννοιας του θανάτου έχουν προταθεί πέντε συνιστώσες αυτού. Αυτές είναι η καθολικότητα (όλα τα έμβια όντα πεθαίνουν), η μονιμότητα (ο θάνατος είναι οριστικός και μη αναστρέψιμος), η παύση της λειτουργικότητας (διακοπή λειτουργικών και ψυχολογικών διεργασιών), η αιτιολογία (ο θάνατος μπορεί να προέλθει από διάφορους παράγοντες) και τη μη σωματική συνέχεια (διάφορες πεποιθήσεις για τη μετά θάνατον ζωή). Βάσει αυτών των συνιστωσών, γίνεται αντιληπτό το βάθος της επεξεργασίας που είναι αναμενόμενο από κάθε ηλικιακή ομάδα (Menendez et al., 2020).

Ενήλικες, παιδιά και έφηβοι διαφέρουν στις αντιδράσεις τους στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Οι ενήλικες έχουν πλήρως ανεπτυγμένη τη μνήμη τους για το θανόντα, κατανοούν την έννοια του θανάτου και έχουν συνεχή επίγνωση της κατάστασης. Ωστόσο είναι λιγότερο πιθανό να εκφράσουν ανοικτά τα συναισθήματά τους, σε σχέση με τα παιδιά. Τα παιδιά που είναι μικρότερα των δύο ετών, δεν κατανοούν τη μονιμότητα της απώλειας. Αυτή έρχεται σταδιακά μαζί με την επίγνωση της καθολικότητας και της παύσης της λειτουργικότητας, μέχρι την ηλικία των πέντε ετών. Οι εκδηλώσεις που μπορεί να εμφανιστούν είναι έντονη προσκόλληση στον εναπομείναντα φροντιστή, έλλειψη ελέγχου των παρορμήσεων και των συναισθημάτων και παλινδρόμηση στα θέματα εκπαίδευσης της τουαλέτας. Τα παιδιά σχολικής ηλικίας έχουν πλέον κατακτήσει και τη γνώση ότι ο θάνατος μπορεί να προκληθεί από πολλούς παράγοντες και όχι μόνο από το γήρας. Τα παιδιά αυτά συχνά βιώνουν το θάνατο ως εγκατάλειψη και παρουσιάζουν έντονη ενασχόληση με αυτόν,

υπερκινητικότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, συναισθηματική κατανάλωση φαγητού και σωματικά ενοχλήματα παρόμοια με αυτά του θανάτου. Τέλος, οι έφηβοι έχουν προχωρήσει τη σκέψη τους σε πιο σύνθετα επίπεδα. Έχουν επίγνωση της μονιμότητας του θανάτου, αλλά δυσκολεύονται να τη νοηματοδοτήσουν σε σχέση με το τι σημαίνει για αυτούς, τη δική τους θνητότητα και τον αντίκτυπο στη ζωή τους. Οι έφηβοι τείνουν να δυσκολεύονται στην αναζήτηση βοήθειας και συχνά στρέφονται σε διάφορα τεχνολογικά μέσα για υποστήριξη και εγγύτητα, διότι τους κάνουν να αισθάνονται πιο άνετα (Menendez et al., 2020· Shaler et al., 2023).

Το πένθος αποτελεί τη φυσική και αναμενόμενη αντίδραση στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Ακολουθεί μια διαγεγραμμένη πορεία, κατόπιν της οποίας οι πενθούντες αναμένεται να συμβιβαστούν με την απώλεια και να προσαρμοστούν ανάλογα. Εντούτοις, μια σημαντική μειοψηφία αυτών αποκλίνουν από τα συνήθη πρότυπα, είτε όσον αφορά τη χρονική έκταση ή/και ένταση των συναισθημάτων, είτε όσον αφορά τη λειτουργικότητά τους στην κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή. Οι προβληματικές, σχετιζόμενες με την απώλεια, εκδηλώσεις πένθους, πλέον αναγνωρίστηκαν διεθνώς ως ανεξάρτητη ψυχική διαταραχή, προκειμένου για τη διερεύνηση και αντιμετώπισή τους (Bonanno & Malgaroli, 2020· Gravesen & Birkelund, 2021· Johannsen et al., 2019· Nakajima, 2018). Η διάγνωση του περιπλεγμένου πένθους έχει συμπεριληφθεί στη πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας ως Διαρκής και Σύνθετη Διαταραχή Πένθους (Persistent Complex Bereavement Disorder - PCBD), το 2013, και στη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων (International Classification of Diseases - ICD 11) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως Διαταραχή Παρατεταμένου Πένθους (Prolonged Grief Disorder - PGD), το 2018. Και οι δύο εκδοχές προϋποθέτουν η σχετιζόμενη με το πένθος συμπτωματολογία να επιμένει για τουλάχιστον δώδεκα και έξι μήνες αντίστοιχα. Στην περιγραφή της Διαταραχής Παρατεταμένου Πένθους διαφοροποιούνται τα συμπτώματα και αποτυπώνεται καλύτερα η ψυχοπαθολογία του υποκειμένου ενώ τα αποτελέσματα είναι πιο ευαίσθητα στις αλλαγές με την πάροδο του χρόνου σε σχέση με τη Διαρκή και Σύνθετη Διαταραχή Πένθους. Μετά την αναθεώρηση του κειμένου του εγχειριδίου (DSM - 5 - Text Revision) από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, το 2020, πλέον τα κριτήριά του είναι πιο συγκεκριμένα και εναρμονίζονται καλά με τις κατευθυντήριες γραμμές του ICD-11 (Bonanno & Malgaroli, 2020· Center for Prolonged Grief, 2023· Kustanti et al., 2023).

Τα βασικά συμπτώματα της Διαταραχής Παρατεταμένου Πένθους περιλαμβάνουν τη διαρκή αναπόληση του θανάτου ή την επίμονη ενασχόληση με αυτόν συνοδευόμενη από έντονο συναισθηματικό πόνο. Άλλα που μπορεί να αναδυθούν και να επηρεάζουν τη δραστηριοποίηση του ατόμου σε διάφορα πλαίσια είναι η διαταραχή της ταυτότητας του ατόμου από το θάνατο και έπειτα, έντονο αίσθημα δυσπιστίας προς το φαινόμενο αυτό, αποφυγή στοιχείων που υπενθυμίζουν την απώλεια, συναισθήματα όπως λύπη, ενοχές, θυμός, μοναξιά, απουσία ή μείωση των συναισθηματικών εμπειριών, δυσκολία επανένταξης σε σχέσεις και δραστηριότητες κτλ. Είναι ευλογοφανές πως η παθολογία της διάγνωσης αυτής έγκειται στη διάρκεια των συμπτωμάτων και όχι στα συμπτώματα αυτά καθαυτά (Gravesen & Birkelund, 2021· Johannsen et al., 2019· Kustanti et al., 2023· Maccallum & Bryant, 2019· Pop-Jordanova, 2021· Tur et al., 2021).

Η επιβάρυνση της περιόδου του πένθους και η αύξηση των πιθανοτήτων ανάπτυξης Διαταραχής Παρατεταμένου Πένθους επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Υπάρχουν χαρακτηριστικά των ατόμων με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες που μπορεί να δυσχεράνουν το τραύμα που συνδέεται με την εμπειρία του θανάτου για τους φροντιστές. Αυτά είναι η νεαρή ηλικία του ασθενή, ο φόβος αυτού και του περιβάλλοντός του για το θάνατο καθώς και ο τόπος που θα συμβεί. Η χρήση και η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας καθώς και η αυξημένη πνευματικότητα πριν επέλθει το μοιραίο, φαίνεται πως μειώνουν την ένταση αυτών των συναισθημάτων (Mason et al., 2020). Όσον αφορά την ψυχολογική προσαρμογή των ίδιων των φροντιστών, αυτή συνδέεται συχνά επιβαρυντικά με το γυναικείο φύλο, το είδος της συγγένειας, με πιο σημαντικές τη συζυγική και γονεϊκή σχέση, και την αιτία του θανάτου, ειδικά αν ήταν βίαιες ή ξαφνικές οι συνθήκες, όπως πχ σε τρομοκρατικές ενέργειες ή φυσικές καταστροφές. Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικονομική κατάσταση και η απώλεια της κοινωνικής υποστήριξης. Σχετικά με τους πενθούντες, αυτοί με ιστορικό τραύματος, προηγούμενων απωλειών, διαταραχών διάθεσης ή άγχους και χρήσης ουσιών θεωρούνται πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη παρατεταμένου πένθους (Kustanti et al., 2023· Mason et al., 2020· McKee & Kelly, 2020· Pop-Jordanova, 2021).

Η Διαταραχή του Παρατεταμένου Πένθους είναι μια συχνή ψυχική διαταραχή στους ενήλικες αλλά και στα παιδιά. Τα ποσοστά επίπτωσης που αναφέρονται σε διάφορες χώρες και δείγματα κυμαίνονται από 7 έως 21,5%, επηρεάζοντας δεκάδες εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως από την κατάσταση αυτή. Το μεγάλο εύρος των ποσοστών της επίπτωσης πιθανόν σχετίζεται με τα εργαλεία αξιολόγησης και προσέγγισης των δειγμάτων που

χρησιμοποιήθηκαν. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται πως 20% των εξωτερικών ασθενών και 30% των εξωτερικών ψυχιατρικών ασθενών μπορούν να διαγνωστούν με αυτή την πάθηση (Gravesen & Birkelund, 2021· Mason et al., 2020· Skritskaya et al., 2020· Tur et al., 2022). Η ύπαρξη αυτής της διαταραχής συνδέεται με την πιθανή περαιτέρω ανάπτυξη σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων όπως πόνο, κούραση και υπερευαισθησία στο θόρυβο, διαταραχές ύπνου, αυξημένη χρήση φαρμάκων ή ουσιών, κοινωνικές και εργασιακές δυσκολίες, αλλά και ψυχικών διαταραχών με τη διαταραχή πανικού, τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, την αγχώδη διαταραχή ή τη διαταραχή μετατραυματικού στρες να είναι μερικές από αυτές. Ειδικότερα, ένα ποσοστό 5 έως 10% παιδιών και εφήβων υπολογίζεται ότι θα εμφανίσει κάποια από τις προαναφερθείσες ψυχικές διαταραχές, μετά την απώλεια ενός στενού συγγενή (Boelen et al., 2021· Kustanti et al., 2023· Tur et al., 2022).

Η πρόσφατη πανδημία του κορονοϊού SARS-CoV-2 κατέστησε τη Διαταραχή Παρατεταμένου Πένθους ως μια ακόμη πιο σημαντική ανησυχία για τη δημόσια υγεία. Αυτό διότι προσέθεσε παγκοσμίως περίπου 7 εκατομμύρια θανάτους, οι οποίοι ήταν ως επί το πλείστον απρόσμενοι, δίνοντας ελάχιστο ή καθόλου χρόνο στους πενθούντες για συνειδητοποίηση και αποχαιρετισμό. Η εφαρμογή κοινωνικής αποστασιοποίησης, περιορισμού επισκεπτηρίων και οι αντίστοιχες ενοχές που προκύπτουν λόγω της απουσίας από το πλευρό του ασθενή, σε συνδυασμό με τις εικόνες του τελευταίου με μηχανική υποστήριξη, έχουν περιπλέξει τις φυσιολογικές αντιδράσεις του πένθους και μπορεί ασφαλώς να υποτεθεί ότι θα παρατηρηθεί αύξηση της επίπτωσης αυτής της διαταραχής (Haneveld et al., 2022· Tur et al., 2022· WHO, 2023c).

Για να μην διαλάβουν της προσοχής των επαγγελματιών υγείας ή ενταχθούν σε κάποια απρόσφορη διαγνωστική κατηγορία, οι πάσχοντες από Διαταραχή Παρατεταμένου Πένθους μπορούν να εκτιμηθούν με τη χρήση εργαλείων κλινικής αξιολόγησης, τα οποία διαχωρίζουν το φυσιολογικό από το παρατεταμένο πένθος. Διαθέσιμα ερωτηματολόγια είναι τα κάτωθι : η Καταγραφή Περιπλεγμένου Πένθους (Inventory of Complicated Grief) και, η αναθεωρημένη έκδοση αυτής (Inventory of Complicated Grief - Revised), αφορά ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης δεκαεννέα στοιχείων, το οποίο μετρά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του πένθους (Crunk et al., 2017· Kustanti et al., 2023· McKee & Kelly, 2020). Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Πένθους (Brief Grief Questionnaire), ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης πέντε στοιχείων εκτιμά τα συμπτώματα σε κλινικά και ερευνητικά περιβάλλοντα και δύναται να χρησιμοποιηθεί ως αρχικός διαγνωστικός δείκτης (Crunk et al., 2017· McKee & Kelly, 2020). Η Κλίμακα Διαταραχής Παρατεταμένου Πένθους (Prolonged Grief Disorder Scale) είναι μία

διαγνωστική κλίμακα δεκατριών σημείων αυτοαξιολόγησης, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί τόσο ως εργαλείο αυτοαναφοράς, όσο και σε κλινικά περιβάλλοντα για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Πρόσθετα, έχει τροποποιηθεί για χρήση σε φροντιστές πριν από την απώλεια του ασθενή, καθώς και για νοσούντες με εγκεφαλική βλάβη για την αξιολόγηση της προσωπικής θλίψης τους. Έχει αναπτυχθεί και η αναθεωρημένη έκθεση της κλίμακας προκειμένου να ανταποκριθεί στην αναθεωρημένη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Crunk et al., 2017· Kustanti et al., 2023· McKee & Kelly, 2020). Μερικά ακόμα παραδείγματα εργαλείων είναι το Ερωτηματολόγιο Καταγραφής και Ανίχνευσης Κινδύνου για Πενθούντες (Bereavement Risk Inventory and Screening Questionnaire) με αυτοαξιολόγηση στοιχείων, η Διεθνής Κλίμακα Διαταραχής Παρατεταμένου Πένθους (International ICD-11 Prolonged Grief Disorder Scale), η οποία βασίζεται στα κριτήρια της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων και η Κλίμακα Πένθους οφειλόμενο στην Πανδημία (Pandemic Grief Scale), ένα διαγνωστικό εργαλείο πέντε σημείων για τον εντοπισμό πιθανών περιπτώσεων περιπλεγμένου πένθους που σχετίζονται με θάνατο από κορονοϊό SARS-CoV-2 (De Leon Corona et al., 2022· Kustanti et al., 2023· S. A. Lee & Neimeyer, 2022).

Η θεραπεία ατόμων με Διαταραχή Παρατεταμένου Πένθους μπορεί να συμπεριλάβει φαρμακολογικές και μη μεθόδους. Η φαρμακοθεραπεία περιλαμβάνει συνήθως τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων όπως εσιταλοπράμη ή σιταλοπράμη, προκειμένου για τη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ωστόσο ο ρόλος της παραμένει ασαφής διότι στις μελέτες συνδυάζονται με κάποιας μορφής ψυχολογική παρέμβαση και αποδίδουν ποικίλα αποτελέσματα (Mason et al., 2020· McKee & Kelly, 2020).

Οι πιο ευρέως αποδεκτές για την αποτελεσματικότητά τους παρεμβάσεις αφορούν αυτές που στοχεύουν στην ψυχολογική σφαίρα του πένθοντα. Η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία είναι ένα παράδειγμα πολλά υποσχόμενης θεραπείας για παιδιά και ενήλικες, η οποία βοηθά τα άτομα να μάθουν να αναγνωρίζουν και να αλλάζουν τα αρνητικά συναισθήματα, συμπεριφορές και σκέψεις τους. Συγκεκριμένα σε καταστάσεις πένθους εξετάζονται τεχνικές για την ενθάρρυνση της αποδοχής της απώλειας, την τροποποίηση των αρνητικών σκέψεων και των συμπεριφορών αποφυγής της υπάρχουσας πραγματικότητας (Boelen et al., 2021· Shaler et al., 2023).

Η Θεραπεία Περιπλεγμένου Πένθους (Complicated Grief Treatment) είναι μία ακόμα σχετική παρέμβαση, η οποία έχει να επιδείξει θετικά αποτελέσματα σε τυχαιοποιημένες

μελέτες. Αφορά μια ατομική θεραπευτική διαδικασία δεκαέξι εβδομάδων, στην οποία περιλαμβάνεται ψυχοεκπαίδευση των υποκειμένων και καλλιέργεια συνειδητών και ασυνειδητών σκέψεων προσανατολισμένων στην απώλεια και την αποκατάσταση. Η εστίαση στην απώλεια απαιτεί την αποδοχή της, καθώς και των αισθημάτων του πένθους και του στρες που αυτή συνεπάγεται, αλλά και την αλλαγή της σχέσης με το πρόσωπο που πέθανε. Η εστίαση στην αποκατάσταση απαιτεί την ανάπτυξη αίσθησης αυτονομίας, επάρκειας και συσχέτισης με αυτόν τον αλλαγμένο πια κόσμο. Αντλεί στοιχεία από τη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Iglewicz et al., 2020· Mason et al., 2020· McKee & Kelly, 2020· Wetherell, 2012).

Πολλές ακόμα θεραπευτικές προσεγγίσεις και προγράμματα είτε ατομικά, είτε οικογενειακά, είτε ομαδικά έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να σταθούν αρωγοί στα άτομα που βιώνουν πένθος. Επιγραμματικά αναφέρονται η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, η οποία εστιάζει στο πένθος και στα τρέχοντα γεγονότα, τα οποία επηρεάζουν τα συναισθήματα και τις διαθέσεις του ατόμου, καθώς και η ενεργοποίηση της συμπεριφοράς με θεραπευτική έκθεση, κατά την οποία θεσπίζονται ημερήσιοι στόχοι και εντοπίζονται και αξιολογούνται θετικές και αρνητικές ενισχυτικές συμπεριφορές. Επιπρόσθετα, μπορούν να προσαρμοστούν και να χρησιμοποιηθούν οι αφηγηματική ψυχοθεραπεία, όπου τα άτομα διηγούνται την ιστορία τους και γίνεται ευκολότερο για αυτούς να την αποδεχτούν, η θεραπεία τέχνης, η οποία επικεντρώνεται στην επεξεργασία του πένθους μέσω της δημιουργικότητας, η παιγνιοθεραπεία, η οποία βοηθά τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματα, τις συγκινήσεις και τα προβλήματά τους μέσω του παιχνιδιού, η μουσικοθεραπεία η οποία δρα επικουρικά στην έκφραση των συναισθημάτων με λόγια καθώς και πολλές άλλες προσεγγίσεις (Mason et al., 2020· Shaler et al., 2023).

2.2 Ηλεκτρονικές υπηρεσίες

Στον σημερινό κόσμο της πληροφορίας και του διαδικτύου, οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες που προσφέρονται μέσω των προηγμένων τεχνολογιών, δίνουν τη δυνατότητα στους παρόχους υγείας να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, διαθέσιμες σε όλο και περισσότερους ανθρώπους. Η έννοια της τηλεϊατρικής υπηρετεί τους σκοπούς της ενίσχυσης των συστημάτων υγείας, όταν οι λήπτες υπηρεσιών υγείας και οι επαγγελματίες βρίσκονται σε φυσική απόσταση, περιλαμβάνοντας κλινικές και μη υπηρεσίες, όπως αυτές της συνεχιζόμενης

ιατρικής εκπαίδευσης και των διοικητικών συναντήσεων. Η έρευνα στον τομέα αυτό επεκτείνεται συνεχώς. Η τηλεϊατρική αποτελεί μια εξαιρετική επιλογή και για τους ασθενείς με θέματα ψυχικής υγείας, τα οποία προκύπτουν από τα προαναφερθέντα τραυματικά γεγονότα, εξαλείφοντας ορισμένες από τις αιτίες που τους εμποδίζουν να λάβουν θεραπεία (Davidson et al., 2022· Haleem et al., 2021).

Η παροχή τηλεϊατρικών υπηρεσιών έγινε εφικτή μέσω της χρήσης των τεχνολογικών καινοτομιών των τελευταίων δύο αιώνων, στις ιατρικές ειδικότητες. Οι πρώτες συσκευές, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή εξ αποστάσεως ιατρικής φροντίδας, ήταν ο τηλεγράφος πίσω στη δεκαετία του 1860, και ακολούθησαν το ραδιόφωνο και το τηλέφωνο, μέσω των οποίων δίνονταν ιατρικές συμβουλές. Η εφεύρεση της τηλεόρασης, αργότερα, χρησίμευσε στην εκπαίδευση των ιατρών καθώς και στην επίδειξη χειρουργικών επεμβάσεων σε αυτούς. Ο όρος τηλεϊατρική επινοήθηκε από τον Kenneth Bird, ο οποίος σε μελέτη που δημοσίευσε το 1974, συνέδεε το τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου της Μασαχουσέτης και τον ιατρικό σταθμό του Διεθνούς Αεροδρομίου Logan στην Ανατολική Βοστώνη. Αξιοποιώντας τη διαθέσιμη τηλεόραση και διάφορα οπτικοακουστικά κυκλώματα διενεργούσε ιατρική εξέταση ασθενών σε πραγματικό χρόνο, σε απομακρυσμένη περιοχή. Επιπρόσθετα, δανειζόμενη στοιχεία από την ολοένα αναπτυσσόμενη διαστημική τεχνολογία της Εθνικής Υπηρεσίας Αεροναυτικής Διαστήματος (National Aeronautics and Space Administration – NASA), άρχισαν να εφαρμόζονται προγράμματα για την ενίσχυση της πρόσβασης των αγροτικών περιοχών στην υγειονομική περίθαλψη (Burke et al., 2015· Jagarapu & Savani, 2021).

Το μεγάλο άλμα, από άποψη συνδεσιμότητας, στην τηλεϊατρική, έγινε με την ανάπτυξη από το Υπουργείο Άμυνας των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, το 1969, του Δικτύου της Υπηρεσίας Προηγμένων Ερευνητικών Προγραμμάτων (Advanced Research Projects Agency Network – ARPANET), το οποίο αργότερα εξελίχθηκε στο διαδίκτυο, όπως είναι γνωστό σήμερα. Τη δεκαετία του 1970, δημιουργήθηκαν τυποποιημένα πρωτόκολλα μετάδοσης δεδομένων. Τον 21^ο αιώνα, η ανάπτυξη του επονομαζόμενου Web 2.0, αφορά μια νέα γενιά διαδικτυακής εξέλιξης με περισσότερες δυνατότητες κοινωνικής δικτύωσης, δυναμικού περιεχομένου, διαλειτουργικότητας μεταξύ ηλεκτρονικών συσκευών, συνεργασίας και επικοινωνίας (Burke et al., 2015· Jagarapu & Savani, 2021). Η αξιοποίηση του διαδικτύου παρέχει έναν άνευ προηγουμένου αριθμό δυνατοτήτων, υπηρεσιών και πληροφοριών. Σύμφωνα με διεθνή στατιστικά, σήμερα το 67,9% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει πρόσβαση σε αυτό (Internet World Stats, 2023· Pinto et al., 2017).

Η τηλεϊατρική παρέχει ένα ευρύ φάσμα εφαρμογών, το οποίο εκτείνεται από την εκπαίδευση και την πρακτική έως τη συμβουλευτική και την έρευνα εξ αποστάσεως (Burke et al., 2015). Ο πιο συγκεκριμένος όρος ηλεκτρονική υγεία (eHealth) σχετίζεται με την τηλεϊατρική και συχνά χρησιμοποιούνται εναλλάξ. Αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1999. Χρειαζόταν για να περιγράψει τη συνδυασμένη χρήση των ηλεκτρονικών επικοινωνιών και της τεχνολογίας της πληροφορίας στον τομέα της υγείας. Πλέον αποτελεί νεολογισμό και όρο ομπρέλα περιλαμβάνοντας στοιχεία που κυμαίνονται από τις αναγκαίες υποδομές που απαιτούνται για την πρόσβαση, αρχειοθέτηση και επικοινωνία ιατρικών δεδομένων όπως πχ εικόνες αξονικής τομογραφίας, έως την εφαρμογή τηλεϊατρικής εμπλουτισμένης με χρήση προγραμμάτων επαυξημένης πραγματικότητας ή αλγορίθμων μηχανικής μάθησης (Pereira-Azevedo & Venderbos, 2018· Pinto et al., 2017· Schreiweis et al., 2019). Ο ακριβής ορισμός που δίνεται σήμερα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την ηλεκτρονική υγεία είναι «η οικονομικά αποδοτική και ασφαλής χρήση των Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνιών για την υποστήριξη της υγείας και των τομέων που σχετίζονται με αυτή, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, επιτήρησης της υγείας, ιατρικής βιβλιογραφίας και εκπαίδευσης, γνώσης και έρευνας στον τομέα αυτό» (WHO, 2023b).

Η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει και άλλες υποενότητες, οι οποίες σχετίζονται με τη χρήση κινητών τεχνολογιών (mHealth), έξυπνων κινητών (sHealth) ή ασύρματων δικτύων (uHealth). Η αποτελεσματική χρήση όλων αυτών θεωρείται ότι προσφέρει μια πιο εξατομικευμένη, στοχευμένη, αποτελεσματική και αποδοτική υγειονομική περίθαλψη στον πάσχοντα. Διευκολύνει την κοινωνικοοικονομική ένταξη και ισότητα καθώς καταστρατηγεί τα γεωγραφικά και χρονικά εμπόδια. Η διασύνδεση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας αλλά και η πρόσβαση σε υπηρεσίες και πληροφορίες βελτιώνεται, ενώ εξασφαλίζεται μεγαλύτερη διαφάνεια μέσω της χρήσης των Τεχνολογιών της Πληροφορίας και Επικοινωνίας (Pereira-Azevedo & Venderbos, 2018· Pinto et al., 2017).

Η ανάπτυξη πρωτοκόλλων σύγχρονης και ασύγχρονης οπτικοακουστικής επικοινωνίας στο διαδίκτυο δίνει τη δυνατότητα παροχής πληθώρας υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας. Παραδείγματα σύγχρονων τεχνολογιών αποτελούν οι τηλεδιασκέψεις σε πραγματικό χρόνο και οι τηλεφωνικές συνομιλίες ενώ ασύγχρονες τεχνολογίες αποτελούν τα μηνύματα κειμένου SMS, καθοδηγούμενη θεραπεία μέσω υπολογιστών, παρακολούθηση βίντεο, συμπληρωματική θεραπεία ή ψυχοεκπαίδευση μέσω κινητών συσκευών και άλλα (Burke et al., 2015· Chan et al., 2018).

Η εύκολη στη χρήση τεχνολογία, η βελτίωση της επικοινωνίας ασθενούς και παρόχου φροντίδας υγείας, η παροχή κινήτρων στον ασθενή, η εκ προοιμίου ενσωμάτωσή της στην υγειονομική φροντίδα και η διαθεσιμότητα των πόρων είναι μερικά από τα συστατικά στοιχεία που διευκολύνουν τη χρήση και την αποδοχή από τους εμπλεκόμενους. Αντιθέτως, οι περιορισμένες τεχνολογικές γνώσεις ή/και υποδομές, η ελλιπής ασφάλεια και εμπιστευτικότητα των δεδομένων, η έλλειψη προσαρμογής στις υπάρχουσες διαδικασίες και η αίσθηση ή πραγματική επαύξηση του φόρτου εργασίας της καθημερινότητας για τους εμπλεκόμενους μπορεί να αποτελέσουν ανασταλτικούς παράγοντες για την αποδοχή των νέων τεχνολογιών (Pereira-Azevedo & Venderbos, 2018· Schreiweis et al., 2019).

Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει στις εφαρμογές (apps από το applications), λόγω της ευρείας παρουσίας τους. Μια εφαρμογή είναι ένα λογισμικό το οποίο έχει σχεδιαστεί για να λειτουργεί σε υπολογιστές, έξυπνα τηλέφωνα ή άλλες ηλεκτρονικές συσκευές όπως ταμπλέτες ή ηλεκτρονικούς αναγνώστες (e-readers). Δύνανται να αναπτυχθούν μόνο για μια συγκεκριμένη πλατφόρμα ή να είναι συμβατές με διάφορα λειτουργικά συστήματα και διαθέσιμες για οποιοδήποτε συσκευή με πρόσβαση στο διαδίκτυο ή υβριδικές, συνδυάζοντας στοιχεία και από τις δύο προαναφερθείσες περιπτώσεις (Nwosu & Mason, 2012· Pinto et al., 2017).

Τα καταστήματα εφαρμογών διαθέτουν πλέον χιλιάδες εφαρμογές, με τεράστιο αριθμό λειτουργιών. Οι εφαρμογές σχετιζόμενες με την υγεία είναι ένας τομέας που παρουσιάζει αυξανόμενο ενδιαφέρον και ζήτηση μέσα στα χρόνια. Έως το 2028, αναμένεται το μέγεθος της αγοράς των συγκεκριμένων εφαρμογών να αγγίζει τα 150 δισεκατομμύρια δολάρια με μέσο ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης 17,7% (Muro-Culebras et al., 2021).

Οι εφαρμογές μπορεί να είναι χρήσιμες σε τομείς όπως η θεραπεία των ασθενών, η παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η διεξαγωγή έρευνας και η παρακολούθηση της δημόσιας υγείας. Είναι εύκολα διαθέσιμες και προσβάσιμες, παρέχουν άμεση, συχνά εξατομικευμένη υποστήριξη, με ανωνυμία και χαμηλό ή και καθόλου κόστος για το χρήστη (Eklund et al., 2022· Pereira-Azevedo & Venderbos, 2018). Ωστόσο, για την υλοποίησή τους απαιτείται η συμμετοχή επαγγελματιών υγείας, η οποία αυξάνει την ακρίβεια του περιεχομένου, τον αριθμό των λήψεων της εφαρμογής και την αγοραστική τους αξία. Πολλές εφαρμογές σχετιζόμενες με την υγεία δεν καταχωρούνται από τους δημιουργούς τους ως ιατρικά προϊόντα και για το λόγο αυτό λίγες έχουν αξιολογηθεί επιστημονικά ή/και εγκριθεί από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων ή τον Οργανισμό Τροφίμων και

Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Μολαταύτα, η βιβλιογραφία αυξάνεται συνεχώς από μελέτες ανάπτυξης τέτοιων εφαρμογών καθώς και εργαλείων αξιολόγησης αυτών. Η Κλίμακα Αξιολόγησης Κινητών Εφαρμογών (Mobile App Rating Scale - MARS) έχει επικυρωθεί σε μεγάλο αριθμό εφαρμογών. Η χρήση της είναι ευρέως διαδεδομένη καθώς διαθέτει έκδοση για χρήστες αλλά και επαγγελματίες. Αξιολογεί διάφορες πτυχές της ποιότητας της εφαρμογής, καθώς και την ευχρηστία της (Muro-Culebras et al., 2021· Pereira-Azevedo & Venderbos, 2018).

2.3 Ηλεκτρονικές υπηρεσίες για άτομα που βιώνουν τραυματικό γεγονός

Η τηλεσυμβουλευτική αποτελεί μια υποκατηγορία των υπηρεσιών που μπορούν να προσφέρουν οι δυνατότητες της τηλεϊατρικής σε ασθενείς και επαγγελματίες υγείας. Παροχή συνεδριών τηλεσυμβουλευτικής μπορούν να εντοπιστούν ήδη από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, όταν ιατροί προσπάθησαν να διασυνδέσουν το Ψυχιατρικό Ινστιτούτο και το Κρατικό Νοσοκομείο του Νόρφολκ στη Νεμπράσκα των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες περιλάμβαναν κλινικές συμβουλές και υποστήριξη των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και της έρευνας, μέσω ενός κλειστού κυκλώματος τηλεόρασης (Davidson et al., 2022· Doarn, 2018).

Ο όρος τηλεψυχιατρική εισήχθη το 1973, από τον ψυχίατρο Thomas Dwyer, για την περιγραφή μιας εφαρμογής εικονικών υπηρεσιών τηλεσυμβουλευτικής μεταξύ κλινικής μονάδας της Μασαχουσέτης και της Βοστώνης. Στη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών υπήρξε αργή ανάπτυξη και υιοθέτηση στην πράξη των δυνατοτήτων των τηλεψυχιατρικής. Παρά το ότι η ειδικότητα αυτή, μαζί με την ακτινολογία, ήταν οι πρωτεργάτριες στη χρήση απομακρυσμένων υπηρεσιών, έως το 2017, μόνο το 29,2% των κρατικών φορέων είχαν ενσωματώσει τις εξ αποστάσεως παροχές στη λειτουργία τους. Μέρος αυτού του προβλήματος μπορεί να αποτελούσαν και οι αυστηροί περιορισμοί που ετέθησαν για τη συμμετοχή των ασθενών και των συμβατών πλατφορμών που έπρεπε να χρησιμοποιούνται. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία, ωστόσο, καταλήγει ότι η ψυχοθεραπεία σε ένα περιβάλλον τηλεματικής υγείας είναι εφικτή (Ackerman et al., 2023· J. A. Chen et al., 2020· Tarquinio et al., 2021).

Η πανδημία του κορονοϊού SARS-CoV-2 θα αποτελέσει πιθανότατα ορόσημο στην εξέλιξη της τηλεϊατρικής. Η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας έχει αλλάξει άρδην, και στράφηκε, τουλάχιστον αρχικά, στην ευρεία χρήση ηλεκτρονικών υπηρεσιών. Ειδικά για τις

συνεδρίες τηλεσυμβουλευτικής, πέρασαν από το μοντέλο της σύνδεσης ενός ασθενή και του οικογενειακού ιατρού του με τον ειδικό, ο οποίος βρισκόταν σε διαφορετική τοποθεσία, στην παροχή υγειονομικής φροντίδας απευθείας στον ενδιαφερόμενο, σε διάφορα περιβάλλοντα όπως το σπίτι, το σχολείο ή άλλα ιδρύματα (Davidson et al., 2022· Hincapié et al., 2020).

Ο όρος τηλεσυμβουλευτική αφορά τη διασύνδεση και αλληλεπίδραση, με τη χρήση Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνιών, μεταξύ δύο γεωγραφικά διαχωρισμένων ατόμων, με σκοπό την εξάλειψη αυτής της λειτουργικής απόστασης. Ανάλογα των συμμετεχόντων σε μια τέτοια συνεδρία αλλάζει και η στοχοθεσία της. Τηλεσυμβουλευτική δύναται να πραγματοποιηθεί μεταξύ επαγγελματιών υγείας, προκειμένου για την ανταλλαγή κλινικών απόψεων ή παροχή οδηγιών. Πρόσθετα, η συνεδρία μπορεί να περιλαμβάνει ασθενή και ιατρό, για τη διάγνωση, παρακολούθηση, θεραπεία του πρώτου ή την ενδυνάμωση της μεταξύ τους σχέσης. Τέλος, υπάρχει και η τριμερής επικοινωνία εξειδικευμένου ιατρού – ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ασθενή, προκειμένου για την παροχή υποστήριξης σε μια δυσεπίλυτη κατάσταση (Augusterfer et al., 2020· Deldar et al., 2016· Maria et al., 2022).

Οι δυνατότητες της τηλεσυμβουλευτικής είναι πολλές και ποικίλλουν ανάλογα με τις διαθέσιμες υποδομές. Στη συγχρονική αυτή μορφή τηλεπαρακολούθησης η επαφή γίνεται πρόσωπο με πρόσωπο, σε πραγματικό χρόνο, μέσω εξοπλισμού τηλεδιάσκεψης, ο οποίος περιλαμβάνει τηλεόραση, ψηφιακή κάμερα, κάμερα, βιντεοτηλέφωνο κ.λπ. για την ταυτόχρονη σύνδεση των εμπλεκόμενων υποκειμένων. Σε περίπτωση αδυναμίας για ζωντανή σύνδεση, τα ενδιαφερόμενα μέρη επικοινωνούν μέσω ασύγχρονων διαύλων. Ο εποπτευόμενος συνήθως αναφέρει σε έναν ασφαλή διακομιστή τον προβληματισμό του και ο τηλεσύμβουλος απαντά πίσω. Η ανατροφοδότηση παρέχεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, διαδικτύου, κινητού τηλεφώνου, αυτοματοποιημένων συστημάτων ανταλλαγής μηνυμάτων ή άλλου εξοπλισμού χωρίς προσωπική επαφή. Το ασύγχρονο μοντέλο επιτρέπει, επίσης, σε κάθε άτομο να διαβάσει και να προβληματιστεί πριν απαντήσει, να αναπτύξει περαιτέρω δεξιότητες βιβλιογραφικής έρευνας και να μοιραστεί χρήσιμες πηγές και συνδέσμους (Augusterfer et al., 2020· Verhoeven et al., 2010).

Για την επιτυχή εφαρμογή τηλεσυμβουλευτικής απαιτείται η ύπαρξη ορισμένων υποδομών. Ένα επαρκές ευρυζωνικό δίκτυο, ικανοποιητικές τεχνικές επιδόσεις των μέσων επικοινωνίας, ποιοτικά συστήματα ήχου και εικόνας, αξιόπιστο λειτουργικό λογισμικό και αρκετό εξειδικευμένο και καταρτισμένο υγειονομικό προσωπικό, όπως ιατροί και νοσηλεύτες, είναι μερικές από αυτές. Πιο αναλυτικά παραδείγματα συστημάτων ήχου είναι το τηλέφωνο, η

τηλεφωνία μέσω διαδικτύου (VoIP) ή άλλες εφαρμογές (Apps). Όσον αφορά την εικόνα, υπάρχουν πλατφόρμες βασισμένες σε κείμενο ή/και βίντεο, όπως οι πλατφόρμες συνομιλίας τύπου Skype, Face time κτλ. (Baudier et al., 2021· Grewal et al., 2021).

Η επίτευξη της βιωσιμότητας των προγραμμάτων τηλεσυμβουλευτικής βασίζεται κυρίως στην αμφίδρομη αποδοχή τους από τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς. Προτείνονται κυρίως για παθήσεις όπως το άσθμα, ο διαβήτης, η ανοσοανεπάρκεια διαφόρων αιτιολογιών, οι κακοήθειες αλλά και για ψυχιατρικές παθήσεις που χρίζουν θεραπείας (Baudier et al., 2021· Davidson et al., 2022). Το κυριότερο όφελος που προσφέρουν, το οποίο αποτελεί ταυτόχρονα και το κεντρικό χαρακτηριστικό τους, είναι η παροχή συνδεσιμότητας και η κατάργηση των γεωγραφικών ορίων. Αυτό μπορεί να είναι χρηστικό σε αγροτικές περιοχές ή περιοχές που αντιμετωπίζουν ελλείψεις επαγγελματιών υγείας, σε προσωρινή ή πιο μόνιμη βάση, όπως πχ στις αναπτυσσόμενες χώρες. Επιπρόσθετα, σε περιόδους επιδημιών, οπότε και συστήνεται κοινωνικός αποκλεισμός, η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας συνεχίζεται απρόσκοπτα. Ωστόσο, εξίσου σημαντική συνεισφορά έχει και η προσφορά άνεσης, χρόνου και χώρου στους εμπλεκόμενους, ειδικά για ασθενείς με περιορισμένη κινητικότητα, παρακολουθούμενους από σύνθετη ιατρική τεχνολογία ή με προβλήματα συμπεριφοράς, στους οποίους η παραμονή στο σπίτι και η διατήρηση της ρουτίνας μπορεί να ανακουφίσει αυτούς και τους φροντιστές τους (Augusterfer et al., 2020· Baudier et al., 2021· Davidson et al., 2022· Grewal et al., 2021· Haleem et al., 2021· Miller et al., 2021· Pinto et al., 2017).

Η τηλεσυμβουλευτική μπορεί να προσφέρει σε πραγματικό χρόνο, εξατομικευμένες κλινικές υπηρεσίες. Εκτός από μια αρχική αξιολόγηση, δίδεται συνέχεια στην παρακολούθηση, κατά τη διάρκεια και μετά από μια θεραπεία. Μέσω συνεδριών τηλεσυμβουλευτικής μπορούν να γίνουν αλλαγές σε θεραπευτικά πρωτόκολλα και διαχείριση συμπτωματολογίας του πόνου, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών. Οι τελευταίοι έχουν έγκαιρη πρόσβαση σε σωστές και ακριβείς ιατρικές πληροφορίες, ενώ υπάρχει και η δυνατότητα εκπαίδευσής τους (Deldar et al., 2016· Grewal et al., 2021· Haleem et al., 2021· Pinto et al., 2017).

Τα προγράμματα συμβουλευτικής θεωρούνται εφικτά, αποτελεσματικά και οικονομικά αποδοτικά. Τα κόστη μειώνονται για τους ασθενείς, καθώς δεν χρειάζεται να μεταφερθούν στους χώρους παροχής των ιατρικών υπηρεσιών. Για τους αντίστοιχους φορείς, οι οικονομικές και ενεργειακές δαπάνες μειώνονται καθώς με τη χρήση της τηλεσυμβουλευτικής παρατηρείται μείωση στις επανεισαγωγές των ασθενών στο νοσοκομείο και καλύτερη συμμόρφωση με το

προβλεπόμενο πλάνο περίθαλψης (Baudier et al., 2021· Haleem et al., 2021· Low et al., 2020· Pinto et al., 2017· Zanaboni et al., 2009).

Θετικά σημεία αναφέρονται και για τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας. Οι δυνατότητες που προσφέρουν όλες αυτές οι Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας, τους βοηθούν να αναπτύξουν υποστηρικτικά δίκτυα ανταλλαγής πληροφοριών, συμμετοχής σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες κατάρτισης και εν τέλει παροχής καλύτερων υγειονομικών υπηρεσιών. Επίσης, μέσω των προγραμμάτων αυτών, δίνεται λύση στην επιτόπια έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού, ενώ μπορεί να αποτελεί και ένα πρόσθετο εισόδημα για τους υγειονομικούς που συμμετέχουν (Augusterfer et al., 2020· Haleem et al., 2021· Low et al., 2020· Miller et al., 2021· Pinto et al., 2017).

Προβληματισμοί γύρω από τη χρήση προγραμμάτων τηλεσυμβουλευτικής γείρονται γύρω από θέματα ασφάλειας, υποδομών και επικοινωνίας. Οι συμμετέχοντες πρέπει να χρησιμοποιούν κρυπτογραφημένους και ασφαλείς διαύλους επικοινωνίας, σύμφωνα με τους νόμους περί ιδιωτικής ζωής, διότι ελλοχεύει ο κίνδυνος παραβίασης των ιατρικών δεδομένων. Όσον αφορά τον εξοπλισμό, υπάρχει πιθανότητα αδυναμίας διάθεσης ή συντήρησής του λόγω αυξημένων δαπανών, που μπορεί να απαιτούνται, ειδικά για τις μικρές εγκαταστάσεις παροχής φροντίδας υγείας. Τεχνικά προβλήματα σχετικά με τη συνδεσιμότητα, το βίντεο ή τον ήχο καθιστούν, επίσης, αδύνατη την παροχή αξιόπιστης και ποιοτικής φροντίδας (Haleem et al., 2021· Pinto et al., 2017).

Η χρήση τηλεσυμβουλευτικής απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό και ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και οικειότητας με τους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Ο επαγγελματίας αδυνατεί να παρέχει εκ του σύνεγγυς βοήθεια, οπότε βασίζεται στις αυτοαναφορές των ασθενών, τις οποίες πρέπει να διερευνά περαιτέρω με καίριες ερωτήσεις. Η αποτυχία αναφοράς και αντιμετώπισης ενός σημαντικού συμπτώματος θέτει σε κίνδυνο την όλη θεραπευτική παρέμβαση (Haleem et al., 2021· Pinto et al., 2017).

Κεφάλαιο 3^ο: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.1 Έρευνες για το τραυματικό γεγονός και τη θεραπεία του

Για την ανακούφιση των ασθενών στα τελευταία στάδια της ζωής τους, εμπλέκονται πολλές ιατρικές ειδικότητες, η κάθε μια από τις οποίες προσφέρει τις εξειδικευμένες γνώσεις της. Στην πάροδο του χρόνου, πέρα από φαρμακευτικές ουσίες που εστιάζουν στη μείωση επιβαρυντικών συμπτωμάτων, έχουν προταθεί και άλλες προσεγγίσεις, που κυρίως αφορούν στη ψυχική ανάταση των ασθενών. Ένα τέτοιο παράδειγμα, είναι η προσπάθεια των Grof et al., το μακρινό 1973, οι οποίοι θέλησαν να συνδυάσουν ψυχοθεραπευτικά προγράμματα με ψυχεδελικές ουσίες όπως LSD και DPT, προκειμένου να ελαφρύνουν τη συναισθηματική δυσφορία τελικού σταδίου καρκινοπαθών. Τα αποτελέσματα έδειξαν να είναι από ενθαρρυντικά έως αδιάφορα ως προς τη μετά τη θεραπεία αξιολόγηση, με ένα ποσοστό 6,4%, να τα πηγαίνει χειρότερα τελικά (Grof et al., 1973).

Οι Rogers et al. στην τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική μελέτη τους, παρουσίασαν τα μεγαλύτερα οφέλη που είχαν οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, οι οποίοι συμμετείχαν στην ομάδα της διεπιστημονικής παρέμβασης ανακουφιστικής φροντίδας. Σε σχέση με όσους είχαν μόνο τη βασική και συνήθη φροντίδα της καρδιολογικής ομάδας, οι πρώτοι ασθενείς έδειξαν σταθερή βελτίωση στην ποιότητα ζωής, το άγχος, την κατάθλιψη και την πνευματική ευημερία. Η ολιστική προσέγγιση της ανακουφιστικής φροντίδας αποτελεί, λοιπόν, σημαντική συνιστώσα στην αγωγή αυτών των βαρέως πασχόντων (Rogers et al., 2017).

Μια άλλη παρέμβαση ήταν αυτή των Pyszora et al. για την αντιμετώπιση της κόπωσης σε ασθενείς με προχωρημένες κακοήθειες. Με τη βοήθεια ενός προγράμματος φυσιοθεραπείας, το οποίο περιλάμβανε ενεργητικές ασκήσεις, μυοπεριτοναϊκή αποσυμπίεση και ιδιοδεκτική νευρομυϊκή χαλάρωση, οι συμμετέχοντες ασθενείς βρέθηκαν να βιώνουν ευεργετικές επιδράσεις όχι μόνο για το θέμα της κόπωσης, αλλά και για συμπτωματολογία που αφορούσε πιθανό πόνο, υπνηλία, απώλεια όρεξης και κατάθλιψη. Η φυσιοθεραπεία αποτέλεσε μια ασφαλής και αποτελεσματική προσέγγιση (Pyszora et al., 2017).

Η εργασία των Martínez et al. αφορά μια ανασκόπηση ερευνών σχετικά με τη χρήση της «Θεραπείας Αξιοπρέπειας» (Dignity Therapy) σε ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή παθήσεις. Η θεραπεία αυτή είναι μια σύντομη, εξατομικευμένη ψυχοθεραπεία και στοχεύει

στην ανακούφιση της ψυχοσυναισθηματικής και υπαρξιακής δυσφορίας καθώς και στη βελτίωση των εμπειριών των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι είχε θετικές επιδράσεις για τους συμμετέχοντες, σε θέματα όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η αντίληψη της εμπειρίας του θανάτου (Martínez et al., 2017).

Στη ανασκοπική μελέτη των Zeng et al. αξιολογήθηκαν συμπληρωματικές ή εναλλακτικές προσεγγίσεις, στην διαχείριση των συμπτωμάτων, ασθενών με νόσους τελικού σταδίου. Οι θεραπείες που περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση ήταν βελονισμός, μασάζ αρωματοθεραπείας, αναπνοές, υπνοθεραπεία, μασάζ, διαλογισμός, μουσικοθεραπεία, ρεφλεξολογία και ρέικι. Τα συμπεράσματα κατέληξαν πως προκύπτει μόνο βραχυπρόθεσμο όφελος για τους ασθενείς (Zeng et al., 2018).

Μια ακόμα ανασκόπηση, αυτή των Boland et al., έδειξε ενδιαφέρον για τη χρήση των κανναβιδοειδών στη διαχείριση του πόνου καρκινοπαθών ασθενών. Οι μελέτες που συμπεριελήφθησαν είχαν χαμηλό κίνδυνο σφάλματος. Εντούτοις, απέτυχαν να αποδείξουν ότι η προσθήκη κανναβιδοειδών στα οπιοειδή μείωσε τον πόνο στους ασθενείς αυτούς. Αντιθέτως, καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης των ασθενών από τις υπό εξέταση έρευνες (Boland et al., 2020).

Στην εργασία των Schenker et al. ερευνάται η αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης πρωτοβάθμιας ανακουφιστικής φροντίδας σε ασθενείς με συμπαγείς όγκους. Η παρέμβαση περιλάμβανε τρεις επισκέψεις σε διάστημα τριών μηνών, από εκπαιδευμένο νοσηλευτή σε θέματα αντιμετώπισης συμπτωμάτων, συναισθηματικής υποστήριξης και συντονισμό του πλάνου φροντίδας. Εν τέλει, το πρόγραμμα δεν βελτίωσε τα αποτελέσματα των νοσούντων. Οι ερευνητές κατέδειξαν μέσω υποθετικών μοντέλων πως μεγαλύτερη πυκνότητα επισκέψεων μπορεί να ήταν ωφέλιμη, ενώ πρότειναν την υιοθέτηση εφαρμογών τηλεϊατρικής προκειμένου για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών (Schenker et al., 2021).

Η μελέτη των Koehler et al. συγκρίνει τα επίπεδα βιοδεικτών του στρες (κορτιζόλης, α-αμυλάσης και διακύμανσης καρδιακού ρυθμού) μεταξύ δύο ομάδων ασθενών ανακουφιστικής φροντίδας, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε τρεις συνεδρίες μουσικοθεραπείας ή θεραπείας χαλάρωσης/ενσυνειδητότητας. Τα ευρήματα υπέδειξαν ευεργετική επίδραση της μουσικοθεραπείας στο άγχος, ενώ δεν βρέθηκαν διαφοροποιημένες ψυχοβιολογικές επιδράσεις μεταξύ των δύο προσεγγίσεων (Koehler et al., 2022).

Η έρευνα των Andriastuti et al. έγινε σε παιδιά με κακοήθειες. Αξιολογήθηκε εάν οι κατ' οίκον επισκέψεις στα πλαίσια ανακουφιστικής φροντίδας, θα βελτιώναν την ποιότητα

ζωής των ασθενών, σε σχέση με αυτή της ομάδας ελέγχου. Τα παιδιά, τα οποία επισκέπτονταν επαγγελματίας υγείας, έδειξαν βελτίωση σε διάφορες παραμέτρους και καλύτερη διαχείριση των συμπτωμάτων (Andriastuti et al., 2022).

Στη μελέτη των Quílez-Bielsa et al. ερευνήθηκε ως προς την βιωσιμότητα, την αποδοχή και την αποτελεσματικότητα, μια σύντομη εκδοχή του ψυχοθεραπευτικού μοντέλου με έμφαση στη νοηματοδότηση, του William Breitbart, για ασθενείς με κακοήθειες. Στην ομάδα ελέγχου παρασχέθηκε η συνήθης ψυχολογική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα ως προς τα ερευνητικά ερωτήματα ήταν θετικά για την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, η οποία πέτυχε μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας των ασθενών (Quílez-Bielsa et al., 2022).

Σε αντίθεση με τις μεθόδους αντιμετώπισης του τραυματικού γεγονότος της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, όπου δύναται να υπάρχει μια σχετική ποικιλία στις προσεγγίσεις, στο τραύμα του πένθους, οι έρευνες κατευθύνονται αποκλειστικά σε διάφορα μοντέλα ψυχοθεραπείας, καθώς αυτά αποτελούν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη συγκεκριμένη διαταραχή. Στην ελεγχόμενη τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη των Shear et al. αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής ουσίας της σιταλοπράμης, σε συνδυασμό ή χωρίς συνεδρίες Θεραπείας Περιπλεγμένου Πένθους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η Θεραπεία Περιπλεγμένου Πένθους ήταν αποδοτική και η προσθήκη σιταλοπράμης δεν βελτίωσε σημαντικά το τελικό όφελος. Ωστόσο, η σιταλοπράμη πέτυχε μεγαλύτερη μείωση της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και βελτιστοποιεί τη Θεραπεία, όταν αυτά εμφανίζονται (Shear et al., 2016).

Στην έρευνα του Nam έγινε σύγκριση της Θεραπείας Περιπλεγμένου Πένθους και της υποστηρικτικής συμβουλευτικής, ως προς τη βελτίωση της συμπτωματολογίας του περιπλεγμένου πένθους. Η Θεραπεία Περιπλεγμένου Πένθους βρέθηκε ανώτερη της άλλης μεθόδου στη μείωση των καταθλιπτικών και άλλων συμπτωμάτων, αλλά και στη βελτίωση των εργασιακών και κοινωνικών λειτουργιών κατά τη διάρκεια του πένθους. Επιπλέον, αναγνωρίστηκε πως η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού προσώπου παίζει κρίσιμο ρόλο στην επιτυχία των συνεδριών της Θεραπείας (Nam, 2016).

Στην πιλοτική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη των Wenn et al. δοκιμάστηκε η αποδοτικότητα της ομαδικής Μεταγνωστικής Θεραπείας Πένθους, με ένα ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της συναισθηματικής δυσφορίας που συνοδεύει το παρατεταμένο πένθος. Όσοι συμμετείχαν στην ομάδα που έλαβε τη Μεταγνωστική Θεραπεία βρέθηκε ότι ελάττωσαν τα αρνητικά συναισθήματα και αναβάθμισαν την ποιότητα ζωής τους,

καθιστώντας, έτσι, την παρέμβαση πολλά υποσχόμενη, όσον αφορά τη χρηστικότητα της (Wenn et al., 2019).

Η εργασία των Chow et al. αφορούσε τη σύγκριση της εφαρμογής του μοντέλου της διπλής διαδικασίας και μιας συμβατικής παρέμβασης προσανατολισμένης στην απώλεια, η οποία προσφέρεται ως τυπική φροντίδα από ομάδες υποστήριξης της κοινότητας, σε χήρους γηραιούς ενήλικες. Η καθιερωμένη προσέγγιση βοήθησε στη μείωση της θλίψης στους ηλικιωμένους. Η εφαρμογή του μοντέλου της διπλής διαδικασίας, όμως, βρέθηκε να είναι ανώτερη, καθώς είχε μεγαλύτερο και πιο εκτεταμένο αντίκτυπο στη μείωση του άγχους και της συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς (Chow et al., 2019).

Οι Mason et al. στη δική τους έρευνα συνέκριναν την εφαρμογή της Θεραπείας Ταχείας Επίλυσης (Accelerated Resolution Therapy) με ασθενείς σε λίστα αναμονής. Η Θεραπεία αυτή είναι μια τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει τα βασικά στοιχεία της θεραπείας με επίκεντρο το τραύμα. Ο σύμβουλος βοηθά τον συμμετέχοντα στην αναπλαισίωση τραυματικών γεγονότων και εικόνων, με κινήσεις των χεριών και καθοδηγούμενη απεικόνιση. Υποκείμενα της έρευνας αποτελούσαν πρώην φροντιστές με συμπτωματολογία ενδεικτική της Διαταραχής Παρατεταμένου Πένθους, οι οποίοι, ωστόσο, ανέφεραν βελτίωση της ποιότητας ζωής κατά την περίοδο της μελέτης, υποστηρίζοντας, έτσι, την περεταίρω σχετική έρευνα (Mason et al., 2022).

Η ανασκόπηση των Brekelmans et al. αφορά σε μια επισκόπηση των διαφορετικών στρατηγικών υποστήριξης του πένθους για οικογένειες ασθενών που απεβίωσαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Διαπιστώθηκε πως οι μέθοδοι της επικοινωνίας και χορήγησης ενημερωτικού φυλλαδίου ή μια κάρτα συλλυπητηρίων, μια τηλεφωνική κλήση και ένα ενημερωτικό φυλλάδιο ή η λήψη πληροφοριών σχετικά με την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και η δυνατότητα παρακολούθησης αυτής, οδήγησαν σε μείωση της εμφάνισης συμπτωματολογίας περιπλεγμένου πένθους, μετατραυματικού στρες, άγχους ή κατάθλιψης. Η τήρηση ημερολογίου Μονάδας Εντατικής Θεραπείας δεν οδηγεί σε μείωση των προκείμενων συμπτωμάτων. Εντούτοις, αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αυτών, έχει η κάρτα συλλυπητηρίων σε συνδυασμό με την παρέμβαση των τεσσάρων υποστηρικτικών μέσων, τα οποία περιλαμβάνουν συναισθηματική υποστήριξη, υποστήριξη επικοινωνίας, υποστήριξη λήψης αποφάσεων και υποστήριξη προληπτικού πένθους (Brekelmans et al., 2022).

3.2 Έρευνες για τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες

Οι έρευνες για τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες τηλεϊατρικής που προσφέρονται σε επαγγελματίες ή λήπτες υπηρεσιών υγείας αναλύονται στη μελέτη διαφόρων πτυχών αυτών των τεχνολογιών, εδώ και αρκετά χρόνια, οπότε και έχουν κάνει την εμφάνισή τους. Ένα από τα πρώτα τέτοια παραδείγματα αποτελεί η εργασία των Ekeland et al., η οποία αποτελεί ανασκόπηση ανασκοπήσεων με θέμα τις επιπτώσεις και το κόστος παρεχόμενων τεχνολογιών τηλεϊατρικής. Από τα ευρήματα επισημαίνεται ότι παρά τα θετικά ή ελπιδοφόρα αποτελέσματα αρκετών περιλαμβανόμενων ερευνών, οι πληροφορίες για τον τομέα αυτό είναι συχνά αποσπασματικές και ελλιπείς. Υπάρχει συνεχιζόμενη ανάγκη για σχεδιασμό μεγαλύτερων μελετών με έμφαση στις οικονομικές αναλύσεις, στις προοπτικές των ασθενών και στην αναγνώριση της τηλεϊατρικής ως τομέα συνεργατικών επιτευγμάτων (Ekeland et al., 2010).

Η συστηματική ανασκόπηση των Wootton et al. ασχολείται με τη μείωση των μετακινήσεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας, λόγω της χρήσης εφαρμογών τηλεϊατρικής, έχοντας σαν παράδειγμα την ειδικότητα της δερματολογίας. Τα ποσοστά αποφυγής των μετακινήσεων κυμαίνονταν από 43 έως 70%, για ασύγχρονες τεχνολογίες ή εφαρμογές πραγματικού χρόνου αντίστοιχα. Οι ερευνητές προτείνουν στους σχεδιαστές υπηρεσιών να χρησιμοποιήσουν αυτές τις πληροφορίες για να σταθμίσουν το κόστος και τα οφέλη των προσεγγίσεων (Wootton et al., 2011).

Οι Chipps et al. διενεργούν μια ανασκόπηση σχετικά με την εφαρμογή βιντεοδιασκέψεων για την παροχή υπηρεσιών τηλεψυχιατρικής σε περιβάλλοντα με περιορισμένους πόρους. Τα ευρήματα υποδεικνύουν αξιοπιστία και βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων καθώς και βιωσιμότητα των εφαρμογών, λόγω της αποδοχής, της ικανοποίησης και του χαμηλότερου κόστους που προσφέρουν. Βάσει των στοιχείων ενθαρρύνεται η ανάπτυξη και ενσωμάτωση τέτοιων προγραμμάτων, ειδικά σε χώρες με χαμηλομεσαίο εισόδημα (Chipps et al., 2012).

Στο πρώτο μέρος της ανασκόπησης των Johansen et al. μελετώνται οι εξελίξεις στην ηλεκτρονική αναφορά συμπτωμάτων μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας, για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες έρευνες που περιλήφθηκαν έδειχναν αυξητικές τάσεις τα τελευταία χρόνια. Αφορούσαν κυρίως μακροχρόνιες ασθένειες και οι παρεμβάσεις κυμαίνονταν από συμβουλευτική υποστήριξη, παρακολούθηση ή αυτοδιαχείριση με υποστήριξη κλινικού ιατρού

και θεραπεία. Στο δεύτερο μέρος καταγράφονται τα αποτελέσματα, με εκείνα της αυτοδιαχείρισης να φαίνονται ιδιαίτερα ελπιδοφόρα, ενώ και της συμβουλευτικής είναι επίσης ενθαρρυντικά (Johansen, Berntsen, et al., 2012· Johansen, Henriksen, et al., 2012).

Στην εργασία των Nissen και Lindhardt διεξήχθη μια ποιοτική έρευνα μεταξύ ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Τα υποκείμενα συμμετείχαν σε ένα εξαμηνιαίο πρόγραμμα τηλεϊατρικής, στο οποίο τους ζητήθηκε, σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα, να υποβάλουν μετρήσεις ζωτικών σημείων ασύγχρονα και να παρακολουθούν συνεδρίες τηλεσυμβουλευτικής. Μέσω συνεντεύξεων, ρωτήθηκε η άποψη των ασθενών για το πρόγραμμα αυτό. Τα κυριότερα καταληκτικά σημεία ήταν η αίσθηση ασφάλειας που ένιωσαν, διότι αντιμετώπισαν το πρόγραμμα ως μια γραμμή σύνδεσης με τα πνευμονολογικά ιατρεία, οι συναντήσεις τηλεσυμβουλευτικής ήταν περισσότερο εστιασμένες και λιγότερο αγχωτικές από τις δια ζώσης, ενώ σημαντικό κρίθηκε ότι μιλούσαν με το ίδιο κάθε φορά υγειονομικό προσωπικό. Οι ασθενείς ένιωθαν ενδυναμωμένοι, ευαισθητοποιημένοι και αυτοδιαχειρίζονταν καλύτερα τη νόσο τους (Nissen & Lindhardt, 2017).

Οι Donelan et al. μελέτησαν την ικανοποίηση ασθενών και υγειονομικών, όσον αφορά τη συνέχεια της παρακολούθησης των πρώτων, με τη χρήση εικονικών βιντεοεπισκέψεων. Το 62,6% των ασθενών και το 59% των κλινικών δήλωσαν πως δεν έβρισκαν διαφορά στη συνολική ποιότητα της επίσκεψης. Οι ασθενείς στην πλειονότητά τους προτιμούσαν αυτό το είδος παροχής υπηρεσιών για λόγους εξοικονόμησης χρόνου μετακινήσεων και άνεσης, ενώ το 52,5% του υγειονομικού προσωπικού ανέφερε υψηλότερη αποδοτικότητα, σε σύγκριση με τις παραδοσιακές επισκέψεις στο γραφείο (Donelan et al., 2019).

Στη μελέτη των Kruse et al. πραγματοποιείται μια ανασκόπηση για την εύρεση των εμποδίων, που δυσκολεύουν την ενσωμάτωση των υπηρεσιών τηλεϊατρικής στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αναγνωρίστηκαν 73 αιτίες, οι οποίες ταξινομήθηκαν σε 14 μεγάλες κατηγορίες. Οι τρεις κύριες και πιο συνηθισμένες ήταν η έλλειψη τεχνογνωσίας, η έλλειψη εξοπλισμού και το τεχνολογικό κενό, που έχουν οι εκεί πληθυσμοί ως προς την προσαρμογή στις αναδυόμενες τεχνολογίες. Η επεξεργασία των στοιχείων αυτών προτείνεται για τους επικεφαλής προγραμμάτων, ώστε να δημιουργηθούν στέρεες βάσεις για τον σχεδιασμό τους, και τη μακροπρόθεσμη επιτυχία τους (Kruse et al., 2019).

Η έρευνα των Hincapié et al. ασχολείται με την ενίσχυση της χρήσης της τηλεϊατρικής στην εποχή του κορονοϊού SARS-CoV-2. Η ανασκόπηση είχε στόχο την παροχή αιτιολόγησης και καθοδήγησης, ώστε να ξεπεραστούν οι περιορισμοί που σχετίζονται με την πανδημία

παγκοσμίως. Κατά τη συζήτηση των αποτελεσμάτων διαπιστώνεται πως η συνηθέστερη εφαρμογή τηλεϊατρικής ήταν αυτή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, ακολουθούμενη από την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, όπου εφαρμόστηκε σε σενάρια επειγόντων περιστατικών και νοσηλείας. Στην πλειονότητα αυτών των μελετών, εφαρμόστηκαν οι τεχνολογίες της βιντεοκλήσης και των τηλεφωνικών κλήσεων για τηλεσυμβουλευτική. Όλα τα αποτελέσματα αξιολογούσαν θετικά την εμπειρία και τη χρησιμότητα της τηλεϊατρικής (Hincarié et al., 2020).

Στην προοπτική έρευνα των Stewart et al. διερευνήθηκε η συμφωνία στη διάγνωση και διαχείριση παιδιατρικών ασθενών οφθαλμολογίας, μεταξύ τηλεϊατρικής και προσωπικής εξέτασης. Στους ασθενείς παρατηρήθηκε εξαιρετική και σχεδόν τέλεια συμφωνία για τις οπτομετρήσεις και την κατηγοριοποίηση της νόσου. Καμία πρωτογενής διάγνωση ή σχέδιο διαχείρισης δεν άλλαξε μετά την αυτοπρόσωπη εξέταση. Μόνο για έναν από τους 55 ασθενείς καταγράφηκε απόκλιση στην απόφαση για χειρουργική επέμβαση, μετά και την προσωπική εξέταση. Οι οικογένειες αισθάνθηκαν άνετα με την ποιότητα της παρεχόμενης εφαρμογής, η οποία προσέφερε αξιόπιστα αποτελέσματα (Stewart et al., 2022).

Τέλος, οι Piette et al. μελέτησαν εάν ένα πρόγραμμα γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας για χρόνια πόνο, το οποίο εξατομικεύει την προσέγγιση των ασθενών χρησιμοποιώντας ενισχυτική μάθηση, τεχνητή νοημοσύνη και κλήσεις διαδραστικής φωνητικής απόκρισης, είναι ή δεν είναι κατώτερο από την τυπική τηλεφωνική συνεδρία και εάν εξοικονομεί χρόνο στο θεραπευτή. Η παρέμβαση φάνηκε πως δεν είναι κατώτερη της τηλεφωνικής συνεδρίας και απαιτούσε σημαντικά λιγότερη ώρα. Αυτό επιτρέπει την αποτελεσματική εξυπηρέτηση πολύ περισσότερων ασθενών με τον ίδιο αριθμό θεραπευτών (Piette et al., 2022).

3.3 Έρευνες για τον ρόλο των ηλεκτρονικών υπηρεσιών στη θεραπεία του τραυματικού γεγονότος

3.3.1 Έρευνες ανάπτυξης παρεμβάσεων

Στη βιβλιογραφία πλέον μπορεί να βρεθεί πληθώρα μελετών που παρουσιάζουν την ανάπτυξη ή/και χρήση κάποιας Τεχνολογίας Πληροφορίας και Επικοινωνίας, προκειμένου για την αρωγή των χρηστών, οι οποίοι μπορεί να είναι ασθενείς, φροντιστές, επαγγελματίες υγείας ή ο γενικός πληθυσμός που ενδιαφέρεται σχετικά. Μια από τις πρώτες έρευνες σχετικά με

εφαρμογή τηλεϊατρικής σε ασθενείς που χρίζουν ανακουφιστικής φροντίδας είναι αυτή των Coyle et al. Αφορά τη μελέτη περίπτωσης ενός ασθενή που χρησιμοποίησε ως συμπληρωματικό εργαλείο στη φροντίδα του, το σύστημα οπτικοακουστικής επικοινωνίας TeleEye. Μετά το πέρας των τριών πρώτων μηνών ο ασθενής και η θεραπευτική του ομάδα μπορούσαν ήδη να διακρίνουν θετικό κλινικό και κοινωνικό αντίκτυπο (Coyle et al., 2002).

Ένα παράδειγμα μελέτης με ελληνική συμμετοχή είναι αυτή των Koumakis et al., στην οποία περιγράφεται ο σχεδιασμός και η υλοποίηση της πλατφόρμας MyPal. Το MyPal είναι μια ψηφιακή παρέμβαση που αφορά την παροχή εργαλείων σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες, γιατρούς/ερευνητές και φροντιστές. Προσφέρει ασθενοκεντρική και εξατομικευμένη προσέγγιση στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας και έχει αξιολογηθεί θετικά από τους χρήστες (Koumakis et al., 2021).

Σχετικές έρευνες συνεχίζονται καθ' όλη τη διάρκεια των ετών εξελίσσοντας την τεχνολογία που εμπλέκεται και το κοινό που απευθύνονται. Οι Wright et al. στην εργασία τους παρουσιάζουν την εφαρμογή REVITALIZE, η οποία σχεδιάστηκε για τη μείωση της κόπωσης που αισθάνονται ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών, οι οποίοι βρίσκονται υπό θεραπεία με αναστολέα πολυμεράσης poly(ADP-ribose) – PARPi. Αποτελεί μια δομημένη, βασισμένη σε δεξιότητες, παρέμβαση για την παροχή υποστήριξης, γνώσεων και δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση της κόπωσης. Αποδεικνύεται εφικτή, αποδεκτή, αποτελεσματική και άξια περαιτέρω διερεύνησης (A. A. Wright et al., 2023).

Οι μελέτες που στοχεύουν σε ανάπτυξη εφαρμογών για πενθούντες εμφανίζονται με μικρότερη συχνότητα στη βιβλιογραφία. Παράδειγμα αποτελεί αυτή των van der Houwen et al., η οποία περιγράφει μια παρέμβαση γραφής που βασίζεται σε συνδυασμό των μελετών του Pennebaker, Lange και van Emmerik. Τα αποτελέσματα έδειξαν μείωση αισθημάτων μοναξιάς και αύξηση της θετικής διάθεσης. Ωστόσο, δεν επηρεάστηκε η διαδικασία του πένθους και η καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι επιδράσεις που διαπιστώθηκαν δεν εξαρτήθηκαν από το προφίλ κινδύνου ανάπτυξης συμπτωμάτων παρατεταμένου πένθους των συμμετεχόντων ή το βασικό επίπεδο δυσφορίας τους (van der Houwen et al., 2010).

Από τις πιο πρόσφατες έρευνες στο πεδίο του πένθους είναι αυτή των van Velsen et al. Αφορά την ανάπτυξη της LEAVES, μιας διαδικτυακής υπηρεσίας υποστήριξης ανθρώπων που έχασαν το σύντροφό τους. Συνδυάζει ψυχοεκπαίδευση, γνωσιακές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις, με μια αρχική αξιολόγηση του κινδύνου, καθοδήγηση δραστηριοτήτων μέσω ενός ενσωματωμένου συνομιλητή και έλεγχο της διάθεσης ανά δεκαπενθήμερο. Ο ψηφιακός

γραμματισμός ήταν ο περιορισμός που είχαν υπ' όψιν τους τα εμπλεκόμενα μέλη (van Velsen et al., 2023).

3.3.2 Έρευνες βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων

Από τις πρώτες ανασκοπήσεις στο πεδίο της ανακουφιστικής φροντίδας ήταν αυτή των Willis et al., το 2007. Διερευνούσαν τη χρήση του διαδικτύου μεταξύ ασθενών, φροντιστών, οικογενειών και επαγγελματιών υγείας ξενώνων. Η γενικότερη επίγευση που άφηναν παρεμβάσεις, όπως το βιντεοτηλέφωνο, η ψηφιακή πένα, ανώνυμες διαδικτυακές ομάδες υποστήριξης και η ψηφιακή ανάλυση δεδομένων, ήταν θετική. Ωστόσο, η έρευνα άφηνε ανοικτά τα ερωτήματα του πώς αισθάνονται τα ενδιαφερόμενα μέρη για τη χρήση αυτής της τεχνολογίας και αν αυτή στοχεύει στην αντικατάσταση ή την συμπλήρωση των υπηρεσιών των ξενώνων (Willis et al., 2007).

Το 2012, οι Nwosu και Mason παρουσίασαν εφαρμογές (apps) σχετιζόμενες με το πεδίο της ανακουφιστικής φροντίδας από τα πέντε δημοφιλέστερα καταστήματα λειτουργικών συστημάτων της εποχής (iPhone, Blackberry, Android, Palm και Windows). Βρέθηκαν έξι εφαρμογές, οι οποίες απευθύνονταν σε επαγγελματίες υγείας και ελέγχθηκαν ως προς το στόχο τους (ιστολόγιο, ή εκπαιδευτική εφαρμογή ή εφαρμογή παροχής κατευθυντήριων οδηγιών ή μετατροπής δόσεων οπιοειδών φαρμάκων), την πλατφόρμα που τα φιλοξενεί καθώς και το ενδεχόμενο κόστος που μπορεί να έχουν. Τα συμπεράσματα της μελέτης ήταν ότι τα πιθανά οφέλη της τεχνολογίας κινητής τηλεφωνίας δεν έχουν εξεταστεί σε βάθος και υπάρχει δυνατότητα περαιτέρω έρευνας και ανάπτυξης (Nwosu & Mason, 2012).

Η έκρηξη της προαναφερθείσας τεχνολογίας φαίνεται ότι αρχίζει να έρχεται από το 2017 και μετά. Οι Meghani et al. σε αντίστοιχη με την προηγούμενη μελέτη διαπίστωσαν την ύπαρξη 46 εφαρμογών σε πέντε λειτουργικά συστήματα. Οκτώ από αυτές απευθύνονταν πλέον και σε ασθενείς, φροντιστές ή το γενικό πληθυσμό. Η αξιολόγησή τους επεκτείνεται σε περισσότερους άξονες πέρα από το στόχο, την πλατφόρμα και το κόστος, όπως η διαθέσιμη γλώσσα στην οποία κυκλοφορούν και η ταυτότητα του προγραμματιστή – δημιουργού τους. Μετά τη δραστική αύξηση του αριθμού τους, αρχίζει να τίθεται το θέμα της ποιότητας των πληροφοριών που παρέχονται (Meghani et al., 2017).

Η ανασκόπηση των Pinto et al. σχετικά με τη χρήση τεχνολογιών ηλεκτρονικής υγείας και κινητών εφαρμογών στην ανακουφιστική φροντίδα επιστρατεύει, εκτός από την αναζήτηση

στα καταστήματα εφαρμογών, τον έλεγχο και της σχετικής βιβλιογραφίας. Παρουσιάζονται 25 έρευνες και 40 εφαρμογές. Οι βιντεοκλήσεις, τα εξειδικευμένα λογισμικά και το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο με κατεύθυνση την ανάπτυξη της τηλεσυμβουλευτικής και την προώθηση των γνώσεων βρίσκουν ότι είναι οι κύριες τεχνολογίες που γνωρίζουν άνθιση (Pinto et al., 2017).

Πολλές από τις μελέτες που ασχολούνται με την ανάπτυξη εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας στοχεύουν σε παθήσεις που εμπίπτουν στις δυνητικά απειλητικές για τη ζωή, προκαλούν έκπτωση στη διαβίωση των ατόμων και χρίζουν ανακουφιστικής φροντίδας. Μια από αυτές είναι η έρευνα των Jupp et al., η οποία ελέγχει τις εφαρμογές κινητών τηλεφώνων σχετικά με τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και των συμπτωμάτων σε παιδιατρικό ή ενήλικο ογκολογικό πληθυσμό. Η έρευνα στη βιβλιογραφία και στα καταστήματα εφαρμογών απέδωσε 8 μελέτες και 28 εφαρμογές. Οι εφαρμογές αξιολογήθηκαν με την Κλίμακα Αξιολόγησης Εφαρμογών Κινητής Τηλεφωνίας (Mobile Application Rating Scale - MARS). Παρά τα μειονεκτήματα που αναφέρονται όπως μη επαρκή αξιοποίηση των τεχνικών δυνατοτήτων των έξυπνων κινητών ή τα χαμηλά ποσοστά εμπλοκής των συμμετεχόντων, οι συγγραφείς καταλήγουν πως τέτοιου είδους παρεμβάσεις έχουν εξαιρετικές προοπτικές για τη βελτίωση των ασθενών (Jupp et al., 2018).

Ακολουθεί η ανασκόπηση των Kauw et al. η οποία πραγματεύεται παρεμβάσεις ηλεκτρονικής υγείας σε ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια. Η βιβλιογραφική έρευνα αποδίδει 10 μελέτες, οι οποίες εστιάζουν κυρίως σε παιδιά και εφήβους. Τα δεδομένα είναι ετερογενή και δύσκολα να γενικευτούν καθώς λείπει σχετικό δείγμα με ενήλικες ασθενείς. Προτείνεται η αναγκαιότητα οργάνωσης μελετών μεγαλύτερης κλίμακας καθώς και πάλι επισημαίνονται τα πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα των παρεμβάσεων αυτών (Kauw et al., 2018).

Η εργασία των Mehdizadeh et al. αφορά τον προσδιορισμό των εφαρμογών σε έξυπνα κινητά και των χαρακτηριστικών τους, που χρησιμοποιούνται από καρκινοπαθή παιδιά και τις οικογένειές τους. Μέσα από 24 μελέτες συμπεραίνουν ότι οι εφαρμογές αυτές στοχεύουν σε παιδιά ηλικίας άνω των 8 ετών και λιγότερο στα μέλη των οικογενειών τους ή σε νεαρότερες ηλικίες. Οι κυριότερες ενότητες που αναπτύσσονται σε αυτές τις εφαρμογές αφορούν την αξιολόγηση των συμπτωμάτων, την παροχή πληροφοριών, την εδραίωση επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, την κοινωνική υποστήριξη των ασθενών και ημερολόγια για την καταγραφή υπενθυμίσεων. Οι εφαρμογές κρίνονται ότι αυξάνουν την προσβασιμότητα των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας και εφόσον δεν απαιτούν δαπανηρές υποδομές προτείνονται στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών (Mehdizadeh et al., 2019).

Στη συνέχεια, η έρευνα των Holmen et al. καταπιάνεται με το θέμα της ηλεκτρονικής υγείας στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο οικιακό περιβάλλον παιδιών. Επτά σχετικές μελέτες κατέδειξαν ότι τα παιδιά και οι οικογένειές τους κρατούν θετική στάση απέναντι σε τέτοιες παρεμβάσεις. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη ερευνών, σχετικές με τις μοναδικές εμπειρίες και γνώμες των υποκειμένων, και απουσιάζει η συμβολή των βιωμένων αναγκών τους. Αντίθετα, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να δυστοκούν στην ενσωμάτωση της χρήσης της νέας τεχνολογίας καθώς και στην οργάνωση αντίστοιχων κλινικών δοκιμών, κυρίως λόγω της εξελισσόμενης τεχνολογίας, η οποία κινδυνεύει να καταλήξει παρωχημένη στο τέλος μιας μακρόχρονης τυποποιημένης μελέτης (Holmen et al., 2020).

Η εργασία των Putranto και Rochmawati εξετάζει εφαρμογές κινητών τηλεφώνων που στόχο έχουν τη βελτίωση της διαχείρισης των συμπτωμάτων που προκύπτουν από ογκολογικές νόσους. Μέσα από 11 μελέτες καταλήγουν στο πόρισμα ότι είναι απαραίτητη η συμπερίληψη όλων των ενδιαφερόμενων μερών προκειμένου για την ανάπτυξη μίας κατάλληλης και ικανοποιητικής για το κοινό της εφαρμογής. Επιπρόσθετα, η χρήση αυτών των εφαρμογών φαίνεται ότι σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα ασθενών (Putranto & Rochmawati, 2020).

Άλλη ανασκόπηση καταπιάνεται με τις εμπειρίες ασθενών σχετικά με την ηλεκτρονική υγεία στην ανακουφιστική φροντίδα. Καταθέτει μία πολύ θετική αποτίμηση της χρήσης ηλεκτρονικών εφαρμογών μέσα από 12 εργασίες. Οι χρήστες θεωρούν ότι τους παρέχεται εξατομικευμένη φροντίδα και αναπτύσσουν μια αίσθηση ασφάλειας. Ακόμα, δύνανται να διατηρήσουν την κοινωνική τους ζωή. Η καλή διάθεση και η αντίστοιχη συμμετοχικότητα που μπορεί να δείξουν οι επαγγελματίες υγείας παίζει, επίσης, σπουδαίο ρόλο (Widberg et al., 2020).

Τα αποτελέσματα της χρήσης εφαρμογών κινητών τηλεφώνων στη βοήθεια της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και στην έκβαση της γενικότερης κατάστασης της υγείας ασθενών με καρδιαγγειακές παθήσεις εξετάζει η μελέτη των Al-Arkee et al. Και σε αυτή την κατηγορία ασθενών καταγράφεται αποδοχή και ευκολία στη χρήση από μέρους των χρηστών, ενώ στατιστικά σημαντική είναι και η βελτίωση στη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή που επετεύχθη. Μολαταύτα προτείνεται η διενέργεια και άλλων, μεγαλύτερης κλίμακας, ερευνών, καθώς αυτές που περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση διέφεραν σε μεγάλο βαθμό ως προς το σχεδιασμό, το περιεχόμενο και την υλοποίηση, κάνοντας κάπως προβληματική τη σύγκριση των ποσοτικών αποτελεσμάτων (Al-Arkee et al., 2021).

Η εργασία των Chelberg et al. ασχολήθηκε με την αναζήτηση στα καταστήματα εφαρμογών, όσες σχετίζονται με την άνοια. Βρέθηκαν 75 εφαρμογές, η πλειονότητα των οποίων κρίθηκε μη συνιστώμενη για χρήση από τους ασθενείς ή τους φροντιστές τους διότι είχαν μικρή συσχέτιση με την υπό διερεύνηση νόσο, κακή ή/και πτωχή ποιότητα πληροφοριών, ή έντονη εμπορευματοποίηση του περιεχομένου. Καταλήγει ότι απαιτείται η εφαρμογή τυποποιημένων δεικτών ποιότητας και εμπορικών οδηγιών, καθώς και η σύμπραξη των δημιουργών των εφαρμογών με επίσημους φορείς (Chelberg et al., 2021).

Οι Janjua et al. στην ανασκόπησή τους αξιολογούν την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων τηλεϊατρικής σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Οι 29 μελέτες που συμπεριλήφθηκαν αποδείχτηκε πως ενείχαν υψηλό κίνδυνο μεροληπτικών σφαλμάτων. Κατά την εξαγωγή αποτελεσμάτων δεν διαπιστώθηκαν σημαντικά οφέλη ή βλάβες για τους ασθενείς που παρακολουθούνταν με οποιαδήποτε από τις τεχνολογίες τηλεϊατρικής όσον αφορά τον αριθμό των παροξύνσεων, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, τη μείωση των συμπτωμάτων αναπνευστικής δυσχέρειας, των νοσηλειών ή του θανάτου. Οι ασθενείς που επωφελούνταν από την τεχνολογία της τηλεϊατρικής σε συνδυασμό με τη συνήθη φροντίδα βρέθηκαν να έχουν μια κάποια μείωση του κινδύνου επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Συνολικά προτείνουν τη διενέργεια περισσότερων σχετικών ερευνών, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η υπηρεσίες τηλεϊατρικής μπορούν να προσφέρουν μακροπρόθεσμα οφέλη σε αυτή την κατηγορία ασθενών (Janjua et al., 2021a).

Μια πρόσθετη προσέγγιση στις ανασκοπήσεις περί της ανακουφιστικής φροντίδας είναι αυτή των Naoum et al., η οποία αξιολογεί τα οικονομικά οφέλη της ψηφιακής υγείας. Από 3 μόνο μελέτες, οι οποίες κρίθηκαν μεθοδολογικά επαρκείς, συμπεραίνουν ότι οι ψηφιακές εφαρμογές στην υγεία διαφαίνονται ως οικονομικά αποδοτικές και μειώνουν το συστημικό κόστος σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα που παρέχεται ή αν δεν παρέχεται καθόλου. Εντούτοις η εφαρμοσιμότητα και η γενίκευση αυτών των συμπερασμάτων παραμένει επισφαλής λόγω της έλλειψης πολλών στοιχείων και της ετερογένειας των υπαρχόντων (Naoum et al., 2021).

Στη μελέτη των Zasadka et al., αναλύεται μέσα από 17 μελέτες, η αποτελεσματικότητα της εισαγωγής νέων τεχνολογιών στην αποκατάσταση ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Εφαρμογές τηλεϊατρικής, εικονικής πραγματικότητας και παιχνιδιοποίησης φαίνεται ότι αποδίδουν παρόμοια ή και καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με εκείνα της άμεσης άσκησης των παραδοσιακών σχημάτων. Αποτελούν λιγότερο κοστοβόρες επιλογές και προσδίδουν

περισσότερη άνεση στους ωφελούμενους, για αυτό και προτείνεται η συνεχιζόμενη έρευνα σε αυτές (Zasadzka et al., 2021).

Μια πάθηση που υπάγεται πλέον στην ανάγκη συνεχιζόμενης φροντίδας έως τα τελικά στάδια είναι και το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS), που προκαλείται από τον ιό HIV. Οι Mehraeen et al. μελετούν τις εφαρμογές κινητών τηλεφώνων για την αυτοδιαχείριση των ασθενών ως προς τη στοχοθεσία, τις υποδομές και το απευθυνόμενο κοινό τους. Είκοσι τρεις εργασίες και οι αντίστοιχες εφαρμογές αποδεικνύουν ότι πτυχές όπως η αυτοφροντίδα, αυτοπαρακολούθηση και αυτοδιαχείριση, η συμμόρφωση με την αντιρετροϊκή αγωγή, η πρόληψη και η θεραπεία βελτιώνονται. Απαιτούνται ρυθμιστικές προσεγγίσεις στην αγορά των καταστημάτων εφαρμογών, ωστόσο η υγεία μέσω κινητών τηλεφώνων παραμένει μια ουσιαστική προσθήκη για τους ασθενείς (Mehraeen et al., 2022).

Άλλη ανασκόπηση σχετική με παθήσεις ανακουφιστικής φροντίδας είναι αυτή των Truijzen et al., η οποία αφορά την επίδραση της εικονικής πραγματικότητας και της τηλεαποκατάστασης στην ισορροπία της στάσης του σώματος σε ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον, σκλήρυνση κατά πλάκας ή εγκεφαλικό επεισόδιο, στο σπίτι. Η μελέτη της βιβλιογραφίας απέδωσε 7 έρευνες, οι οποίες δεν κατέδειξαν τη χρήση αυτών των τεχνολογιών ως ανώτερη ή κατώτερη των συμβατικών θεραπειών. Προτείνεται, όμως, η εφαρμογή τους σαν ενίσχυση των βασικών προγραμμάτων αποκατάστασης προκειμένου για την μεγιστοποίηση των κλινικών οφελών σε βάθος χρόνου (Truijzen et al., 2022).

Η εργασία των Wanchai et al., σχετικά με την αποτελεσματικότητα διαδικτυακών εφαρμογών στη διαχείριση ανεπιθύμητων παρενεργειών κατά τη θεραπεία ασθενών με καρκίνο του μαστού, περιέλαβε 7 μελέτες. Αυτές κατέδειξαν ότι η χρήση εφαρμογών κινητών τηλεφώνων ταιριάζουν περισσότερο σε νεαρότερους ασθενείς, ενώ οι μεγαλύτερες ηλικίες βρίσκουν πιο δόκιμη τη χρήση διαδικτυακών εφαρμογών προσβάσιμων μέσω *px* ταμπλετών. Έρευνα σχετική με το συνδυασμό των δύο επιλογών στην κλινική πράξη καλό θα ήταν να πραγματοποιηθεί στο μέλλον (Wanchai et al., 2022).

Οι πιο πρόσφατες ανασκοπήσεις σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα εστιάζουν στην κατ' οίκον φροντίδα. Οι Cruz et al. μελετούν 11 εφαρμογές για κινητές συσκευές. Τα κινητά τηλέφωνα είναι οι πιο συνηθισμένες τεχνολογικές πλατφόρμες. Οι εφαρμογές που περιέχουν χρησιμεύουν στη συλλογή δεδομένων σε πραγματικό χρόνο, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές τους, στην παροχή εκπαιδευτικού υλικού, αλλά και στην ενεργή εισαγωγή των ασθενών στην ερευνητική διαδικασία, αποδίδοντας έτσι ένα προϊόν που

απευθύνεται στις πραγματικές ανάγκες τους. Οι συγγραφείς θεωρούν ότι οι εφαρμογές αυτές αποτελούν μια βιώσιμη και αποδοτική λύση, η οποία θα πρέπει να απελευθερωθεί από το ακαδημαϊκό σενάριο στο οποίο δημιουργήθηκε και να χρησιμοποιηθεί ευρέως (Cruz et al., 2023).

Τέλος, οι Steindal et al. συζητούν την επίδραση της τηλεϊατρικής στην ανακουφιστική φροντίδα ασθενών κατ' οίκον. Παρουσιάζονται 40 μελέτες, οι οποίες απαντούν στις σχετικές ερευνητικές υποθέσεις, θίγοντας, εντούτοις, ότι είναι δυσχερής η μεταφερσιμότητα των αποτελεσμάτων διότι το δείγμα προέρχεται κυρίως από καρκινοπαθείς ανεπτυγμένων χωρών και οι έρευνες παρουσίαζαν κλινική και μεθοδολογική ετερογένεια. Επίσης, τονίζεται η σημασία της συμμετοχής των τελικών χρηστών στη διαδικασία ανάπτυξης των εφαρμογών σε μελλοντικές εργασίες (Steindal et al., 2023).

Σε αντιδιαστολή με τα προκείμενα, οι ανασκοπικές έρευνες στο πεδίο του πένθους είναι πολύ περιορισμένες. Μία εξ αυτών είναι αυτή των Wagner et al., η οποία πραγματεύεται διαδικτυακές παρεμβάσεις για πενθούντες. Οι επιδράσεις της διαδικτυακής θεραπείας κρίνονται ότι είναι περιορισμένες αλλά σταθερές στη διάρκεια του χρόνου. Αυτό οφείλεται στο σχεδιασμό των τρεχόντων ερευνητικών πρωτοκόλλων, τα οποία ενδέχεται να απευθύνονται περισσότερο στο συνδυασμό συμπτωμάτων πένθους και μετατραυματικού στρες, παρά στα ειδικά συμπτώματα του παρατεταμένου πένθους. Επίσης, παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά αποχώρησης από τους συμμετέχοντες σε όσες έρευνες παρείχαν μόνο πληροφοριακή ανατροφοδότηση, καταδεικνύοντας έτσι τη σημασία της επαγγελματικής καθοδήγησης (Wagner et al., 2020).

Η ανασκόπηση των Zuelke et al. μελέτησε την αποτελεσματικότητα και την εφαρμοσιμότητα παρεμβάσεων για την ανακούφιση συμπτωμάτων του πένθους, οι οποίες διατίθενται είτε μέσω κινητών τηλεφώνων ή του διαδικτύου γενικότερα. Οι εφαρμογές κρίθηκαν ότι ήταν αποτελεσματικές, ωστόσο, το μικρό μέγεθος του δείγματος, το οποίο αποτελείται κυρίως από γυναίκες, είναι κάποιιοι περιορισμοί που δικαιολογούν την περαιτέρω διερεύνηση της θεματικής (Zuelke et al., 2021).

Κεφάλαιο 4^ο: Μεθοδολογία έρευνας

4.1 Ερευνητικός σχεδιασμός

Η παρούσα εργασία αποτελεί ποιοτική έρευνα και ειδικότερα συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων ερευνών, οι οποίες μελετούν ηλεκτρονικές υπηρεσίες για την ενδυνάμωση ατόμων που βιώνουν τραυματικό γεγονός. Ως τραυματικό γεγονός νοείται μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια όσον αφορά τον ασθενή, αλλά και τη διαχείριση της φροντίδας του τελευταίου στα τελικά στάδια της νόσου ή στη μετέπειτα φάση του πένθους για τους οικείους του.

Κάθε έρευνα στόχο έχει την παραγωγή και προώθηση της επιστημονικής γνώσης μέσω ενός ευρέος φάσματος δραστηριοτήτων. Μια ποιοτική μελέτη, όπως η συγκεκριμένη, διερευνά τις συσχετίσεις μεταξύ πεποιθήσεων, εμπειριών, καταστάσεων και υλικών με έμφαση στην ολιστική περιγραφή τους και στον τρόπο παραγωγής τους (Γαλάνης, 2017· Fraenkel & Wallen, 2009). Οι ιστορικές καταβολές της ποιοτικής έρευνας βρίσκονται στο έργο ανθρωπολόγων και κοινωνιολόγων του 15^{ου} αιώνα, και για τις κοινωνικές επιστήμες αποτελεί ακόμα την κατ' εξοχήν προσέγγιση. Εντούτοις, αρχίζει να υπάρχει ενδιαφέρον και από άλλα επιστημονικά πεδία, στα οποία είτε χρησιμοποιείται αυτούσια, είτε σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους. Είναι κατάλληλη για ερευνητικά θέματα τα οποία δεν έχουν κατανοηθεί σε βάθος ή η μελέτη τους βρίσκεται σε πρωταρχικά στάδια και διατίθενται περιορισμένες πληροφορίες (Γαλάνης, 2017· Ίσαρη & Πουρκός, 2015).

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ποιοτικής μεθοδολογίας είναι η περιγραφή και ερμηνεία σχέσεων μεταξύ προσδιοριστών. Ο ερευνητής ενδιαφέρεται για μια πλαισιοθετημένη και λεπτομερή μελέτη του θέματος και όχι μια αποκλειστικά στατιστική και αφαιρετική προσέγγιση. Πριν τη διεξαγωγή της έρευνας γίνονται όσο το δυνατόν λιγότερες υποθέσεις. Ακολουθεί η επαγωγική σύνθεση των δεδομένων και η θεωρία αρθρώνεται μέσα από αυτά. Τα αποτελέσματα καταγράφονται με περιγραφικό τρόπο και όχι μέσω στατιστικών συνθέσεων αυτών (Γαλάνης, 2017· Ίσαρη & Πουρκός, 2015· Fraenkel & Wallen, 2009).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελεί μια μέθοδο παρουσίασης ερευνητικών αποτελεσμάτων, η οποία αναπτύχθηκε προκειμένου να διευκολύνει τους επαγγελματίες στην αξιολόγηση του μεγάλου όγκου πληροφοριών και την απρόσκοπτη άσκηση των καθημερινών

καθηκόντων τους. Η πληθώρα δημοσιεύσεων και η ανάγκη για λήψη έγκυρων και έγκαιρων αποφάσεων, απαιτεί σύνθεση αποτελεσμάτων, διασφάλιση της ποιότητάς τους και αποτελεσματική πρόσβαση σε αυτά. Μια συστηματική ανασκόπηση, εκτός από την παροχή επικαιροποιημένων γνώσεων, συχνά αποτελεί και αφετηρία ανάπτυξης κατευθυντήριων γραμμών, βασιζόμενων στα ευρήματα που παρουσιάζονται (Γαλάνης, 2009· Πατελάρου & Μπροκαλάκη, 2010· Gopalakrishnan & Ganeshkumar, 2013).

Η ανασκόπηση αποτελεί δευτερογενές δημοσίευμα, το οποίο συνοψίζει ένα αριθμό πρωτογενών μελετών, οι οποίες συνέλεξαν δεδομένα απευθείας από τον υπό μελέτη πληθυσμό. Διακρίνεται σε αφηγηματική και συστηματική. Η αφηγηματική ανασκόπηση θεωρείται πλέον ακατάλληλη προς χρήση από πολλούς, καθώς ενέχει έντονο το στοιχείο της υποκειμενικότητας του ερευνητή και της ανομοιογένειας στην ποιότητα των δεδομένων (Γαλάνης, 2009· Gopalakrishnan & Ganeshkumar, 2013). Η συστηματική ανασκόπηση, από την άλλη μεριά, βασίζεται σε συγκεκριμένη επιστημονική μεθοδολογία. Επιστρατεύει σαφείς και αναπαραγώγιμες μεθόδους συστηματικής αναζήτησης, κριτικής αξιολόγησης και σύνθεσης βιβλιογραφικών τεκμηρίων που απαντούν σε προκαθορισμένες ερευνητικές υποθέσεις. Η πιθανότητα σφαλμάτων μειώνεται, ενώ οι περιορισμοί καταγράφονται με ακρίβεια. Στην περίπτωση που οι υπό εξέταση μελέτες είναι αρκετά παρόμοιες ώστε να έχει νόημα ο συνδυασμός των αποτελεσμάτων τους, μια συστηματική ανασκόπηση μπορεί να συμπεριλάβει ή όχι μια μαθηματική διαδικασία στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων τους, ώστε να εξαχθεί μια συγκεντρωτική εκτίμηση. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται μετα-ανάλυση (Γαλάνης, 2009· Πατελάρου & Μπροκαλάκη, 2010· Gopalakrishnan & Ganeshkumar, 2013).

Η τρέχουσα συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση φιλοδοξεί να ανασυνθέσει τα δεδομένα μελετών που ανέπτυξαν ηλεκτρονικές υπηρεσίες, εφαρμογές ή παρεμβάσεις με τη βοήθεια της χρήσης του διαδικτύου ή άλλων νέων τεχνολογιών, προκειμένου να ενδυναμώσουν παιδιά, οικογένειες ή/και λοιπά ενήλικα άτομα, τα οποία βιώνουν μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, απώλεια ή πένθος. Παρόμοιες μελέτες που καλύπτουν αυτό το φάσμα του πληθυσμού, δεν έχουν γίνει ξανά, εξ όσων παρατηρήθηκαν από την αναδίφηση της βιβλιογραφίας. Ανασκοπήσεις με εντοπισμένα ερευνητικά ερωτήματα στο πεδίο της ανακουφιστικής φροντίδας παρουσιάζουν συχνά το πρόβλημα της ετερογένειας των αποτελεσμάτων και της αδυναμίας εξαγωγής καταληκτικών συμπερασμάτων (Al-Arkee et al., 2021· Janjua et al., 2021a· Kauw et al., 2018· Naoum et al., 2021· Steindal et al., 2023· Truijzen et al., 2022· Widberg et al., 2020), ενώ αυτές που αφορούν στο πένθος σταματούν στον Ιανουάριο του 2020 την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, δίχως να συμπεριλάβουν τις

καινούριες παρεμβάσεις που αναπτύχθηκαν την περίοδο της πανδημίας, οπότε περισσότερες ηλεκτρονικές και εξ αποστάσεως υπηρεσίες εξελίχθηκαν ραγδαία (Wagner et al., 2020· Zuelke et al., 2021).

4.2 Δείγμα

Για την απόκτηση του δείγματος της μελέτης δεν συλλέγονται πρωτογενή δεδομένα ασθενών και, ως εκ τούτου δεν απαιτήθηκε δεοντολογική έγκριση. Το υλικό της ανασκόπησης αποτελούν δημοσιευμένες έρευνες από τρεις μεγάλες βάσεις δεδομένων. Πιο αναλυτικά, χρησιμοποιήθηκαν οι κάτωθι:

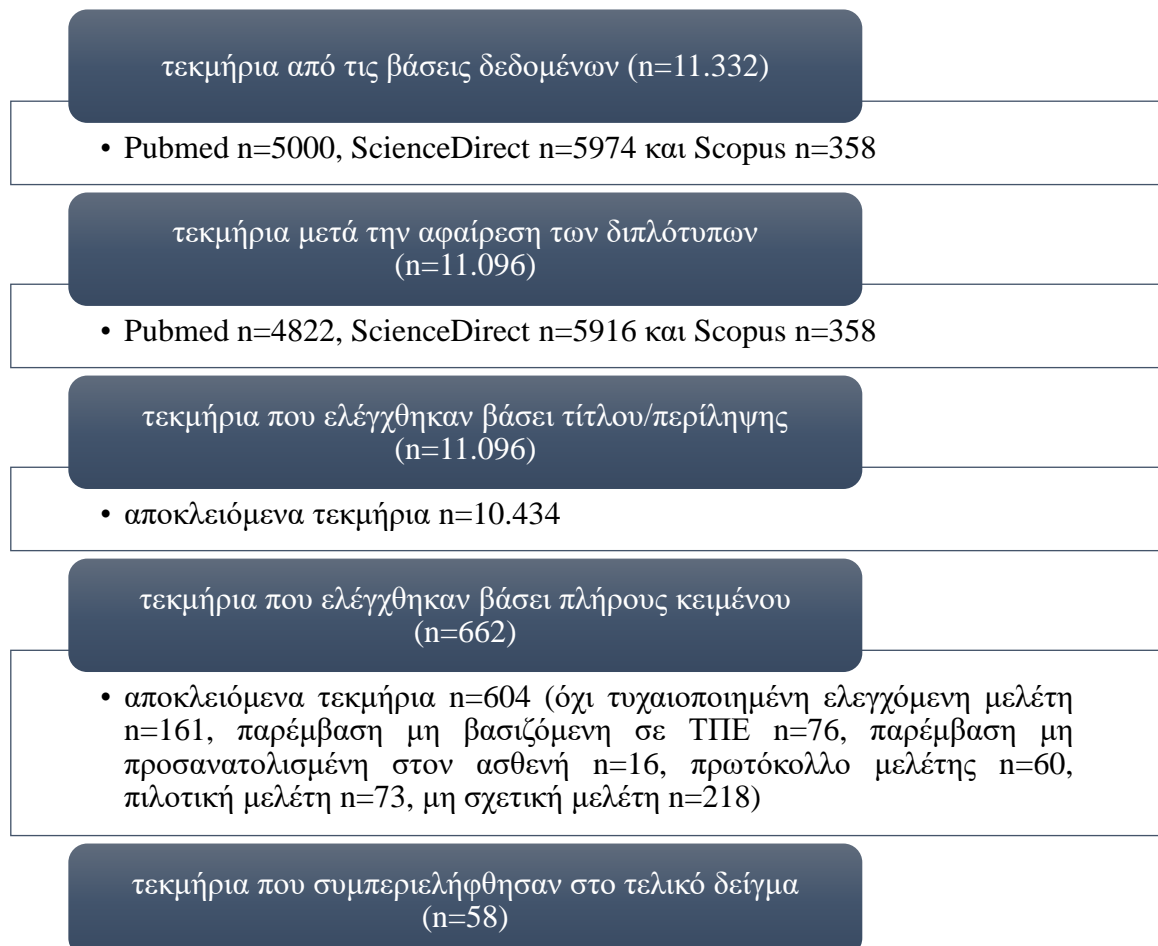
- Pubmed : αποτελεί δωρεάν διαδικτυακή πηγή αναζήτησης και ανάκτησης βιβλιογραφίας σχετική με την ιατρική και άλλες βιοεπιστήμες, διαθέσιμη από το 1996. Περιέχει περισσότερες από 36.000.000 αναφορές και περιλήψεις τεκμηρίων (PubMed, 2023).
- ScienceDirect : η βάση δεδομένων ξεκίνησε τη λειτουργία της το 1997. Δίνει πρόσβαση σε περισσότερα από 2650 περιοδικά, τα οποία αξιολογούνται από ειδικούς συναφών ειδικοτήτων. Κατηγοριοποιεί τα άρθρα της σε τέσσερις τομείς, αναδεικνύοντας σε αυτούς το ιστορικό πλαίσιο και τις τρέχουσες εξελίξεις, τονώνοντας την έρευνα και βελτιώνοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Elsevier, 2023a).
- Scopus : αποτελεί μια, επί συνδρομή, βάση δεδομένων η οποία καλύπτει 240 επιστημονικά πεδία. Λειτουργεί από το 2004. Περιλαμβάνει περιλήψεις ακαδημαϊκών άρθρων από έγκριτα επιστημονικά περιοδικά (Elsevier, 2023b).

Η όλη διαδικασία της τελικής επιλογής των τεκμηρίων ακολούθησε το επικαιροποιημένο διάγραμμα ροής PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) 2020, ήτοι αφού συλλέχθηκε από τις προκαθορισμένες βάσεις δεδομένων το σύνολο των στοιχείων, αφαιρέθηκαν τα διπλότυπα ή μη επιλέξιμα για άλλους λόγους αρχεία (Page et al., 2021a· Page et al., 2021b). Η αφαίρεση των διπλότυπων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση μιας διαδικτυακής έκδοσης ενός προγράμματος διαχείρισης πηγών, το EndNote. Το λογισμικό αυτό κυκλοφόρησε το 1988 και παρέχει τη δυνατότητα απαλοιφής όμοιων περιεχομένων στη συλλογή τεκμηρίων, μέσω αναζήτησης μοναδικών αναγνωριστικών, όπως αυτό του ψηφιακού αντικειμένου (Digital Object Identifier – DOI) (EndNote, 2023· Saxena & Kaushik, 2022). Στη συνέχεια ελέγχθηκαν τα εναπομείναντα,

αρχικά, ως προς τον τίτλο και την περίληψη τους και τελικά ως προς το πλήρες κείμενο, προκειμένου για την τελική επιλογή.

Η αρχική ανεύρεση τεκμηρίων απέδωσε 5000 άρθρα στην Pubmed, στις 27 Οκτωβρίου 2023 και 5974 στη ScienceDirect και 358 στη Scopus, στις 25 Οκτωβρίου 2023. Μετά την αφαίρεση των διπλότυπων απέμειναν 4822 δημοσιεύσεις στην Pubmed, 5916 στη ScienceDirect και 358 στη Scopus. Μετά τον αρχικό έλεγχο των αρχείων βάσει τίτλου ή / και περίληψης απέμειναν συνολικά 662. Από αυτά, μετά από πλήρη έλεγχο του κειμένου τους, κρίθηκαν κατάλληλα για την συμπερίληψή τους στη μελέτη 58. Ακολουθεί το σχετικό διάγραμμα ροής PRISMA 2020 (Διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1. Διάγραμμα ροής PRISMA 2020 της διαδικασίας επιλογής δείγματος της μελέτης



Οι πρωτογενείς έρευνες που συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα εργασία επιλέχθηκαν βάσει των κάτωθι προκαθορισμένων κριτηρίων επιλεξιμότητας. Οι έρευνες είναι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, οι οποίες αποτελούν των ακρογωνιαίο λίθο της κλινικής έρευνας για την ανάπτυξη παρεμβάσεων. Συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων ερευνών αποτελούν το υψηλότερο επίπεδο εγκυρότητας των αποδεικτικών στοιχείων που προσφέρονται (Charrois, 2015). Οι μελέτες περιγράφουν την ανάπτυξη ηλεκτρονικών υπηρεσιών, εφαρμογών ή παρεμβάσεων με τη βοήθεια της χρήσης του διαδικτύου ή άλλων νέων τεχνολογιών, προκειμένου για την ενδυνάμωση παιδιών, οικογενειών ή/και λοιπών ενήλικων ατόμων, τα οποία βιώνουν μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, απώλεια ή πένθος ως ασθενείς ή φροντιστές αυτών. Η ομάδα ελέγχου για τους συμμετέχοντες δύναται να έχει υποβληθεί σε άλλη θεραπεία, σε εικονική θεραπεία (placebo), σε λίστα αναμονής ή και καθόλου θεραπεία.

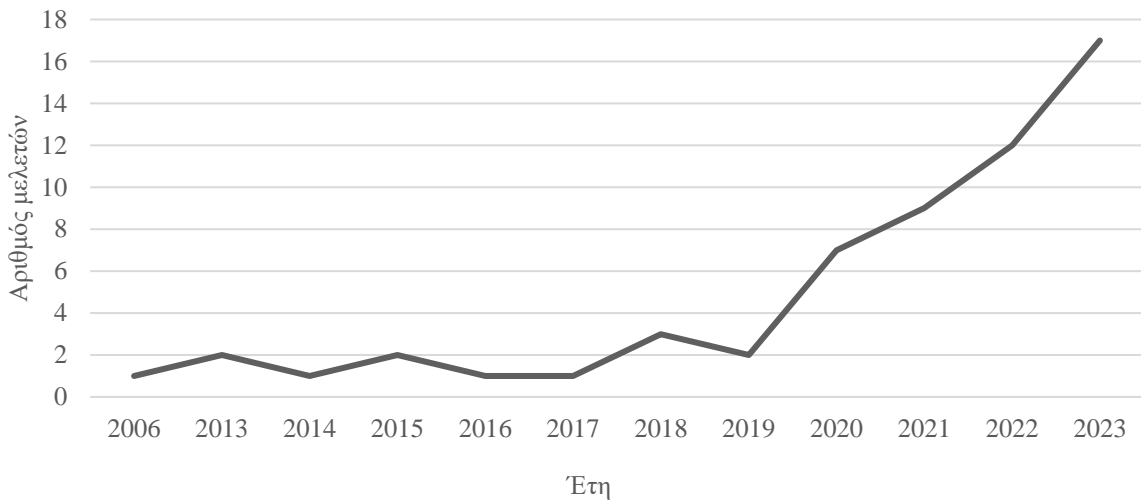
Οι εργασίες που περιλήφθηκαν είναι αξιολογημένες από ομάδα ειδικών για το θέμα (peer-reviewed), ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητά τους. Δεν είχε τεθεί χρονικός περιορισμός έκδοσης των ερευνών, προκειμένου να αντληθεί όσο μεγαλύτερο δείγμα είναι δυνατόν. Δεν είχε τεθεί ηλικιακός περιορισμός στα υποκείμενα της μελέτης για τον προκείμενο λόγο, αλλά και για να γίνει εμφανές σε ποιο κοινό στοχεύει κυριότερα η επιστημονική κοινότητα.

Οι εργασίες είναι στην αγγλική ή την ελληνική για λόγους αδυναμίας κατανόησης σε άλλη γλώσσα. Αποκλείστηκαν όσες μελέτες απαιτούσαν συνδρομή για την ανάγνωσή τους, η οποία υπερβαίνει τις συνεργασίες του Πανεπιστημίου Αιγαίου και της Βιβλιοθήκης Επιστημών Υγείας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Επίσης, αφαιρέθηκαν τεκμήρια τα οποία αποτελούν περιλήψεις πρακτικών συνεδρίων, πρωτόκολλα καταχώρησης σε μητρώα μελετών, πιλοτικές εργασίες ή αδημοσίευτα χειρόγραφα.

Η βιβλιογραφική αναζήτηση τεκμηρίων έγινε με βάση τον ακόλουθο συνδυασμό λέξεων – κλειδιών, στην αγγλική γλώσσα : bereavement OR palliative AND technology OR telemedicine OR telehealth OR application AND randomized AND therapy OR intervention.

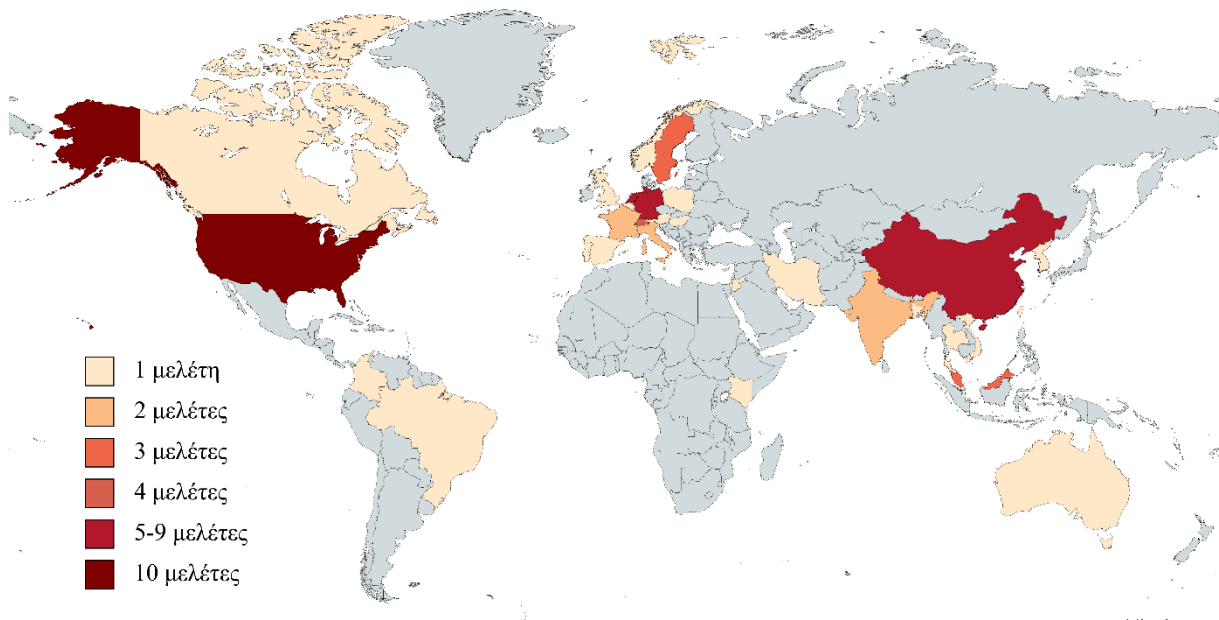
Από τα συγκεντρωτικά στοιχεία των ερευνών παρατηρείται ότι για τα έτη 2020 και κατόπιν, ο αριθμός αυτών πολλαπλασιάζεται (Γράφημα 1).

Γράφημα 1. Μελέτες ανάπτυξης ηλεκτρονικών υπηρεσιών ενδυνάμωσης ασθενών που βιώνουν τραυματικό γεγονός στην πορεία του χρόνου



Ακολουθεί συγκεντρωτικός χάρτης, όπου χρωματίζονται κάθε φορά και πιο έντονα οι χώρες που εμφανίζονταν πιο συχνά ως τόπος διεξαγωγής των μελετών του δείγματος (Χάρτης 1).

Χάρτης 1. Συχνότητα εμφάνισης χώρας διεξαγωγής μελέτης



Στη συνέχεια, στον Πίνακα 1, καταγράφονται οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν για το τραυματικό γεγονός, το οποίο απασχόλησε την εκάστοτε μελέτη του

δείγματος. Οι λοιποί Πίνακες 2 – 5 του παραρτήματος, παρέχουν μία αρκετά πιο λεπτομερή ματιά στις έρευνες, καθιστώντας εύκολη την αποτίμηση και σύγκρισή τους.

Πίνακας 1. Ηλεκτρονικές υπηρεσίες για την ενδυνάμωση ατόμων που βιώνουν τραυματικό γεγονός

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος τραυματικού γεγονότος	Ηλεκτρονική Υπηρεσία
Wagner (2006)	απώλεια αγαπημένου προσώπου	διαδικτυακή συμπεριφοριστική θεραπεία για άτομα με περιπλεγμένο πένθος (συγγραφή εργασιών και ανατροφοδότηση)
Boriani (2013)	ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και εμφυτευμένη συσκευή καρδιακού επανασυγχρονισμού	δίκτυο CareLink: μια πλατφόρμα για την απομακρυσμένη παρακολούθηση εμφυτευσίμων καρδιακών συσκευών. Το σύστημα επιτρέπει στους ασθενείς να στέλνουν ολοκληρωμένα δεδομένα στην κλινική τους από οποιαδήποτε τοποθεσία.
Kwok (2013)	φροντιστές ασθενών με κλινική διάγνωση άνοιας οποιουδήποτε σταδίου	πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης 12 συνεδριών από κοινωνικούς λειτουργούς μέσω τηλεφώνου
Antypas (2014)	ενήλικες συμμετέχοντες ενός προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης	πρόσβαση σε υλικό ιστοτόπου, λήψη εξατομικευμένων μηνυμάτων κειμένου στο κινητό τηλέφωνο και παροχή ανατροφοδότησης
Cernval (2015)	γονείς παιδιών που έλαβαν θεραπεία για νεοπλασία	πρόγραμμα καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας μέσω διαδικτύου
Tremont (2015)	φροντιστές ασθενών με άνοια	τηλεφωνική παρέμβαση για παροχή εκπαίδευσης, συναισθηματικής υποστήριξης, καθοδήγησης σε κατάλληλες πηγές, ενθάρρυνσης να φροντίζουν τις σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές τους ανάγκες και διδασκαλίας στρατηγικών για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων προβλημάτων
van Bruinessen (2016)	ασθενείς με κακήθες λέμφωμα	PatientTIME : διαδικτυακή παρέμβαση, όπου η κεντρική πηγή πληροφοριών είναι 58 σύντομα αποσπάσματα βίντεο που δείχνουν προσομοιωμένους ασθενείς να επιδεικνύουν διαφορετικές επικοινωνιακές δεξιότητες κατά τη διάρκεια ιατρικών συναντήσεων
Pańkowska (2017)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I	VoiceDiab : εφαρμογή για έξυπνα τηλέφωνα, η οποία διαθέτει λογισμικό για αυτόματη αναγνώριση ομιλίας και αλγόριθμο υπολογισμού της δόσης ινσουλίνης γεύματος
Boele (2018)	ασθενείς με γλοιώμα	διαδικτυακή καθοδηγούμενη σειρά μαθημάτων αυτοβοήθειας
Ramadas (2018)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	myDIDeA: διαδικτυακή σταδιακή εξατομικευμένη διαιτητική παρέμβαση με στόχο τις διατροφικές γνώσεις, τη στάση και συμπεριφορά, τα διατροφικά στάδια αλλαγής, τη γλυκόζη αίματος νηστείας και τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c)
Diefenbach (2018)	νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο προστάτη	Healing Choices: πρόγραμμα για τη μείωση των συγκρούσεων και του άγχους αποφάσεων. Παρέχονται πληροφορίες σε βίντεο από γιατρούς και επιζώντες, διαδραστική ενότητα αποσαφήνισης αξιών, καθώς και στρατηγικές για την αντιμετώπιση του άγχους και τη βελτίωση της επικοινωνίας ασθενούς-ιατρού
Brodbeck (2019)	χήροι/ες ή διαζευγμένοι	LIVIA : διαδικτυακές συνεδρίες αυτοβοήθειας
Kosse (2019)	έφηβοι με άσθμα	ADAPT : εφαρμογή για έξυπνα κινητά τηλέφωνα ασθενών, η οποία συνδεόταν στο κοινοτικό φαρμακείο. Περιελάμβανε δυνατότητες

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος τραυματικού γεγονότος	Ηλεκτρονική Υπηρεσία
		όπως παρακολούθηση ελέγχου της νόσου, σύντομες εκπαιδευτικές ταινίες, συνομιλία μεταξύ ασθενών, υπενθύμιση λήψης φαρμάκων κα
Fjell (2020)	ασθενείς με καρκίνο μαστού	Interaktor: διαδραστική εφαρμογή για τον έγκαιρο εντοπισμό και διαχείριση των συμπτωμάτων και τη διευκόλυνση της αλληλεπίδρασης με τους επαγγελματίες υγείας
Huis In Het Veld (2020)	φροντιστές ανοϊκών ασθενών	παρέμβαση με χρήση εξατομικευμένων μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, διαδικτυακών βίντεο και ηλεκτρονικών δελτίων
Kassavou (2020)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II ή / και υπέρταση	εξατομικευμένη παρέμβαση με γραπτά μηνύματα στο κινητό τηλέφωνο και διαδραστική φωνητική ανταπόκριση
Laver (2020)	φροντιστές ανοϊκών ασθενών	βιντεοδιασκέψεις για την παρέμβαση COPE
Lee (2020)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	ένας γλυκο-τηλεμετρητής ανέβαζε αυτόματα οποιεσδήποτε μετρήσεις γλυκόζης αίματος σε μια διαδικτυακή πύλη. Οι συμμετέχοντες διαβίβαζαν έως και 6 μετρήσεις γλυκόζης εβδομαδιαίως σε έναν κεντρικό διακομιστή. Ένα μήνυμα μεταδιδόταν για ενημέρωση του θέρποντα σε περίπτωση 3 συνεχόμενων υπερ/υπογλυκαιμικών καταγραφών
Nobakht (2020)	μητέρες φροντιστές παιδιών με εγκεφαλική παράλυση	ιστοσελίδα με 9 εκπαιδευτικά θέματα εβδομαδιαίως και πρόσβαση σε έναν ειδικό για ερωτήσεις
Xu (2020)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	ErxDiabetes: παρέμβαση βασισμένη σε SMS και τηλεφωνικές κλήσεις, η οποία επιτρέπει την αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και παρόχου
Aceti (2021)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη	εβδομαδιαίο μήνυμα κειμένου στο οποίο παρέχεται ενημέρωση για θέματα αυτοφροντίδας του σακχαρώδη διαβήτη, υγιεινής διατροφής και σωματικής δραστηριότητας
Bendig (2021)	ασθενείς με στεφανιαία νόσο και καταθλιπτική συμπτωματολογία	iCBT: διαδικτυακή γνωσιακή-συμπεριφοριστική παρέμβαση για την κατάθλιψη
Carter (2021)	ασθενείς με νευροϊνωμάτωση τύπου 2	διαδικτυακές ομαδικές συνεδρίες, CD με ηχογραφήσεις των δεξιοτήτων προσαρμοστικότητας που διδάχθηκαν στις συνεδρίες για βοήθεια στην πρακτική στο σπίτι, ασκήσεις για το σπίτι προσαρμοσμένες στη νευροϊνωμάτωση τύπου 2 και τη συναισθηματική ευελιξία
Elfrink (2021)	ασθενείς με (πολύ) ήπια άνοια (βαθμολογία 0,5 ή 1 στην Κλινική Βαθμολόγηση Άνοιας (CDR))	Online Life Story Book (OLSB) : παρέμβαση ανάμνησης που επιτρέπει στο χρήστη να μοιράζεται ψηφιακά τις αναμνήσεις του χρησιμοποιώντας πολυμέσα και πολυαισθητηριακές ενδείξεις, οι οποίες μπορεί να γίνουν πιο σημαντικές για την ανάκληση αναμνήσεων όταν η ασθένεια εξελιχθεί

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος τραυματικού γεγονότος	Ηλεκτρονική Υπηρεσία
Han (2021)	ασθενείς με διάγνωση HIV	προσαρμοσμένες ομαδικές συνεδρίες και χρήση εφαρμογής κινητού τηλεφώνου για τη διαχείριση συμπτωμάτων
Hidrús (2021)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	Brain Break: βίντεο με ασκήσεις διάρκειας 10', ειδικά σχεδιασμένα για ασθενείς με διαβήτη, μεταφορτώθηκαν στο WhatsApp
Sunil (2021)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	DIAGURU: εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα, η οποία επικεντρώνεται κυρίως στην τροποποίηση του τρόπου ζωής και τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής
Sveen (2021)	γονείς παιδιών που απεβίωσαν λόγω καρκίνου	διαδικτυακή γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία για την αύπνια
Zhu (2021)	ασθενείς με μηχανική αντικατάσταση καρδιακής βαλβίδας	διαδικτυακό λογισμικό για τη διαχείριση της παρακολούθησης της αντιπηκτικής αγωγής
Araphaksakul (2022)	ασθενείς που πέρασαν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	δίσκος ισορροπίας σε ασταθή επιφάνεια και οπτική ανατροφοδότηση σε πραγματικό χρόνο μέσω κλισιομετρικής εφαρμογής κινητού τηλεφώνου
Carli (2022)	ασθενείς με διάγνωση εμφράγματος μυοκαρδίου, καρκίνου μαστού, καρκίνου προστάτη, νεφρική ανεπάρκεια ή ακρωτηριασμό κάτω άκρων	NEVERMIND: παρέμβαση με ένα μπλουζάκι με αισθητήρες και μια εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα, η οποία συλλέγει σωματικά και ψυχομετρικά δεδομένα. Από τις συνδυασμένες πληροφορίες της μπλουζάς και της εφαρμογής, οι ασθενείς λαμβάνουν εξατομικευμένη ανατροφοδότηση για την αυτοδιαχείριση των συμπτωμάτων της ψυχικής τους υγείας
Gauthier (2022)	ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που ζουν στην κοινότητα με χρόνια ημιπάρεση των άνω άκρων ήπιας έως μέτριας μορφής	συμπεριφοριστική παρέμβαση με κινητική εξάσκηση εξ' ολοκλήρου αυτοδιαχειριζόμενη κατ' οίκον μέσω ενός βιντεοπαιχνιδιού και πρόσθετη επαφή με θεραπευτή μέσω τηλεφροντίδας
Hsia (2022)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	BT-001: ψηφιακή θεραπευτική εφαρμογή που παρέχει γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία και ένα σχέδιο θεραπείας που συνοψίζει καθημερινούς και εβδομαδιαίους στόχους για τη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου
Huang (2022)	ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο >6 μήνες	εμπορικό σύστημα κεφαλής εικονικής πραγματικότητας, από την HTC VIVE, για εκπαίδευση κινητικού ελέγχου με χρήση εικονικής πραγματικότητας
Jiao (2022)	άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες και ζουν με διάγνωση HIV	διαφοροποιημένη ψηφιακή παρέμβαση με 3 ομάδες: άμεσα μηνύματα και μέσα κοινωνικής δικτύωσης, μηνύματα κειμένου, άμεσα μηνύματα, οι οποίες λάμβαναν μηνύματα για την υγεία, υπενθύμιση φαρμακευτικής αγωγής, εκπαίδευση από άλλους ασθενείς και ηλεκτρονική συζήτηση σε ομάδες
María Gómez (2022)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, οι οποίοι μετέβαιναν από την ενδονοσοκομειακή στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη	ClouDi: πλατφόρμα τηλεϊατρικής με διαδικτυακή έκδοση, έκδοση για φορητές συσκευές και εφαρμογή σταθερού υπολογιστή, η οποία εγκαθίσταται, επιτρέποντας έτσι την αυτόματη μεταφόρτωση των

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος τραυματικού γεγονότος	Ηλεκτρονική Υπηρεσία
		μετρήσεων γλυκόζης που λαμβάνονται μέσω του γλυκόμετρου Optium Neo (Abbott Diabetes Care, ΗΠΑ) στην απομακρυσμένη υπηρεσία αποθήκευσης αρχείων
Marshall (2022)	ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο	μέλη της πλατφόρμας κινητών τηλεφώνων Achievement έλαβαν μια σειρά από 6 ψηφιακά μηνύματα παρέμβασης που προωθούσαν τον εμβολιασμό κατά της γρίπης
Nadort (2022)	ασθενείς σε χρόνια αιμοκάθαρση με καταθλιπτική συμπτωματολογία	καθοδηγούμενη παρέμβαση αυτοβοήθειας μέσω διαδικτύου
Schuit (2022)	ασθενείς με σοβαρό καρκίνο, που έχουν προσδόκιμο ζωής ≥ 3 μηνών	Oncokompas: εφαρμογή ηλεκτρονικής υγείας με τεχνολογία συμπεριφορικής παρέμβασης
Wagner (2022)	πενθούντες άτομα που αυτοκτόνησαν	διαδικτυακή ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση σε ομάδες
Yu (2022)	ασθενείς με χειρουργηθέν καρκίνο οισοφάγου και ενισχυμένο πρόγραμμα ανάρρωσης μετά	τηλεφωνική και διαδικτυακή υποστηρικτική φροντίδα υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών
Al-Kharouf (2023)	ασθενείς με άσθμα ή Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, σε θεραπεία με εισπνοές	βασισμένη σε βίντεο εκπαίδευση, εύκολα προσβάσιμη ανά πάσα στιγμή, παρεχόμενη σε έξυπνο κινητό τηλέφωνο
Aunon (2023)	οροθετικές γυναίκες που ξεκινούν ή αλλάζουν σχήμα αντιρετροϊκής αγωγής	Motivation Matters!: πολιτισμικά προσαρμοσμένη, θεωρητικά τεκμηριωμένη παρέμβαση τηλε-υγείας με βάση τη θεωρία των δεξιοτήτων πληροφόρησης-παρακίνησης-συμπεριφοράς
Banu (2023)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη	ατομική μονοήμερη εκπαιδευτική συνεδρία σχετικά με την αυτοδιαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη και μηνιαία τηλεφωνική υπενθύμιση, βάσει εξατομικευμένων αναγκών
Dominguez-Rodriguez (2023)	πενθούντες αγαπημένα πρόσωπα	Duelo COVID: δωρεάν, προσφερόμενη στο διαδίκτυο, σε ασύγχρονη μορφή μέσω της ιστοσελίδας Duelo COVID, αυτοεφαρμοζόμενη και πολυσύνθετη παρέμβαση που αποτελείται από 12 ενότητες σε 2 μορφές, βίντεο ή κείμενο
Feng (2023)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	Liading Sugar Steward: διαδικτυακά άρθρα παρέμβασης, τα οποία σχετίζονται με τη βελτίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας των ασθενών και τη στάση των μελών της οικογένειας σχετικά με την υπενθύμιση στους ασθενείς να βελτιώσουν τις δραστηριότητες αυτοφροντίδας τους
Graetz (2023)	ασθενείς με διάγνωση ενεργού συμπαγούς όγκου ή αιματολογικής κακοήθειας	LivingWith®: εφαρμογή σε κινητό τηλέφωνο, η οποία επιτρέπει τη διαχείριση σημαντικών ημερομηνιών, παρακολούθηση δεδομένων υγείας από άλλες εφαρμογές, αποθήκευση προσωπικών εγγράφων σχετικά με την υγεία, σημειώσεις, δίκτυο φίλων, παροχή θετικών επιβεβαιώσεων, εκπαιδευτικών πόρων και πληροφορίες τοπικών εκδηλώσεων

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος τραυματικού γεγονότος	Ηλεκτρονική Υπηρεσία
Hermanns (2023)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	My Dose Coach: εφαρμογή κινητού τηλεφώνου για την τιτλοποίηση της δόσης της βασικής ινσουλίνης
Lee (2023)	ασθενείς με καρκίνο μαστού, πνεύμονα, κεφαλής, τραχήλου, οισοφάγου ή γυναικολογικό καρκίνο	ePRO-CTCAE: εφαρμογή κινητού τηλεφώνου, η οποία βοηθά τους καρκινοπαθείς να παρακολουθούν τα συμπτώματά τους οποτεδήποτε και οπουδήποτε κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας
Mooney (2023)	φροντιστές ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου	Symptom Care at Home: παρακολούθηση των δεδομένων των συμπτωμάτων του ασθενούς που ανέφερε ο φροντιστής και, μετά την αναφορά, παροχή άμεσων αυτοματοποιημένων μηνυμάτων διαχείρισης φροντίδας
Neal (2023)	ασθενείς με ήπια γνωστική εξασθένιση ή άνοια και οι φροντιστές τους	FindMyApps: προσωποκεντρική, δυαδική εφαρμογή ηλεκτρονικής υγείας
Neubert (2023)	καρκινοπαθείς με όγκους συμπαγών οργάνων	αλληλουχία βίντεο, τα οποία περιελάμβαναν ψυχοεκπαίδευση σχετικά με το άγχος, στοιχεία της Θεραπείας Αποδοχής και Δέσμευσης και ασκήσεις γιόγκα και Qigong
Pandian (2023)	ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία	γραπτά SMS και μηνύματα βίντεο στο κινητό τηλέφωνο και τυπωμένο βιβλίο εργασίας προκειμένου για την πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων
Rehman (2023)	γονείς/κηδεμόνες παιδιών που επρόκειτο να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση Fontan	3 σύντομα διαδικτυακά βίντεο που προσφέρονται από την κλινική πριν από την εισαγωγή για το χειρουργείο έως 1 μήνα μετεγχειρητικά
Reitsma (2023)	ενήλικες που έχασαν σύζυγο, μέλος οικογένειας ή φίλο από διάφορες αιτίες, ≥ 3 μήνες, κατά τη διάρκεια της πανδημίας του ιού SARS-CoV-2	αυτο-καθοδηγούμενη διαδικτυακή γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία
Rhodus (2023)	ασθενείς με νόσο Alzheimer και φροντιστές τους	HARMONY: παρέμβαση τηλεϊατρικής που εφαρμόζει τις αρχές της εξατομικευμένης καθοδηγούμενης ανακάλυψης με περιβαλλοντικές υποδείξεις για τους φροντιστές των ατόμων με νόσο Alzheimer για την προώθηση της συμμετοχής σε δραστηριότητες και τη διαχείριση των συμπτωμάτων συμπεριφοράς
Saussez (2023)	παιδιά με εγκεφαλική παράλυση	REAtouch®: συσκευή εικονικής πραγματικότητας
Tran (2023)	ασθενείς με διάγνωση HIV	εφαρμογή Ecare: περιλαμβάνει προσωπικό ιατρικό φάκελο, υπενθύμιση φαρμακευτικής αγωγής, παρακολούθηση, διασύνδεση με εγκαταστάσεις υγείας, κατευθυντήριες γραμμές, πληροφορίες και ειδήσεις

HbA1c: γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, HIV: Ιός Ανοσοανεπάρκειας Ανθρώπου, SMS: Υπηρεσία Σύντομου Μηνύματος

4.3 Ανάλυση δεδομένων

Κατ' αρχήν η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων επιχειρεί τη νοηματοδότηση αυτών, προκειμένου για την απάντηση των κεντρικών ερωτημάτων της έρευνας. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε μέσω της παραγωγικής, είτε μέσω της επαγωγικής μεθόδου. Στην παραγωγική μέθοδο, οι μελετητές θέτουν ένα προκαθορισμένο θεωρητικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο κινούνται για την αποτύπωση των δεδομένων. Γίνεται ευρεία χρήση αυτής όταν είναι αναμενόμενες οι αποκρίσεις των συμμετεχόντων. Αποτελεί μια ταχεία μέθοδο, η οποία, ωστόσο, ενέχει υψηλή πιθανότητα ανάπτυξης σφάλματος, καθώς περιορίζει τα όρια εμβάθυνσης στα ζητούμενα (Γαλάνης, 2018).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχει και η επαγωγική μέθοδος, όπου τα δεδομένα συλλέγονται χωρίς την ύπαρξη προκαθορισμένων κατευθύνσεων ή ύπαρξη μικρότερης έντασης σε αυτές. Τα συλλεχθέντα δεδομένα καθοδηγούν την ανάλυση. Για αυτή έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι, όπως η θεματική, η αφηγηματική, η ερμηνευτική φαινομενολογική ή η ανάλυση σύμφωνα με τις αρχές της εμπειρικά θεμελιωμένης θεωρίας. Εντούτοις, οι αρχές της θεματικής ανάλυσης εφαρμόζονται στην επεξεργασία ποιοτικών δεδομένων, ανεξάρτητα από την απόφαση επιλογής κάποιας πιο εξειδικευμένης και συμβατής μεθόδου για το εκάστοτε δείγμα (Γαλάνης, 2018· Τσιώλης, 2018).

Ο σκοπός της θεματικής ανάλυσης συνίσταται στη συστηματική εύρεση, διαχείριση και κατανόηση κωδικοποιήσεων και επαναλαμβανόμενων θεματικών εντός ενός συνόλου δεδομένων (Γαλάνης, 2018· Τσιώλης, 2018). Για την παρούσα εργασία, οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην τελική ανασκόπηση εξετάστηκαν ως προς συγκεκριμένες μεταβλητές, προκειμένου για την εξαγωγή συγκρίσιμων αποτελεσμάτων. Οι μεταβλητές διαχωρίστηκαν σε μεγαλύτερες κατηγορίες και κωδικοποιήθηκαν περαιτέρω ως εξής:

1. χαρακτηριστικά μελετών (συγγραφέας, έτος δημοσίευσης, χώρα διεξαγωγής έρευνας, σχεδιασμός μελέτης, ερευνητικοί στόχοι),
2. χαρακτηριστικά συμμετεχόντων (αριθμός συμμετεχόντων, ηλικία, φύλο, βασικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά υποκειμένων που εγκαταλείπουν την έρευνα, σχέση με το τραυματικό γεγονός, διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος, είδος ομάδας ελέγχου),
3. χαρακτηριστικά παρεμβάσεων [είδος παρέμβασης, στόχος παρέμβασης, διάρκεια παρέμβασης, διάρκεια συνέχειας παρακολούθησης μετά την παρέμβαση (follow up)],

4. αποτελέσματα (πρωτογενή και δευτερογενή αποτελέσματα, μέσος όρος και τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων, αναφερόμενα κόστη διεξαγωγής, περιορισμοί μελετών) και
5. αντικρουόμενα συμφέροντα ερευνητών.

Κεφάλαιο 5^ο: Ευρήματα

5.1 Σκοπιμότητα παρεμβάσεων

Στην παρούσα συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, 13 από τις 58 μελέτες αφιερώνονται σε ασθενείς με συμπαγείς ή αιματολογικές κακοήθειες, με 11 να στοχεύουν στην παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών στους πάσχοντες, και 2 στους φροντιστές αυτών (Boele et al., 2018· Carli et al., 2022· S. Carter et al., 2021· Cernvall et al., 2015· Fjell et al., 2020· Graetz et al., 2023· M. Lee et al., 2023· Mooney et al., 2023· Neubert et al., 2023· Ramadas et al., 2018· Schuit et al., 2022· van Bruinessen et al., 2016· Yu et al., 2022).

Οι λοιπές έρευνες είναι μοιρασμένες σε άλλες ψυχοπαθολογίες. Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I ή II αναφέρονται σε 13 εργασίες (Aceti et al., 2021· Banu et al., 2023· Diefenbach et al., 2018· Feng et al., 2023· Hermanns et al., 2023· Hidrus et al., 2021· Hsia et al., 2022· Kassavou et al., 2020· J. Y. Lee et al., 2020· María Gómez et al., 2022· Pańkowska et al., 2017· Sunil Kumar et al., 2021· Xu et al., 2020). Νευρολογικές διαταραχές, όπως η εγκεφαλική παράλυση, καταγράφεται σε 1 μελέτη που αφορά τους ασθενείς και σε μια δεύτερη σχετική με τους φροντιστές τους (Nobakht et al., 2020· Saussez et al., 2023). Σε συνέχεια αυτού, ασθενείς με Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια συζητώνται σε 4 εργασίες (Aphiphaksakul & Siriphorn, 2022· Gauthier et al., 2022· Huang et al., 2022· Pandian et al., 2023), ενώ οι διάφορες μορφές άνοιας, στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η νόσος Alzheimer, αναλύονται σε 7 έρευνες, από τις οποίες οι 4 στοχεύουν στους φροντιστές των ανοϊκών, 2 στους ίδιους τους ασθενείς και 1 και στις δύο κατηγορίες (Elfrink et al., 2021· Huis in het Veld et al., 2020· Kwok et al., 2013· Laver et al., 2020· Neal et al., 2023· Rhodus et al., 2023· Tremont et al., 2015). Επτά μελέτες αφορούν τους ασθενείς ή τους φροντιστές τους, οι οποίοι είναι διαγνωσμένοι με καρδιακή ανεπάρκεια, στεφανιαία νόσο, αντικατάσταση καρδιακών βαλβίδων και άλλα σχετικά (Antypas & Wangberg, 2014· Bendig et al., 2021· Boriani et al., 2013· Carli et al., 2022· Marshall et al., 2022· Rehman et al., 2023· Zhu et al., 2021). Ασθενείς με νόσο του AIDS καταγράφονται σε 4 μελέτες (Aunon et al., 2023· Han et al., 2021· Jiao et al., 2022· Tran et al., 2023). Βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια στοχεύεται σε 2 έρευνες (Carli et al., 2022· Nadort et al., 2022). Πνευμονολογικές παθήσεις όπως άσθμα και Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια καταπιάνονται σε 2 μελέτες (Al-Kharouf et al., 2023· Kosse et al., 2019).

Το πένθος, ως τραυματικό γεγονός, σημειώνεται και εδώ, όπως και στη γενικότερη βιβλιογραφία, πιο αραιά σε σύγκριση με τις προαναφερθείσες περιπτώσεις, καλύπτοντας τις 6 από τις 58 μελέτες (Brodbeck et al., 2019· Dominguez-Rodriguez et al., 2023· Reitsma et al., 2023· Sveen et al., 2021· Wagner et al., 2006, 2022).

Στο Γράφημα 2 παρουσιάζεται το πλήθος των παρεμβάσεων των μελετών του δείγματος σχετιζόμενο με την αντίστοιχη κατάσταση/πάθηση.

Γράφημα 2. Απεικόνιση του πλήθους των μελετών του δείγματος σχετιζόμενο με την αντίστοιχη κατάσταση/πάθηση



Στις έρευνες που περιλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση εφαρμόζεται η αρχή της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των εμπλεκόμενων μερών, μέσω στόχευσης συγκεκριμένων παραμέτρων της καθημερινότητας ή της νόσου που ταλανίζει έναν ασθενή. Η κύρια σκοπιμότητα των ηλεκτρονικών υπηρεσιών που παρασχέθηκαν σε καρκινοπαθείς ήταν η βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών και των φροντιστών τους (Graetz et al., 2023· Mooney et al., 2023· Yu et al., 2022). Οι επιμέρους ερευνητικοί στόχοι των μελετών ήταν η μείωση της επιβάρυνσης από τα συμπτώματα της νόσου (Fjell et al., 2020· Mooney et al., 2023), η μείωση της καταθλιπτικής και αγχώδους σημειολογίας ασθενών και φροντιστών (Boele et al., 2018· Carli et al., 2022· S. Carter et al., 2021· Neubert et al., 2023) και η βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών (Schuit et al., 2022). Το τελευταίο επετεύχθη μέσω καλλιέργειας της διαχείρισης των συμπτωμάτων τους (M. Lee et al., 2023), της επικοινωνίας

με το υγειονομικό προσωπικό (Diefenbach et al., 2018· van Bruinessen et al., 2016) καθώς και της βελτίωσης των γνώσεων και δεξιοτήτων τους (Schuit et al., 2022).

Για τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I ή II, εκτός από μία γενικότερη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου (Aceti et al., 2021· Feng et al., 2023· Hermanns et al., 2023· Hsia et al., 2022· J. Y. Lee et al., 2020· María Gómez et al., 2022· Sunil Kumar et al., 2021· Xu et al., 2020), υπήρχαν και άλλοι επιμέρους στόχοι. Παραδείγματα τέτοια είναι η βοήθεια στον υπολογισμό της προγευματικής ινσουλίνης (Pańkowska et al., 2017), η βελτίωση στάσεων, γνώσεων και συμπεριφορών για τη νόσο (Banu et al., 2023· Ramadas et al., 2018), η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και τους προτεινόμενους στόχους αυτοδιαχείρισης (Banu et al., 2023· Feng et al., 2023· Hermanns et al., 2023· Kassavou et al., 2020), η ικανοποίηση από την αυτοφροντίδα και η βελτίωση της ικανότητας λήψης αποφάσεων (Aceti et al., 2021· Hidrus et al., 2021).

Οι παρεμβάσεις που αφορούν ασθενείς με νευρολογικές διαταραχές, και στοχεύουν τους ασθενείς, επιθυμούν να βελτιώσουν τη συμπτωματολογία που δυσκολεύει την καθημερινότητα αυτών (Aphiphaksakul & Siriphorn, 2022· Elfrink et al., 2021· Gauthier et al., 2022· Huang et al., 2022· Saussez et al., 2023· Tremont et al., 2015), να υποστηρίξουν την αυτοδιαχείριση (Neal et al., 2023) και κοινωνικοποίησή τους (Rhodus et al., 2023), ή ακόμα και να προλάβουν την επανεμφάνιση της κατάστασης, όπως πχ στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (Pandian et al., 2023). Στους φροντιστές γίνεται προσπάθεια για την καλύτερη εκπαίδευσή τους (Laver et al., 2020), την ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας (Huis in het Veld et al., 2020· Kwok et al., 2013· Laver et al., 2020· Tremont et al., 2015) και της ποιότητας ζωής τους (Elfrink et al., 2021· Nobakht et al., 2020· Tremont et al., 2015) αλλά και της συναισθηματικής επιβάρυνσης που βιώνουν (Elfrink et al., 2021· Kwok et al., 2013· Neal et al., 2023· Nobakht et al., 2020).

Οι ερευνητικοί στόχοι των εργασιών που στοχεύουν στην παροχή ηλεκτρονικών υπηρεσιών για διάφορες καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η επίτευξη μείωσης του χρόνου ανίχνευσης συμβάντων και λήψης κλινικής απόφασης (Boriani et al., 2013), διατήρηση υψηλών επιπέδων σωματικής δραστηριότητας (Antypas & Wangberg, 2014), βελτίωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ή άλλων αισθημάτων δυσφορίας (Bendig et al., 2021· Carli et al., 2022· Rehman et al., 2023), διαχείρισης της αντιπηκτικής αγωγής (Zhu et al., 2021), αύξησης των ποσοστών αντιγριπικού εμβολιασμού (Marshall et al., 2022) και εκπαίδευσης των υποκειμένων των ερευνών (Rehman et al., 2023).

Η συνηθέστερη επιδίωξη των ερευνητών για τους ασθενείς με HIV, ήταν η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή (Aunon et al., 2023· Han et al., 2021· Jiao et al., 2022· Tran et al., 2023). Άλλες ήταν η υκίη καταστολή (Aunon et al., 2023), η βελτίωση των γνώσεων για τη νόσο και της ποιότητας ζωής (Han et al., 2021), καθώς και της διαχείρισης των συμπτωμάτων (Tran et al., 2023).

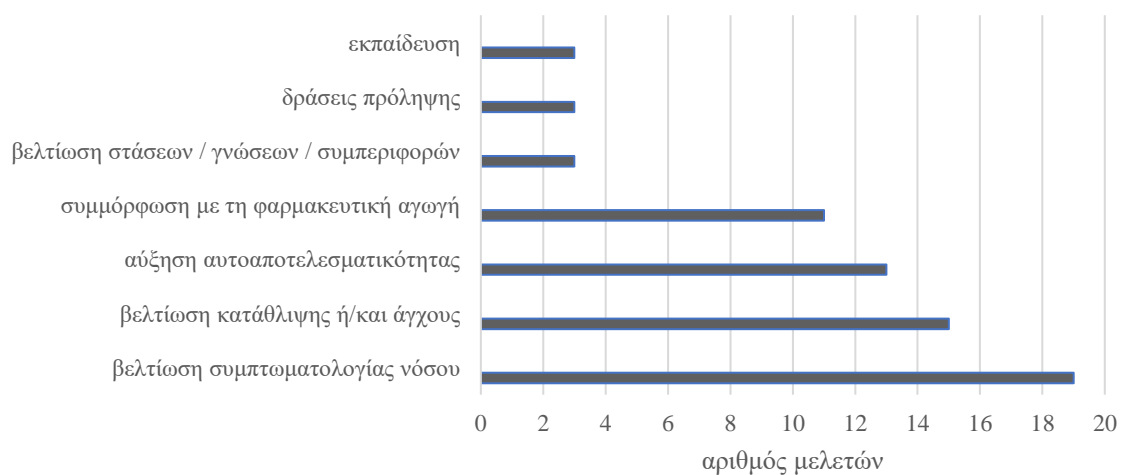
Για τους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, περιλαμβάνονται 2 εργασίες στην παρούσα ανασκόπηση. Πρωταρχικός στόχος τους ήταν να βελτιώσουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία των ασθενών (Carli et al., 2022· Nadort et al., 2022).

Πρόσθετα, 2 μελέτες σχετικές με πνευμονοπάθειες καταγράφονται εδώ. Στόχοι των υπηρεσιών που αναπτύσσουν είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, η εκπαίδευση στη χρήση της συσκευής εισπνοών (Al-Kharouf et al., 2023) και η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή (Al-Kharouf et al., 2023· Kosse et al., 2019).

Οι μελέτες σε πενθούντες στόχευσαν κυρίως στη μείωση αισθημάτων δυσφορίας, κατάθλιψης και άλλων προερχόμενων από την ανάπτυξη Διαταραχής Περιπλεγμένου Πένθους (Brodbeck et al., 2019· Dominguez-Rodriguez et al., 2023· Reitsma et al., 2023· Wagner et al., 2006, 2022). Μια πιο ασυνήθιστη προσέγγιση ήταν αυτή των Sveen et al., που εκτός από τα προκείμενα, πρωταρχικό καταληκτικό σημείο ήταν η βελτίωση της αυπνίας.

Ακολουθεί η αποτύπωση του πλήθους των μελετών του δείγματος σχετιζόμενο με την αντίστοιχη σκοπιμότητα της αναπτυσσόμενης παρέμβασης, σε γράφημα (Γράφημα 3).

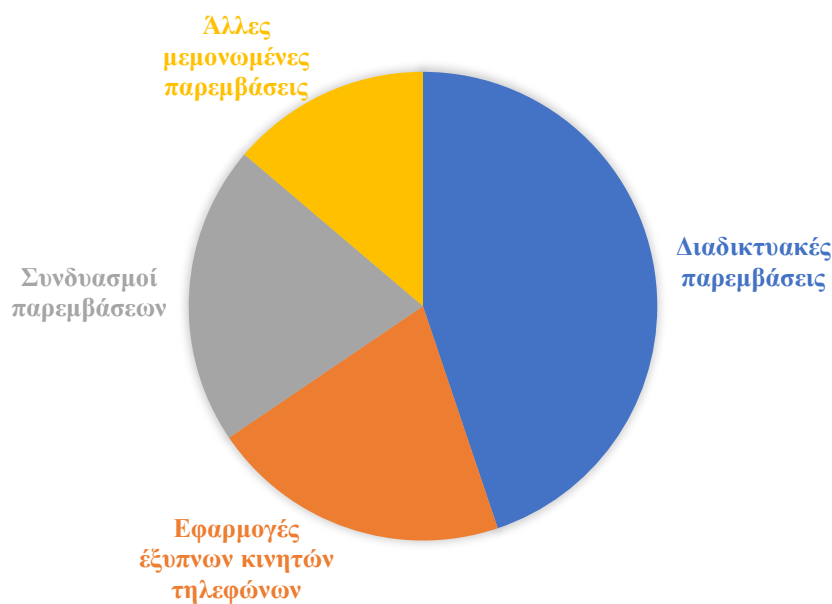
Γράφημα 3. Απεικόνιση του πλήθους των μελετών του δείγματος σχετιζόμενο με την αντίστοιχη σκοπιμότητα της αναπτυσσόμενης παρέμβασης



5.2 Μεθοδολογία ανάπτυξης μελετών

Ποικίλα είδη ηλεκτρονικών παρεμβάσεων υπάρχουν για τα άτομα που βιώνουν τραυματικό γεγονός (Γράφημα 4). Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο μέσο είναι η παροχή κάποιας μορφής διαδικτυακής παρέμβασης (26/58). Ακολουθούν οι εφαρμογές για έξυπνα κινητά τηλέφωνα (12/58). Διάφοροι συνδυασμοί διαδικτύου, εφαρμογών, τηλεφωνικής υποστήριξης και άλλων ηλεκτρονικών συσκευών, επίσης, κατέχουν σημαντικό μερίδιο (12/58). Οι λιγότερο συνηθισμένες παρεμβάσεις είναι οι μεμονωμένες ηλεκτρονικές υπηρεσίες τηλευγείας, όπως γραπτά μηνύματα κειμένου στο κινητό, βιντεοπαιχνίδια, συσκευές με προγράμματα εικονικής πραγματικότητας και άλλα (8/58).

Γράφημα 4. Είδος ηλεκτρονικών παρεμβάσεων που αναπτύσσονται σε σύγκριση με τη συχνότητα εμφάνισής τους στο δείγμα

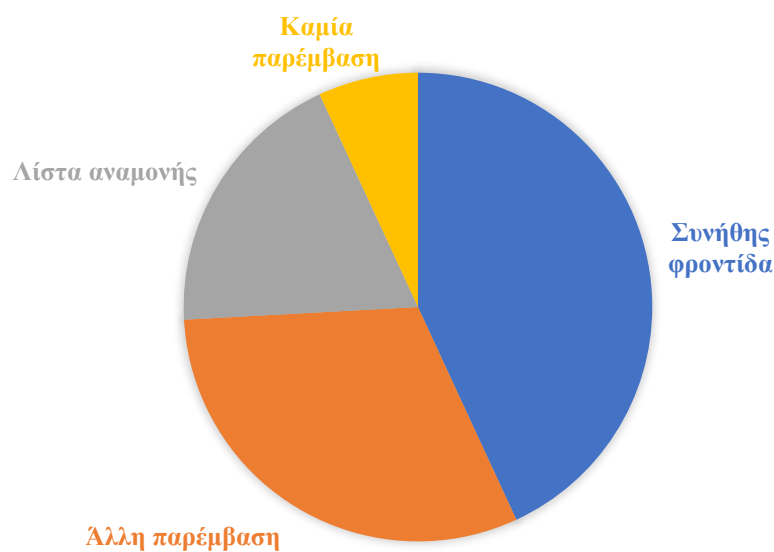


Η ηλικία των συμμετεχόντων στις συμπεριληφθείσες μελέτες διαθέτει μεγάλο εύρος. Δύο μόνο μελέτες αφορούσαν παιδιά και οι υπόλοιπες συμπεριελάμβαναν ηλικίες από 19 έως 95 ετών.

Σχεδόν όλες οι έρευνες συμπεριέλαβαν και τα δύο φύλα στο δείγμα τους. Από τις 5 που είχαν επιλέξει μόνο το 1 φύλο, στις 3 οφείλονταν στο σχεδιασμό της μελέτης που αναπτύχθηκε για το συγκεκριμένο πληθυσμό, ενώ οι άλλες 2 μελετούσαν καρκίνο προστάτη και στήθους, οπότε αντιστοιχίστηκαν με τους κατάλληλους ασθενείς (Aunon et al., 2023· Diefenbach et al., 2018· Fjell et al., 2020· Jiao et al., 2022· Nobakht et al., 2020).

Όσον αφορά τα είδη των ομάδων ελέγχου που χρησιμοποιήθηκαν στις έρευνες, το πιο σύνηθες ήταν αυτοί που δεν έλαβαν την παρέμβαση, να συνεχίσουν με το συμβατικό πλάνο φροντίδας που ταίριαζε στην περίπτωσή τους (25/58). Κάποια άλλη εναλλακτική παρέμβαση ή προσαρμοσμένα τμήματα των παροχών της υπό εξέταση ηλεκτρονικής υπηρεσίας, εφαρμόστηκαν σε 18 από τις 58 εργασίες. Σε 11 μελέτες οι ασθενείς τέθηκαν σε λίστα αναμονής, ενώ στις εναπομείνουσες 4 δεν υπήρξε καμία παρέμβαση στην ομάδα ελέγχου. Τα προκείμενα γίνονται εμφανή στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5).

Γράφημα 5. Είδος ομάδας ελέγχου που χρησιμοποιήθηκε σε σύγκριση με τη συχνότητα εμφάνισής της στο δείγμα

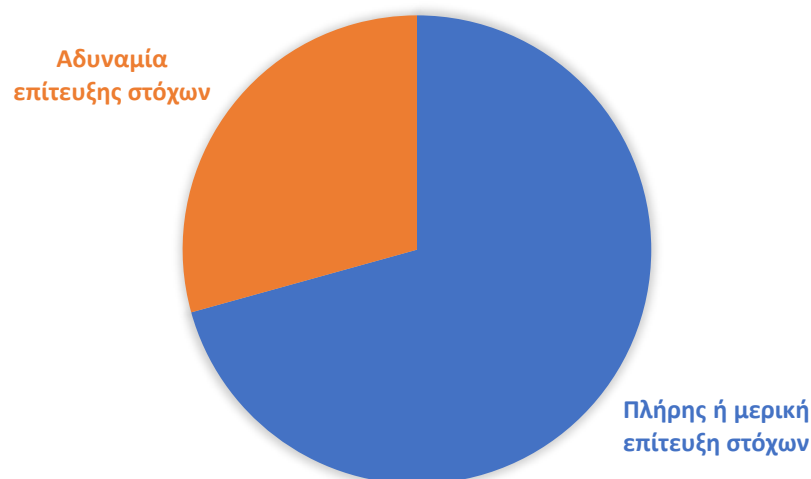


5.3 Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων

Οι μελέτες που περιλαμβάνονται στο τελικό δείγμα παρουσιάζουν μια ποικιλομορφία όσον αφορά την επίτευξη των στόχων τους και τη διαχείριση των συμμετεχόντων (Γράφημα 6). Όπως ήταν αναμενόμενο, ορισμένες εξ αυτών κρίθηκαν απόλυτα ή μερικώς επιτυχημένες (Aceti et al., 2021· Al-Kharouf et al., 2023· Antypas & Wangberg, 2014· Aphiphaksakul & Siriphorn, 2022· Banu et al., 2023· Boriani et al., 2013· Brodbeck et al., 2019· Carli et al., 2022· Cernvall et al., 2015· Dominguez-Rodriguez et al., 2023· Feng et al., 2023· Fjell et al., 2020· Gauthier et al., 2022· Graetz et al., 2023· Han et al., 2021· Hermanns et al., 2023· Hidrus et al., 2021· Hsia et al., 2022· Huang et al., 2022· Jiao et al., 2022· Kassavou et al., 2020· Kwok et al., 2013· Laver et al., 2020· M. Lee et al., 2023· María Gómez et al., 2022· Marshall et al.,

2022· Mooney et al., 2023· Nobakht et al., 2020· Pańkowska et al., 2017· Ramadas et al., 2018· Reitsma et al., 2023· Rhodus et al., 2023· Saussez et al., 2023· Sunil Kumar et al., 2021· Sveen et al., 2021· Tran et al., 2023· Tremont et al., 2015· Wagner et al., 2006· Xu et al., 2020· Yu et al., 2022· Zhu et al., 2021). Το ένα τρίτο περίπου του συνόλου (17/58), δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις υπέρ των ομάδων παρέμβασης και άρα δεν κρίθηκαν επιτυχημένες ή άξιες ευρύτερης εφαρμογής (Aunon et al., 2023· Bendig et al., 2021· Boele et al., 2018· S. Carter et al., 2021· Diefenbach et al., 2018· Elfrink et al., 2021· Huis in het Veld et al., 2020· Kosse et al., 2019· J. Y. Lee et al., 2020· Nadort et al., 2022· Neal et al., 2023· Neubert et al., 2023· Pandian et al., 2023· Rehman et al., 2023· Schuit et al., 2022· van Bruinessen et al., 2016· Wagner et al., 2022).

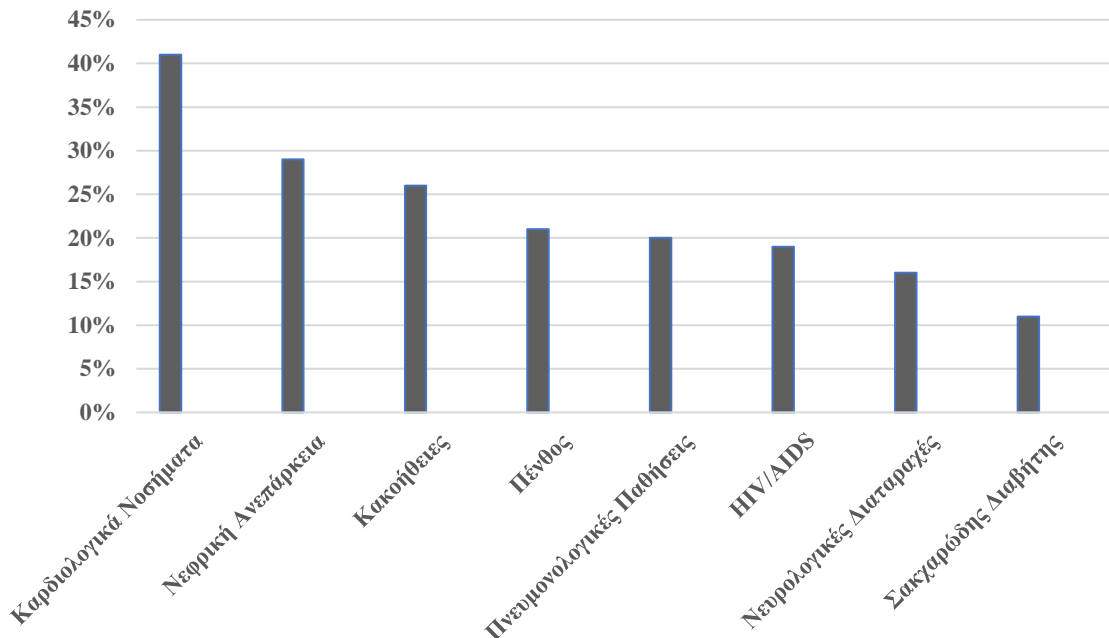
Γράφημα 6. Αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων των μελετών ως προς τους προκαθορισμένους στόχους



Το μέσο ποσοστό εγκατάλειψης στις έρευνες αυτού του δείγματος ήταν περίπου 20%. Το υψηλότερο ποσοστό εγκατάλειψης το είχε η μελέτη των Marshall et al. με 77%, ενώ υπήρξαν και περιπτώσεις με μηδενικές αποχωρήσεις (Aphiphaksakul & Siriphorn, 2022· Huang et al., 2022· Sunil Kumar et al., 2021). Οι μελέτες ανάπτυξης ηλεκτρονικών υπηρεσιών για καρδιοπαθείς εμφάνισαν τα υψηλότερα ποσοστά αποχωρήσεων με ποσοστό περί το 41%, ενώ το χαμηλότερο το είχαν εκείνες που αφορούσαν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, στο 11%. Ακολουθούν οι μελέτες για ασθενείς με νευρολογικές διαταραχές, HIV/AIDS, πνευμονολογικές παθήσεις, πένθος, κακοήθειες και νεφρική ανεπάρκεια με αντίστοιχα ποσοστά περίπου 16%, 19%, 20%, 21%, 26% και 29%. Τα παραπάνω διαφαίνονται στο

Γράφημα 7. Οι έρευνες που επικεντρώθηκαν στην ανάπτυξη εφαρμογών για έξυπνα κινητά τηλέφωνα παρουσίασαν ποσοστό εγκατάλειψης περίπου 18%, ενώ οι λοιπές μελέτες κυμαίνονταν στο 21%.

Γράφημα 7. Μέσο ποσοστό εγκατάλειψης μελετών ανά κατάσταση/πάθηση

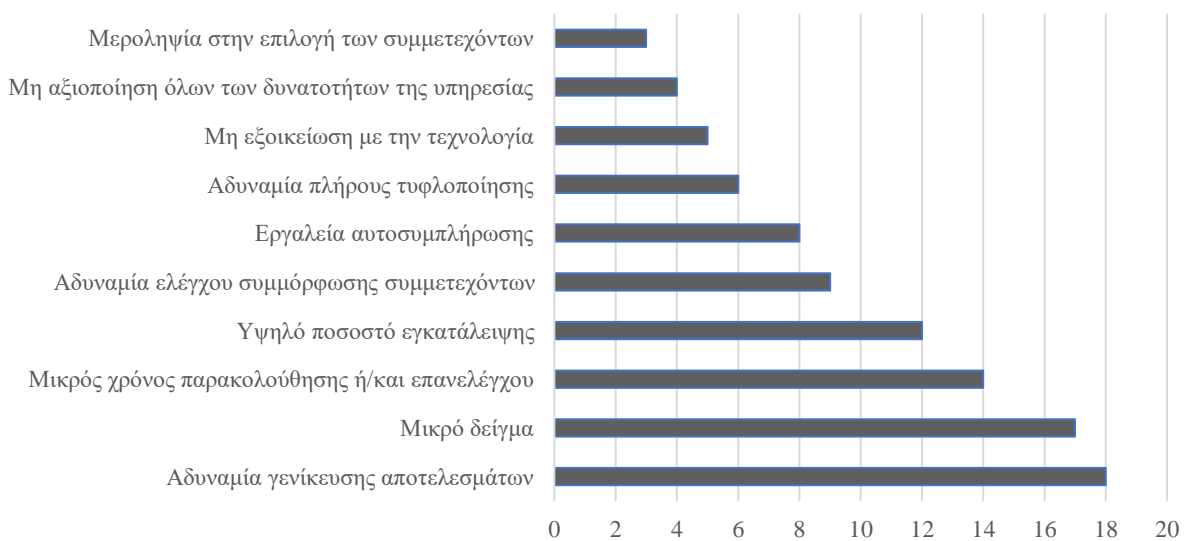


Είκοσι από τις συμπεριληφθείσες μελέτες αυτού του δείγματος είχαν συγκεκριμένη χρονική διάρκεια παρακολούθησης και επανελέγχου μετά την παρέμβαση.

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση οι περιορισμοί που αναφέρονται, κατά σειρά συχνότητας, στο δείγμα των μελετών είναι α) αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων (Araphhaksakul & Siriphorn, 2022· Banu et al., 2023· Carli et al., 2022· Feng et al., 2023· Fjell et al., 2020· Graetz et al., 2023· Han et al., 2021· Hidrus et al., 2021· Jiao et al., 2022· M. Lee et al., 2023· Marshall et al., 2022· Neal et al., 2023· Neubert et al., 2023· Rehman et al., 2023· Reitsma et al., 2023· Tremont et al., 2015· van Bruinessen et al., 2016· Yu et al., 2022), β) δείγμα μικρότερο του επιθυμητού, βάσει πρότερων στατιστικών αναλύσεων (Antypas & Wangberg, 2014· Aunon et al., 2023· Bendig et al., 2021· Boele et al., 2018· Elfrink et al., 2021· Feng et al., 2023· Gauthier et al., 2022· Huang et al., 2022· Huis in het Veld et al., 2020· Kwok et al., 2013· Rehman et al., 2023· Saussez et al., 2023· Schuit et al., 2022· Sveen et al., 2021· Xu et al., 2020· Yu et al., 2022· Zhu et al., 2021), γ) μικρό χρονικό διάστημα παρακολούθησης και μετέπειτα επανελέγχου, προκειμένου για την επιβεβαίωση της ύπαρξης και διατήρησης αποτελεσμάτων λόγω της παρέμβασης (Araphhaksakul & Siriphorn, 2022· Cernvall et al., 2015· Feng et al., 2023· Graetz et al., 2023· Han et al., 2021· Hermanns et al.,

2023· Jiao et al., 2022· Kwok et al., 2013· Laver et al., 2020· María Gómez et al., 2022· Pandian et al., 2023· Rehman et al., 2023· Tran et al., 2023· Tremont et al., 2015), δ) υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης των μελετών (Al-Kharouf et al., 2023· Antypas & Wangberg, 2014· Banu et al., 2023· Boele et al., 2018· Cernvall et al., 2015· Dominguez-Rodriguez et al., 2023· Gauthier et al., 2022· Marshall et al., 2022· Nadort et al., 2022· Reitsma et al., 2023· Rhodus et al., 2023· Wagner et al., 2022), ε) αδυναμία ελέγχου συμμόρφωσης των συμμετεχόντων με τις απαιτήσεις της μελέτης (Carli et al., 2022· S. Carter et al., 2021· Diefenbach et al., 2018· Feng et al., 2023· Gauthier et al., 2022· Hidrus et al., 2021· Laver et al., 2020· Neubert et al., 2023· Pandian et al., 2023), στ) χρήση ερωτηματολογίων αυτοσυμπλήρωσης με αυξημένες πιθανότητες ψευδών ή υπο/υπερεκτιμημένων δηλώσεων (Banu et al., 2023· Brodbeck et al., 2019· Graetz et al., 2023· Jiao et al., 2022· Kosse et al., 2019· Pandian et al., 2023· van Bruinessen et al., 2016· Wagner et al., 2006), ζ) μη επίτευξη πλήρους τυφλοποίησης μεταξύ ασθενών και ερευνητών (Carli et al., 2022· M. Lee et al., 2023· Neal et al., 2023· Neubert et al., 2023· Ramadas et al., 2018· Yu et al., 2022), η) μη εξοικείωση με την τεχνολογία ή την τεχνολογία της παρέμβασης (Aceti et al., 2021· Antypas & Wangberg, 2014· Carli et al., 2022· J. Y. Lee et al., 2020· Rhodus et al., 2023), θ) μη αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων της παρέμβασης (S. Carter et al., 2021· Han et al., 2021· Nobakht et al., 2020· Ramadas et al., 2018), ια) συμμετέχοντες που προσφέρονταν μόνοι τους για συμμετοχή στη μελέτη και πιθανότητα ύπαρξης συγκεκριμένων χαρακτηριστικών σε αυτούς, τα οποία επηρεάζουν την έκβαση του αποτελέσματος (Brodbeck et al., 2019· Neal et al., 2023· Xu et al., 2020). Απεικονίζονται σχηματικά στο Γράφημα 8.

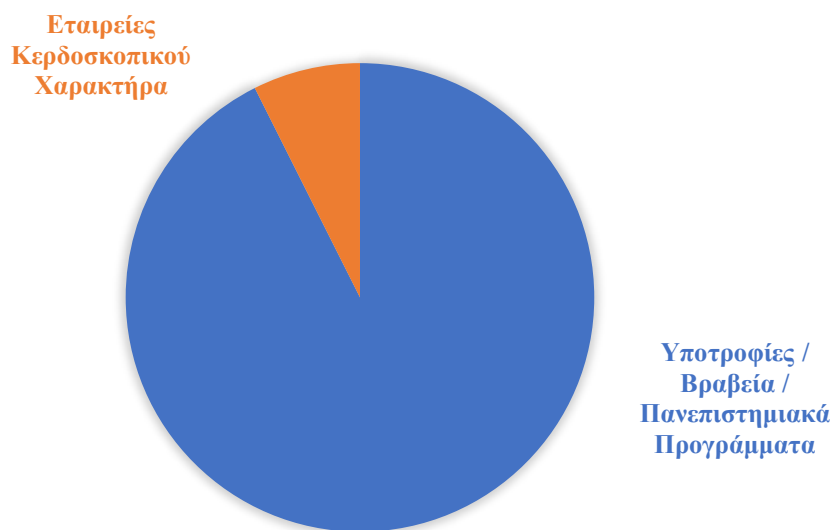
Γράφημα 8. Συχνότητα εμφάνισης των περιορισμών των μελετών



Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, μόνο 2 εργασίες αναφέρουν το κόστος της υπηρεσίας στην ομάδα παρέμβασης, συγκριτικά με εκείνο της ομάδας ελέγχου (Banu et al., 2023· J. Y. Lee et al., 2020). Ακόμη 3 μελέτες αναφέρουν το ποσό που δόθηκε στους συμμετέχοντες ως αποζημίωση για τη συμμετοχή τους (Marshall et al., 2022· Mooney et al., 2023· Rehman et al., 2023).

Τέλος, στην παρούσα μελέτη, 4 εργασίες χρηματοδοτήθηκαν από εταιρείες (Boriani et al., 2013· Graetz et al., 2023· Hermanns et al., 2023· Marshall et al., 2022). Σε ακόμα 4, οι συγγραφείς δήλωσαν κάποιου είδους οικονομικές συνεργασίες και απολαβές από εταιρείες (Bendig et al., 2021· Gauthier et al., 2022· Hsia et al., 2022· Saussez et al., 2023). Οι λοιπές εργασίες χρηματοδοτήθηκαν κυρίως από υποτροφίες, βραβεία και πανεπιστημιακά προγράμματα, όπως φαίνεται και στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 9).

Γράφημα 9. Προέλευση της χρηματοδότησης των μελετών



Κεφάλαιο 6^ο: Συζήτηση

Παρατηρώντας τη χρονολογία συγγραφής των μελετών, που περιλήφθηκαν σε αυτή την ανασκόπηση, διαφαίνεται ένας σταθερός ρυθμός αύξησης, για τα έτη 2020 και αργότερα. Αυτό οφείλεται στη ριζικά διαφοροποιημένη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στον 21^ο αιώνα, σε σχέση με τις παλαιότερες δεκαετίες. Αιτίες αυτού είναι ο αυξανόμενος αριθμός ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας, η διευρυμένη πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες αλλά και οι ιατρικές πληροφορίες και υποστήριξη μέσω διαδικτύου. Η ψηφιακή υγεία είναι πλέον παρούσα και ενισχύεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, προκειμένου για την επιτάχυνση της βιώσιμης ανάπτυξης της, της μείωσης της επιβάρυνσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης καθώς και της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού. Ακόμη, η πανδημία του κορονοϊού SARS-CoV-2 εκτίναξε την ανάγκη υιοθέτησης ψηφιακών τεχνολογιών υγείας (Alkhalifah et al., 2022· Getachew et al., 2023· Meskó, 2022).

Μελετώντας τις χώρες που εμφανίζονταν πιο συχνά ως τόπος διεξαγωγής των ερευνών του δείγματος, γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι λιγότερο ή περισσότερο, έχει πλέον σαφώς αναγνωριστεί η ανάγκη καθολικής, αποδοτικής, προσβάσιμης και αποτελεσματικής υγειονομικής κάλυψης διεθνώς. Πολλές χώρες εισήγαγαν πολιτικές ή νομοθεσία για τη βελτίωση της διαθεσιμότητας και την επιτάχυνση της ψηφιακής ενδυνάμωσης του τομέα της υγείας, είτε στα πλαίσια της ανάγκης άμεσης απόκρισης στην πανδημία του κορονοϊού, είτε βάσει ενός ευρύτερου και πιο μακρόχρονου πλάνου εφαρμογής (CDC, 2023· M. Chen et al., 2021· Wangler & Jansky, 2023· WHO, 2023a).

Στο δείγμα της παρούσας ανασκόπησης περιλαμβάνονται μελέτες ανάπτυξης ηλεκτρονικών υπηρεσιών για μια ποικιλία παθήσεων και καταστάσεων. Ωστόσο, ο πληθυσμός στόχος των ατόμων που χρίζουν ανακουφιστικής φροντίδας, πλέον διαφοροποιείται. Παλαιότερα, οι ερευνητές ασχολούνταν μόνο με ασθενείς με συμπαγείς ή αιματολογικές κακοήθειες. Ακόμα και σήμερα, οι καρκινοπαθείς ασθενείς και οι φροντιστές τους, αποτελούν μεγάλο μέρος των ληπτών αυτών των υπηρεσιών (Rato et al., 2022). Η ανακουφιστική φροντίδα, όμως, αφορά πλέον και μια πληθώρα άλλων ασθενών, των οποίων η νόσος είναι απειλητική για τη ζωή (Mollaoglu et al., 2019· WHO, 2020).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι συνηθέστερες παθήσεις που χρίζουν ανακουφιστικής φροντίδας είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, το AIDS και ο διαβήτης, με ποσοστά 38,5%, 34%, 10,3%, 5,7% και 4,6% αντίστοιχα (WHO, 2020). Παρ' όλα αυτά οι σκέψεις των ερευνητών δεν είναι

εναρμονισμένες με αυτό, όπως φαίνεται από την κατεύθυνση ανάπτυξης των παρεμβάσεων του δείγματος αυτής της ανασκόπησης. Τα μεγαλύτερα ποσοστά παρεμβάσεων τα έχει αναμενόμενα η διάγνωση του καρκίνου, και εν συνεχεία και απροσδόκητα, ο σακχαρώδης διαβήτης. Οι νευρολογικές διαταραχές, στις οποίες υπάγονται τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, οι διάφοροι τύποι άνοιας και η εγκεφαλική παράλυση καλύπτουν το ίδιο περίπου ποσοστό. Ακολουθούν τα καρδιολογικά νοσήματα. Κατόπιν η λοίμωξη με HIV. Τα πνευμονολογικά νοσήματα και η νεφρική ανεπάρκεια απασχολούν τα μικρότερα ποσοστά αυτού του δείγματος.

Οι λόγοι της έντονης ανάπτυξης ηλεκτρονικών υπηρεσιών για τις παρακάτω κατηγορίες ασθενών είναι ευλογοφανείς, αν αναλογιστεί κανείς πως η ανάπτυξη της αγοράς για την ψηφιακή υγεία είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτη στη φροντίδα του καρκίνου, διότι αποτελεί έναν από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους τομείς των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης (Parikh et al., 2022). Από την άλλη πλευρά, η Ευρωπαϊκή Ένωση για τη Μελέτη του Διαβήτη και η Αμερικανική Ένωση Διαβήτη έχουν δημοσιεύσει από κοινού, ήδη από το 2020, μια έκθεση ομοφωνίας, σχετικά με την αναπτυσσόμενη τεχνολογία ψηφιακών εφαρμογών σε αυτό τον τομέα. Η έκθεση εστιάζει στις ρυθμίσεις των ψηφιακών εφαρμογών υγείας για τον διαβήτη, μέσω της ακρίβειας και της κλινικής επικύρωσης των δεδομένων σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους, αλλά και στις συστάσεις για την επίλυση ορισμένων από τις ελλείψεις στον χώρο αυτό (Doyle-Delgado & Chamberlain, 2020· Fleming et al., 2020). Επιπρόσθετα, οι νευρολογικές διαταραχές αναφέρονται σε μια ομάδα ιατρικών καταστάσεων, που συχνά οφείλονται σε ασθένειες ή φυσικές βλάβες που επηρεάζουν τον εγκέφαλο, το κεντρικό ή περιφερικό νευρικό σύστημα. Αποτελούν μια ανθρώπινη και οικονομική πρόκληση παγκοσμίως, καθώς αυτές οι ομάδες ασθενών εξαρτώνται περισσότερο από τις τακτικές υπηρεσίες αποκατάστασης για τη διατήρηση της λειτουργικότητας, της φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής τους και συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες περιορισμένης πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες λόγω προβλημάτων μετακίνησης, ιδίως για όσους έχουν χαμηλότερο εισόδημα (Bezuidenhout et al., 2022· Spreadbury et al., 2022).

Τα καρδιολογικά νοσήματα παραμένουν η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως. Απαιτούν συχνή, συνεχή και απρόσκοπτη διαχείριση. Για το λόγο αυτό αποτελούν σημαντικούς στόχους στην εφαρμογή ψηφιακών τεχνολογιών που θα επιτρέψουν στους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τις κοινότητες να διαχειρίζονται και να βελτιώνουν την υγεία τους. Άλλες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις αναφέρουν την ύπαρξη πληθώρας ψηφιακών παρεμβάσεων. Περίπου το 60%

της σχετικής ερευνητικής παραγωγής έχει τη μορφή πρωτότυπων ερευνητικών άρθρων, ακολουθούμενο από έγγραφα πρακτικών συνεδρίων (14%), περιλήψεις συνεδρίων (13%) και άρθρα ανασκόπησης (9%). Ο λόγος μη αποτύπωσης αυτού, στο δείγμα αυτής της ανασκόπησης, είναι η διαφορά στα κριτήρια επιλεξιμότητας των εργασιών, καθώς απορρίφθηκαν τύποι ερευνών όπως πιλοτικές, μελέτες περίπτωσης, πρωτόκολλα ή περιλήψεις (Wongvibulsin et al., 2021· Zwack et al., 2023).

Η ενσωμάτωση εφαρμογών κινητής υγείας στη διαχείριση χρόνιων πνευμονικών παθήσεων γίνεται όλο και πιο δημοφιλής τα τελευταία χρόνια, προκειμένου για τη μεγιστοποίηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τη μείωση του κόστους. Ωστόσο, συστηματικές ανασκοπήσεις δεν αναφέρουν σημαντικές βελτιώσεις στα αποτελέσματα των ασθενών, άρα και συνεπαγόμενη ενθάρρυνση της χρήσης τους, πιθανώς λόγω της ετερογένειας των εφαρμογών και των ανακολουθιών στον αναφερόμενο σχεδιασμό και το περιεχόμενο αυτών (Janjua et al., 2021a· Quach et al., 2023).

Το πένθος καταλάμβανε, επίσης, μικρό ποσοστό του συνόλου του δείγματος. Εκτιμάται πως 6-10% των ατόμων που βιώνουν πένθος, θα εκδηλώσουν συμπτωματολογία Διαταραχής Παρατεταμένου Πένθους. Αν και η επαγγελματική βοήθεια μπορεί να προσφέρει θετικά αποτελέσματα, οι στρατηγικές αυτές δεν είναι ευρέως διαδεδομένες και λίγα είναι γνωστά για τη διαθεσιμότητα και την υποτιθέμενη ποικιλομορφία της διαδικτυακής υποστήριξης για τους σκοπούς του πένθους (Beaupoyer et al., 2020· Zuelke et al., 2021).

6.1 Συζήτηση για τη σκοπιμότητα των παρεμβάσεων

Οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες που παρασχέθηκαν σε καρκινοπαθείς είχαν ως κύριο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών και των φροντιστών τους με επιμέρους ερευνητικούς στόχους τη μείωση της επιβάρυνσης από τα συμπτώματα της νόσου, τη μείωση της καταθλιπτικής και αγχώδους σημειολογίας ασθενών και φροντιστών και τη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών. Ομοίως και στη βιβλιογραφία, η αύξηση των επιπέδων αυτοδιαχείρισης και αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών με νεοπλασίες αποτελεί έναν από τους πιο συνηθισμένους στόχους των ψηφιακών παρεμβάσεων (K. Lee et al., 2023)

Η μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης είναι πάντα μέσα στη στοχοθεσία των διαφόρων ηλεκτρονικών υπηρεσιών που παρέχονται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου

I ή II, είτε ως πρωταρχικό είτε ως δευτερεύον αποτέλεσμα (Stevens et al., 2022). Στο δείγμα αυτής της μελέτης εκτός από μία γενικότερη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου, υπήρχαν και άλλοι επιμέρους στόχοι, όπως η βελτίωση στάσεων, γνώσεων και συμπεριφορών για τη νόσο και η συμμόρφωση με τους προτεινόμενους στόχους αυτοδιαχείρισης.

Όσον αφορά τις διάφορες νευρολογικές διαταραχές, όπως η εγκεφαλική παράλυση, τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια ή οι διάφοροι τύποι άνοιας, οι έρευνες περίπου μοιράζονται σε αυτές που αφορούν τους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και τους φροντιστές τους. Επιπρόσθετα, ακουμπούν διάφορες πτυχές της καθημερινότητάς τους, σωματικές και ψυχολογικές, κάτι που συνάδει και με άλλη σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση (Di Lorito et al., 2022).

Ομοίως με τις νευρολογικές διαταραχές, και οι εργασίες που στοχεύουν στην παροχή ηλεκτρονικών υπηρεσιών για διάφορες καρδιαγγειακές παθήσεις, προσπαθούν να επηρεάσουν θετικά την κλινική κατάσταση και συμπεριφορά των συμμετεχόντων (Akinosun et al., 2021). Στην παρούσα εργασία, καταγράφηκαν σχετικοί ερευνητικοί στόχοι όπως διατήρηση υψηλών επιπέδων σωματικής δραστηριότητας, βελτίωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ή άλλων αισθημάτων δυσφορίας, πρόληψης των επιπλοκών της νόσου μέσω αύξησης των ποσοστών αντιγριπικού εμβολιασμού και εκπαίδευσης των υποκειμένων των ερευνών.

Σε αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπως και σε αυτή των Costa-Cordella et al., η συνηθέστερη επιδίωξη των ερευνητών για τους ασθενείς με HIV, ήταν η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή. Στην παρούσα ανασκόπηση, ωστόσο, προστέθηκαν και άλλες όπως η υική καταστολή, η βελτίωση των γνώσεων για τη νόσο και της ποιότητας ζωής, καθώς και της διαχείρισης των συμπτωμάτων.

Για τους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, σε άλλη ανασκοπική εργασία αναφέρονται διάφορα πιθανά μέτρα έκβασης, όπως η βελτίωση της χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης, της ποιότητας ζωής, ή της συμπτωματολογίας της νόσου (Deshpande et al., 2023). Εδώ, λόγω του μικρού δείγματος, παρουσιάζεται από κοινού ο ίδιος σκοπός, αυτός της βελτίωσης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Πρόσθετα, για τις μελέτες σχετικές με πνευμονοπάθειες καταγέγραμμένοι στόχοι των υπηρεσιών είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, η εκπαίδευση στη χρήση της συσκευής εισπνοών και η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή. Άλλη ανασκόπηση προσθέτει και καταληκτικά σημεία όπως μείωση του αριθμού των παροξύνσεων ή η θετική επίδραση στις συμπεριφορές υγείας (Janjua et al., 2021b).

Οι μελέτες σε πενθούντες επιθυμούσαν κυρίως τη μείωση των αισθημάτων δυσφορίας, κατάθλιψης και άλλων προερχόμενων από την ανάπτυξη Διαταραχής Περιπλεγμένου Πένθους. Το προκείμενο συνάδει με άλλη σχετική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Zuelke et al., 2021)

Λαμβάνοντας υπ' όψιν το σύνολο των μελετών, παρατηρείται πως περισσότερο από το ένα τρίτο εξ αυτών μέτρησε τουλάχιστον 1 αποτέλεσμα συμπεριφοράς υγείας, υποδεικνύοντας ότι υπάρχει ενεργό ενδιαφέρον για τον τρόπο με τον οποίο οι παρεμβάσεις τροποποιούν συμπεριφορές. Αυτό αντικατοπτρίζεται και σε άλλη παρόμοια ανασκοπική εργασία, ενώ άλλες κύριες κατευθύνσεις ήταν η βελτίωση της συμπτωματολογίας και η εκπαίδευση των ασθενών ή των φροντιστών (Deshpande et al., 2023).

6.2 Συζήτηση για τη μεθοδολογία ανάπτυξης των μελετών

Ένα από τα ζητήματα της ανάπτυξης της μεθοδολογίας των ερευνών για την ενδυνάμωση ατόμων, που βιώνουν τραυματικά γεγονότα είναι η επιλογή του είδους της παρέμβασης που θα εφαρμοστεί. Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο μέσο στο δείγμα αυτής της μελέτης ήταν η παροχή κάποιας μορφής διαδικτυακής παρέμβασης. Ομοίως το προκείμενο φαίνεται να ισχύει και για άλλες βιβλιογραφικές έρευνες (Janjua et al., 2021b· K. Lee et al., 2023).

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος κάθε συμπεριληφθείσας εργασίας είναι η ηλικία των συμμετεχόντων. Η μειωμένη παρουσία παιδιών και εφήβων στο δείγμα, αντικατοπτρίζει πιθανά τον αυξημένο βαθμό δυσκολίας διενέργειας μελετών σε αυτούς τους πληθυσμούς. Αυτό οφείλεται στο μικρό αριθμό ασθενών, ο οποίος κατακερματίζεται περαιτέρω σε διάφορες υποομάδες, στην ανάγκη παρεμβάσεων κατάλληλων για την αναπτυξιακή ικανότητα του παιδιού σε κάθε ηλικία και σε πολλά ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν, όπως η πολυπλοκότητα της συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση από τους κηδεμόνες ή ότι τα παιδιά δεν πρέπει να αποτελούν υποκείμενα κλινικών δοκιμών, όταν η έρευνα μπορεί να διεξαχθεί σε λιγότερο ευάλωτους πληθυσμούς (Chiaruttini et al., 2018· Joseph et al., 2015). Ειδικότερα για την ανακουφιστική φροντίδα, τα παιδιά έχουν χαμηλότερο φορτίο νόσου σε σύγκριση με τους ενήλικες. Ανάπτυξη μελετών μόνο για γηριατρικό πληθυσμό δεν ανευρέθη στο δείγμα, ενώ γενικά θεωρούνται σπάνιες (K. Lee et al., 2023). Εντούτοις, ένεκα του φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού και της συνακόλουθης αύξησης της ανάγκης για χρήση ανακουφιστικής φροντίδας, η ανάπτυξη ψηφιακών

παρεμβάσεων υγείας για γηραιότερους ασθενείς αξίζει να περιληφθεί στην κλινική ατζέντα (Despotova-Toleva & Toleva-Nowak, 2021· Hallenbeck, 2022· K. Lee et al., 2023· Santos et al., 2023).

Οι έρευνες του δείγματος συνήθως συμπεριελάμβαναν και τα δύο φύλα στον πληθυσμό – στόχο της παρέμβασής τους, εκτός εάν απαιτούσε κάτι διαφορετικό ο σχεδιασμός της μελέτης. Προβλήματα υπερεκπροσώπησης του γυναικείου φύλου αναφέρονται συνηθέστερα σε μελέτες σχετικές με το πένθος. Παρότι επισημαίνεται ότι άνδρες και γυναίκες επηρεάζονται εξίσου από τη Διαταραχή Περιπλεγμένου Πένθους, η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στους άνδρες, παραμένει αδιευκρίνιστη καθώς αδυνατεί να γίνει η γενίκευση των αποτελεσμάτων και σε αυτούς (Zuelke et al., 2021).

Χρησιμοποιήθηκαν διάφορα είδη ομάδων ελέγχου στις έρευνες, όπως η συνέχεια της θεραπείας με το συμβατικό πλάνο φροντίδας, κάποια άλλη εναλλακτική παρέμβαση ή προσαρμοσμένα τμήματα των παροχών της υπό εξέταση ηλεκτρονικής υπηρεσίας, λίστα αναμονής, ή ακόμα και καμία παρέμβαση. Λόγω ετερογένειας των μελετών, δεν μπορεί να υπάρξει ασφαλής ερμηνεία για το εάν ο παράγοντας αυτός έχει σχέση με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, γεγονός που προβλημάτισε και άλλοτε τη βιβλιογραφία (Janjua et al., 2021b).

Ομοίως με τα προκείμενα και παρά την εκτενή μελέτη των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, δεν κατέστη δυνατή η σύγκριση μεταξύ τους. Λόγω της ετερογένειας των παρεμβάσεων και των υποκειμένων κάθε εργασίας, δεν μπορούν να προσδιοριστούν ποια χαρακτηριστικά είναι αυτά που θα μπορούσαν να έχουν συμβάλει στη θετική αποτίμηση μιας παρέμβασης.

6.3 Συζήτηση για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, η γενικότερη αποτίμηση, για τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες, για τα άτομα που βιώνουν τραυματικά γεγονότα, είναι θετική. Ομοίως και σε άλλες ανασκοπήσεις (Al-Arkee et al., 2021· Cruz et al., 2023· Mehraeen et al., 2022· Naoum et al., 2021· Putranto & Rochmawati, 2020· Stevens et al., 2022· Widberg et al., 2020· Zuelke et al., 2021). Η πιθανότητα αποτυχίας των παρεμβάσεων, που περιλαμβάνουν έντονο το στοιχείο της αυτοκαθοδήγησης και καμία μορφή εποπτείας ή υποστήριξης σε πραγματικό

χρόνο, δεν επιβεβαιώνεται εδώ (Di Lorito et al., 2022· Zuelke et al., 2021). Μεταξύ των μελετών που δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου, ήταν λιγότερες αυτές που δεν είχαν προκαθορίσει τον τύπο επαφής μεταξύ ασθενή και θεραπευτή.

Το μέσο ποσοστό εγκατάλειψης στις έρευνες αυτού του δείγματος ήταν περίπου 20%. Έχει αποτυπωθεί σε άλλες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών, για παρεμβάσεις που βασίζονται σε εφαρμογές έξυπνων κινητών τηλεφώνων, για χρόνιες ασθένειες, μέσο ποσοστό εγκατάλειψης 40% (Meyerowitz-Katz et al., 2020· Stevens et al., 2022). Στην παρούσα μελέτη αυτό δεν επιβεβαιώνεται, καθώς το ποσοστό εγκατάλειψης ειδικά στην υποκατηγορία των εργασιών με εφαρμογές για έξυπνα κινητά τηλέφωνα, ήταν 18%.

Όσον αφορά τη συγκεκριμένη χρονική διάρκεια παρακολούθησης και επανελέγχου μετά την παρέμβαση, θα ήταν προτιμότερος ο προγραμματισμός επανελέγχων μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, το καλύτερο αναλόγως την περίπτωση, καθώς επιβεβαιώνεται η διατήρηση των μετρούμενων αποτελεσμάτων. Από τις εργασίες που δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματά τους, δύο εξ αυτών, θέτουν ευθέως το ζήτημα του μικρού χρόνου παρακολούθησης μετά την παρέμβαση, ως περιορισμό για τη σωστή εκτίμηση των εκβάσεων (Pandian et al., 2023· Rehman et al., 2023).

Σε αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, αναφέρεται μια πληθώρα περιορισμών που απαντώνται στις περισσότερες μελέτες. Η προσπάθεια εξάλειψης αυτών είναι ζωτικής σημασίας καθώς μπορεί να είναι υπαίτιοι για την τελική μείωση της αξίας και της ισχύος των αποτελεσμάτων που περιγράφονται, λόγω των κινδύνων μεροληψίας που αναπτύσσονται (Janjua et al., 2021b).

Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, ελάχιστες εργασίες αναφέρονται ρητά στο κόστος της παρέμβασης έναντι εκείνου της ομάδας ελέγχου (Banu et al., 2023· J. Y. Lee et al., 2020). Γενικότερα, το κόστος των ηλεκτρονικών υπηρεσιών που προσφέρονται στα πλαίσια των παρεμβάσεων σπανίως καταγράφεται στις μελέτες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην απαίτηση μεγαλύτερης διάρκειας παρακολούθησης, μεγαλύτερου μεγέθους δείγματος και πιο σύνθετης συλλογής δεδομένων προκειμένου για την απόδειξη των επιπτώσεων στο κόστος. Ωστόσο, η οικονομική αξιολόγηση αυτών των παρεμβάσεων είναι επιτακτική ανάγκη προκειμένου οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων να είναι σε θέση να καθορίσουν εάν μπορούν να υιοθετηθούν

και να αποζημιωθούν από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τους τρίτους επενδυτές (Deshpande et al., 2023· Naoum et al., 2021).

Τέλος, στο δείγμα της παρούσας έρευνας αναφέρονται συγγραφείς με κάποιου είδους οικονομικές συνεργασίες και απολαβές από εταιρείες ή εργασίες που χρηματοδοτήθηκαν από εταιρείες. Η σύγκρουση συμφερόντων αφορά ένα σύνολο συνθηκών, κατά τις οποίες η επιστημονική κρίση σχετικά με ένα πρωταρχικό συμφέρον (ευημερία του ασθενούς ή εγκυρότητα της έρευνας) τείνει ή φαίνεται να επηρεάζεται αδικαιολόγητα από ένα δευτερεύον συμφέρον (οικονομικό ή μη οικονομικό κέρδος). Οι στόχοι των κερδοσκοπικών ιατρικών εταιρειών είναι να παράγουν προϊόντα που βελτιώνουν την υγεία και, ταυτόχρονα, να εξασφαλίζουν οικονομική απόδοση στους μετόχους, ενώ οι πρωταρχικοί στόχοι της ιατρικής περιλαμβάνουν την παροχή ωφέλιμης φροντίδας στους ασθενείς, τη διεξαγωγή έγκυρης έρευνας και την προσφορά άριστης ιατρικής εκπαίδευσης (Lo et al., 2009· Pereira, 2013). Πρόβλημα σύγκρουσης συμφερόντων ανακύπτει εάν δεν εφαρμοστούν σχέδια διαχείρισης και επίλυσης αυτού.

6.4 Συμβολή της παρούσας έρευνας

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών που εμφανίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία για τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες που αναπτύσσονται, προκειμένου για την ενδυνάμωση ατόμων που βιώνουν τραυματικά γεγονότα. Η μελέτη της αλληλεπίδρασης των πολύπλοκων ψηφιακών συστημάτων και των ασθενών, των φροντιστών και των επαγγελματιών υγείας είναι ένας διαρκώς και επιταχυνόμενα εξελισσόμενος χώρος, που αξίζει να διερευνηθεί περαιτέρω, καθώς, εξ όσων ανευρέθησαν, άλλη τέτοια προσέγγιση δεν έχει επιχειρηθεί στο παρελθόν.

Η προκείμενη ανασκόπηση υπέδειξε τις κυρίαρχες τάσεις στον τομέα της ανάπτυξης ψηφιακών παρεμβάσεων, τα συνήθη μεθοδολογικά χαρακτηριστικά αυτών των ερευνών και την αποτελεσματικότητα των ηλεκτρονικών υπηρεσιών. Έχοντας γνώση αυτών, μπορεί κανείς να έχει μια ολοκληρωμένη άποψη των δυσκολιών ενός τέτοιου εγχειρήματος, να αναγνωρίσει τις πιθανές αδυναμίες των σχεδιαστικών πρωτοκόλλων και να επιστρατεύσει τις κατάλληλες τεχνικές προκειμένου να αποφύγει τα διάφορα μεροληπτικά σφάλματα που μειώνουν την ισχύ των αποτελεσμάτων.

Μια ψηφιακή παρέμβαση υγείας δομείται με γνώμονα την εξυπηρέτηση, πρωτίστως, των ασθενών αλλά και την προώθηση της γνώσης και της βέλτιστης κλινικής πρακτικής μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η ουσιαστική μέριμνα για τη δυνατότητα έκφρασης της γνώμης και των προβληματισμών όλων των ενδιαφερόμενων μερών και η δυνατότητα που προσφέρεται στους σχεδιαστές ηλεκτρονικών παρεμβάσεων να ανατρέξουν στα πιο επικαιροποιημένα στοιχεία για τους πιο αποτελεσματικούς τύπους παρεμβάσεων, βάσει του πληθυσμού - στόχου και των επιθυμητών εκβάσεων, είναι το τελικό ζητούμενο για την επίτευξη παροχής αποτελεσματικών υγειονομικών υπηρεσιών.

Κεφάλαιο 7^ο: Συμπεράσματα και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

7.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση παρουσιάζει μία εκτενή θεώρηση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών που αναπτύσσονται στην επιστημονική κοινότητα για άτομα που βιώνουν τα τραυματικά γεγονότα μιας χρόνιας, με έκπτωση στην ποιότητα ζωής και εν δυνάμει καταληκτικής ασθένειας, καθώς και του πένθους που συνοδεύει αυτούς και το περιβάλλον τους. Ο αριθμός των μελετών που περιλήφθηκαν είναι επαρκής, δεδομένης της αυστηρότητας των κριτηρίων που τέθηκαν. Κατά την αναζήτηση, ωστόσο, του δείγματος, ανευρέθηκε ικανός αριθμός μελετών στο στάδιο της δημοσίευσης πρωτοκόλλου ή πιλοτικών αποτελεσμάτων, αποδεικνύοντας τη δυναμική ανάπτυξη αυτού του πεδίου.

Από τα πρωταρχικά συμπεράσματα αυτής της μελέτης είναι ότι η ψηφιοποίηση της υγείας και η ανάπτυξη ηλεκτρονικών λειτουργιών για την παροχή ποιοτικών υγειονομικών υπηρεσιών είναι πλέον καθολικός στόχος. Οι τοπικά περιορισμένες επιδημίες ή οι παγκόσμιες πανδημίες κάνουν επιτακτική αυτή την ανάγκη και δίνουν ώθηση σε επαγγελματίες υγείας και φαρμακευτικές και εταιρείες βιοτεχνολογίας προς αυτή την κατεύθυνση.

Αρχικός στόχος αυτών των υπηρεσιών ήταν η διευκόλυνση και εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. Αργότερα υπήρξε μια μετατόπιση προς τους ασθενείς, τους φροντιστές και το γενικό πληθυσμό. Όσον αφορά την ανακουφιστική φροντίδα, ο κυρίαρχος όγκος των ασθενών περιελάμβανε ανθρώπους με συμπαγείς όγκους και αιματολογικές κακοήθειες. Εντούτοις, λόγω του φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού και της χρονιότητας των ασθενειών, δόθηκε η δυνατότητα συμπερίληψης και άλλων παθήσεων στη λήψη υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας.

Οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες που αναπτύσσονται, λοιπόν, στοχεύουν κυρίως σε καρκινοπαθείς, ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, νευρολογικά και καρδιολογικά νοσήματα, HIV/AIDS, νεφρική ανεπάρκεια και πνευμονολογικές παθήσεις. Οι 3 πρώτες κατηγορίες νοσούντων παρουσίασαν, στην παρούσα εργασία, τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης. Αυτό οφείλεται λόγω του αυξημένου επιπολασμού των παθήσεων, της ιδιαίτερης κοινωνικής και οικονομικής πρόκλησης που παρουσιάζουν για τα συστήματα υγείας καθώς και της παρουσίας επίσημων κατευθυντήριων οδηγιών για την ανάπτυξη σχετικών ψηφιακών εφαρμογών.

Όσον αφορά ανθρώπους σε πένθος υπάρχουν λίγες σχετικά τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες. Οι πιθανές αιτίες αυτού είναι η δυσκολία ανεύρεσης ικανού δείγματος, η αυτοαναφορά των υποκειμένων για συμμετοχή στην έρευνα, τα μεγάλα ποσοστά εγκαταλείψεων αυτών και η υπερεκπροσώπηση του γυναικείου φύλου στην επίδειξη του σχετικού ενδιαφέροντος.

Ο βασικός σκοπός των ηλεκτρονικών υπηρεσιών που αναπτύσσονται είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών και φροντιστών. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω προσπάθειας επίτευξης μικρότερων θετικών εκβάσεων. Οι συνηθέστεροι στόχοι είναι η βελτίωση της συμπτωματολογίας της νόσου, η ψυχική ανάταση των συμμετεχόντων, η συμμόρφωση με τις θεραπευτικές οδηγίες και η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Υπηρεσίες για τους φροντιστές εφαρμόζονται κυρίως σε ασθενείς με κακοήθειες και νευρολογικές διαταραχές. Η πλειονότητα των παρεμβάσεων μελετά και την παράμετρο του πως αυτές επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας. Ωστόσο, η ετερογένεια των μελετών δεν επέτρεψε την εξαγωγή συγκεντρωτικών συμπερασμάτων σε αυτή την ανασκόπηση.

Οι συνηθέστερες παρεμβάσεις γίνονται μέσω διαδικτύου, εφαρμογών για έξυπνα κινητά τηλέφωνα, διάφορες μεμονωμένες υπηρεσίες, όπως παροχή συσκευών εικονικής πραγματικότητας και συνδυασμός αυτών. Η ομάδα ελέγχου συνεχίζει, συχνότερα, με τη συνήθη φροντίδα, σε μια προσπάθεια δημιουργίας ρεαλιστικού και όχι ιδεατού περιβάλλοντος μελέτης και δυνατότητας γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

Ο πληθυσμός στόχος είναι κυρίως οι ενήλικες. Τα παιδιά είναι δύσκολο να εξασφαλιστούν σε αυτή την κατηγορία ερευνών λόγω μειωμένου φορτίου νόσου σε σχέση με τους ενήλικες αλλά και τους ηθικούς προβληματισμούς που γεννά η συμμετοχή τους. Από την άλλη πλευρά, οι μελέτες σε καθαρά γηριατρικό πληθυσμό είναι ακόμα πιο σπάνιες, παρά τις αυξημένες ανάγκες.

Η γενικότερη γνώμη των ασθενών που βιώνουν τραυματικό γεγονός για τις ηλεκτρονικές υπηρεσίες είναι θετική. Υπέρ των ομάδων παρέμβασης παρουσιάζονταν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, για όλες ή σημαντικό τμήμα των ερευνητικών υποθέσεων.

Η ισχύς των ερευνών φαίνεται να αποδυναμώνεται από τα μεγάλα ποσοστά εγκατάλειψης που παρουσίασαν ορισμένες εξ αυτών, αν και η μέση τιμή στο δείγμα κυμαινόταν στο 20%. Πρόσθετα, αρκετές έρευνες δεν είχαν προβλέψει στο πρωτόκολλό τους επανέλεγχο των μετρήσεων των αποτελεσμάτων, κάτι που δεν επικυρώνει την εξασφάλιση

διάρκειας σε αυτά. Άλλοι περιορισμοί που καταγράφηκαν σε αυτές τις μελέτες ήταν η αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων, η συγκέντρωση μικρότερου του επιθυμητού δείγματος, η αδυναμία ελέγχου συμμόρφωσης των συμμετεχόντων με τις απαιτήσεις της μελέτης, η χρήση ερωτηματολογίων αυτοσυμπλήρωσης με αυξημένες πιθανότητες ψευδών ή υπο/υπερεκτιμημένων δηλώσεων, η αδυναμία επίτευξης πλήρους τυφλοποίησης μεταξύ ασθενών και ερευνητών, η μη εξοικείωση των συμμετεχόντων με την τεχνολογία, η μη αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων της παρέμβασης και η πιθανότητα μεροληψίας λόγω της αυτοαναφοράς των υποκειμένων για συμμετοχή στη μελέτη.

Τέλος, η παρούσα εργασία σημειώνει ξανά ένα προβληματισμό που διέπει τη βιβλιογραφία, αυτόν της μη καταγραφής της αποτίμησης του κόστους των ηλεκτρονικών υπηρεσιών. Η οικονομική αξιολόγηση των παρεμβάσεων και η απόδειξη της αποδοτικότητάς τους είναι απαραίτητη συνθήκη προκειμένου για την επίσημη υιοθέτηση αυτών από τα συστήματα υγείας.

7.2 Περιορισμοί της μελέτης

Όπως κάθε ερευνητικό πόνημα, και η παρούσα συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει κι αυτή τα τρωτά της σημεία. Όσον αφορά την απόκτηση του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν 3 βάσεις δεδομένων και συγκεκριμένες λέξεις – κλειδιά. Αυτό μπορεί να απέφερε ένα σεβαστό όγκο αποτελεσμάτων, χωρίς, ωστόσο, να εξασφαλίζει ότι περιελάμβανε όλες τις σχετικές μελέτες που αφορούσαν το υπό διερεύνηση θέμα. Επιπρόσθετα, η γλώσσα αποτέλεσε έναν περιοριστικό παράγοντα, καθώς κείμενα μόνο στην αγγλική και ελληνική ήταν δυνατό να διαβαστούν και να κατανοηθούν με επάρκεια. Επίσης, λόγω της φύσης της συγγραφής του έργου, το οποίο αποτελεί διπλωματική ερευνητική εργασία στα πλαίσια μεταπτυχιακού προγράμματος, υπήρξε μόνο ένας συγγραφέας - ερευνητής, ο οποίος μελέτησε το σύνολο των τεκμηρίων που απέδωσαν οι βάσεις δεδομένων. Αυτό, δυστυχώς, ενέχει τον κίνδυνο να απορρίφθηκαν εργασίες, λόγω θεώρησης ότι δεν ενέπιπταν στα κριτήρια επιλεξιμότητας και μη ύπαρξης σχετικού αντιλόγου.

Το θέμα της παρούσας συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η ηλεκτρονικές υπηρεσίες που παρέχονταν σε άτομα που βιώνουν τραυματικό γεγονός. Οι μελέτες που περιλήφθηκαν στο δείγμα, ήταν στη βάση τους μεθοδολογικά όμοιες, καθώς αποτελούσαν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, και όχι άλλα είδη όπως μελέτες

περίπτωσης ή παρατήρησης. Ακόμα, απορρίφθηκαν άρθρα που περιέγραφαν πιλοτικές εφαρμογές των υπηρεσιών ή τα πρωτόκολλα καταχώρησης σε μητρώα μελετών, αδημοσίευτα χειρόγραφα, περιλήψεις πρακτικών συνεδρίων ή άρθρα ανασκόπησης. Ωστόσο, στο τελικό δείγμα περιεγράφηκαν διάφορα είδη υπηρεσιών και πληθυσμών - στόχων σε αυτές, καθιστώντας μη εφικτή πάντα την ομαδοποίηση όλων των αποτελεσμάτων, λόγω της σχετικής ετερογένειας.

7.3 Προτάσεις για περεταίρω έρευνα

Εκ των συμπερασμάτων αυτής της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης προκύπτει η ύπαρξη ενός ευρέος πεδίου δυνατοτήτων ανάπτυξης σχετικών υπηρεσιών. Με την αποδοχή της ψηφιοποίησης από τα συστήματα υγείας, πληθώρα υπολογιστικών, διαδικτυακών και λοιπών ψηφιακών συστημάτων είναι διαθέσιμα προς εξερεύνηση από το επιστημονικό προσωπικό και χρήσης τους προκειμένου για την ανάπτυξη παρεμβάσεων, οι οποίες θα βελτιώσουν τη ζωή των ασθενών και θα διευκολύνουν την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών. Η ενδεδειγμένη μελέτη των εκπαιδευτικών μεθόδων και μοντέλων που επιστρατεύονται για την ανάπτυξη αυτών των παρεμβάσεων θα είναι μία ακόμα χρήσιμη προσθήκη στη φαρέτρα των ερευνητών, προκειμένου να γίνουν αντιληπτά ποια στοιχεία είναι αυτά που κρίνουν την επιτυχία της κάθε προσφερόμενης υπηρεσίας.

Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο για την επιτυχία των παρεμβάσεων είναι η γνώμη των υποκειμένων της έρευνας. Αυτή θα πρέπει να καταγράφεται μέσω τυποποιημένων και έγκυρων ερωτηματολογίων ή συνεντεύξεων προκειμένου να αποδίδονται επακριβώς οι προβληματισμοί των συμμετεχόντων, που οδηγούν σε αυξημένα ποσοστά εγκαταλείψεων ή μη ικανοποίησης.

Τέλος, εξαιρετικά χρήσιμη θα ήταν η προσθήκη της οικονομικής αποδοτικότητας των παρεμβάσεων. Η υλοποίηση μιας ιδέας και η εξασφάλιση της ευρείας εφαρμογής της εξαρτάται από αυτή την αξιολόγησή της. Κάθε νέα υπηρεσία οφείλει να είναι εφικτή, συμβατή με τα υπάρχοντα δεδομένα, αποδεκτή από τους χρήστες της και με βιώσιμη οικονομικά εφαρμογή και συντήρηση, ώστε να ενσωματωθεί με επιτυχία στην καθ' ημέρα πράξη.

Βιβλιογραφία

- Aceti, V. M., Santoro, R. V., Velarde, L. G. C., Brandão, D. N., da Cruz, R. A., & Taboada, G. F. (2021). Educating diabetic patients through an SMS intervention: A randomized controlled trial at a Brazilian public hospital. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, 65(6), 695–703. <https://doi.org/10.20945/2359-3997000000390>
- Ackerman, L. K., Meuchel, J. M., Sater, H., & Cullen, B. A. M. (2023). The impact of the integration of telemedicine in a community psychiatry outpatient program during Covid-19. *Psychiatry Research Communications*, 3(4). <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2023.100148>
- Akinosun, A. S., Polson, R., Diaz - Skeete, Y., De Kock, J. H., Carragher, L., Leslie, S., Grindle, M., & Gorely, T. (2021). Digital technology interventions for risk factor modification in patients with cardiovascular disease: Systematic review and meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(3). <https://doi.org/10.2196/21061>
- Al-Arkee, S., Mason, J., Lane, D. A., Fabritz, L., Chua, W., Haque, M. S., & Jalal, Z. (2021). Mobile apps to improve medication adherence in cardiovascular disease: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5). <https://doi.org/10.2196/24190>
- Alkhalifah, J. M., Seddiq, W., Alshehri, B. F., Alhaluli, A. H., Alessa, M. M., & Alsulais, N. M. (2022). The role of the COVID-19 pandemic in expediting digital health-care transformation: Saudi Arabia's experience. *Informatics in Medicine Unlocked*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2022.101097>
- Al-Kharouf, M. S., Abdeljalil, M. H., Obeidat, N. M., Oweidat, K. A., & Awwad, O. (2023). Video-based teach-to-goal intervention on inhaler technique on adults with asthma and COPD: A randomized controlled trial. *PloS One*, 18(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286870>
- Allard, E., Genest, C., & Legault, A. (2020). Theoretical and philosophical assumptions behind the concept of anticipatory grief. *International Journal of Palliative Nursing*, 26(2), 56–63. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.2.56>
- Andriastuti, M., Halim, P. G., Tunjungsari, E., & Widodo, D. P. (2022). Home-based palliative intervention to improve quality of life in children with cancer: A randomized controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 23(9). <https://doi.org/10.31557/APJCP.2022.23.9.3029>
- Antypas, K., & Wangberg, S. C. (2014). An Internet- and mobile-based tailored intervention to enhance maintenance of physical activity after cardiac rehabilitation: Short-term results of a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3). <https://doi.org/10.2196/jmir.3132>
- Aphiphaksakul, P., & Siriphorn, A. (2022). Home-based exercise using balance disc and smartphone inclinometer application improves balance and activity of daily living in individuals with stroke: A randomized controlled trial. *PloS One*, 17(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277870>
- Augusterfer, E. F., O'Neal, C. R., Martin, S. W., Sheikh, T. L., & Mollica, R. F. (2020). The role of telemental health, tele-consultation, and tele-supervision in post-disaster and low-resource settings. *Current Psychiatry Reports*, 22(12). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01209-5>
- Aunon, F. M., Wanje, G., Richardson, B. A., Masese, L., Odeny, T. A., Kinuthia, J., Mandaliya, K., Jaoko, W., Simoni, J. M., & McClelland, R. S. (2023). Randomized controlled trial of a theory-informed mHealth intervention to support ART adherence and viral

- suppression among women with HIV in Mombasa, Kenya: Preliminary efficacy and participant-level feasibility and acceptability. *BMC Public Health*, 23(1), 837. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15638-3>
- Banu, B., Ko, K. C., Khan, Md. M. H., Ali, L., Barnighausen, T., Sauerborn, R., & Soares, A. (2023). Effects of traditional versus m-Health educational interventions for diabetic patients: A randomised controlled trial in peripheral district of Bangladesh. *Diabetes Epidemiology and Management*, 9. <https://doi.org/10.1016/j.deman.2022.100106>
- Barboza, J., Seedall, R., & Neimeyer, R. A. (2022). Meaning co-construction: Facilitating shared family meaning-making in bereavement. *Family Process*, 61(1). <https://doi.org/10.1111/famp.12671>
- Baudier, P., Kondrateva, G., Ammi, C., Chang, V., & Schiavone, F. (2021). Patients' perceptions of teleconsultation during COVID-19: A cross-national study. *Technological Forecasting and Social Change*, 163. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.120510>
- Beaunoyer, E., Hiracheta Torres, L., Maessen, L., & Guitton, M. J. (2020). Grieving in the digital era: Mapping online support for grief and bereavement. *Patient Education and Counseling*, 103(12), 2515–2524. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.013>
- Bendig, E., Bauereiß, N., Buntrock, C., Habibović, M., Ebert, D. D., & Baumeister, H. (2021). Lessons learned from an attempted randomized-controlled feasibility trial on 'WIDeCAD'—An internet-based depression treatment for people living with coronary artery disease (CAD). *Internet Interventions*, 24. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100375>
- Bernard, M., Poncin, E., Althaus, B., & Borasio, G. D. (2022). Posttraumatic growth in palliative care patients and its associations with psychological distress and quality of life. *Palliative & Supportive Care*, 20(6), 846–853. <https://doi.org/10.1017/S1478951521002066>
- Bezuidenhout, L., Joseph, C., Thurston, C., Rhoda, A., English, C., & Conradsson, D. M. (2022). Telerehabilitation during the COVID-19 pandemic in Sweden: A survey of use and perceptions among physiotherapists treating people with neurological diseases or older adults. *BMC Health Services Research*, 22, 555. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07968-6>
- Boele, F. W., Klein, M., Verdonck-de Leeuw, I. M., Cuijpers, P., Heimans, J. J., Snijders, T. J., Vos, M., Bosma, I., Tijssen, C. C., Reijneveld, J. C., & Dutch Society for Neuro-Oncology (LWNO). (2018). Internet-based guided self-help for glioma patients with depressive symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Neuro-Oncology*, 137(1), 191–203. <https://doi.org/10.1007/s11060-017-2712-5>
- Boelen, P. A., Olf, M., & Smid, G. E. (2019). Traumatic loss: Mental health consequences and implications for treatment and prevention. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1591331>
- Boelen, P. A., Lenferink, L. I. M., & Spuij, M. (2021). CBT for prolonged grief in children and adolescents: A randomized clinical trial. *The American Journal of Psychiatry*, 178(4). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050548>
- Boland, E. G., Bennett, M. I., Allgar, V., & Boland, J. W. (2020). Cannabinoids for adult cancer-related pain: Systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 10(1). <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-002032>
- Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses. *Depression and Anxiety*, 37(1), 17–25. <https://doi.org/10.1002/da.22902>
- Boriani, G., Da Costa, A., Ricci, R. P., Quesada, A., Favale, S., Iacopino, S., Romeo, F., Risi, A., Mangoni di S Stefano, L., Navarro, X., Biffi, M., Santini, M., & Burri, H. (2013).

- The MOonitoring Resynchronization dEVICES and CARdiac patiEnts (MORE-CARE) Randomized controlled trial: Phase 1 results on dynamics of early intervention with remote monitoring. *Journal of Medical Internet Research*, 15(8). <https://doi.org/10.2196/jmir.2608>
- Brekelmans, A. C. M., Ramnarain, D., & Pouwels, S. (2022). Bereavement support programs in the Intensive Care Unit: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64(3), 149–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.05.008>
- Brodbeck, J., Berger, T., Biesold, N., Rockstroh, F., & Znoj, H. J. (2019). Evaluation of a guided internet-based self-help intervention for older adults after spousal bereavement or separation/divorce: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 252, 440–449. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.008>
- Buckley, T., Sunari, D., Marshall, A., Bartrop, R., McKinley, S., & Tofler, G. (2012). Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 129–139. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/tbuckley>
- Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 24(41), 44–47. <https://doi.org/10.7748/ns2010.06.24.41.44.c7834>
- Burke, B. L., Hall, R. W., Dehnel, P. J., Alexander, J. J., Bell, D. M., Bunik, M., Burke, B. L., & Kile, J. R. (2015). Telemedicine: Pediatric Applications. *Pediatrics*, 136(1), 293–308. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1517>
- Γαλάνης, Π. (2009). Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. *Archives of Hellenic Medicine*, 26(6), 826–841.
- Γαλάνης, Π. (2017). Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Archives of Hellenic Medicine*, 34(6), 834–840.
- Γαλάνης, Π. (2018). Ανάλυση δεδομένων στην ποιοτική έρευνα—Θεματική ανάλυση. *Archives of Hellenic Medicine*, 35(3), 416–421.
- Carli, V., Petros, N. G., Hadlaczký, G., Vitcheva, T., Berchialla, P., Bianchi, S., Carletto, S., Christinaki, E., Citi, L., Dinis, S., Gentili, C., Geraldés, V., Giovinazzo, L., Gonzalez-Martinez, S., Meyer, B., Ostacoli, L., Ottaviano, M., Ouakinin, S., Papastylianou, T., ... Valenza, G. (2022). The NEVERMIND e-health system in the treatment of depressive symptoms among patients with severe somatic conditions: A multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *EClinicalMedicine*, 48. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101423>
- Carter, B. S. (2022). An ethical rationale for perinatal palliative care. *Seminars in Perinatology*, 46(3). <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2021.151526>
- Carter, S., Greenberg, J., Funes, C. J., Macklin, E. A., & Vranceanu, A.-M. (2021). Effects of a mind-body program on symptoms of depression and perceived stress among adults with neurofibromatosis type 2 who are deaf: A live-video randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 56. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102581>
- CDC. (2023). *CDC's global digital health strategy*. <https://www.cdc.gov/globalhealth/topics/gdhs/index.html>
- Center for Prolonged Grief. (2023). *Prolonged grief—How it's diagnosed*. Center for Prolonged Grief, Columbia University. <https://prolongedgrief.columbia.edu/diagnosis/>
- Cernvall, M., Carlbring, P., Ljungman, L., Ljungman, G., & von Essen, L. (2015). Internet-based guided self-help for parents of children on cancer treatment: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1152–1158. <https://doi.org/10.1002/pon.3788>
- Chan, S., Li, L., Torous, J., Gratzer, D., & Yellowlees, P. M. (2018). Review of use of asynchronous technologies incorporated in mental health care. *Current Psychiatry Reports*, 20(10), 85. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0954-3>

- Charrois, T. L. (2015). Systematic reviews: What do you need to know to get started? *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 68(2), 144–148.
- Chelberg, G. R., Neuhaus, M., Mothershaw, A., Mahoney, R., & Caffery, L. J. (2021). Mobile apps for dementia awareness, support, and prevention—Review and evaluation. *Disability and Rehabilitation*, 44(17), 4909–4920. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1914755>
- Chen, G., Ward, B. D., Claesges, S. A., Li, S.-J., & Goveas, J. S. (2020). Amygdala functional connectivity features in grief: A pilot longitudinal study. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1089–1101. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.02.014>
- Chen, J. A., Chung, W.-J., Young, S. K., Tuttle, M. C., Collins, M. B., Darghouth, S. L., Longley, R., Levy, R., Razafsha, M., Kerner, J. C., Wozniak, J., & Huffman, J. C. (2020). COVID-19 and telepsychiatry: Early outpatient experiences and implications for the future. *General Hospital Psychiatry*, 66, 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.07.002>
- Chen, M., Xu, S., Husain, L., & Galea, G. (2021). Digital health interventions for COVID-19 in China: A retrospective analysis. *Intelligent Medicine*, 1(1), 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.imed.2021.03.001>
- Chiaruttini, G., Felisi, M., Bonifazi, D., Chiaruttini, G., Felisi, M., & Bonifazi, D. (2018). Challenges in paediatric clinical trials: How to make it feasible. *Σto The Management of Clinical Trials*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.72950>
- Chippis, J., Brysiewicz, P., & Mars, M. (2012). Effectiveness and feasibility of telepsychiatry in resource constrained environments? A systematic review of the evidence. *African Journal of Psychiatry*, 15(4), 235–243. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v15i4.30>
- Chow, A. Y. M., Caserta, M., Lund, D., Suen, M. H. P., Xiu, D., Chan, I. K. N., & Chu, K. S. M. (2019). Dual-Process Bereavement Group Intervention (DPBGI) for widowed older adults. *The Gerontologist*, 59(5), 983–994. <https://doi.org/10.1093/geront/gny095>
- Connors, A. F., Jr, Dawson, N. V., Desbiens, N. A., Fulkerson, W. J., Jr, Goldman, L., Knaus, W. A., Lynn, J., Oye, R. K., Bergner, M., Damiano, A., Hakim, R., Murphy, D. J., Teno, J., Virnig, B., Wagner, D. P., Wu, A. W., Yasui, Y., Robinson, D. K., Kreling, B., ... Ransohoff, D. (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA*, 274(20), 1591–1598. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530200027032>
- Corr, C. A. (2019). The ‘five stages’ in coping with dying and bereavement: Strengths, weaknesses and some alternatives. *Mortality*, 24(4), 405–417. <https://doi.org/10.1080/13576275.2018.1527826>
- Costa-Cordella, S., Grasso-Cladera, A., Rossi, A., Duarte, J., Guiñazu, F., & Cortes, C. P. (2022). Internet-based peer support interventions for people living with HIV: A scoping review. *PLoS ONE*, 17(8), e0269332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269332>
- Coyle, N., Khojainova, N., Francavilla, J. M., & Gonzales, G. R. (2002). Audio-visual communication and its use in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(2), 171–175. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(01\)00402-x](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(01)00402-x)
- Crunk, A. E., Burke, L. A., & Robinson, E. H. M. I. (2017). Complicated grief: An evolving theoretical landscape. *Journal of Counseling & Development*, 95(2), 226–233.
- Cruz, S., Fernandes, C., & Magalhães, B. (2023). A scoping review of mobile apps for use with palliative patients in the context of home care. *International Journal of Medical Informatics*, 177. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105166>
- Davidson, S. K., Sancu, L., de Nicolás Izquierdo, C., Watson, C. J., Baltag, V., & Sawyer, S. M. (2022). Best practice during teleconsultations with adolescents: A scoping review.

- Journal of Adolescent Health*, 70(5), 714–728.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.11.012>
- de Boer, M. L., Bondevik, H., & Solbraekke, K. N. (2020). Beyond pathology: Women's lived experiences of melancholy and mourning in infertility treatment. *Medical Humanities*, 46(3), 214–225. <https://doi.org/10.1136/medhum-2018-011586>
- De Leon Corona, A. G., Chin, J., No, P., & Tom, J. (2022). The virulence of grief in the pandemic: Bereavement overload during COVID. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 39(10), 1244–1249. <https://doi.org/10.1177/10499091211057094>
- Deldar, K., Bahaadinbeigy, K., & Tara, S. M. (2016). Teleconsultation and clinical decision making: A systematic review. *Acta Informatica Medica*, 24(4), 286–292. <https://doi.org/10.5455/aim.2016.24.286-292>
- Deshpande, N., Wu, M., Kelly, C., Woodrick, N., Werner, D. A., Volerman, A., & Press, V. G. (2023). Video-based educational interventions for patients with chronic illnesses: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 25. <https://doi.org/10.2196/41092>
- Despotova-Toleva, L., & Toleva-Nowak, N. (2021). Narrative review of home care for palliative patients in general practice. *Annals of Palliative Medicine*, 10(12), Article 12. <https://doi.org/10.21037/apm-2021-01>
- Di Lorito, C., Bosco, A., Rai, H., Craven, M., McNally, D., Todd, C., Booth, V., Cowley, A., Howe, L., & Harwood, R. H. (2022). A systematic literature review and meta-analysis on digital health interventions for people living with dementia and Mild Cognitive Impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(6). <https://doi.org/10.1002/gps.5730>
- Diefenbach, M. A., Benedict, C., Miller, S. M., Stanton, A. L., Ropka, M. E., Wen, K.-Y., Fleisher, L. G., Mohamed, N. E., & Hall, S. J. (2018). Examining the impact of a multimedia intervention on treatment decision-making among newly diagnosed prostate cancer patients: Results from a nationwide RCT. *Translational Behavioral Medicine*, 8(6), 876–886. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby066>
- Doarn, C. R. (2018). Telemedicine and psychiatry—a natural match. *mHealth*, 4, 60. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.12.04>
- Doka, K. J. (2006). Fulfillment as Sanders' sixth phase of bereavement: The unfinished work of Catherine Sanders. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 52(2), 143–151. <https://doi.org/10.2190/5BC9-035Q-HG1H-PALG>
- Dominguez-Rodriguez, A., Sanz-Gomez, S., González Ramírez, L. P., Herdoiza-Arroyo, P. E., Trevino Garcia, L. E., de la Rosa-Gómez, A., González-Cantero, J. O., Macias-Aguinaga, V., & Miaja, M. (2023). The efficacy and usability of an unguided web-based grief intervention for adults who lost a loved one during the COVID-19 pandemic: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 25. <https://doi.org/10.2196/43839>
- Donelan, K., Barreto, E. A., Sossong, S., Michael, C., Estrada, J. J., Cohen, A. B., Wozniak, J., & Schwamm, L. H. (2019). Patient and clinician experiences with telehealth for patient follow-up care. *The American Journal of Managed Care*, 25(1), 40–44.
- Doyle-Delgado, K., & Chamberlain, J. J. (2020). Use of diabetes-related applications and digital health tools by people with diabetes and their health care providers. *Clinical Diabetes: A Publication of the American Diabetes Association*, 38(5), 449–461. <https://doi.org/10.2337/cd20-0046>
- Eisma, M. C., Bernemann, K., Aehlig, L., Janshen, A., & Doering, B. K. (2023). Adult attachment and prolonged grief: A systematic review and meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 214, 112315. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112315>

- Ekeland, A. G., Bowes, A., & Flottorp, S. (2010). Effectiveness of telemedicine: A systematic review of reviews. *International Journal of Medical Informatics*, 79(11), 736–771. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.08.006>
- Eklund, R., Eisma, M. C., Boelen, P. A., Arnberg, F. K., & Sveen, J. (2022). My Grief App for Prolonged Grief in Bereaved Parents: A Pilot Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 872314. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.872314>
- Elfrink, T. R., Ullrich, C., Kunz, M., Zuidema, S. U., & Westerhof, G. J. (2021). The Online Life Story Book: A randomized controlled trial on the effects of a digital reminiscence intervention for people with (very) mild dementia and their informal caregivers. *PLoS One*, 16(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256251>
- Elsevier. (2023a). *About ScienceDirect*. <https://www.elsevier.com/solutions/sciencedirect>
- Elsevier. (2023b). *How Scopus works*. <https://www.elsevier.com/solutions/scopus/how-scopus-works/content>
- EndNote. (2023). *Product details*. EndNote. <https://endnote.com/product-details/>
- Feng, Y., Zhao, Y., Mao, L., Gu, M., Yuan, H., Lu, J., Zhang, Q., Zhao, Q., & Li, X. (2023). The effectiveness of an eHealth family-based intervention program in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus (T2DM) in the community via WeChat: Randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 11. <https://doi.org/10.2196/40420>
- Fjell, M., Langius-Eklöf, A., Nilsson, M., Wengström, Y., & Sundberg, K. (2020). Reduced symptom burden with the support of an interactive app during neoadjuvant chemotherapy for breast cancer – A randomized controlled trial. *The Breast: official journal of the European Society of Mastology*, 51, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.03.004>
- Fleming, G. A., Petrie, J. R., Bergenstal, R. M., Holl, R. W., Peters, A. L., & Heinemann, L. (2020). Diabetes digital app technology: Benefits, challenges, and recommendations. A consensus report by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the American Diabetes Association (ADA) Diabetes Technology Working Group. *Diabetologia*, 63(2), 229–241. <https://doi.org/10.1007/s00125-019-05034-1>
- Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (2009). *How to design and evaluate research in education* (7th ed). McGraw-Hill. <http://catdir.loc.gov/catdir/toc/ecip085/2007047463.html>
- Gauthier, L. V., Nichols-Larsen, D. S., Uswatte, G., Strahl, N., Simeo, M., Proffitt, R., Kelly, K., Crawfis, R., Taub, E., Morris, D., Lowes, L. P., Mark, V., & Borstad, A. (2022). Video game rehabilitation for outpatient stroke (VIGoROUS): A multi-site randomized controlled trial of in-home, self-managed, upper-extremity therapy. *EClinicalMedicine*, 43. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101239>
- Geiger, J., Enck, G., Luciani, L., Fudin, J., & McPherson, M. L. (2022). Evolving roles of palliative care pharmacists. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64(6), 357–361. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.07.012>
- Getachew, E., Adebeta, T., Muzazu, S. G. Y., Charlie, L., Said, B., Tesfahunei, H. A., Wanjiru, C. L., Acam, J., Kajogoo, V. D., Solomon, S., Atim, M. G., & Manyazewal, T. (2023). Digital health in the era of COVID-19: Reshaping the next generation of healthcare. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.942703>
- Gopalakrishnan, S., & Ganeshkumar, P. (2013). Systematic Reviews and Meta-analysis: Understanding the Best Evidence in Primary Healthcare. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2(1), 9. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.109934>
- Graetz, I., Hu, X., Curry, A. N., Robles, A., Vidal, G. A., & Schwartzberg, L. S. (2023). Mobile application to support oncology patients during treatment on patient outcomes: Evidence from a randomized controlled trial. *Cancer Medicine*, 12(5), 6190–6199. <https://doi.org/10.1002/cam4.5351>

- Gravesen, J. D., & Birkelund, R. (2021). The discursive transformation of grief throughout history. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, 22(3). <https://doi.org/10.1111/nup.12351>
- Grewal, U. S., Shankar, A., Saini, D., Seth, T., Roy, S., Aden, D., Bhandari, D., & Singh, P. (2021). Tele-health and cancer care in the era of COVID-19: New opportunities in low and middle income countries (LMICs). *Cancer Treatment and Research Communications*, 27. <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2021.100313>
- Grof, S., Goodman, L. E., Richards, W. A., & Kurland, A. A. (1973). LSD-assisted psychotherapy in patients with terminal cancer. *International Pharmacopsychiatry*, 8(3), 129–144. <https://doi.org/10.1159/000467984>
- Haleem, A., Javaid, M., Singh, R. P., & Suman, R. (2021). Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. *Sensors International*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.sintl.2021.100117>
- Hallenbeck, J. L. (2022). *Palliative care perspectives* (2nd έκδ.). Oxford University Press.
- Han, S., Pei, Y., Zhao, R., Hu, Y., Zhang, L., Qi, X., Zhu, Z., Sun, W., & Wu, B. (2021). Effects of a symptom management intervention based on group sessions combined with a mobile health application for persons living with HIV in China: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 370–379. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.07.002>
- Haneveld, J., Rosner, R., Vogel, A., Mäkitalo, S., Treml, J., Steil, R., Rief, W., & Comtesse, H. (2022). Introduction and evaluation of a therapeutic adherence and competence scale for grief-focused cognitive behavioural therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2079873>
- Hermanns, N., Ehrmann, D., Finke-Groene, K., Krichbaum, M., Roos, T., Haak, T., Freckmann, G., & Kulzer, B. (2023). Use of smartphone application versus written titration charts for basal insulin titration in adults with type 2 diabetes and suboptimal glycaemic control (My Dose Coach): Multicentre, open-label, parallel, randomised controlled trial. *The Lancet Regional Health. Europe*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2023.100702>
- Hidrus, A., Kueh, Y. C., Norsa'adah, B., Chang, Y.-K., & Kuan, G. (2021). Effects of Brain Breaks video intervention of decisional balance among Malaysians with type 2 diabetes mellitus: A randomised controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph18178972>
- Hincapié, M. A., Gallego, J. C., Gempeler, A., Piñeros, J. A., Nasner, D., & Escobar, M. F. (2020). Implementation and usefulness of telemedicine during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11. <https://doi.org/10.1177/2150132720980612>
- Holmen, H., Riiser, K., & Winger, A. (2020). Home-based pediatric palliative care and electronic health: Systematic mixed methods review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(2). <https://doi.org/10.2196/16248>
- Hsia, J., Guthrie, N. L., Lupinacci, P., Gubbi, A., Denham, D., Berman, M. A., & Bonaca, M. P. (2022). Randomized, controlled trial of a digital behavioral therapeutic application to improve glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 45(12), 2976–2981. <https://doi.org/10.2337/dc22-1099>
- Huang, C.-Y., Chiang, W.-C., Yeh, Y.-C., Fan, S.-C., Yang, W.-H., Kuo, H.-C., & Li, P.-C. (2022). Effects of virtual reality-based motor control training on inflammation, oxidative stress, neuroplasticity and upper limb motor function in patients with chronic stroke: A randomized controlled trial. *BMC Neurology*, 22(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02547-4>

- Hui, D., Hannon, B. L., Zimmermann, C., & Bruera, E. (2018). Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(5), 356–376. <https://doi.org/10.3322/caac.21490>
- Huis in het Veld, J. G., Willemse, B. M., van Asch, I. F., Groot Zwaaftink, R. B., Verkade, P.-J., Twisk, J. W., Verkaik, R., Blom, M. M., van Meijel, B., & Francke, A. L. (2020). Online self-management support for family caregivers dealing with behavior changes in relatives with dementia (Part 2): Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(2). <https://doi.org/10.2196/13001>
- Ιορδανίδου, Ο., Σπηλιοπούλου, Χ., Μυστακίδου, Κ., Παπαδάτου, Δ., Πατηράκη, Ε., Σιαφάκα, Ι., Κωνσταντινίδης, Ι., Τσερκέζογλου, Α., Γραμματόγλου, Ζ., Κατσικάρου, Σ., Τζώρτζη, Χ., Χριστοφιλόπουλος, Μ., Γούλας, Σ., Πασχάλης, Θ., & Σκυλλάκου, Ε. (2019). *Μελέτη σκοπιμότητας για την ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα*. file:///C:/Users/user/Downloads/Entipio.Meletis_ilektroniko_17.5.2019.pdf
- Τσαρη, Φ., & Πουρκός, Μ. (2015). *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας: Εφαρμογές στην ψυχολογία και στην εκπαίδευση*. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις, <http://repository.kallipos.gr/handle/11419/5826>
- IAHPC. (2019). *Palliative care definition*. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- ICD-11. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>
- Iglewicz, A., Shear, M. K., Reynolds III, C. F., Simon, N., Lebowitz, B., & Zisook, S. (2020). Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and Anxiety*, 37(1), 90–98. <https://doi.org/10.1002/da.22965>
- Internet World Stats. (2023). *Internet world stats: Usage and population statistics*. <https://www.internetworldstats.com/>
- Jagarapu, J., & Savani, R. C. (2021). A brief history of telemedicine and the evolution of teleneonatology. *Seminars in Perinatology*, 45(5). <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2021.151416>
- Janjua, S., Carter, D., Threapleton, C. J., Prigmore, S., & Disler, R. T. (2021a). Telehealth interventions: Remote monitoring and consultations for people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013196.pub2>
- Janjua, S., Banchoff, E., Threapleton, C. J., Prigmore, S., Fletcher, J., & Disler, R. T. (2021b). Digital interventions for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013246.pub2>
- Jiao, K., Wang, C., Liao, M., Ma, J., Kang, D., Tang, W., Tucker, J. D., & Ma, W. (2022). A differentiated digital intervention to improve antiretroviral therapy adherence among men who have sex with men living with HIV in China: A randomized controlled trial. *BMC Medicine*, 20(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02538-3>
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Johansen, M. A., Berntsen, G. K. R., Schuster, T., Henriksen, E., & Horsch, A. (2012). Electronic symptom reporting between patient and provider for improved health care service quality: A systematic review of randomized controlled trials. Part 2: methodological quality and effects. *Journal of Medical Internet Research*, 14(5). <https://doi.org/10.2196/jmir.2216>

- Johansen, M. A., Henriksen, E., Horsch, A., Schuster, T., & Berntsen, G. K. R. (2012). Electronic symptom reporting between patient and provider for improved health care service quality: A systematic review of randomized controlled trials. Part 1: state of the art. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(5). <https://doi.org/10.2196/jmir.2214>
- Joseph, P. D., Craig, J. C., & Caldwell, P. H. (2015). Clinical trials in children. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *79*(3), 357–369. <https://doi.org/10.1111/bcp.12305>
- Jupp, J. C. Y., Sultani, H., Cooper, C. A., Peterson, K. A., & Truong, T. H. (2018). Evaluation of mobile phone applications to support medication adherence and symptom management in oncology patients. *Pediatric Blood & Cancer*, *65*(11). <https://doi.org/10.1002/pbc.27278>
- Kassavou, A., Mirzaei, V., Brimicombe, J., Edwards, S., Massou, E., Prevost, A. T., Griffin, S., & Sutton, S. (2020). A highly tailored text and voice messaging intervention to improve medication adherence in patients with either or both hypertension and type 2 diabetes in a UK primary care setting: Feasibility randomized controlled trial of clinical effectiveness. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(5). <https://doi.org/10.2196/16629>
- Kauw, D., Koole, M. a. C., van Dorth, J. R., Tulevski, I. I., Somsen, G. A., Schijven, M. P., Dohmen, D. A. J., Bouma, B. J., Mulder, B. J. M., Schuurin, M. J., & Winter, M. M. (2018). eHealth in patients with congenital heart disease: A review. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, *16*(9), 627–634. <https://doi.org/10.1080/14779072.2018.1508343>
- Kirkconnell, G. W. (2003). Earnestness or estheticism: Post 9/11 reflections on Kierkegaard's two views of death. *Florida Philosophical Review: The Journal of the Florida Philosophical Association*, *3*(2), 62–76.
- Knowles, L. M., Ruiz, J. M., & O'Connor, M.-F. (2019). A systematic review of the association between bereavement and biomarkers of immune function. *Psychosomatic Medicine*, *81*(5), 415. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000693>
- Koehler, F., Kessler, J., Stoffel, M., Weber, M., Bardenheuer, H. J., Ditzen, B., & Warth, M. (2022). Psychoneuroendocrinological effects of music therapy versus mindfulness in palliative care: Results from the 'Song of Life' randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *30*(1), 625–634. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06435-y>
- Kosse, R. C., Bouvy, M. L., de Vries, T. W., & Koster, E. S. (2019). Effect of a mHealth intervention on adherence in adolescents with asthma: A randomized controlled trial. *Respiratory Medicine*, *149*, 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2019.02.009>
- Koumakis, L., Schera, F., Parker, H., Bonotis, P., Chatzimina, M., Argyropaidas, P., Zacharioudakis, G., Schäfer, M., Kakalou, C., Karamanidou, C., Didi, J., Kazantzaki, E., Scarfo, L., Marias, K., & Natsiavas, P. (2021). Fostering palliative care through digital intervention: A platform for adult patients with hematologic malignancies. *Frontiers in Digital Health*, *3*. <https://doi.org/10.3389/fgdth.2021.730722>
- Kruse, C., Betancourt, J., Ortiz, S., Valdes Luna, S. M., Bamrah, I. K., & Segovia, N. (2019). Barriers to the use of mobile health in improving health outcomes in developing countries: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(10). <https://doi.org/10.2196/13263>
- Kustanti, C. Y., Jen, H.-J., Chu, H., Liu, D., Chen, R., Lin, H.-C., Chang, C.-Y., Pien, L.-C., Chiang, K.-J., & Chou, K.-R. (2023). Prevalence of grief symptoms and disorders in the time of COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, *32*(3), 904–916. <https://doi.org/10.1111/inm.13136>
- Kwok, T., Wong, B., Ip, I., Chui, K., Young, D., & Ho, F. (2013). Telephone-delivered psychoeducational intervention for Hong Kong Chinese dementia caregivers: A single-

- blinded randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1191–1197. <https://doi.org/10.2147/CIA.S48264>
- Laver, K., Liu, E., Clemson, L., Davies, O., Gray, L., Gitlin, L. N., & Crotty, M. (2020). Does telehealth delivery of a dyadic dementia care program provide a noninferior alternative to face-to-face delivery of the same program? A randomized, controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(6), 673–682. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.02.009>
- Lee, J. Y., Chan, C. K. Y., Chua, S. S., Ng, C. J., Paraidathathu, T., Lee, K. K. C., & Lee, S. W. H. (2020). Telemonitoring and team-based management of glycemic control on people with type 2 diabetes: A cluster-randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 35(1), 87–94. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05316-9>
- Lee, K., Kim, S., Kim, S. H., Yoo, S.-H., Sung, J. H., Oh, E. G., Kim, N., & Lee, J. (2023). Digital health interventions for adult patients with cancer evaluated in randomized controlled trials: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 25. <https://doi.org/10.2196/38333>
- Lee, M., Kang, D., Kang, E., Kim, S., Kim, Y., Ahn, J. S., Park, S., Lee, Y.-Y., Oh, D., Noh, J. M., & Cho, J. (2023). Efficacy of the PRO-CTCAE mobile application for improving patient participation in symptom management during cancer treatment: A randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 31(6). <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07779-3>
- Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2022). Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss. *Death Studies*, 46(1), 14–24. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1853885>
- Lo, B., Field, M. J., & Institute of Medicine (US) Committee on Conflict of Interest in Medical Research, E. (2009). Principles for identifying and assessing conflicts of interest. *Στο Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22937/>
- Low, J. A., Toh, H. J., Tan, L. L. C., Chia, J. W. K., & Soek, A. T. S. (2020). The nuts and bolts of utilizing telemedicine in nursing homes – The GeriCare@North experience. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(8), 1073–1078. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.04.014>
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2019). Symptoms of prolonged grief and posttraumatic stress following loss: A latent class analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(1). <https://doi.org/10.1177/0004867418768429>
- Maria, A. R. J., Serra, H., & Heleno, B. (2022). Teleconsultations and their implications for health care: A qualitative study on patients' and physicians' perceptions. *International Journal of Medical Informatics*, 162. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104751>
- María Gómez, A., Cristina Henao, D., León Vargas, F., Mauricio Muñoz, O., David Lucero, O., García Jaramillo, M., Aldea, A., Martin, C., Miguel Rodríguez Hortúa, L., Patricia Rubio Reyes, C., Alejandra Páez Hortúa, M., & Rondón, M. (2022). Efficacy of the mHealth application in patients with type 2 diabetes transitioning from inpatient to outpatient care: A randomized controlled clinical trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 189. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.109948>
- Marshall, N. J., Lee, J. L., Schroeder, J., Lee, W.-N., See, J., Madjid, M., Munagala, M. R., Piette, J. D., Tan, L., Vardeny, O., Greenberg, M., Liska, J., Mercer, M., & Samson, S. (2022). Influence of digital intervention messaging on influenza vaccination rates among adults with cardiovascular disease in the United States: Decentralized randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 24(10). <https://doi.org/10.2196/38710>

- Martínez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J. M., Carvajal, A., Rullán, M., & Centeno, C. (2017). ‘Dignity therapy’, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative Medicine*, 31(6), 492–509. <https://doi.org/10.1177/0269216316665562>
- Mason, T. M., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated grief: Risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(2), 151–174. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
- Mason, T. M., Szalacha, L. A., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2022). A longitudinal examination of quality of life of older adults with complicated grief receiving Accelerated Resolution Therapy. *Journal of Palliative Medicine*, 25(1), 119–123. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0267>
- McKee, K. Y., & Kelly, A. (2020). Management of grief, depression, and suicidal thoughts in serious illness. *Medical Clinics of North America*, 104(3), 503–524. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.01.003>
- McWey, L. M. (2022). Systemic interventions for traumatic event exposure: A 2010-2019 decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 204–230. <https://doi.org/10.1111/jmft.12547>
- Meghani, S. H., MacKenzie, M. A., Morgan, B., Kang, Y., Wasim, A., & Sayani, S. (2017). Clinician-targeted mobile apps in Palliative Care: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 20(10), 1139–1147. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0070>
- Mehdizadeh, H., Asadi, F., Mehrvar, A., Nazemi, E., & Emami, H. (2019). Smartphone apps to help children and adolescents with cancer and their families: A scoping review. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, 58(7), 1003–1014. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2019.1588474>
- Mehraeen, E., SeyedAlinaghi, S., Pashaei, Z., Mirzapour, P., Barzegary, A., Vahedi, F., Qaderi, K., Tantuoyir, M. M., Nazeri, Z., Karimi, A., Mehrtak, M., & Heydari, M. (2022). Mobile applications in HIV self-management: A systematic review of scientific literature. *AIDS Reviews*, 24(1), 24–31. <https://doi.org/10.24875/AIDSRev.21000025>
- Menendez, D., Hernandez, I., & Rosengren, K. (2020). Children’s emerging understanding of death. *Child Development Perspectives*, 14(1), 55–60. <https://doi.org/10.1111/cdep.12357>
- Meskó, B. (2022). COVID-19’s impact on digital health adoption: The growing gap between a technological and a cultural transformation. *JMIR Human Factors*, 9(3). <https://doi.org/10.2196/38926>
- Meyerowitz-Katz, G., Ravi, S., Arnolda, L., Feng, X., Maberly, G., & Astell-Burt, T. (2020). Rates of attrition and dropout in app-based interventions for chronic disease: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9). <https://doi.org/10.2196/20283>
- Miller, K. A., Baird, J., Lira, J., Herrera Eguizabal, J., Fei, S., Kysh, L., & Lotstein, D. (2021). The use of telemedicine for home-based palliative care for children with serious illness: A scoping review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), 619–636. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.004>
- Milligan, S., & Potts, S. (2009). The history of palliative care. Στο *Palliative nursing: Across the spectrum of care* (σσ. 1–16). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781444322705.ch1>
- Mollaoglu, M. C., Günay, D., & Mollaoglu, M. (2019). Palliative care services from past to present. Στο *Palliative Care*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.88990>
- Mooney, K., Whisenant, M. S., Wilson, C. M., Coombs, L. A., Lloyd, J., Alekhina, N., Sloss, E. A., Steinbach, M., Moraitis, A. M., Berry, P., Iacob, E., & Donaldson, G. (2023). Technology-assisted mHealth caregiver support to manage cancer patient symptoms: A

- randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 66(1), 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.02.320>
- Muro-Culebras, A., Escriche-Escuder, A., Martin-Martin, J., Roldán-Jiménez, C., De-Torres, I., Ruiz-Muñoz, M., Gonzalez-Sanchez, M., Mayoral-Cleries, F., Biró, A., Tang, W., Nikolova, B., Salvatore, A., & Cuesta-Vargas, A. I. (2021). Tools for evaluating the content, efficacy, and usability of mobile health apps according to the consensus-based standards for the selection of health measurement instruments: Systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(12). <https://doi.org/10.2196/15433>
- Νόμος 5007/2022 (ΦΕΚ 241/Α/23-12-2022). (2022). file:///C:/Users/user/Downloads/FEK-2022-Tefxos%20A-00241-downloaded%20-29_07_2023.pdf
- Nadort, E., Schouten, R. W., Boeschoten, R. E., Smets, Y., Chandie Shaw, P., Vleming, L. J., Dekker, M. J. E., Westerman, M., Hoogeveen, E. K., Bos, W. J. W., Schouten, M., Farhat, K., Dekker, F. W., van Oppen, P., Broekman, B. F. P., & Siegert, C. E. H. (2022). Internet-based treatment for depressive symptoms in hemodialysis patients: A cluster randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 75, 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.01.008>
- Nakajima, S. (2018). Complicated grief: Recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 373(1754), 20170273. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>
- Nam, I. (2016). Complicated Grief Treatment for older adults: The critical role of a supportive person. *Psychiatry Research*, 244, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.044>
- Naoum, P., Pavi, E., & Athanasakis, K. (2021). Economic evaluation of digital health interventions in palliative care: A systematic review of the literature. *Frontiers in Digital Health*, 3(3). <https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.730755>
- Neal, D. P., Eetema, T. P., Zwan, M. D., Dijkstra, K., Finnema, E., Graff, M., Muller, M., & Dröes, R.-M. (2023). FindMyApps compared with usual tablet use to promote social health of community-dwelling people with mild dementia and their informal caregivers: A randomised controlled trial. *EClinicalMedicine*, 63. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102169>
- Neubert, S., Schlecht, S., Meng, K., Rabe, A., & Jentschke, E. (2023). Effects of a video sequence based intervention on anxiety, fatigue and depression in cancer patients: Results of a randomized controlled trial. *Integrative Cancer Therapies*, 22. <https://doi.org/10.1177/15347354231153172>
- Nissen, L., & Lindhardt, T. (2017). A qualitative study of COPD-patients' experience of a telemedicine intervention. *International Journal of Medical Informatics*, 107, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.08.004>
- Nobakht, Z., Rassafiani, M., Hosseini, S. A., & Hosseinzadeh, S. (2020). A web-based daily care training to improve the quality of life of mothers of children with cerebral palsy: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 105. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103731>
- Nwosu, A. C., & Mason, S. (2012). Palliative medicine and smartphones: An opportunity for innovation? *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2(1), 75–77. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000151>
- O'Connor, M.-F. (2019). Grief: A brief history of research on how body, mind, and brain adapt. *Psychosomatic Medicine*, 81(8), 731–738. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000717>
- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας* (2η). Εκδόσεις Παπαζήση.

- Πατελάρου, Ε., & Μπροκαλάκη. (2010). Μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης. *Νοσηλευτική*, 49(2), 122–130.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021a). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021b). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, 7(1). <https://doi.org/10.3390/bs7010007>
- Pandian, J. D., Kate, M. P., Sylaja, P. N., Khurana, D., Pamidimukkala, V., Ray, B. K., Nambiar, V. K., Aaron, S., Mittal, G. K., Nagarjunakonda, S., Pai, A. R., Gorthi, S. P., Kumaravelu, S., Reddy, Y. M., Narayan, S., Borah, N. C., Das, R., Kulkarni, G. B., Huded, V., ... George, J. (2023). Secondary prevention with a structured semi-interactive stroke prevention package in INDIA (SPRINT INDIA): A multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*, 11(3), 425–435. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00544-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00544-7)
- Pańkowska, E., Ładyżyński, P., Foltyński, P., & Mazurczak, K. (2017). A randomized controlled study of an insulin dosing application that uses recognition and meal bolus estimations. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 11(1), 43–49. <https://doi.org/10.1177/1932296816683409>
- Parikh, R. B., Basen-Enquist, K. M., Bradley, C., Estrin, D., Levy, M., Lichtenfeld, J. L., Malin, B., McGraw, D., Meropol, N. J., Oyer, R. A., Sheldon, L. K., & Shulman, L. N. (2022). Digital health applications in oncology: An opportunity to seize. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 114(10), 1338–1339. <https://doi.org/10.1093/jnci/djac108>
- Pereira, P. (2013). Conflict of interest and its importance. *Perspectives in Clinical Research*, 4(1), 41–44. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.106375>
- Pereira-Azevedo, N. M., & Venderbos, L. D. F. (2018). eHealth and mHealth in prostate cancer detection and active surveillance. *Translational Andrology and Urology*, 7(1), 170–181. <https://doi.org/10.21037/tau.2017.12.22>
- Piette, J. D., Newman, S., Krein, S. L., Marinec, N., Chen, J., Williams, D. A., Edmond, S. N., Driscoll, M., LaChappelle, K. M., Kerns, R. D., Maly, M., Kim, H. M., Farris, K. B., Higgins, D. M., Buta, E., & Heapy, A. A. (2022). Patient-centered pain care using Artificial Intelligence and mobile health tools: A randomized comparative effectiveness trial. *JAMA Internal Medicine*, 182(9), 975–983. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.3178>
- Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2017). e-Health in palliative care: Review of literature, Google Play and App Store. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(8), 394–401. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.8.394>
- Pop-Jordanova, N. (2021). Grief: Aetiology, symptoms and management. *Prilozi (Makedonska Akademija Na Naukite I Umetnostite. Oddelenie Za Medicinski Nauki)*, 42(2), 9–18. <https://doi.org/10.2478/prilozi-2021-0014>
- PubMed. (2023). *PubMed overview*. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>

- Putranto, D., & Rochmawati, E. (2020). Mobile applications for managing symptoms of patients with cancer at home: A scoping review. *International Journal of Nursing Practice*, 26(4). <https://doi.org/10.1111/ijn.12842>
- Pyszora, A., Budzyński, J., Wójcik, A., Prokop, A., & Krajnik, M. (2017). Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: Randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(9), 2899–2908. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3742-4>
- Quach, S., Michaelchuk, W., Benoit, A., Oliveira, A., Packham, T. L., Goldstein, R., & Brooks, D. (2023). Mobile health applications for self-management in chronic lung disease: A systematic review. *Network Modeling and Analysis in Health Informatics and Bioinformatics*, 12(1), 25. <https://doi.org/10.1007/s13721-023-00419-0>
- Quílez-Bielsa, E., Barrado-Moreno, V., Lastra Del Prado, R., Arbonés-Mainar, J. M., Sebastian-Sanchez, M., & Ventura-Faci, T. (2022). An adaptation of meaning-centered psychotherapy integrating ‘essential care’: A pilot study. *Palliative & Supportive Care*, 20(4), 496–504. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001486>
- Radbruch, L., Lima, L. D., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Ramadas, A., Chan, C. K. Y., Oldenburg, B., Hussein, Z., & Quek, K. F. (2018). Randomised-controlled trial of a web-based dietary intervention for patients with type 2 diabetes: Changes in health cognitions and glycemic control. *BMC Public Health*, 18(1), 716. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5640-1>
- Rato, M., Kirkland, J., & Kingston, A. E. H. (2022). Palliative care in non-malignant disease. *Medicine*, 50(12), 793–798. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2022.09.007>
- Rehman, J. K., Rempel, G. R., Williams, E., Meakins, L., Bauman, M. E., Massicotte, M. P., Davis, R., Dahl, J., & Mackie, A. S. (2023). Evaluation of a video-based education intervention for parents of children undergoing Fontan surgery: A cluster randomized controlled trial. *CJC Pediatric and Congenital Heart Disease*, 2(4), 176–186. <https://doi.org/10.1016/j.cjcpc.2023.05.003>
- Reitsma, L., Boelen, P. A., de Keijser, J., & Lenferink, L. I. M. (2023). Self-guided online treatment of disturbed grief, posttraumatic stress, and depression in adults bereaved during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 163. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104286>
- Rhodus, E. K., Baum, C., Kryscio, R., Liu, C., George, R., Thompson, M., Lowry, K., Coy, B., Barber, J., Nichols, H., Curtis, A., Holloman, A., & Jicha, G. A. (2023). Feasibility of telehealth occupational therapy for behavioral symptoms of adults with dementia: Randomized controlled trial. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 77(4). <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.050124>
- Robinson, J., Frey, R., Raphael, D., Old, A., & Gott, M. (2022). Difficulties in navigating the intersection of generalist and specialist palliative care services: A cross-sectional study of bereaved family’s experiences of care at home in New Zealand. *Health & Social Care in the Community*, 30(1), 133–141. <https://doi.org/10.1111/hsc.13381>
- Rogers, J. G., Patel, C. B., Mentz, R. J., Granger, B. B., Steinhäuser, K. E., Fiuzat, M., Adams, P. A., Speck, A., Johnson, K. S., Krishnamoorthy, A., Yang, H., Anstrom, K. J., Dodson, G. C., Taylor, D. H., Kirchner, J. L., Mark, D. B., O’Connor, C. M., & Tulskey, J. A.

- (2017). Palliative care in heart failure: The PAL-HF randomized, controlled clinical trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(3), 331–341. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.030>
- Russ, V., Stopa, L., Sivyver, K., Jane Hazeldine, null, & Tess Maguire, null. (2022). The relationship between adult attachment and complicated grief: A systematic review. *Omega*. <https://doi.org/10.1177/00302228221083110>
- Santos, F. C. D., Snigurska, U. A., Keenan, G. M., Lucero, R. J., & Modave, F. (2023). Clinical decision support systems for palliative care management: A scoping review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 66(2), 205–218. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.03.006>
- Saunders, C. (2001). The evolution of palliative care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(9), 430–432.
- Saussez, G., Bailly, R., Araneda, R., Paradis, J., Ebner-Karestinos, D., Klöcker, A., Sogbossi, E. S., Riquelme, I., Brochard, S., & Bleyenheuft, Y. (2023). Efficacy of integrating a semi-immersive virtual device in the HABIT-ILE intervention for children with unilateral cerebral palsy: A non-inferiority randomized controlled trial. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 20(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12984-023-01218-4>
- Saxena, R., & Kaushik, J. S. (2022). Referencing made easy: Reference management softwares. *Indian Pediatrics*, 59(3), 245–249.
- Schenker, Y., Althouse, A. D., Rosenzweig, M., White, D. B., Chu, E., Smith, K. J., Resick, J. M., Belin, S., Park, S. Y., Smith, T. J., Bakitas, M. A., & Arnold, R. M. (2021). Effect of an oncology nurse-led primary palliative care intervention on patients with advanced cancer: The CONNECT cluster randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 181(11), 1451–1460. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.5185>
- Schreiwies, B., Pobiruchin, M., Strotbaum, V., Suleder, J., Wiesner, M., & Bergh, B. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of eHealth services: Systematic literature analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11). <https://doi.org/10.2196/14197>
- Schuit, A. S., Holtmaat, K., Lissenberg-Witte, B. I., Eerenstein, S. E. J., Zijlstra, J. M., Eeltink, C., Becker-Commissaris, A., van Zuylen, L., van Linde, M. E., Menke-van der Houven van Oordt, C. W., Sommeijer, D. W., Verbeek, N., Bosscha, K., Tewarie, R. N., Sedee, R.-J., de Bree, R., de Graeff, A., de Vos, F., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2022). Efficacy of the eHealth application Oncokompas, facilitating incurably ill cancer patients to self-manage their palliative care needs: A randomized controlled trial. *The Lancet Regional Health. Europe*, 18. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2022.100390>
- Shah, S. M., Carey, I. M., Harris, T., DeWilde, S., Victor, C. R., & Cook, D. G. (2013). The effect of unexpected bereavement on mortality in older couples. *American Journal of Public Health*, 103(6), 1140–1145. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301050>
- Shaler, L., Brooks, C., Kuba, S., & Kitchens, S. (2023). Helping grieving mothers guide their children through the grief process. *The Family Journal*. <https://doi.org/10.1177/10664807231166082>
- Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B., & Skritskaya, N. (2016). Optimizing treatment of Complicated Grief: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 685–694. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892>
- Skritskaya, N. A., Mauro, C., Garcia de la Garza, A., Meichsner, F., Lebowitz, B., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., & Shear, M. K. (2020). Changes in typical beliefs in response to complicated grief treatment. *Depression and Anxiety*, 37(1), 81–89. <https://doi.org/10.1002/da.22981>

- Spreadbury, J. H., Young, A., & Kipps, C. M. (2022). A comprehensive literature search of digital health technology use in neurological conditions: Review of digital tools to promote self-management and support. *Journal of Medical Internet Research*, 24(7). <https://doi.org/10.2196/31929>
- Steindal, S. A., Nes, A. A. G., Godskesen, T. E., Holmen, H., Winger, A., Österlind, J., Dihle, A., & Klarare, A. (2023). Advantages and challenges of using telehealth for home-based palliative care: Systematic mixed studies review. *Journal of Medical Internet Research*, 25. <https://doi.org/10.2196/43684>
- Stevens, S., Gallagher, S., Andrews, T., Ashall-Payne, L., Humphreys, L., & Leigh, S. (2022). The effectiveness of digital health technologies for patients with diabetes mellitus: A systematic review. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*, 3. <https://doi.org/10.3389/fcdhc.2022.936752>
- Stewart, C., Coffey-Sandoval, J., Reid, M. W., Ho, T. C., Lee, T. C., & Nallasamy, S. (2022). Reliability of telemedicine for real-time paediatric ophthalmology consultations. *The British Journal of Ophthalmology*, 106(8), 1157–1163. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2020-318385>
- Sunil Kumar, D., Prakash, B., Subhash Chandra, B. J., Kadkol, P. S., Arun, V., Thomas, J. J., Kulkarni, P., Gopi, A., & Murthy, M. R. N. (2021). Technological innovations to improve health outcome in type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 9, 53–56. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.06.011>
- Sveen, J., Jernelöv, S., Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., & Kaldo, V. (2021). Feasibility and preliminary efficacy of guided internet-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia after the loss of a child to cancer: Randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100409>
- Swami, M., & Case, A. A. (2018). Effective palliative care: What is involved? *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 32(4), 180–184.
- Τεχνολογία πληροφοριών. (2023). Στο *Βικιπαίδεια*. https://el.wikipedia.org/w/index.php?title=%CE%A4%CE%B5%CF%87%CE%BD%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1_%CF%80%CE%BB%CE%B7%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%B9%CF%8E%CE%BD&oldid=10157405
- Τσιώλης, Γ. (2018). Η θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Στο *Ερευνητικές διαδρομές στις κοινωνικές επιστήμες: Θεωρητικές-μεθοδολογικές συμβολές και μελέτες περίπτωσης* (σσ. 97–125). Ψηφιακό Κέντρο Εκπαιδευτικών Μέσων Πανεπιστημίου Κρήτης. <https://eclass.uowm.gr/modules/document/file.php/NURED412/%CE%A4%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BB%CE%B7%CF%82%20%CE%B7%20%CE%B8%CE%B5%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%B1%CE%BD%CE%AC%CE%BB%CF%85%CF%83%CE%B7%20%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%BF%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CE%B4%CE%B5%CE%B4%CE%BF%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CF%89%CE%BD%202018%20%CF%83%CF%84%CE%BF%20%CE%96%CE%B1%CF%8A%CE%BC%CE%AC%CE%BA%CE%B7%CF%82.pdf>
- Tang, W. P., Chan, C. W., So, W. K., & Leung, D. Y. (2014). Web-based interventions for caregivers of cancer patients: A review of literatures. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 1(1), 9–15. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.135811>
- Tarquinio, C., Brennstuhl, M.-J., Rydberg, J. A., Bassan, F., Peter, L., Tarquinio, C. L., Auxéméry, Y., Rotonda, C., & Tarquinio, P. (2021). EMDR in telemental health counseling for healthcare workers caring for COVID-19 patients: A pilot study. *Issues*

- in Mental Health Nursing*, 42(1), 3–14.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1818014>
- Tran, B. X., Bui, T. M., Do, A. L., Boyer, L., Auquier, P., Nguyen, L. H., Nguyen, A. H. T., Ngo, T. V., Latkin, C. A., Zhang, M. W. B., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2023). Efficacy of a mobile phone-based intervention on health behaviors and HIV/AIDS treatment management: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 25. <https://doi.org/10.2196/43432>
- Tremont, G., Davis, J. D., Papandonatos, G. D., Ott, B. R., Fortinsky, R. H., Gozalo, P., Yue, M. S., Bryant, K., Christine, G., & Bishop, D. S. (2015). Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: A randomized, controlled trial. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 11(5), 541–548. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.05.1752>
- Truijen, S., Abdullahi, A., Bijsterbosch, D., van Zoest, E., Conijn, M., Wang, Y., Struyf, N., & Saeys, W. (2022). Effect of home-based virtual reality training and telerehabilitation on balance in individuals with Parkinson disease, multiple sclerosis, and stroke: A systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 43(5), 2995–3006. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05855-2>
- Tur, C., Campos, D., Herrero, R., Mor, S., López-Montoyo, A., Castilla, D., & Quero, S. (2021). Internet-delivered Cognitive-Behavioral Therapy (iCBT) for adults with Prolonged Grief Disorder (PGD): A study protocol for a randomized feasibility trial. *BMJ Open*, 11(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046477>
- Tur, C., Campos, D., Suso-Ribera, C., Kazlauskas, E., Castilla, D., Zaragoza, I., García-Palacios, A., & Quero, S. (2022). An Internet-delivered Cognitive-Behavioral Therapy (iCBT) for Prolonged Grief Disorder (PGD) in adults: A multiple-baseline single-case experimental design study. *Internet Interventions*, 29. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100558>
- van Bruinessen, I. R., van Weel-Baumgarten, E. M., Gouw, H., Zijlstra, J. M., & van Dulmen, S. (2016). An integrated process and outcome evaluation of a web-based communication tool for patients with malignant lymphoma: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(7). <https://doi.org/10.2196/jmir.5877>
- van der Houwen, K., Schut, H., van den Bout, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 359–367. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.009>
- van Velsen, L., Schokking, L., Siderakis, E., Knospe, G.-M., Brandl, L., Mooser, B., Madörin, S., Jacinto, S., Gouveia, A., & Brodbeck, J. (2023). Development of an online service for coping with spousal loss by means of human-centered and stakeholder-inclusive design: The case of LEAVES. *Death Studies*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2203680>
- Verhoeven, F., Tanja-Dijkstra, K., Nijland, N., Eysenbach, G., & van Gemert-Pijnen, L. (2010). Asynchronous and synchronous teleconsultation for diabetes care: A systematic literature review. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 4(3), 666–684.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30(5), 429–453. <https://doi.org/10.1080/07481180600614385>
- Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-based bereavement care: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00525>

- Wagner, B., Grafiadeli, R., Schäfer, T., & Hofmann, L. (2022). Efficacy of an online-group intervention after suicide bereavement: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 28. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100542>
- Wanchai, A., Anderson, E. A., & Armer, J. M. (2022). A systematic review of m-health apps on managing side effects of breast cancer treatment. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 31(1), 86. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07464-x>
- Wangler, J., & Jansky, M. (2023). Two years of approved digital health applications in Germany – Perspectives and experiences of general practitioners with an affinity for their use. *The European Journal of General Practice*, 29(1). <https://doi.org/10.1080/13814788.2023.2186396>
- Wenn, J. A., O'Connor, M., Kane, R. T., Rees, C. S., & Breen, L. J. (2019). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief. *BMJ Open*, 9(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021409>
- Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 159–166. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/jwetherell>
- WHO. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- WHO. (2023a). *Digital health in the european region: The ongoing journey to commitment and transformation*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060226>
- WHO. (2023b). *eHealth*. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. <http://www.emro.who.int/health-topics/ehealth/>
- WHO. (2023c). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>
- WHO. (2023d). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240074323>
- WHPCA. (2020). *Global atlas of palliative care, 2nd edition*. <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- Widberg, C., Wiklund, B., & Klarare, A. (2020). Patients' experiences of eHealth in palliative care: An integrative review. *BMC Palliative Care*, 19(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00667-1>
- Williams, F., Oke, A., & Zachary, I. (2019). Public health delivery in the information age: The role of informatics and technology. *Perspectives in public health*, 139(5), 236–254. <https://doi.org/10.1177/1757913918802308>
- Willis, L., Demiris, G., & Oliver, D. P. (2007). Internet use by hospice families and providers: A review. *Journal of Medical Systems*, 31(2), 97–101. <https://doi.org/10.1007/s10916-006-9033-0>
- Wongvibulsin, S., Habeos, E. E., Huynh, P. P., Xun, H., Shan, R., Porosnicu Rodriguez, K. A., Wang, J., Gandapur, Y. K., Osuji, N., Shah, L. M., Spaulding, E. M., Hung, G., Knowles, K., Yang, W. E., Marvel, F. A., Levin, E., Maron, D. J., Gordon, N. F., & Martin, S. S. (2021). Digital health interventions for cardiac rehabilitation: Systematic literature review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2). <https://doi.org/10.2196/18773>
- Wootton, R., Bahaadinbeigy, K., & Hailey, D. (2011). Estimating travel reduction associated with the use of telemedicine by patients and healthcare professionals: Proposal for quantitative synthesis in a systematic review. *BMC Health Services Research*, 11, 185. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-185>
- Wright, A. A., Poort, H., Tavormina, A., Schmiege, S. J., Matulonis, U. A., Campos, S. M., Liu, J. F., Slivjak, E. T., Gilmour, A. L., Salinger, J. M., Haggerty, A. F., & Arch, J. J. (2023). Pilot randomized trial of an acceptance-based telehealth intervention for women

- with ovarian cancer and PARP inhibitor-related fatigue. *Gynecologic Oncology*, 177, 165–172. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2023.08.020>
- Wright, P., & Hogan, N. (2008). Grief theories and models: Applications to hospice nursing practice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10(6), 350–356. <https://doi.org/10.1097/01.NJH.0000319194.16778.e5>
- Xu, R., Xing, M., Javaherian, K., Peters, R., Ross, W., & Bernal-Mizrachi, C. (2020). Improving HbA1c with glucose self-monitoring in diabetic patients with EpxDiabetes, a phone call and text message-based telemedicine platform: A randomized controlled trial. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 26(6), 784–793. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0035>
- Yu, Y., Li, M., Kang, R., Liu, X., Wang, N., Zhu, Q., Cao, J., & Cong, M. (2022). The effectiveness of telephone and internet-based supportive care for patients with esophageal cancer on enhanced recovery after surgery in China: A randomized controlled trial. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(4), 217–228. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.02.007>
- Zanaboni, P., Scalvini, S., Bernocchi, P., Borghi, G., Tridico, C., & Masella, C. (2009). Teleconsultation service to improve healthcare in rural areas: Acceptance, organizational impact and appropriateness. *BMC Health Services Research*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-238>
- Zasadzka, E., Trzmiel, T., Pieczyńska, A., & Hojan, K. (2021). Modern technologies in the rehabilitation of patients with multiple sclerosis and their potential application in times of COVID-19. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(6), 549. <https://doi.org/10.3390/medicina57060549>
- Zeng, Y. S., Wang, C., Ward, K. E., & Hume, A. L. (2018). Complementary and alternative medicine in hospice and palliative care: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(5), 781–794. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.016>
- Zhu, Z., Li, C., Shen, J., Wu, K., Li, Y., Liu, K., Zhang, F., Zhang, Z., Li, Y., Han, J., Qin, Y., Yang, Y., Fan, G., Zhang, H., Ding, Z., Xu, D., Chen, Y., Zheng, Y., Zheng, Z., ... Zhang, H. (2021). New internet-based warfarin anticoagulation management approach after mechanical heart valve replacement: Prospective, multicenter, randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(8). <https://doi.org/10.2196/29529>
- Zuelke, A. E., Luppia, M., Löbner, M., Pabst, A., Schlapke, C., Stein, J., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Effectiveness and feasibility of Internet-based interventions for grief after bereavement: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 8(12). <https://doi.org/10.2196/29661>
- Zwack, C. C., Haghani, M., Hollings, M., Zhang, L., Gauci, S., Gallagher, R., & Redfern, J. (2023). The evolution of digital health technologies in cardiovascular disease research. *Npj Digital Medicine*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00734-2>

Λίστα παραρτημάτων

Παράρτημα Ι: Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά των μελετών

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Χώρα διεξαγωγής	Σχεδιασμός μελέτης	Ερευνητικές υποθέσεις
Wagner (2006)	Ελβετία, Γερμανία, άλλες γερμανόφωνες χώρες	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	η διαδικτυακή θεραπευτική παρέμβαση για το περιπλεγμένο πένθος θα είναι αποτελεσματικότερη σε σύγκριση με τη μη παρέμβαση
Boriani (2013)	Γαλλία, Ουγγαρία, Ισραήλ, Ιταλία, Ισπανία και Ελβετία	διεθνής, προοπτική, πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	έλεγχος εάν η απομακρυσμένη παρακολούθηση μειώνει το χρόνο από τα συμβάντα που ανιχνεύονται από τους απινιδωτές καρδιακού επανασυγχρονισμού έως τις κλινικές αποφάσεις
Kwok (2013)	Κίνα	τυχαιοποιημένη τυφλή ελεγχόμενη μελέτη	έλεγχος της αποτελεσματικότητας μιας τηλεφωνικής ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης στην ανακούφιση της επιβάρυνσης των φροντιστών και την ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας της φροντίδας
Antypas (2014)	Νορβηγία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη σε συστάδες	οι χρήστες της εξατομικευμένης παρέμβασης θα διατηρήσουν το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας καλύτερα από τους χρήστες της μη εξατομικευμένης παρέμβασης (ομάδα ελέγχου)
Cernval (2015)	Σουηδία	παράλληλη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	οι γονείς που έλαβαν την παρέμβαση θα παρουσιάσουν μεγαλύτερη μείωση στην πρωτογενή έκβαση Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες και στις δευτερογενείς εκβάσεις κατάθλιψη και άγχος, σε σύγκριση με τους γονείς που συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου, με λίστα αναμονής.
Tremont (2015)	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	η παρέμβαση θα προσφέρει μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, της επιβάρυνσης και των αντιδράσεων σε προβλήματα συμπεριφοράς του ασθενή για τους φροντιστές, η παρέμβαση θα βελτιώσει τις μετρήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας, της οικογενειακής λειτουργικότητας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής
van Bruinessen (2016)	Ολλανδία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	με τη χρήση της παρέμβασης θα καταγραφεί μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στην επικοινωνία ασθενών με τους ιατρούς τους

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Χώρα διεξαγωγής	Σχεδιασμός μελέτης	Ερευνητικές υποθέσεις
Pańkowska (2017)	Πολωνία	διασταυρούμενη, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	δεν αναφέρονται
Boele (2018)	Ολλανδία	εθνική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	η χρήση της παρέμβασης θα μειώσει την ένταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ασθενών με γλοίωμα
Ramadas (2018)	Μαλαισία	πολυκεντρική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	η myDIDeA οδηγεί σε σημαντικές αλλαγές μεταξύ και εντός των ομάδων στις διατροφικές γνώσεις, τη στάση και συμπεριφορά, τα διατροφικά στάδια αλλαγής, τη γλυκόζη αίματος νηστείας και τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη στον πληθυσμό της μελέτης
Diefenbach (2018)	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	εθνική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη πραγματιστική μελέτη	οι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης θα ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα σύγκρουσης αποφάσεων και άγχους σε σύγκριση με τους ασθενείς στην ομάδα ελέγχου
Brodbeck (2019)	Ελβετία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	η LIVIA θα είχε ευεργετικές επιδράσεις στο πένθος, τα συμπτώματα κατάθλιξης και την ψυχολογική δυσφορία (πρωτογενείς εκβάσεις), καθώς και στην πικρία, τη μοναξιά και την ικανοποίηση από τη ζωή (δευτερογενείς εκβάσεις). Θα ήταν αποτελεσματική τόσο για τους χήρους όσο και για τους χωρισμένους/διαζευγμένους συμμετέχοντες, και αυτούς με ήπια συμπτώματα πένθους. Τα αποτελέσματα θα ήταν σταθερά κατά τον τρίμηνο επανέλεγχο.
Kosse (2019)	Ολλανδία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη σε συστάδες	με τη χρήση της παρέμβασης θα αυξηθεί η συμμόρφωση των ασθενών με τη φαρμακευτική αγωγή για το άσθμα
Fjell (2020)	Σουηδία	μη τυφλή, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	με τη χρήση της εφαρμογής βελτιώνονται τα επίπεδα επιβάρυνσης των ασθενών από τα συμπτώματα και η ποιότητα ζωής τους κατά τη διάρκεια της νεοεπικουρικής χημειοθεραπείας για τον καρκίνο του μαστού
Huis In Het Veld (2020)	Ολλανδία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	1. μια μεγάλη πολυπαραγοντική παρέμβαση, η οποία αποτελείται από επαφές μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με εξειδικευμένο νοσηλευτή άνοιας, βίντεο και ηλεκτρονικά ενημερωτικά δελτία, είναι

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Χώρα διεξαγωγής	Σχεδιασμός μελέτης	Ερευνητικές υποθέσεις
			πιο αποτελεσματική από παρεμβάσεις χωρίς προσωπικές επαφές και 2. μια μεσαία παρέμβαση που περιλαμβάνει βίντεο και ηλεκτρονικά ενημερωτικά δελτία είναι πιο αποτελεσματική από μια μικρή παρέμβαση που περιλαμβάνει μόνο ηλεκτρονικά ενημερωτικά δελτία
Kassavou (2020)	Αγγλία	πολυκεντρική, μεμονωμένα τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	οι ασθενείς με υπέρταση ή/και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, οι οποίοι χρησιμοποίησαν την παρέμβαση επιπλέον της συνήθους φροντίδας, θα έχουν βελτιωμένη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και βελτιωμένες τιμές συστολικής αρτηριακής πίεσης ή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και ποιότητας ζωής
Laver (2020)	Αυστραλία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη μη κατώτερότητας	η παροχή ενός προγράμματος φροντίδας ανοϊκών με τη χρήση μεθόδων τηλεϊατρικής δεν είναι κατώτερη από την παροχή του ίδιου προγράμματος με τη χρήση των παραδοσιακών επισκέψεων πρόσωπο με πρόσωπο κατ' οίκον
Lee (2020)	Μαλαισία	πραγματιστική ομαδοποιημένη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	η χρήση τηλεϊατρικής θα βελτιώσει τις μετρήσεις ασθενών με μη ρυθμισμένο σακχαρώδη διαβήτη τύπου II
Nobakht (2020)	Ιράν	τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	η διαδικτυακή παρέμβαση θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής των μητέρων παιδιών με εγκεφαλική παράλυση, το άγχος, την κατάθλιψη, το στρες και τον μυοσκελετικό πόνο
Xu (2020)	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	βελτίωση γλυκαιμικού ελέγχου με τη χρήση της παρέμβασης
Aceti (2021)	Βραζιλία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μακροχρόνια κλινική μελέτη	με τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωνόταν η ικανοποίηση των ασθενών από την αυτοφροντίδα και οι κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι του σακχαρώδη διαβήτη
Bendig (2021)	Γερμανία, Ελβετία, Αυστρία	τυχαιοποιημένη-ελεγχόμενη μελέτη σκοπιμότητας παράλληλων ομάδων	διερεύνηση της σκοπιμότητας της παρέμβασης, εξέταση πιθανών αρνητικών επιδράσεων, επίδραση στην καταθλιπτική συμπτωματολογία
Carter (2021)	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	1. με τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθεί η καταθλιπτική συμπτωματολογία και το αντιληπτό στρες στην ομάδα παρέμβασης, 2. η ομάδα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Χώρα διεξαγωγής	Σχεδιασμός μελέτης	Ερευνητικές υποθέσεις
			παρέμβασης θα έχει περισσότερες βελτιώσεις από την ομάδα ελέγχου, 3. οι βελτιώσεις θα διατηρηθούν στον 6μηνο επανέλεγκο
Elfrink (2021)	Ολλανδία	τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	η παρέμβαση θα βελτιώσει τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα ατόμων με άνοια και το άγχος και την ποιότητα ζωής των κύριων άτυπων φροντιστών.
Han (2021)	Κίνα	παράλληλη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	με τη χρήση της εφαρμογής βελτιώνονται οι γνώσεις της διαχείρισης των συμπτωμάτων, η βεβαιότητα της αυτοδιαχείρισης των συμπτωμάτων, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η δυσφορία των συμπτωμάτων, η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και η ποιότητα ζωής
Hidrus (2021)	Μαλαισία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	προσδιορισμός της επίδρασης της παρέμβασης στις αλλαγές στο Ισοζύγιο Αποφάσεων των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, όσον αφορά τα αντιλαμβανόμενα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της σωματικής δραστηριότητας
Sunil (2021)	Ινδία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	με τη χρήση της εφαρμογής θα βελτιωθούν τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης των ασθενών
Sveen (2021)	Σουηδία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	μετά τη χρήση της παρέμβασης, θα βελτιωθεί η αϋπνία των συμμετεχόντων και η συμπτωματολογία του παρατεταμένου πένθους, της κατάθλιψης, του άγχους, του μετατραυματικού στρες και της φλυαρίας για το πένθος
Zhu (2021)	Κίνα	προοπτική, πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη, ανοικτή, ελεγχόμενη κλινική μελέτη	με τη χρήση της παρέμβασης, οι ασθενείς θα βρίσκονται περισσότερο χρόνο εντός θεραπευτικού εύρους INR
Aphiphaksakul (2022)	Ταϊλάνδη	τυφλή, παράλληλων ομάδων, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	με τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθεί η ισορροπία στο κάθισμα και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε επιζώντες από εγκεφαλικό επεισόδιο
Carli (2022)	Ιταλία, Πορτογαλία	πραγματοστική, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	η παρέμβαση θα μείωνε σημαντικά το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους συμμετέχοντες, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Χώρα διεξαγωγής	Σχεδιασμός μελέτης	Ερευνητικές υποθέσεις
Gauthier (2022)	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	πραγματιστική πολυκεντρική τυχαιοποιημένη μελέτη 4 παράλληλων ομάδων	το ανεστραμμένο μοντέλο συμπεριφοροκεντρικής αυτοδιαχειριζόμενης θεραπείας με βάση το παιχνίδι θα βελτιώσει τη λειτουργία και την απόδοση των καθημερινών δραστηριοτήτων του παρεκτικού άνω άκρου στον ίδιο βαθμό με την κλινική θεραπεία με τη μέθοδο του αποκλεισμού και περισσότερο από την παραδοσιακή κινησιοκεντρική αποκατάσταση
Hsia (2022)	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	η εφαρμογή που παρέχει γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία θα βελτιώσει το γλυκαιμικό έλεγχο των ασθενών
Huang (2022)	Ταϊβάν	τυφλή, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	μετά τη χρήση της παρέμβασης, θα βελτιωθεί η κινητική λειτουργία των άνω άκρων, η φλεγμονή, το οξειδωτικό στρες και η νευροπλαστικότητα σε ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
Jiao (2022)	Κίνα	παράλληλη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με δύο βραχίονες	η χρήση της παρέμβασης θα βελτιώσει τη συμμόρφωση των ασθενών με την αντιρετροϊκή αγωγή
María Gómez (2022)	Κολομβία	μη τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη κλινική μελέτη	η θεραπεία με τη χρήση μιας εφαρμογής κινητού τηλεφώνου θα συσχετιστεί με καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο, σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα
Marshall (2022)	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	πραγματιστική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	με τη χρήση της παρέμβασης θα αυξηθούν τα αυτοαναφερόμενα ποσοστά εμβολιασμού κατά της γρίπης σε άτομα με καρδιαγγειακή νόσο
Nadort (2022)	Ολλανδία	πολυκεντρική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη σε συστάδες	η χρήση της παρέμβασης θα βελτιώσει την καταθλιπτική συμπτωματολογία των ασθενών
Schuit (2022)	Ολλανδία	προοπτική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με δύο παράλληλες ομάδες	η παρέμβαση υποστηρίζει τους ασθενείς ώστε να βελτιώσουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την αυτοπεποίθησή τους για την αυτοδιαχείριση των συμπτωμάτων τους και τη βελτίωση της ευημερίας τους
Wagner (2022)	Γερμανία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	μετά τη χρήση της παρέμβασης θα μειωθεί η αυτοκτονικότητα και η κατάθλιψη
Yu (2022)	Κίνα	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με δύο βραχίονες	με τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθεί η διατροφική κατάσταση, η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ασθενών

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Χώρα διεξαγωγής	Σχεδιασμός μελέτης	Ερευνητικές υποθέσεις
Al-Kharouf (2023)	Ιορδανία	προοπτική, ανοικτή, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	με τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθούν οι γνώσεις για την τεχνική χρήσης της συσκευής εισπνοής καθώς και ο έλεγχος του άσθματος/ΧΑΠ, η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και η ποιότητα ζωής
Aunon (2023)	Κένυα	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη δύο βραχιόνων	με τη χρήση της εξατομικευμένης, αμφίδρομης παρέμβασης θα αυξηθεί σημαντικά η καταστολή του ιού HIV στους ασθενείς, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου
Banu (2023)	Μπαγκλαντές	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με δύο ομάδες παρέμβασης	με τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθούν οι γνώσεις, η συμμόρφωση στην αυτοδιαχείριση και τα αποτελέσματα υγείας
Dominguez-Rodriguez (2023)	Λατινική Αμερική	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	1. με τη χρήση της παρέμβασης οι συμμετέχοντες θα αναφέρουν καλύτερους δείκτες που σχετίζονται με το πένθος και θα παρουσιάσουν μείωση της σχετικής συμπτωματολογίας, η οποία θα διατηρηθεί 3 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, 2. η παρέμβαση θα παρουσιάσει καλό επίπεδο αποδοχής ή ικανοποίησης ή ευχρηστίας
Feng (2023)	Κίνα	μονοκεντρική, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη δύο παράλληλων ομάδων	με τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθούν οι γνώσεις, στάσεις, συμπεριφορές και ο έλεγχος της γλυκόζης
Graetz (2023)	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	με τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών και η χρήση της υγειονομικής περίθαλψης
Hermanns (2023)	Γερμανία	πολυκεντρική, ανοικτή, παράλληλη, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	με τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθεί ο γλυκαιμικός έλεγχος
Lee (2023)	Κορέα	μονοκεντρική, ανοικτή, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	1. μετά τη χρήση της εφαρμογής, οι καρκινοπαθείς θα ήταν πιο πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην αυτοδιαχείριση των συμπτωμάτων τους σε σύγκριση με εκείνους στους οποίους δεν δόθηκε η εφαρμογή, 2. η ομάδα παρέμβασης θα είχε καλύτερη ποιότητα ζωής και θα είχε λιγότερες μη προγραμματισμένες επισκέψεις ή νοσηλείες λόγω συμπτωμάτων ή τοξικότητας της θεραπείας, κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Χώρα διεξαγωγής	Σχεδιασμός μελέτης	Ερευνητικές υποθέσεις
Mooney (2023)	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	προοπτική μη τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη δύο ομάδων	με τη χρήση της παρέμβασης θα μειωθεί η επιβάρυνση των ασθενών από τα συμπτώματα ενώ παράλληλα θα διατηρηθεί η ευημερία των φροντιστών και θα παρασχεθεί καλύτερη καθοδήγηση των τελευταίων για τη φροντίδα των συμπτωμάτων των ασθενών
Neal (2023)	Ολλανδία	μονοκεντρική, μη τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή δύο ομάδων	με τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθεί η αυτοδιαχείριση και κοινωνική συμμετοχή των ασθενών και η αίσθηση επάρκειας των φροντιστών
Neubert (2023)	Γερμανία	μονοκεντρική, προοπτική, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη παρέμβασης	1. οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης θα έχουν σημαντικά πιο βελτιωμένα επίπεδα άγχους και φόβου εξέλιξης της νόσου σε σχέση με τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου, 2α. οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης θα έχουν σημαντικά πιο βελτιωμένες τιμές για την κόπωση μετά το τέλος της θεραπείας από ό,τι οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου, 2β. οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης θα έχουν σημαντικά περισσότερο βελτιωμένες τιμές για την κατάθλιψη μετά το τέλος της θεραπείας από ό,τι οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου
Pandian (2023)	Ινδία	πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη	μετά τη χρήση της παρέμβασης θα μειωθούν τα επαναλαμβανόμενων εγκεφαλικά επεισόδια, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και οι θάνατοι στην ομάδα παρέμβασης
Rehman (2023)	Καναδάς	μονοκεντρική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, μεικτών μεθόδων σε συστάδες	μετά τη χρήση της παρέμβασης οι γονείς θα βελτιώσουν τα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, και θα εκπαιδευθούν ως προς την ανάγκη παρατεταμένης παροχέτευσης του υπεζωκότα και μετεγχειρητικής αντιπηκτικής αγωγής
Reitsma (2023)	Ολλανδία	μονοκεντρική, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη	μετά τη χρήση της παρέμβασης τα άτομα θα παρουσιάσουν χαμηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων διαταραγμένου πένθους, μετατραυματικού στρες και κατάθλιψης σε σύγκριση με τα άτομα που διατέθηκαν στην ομάδα ελέγχου
Rhodus (2023)	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	παράλληλη, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη τριών βραχιόνων	μετά τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθεί η επαγγελματική απόδοση και τα συμπεριφοριστικά συμπτώματα της άνοιας στα υποκείμενα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Χώρα διεξαγωγής	Σχεδιασμός μελέτης	Ερευνητικές υποθέσεις
Saussez (2023)	Βέλγιο, Γαλλία	τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη μη κατωτερότητας	με τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθούν εξίσου οι κινητικές δεξιότητες των συμμετεχόντων σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου
Tran (2023)	Βιετνάμ	τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη	μετά τη χρήση της παρέμβασης θα βελτιωθούν η συμμόρφωση στη θεραπεία, η αυτοαποτελεσματικότητα και οι συμπεριφορές υγείας

HIV: Ιός Ανοσοανεπάρκειας Ανθρώπου, INR: Διεθνές Κανονικοποιημένο Πηλίκιο, ΧΑΠ: Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Παράτημα II: Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Wagner (2006)	55	19-68 ετών	A (4), Γ (51)	συμπτώματα δυσφορίας, αποφυγής ή δυσκολία στην προσαρμογή, εντός προκαθορισμένων βαθμολογιών. Εξαιρέθηκαν εάν λάμβαναν άλλη θεραπεία, έκαναν κατάχρηση ουσιών, χρόνος από την απώλεια < 14 μηνών, μη καλή γνώση της γερμανικής, σοβαρά καταθλιπτική διάθεση, αυτοκτονικές ή αποσυνδεδετικές τάσεις ή κίνδυνος ψύχωσης	4 (1 προτιμούσε διαζώσης θεραπεία, 2 θεώρησαν πολύ σύντομο το χρονικό διάστημα από την απώλεια, 1 δεν ανέφερε αιτία)	απώλεια αγαπημένου προσώπου (61% παιδί, 10% σύζυγος, 12% αδελφός/ή, 6% γονέα/είς, 4% συγγενής, 4% φίλος)	14 μήνες - 29 έτη	λίστα αναμονής
Boriani (2013)	148	57-77 ετών	A (109), Γ (39)	ασθενείς σε φλεβόκομβο με συστολική καρδιακή ανεπάρκεια τάξης NYHA III/IV και κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας <35%, με εμφυτευμένο απινιδωτή	16 (7 θάνατοι, 2 μεταμοσχεύσεις καρδιάς, 3 αφαιρέσεις συσκευής, 2 αιτήσεις αποχώρησης, 1 αδυναμία συμμετοχής, 1 μετατόπιση ηλεκτροδίου της αριστερής κοιλίας)	ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και εμφυτευμένη συσκευή καρδιακού επανασυγχρονισμού	δεν αναφέρεται	κλινική επίσκεψη κάθε 4 μήνες
Kwok (2013)	42	≥31 ετών	A (11), Γ (27)	κύριοι φροντιστές ασθενών με κλινική διάγνωση άνοιας οποιουδήποτε σταδίου, ≥18 ετών, χωρίς νοητική υστέρηση	4 (μη πρόσβαση για τον τελικό έλεγχο)	φροντιστές ασθενών με κλινική διάγνωση άνοιας οποιουδήποτε σταδίου	δεν αναφέρεται	καμία παρέμβαση
Antypas (2014)	69	55,8-62,8 ετών	A (52), Γ (15)	>18 ετών, με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, εισαγωγή στο κέντρο αποκατάστασης Skibotn, πρόσβαση στο διαδίκτυο μετά την παραμονή τους στο κέντρο αποκατάστασης και κατοχή προσωπικού κινητού τηλεφώνου	δεν αναφέρονται	ενήλικες συμμετέχοντες ενός προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης	περίπου 6 μήνες μετά από νοσηλεία για καρδιαγγειακή νόσο, συνήθως μετά	πρόσβαση σε μία γενική έκδοση του ιστοτόπου και ενός

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Cernval (2015)	58	30,8-45,2 ετών	A (19), Γ (39)	σοηδόφωνοι γονείς, με πρόσβαση σε υπολογιστή με σύνδεση στο Διαδίκτυο, να πληρούν τα τροποποιημένα κριτήρια συμπτωμάτων της λίστας ελέγχου Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες Civilian Version (PCL-C) 18, και να μην πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή που χρήζει άμεσης θεραπείας	34 (6 δεν ξεκίνησαν την παρέμβαση, 7 αποσύρθηκαν πριν το τέλος της παρέμβασης, 21 χάθηκαν στο follow up)	γονείς παιδιών που έλαβαν θεραπεία για νεοπλασία	από έμφραγμα μυοκαρδίου 4-12 εβδομάδες μετά τη διάγνωση του τέκνου	διαδικτυακ ού φόρουμ λίστα αναμονής
Tremont (2015)	250	δεν αναφέρεται	A (55), Γ (195)	να έχουν $\geq 2/9$ αρνητικές εμπειρίες που σχετίζονται με τη φροντίδα (π.χ. υπερφόρτωση, οικογενειακές συγκρούσεις, εξάντληση), να μιλούν αγγλικά, να έχουν ρόλο φροντιστή για ≥ 6 μήνες ≥ 4 ώρες επίβλεψης/βοήθειας την ημέρα, να μην έχουν σοβαρή οξεία ιατρική ασθένεια, πρόσβαση σε τηλέφωνο ή γνωστική εξασθένηση. Οι ασθενείς των φροντιστών έπρεπε να έχουν διάγνωση άνοιας κατά DSM-IV τεκμηριωμένη από ιατρό, να ζουν στην κοινότητα και να μην υπάρχει σχέδιο για τοποθέτηση σε μακροχρόνια φροντίδα ή για τερματισμό του ρόλου του φροντιστή εντός 6 μηνών	37	φροντιστές ασθενών με άνοια	περίπου 4 έτη	τηλεφωνικ ή υποστήριξη

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
van Bruinissen (2016)	97	42-68 ετών	A (40), Γ (57)	≥18 ετών, διάγνωση κακώθους λεμφώματος, ≥1 επίσκεψη/έτος με τον ιατρό τους, καλή κατανόηση της ολλανδικής, θεραπεία ή παρακολούθηση σε ολλανδικό νοσοκομείο και πρόσβαση σε υπολογιστή με σύνδεση στο διαδίκτυο	40	ασθενείς με κακώθες λέμφωμα	≤15 έτη	καμία παρέμβαση
Pańkowska (2017)	13	19-53 ετών	A (5), Γ (7)	ασθενείς με διαβήτη τύπου I, χρήση συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης, ≥ 18 ετών. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με HbA1c > 10%, ιογενή ή βακτηριακή λοίμωξη, φυσικούς ή πνευματικούς περιορισμούς ή έλλειψη συνεχούς πρόσβασης σε υπολογιστή ή διαδίκτυο	1 (απροθυμία συμμόρφωσης με τις διαδικασίες της μελέτης)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I	7-30 έτη με διάγωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου I	χειροκίνητοι υπολογισμοί δόσεων
Boele (2018)	115	31 - 62 ετών	A (46), Γ (69)	> 18 ετών ασθενείς με γλοίωμα, λέμφωμα non-Hodgkin, χρόνια λεμφική λευχαιμία, πολλαπλό μυέλωμα ή μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο και τουλάχιστον ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα. Εξαιρέθηκαν όσοι δεν είχαν πρόσβαση στο διαδίκτυο ή/και διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ανεπαρκή γνώση της ολλανδικής γλώσσας, πρόθεση αυτοκτονίας	72 (χρήση άλλης μεθόδου/ μη ύπαρξη ανάγκης για συνέχεια στην έρευνα, άγνωστοι λόγοι, τεχνικά προβλήματα, εξέλιξη νόσου, σε πένθος, θάνατος, χάθηκαν στον επανέλεγχο)	ασθενείς με γλοίωμα	δεν αναφέρεται	λίστα αναμονής (ομάδα Β), καρκινοπαθείς εκτός ΚΝΣ που έλαβαν την παρέμβαση (ομάδα Γ)

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Ramadas (2018)	132	40 - 61 ετών	A (77), Γ (51)	διανοητικά υγιείς, ≥ 18 ετών, μιλούν καλά την αγγλική ή μαλαισιανή, με πρόσβαση στο Διαδίκτυο θέληση πρόσβασης στην ιστοσελίδα τουλάχιστον μία φορά κάθε δεκαπενθήμερο, HbA1c $\geq 7,0\%$. Εξαιρέθηκαν όσοι είναι έγκυες, θηλάζουν ή επιθυμούν εγκυμοσύνη, διάγνωση με ΣΔ τύπου I ή κύησης, ζυγίζουν περισσότερο από το 150% του επιθυμητού βάρους, έχουν οποιαδήποτε προϋπάρχουσα κατάσταση ή νόσο που θέτει σε κίνδυνο την ποιότητα ζωής ή την ικανότητα συμμετοχής, είναι εγγεγραμμένοι σε άλλες κλινικές μελέτες, βαθμολογία Κλίμακας για τις διατροφικές γνώσεις, στάση και συμπεριφορά άνω του 50% κατά την έναρξη της μελέτης	14 (χάθηκαν στον επανέλεγχο ή δεν είχαν χρόνο για τη συνέχιση τη μελέτης)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	5,6 - 188,2 μήνες	συνήθης φροντίδα
Diefenbach (2018)	440	56-73 ετών	A (440)	διάγνωση με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη (T1,T2,N0,M0), χωρίς απόφαση θεραπείας, πρόσβαση σε υπολογιστή και ομιλία της αγγλικής. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με ολοκληρωμένη θεραπεία, παρουσία άλλου πρωτοπαθούς καρκίνου ή υποτροπή	91 (έλλειψη πρόσβασης στον υπολογιστή, έλλειψη ανάγκης παρέμβασης, τεχνικά προβλήματα με τον υπολογιστή, έλλειψη χρόνου και η μη γνώση χρήσης του προγράμματος πολυμέσων)	νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο προστάτη	δεν αναφέρεται	τηλεφωνική ή υποστήριξη από την Υπηρεσία Πληροφοριών για τον καρκίνο του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Brodbeck (2019)	110	37 - 65 ετών	A (31), Γ (79)	πένθος συζύγου ή χωρισμός ≥ 6 μήνες, γνώση γερμανικής. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με σοβαρές ψυχολογικές ή σωματικές διαταραχές που χρήζουν άμεσης θεραπείας ή αυτοκτονικό ιδεασμό, εάν δεν βρέθηκε συγκεκριμένος επαγγελματίας υγείας για επαφή σε περίπτωση οξείας κρίσης, ασθενείς σε συνοδευτική ψυχοθεραπεία ή/και συνταγογραφούμενα φάρμακα κατά της κατάθλιψης ή του άγχους, και η συνταγογράφηση άλλαξε κατά τον προηγούμενο μήνα ή κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, αδυναμία παρακολούθησης των διαδικασιών της μελέτης	12	χήροι/ες ή διαζευγμένοι	6 μήνες έως 5 έτη	λίστα αναμονής
Kosse (2019)	253	13-17 ετών	A (130), Γ (123)	12 -18 ετών, εκτέλεση τουλάχιστον δύο συνταγών για εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή ή συνδυασμό αυτών με β-αγωνιστή μακράς δράσης κατά τους προηγούμενους 12 μήνες, κατοχή έξυπνου κινητού (iOS ή Android). Εξαιρέθηκαν ασθενείς που δεν κατανοούσαν επαρκώς την ολλανδική ή εξαρτώνταν από φροντιστές για τη λήψη των φαρμάκων	19 (10 απέσυραν τη συγκατάθεση, 2 χάθηκαν στον επανέλεγχο, 7 δεν κατέβασαν την εφαρμογή)	έφηβοι με άσθμα	δεν αναφέρεται	συνήθης φροντίδα
Fjell (2020)	150	38-61 ετών	Γ (150)	≥ 18 ετών, διάγνωση με μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού, κατανόηση σουηδικής. Εξαιρέθηκαν όσες είχαν τεκμηριωμένη γνωστική δυσλειτουργία	10 (2 απέσυραν τη συμμετοχή, 1 άλλαξε θεραπεία, 7 χάθηκαν στον επανέλεγχο)	ασθενείς με καρκίνο μαστού	νεοδιαγνωσθέ ντες	συνήθης φροντίδα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Huis In Het Veld (2020)	81	23-80 ετών	A (10), Γ (71)	≥18 ετών, σύντροφος ή συγγενής ατόμου με διάγνωση άνοιας που ζει στο σπίτι, επαφή με το ανοϊκό άτομο ≥1 φορά/εβδομάδα, πρόσβαση στο διαδίκτυο	15	φροντιστές ανοϊκών ασθενών	<4 έτη (52% των συμμετεχόντων)	παρέμβαση με χρήση διαδικτυακών βίντεο και ηλεκτρονικών δελτίων (ομάδα Β), παρέμβαση με χρήση ηλεκτρονικών δελτίων (ομάδα Γ)
Kassavou (2020)	135	≥18 ετών	A (73), Γ (62)	≥18 ετών, διάγνωση υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II ή και των δύο, συνταγογράφηση ≥1 αντιυπερτασικό φάρμακο ή φάρμακο για τη μείωση της γλυκόζης 3 έως 6 μήνες πριν, ανεπαρκώς ελεγχόμενη αρτηριακή πίεση ή/και επίπεδα γλυκόζης. Εξαιρέθηκαν όσοι συμμετείχαν σε άλλη παρέμβαση για τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή ή σε ψηφιακή παρέμβαση ή είχαν μια κατάσταση υγείας που θα μπορούσε να επηρεάσει τη συμμετοχή τους στη μελέτη	20	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II ή / και υπέρταση	δεν αναφέρεται	συνήθης φροντίδα
Laver (2020)	63 δυάδες	55-85 ετών	A (15), Γ (48)	διάγνωση άνοιας ή πιθανής άνοιας ή βαθμολογία μικρότερη από 24/30 στη Mini Mental State Examination, ανάγκη βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες ή/και παρουσία μεταβαλλόμενων συμπεριφορών που σχετίζονται με την άνοια, ένα μέλος	12 (2 αποχώρησαν, 1 θάνατος, 1 μεταφορά σε δομή, 8 αδυναμία επικοινωνίας ή ασυμφωνία με τη τελική αξιολόγηση)	φροντιστές ανοϊκών ασθενών	6-66 μήνες	προσαρμοσμένη έκδοση της δυαδικής παρέμβασης της COPE

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
				της οικογένειας ή φίλο που συμμετείχε στενά στη φροντίδα τους, το άτομο έπρεπε να έχει εντοπίσει ότι αντιμετώπιζε προκλήσεις στην παροχή φροντίδας ή στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της άνοιας				
Lee (2020)	240	47-65 ετών	A (108), Γ (132)	διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου II ≥ 6 μήνες, 18 - 75 ετών, χωρίς σχέδιο μετακόμισης από την πολιτεία για τους επόμενους 12 μήνες, επίπεδα HbA1c 7,5% -11,0% τους τελευταίους 3 μήνες	32 (4 μετεγκατάσταση, 2 δυσκολία παρακολούθησης επανελέγχων, 1 οικογενειακά ζητήματα, 25 έλλειψη προθυμίας να ολοκληρώσουν τη μελέτη)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	1-13 έτη	συνήθης φροντίδα
Nobakht (2020)	97	28-39 ετών	Γ (97)	μητέρες παιδιών με εγκεφαλική παράλυση, των οποίων τα παιδιά είχαν τα επίπεδα III, IV, και IV του GMFCS και ήταν ηλικίας 4 - 12 ετών. Εξαίρεθηκαν οι συμμετέχουσες που είχαν ≥ 2 παιδιά με αναπηρία ή είχαν λάβει προηγουμένως εκπαίδευση προσωπικής φροντίδας	14 (8 χάθηκαν στον επανέλεγχο, 1 οικογενειακό πρόβλημα και 5 άγνωστοι λόγοι)	μητέρες φροντιστές παιδιών με εγκεφαλική παράλυση	49-116 μήνες	συνήθης φροντίδα
Xu (2020)	65	53-56 ετών	A (20), Γ (44)	μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη τύπου II ≥ 18 μήνες, ≥ 18 ετών, HbA1c $> 7\%$, με πρόσβαση σε τηλέφωνο, χωρίς συμμετοχές σε προηγούμενες εφαρμογές του EpxDiabetes και παρακολουθούνταν επί του παρόντος από φαρμακοποιούς	6 (απέσυραν τη συμμετοχή τους)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	≥ 18 μήνες	συνήθης φροντίδα και ορισμένες παροχές της παρέμβασης

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Aceti (2021)	128	27-61 ετών	A (45), Γ (83)	διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη, >18 ετών, παρακολούθηση ≥ 1 έτους στην ενδοκρινολογική κλινική και κατοχή κινητού τηλεφώνου. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν αμαύρωση, αναλφαβητισμό ή εγκυμοσύνη	16 (14 χάθηκαν στη μελέτη, 1 θάνατος, 1 εγκυμοσύνη)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη	8-22 έτη	καμία παρέμβαση
Bendig (2021)	34	46-66 ετών	A (22), Γ (12)	≥ 18 ετών, διάγνωση στεφανιαίας νόσου, καταθλιπτικά συμπτώματα, πρόσβαση στο διαδίκτυο, γνώση της γερμανικής. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν αυτοκτονικό ιδεασμό ή διαγνώσεις ψυχωσικής, σχιζοφρενικής ή διπολικής διαταραχής	23 (15 δεν συνέχισαν, 8 χάθηκαν στον επανέλεγχο)	ασθενείς με στεφανιαία νόσο και καταθλιπτική συμπτωματολογία	δεν αναφέρεται	λίστα αναμονής
Carter (2021)	45	26-56 ετών	A (15), Γ (30)	≥ 18 ετών, επάρκεια στην αγγλική, διάγνωση νευροϊνωμάτωσης τύπου 2 με σημαντική ή πλήρη απώλεια ακοής. Εξαιρέθηκαν όσοι παρουσίαζαν σοβαρή μη θεραπευμένη ή ενεργή ψυχιατρική πάθηση, αλλαγή ψυχοτρόπου φαρμακευτικής αγωγής εντός των τελευταίων 3 μηνών και τακτική χρήση ή επίσημη εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης εντός των τελευταίων 6 μηνών	16	ασθενείς με νευροϊνωμάτωση τύπου 2	δεν αναφέρεται	διαδικτυακές ομαδικές συνεδρίες, εγχειρίδιο προγράμματος, παροχή ψυχοεκπαίδευσης σχετικά με τη γενική υγεία και πληροφορίες που αφορούσαν στρεσογόνους παράγοντες που

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
								σχετίζονται με τη νόσο
Elfrink (2021)	42	49-95 ετών	A (19), Γ (23)	να ζουν στο σπίτι και να λαμβάνουν άτυπη φροντίδα, να έχουν (πολύ) ήπια άνοια, να είναι διανοητικά ικανοί να δώσουν συγκατάθεση μετά από ενημέρωση	6 (1 γνωστική εξασθένηση, 1 απέσυρε τη συμμετοχή, 1 περίμενε πολύ για την ανάθεση σε εθελοντή, 1 θάνατος, 2 χάθηκαν στον επανέλεγχο)	ασθενείς με (πολύ) ήπια άνοια (βαθμολογία 0,5 ή 1 στην Κλινική Βαθμολόγηση Ανοιας (CDR))	δεν αναφέρεται	λίστα αναμονής
Han (2021)	61	22-62 ετών	A (60), Γ (1)	διάγνωση με λοίμωξη HIV, ≥ 18 ετών, έξυπνο κινητό με σύστημα Android ή iOS, λάμβαναν αντιρετροϊκή αγωγή και συνήθη παρακολούθηση. Εξαιρέθηκαν όσοι βρίσκονταν ή επρόκειτο να νοσηλευτούν, είχαν σοβαρές ασθένειες ψυχικής υγείας ή γνωστικής εξασθένησης, συμμετείχαν ταυτόχρονα σε άλλα ερευνητικά προγράμματα σχετικά με τον HIV	22 (20 αποχώρησαν, 2 δεν επικοινωνήσαν)	ασθενείς με διάγνωση HIV	~ 25 μήνες	συνήθης φροντίδα
Hidrus (2021)	100	46-71 ετών	A (39), Γ (31)	≥ 18 ετών, διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, κατανόηση μαλαισιανής. Εξαιρέθηκαν όσοι έχουν αναπηρίες που τους εμποδίζουν να είναι σωματικά δραστήριοι	30 (χάθηκαν στον επανέλεγχο)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	δεν αναφέρεται	φυλλάδιο με τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας
Sunil (2021)	300	45-85 ετών	A (180), Γ (120)	18-65 ετών, διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου II ≥ 1 έτος, θεραπεία με ινσουλίνη και/ή υπογλυκαιμικά φάρμακα από το στόμα, κατοχή	δεν υφίστανται	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	4-18 έτη	συνήθης φροντίδα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
				έξυπνου κινητού android. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν σοβαρές επιπλοκές της νόσου, εγκυμοσύνη και αδυναμία χρήσης εφαρμογής έξυπνου κινητού				
Sveen (2021)	21	40-54 ετών	A (7), Γ (14)	διαταραχή αϋπνίας, ικανότητα ανάγνωσης και γραφής στα σουηδικά. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές ύπνου που απαιτούν άλλη θεραπεία, συνεχιζόμενη κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών, συνυπάρχουσες διαταραχές που αντενδείκνυνται άμεσα για βασικές παρεμβάσεις στη θεραπεία της αϋπνίας και εργασία σε νυχτερινή βάρδια	8 (χάθηκαν στον επανέλεγχο)	γονείς παιδιών που απεβίωσαν λόγω καρκίνου	1-5 έτη	φυλλάδιο ψυχοεκπαίδευσης σχετικά με τον ύπνο και τις διαταραχές ύπνου
Zhu (2021)	721	40-59 ετών	A (440), Γ (281)	18 - 65 ετών, απαιτήθηκε μακροχρόνια αντιπηκτική αγωγή μετά τη μηχανική αντικατάσταση της καρδιακής βαλβίδας, αποτελεσματικός χειρισμός έξυπνων κινητών. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με επείγουσα χειρουργική επέμβαση ή επέμβαση καρδιακής παράκαμψης, ασθενείς με σοβαρές χρόνιες παθήσεις, ασθενείς με μετεγχειρητική λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα, ασθενείς με σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές και κακή πρόγνωση	δεν αναφέρονται	ασθενείς με μηχανική αντικατάσταση καρδιακής βαλβίδας	μετά από χειρουργείο μηχανικής αντικατάστασης καρδιακής βαλβίδας	συνήθης φροντίδα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Ariphaksaku 1 (2022)	32	48-70 ετών	A (13), Γ (19)	διάγνωση Ιου εγκεφαλικού επεισοδίου που οδήγησε σε ημιπληγία <3 προηγούμενων μηνών, κατ' οίκον φροντίδα, 30 - 75 ετών, βαθμολογία τροποποιημένης κλίμακας Rankin ≥ 3 , ικανότητα να κάθεται χωρίς βοήθεια, βαθμολογία PASS ≤ 12.5 μονάδες, οι φροντιστές ήταν σε θέση να βοηθήσουν στην εγκατάσταση και να διασφαλίσουν την ασφάλεια κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, χωρίς προβλήματα όρασης, χωρίς ιστορικό χειρουργικής επέμβασης στην πλάτη, σκολίωσης, πόνου στη μέση, ικανότητα επικοινωνίας. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν διάγνωση άλλου νευρολογικού προβλήματος, μη ελεγχόμενη υπέρταση, ασταθείς ή ατύχημα κατά τη δοκιμή, αδυναμία υπακοής σε οδηγίες	δεν υφίστανται	ασθενείς που πέρασαν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	18-63 ημέρες	συνήθης φροντίδα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Carli (2022)	425	48-70 ετών	A (237), Γ (188)	≥ 18 ετών, με διάγνωση εμφράγματος μυοκαρδίου (τύπου I) ή καρκίνου μαστού ή προστάτη χωρίς ενεργό θεραπεία (σταδίου II, III ή IV) ή νεφρικής ανεπάρκειας (σταθερή σταδίου III, IV ή V) ή ακρωτηριασμό ποδιού <6 μήνες. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν διάγνωση μείζονος ψυχιατρικής διαταραχής εκτός της κατάθλιψης, νέα αντικαταθλιπτική αγωγή <2 μήνες, οποιουδήποτε τύπου γνωστική εξασθένιση, ενεργά αυτοκτονικοί, ασθενείς που είχαν ακολουθήσει δομημένες ψυχολογικές θεραπείες <3 μήνες πριν, είχαν συμμετάσχει ή συμμετείχαν εκείνη τη στιγμή σε κλινικές δοκιμές που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τους στόχους της μελέτης, δεν μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν την τεχνολογία έξυπνων κινητών	99 (53 έλλειψη ενδιαφέροντος, 23 μη συμμόρφωση, 13 ιατρικά προβλήματα που δεν σχετίζονται με το σύστημα NEVERMIND, 7 οικογενειακά προβλήματα και 3 συχνά ταξίδια)	ασθενείς με διάγνωση εμφράγματος μυοκαρδίου, καρκίνο μαστού, καρκίνο προστάτη, νεφρική ανεπάρκεια ή ακρωτηριασμό κάτω άκρων	δεν αναφέρεται	συνήθης φροντίδα
Gauthier (2022)	193	39-77 ετών	A (110), Γ (57)	ενήλικες με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ≥ 6 μήνες πριν, με χρόνια ημιπάρεση των άνω άκρων ήπιας έως μέτριας μορφής και σε θέση να παράσχουν ενημερωμένη γραπτή συγκατάθεση	80 (23 έχασαν το ενδιαφέρον τους, 21 ιατρικοί λόγοι, 7 μη εμφάνιση, 22 αδυναμία επικοινωνίας, 6 μετακόμιση, 1 διάγνωση διαφορετική από AEE)	ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που ζουν στην κοινότητα με χρόνια ημιπάρεση των άνω άκρων ήπιας έως μέτριας μορφής	<14 έτη	συμπεριφοριστική παρέμβαση με κινητική εξάσκηση εξ' ολοκλήρου αυτοδιαχειριζόμενη κατ' οίκον μέσω ενός βιντεοπαιχ

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
								νιδιού (ομάδα Β), τυπική ομάδα αποκατάστασης (ομάδα Γ), θεραπεία με τη μέθοδο του αποκλεισμού (ομάδα Δ)
Hsia (2022)	669	31-75 ετών	A (303), Γ (366)	ασθενείς με διαβήτη τύπου II, HbA1c 7 - 11% και πρόσβαση σε έξυπνο κινητό. Εξαιρέθηκαν καπνιστές, μη ομιλώντες την αγγλική, όσοι λάμβαναν προγευματική ινσουλίνη, κορτικοστεροειδή από το στόμα ή είχαν ενεργές διατροφικές διαταραχές	41 (23 απέσυραν τη συγκατάθεση, 18 χάθηκαν στην παρακολούθηση)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	3-19 έτη	εφαρμογή κινητού τηλεφώνου , κορυφαία στην τυπική φροντίδα των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Huang (2022)	30	22-71 ετών	A (10), Γ (20)	20 - 75 ετών, έναρξη του εγκεφαλικού επεισοδίου > 3 μήνες, στάδιο Brunnstrom > 3, διάγνωση εγκεφαλικού επεισοδίου επιβεβαιωμένη με αξονική ή μαγνητική τομογραφία, βαθμολογία Mini-Mental State Examination > 18, μη ύπαρξη άλλων νευρολογικών διαταραχών. Εξαιρέθηκαν όσοι συμμετείχαν σε άλλες δοκιμές που σχετίζονται με την αποκατάσταση ή κλινικές δοκιμές <3 μήνες, αισθητηριακή απραξία, σοβαρές διαταραχές στην όραση ή την οπτική αντίληψη, λήψη θεραπείας με βαρφαρίνη ή ανταγωνιστή της βιταμίνης K, υψηλός κίνδυνος επιληψίας, αδυναμία συνεργασίας με τον ερευνητή για την εκτέλεση των δραστηριοτήτων και άρνηση να υποβληθούν στην εξέταση αίματος	δεν υφίστανται	ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο >6 μήνες	~6.5 έτη	συμβατική εργοθεραπεία
Jiao (2022)	576	≤40 ετών (79.9% του δείγματος)	A (576)	≥18 ετών, διάγνωση HIV και λήψη αντιρετροϊκής αγωγής στο νοσοκομείο, γεννήθηκαν βιολογικά άνδρες, είχαν αναφέρει πρωκτικό σεξ με άνδρες. Εξαιρέθηκαν όσοι δεν είχαν δικό τους κινητό τηλέφωνο ή δεν είχαν πρόσβαση στο Διαδίκτυο ή δεν μπορούσαν να συμπληρώσουν την έρευνα για προσωπικούς λόγους	75 (διστακτικοί στη συμμετοχή στη μελέτη ή οι πάροχοι υγείας ξέχασαν να παραπέμψουν τους συμμετέχοντες στον επανέλεγχο)	άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες και ζουν με διάγνωση HIV	δεν αναφέρεται	ομάδα ελέγχου με τις ίδιες 3 ομάδες όπως στην ομάδα παρέμβασης, οι οποίες λάμβαναν μηνύματα συμπεριφοράς υγείας

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
María Gómez (2022)	87	48-69 ετών	A (49), Γ (37)	≥18 ετών, με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, υπό θεραπεία βασικής και προγευματικής ινσουλίνης, με HbA1c ≥ 6,5%, κατοχή κινητού τηλεφώνου και σύνδεση στο διαδίκτυο. Εξαιρέθηκαν όσοι εισήχθησαν για οξεία απορρύθμιση του διαβήτη ή οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, υπό θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή τους τελευταίους 3 μήνες, που χρησιμοποιούσαν συνεχή παρακολούθηση της γλυκόζης σε πραγματικό χρόνο ή διαλείπουσα, με προβλήματα όρασης, εγκυμοσύνη, ψυχιατρική νόσο ή γνωσιακή διαταραχή που περιόριζε την πιθανότητα χρήσης της συσκευής	23 (6 θάνατοι, 7 αδυναμία επικοινωνίας, 7 αποχώρησαν, 3 δεν χρησιμοποίησαν την παρέμβαση)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, οι οποίοι μετέβαιναν από την ενδονοσοκομειακή στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη	1-17 έτη	και διατροφής βάσει της συνήθους φροντίδας συνήθης φροντίδα
Marshall (2022)	49.138	32-58 ετών	A (1071), Γ (4339), άλλο (169)	≥18 ετών, κάτοικοι Ηνωμένων Πολιτειών, με αυτοαναφερόμενες καρδιαγγειακές νόσους στην πλατφόρμα Achievement	37.901 (δεν ολοκλήρωσαν τους επανελέγχους)	ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο	δεν αναφέρεται	καμία παρέμβαση
Nadort (2022)	190	49-79 ετών	A (117), Γ (73)	≥18 ετών, σε χρόνια αιμοκάθαρση, με αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (βαθμολογία ≥10 στο Beck Depression Inventory - second	68 (15 θάνατοι, 20 σωματική ασθένεια, 10 μεταμοσχεύσεις νεφρού, 2 αδυναμία κατανόησης	ασθενείς σε χρόνια αιμοκάθαρση με καταθλιπτική	8-49 μήνες	συνήθης φροντίδα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
				edition (BDI-II)). Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν ενεργή αυτοκτονική διάθεση ή δεν γνώριζαν επαρκώς την ολλανδική γλώσσα	λόγω γλώσσας, 21 χωρίς κίνητρο)	συμπτωματολογία		
Schuit (2022)	138	49-73 ετών	A (74), Γ (64)	γνωστή στον ασθενή διάγνωση καρκίνου χωρίς άλλες θεραπευτικές επιλογές, προσδόκιμο ζωής ≥ 3 μηνών. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν σοβαρές γνωστικές διαταραχές, δεν κατανοούσαν καλά την ολλανδική, ήταν πολύ άρρωστοι για να συμμετάσχουν, χωρίς πρόσβαση στο διαδίκτυο ή σε λογαριασμό ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, συμμετοχή σε άλλες μελέτες ή είχαν ήδη χρησιμοποιήσει το Oncokompas στο παρελθόν	16 (9 πολύ επιβαρυνμένοι, 4 θάνατοι, 1 δυσκολία στη συμμετοχή, 1 δυσπιστία ως προς τη χρησιμότητα της μελέτης, 1 άγνωστοι λόγοι)	ασθενείς με σοβαρό καρκίνο, που έχουν προσδόκιμο ζωής ≥ 3 μηνών	δεν αναφέρεται	λίστα αναμονής
Wagner (2022)	140	29-53 ετών	A (15), Γ (125)	απώλεια στενού προσώπου από αυτοκτονία, 18 - 75 ετών, επαρκής γνώση της γερμανικής, πρόσβαση στο διαδίκτυο. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν σοβαρή κατάθλιψη, οξεία αυτοκτονικότητα, ψύχωση, κατάχρηση ουσιών, διπολική διαταραχή, οριακή διαταραχή προσωπικότητας ή αυτοτραυματισμό	63 (47 αποχώρησαν κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, 8 δεν απάντησαν στην αξιολόγηση, 8 αποσύρθηκαν αμέσως μετά την τυχαιοποίηση)	πενθούντες άτομα που αυτοκτόνησαν	έως 4.5 έτη	λίστα αναμονής
Yu (2022)	172	61-70 ετών (~46% του δείγματος)	A (139), Γ (29)	διάγνωση καρκίνου του οισοφάγου και υπαγωγή σε ενισχυμένο πρόγραμμα ανάρρωσης κατόπιν του χειρουργείου, ικανότητα κατανόησης και επικοινωνίας στην κινεζική γλώσσα, ≥ 18 ετών, απουσία γνωστικών ελλειμμάτων.	4 (3 αδυναμία επικοινωνίας, 1 αποχώρησε)	ασθενείς με χειρουργηθέν καρκίνο οισοφάγου και ενισχυμένο πρόγραμμα	μετά από χειρουργείο για τον καρκίνο του οισοφάγου	συνήθης φροντίδα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
				Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν άλλο είδος καρκίνου, άλλη σοβαρή ασθένεια, ιστορικό ψυχιατρικής νόσου ή λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων		ανάρρωσης μετά		
Al-Kharouf (2023)	154	45-62 ετών	A (33), Γ (70)	≥18 ετών, διάγνωση άσθματος ή ΧΑΠ, σε χρόνια θεραπεία με συσκευή εισπνοής για ≥1 μήνα. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν ανοσοκαταστολή), πολύ σοβαρή κλινική εικόνα	51 (2 αποχώρησαν κατά την εισαγωγική συνέντευξη, 49 χάθηκαν στον επανέλεγχο)	ασθενείς με άσθμα ή Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, σε θεραπεία με εισπνοές	δεν αναφέρεται	λεκτική επίδειξη χρήσης της συσκευής εισπνοών
Aunon (2023)	119	25-41 ετών	Γ (119)	≥ 18 ετών ή χειραφετημένες ανήλικες, οροθετικές, υπό αντιρετροϊκή αγωγή, πρόσβαση σε κινητό τηλέφωνο, προθυμία λήψης γραπτών μηνυμάτων και ικανότητας ανάγνωσης αυτών ή είχαν έναν έμπιστο άνθρωπο που μπορούσε να διαβάσει τα μηνύματα. Εξαιρέθηκαν όσες σχεδίαζαν να μετακομίσουν τους επόμενους 6 μήνες ή είχαν αντένδειξη για άμεση έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής	15 (1 θάνατος, 1 προβλήματα σύνδεσης, 1 αποχώρηση, 1 σε ταξίδι, 11 χάθηκαν στον επανέλεγχο)	οροθετικές γυναίκες που ξεκινούν ή αλλάζουν σχήμα αντιρετροϊκής αγωγής	δεν αναφέρεται	συνήθης φροντίδα
Banu (2023)	990	38-56 ετών	A (321), Γ (669)	διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη, εγγεγραμμένοι στο νοσοκομείο αναφοράς και κάτοικοι της περιοχής Thakurgaon, 18 - 64 ετών. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν σακχαρώδη διαβήτη κύησης και νοητική ή σωματική αναπηρία	86 (19 θάνατοι, 67 αποχώρησαν)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη	3-11 έτη	ατομική μονοήμερη εκπαιδευτική συνεδρία για την αυτοδιαχείριση του διαβήτη και μηνιαία

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Dominguez-Rodriguez (2023)	1109	21-62 ετών	A (10), Γ (103), μη δυαδικό (1)	≥18 ετών, πρόσβαση στο διαδίκτυο, έγκυρη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, βασικές ψηφιακές δεξιότητες, ευχέρεια στην ισπανική, εμπειρία απώλειας αγαπημένου προσώπου εντός των τελευταίων 6 μηνών και αναφερόμενα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους ή στρες. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν ψυχωσική διαταραχή, είχαν περάσει >6 μήνες από την απώλεια του αγαπημένου προσώπου, λάμβαναν ψυχολογική και φαρμακολογική θεραπεία κατά τη στιγμή της μελέτης, είχαν μέτρια/υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα αυτοκτονικότητας, πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας (<3	33 (995 δεν ολοκλήρωσαν την παρέμβαση, 33 χάθηκαν στον επανέλεγχο)	πενθούντες αγαπημένα πρόσωπα	<6 μήνες	επίσκεψη στο σπίτι από υγειονομικούς (ομάδα Β), ατομική μονοήμερη εκπαιδευτική συνεδρία για την αυτοδιαχείριση του διαβήτη (ομάδα Γ)

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
				μήνες πριν) ή διάγνωση μετατραυματικού στρες				
Feng (2023)	228	58-72 ετών	A (109), Γ (116)	εγγραφή σε 1 από τα 2 κοινοτικά κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Jiading, διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου II ≥ 6 μήνες, 18 - 79 ετών, HbA1c $\geq 7\%$, δεν είχαν σχέδια μετακόμισης για τους επόμενους 12 μήνες και ένα μέλος της οικογένειας μπορούσε να χρησιμοποιήσει το WeChat. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν άλλες σοβαρές ασθένειες, εγκυμοσύνη, συμμετείχαν σε άλλη μελέτη παρέμβασης	3 (αδυναμία επικοινωνίας)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	6-20 έτη	συνήθης φροντίδα
Graetz (2023)	224	44-68 ετών	A (108), Γ (116)	≥ 18 ετών, με διάγνωση καρκίνου, εντός 1 μηνός από την έναρξη της χημειοθεραπείας, με έγκυρη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, έξυπνο κινητό με πρόγραμμα δεδομένων. Εξαιρέθηκαν όσοι δεν μπορούσαν να επικοινωνήσουν στα αγγλικά	90 (55 χάθηκαν στον επανέλεγχο, 35 δεν έλαβαν την παρέμβαση)	ασθενείς με διάγνωση ενεργού συμπαγούς όγκου ή αιματολογικής κακοήθειας	δεν αναφέρεται	συνήθης φροντίδα
Hermanns (2023)	251	53-67 ετών	A (160), Γ (91)	διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, ένδειξη για θεραπεία με βασική ινσουλίνη άπαξ ημερησίως σε συνδυασμό με από του στόματος αντιδιαβητικούς παράγοντες ή ενέσιμα, και $7,5\% < \text{HbA1c} < 10,0\%$. Εξαιρέθηκαν όσοι έκαναν θεραπεία με προγευματική ινσουλίνη, Δείκτης Μάζας Σώματος $< 25 \text{ kg/m}^2$, χρήση άλλης εφαρμογής τιτλοποίησης ινσουλίνης	26 (9 δεν εμφανίστηκαν, 1 θάνατος, 5 αποχώρησαν, 7 δεν χρησιμοποίησαν την εφαρμογή για τεχνικούς λόγους, 2 δεν ενέπιπταν στα κριτήρια επιλογής, 2 υπερέβησαν τη διάρκεια της μελέτης)	ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II	6-16 έτη	γραπτές πληροφορίες για την τιτλοποίηση της δόσης της βασικής ινσουλίνης

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Lee (2023)	222	47-65 ετών	A (84), Γ (138)	≥18 ετών, διάγνωση καρκίνου μαστού, πνεύμονα, κεφαλής, τραχήλου, οισοφάγου ή γυναικολογικό, είχαν προγραμματίσει να λάβουν χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία, κατοχή έξυπνου κινητού μόνο με λειτουργικό σύστημα Android. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν ιστορικό σοβαρών γνωστικών διαταραχών, ψυχολογικών ή σωματικών προβλημάτων, προσδόκιμο ζωής <6 μηνών	9 (6 αποχώρησαν, 2 έχασαν τον τελικό έλεγχο, 1 παρήλθε ο χρόνος)	ασθενείς με καρκίνο μαστού, πνεύμονα, κεφαλής, τραχήλου, οισοφάγου ή γυναικολογικό καρκίνο	δεν αναφέρεται	συνήθης φροντίδα και χειρόγραφο ημερολόγιο
Mooney (2023)	365	59-85 ετών	A (92), Γ (206)	φροντιστές: ≥18 ετών, ομιλία/γραφή αγγλικών, καθημερινή φροντίδα μέλους της οικογένειας με καρκίνο, το οποίο ήταν εγγεγραμμένο σε έναν από τους συμμετέχοντες ξενώνες, καθημερινή πρόσβαση σε τηλέφωνο, χωρίς πρόθεση μετακόμισης μέχρι το θάνατο του ασθενούς. Ασθενείς: ≥18 ετών, διάγνωση καρκίνου, περιορισμένο προσδόκιμο ζωής και εισαγωγή σε ένα από τα συμμετέχοντα προγράμματα ξενώνα κατ' οίκον φροντίδας.	67 (35 χάθηκαν στον επανέλεγχο, 32 έλειπαν δεδομένα συμμεταβλητών)	φροντιστές ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου	εντός της πρώτης εβδομάδας της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας	συνήθης φροντίδα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Neal (2023)	150 δυάδες	50-95 ετών	A (72), Γ (56)	διάγνωση ήπιας γνωστικής εξασθένησης ή άνοιας, σύνδεση στο διαδίκτυο, άτυπο φροντιστή. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν διάγνωση πρωτοπαθούς προοδευτικής αφασίας, σοβαρής οπτικής αναπηρίας, ανεπαρκούς γνώσης της ολλανδικής, ταυτόχρονη συμμετοχή σε άλλη παρεμβατική μελέτη	22 (6 αποχώρησαν, 6 επιβαρύνθηκαν από την παρέμβαση, 3 άσχετα προβλήματα υγείας, 2 οξεία επιβάρυνση άνοιας, 5 δεν βρήκαν βελτίωση από την παρέμβαση)	ασθενείς με ήπια γνωστική εξασθένηση ή άνοια και οι φροντιστές τους	δεν αναφέρεται	συνήθης ψηφιακή φροντίδα
Neubert (2023)	172	20-82 ετών	A (49), Γ (108)	κακοήθεις όγκοι συμπαγών οργάνων, ≥18 ετών. Εξαιρέθηκαν όσοι δεν μιλούσαν επαρκώς τη γερμανική ή είχαν σοβαρές σωματικές ή πνευματικές διαταραχές	33 (4 θάνατοι, 7 πρόοδος νόσου, 2 λάθος στη συμπερίληψη στο δείγμα, 1 απώλεια ενδιαφέροντος, 19 άγνωστοι λόγοι)	καρκινοπαθείς με όγκους συμπαγών οργάνων	δεν αναφέρεται	λίστα αναμονής
Pandian (2023)	4298	18-89 ετών	A (3122), Γ (1176)	≥18 ετών, με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο ή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, τροποποιημένη κλίμακα Rankin 2-5, χωρίς σοβαρές συννοσηρότητες, κατοχή λειτουργικής προσωπικής κινητής συσκευής τηλεφωνίας, να είναι σε θέση να διαβάσουν και να ολοκληρώνουν απλές εργασίες είτε οι ίδιοι είτε με τη βοήθεια του φροντιστή τους	1260 (1215 δεν ολοκλήρωσαν λόγω διακοπής της μελέτης, 45 χάθηκαν στον επανέλεγχο)	ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία	δεν αναφέρεται	συνήθης φροντίδα
Rehman (2023)	26 δυάδες	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	γονείς/κηδεμόνες παιδιών που επρόκειτο να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση Fontan εντός 4-6 εβδομάδων. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν επίπεδο ανάγνωσης ή κατανόησης μικρότερο του βου βαθμού	7 (δεν ολοκλήρωσαν τις αξιολογήσεις)	γονείς/κηδεμόνες παιδιών που επρόκειτο να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση Fontan	2-4 έτη	συνήθης φροντίδα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Reitsma (2023)	65	40-66 ετών	A (10), Γ (5)	ενήλικες που έχασαν σύζυγο, μέλος της οικογένειας ή φίλο για διάφορες αιτίες, ≥ 3 μήνες κατά τη διάρκεια της πανδημίας, με κλινικά σημαντική Πρώιμη Επίμονη Σύνθετη Διαταραχή Πένθους, Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες και/ή κατάθλιψης. Εξαιρέθηκαν όσοι δεν γνώριζαν ολλανδικά, δεν είχαν πρόσβαση στο διαδίκτυο, είχαν διαγνωστεί με ψυχωτική διαταραχή ή/και ανέφεραν υψηλό αυτοκτονικό ιδεασμό	14 (2 αναζήτησαν άλλη ψυχολογική βοήθεια, 1 δεν είχε υπολογιστή, 2 αδυναμία διάθεσης χρόνου, 2 δεν μπορούσαν να συνεχίσουν χωρίς βοήθεια θεραπευτή, 5 δεν ολοκλήρωσαν τη θεραπεία, 2 άγνωστοι λόγοι)	ενήλικες που έχασαν σύζυγο, μέλος οικογένειας ή φίλο από διάφορες αιτίες, ≥ 3 μήνες, κατά τη διάρκεια της πανδημίας του ιού SARS-CoV-2	3-9 μήνες	λίστα αναμονής
Rhodus (2023)	30 δυάδες	70-86 ετών (ασθενείς), 58-80 (φροντιστές)	A (11), Γ (19)	σταθερή ιατρική κατάσταση, σταθερή χρήση φαρμάκων για ≥ 1 μήνα, δεν συμμετείχαν σε γνωσιακή αποκατάσταση ή εργοθεραπεία και είχαν πρόθυμο φροντιστή. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν περιορισμό στο κρεβάτι, σωματικά βίαιες συμπεριφορές, βαθιά ή ολική απώλεια αισθήσεων, διάγνωση μείζονος ψυχικής νόσου και χρήση ερευνητικών φαρμάκων ≥ 30 ημερών	5 (2 έληξε η παρέμβαση, 3 αρνήθηκε τη συμμετοχή στην παρέμβαση)	ασθενείς με νόσο Alzheimer και φροντιστές τους	1-8 έτη	τυποποιημένη εκπαίδευση στη φροντίδα της άνοιας, με τη χρήση μιας προσέγγισης βασισμένης στις αισθήσεις (ομάδα B), ομάδα που περιλαμβάνει εκπαίδευση για την ασφάλεια στο σπίτι

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Saussez (2023)	40	6-12 ετών	A (20), Γ (20)	διάγνωση μονόπλευρης εγκεφαλικής παράλυσης, 5 - 18 ετών, ικανότητα σύλληψης/κράτησης ελαφρών αντικειμένων με το περισσότερο επηρεασμένο χέρι, επαρκή γνωστική ικανότητα για συμμετοχή σε δομημένα παιχνίδια, τήρηση οδηγιών και συμπλήρωση εξετάσεων. Εξαιρέθηκαν όσοι είχαν μη ελεγχόμενες επιληπτικές κρίσεις, είχαν κάνει ένεση αλλαντοτοξίνης ή ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση <6 μήνες πριν ή κατά τη διάρκεια της μελέτης, και μη διορθωμένα προβλήματα όρασης	6 (1 επιληπτική κρίση, 5 αδυναμία συνεργασίας)	παιδιά με εγκεφαλική παράλυση	δεν αναφέρεται	και εβδομαδιαία παρακολούθηση συμπεριφορών (ομάδα Γ) HABIT-ILE: παρέμβαση που εφαρμόζει αρχές εκμάθησης κινητικών δεξιοτήτων και εστιάζει στον διχειροκίνητο συντονισμό, τον έλεγχο της στάσης και τη διέγερση των κάτω άκρων

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αριθμός συμμετεχόντων	Ηλικία	Φύλο	Βασικά χαρακτηριστικά	Χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν την έρευνα	Σχέση με το τραυματικό γεγονός	Διάρκεια βίωσης τραυματικού γεγονότος	Είδος ομάδας ελέγχου
Tran (2023)	495	31-45 ετών	A (254), Γ (171)	οροθετικοί ασθενείς, χωρίς χρήση άλλης εφαρμογής έξυπνου κινητού για υποστήριξη με τη νόσο, χωρίς γνωστικές διαταραχές ή αναπηρίες	70 (5 προσωπικοί λόγοι, 5 χάθηκαν στον επανάλεγχο, 2 οικογενειακά ζητήματα, 3 μεταφορά σε άλλη κλινική, 55 χρησιμοποιούσαν άλλη εφαρμογή)	ασθενείς με διάγνωση HIV	3-10 έτη	συνήθης φροντίδα

AEE: Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, DSM: Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, GMFCS: Σύστημα Ταξινόμησης Αδρής Κινητικής Λειτουργίας για παιδιά με εγκεφαλική παράλυση, HbA1c: γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, HIV: Ιός Ανοσοανεπάρκειας Ανθρώπου, ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, ΝΥΗΑ: Καρδιολογική Εταιρεία της Νέας Υόρκης, PASS: Κλίμακα Αξιολόγησης Στάσης για το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, ΧΑΠ: Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Παράρτημα III: Πίνακας 4. Χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος παρέμβασης	Στόχος παρέμβασης	Διάρκεια παρέμβασης	Διάρκεια follow up
Wagner (2006)	διαδικτυακή συμπεριφοριστική θεραπεία για άτομα με περιπλεγμένο πένθος (συγγραφή εργασιών και ανατροφοδότηση)	μείωση έντασης συμπτωματολογίας περιπλεγμένου πένθους	5 εβδομάδες	3 μήνες
Boriani (2013)	δίκτυο CareLink: μια πλατφόρμα για την απομακρυσμένη παρακολούθηση εμφυτευσιμων καρδιακών συσκευών. Το σύστημα επιτρέπει στους ασθενείς να στέλνουν ολοκληρωμένα δεδομένα στην κλινική τους από οποιαδήποτε τοποθεσία.	μείωση του χρόνου από την ανίχνευση συμβάντων από τη συσκευή έως την λήψη κλινικών αποφάσεων	1 έτος	δεν υφίσταται
Kwok (2013)	πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης 12 συνεδριών από κοινωνικούς λειτουργούς μέσω τηλεφώνου	ανακούφιση της επιβάρυνσης των φροντιστών και ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας της φροντίδας	12 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Antypas (2014)	πρόσβαση σε μία προσαρμοσμένη έκδοση του ιστοτόπου, λήψη εξατομικευμένων μηνυμάτων κειμένου στο κινητό τηλέφωνο και παροχή ανατροφοδότησης	διατήρηση υψηλών επιπέδων φυσικής δραστηριότητας	κατά τη διάρκεια του προγράμματος αποκατάστασης	1 και 3 μήνες
Cernval (2015)	πρόγραμμα καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας μέσω διαδικτύου	μείωση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες, της κατάθλιψης και του άγχους μεταξύ των γονέων παιδιών που υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία και αναφέρουν υψηλό επίπεδο συμπτωμάτων	10 εβδομάδες	2 έτη (δεν έχουν δημοσιευτεί ακόμα τα σχετικά αποτελέσματα)
Tremont (2015)	τηλεφωνική παρέμβαση για παροχή εκπαίδευσης, συναισθηματικής υποστήριξης, καθοδήγησης σε κατάλληλες πηγές, ενθάρρυνσης να φροντίζουν τις σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές τους ανάγκες και διδασκαλίας στρατηγικών για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων προβλημάτων	μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, της επιβάρυνσης και των αντιδράσεων σε προβλήματα συμπεριφοράς του ασθενή, εξέταση των επιδράσεων της παρέμβασης σε μετρήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας, της οικογενειακής λειτουργικότητας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής	6 μήνες	δεν υφίσταται
van Bruinessen (2016)	PatientTIME: διαδικτυακή παρέμβαση, όπου η κεντρική πηγή πληροφοριών είναι 58 σύντομα αποσπάσματα βίντεο που δείχνουν προσομοιωμένους ασθενείς να επιδεικνύουν διαφορετικές επικοινωνιακές δεξιότητες κατά τη διάρκεια ιατρικών συναντήσεων	υποστήριξη και ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας των ασθενών, ώστε να αποκτήσουν μεγαλύτερο έλεγχο στην επικοινωνία με τον ιατρό τους	1 εβδομάδα πριν την κλινική επίσκεψη - διαθεσιμότητα καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης	3 μήνες

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος παρέμβασης	Στόχος παρέμβασης	Διάρκεια παρέμβασης	Διάρκεια follow up
Rańkowska (2017)	VoiceDiab: εφαρμογή για έξυπνα τηλέφωνα, η οποία διαθέτει λογισμικό για αυτόματη αναγνώριση ομιλίας και αλγόριθμο υπολογισμού της δόσης ινσουλίνης γεύματος	βοήθεια στον υπολογισμό της πλήρους δόσης ινσουλίνης, για ένα ικανοποιητικό καθημερινό γλυκαιμικό προφίλ και η διευκόλυνση της διαδικασίας και της λήψης αποφάσεων στον προγραμματισμό γεύματος-ινσουλίνης	22 ημέρες	δεν υφίσταται
Boele (2018)	διαδικτυακή καθοδηγούμενη σειρά μαθημάτων αυτοβοήθειας	βελτίωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων	5 εβδομάδες	12 μήνες
Ramadas (2018)	myDIDeA: διαδικτυακή σταδιακή εξατομικευμένη διαιτητική παρέμβαση με στόχο τις διατροφικές γνώσεις, τη στάση και συμπεριφορά, τα διατροφικά στάδια αλλαγής, τη γλυκόζη αίματος νηστείας και τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c)	βελτίωση διατροφικών γνώσεων, στάσεων, συμπεριφορών και γλυκαιμικού προφίλ	6 μήνες	12 μήνες
Diefenbach (2018)	Healing Choices: πρόγραμμα για τη μείωση των συγκρούσεων και του άγχους αποφάσεων. Παρέχονται πληροφορίες σε βίντεο από γιατρούς και επιζώντες, διαδραστική ενότητα αποσαφήνισης αξιών, καθώς και στρατηγικές για την αντιμετώπιση του άγχους και τη βελτίωση της επικοινωνίας ασθενούς-ιατρού	μείωση των συγκρούσεων και του άγχους αποφάσεων	δεν αναφέρεται	2 μήνες
Brodbeck (2019)	LIVIA: διαδικτυακές συνεδρίες αυτοβοήθειας	μείωση συμπτωμάτων πένθους, κατάθλιψης, ψυχολογικής δυσφορίας καθώς και της πικρίας, της μοναξιάς και του αισθήματος ανικανοποίητου	10 εβδομάδες	3 μήνες
Kosse (2019)	ADAPT: εφαρμογή για έξυπνα κινητά τηλέφωνα ασθενών, η οποία συνδεόταν στο κοινοτικό φαρμακείο. Περιελάμβανε δυνατότητες όπως παρακολούθηση ελέγχου της νόσου, σύντομες εκπαιδευτικές ταινίες, συνομιλία μεταξύ ασθενών, υπενθύμιση λήψης φαρμάκων κα	αύξηση συμμόρφωσης με την φαρμακευτική αγωγή	6 μήνες	δεν υφίσταται
Fjell (2020)	Interaktor: διαδραστική εφαρμογή για τον έγκαιρο εντοπισμό και διαχείριση των συμπτωμάτων και τη διευκόλυνση της αλληλεπίδρασης με τους επαγγελματίες υγείας	βελτίωση επιπέδων επιβάρυνσης των ασθενών από τα συμπτώματα της νεοεπικοινωνιακής χημειοθεραπείας και της ποιότητας ζωής	18 εβδομάδες	2 εβδομάδες
Huis In Het Veld (2020)	παρέμβαση με χρήση εξατομικευμένων μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, διαδικτυακών βίντεο και ηλεκτρονικών δελτίων	βελτίωση αυτοαποτελεσματικότητας	12 εβδομάδες	δεν υφίσταται

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος παρέμβασης	Στόχος παρέμβασης	Διάρκεια παρέμβασης	Διάρκεια follow up
Kassavou (2020)	εξατομικευμένη παρέμβαση με γραπτά μηνύματα στο κινητό και διαδραστική φωνητική ανταπόκριση	βελτίωση συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή	12 εβδομάδες	3 μήνες
Laver (2020)	βιντεοδιασκέψεις για την παρέμβαση COPE	βελτίωση δυνατοτήτων επίλυσης προβλημάτων, εκπαίδευσης και ανάπτυξης δεξιοτήτων του φροντιστή	16 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Lee (2020)	ένας γλυκο-τηλεμετρητής ανέβαζε αυτόματα οποιεσδήποτε μετρήσεις γλυκόζης αίματος σε μια διαδικτυακή πύλη. Οι συμμετέχοντες διαβίβαζαν έως και 6 μετρήσεις γλυκόζης εβδομαδιαίως σε έναν κεντρικό διακομιστή. Ένα μήνυμα μεταδιδόταν για ενημέρωση του θεράποντα σε περίπτωση 3 συνεχόμενων υπερ/υπογλυκαιμικών καταγραφών	βελτίωση επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης	1 έτος	δεν υφίσταται
Nobakht (2020)	ιστοσελίδα με 9 εκπαιδευτικά θέματα εβδομαδιαίως και πρόσβαση σε έναν ειδικό για ερωτήσεις	μείωση επιπέδων άγχους, κατάθλιψης, στρες, μυοσκελετικού πόνου και βελτίωση ποιότητας ζωής	12 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Xu (2020)	ErxDiabetes: παρέμβαση βασισμένη σε SMS και τηλεφωνικές κλήσεις, η οποία επιτρέπει την αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και παρόχου εβδομαδιαίο μήνυμα κειμένου στο οποίο παρέχεται ενημέρωση για θέματα αυτοφροντίδας του σακχαρώδη διαβήτη, υγιεινής διατροφής και σωματικής δραστηριότητας	μείωση επιπέδων σακχάρων νηστείας και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης	6 μήνες	δεν υφίσταται
Aceti (2021)	ενημέρωση για θέματα αυτοφροντίδας του σακχαρώδη διαβήτη, υγιεινής διατροφής και σωματικής δραστηριότητας	βελτίωση της ικανοποίησης από την αυτοφροντίδα των ασθενών και γλυκαιμικού ελέγχου	6 μήνες	δεν υφίσταται
Bendig (2021)	iCBT: διαδικτυακή γνωσιακή-συμπεριφοριστική παρέμβαση για την κατάθλιψη	βελτίωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων	8 εβδομάδες με δυνατότητα διαλειμμάτων	δεν υφίσταται
Carter (2021)	διαδικτυακές ομαδικές συνεδρίες, CD με ηχογραφήσεις των δεξιοτήτων προσαρμοστικότητας που διδάχθηκαν στις συνεδρίες για βοήθεια στην πρακτική στο σπίτι, ασκήσεις για το σπίτι προσαρμοσμένες στη νευροϊνωμάτωση τύπου 2 και τη συναισθηματική ευελιξία	βελτίωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αντιληπτού στρες	8 εβδομάδες	6 μήνες

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος παρέμβασης	Στόχος παρέμβασης	Διάρκεια παρέμβασης	Διάρκεια follow up
Elfrink (2021)	Online Life Story Book (OLSB): παρέμβαση ανάμνησης που επιτρέπει στο χρήστη να μοιράζεται ψηφιακά τις αναμνήσεις του χρησιμοποιώντας πολυμέσα και πολυαισθητηριακές ενδείξεις, οι οποίες μπορεί να γίνουν πιο σημαντικές για την ανάκληση αναμνήσεων όταν η ασθένεια εξελιχθεί	βελτίωση νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων και άγχους και ποιότητας ζωής των φροντιστών	10 εβδομάδες	6 μήνες
Han (2021)	προσαρμοσμένες ομαδικές συνεδρίες και χρήση εφαρμογής κινητού τηλεφώνου για τη διαχείριση συμπτωμάτων	βελτίωση γνώσεων διαχείρισης συμπτωμάτων, βεβαιότητας συμπτωμάτων, ποιότητας ζωής, αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή	4 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Hidrus (2021)	Brain Break: βίντεο με ασκήσεις διάρκειας 10', ειδικά σχεδιασμένα για ασθενείς με διαβήτη, μεταφορτώθηκαν στο WhatsApp	βελτίωση των δεξιοτήτων λήψης αποφάσεων των συμμετεχόντων	4 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Sunil (2021)	DIAGURU: εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα, η οποία επικεντρώνεται κυρίως στην τροποποίηση του τρόπου ζωής και τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής	βελτίωση επίπεδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης	6 μήνες	δεν υφίσταται
Sveen (2021)	διαδικτυακή γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία για την αϋπνία	βελτίωση αϋπνίας	9 εβδομάδες	18 μήνες
Zhu (2021)	διαδικτυακό λογισμικό για τη διαχείριση της παρακολούθησης της αντιπηκτικής αγωγής	βελτίωση της διαχείρισης της αντιπηκτικής αγωγής	1 έτος	δεν υφίσταται
Araphhaksakul (2022)	δίσκος ισορροπίας σε ασταθή επιφάνεια και οπτική ανατροφοδότηση σε πραγματικό χρόνο μέσω κλισιομετρικής εφαρμογής κινητού τηλεφώνου	βελτίωση ελέγχου του κορμού	4 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Carli (2022)	NEVERMIND: παρέμβαση με ένα μπλουζάκι με αισθητήρες και μια εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα, η οποία συλλέγει σωματικά και ψυχομετρικά δεδομένα. Από τις συνδυασμένες πληροφορίες της μπλούζας και της εφαρμογής, οι ασθενείς λαμβάνουν εξατομικευμένη ανατροφοδότηση για την αυτοδιαχείριση των συμπτωμάτων της ψυχικής τους υγείας	μείωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας	12 εβδομάδες	6 μήνες
Gauthier (2022)	συμπεριφοριστική παρέμβαση με κινητική εξάσκηση εξ' ολοκλήρου αυτοδιαχειριζόμενη κατ' οίκον μέσω ενός βιντεοπαιχνιδιού και πρόσθετη επαφή με θεραπευτή μέσω τηλεφροντίδας	βελτίωση ποιότητας καθημερινής χρήσης του παρետικού βραχίονα	3 εβδομάδες	6 μήνες

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος παρέμβασης	Στόχος παρέμβασης	Διάρκεια παρέμβασης	Διάρκεια follow up
Hsia (2022)	BT-001: ψηφιακή θεραπευτική εφαρμογή που παρέχει γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία και ένα σχέδιο θεραπείας που συνοψίζει καθημερινούς και εβδομαδιαίους στόχους για τη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου	βελτίωση γλυκαιμικού ελέγχου	3 μήνες	δεν υφίσταται
Huang (2022)	εμπορικό σύστημα κεφαλής εικονικής πραγματικότητας, από την HTC VIVE, για εκπαίδευση κινητικού ελέγχου με χρήση εικονικής πραγματικότητας	βελτίωση κινητικής λειτουργίας	5 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Jiao (2022)	διαφοροποιημένη ψηφιακή παρέμβαση με 3 ομάδες: άμεσα μηνύματα και μέσα κοινωνικής δικτύωσης, μηνύματα κειμένου, άμεσα μηνύματα, οι οποίες λάμβαναν μηνύματα για την υγεία, υπενθύμιση φαρμακευτικής αγωγής, εκπαίδευση από άλλους ασθενείς και ηλεκτρονική συζήτηση σε ομάδες	βελτίωση συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή	6 μήνες	δεν υφίσταται
María Gómez (2022)	ClouDi: πλατφόρμα τηλεϊατρικής με διαδικτυακή έκδοση, έκδοση για φορητές συσκευές και εφαρμογή σταθερού υπολογιστή, η οποία εγκαθίσταται, επιτρέποντας έτσι την αυτόματη μεταφόρτωση των μετρήσεων γλυκόζης που λαμβάνονται μέσω του γλυκόμετρου Optium Neo (Abbott Diabetes Care, ΗΠΑ) στην απομακρυσμένη υπηρεσία αποθήκευσης αρχείων	βελτίωση γλυκαιμικού ελέγχου	3 μήνες	δεν υφίσταται
Marshall (2022)	μέλη της πλατφόρμας κινητών τηλεφώνων Achievement έλαβαν μια σειρά από 6 ψηφιακά μηνύματα παρέμβασης που προωθούσαν τον εμβολιασμό κατά της γρίπης	αύξηση ποσοστών αντιγριπικού εμβολιασμού	2 μήνες	8 μήνες
Nadort (2022)	καθοδηγούμενη παρέμβαση αυτοβοήθειας μέσω διαδικτύου	βελτίωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας	10 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Schuit (2022)	Oncokompas: εφαρμογή ηλεκτρονικής υγείας με τεχνολογία συμπεριφορικής παρέμβασης	βελτίωση αυτοαναφερόμενων γνώσεων, δεξιοτήτων και αυτοπεποίθησης των ασθενών για την αυτοδιαχείριση της υγείας τους ή της χρόνιας πάθησής τους	3 μήνες	δεν υφίσταται
Wagner (2022)	διαδικτυακή ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση σε ομάδες	μείωση αισθημάτων αυτοκτονικότητας και κατάθλιψης	12 εβδομάδες	6 μήνες

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος παρέμβασης	Στόχος παρέμβασης	Διάρκεια παρέμβασης	Διάρκεια follow up
Yu (2022)	τηλεφωνική και διαδικτυακή υποστηρικτική φροντίδα υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών	βελτίωση διατροφικής κατάστασης, ποιότητας ζωής και ικανοποίησης των ασθενών	6 μήνες	δεν υφίσταται
Al-Kharouf (2023)	βασισμένη σε βίντεο εκπαίδευση, εύκολα προσβάσιμη ανά πάσα στιγμή, παρεχόμενη σε έξυπνο κινητό	βελτίωση της τεχνικής χρήσης της συσκευής εισπνοής, καθώς και του ελέγχου της νόσου, της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής και της ποιότητας ζωής	3 μήνες	δεν υφίσταται
Aunon (2023)	Motivation Matters!: πολιτισμικά προσαρμοσμένη, θεωρητικά τεκμηριωμένη παρέμβαση τηλε-υγείας με βάση τη θεωρία των δεξιοτήτων πληροφόρησης-παρακίνησης-συμπεριφοράς	αύξηση της ιικής καταστολής	6 μήνες	δεν υφίσταται
Banu (2023)	ατομική μονοήμερη εκπαιδευτική συνεδρία σχετικά με την αυτοδιαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη και μηνιαία τηλεφωνική υπενθύμιση, βάσει εξατομικευμένων αναγκών	βελτίωση των γνώσεων, της συμμόρφωσης στην αυτοδιαχείριση και των αποτελεσμάτων υγείας	1 έτος	δεν υφίσταται
Dominguez-Rodriguez (2023)	Duelo COVID: δωρεάν, προσφερόμενη στο διαδίκτυο, σε ασύγχρονη μορφή μέσω της ιστοσελίδας Duelo COVID, αυτοεφαρμοζόμενη και πολυσύνθετη παρέμβαση που αποτελείται από 12 ενότητες σε 2 μορφές, βίντεο ή κείμενο	μείωση συμπτωμάτων περιπλεγμένου πένθους	36 ημέρες	3 μήνες
Feng (2023)	Jiading Sugar Steward: διαδικτυακά άρθρα παρέμβασης, τα οποία σχετίζονται με τη βελτίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας των ασθενών και τη στάση των μελών της οικογένειας σχετικά με την υπενθύμιση στους ασθενείς να βελτιώσουν τις δραστηριότητες αυτοφροντίδας τους	βελτίωση του ελέγχου της γλυκόζης, της αντίληψης του κινδύνου και τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας	12 μήνες	δεν υφίσταται
Graetz (2023)	LivingWith®: εφαρμογή σε κινητό τηλέφωνο, η οποία επιτρέπει τη διαχείριση σημαντικών ημερομηνιών, παρακολούθηση δεδομένων υγείας από άλλες εφαρμογές, αποθήκευση προσωπικών εγγράφων σχετικά με την υγεία, σημειώσεις, δίκτυο φίλων, παροχή θετικών επιβεβαιώσεων, εκπαιδευτικών πόρων και πληροφορίες τοπικών εκδηλώσεων	βελτίωση ποιότητας ζωής και χρήση των υπηρεσιών υγείας	3 μήνες	δεν υφίσταται
Hermanns (2023)	My Dose Coach: εφαρμογή κινητού τηλεφώνου για την τιτλοποίηση της δόσης της βασικής ινσουλίνης	βελτίωση επιπέδων HbA1c και αυτοαποτελεσματικότητας στο χειρισμό της νόσου	12 εβδομάδες	δεν υφίσταται

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος παρέμβασης	Στόχος παρέμβασης	Διάρκεια παρέμβασης	Διάρκεια follow up
Lee (2023)	ePRO-CTCAE: εφαρμογή κινητού τηλεφώνου, η οποία βοηθά τους καρκινοπαθείς να παρακολουθούν τα συμπτώματά τους οποτεδήποτε και οπουδήποτε κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας	αύξηση συμμετοχής των ασθενών στη διαχείριση των συμπτωμάτων	8 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Mooney (2023)	Symptom Care at Home: παρακολούθηση των δεδομένων των συμπτωμάτων του ασθενούς που ανέφερε ο φροντιστής και, μετά την αναφορά, παροχή άμεσων αυτοματοποιημένων μηνυμάτων διαχείρισης φροντίδας	μείωση της επιβάρυνσης των ασθενών από τα συμπτώματα με παράλληλη διατήρηση της ευημερίας των φροντιστών και παροχή καθοδήγησης των φροντιστών και ειδοποιήσεων από τους νοσηλευτές του ξενώνα	8 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Neal (2023)	FindMyApps: προσωποκεντρική, δυαδική εφαρμογή ηλεκτρονικής υγείας	υποστήριξη αυτοδιαχείρισης και κοινωνικής συμμετοχής των ασθενών, καθώς και την αίσθηση επάρκειας των άτυπων φροντιστών τους	3 μήνες	δεν υφίσταται
Neubert (2023)	αλληλουχία βίντεο, τα οποία περιελάμβαναν ψυχοεκπαίδευση σχετικά με το άγχος, στοιχεία της Θεραπείας Αποδοχής και Δέσμευσης και ασκήσεις γιόγκα και Qi Gong	μείωση επιπέδων άγχους, κατάθλιψης και φόβου εξέλιξης της νόσου, καθώς και της κόπωσης μετά το τέλος της θεραπείας	4 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Pandian (2023)	γραπτά SMS και μηνύματα βίντεο στο κινητό τηλέφωνο και τυπωμένο βιβλίο εργασίας προκειμένου για την πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων	πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων	1 έτος	δεν υφίσταται
Rehman (2023)	3 σύντομα διαδικτυακά βίντεο που προσφέρονται από την κλινική πριν από την εισαγωγή για το χειρουργείο έως 1 μήνα μετεγχειρητικά	βελτίωση επιπέδων ψυχολογικής δυσφορίας, και εκπαίδευση ως προς την ανάγκη παρατεταμένης παροχέτευσης του υπεζωκότα και μετεγχειρητικής αντιπηκτικής αγωγής	5 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Reitsma (2023)	αυτο-καθοδηγούμενη διαδικτυακή γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία	μείωση συμπτωματολογίας Πρώιμης Επίμονης Σύνθετης Διαταραχής Πένθους, Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες και/ή κατάθλιψης	8 – 12 εβδομάδες	δεν υφίσταται
Rhodus (2023)	HARMONY: παρέμβαση τηλεϊατρικής που εφαρμόζει τις αρχές της εξατομικευμένης καθοδηγούμενης ανακάλυψης με περιβαλλοντικές υποδείξεις για τους φροντιστές των ατόμων με νόσο Alzheimer για την προώθηση της συμμετοχής σε δραστηριότητες και τη διαχείριση των συμπτωμάτων συμπεριφοράς	υποστήριξη επαγγελματικής ενασχόλησης ατόμων που διαμένουν στην κοινότητα με νόσο Alzheimer	6 εβδομάδες	4 εβδομάδες
Saussez (2023)	REAtouch®: συσκευή εικονικής πραγματικότητας	εφαρμογή των αρχών της θεραπευτικής εκμάθησης κινητικών δεξιοτήτων	2 εβδομάδες	3 μήνες

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Είδος παρέμβασης	Στόχος παρέμβασης	Διάρκεια παρέμβασης	Διάρκεια follow up
Tran (2023)	εφαρμογή Ecare: περιλαμβάνει προσωπικό ιατρικό φάκελο, υπενθύμιση φαρμακευτικής αγωγής, παρακολούθηση, διασύνδεση με εγκαταστάσεις υγείας, κατευθυντήριες γραμμές, πληροφορίες και ειδήσεις	βελτίωση αυτοαποτελεσματικότητας ως προς την τήρηση της θεραπείας και τη διαχείριση των συμπτωμάτων	3 μήνες	δεν υφίσταται

HbA1c: γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, SMS: Υπηρεσία Σύντομου Μηνύματος

Παράρτημα IV: Πίνακας 5. Αποτελέσματα των παρεμβάσεων

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Wagner (2006)	μείωση έντασης συμπτωμάτων δυσφορίας, αποφυγής και δυσκολίας προσαρμογής	μείωση έντασης συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους, χωρίς σημαντικές διαφοροποιήσεις στη φυσική κατάσταση	δυσφορία (παρέμβαση 12.81 - ομάδα ελέγχου 22.83), αποφυγή (παρέμβαση 6.08 - ομάδα ελέγχου 15.67), αδυναμία προσαρμογής (παρέμβαση 4.76 - ομάδα ελέγχου 9.87), κατάθλιψη (παρέμβαση 4.15 - ομάδα ελέγχου 7.13), άγχος (παρέμβαση 4.04 - ομάδα ελέγχου 6.13), ψυχική υγεία (παρέμβαση 41.79 - ομάδα ελέγχου 36.53), φυσική κατάσταση (παρέμβαση 47.03 - ομάδα ελέγχου 47.09)	δυσφορία (παρέμβαση 8.30 - ομάδα ελέγχου 8.08), αποφυγή (παρέμβαση 6.84 - ομάδα ελέγχου 10.48), αδυναμία προσαρμογής (παρέμβαση 3.55 - ομάδα ελέγχου 6.89), κατάθλιψη (παρέμβαση 2.41 - ομάδα ελέγχου 5.19), άγχος (παρέμβαση 3.54 - ομάδα ελέγχου 4.92), ψυχική υγεία (παρέμβαση 6.60 - ομάδα ελέγχου 6.43), φυσική κατάσταση (παρέμβαση 6.07 - ομάδα ελέγχου 5.34)	δεν αναφέρεται	οι διαδικτυακές θεραπείες δεν είναι κατάλληλες για όλους και για αυτό απαιτείται προσεκτική επιλογή συμμετεχόντων, τα αποτελέσματα μετρήθηκαν με ερωτηματολόγια αυτοσυμπλήρωσης, ενώ μια συνέντευξη ίσως προσέθετε αξιοπιστία, πιθανότητα παρανοήσεων στη διαδικτυακή διαδικασία και αδυναμία παρεμβάσεων επί κρίσεων, πιθανότητα καλύτερης απόδοσης ενός εργαλείου αξιολόγησης πένθους η έρευνα δεν είχε ισχύ για την αξιολόγηση της επίδρασης της παρέμβασης στις νοσηλείες και τη θνησιμότητα που σχετίζονται με τα καρδιαγγειακά και τις εμφυτευσιμες συσκευές. Υπήρξαν λίγες περιπτώσεις συναγερμών αξιοπιστίας του συστήματος, λόγω
Boriani (2013)	Για τις 166 ειδοποιήσεις στην ομάδα της παρέμβασης, η διάμεση καθυστέρηση μεταξύ της ενεργοποίησης της ειδοποίησης και της εξέτασης του συμβάντος ήταν 3 ημέρες, σε σύγκριση με τον	19 νοσηλείες για διάφορες αιτίες (που αφορούσαν 18 ασθενείς) στην ομάδα παρέμβασης και 22 νοσηλείες (που αφορούσαν 16 ασθενείς) στην ομάδα ελέγχου. Η μεταβολή της κλινικής κατάστασης κατά τη διάρκεια της μελέτης	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
	διάμεσο χρόνο των 37 ημερών για τα 114 συμβάντα της ομάδας ελέγχου	ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες.				της περιορισμένης χρονικά παρακολούθησης.
Kwok (2013)	το επίπεδο επιβάρυνσης των φροντιστών μειώθηκε στην ομάδα παρέμβασης, ενώ αυξήθηκε στην ομάδα ελέγχου	οι βαθμολογίες προ-δοκιμής μετα-δοκιμής στις κλίμακες αυτοαποτελεσματικότητας σε σχέση με την εξασφάλιση ανάπαυλας, ανταπόκρισης σε ενοχλητικές συμπεριφορές ή τον έλεγχο των ενοχλητικών σκέψεων της ομάδας παρέμβασης αυξήθηκε μετά το πρόγραμμα, ενώ η ομάδα ελέγχου είχε μια μικρή μείωση	επίπεδο επιβάρυνσης -1.83 (παρέμβαση), 2.25 (ομάδα ελέγχου)	επίπεδο επιβάρυνσης 5.26 (παρέμβαση), 7.09 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν διερευνήθηκε ο βαθμός αποτελεσματικότητας της παρέμβασης στους φροντιστές διαφορετικών σταδίων άνοιας, λόγω του σχετικά μικρού μεγέθους του δείγματος και η επίδραση μετά την παρέμβαση
Antypas (2014)	ένα μήνα μετά το εξιτήριο, η συνολική βαθμολογία φυσικής δραστηριότητας της ομάδας παρέμβασης ήταν υψηλότερη από τη συνολική φυσική δραστηριότητα της ομάδας ελέγχου. Η τάση αυτή συνεχίστηκε και 3	αυτοαποτελεσματικότητας, κοινωνική στήριξη, άγχος, κατάθλιψη : οι διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, παρά τις διαφοροποιήσεις στην παρακολούθηση 1 και 3 μήνες μετά το εξιτήριο	Ερωτηματολόγιο International Physical Activity: 5613.0 (ομάδα παρέμβασης), 1356.0 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	μικρό δείγμα, μεγαλύτερη από την αναμενόμενη ηλικία των συμμετεχόντων και μη εξοικείωση με τη χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης, δεν καλύφθηκαν οι ανάγκες των γυναικών

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
	μήνες μετά την έξοδο					
Cernval (2015)	μείωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στην ομάδα παρέμβασης και ελάχιστη μείωση στην ομάδα αναμονής	κατάθλιψη, άγχος : μείωση των συμπτωμάτων στην ομάδα παρέμβασης, αλλά ελάχιστη μείωση στην ομάδα αναμονής	συμπτώματα μετατραυματικού στρες πριν και μετά την παρέμβαση: 51.5 - 35.9 (ομάδα παρέμβασης), 46.3 - 45.1 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	σημαντικό ποσοστό αποχωρήσεων, δεν έγινε μια αξιολόγηση follow up, οπότε δεν είναι σαφές αν τα αποτελέσματα διατηρούνται με την πάροδο του χρόνου
Tremont (2015)	η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε σημαντικά βελτιωμένα καταθλιπτικά συμπτώματα στο τέλος της θεραπείας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την επιβάρυνση των φροντιστών	οι βαθμολογίες βελτιώθηκαν και στις δύο ομάδες όσον αφορά τη λειτουργικότητα της οικογένειας, την αυτοαποτελεσματικότη τα των υπηρεσιών υποστήριξης και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Το μόνο στατιστικά σημαντικό εύρημα ήταν η μεγαλύτερη βελτίωση για την ομάδα ελέγχου, σε σύγκριση με της παρέμβασης, στις θετικές πτυχές της φροντίδας	μέτρηση κλιμάκων στους 6 μήνες: ZBI 35.95 (ομάδα παρέμβασης), 37.17 (ομάδα ελέγχου), CES-D 14.15 (ομάδα παρέμβασης), 15.62 (ομάδα ελέγχου), RMBPC- RT 20.04 (ομάδα παρέμβασης), 22.00 (ομάδα ελέγχου)	μέτρηση κλιμάκων στους 6 μήνες: ZBI 14.34 (ομάδα παρέμβασης), 13.93 (ομάδα ελέγχου), CES-D 10.00 (ομάδα παρέμβασης), 10.18 (ομάδα ελέγχου), RMBPC-RT 13.68 (ομάδα παρέμβασης), 12.82 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	αδυναμία γενίκευσης των ευρημάτων σε εθνοτικά και φυλετικά διαφορετικές ομάδες, αδυναμία προσδιορισμού της διατήρησης του αποτελέσματος, περιορισμοί στη δυνατότητα εφαρμογής των αποτελεσμάτων σε μη συζύγους, που δεν είναι φροντιστές σε δυσχερή θέση

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
van Bruinessen (2016)	<p>δεν υπήρχαν διαφορές στην κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Αποτελεσματικότητας στις Αλληλεπιδράσεις Ασθενούς-Ιατρού μεταξύ των ομάδων ελέγχου και παρέμβασης κατά την έναρξη και στον πρώτο έλεγχο. Στους 3 μήνες, παρουσιάστηκε μικρή βελτίωση στο επίπεδο της αντιλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας στην ομάδα ελέγχου (μη στατιστικά σημαντική) και στην ομάδα παρέμβασης (στατιστικά σημαντική)</p>	<p>δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων της κλίμακας και του αριθμού των βίντεο που παρακολούθηθηκαν</p>	<p>κλίμακα αναφοράς : 20.3 (ομάδα ελέγχου), 20.7 (ομάδα παρέμβασης), στον 1ο έλεγχο 15.9 (ομάδα ελέγχου) 16.9 (ομάδα παρέμβασης), στον 3ο μήνα 19.2 (ομάδα ελέγχου) 19.3 (ομάδα παρέμβασης)</p>	<p>κλίμακα αναφοράς : 6 (ομάδα ελέγχου), 6.4 (ομάδα παρέμβασης), στον 1ο έλεγχο 6.7 (ομάδα ελέγχου) 8.3 (ομάδα παρέμβασης), στον 3ο μήνα 6.4 (ομάδα ελέγχου) 4.7 (ομάδα παρέμβασης)</p>	<p>δεν αναφέρεται</p>	<p>υψηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενης αποτελεσματικότητας αναφοράς, οι κλινικές επισκέψεις δεν καταγράφηκαν και δεν μπορεί να περιγραφεί ο τρόπος με τον οποίο το PatientTIME μπορεί να την επηρέασε, η επίγνωση των ασθενών ότι παρακολουθούνται σε ένα δοκιμαστικό περιβάλλον μπορεί να επηρέασε τα αποτελέσματα (πριν και μετά την επίσκεψη), γεγονός που περιορίζει τη γενικευσιμότητα</p>

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Pańkowska (2017)	66.7% των ασθενών της πειραματικής ομάδας σημείωσε στατιστικά σημαντική αύξηση του ποσοστού των μετρήσεων στο συνιστώμενο εύρος, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Ο μέσος όρος των επεισοδίων υπογλυκαιμίας ήταν υψηλότερος στην πειραματική ομάδα (μη στατιστικά σημαντικό)	δεν υφίστανται	οι μετρήσεις εντός θεραπευτικού εύρους ήταν 53.9% στην πειραματική ομάδα έναντι 44% στην ομάδα ελέγχου	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρονται
Boele (2018)	δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες κατάθλιψης μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας Β ή της ομάδας Γ	οι βαθμολογίες κόπωσης μειώθηκαν μεταξύ της τιμής αναφοράς και των 6 εβδομάδων μετά την παρέμβαση στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα Β	κόπωση αναφοράς και στις 6 εβδομάδες : 88.27 και 81.58 (ομάδα παρέμβασης), 99.81 και 99.39 (ομάδα Β)	κόπωση αναφοράς και στις 6 εβδομάδες : 22 και 25.8 (ομάδα παρέμβασης), 18.4 και 16.3 (ομάδα Β)	δεν αναφέρεται	χαμηλά ποσοστά συμμετοχής και παραμονής στην έρευνα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Ramadas (2018)	στατιστικά σημαντική βελτίωση στην κλίμακα για τις διατροφικές γνώσεις, τη στάση και συμπεριφορά υπέρ της ομάδας παρέμβασης	τάσεις μείωσης των σακχάρων νηστείας της HbA1c παρατηρούνται και στις δύο ομάδες	κλίμακα για τις διατροφικές γνώσεις, τη στάση και συμπεριφορά αναφοράς και στους 12 μήνες: 34.2 και 54 (ομάδα παρέμβασης), 33.7 και 41.3 (ομάδα ελέγχου)	κλίμακα για τις διατροφικές γνώσεις, τη στάση και συμπεριφορά αναφοράς και στους 12 μήνες: 5.2 και 8.7 (ομάδα παρέμβασης), 5.5 και 7.7 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	το σύστημα παρακολουθούσε μόνο συχνότητα σύνδεσης και χρόνο παραμονής στον ιστότοπο, ενώ άλλες λειτουργίες δεν χρησιμοποιήθηκαν εκτενώς, το κενό των δύο εβδομάδων μεταξύ των ενοτήτων θεωρήθηκε πολύ μεγάλο, η μελέτη δεν ήταν τυφλή
Diefenbach (2018)	η διαφορά στη συνολική σύγκρουση αποφάσεων δεν ήταν στατιστικά σημαντική μεταξύ των δύο ομάδων. Η διαφορά στο άγχος που σχετίζεται με τον καρκίνο στους 2 μήνες μεταξύ των ομάδων δεν ήταν σημαντική	δεν υφίστανται	συνολική σύγκρουση αποφάσεων στους 2 μήνες: 36 (ομάδα παρέμβασης), 37.5 (ομάδα ελέγχου)	συνολική σύγκρουση αποφάσεων στους 2 μήνες: 12.03 (ομάδα παρέμβασης), 12.6 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	περιορισμένη αξιολόγηση της σύγκρουσης των αποφάσεων, δεν είναι γνωστό πως συγκρίθηκαν τα βασικά επίπεδα σύγκρουσης αποφάσεων μεταξύ των ομάδων μελέτης, περιορισμένη αρχική αξιολόγηση άλλων συναφών παραγόντων, όπως οι δεξιότητες επεξεργασίας και κατανόησης πληροφοριών, μη συλλογή δεδομένων για τον βαθμό που οι ασθενείς είχαν πρόσβαση σε συγκεκριμένα στοιχεία του προγράμματος, τα οποία θα βοηθούσαν

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Brodbeck (2019)	η LIVIA οδήγησε σε σημαντική μείωση του πένθους, των συμπτωμάτων κατάθλιψης και της ψυχοπαθολογικής δυσφορίας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου	η LIVIA οδήγησε σε σημαντική μείωση της πικρίας και της μοναξιάς και σε αύξηση της ικανοποίησης από τη ζωή σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου	συμπτωματολογία πένθους αναφοράς - επανελέγχου : 3.49 - 2.68 (ομάδα παρέμβασης), 3.33 - 3.2 (ομάδα ελέγχου), κατάθλιψη : 1.04 - 0.54 (ομάδα παρέμβασης), 0.92 - 0.78 (ομάδα ελέγχου), ψυχοπαθολογία : 0.95 - 0.8 (ομάδα παρέμβασης), 0.86 - 0.73 (ομάδα ελέγχου), πικρία: 1.58 - 1.17 (ομάδα παρέμβασης), 1.6 - 1.66 (ομάδα ελέγχου), μοναξιά : 2.89 - 2.41 (ομάδα παρέμβασης), 2.84 - 2.66 (ομάδα ελέγχου), ικανοποίηση από τη ζωή : 4.38 - 4.72 (ομάδα παρέμβασης), 4.43 - 4.15 (ομάδα ελέγχου)	συμπτωματολογία πένθους αναφοράς - επανελέγχου : 0.73 - 0.13 (ομάδα παρέμβασης), 0.66 - 0.13 (ομάδα ελέγχου), κατάθλιψη: 0.53 - 0.07 (ομάδα παρέμβασης), 0.43 - 0.07 (ομάδα ελέγχου), ψυχοπαθολογία : 0.64 - 0.1 (ομάδα παρέμβασης), 0.51 - 0.07 (ομάδα ελέγχου), πικρία: 0.85 - 0.13 (ομάδα παρέμβασης), 0.95 - 0.14 (ομάδα ελέγχου), μοναξιά : 0.77 - 0.13 (ομάδα παρέμβασης), 0.95 - 0.12 (ομάδα ελέγχου), ικανοποίηση από τη ζωή : 1.14 - 0.17 (ομάδα παρέμβασης), 1.1 - 0.18 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	στην κατανόηση των αναγκών υποστήριξης αποφάσεων το δείγμα αποτελούνταν από άτομα που επιλέχθηκαν από τους ίδιους, ο αριθμός των χήρων συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης ήταν μάλλον μικρός, μετρήθηκαν τα αποτελέσματα μόνο με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Kosse (2019)	δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση της παρέμβασης στη βαθμολογία συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή για το σύνολο του πληθυσμού της μελέτης	δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση της παρέμβασης στον έλεγχο του άσθματος και στις βαθμολογίες του παιδιατρικού ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής	συμμόρφωση με Φ/Α (αναφορά - μετά την παρέμβαση): 20.4 - 19.9 (ομάδα παρέμβασης), 20.4 - 19.3 (ομάδα ελέγχου)	συμμόρφωση με Φ/Α (αναφορά - μετά την παρέμβαση): 3.9 - 4 (ομάδα παρέμβασης), 4 - 5.1 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	μεροληψία απόκρισης δείγματος, μετρήσεις με χρήση αυτοαναφερόμενων εργαλείων
Fjell (2020)	η ομάδα παρέμβασης ανέφερε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο επιπολασμό στη ναυτία, τον έμετο και το αίσθημα θλίψης δύο εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η ομάδα παρέμβασης βαθμολόγησε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη συναισθηματική λειτουργικότητα από την ομάδα ελέγχου	δεν αναφέρονται	κλίμακα MSAS ναυτίας πριν και μετά τη θεραπεία : 16 - 17 (ομάδα παρέμβασης), 13 - 29 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα MSAS εμέτου πριν και μετά τη θεραπεία : 4 - 2 (ομάδα παρέμβασης), 3 - 12 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα MSAS θλίψης πριν και μετά τη θεραπεία : 41 - 33 (ομάδα παρέμβασης), 45 - 52 (ομάδα ελέγχου)	κλίμακα MSAS ναυτίας πριν και μετά τη θεραπεία : 21.6 - 24.6 (ομάδα παρέμβασης), 17.3 - 40.8 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα MSAS εμέτου πριν και μετά τη θεραπεία : 5.4 - 2.9 (ομάδα παρέμβασης), 4 - 16.9 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα MSAS θλίψης πριν και μετά τη θεραπεία : 55.4 - 47.8 (ομάδα παρέμβασης), 60 - 73.2 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	η χαμηλότερη μέση ηλικία των ασθενών που έλαβαν νεοεπιχειρητική χημειοθεραπεία σε σύγκριση με τη μέση ηλικία του συνολικού πληθυσμού των ασθενών που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού στη Σουηδία μπορεί να περιορίσει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Huis In Het Veld (2020)	η ομάδα παρέμβασης δεν παρουσίασε σημαντικές διαφορές στην αυτοαποτελεσματικ ότητα σε σύγκριση με την ομάδα Γ. Δεν βρέθηκαν στατιστικές διαφορές μεταξύ της ομάδας Β και Γ	δεν βρέθηκαν στατιστικές διαφορές μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας Γ ή μεταξύ των ομάδων Β και Γ όσον αφορά την εμφάνιση αλλαγών στη συμπεριφορά. Δεν βρέθηκαν στατιστικές διαφορές στην ποιότητα της σχέσης μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας Γ ή μεταξύ των ομάδων Β και Γ	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	μικρό μέγεθος δείγματος, αδυναμία προσδιορισμού των επιδράσεων στους συμμετέχοντες που χρησιμοποίησαν πράγματι τα στοιχεία της παρέμβασης
Kassavou (2020)	διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις ημέρες της συμμόρφωσης, υπέρ της ομάδας παρέμβασης	η συστολική αρτηριακή πίεση και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν χαμηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα συνήθους φροντίδας. Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ των ομάδων	ημέρες συμμόρφωσης στους 3 μήνες : 6.85 (ομάδα παρέμβασης), 6.36 (ομάδα ελέγχου)	ημέρες συμμόρφωσης στους 3 μήνες : 0.47 (ομάδα παρέμβασης), 1.59 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	μη αξιόπιστος προσδιορισμός προτύπων μη συμμορφούμενης συμπεριφοράς και συχνότητας αλλαγών στα συνταγογραφούμενα φάρμακα, καθώς και τους λόγους για αυτές τις αλλαγές

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Laver (2020)	η παροχή της παρέμβασης μέσω τηλειατρικής δεν ήταν κατώτερη από την παραδοσιακή παράδοση της παρέμβασης πρόσωπο με πρόσωπο	δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για οποιαδήποτε από τις δευτερεύουσες εκβάσεις	Κλίμακα αυτοπεποίθησης και αντίληψης για την παροχή φροντίδας και τη διαχείριση των προβλημάτων φροντίδας : 17.4 (ομάδα παρέμβασης), 17.3 (ομάδα ελέγχου)	Κλίμακα αυτοπεποίθησης και αντίληψης για την παροχή φροντίδας και τη διαχείριση των προβλημάτων φροντίδας : 0.49 (ομάδα παρέμβασης), 0.47 (ομάδα ελέγχου)	δεν καταγράφηκε	αδυναμία ολοκλήρωσης των αξιολογήσεων των αποτελεσμάτων σε όλους τους συμμετέχοντες, κανένας επανέλεγχος
Lee (2020)	δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στον αριθμό των συμμετεχόντων που πέτυχαν επίπεδα-στόχους HbA1c < 7%.	δεν υπήρχαν στοιχεία για τυχόν διαφορές μεταξύ των ομάδων σε άλλες εκβάσεις που μετρήθηκαν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, συμπεριλαμβανομένων των εκβάσεων που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς, όπως το τεστ γνώσεων για το διαβήτη και τα επίπεδα χοληστερόλης	HbA1c (%) από τη τιμή αναφοράς, στο 1 έτος: -0.33 (ομάδα παρέμβασης), -0.3 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	η τηλεπαρακολούθηση κοστίζει συνολικά 19.443,2\$ σε σύγκριση με τη συμβατική διαχείριση που κοστίζει 15.450,51\$. Η τηλεπαρακολούθηση μείωσε το κόστος των εισαγωγών κατά 744,66\$ σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα. Το κόστος της επίσκεψης σε σύμβουλο ήταν κατά 44,91\$ χαμηλότερο σε σύγκριση	οι συμμετέχοντες χρειάζονταν πρόσθετες συνεδρίες καθοδήγησης, περιορισμένη συνδεσιμότητα στο διαδίκτυο οδήγησαν σε χαμηλό ποσοστό συμμετοχών, πολύ χαμηλός υγειονομικός και τεχνολογικός αλφαριθμητισμός, έλλειψη πληροφοριών σχετικά με την τιτλοποίηση και κλιμάκωση της φαρμακευτικής αγωγής από τους κλινικούς ιατρούς κατά τη διάρκεια της μελέτης

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
					με την ομάδα της συνήθους φροντίδας.	
Nobakht (2020)	<p>οι μέσες βαθμολογίες της σωματικής υγείας και οι συνολικές βαθμολογίες ποιότητας ζωής των ελέγχων στην ομάδα παρέμβασης ήταν σημαντικά υψηλότερες από την ομάδα ελέγχου σε σχέση με τις τιμές αναφοράς των δύο ομάδων. Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέση βαθμολογία της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου</p>	δεν αναφέρονται	<p>ποιότητα ζωής μετά την έρευνα: 57.07 (ομάδα παρέμβασης), 48.45 (ομάδα ελέγχου), κατάθλιψη : 11 (ομάδα παρέμβασης), 14.77 (ομάδα ελέγχου), άγχος : 10.09 (ομάδα παρέμβασης), 12.33 (ομάδα ελέγχου), στρες : 16.52 (ομάδα παρέμβασης), 19.59 (ομάδα ελέγχου), πόνος : 199.93 (ομάδα παρέμβασης), 329.98 (ομάδα ελέγχου)</p>	<p>ποιότητα ζωής μετά την έρευνα: 17.01 (ομάδα παρέμβασης), 20.23 (ομάδα ελέγχου), κατάθλιψη : 8.44 (ομάδα παρέμβασης), 10.16 (ομάδα ελέγχου), άγχος : 7.49 (ομάδα παρέμβασης), 10.43 (ομάδα ελέγχου), στρες : 8.53 (ομάδα παρέμβασης), 9.37 (ομάδα ελέγχου), πόνος : 183.95 (ομάδα παρέμβασης), 264.86 (ομάδα ελέγχου)</p>	δεν αναφέρεται	δεν καταγράφηκε το επίπεδο εμπειριών των φροντιστών και ο χρόνος που αφιερώθηκε στον ιστότοπο, μόνο μητέρες ως δείγμα

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Xu (2020)	η μέση HbA _{1c} στην ομάδα παρέμβασης μειώθηκε στατιστικά σημαντικά έως το τέλος της μελέτης. Η μέση HbA _{1c} στην ομάδα ελέγχου δεν είχε στατιστικά σημαντική αλλαγή. Η μέση τιμή σακχάρων νηστείας στην ομάδα παρέμβασης μειώθηκε στατιστικά σημαντικά μετά τη μελέτη. Στην ομάδα ελέγχου αυξήθηκε μετά τη μελέτη (μη στατιστικά σημαντικά)	το συνολικό μέσο ποσοστό ανταπόκρισης για όλη τη διάρκεια της δοκιμής ήταν 64.9% για την ομάδα ελέγχου και 63.6% για την ομάδα παρέμβασης. Το μέσο ποσοστό δέσμευσης ήταν 48% για την ομάδα ελέγχου και 58% για την ομάδα παρέμβασης	γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη : ΔHbA _{1c} = -0.69% (ομάδα παρέμβασης), ΔHbA _{1c} = -0.03% (ομάδα ελέγχου), σάκχαρα νηστείας : ΔFBG -21.6 mg/dL (ομάδα παρέμβασης), ΔFBG +13.0 mg/dL (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	μικρό μέγεθος δείγματος, πιθανή μεροληψία από την αυτοεπιλογή ασθενών που έθεσαν ως προτεραιότητα τη διαχείριση της νόσου τους
Aceti (2021)	βελτίωση της αντίληψης ότι λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με χρήσιμες διατροφικές συνήθειες, υγιεινή διατροφή και βελτίωση της ικανοποίησης από τη φροντίδα του	στην περίοδο μετά την παρέμβαση, παρατηρήθηκε βελτίωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης και των επιπέδων HbA _{1c} στην ομάδα παρέμβασης	συνολική βαθμολογία ικανοποίησης στο τέλος της μελέτης : 7 (ομάδα παρέμβασης), 6 (ομάδα ελέγχου), Δσυστολικής αρτηριακής πίεσης: -2.3 (ομάδα παρέμβασης), 3.5 (ομάδα ελέγχου), ΔHbA _{1c} : -3.9 (ομάδα παρέμβασης), 2.1 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	λειτουργικός αναλφαβητισμός, το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης δεν έχει επικυρωθεί

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
	διαβήτη τους στην ομάδα παρέμβασης					
Bendig (2021)	η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την παρέμβαση ήταν χαμηλή, οι επιδράσεις στην κατάθλιψη, το άγχος, το φόβο της εξέλιξης και στην ποιότητα ζωής ήταν στατιστικά ασήμαντες	δεν αναφέρονται	πριν και μετά την παρέμβαση κατάθλιψη : 11.61 - 9.04 (ομάδα παρέμβασης), 10.69 - 10.73 (ομάδα ελέγχου), άγχος : 10 - 8.21 (ομάδα παρέμβασης), 10.38 - 8.29 (ομάδα ελέγχου), ποιότητα ζωής : 61.27 - 63.87 (ομάδα παρέμβασης), 60.06 - 63.78 (ομάδα ελέγχου), φόβος εξέλιξης νόσου : 38.5 - 39.54 (ομάδα παρέμβασης), 39.63 - 39.0 (ομάδα ελέγχου)	πριν και μετά την παρέμβαση κατάθλιψη : 3.94 - 5.16 (ομάδα παρέμβασης), 4.67 - 5.31 (ομάδα ελέγχου), άγχος : 5.01 - 5.52 (ομάδα παρέμβασης), 4.41 - 4.72 (ομάδα ελέγχου), ποιότητα ζωής : 12.52 - 16.43 (ομάδα παρέμβασης), 12.81- 14.42 (ομάδα ελέγχου), φόβος εξέλιξης νόσου : 10.22 - 11.55 (ομάδα παρέμβασης), 12.16 - 8.77 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	μικρό μέγεθος δείγματος λόγω δυσκολιών προσέλευσης, μικρή συμμόρφωση στη μελέτη
Carter (2021)	οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης παρουσίασαν στατιστικά, αλλά όχι κλινικά, σημαντική μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του αντιλαμβανόμενου στρες μεταξύ της αναφοράς και της μετα-παρέμβασης μέτρηση. Μεταξύ των ομάδων δεν παρουσιάστηκαν βελτιώσεις υπέρ	δεν αναφέρονται	πριν και μετά την παρέμβαση καταθλιπτική συμπτωματολογία: μέση διαφορά= -4.05 , αντιληπτό στρες : μέση διαφορά= -3.2 (ομάδα παρέμβασης)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	μέτριο μέγεθος δείγματος, δεν πραγματοποιήθηκαν επίσημοι έλεγχοι πιστότητας, δεν εξετάστηκε η συμμόρφωση με την πρακτική στο σπίτι, δεν συμπεριλήφθηκαν συμμεταβλητές

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
	κάποιας ομάδας όσον αφορά τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή το αντιλαμβανόμενο στρες. Οι αναλύσεις μεταξύ των ομάδων δεν έδειξαν σημαντική διαφορά μεταξύ τους στη μεταβολή από την αναφορά στον εξάμηνο επανέλεγχο για την κατάθλιψη ή το αντιληπτό στρες					
Elfrink (2021)	δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις του χρόνου, της κατάστασης ή της αλληλεπίδρασης των ασθενών, στη νευροψυχιατρική συμπτωματολογία. Όλα τα μεγέθη επίδρασης ήταν μικρά κατά την εξάμηνη παρακολούθηση, με εξαίρεση το μέγεθος επίδρασης για την ψύχωση, το οποίο ήταν μέτριο	στους 3 μήνες παρακολούθησης οι φροντιστές στην ομάδα παρέμβασης αναφέρουν κάπως λιγότερο άγχος από τους φροντιστές στην ομάδα ελέγχου, αλλά στους 6 μήνες ελαφρώς περισσότερο	νευροψυχιατρικά συμπτώματα στους 6 μήνες: 12.2 (ομάδα παρέμβασης), 12.5 (ομάδα ελέγχου)	νευροψυχιατρικά συμπτώματα στους 6 μήνες: 2.6 (ομάδα παρέμβασης), 2.8 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δείγμα: μικρό, με επίδραση κατώτατου και ανώτατου ορίου καθώς είχε λίγα νευροψυχιατρικά συμπτώματα, ενώ οι φροντιστές δεν αντιλήφθηκαν μεγάλη δυσφορία και ανέφεραν σχετικά υψηλή ποιότητα ζωής, έλεγχος συγκεκριμένων μεταβλητών

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Han (2021)	οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης βελτίωσαν σημαντικά τις γνώσεις τους σχετικά με τους λόγους των συμπτωμάτων και την αυτοδιαχείριση των συμπτωμάτων σε σχέση με τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου μετά την παρέμβαση	δεν αναφέρονται	γνώση των λόγων των συμπτωμάτων μετά την παρέμβαση: 52 (ομάδα παρέμβασης), 44.5 (ομάδα ελέγχου), βεβαιότητα συμπτωμάτων : 54 (ομάδα παρέμβασης), 44 (ομάδα ελέγχου), συνολική σοβαρότητα συμπτωμάτων: 6 (ομάδα παρέμβασης), 12 (ομάδα ελέγχου), τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής: 100 (ομάδα παρέμβασης), 100 (ομάδα ελέγχου), αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη : 5.15 (ομάδα παρέμβασης), 5.04 (ομάδα ελέγχου), ποιότητα ζωής: 7.96 (ομάδα παρέμβασης), 6.93 (ομάδα ελέγχου)	γνώση των λόγων των συμπτωμάτων μετά την παρέμβαση: 30 (ομάδα παρέμβασης), 24.5 (ομάδα ελέγχου), βεβαιότητα συμπτωμάτων: 30 (ομάδα παρέμβασης), 21 (ομάδα ελέγχου), συνολική σοβαρότητα συμπτωμάτων: 11 (ομάδα παρέμβασης), 12.25 (ομάδα ελέγχου), τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής: 2 (ομάδα παρέμβασης), 1 (ομάδα ελέγχου), αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη: 1.35 (ομάδα παρέμβασης), 1.32 (ομάδα ελέγχου), ποιότητα ζωής: 1.74 (ομάδα παρέμβασης), 1.8 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	μόνο κάτοικοι Σαγκάης, αδυναμία γενίκευσης γιατί συμμετείχε μόνο ένα ερευνητικό κέντρο, δεν υπήρξε επανέλεγχος, μη καταγραφή πληροφοριών χειρισμού της εφαρμογής από τους χρήστες

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Hidrús (2021)	για τα "υπέρ", παρουσιάστηκε σημαντική μέση διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων από τον 1ο μήνα έως και μετά την παρέμβαση. Για τα "κατά" παρατηρήθηκε σημαντική μέση διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων από τον 2ο μήνα έως και μετά την παρέμβαση	δεν αναφέρονται	Κλίμακα Ισοζυγίου Αποφάσεων πριν και μετά την παρέμβαση (Υπέρ κ' Κατά): -4.1 και 3.68 (ομάδα παρέμβασης), 0.97 και -1.55 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	συμμετέχοντες από ένα μόνο νοσοκομείο, αδυναμία στενής παρακολούθησης της δέσμωσης των συμμετεχόντων στην παρέμβαση εκτός του ημερολογίου, μη χρήση ποσοτικών μεθόδων για την ανάλυση μεταβλητών, μόνο οι ασθενείς με υπηρεσίες διαδικτύου στα κινητά τηλέφωνα είχαν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν στη μελέτη
Sunil (2021)	τάση μείωσης στην ομάδα παρέμβασης και αύξησης στην ομάδα ελέγχου	δεν αναφέρονται	επίπεδα HbA1C πριν και μετά την παρέμβαση : 7.36% - 7.10% (ομάδα παρέμβασης), 7.84% - 7.97% (ομάδα ελέγχου)	επίπεδα HbA1C πριν και μετά την παρέμβαση : 1.04 - 0.96 (ομάδα παρέμβασης), 1.33 - 1.37 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρονται

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Sveen (2021)	24.1/30 (καλή) αποδοχή από τους συμμετέχοντες, η σύγκριση των ομάδων ως προς τη μεταβολή της σοβαρότητας της αϋπνίας αποκάλυψε μια συνολική στατιστικά σημαντική επίδραση υπέρ της παρέμβασης	οι συγκρίσεις των ομάδων δεν αποκάλυψαν συνολικά στατιστικά σημαντικές επιδράσεις για οποιαδήποτε από τις δευτερεύουσες μετρήσεις έκβασης, εκτός από του άγχους. Υπήρξε μια γενική τάση στην ομάδα παρέμβασης να έχει καλύτερη έκβαση από την ομάδα ελέγχου κατά τη σύγκριση των απόλυτων επιπέδων στις διάφορες χρονικές στιγμές	αϋπνία στο τέλος της παρέμβασης: 8.2 (ομάδα παρέμβασης), 10.7 (ομάδα ελέγχου), παρατεταμένο πένθος: 23.3 (ομάδα παρέμβασης), 34.6 (ομάδα ελέγχου), κατάθλιψη: 9 (ομάδα παρέμβασης), 17.3 (ομάδα ελέγχου), άγχος: 4 (ομάδα παρέμβασης), 9 (ομάδα ελέγχου), μετατραυματικό στρες: 10.8 (ομάδα παρέμβασης), 24.3 (ομάδα ελέγχου), φλυαρία για το πένθος: 26 (ομάδα παρέμβασης), 45.9 (ομάδα ελέγχου)	αϋπνία στο τέλος της παρέμβασης: 3.4 (ομάδα παρέμβασης), 5.9 (ομάδα ελέγχου), παρατεταμένο πένθος: 4.9(ομάδα παρέμβασης), 7.3 (ομάδα ελέγχου), κατάθλιψη: 5 (ομάδα παρέμβασης), 6.9 (ομάδα ελέγχου), άγχος: 4 (ομάδα παρέμβασης), 5.5 (ομάδα ελέγχου), μετατραυματικό στρες: 8.2 (ομάδα παρέμβασης), 11.9 (ομάδα ελέγχου), φλυαρία για το πένθος: 4.9 (ομάδα παρέμβασης), 10 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	μικρό μέγεθος δείγματος, χαμηλή στατιστική ισχύς, μεροληψία ανάκλησης ανεπιθύμητων συμβάντων στη συνέντευξη του πρώτου επανελέγχου
Zhu (2021)	ο χρόνος εντός θεραπευτικού εύρους INR ήταν σημαντικά υψηλότερος στην ομάδα παρέμβασης	η επίπτωση όλων των αιμορραγικών και εμβολικών συμβάντων ήταν χαμηλότερη στην ομάδα παρέμβασης από ό,τι στην ομάδα ελέγχου	χρόνος εντός θεραπευτικού εύρους INR: 0.53 (ομάδα παρέμβασης), 0.46 (ομάδα ελέγχου)	χρόνος εντός θεραπευτικού εύρους INR: 0.24 (ομάδα παρέμβασης), 0.21 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά μικρό, η ηλικία των ασθενών, το μορφωτικό επίπεδο και η σοβαρότητα της νόσου μπορεί να επηρέασαν τη συμμόρφωσή τους, η οποία μπορεί επίσης να επηρέασε την ποιότητα της αντιπηκτικής αγωγής μετά τη χειρουργική επέμβαση, δεν συγκρίθηκε το κόστος στις 2 ομάδες διαχείρισης

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Arhiphaksakul (2022)	η ομάδα παρέμβασης σημείωσε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αξιολόγησης της στάσης και στον δείκτη Barthel (που χρησιμοποιείται για την ποσοτικοποίηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία άλλη παράμετρο μεταξύ των ομάδων	δεν αναφέρονται	λειτουργικότητα σε καθιστή θέση μετά την παρέμβαση: 42.06 (ομάδα παρέμβασης), 37.44 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα αξιολόγησης στάσης σώματος: 22.31 (ομάδα παρέμβασης), 17.75 (ομάδα ελέγχου), δείκτη Barthel: 62.19 (ομάδα παρέμβασης), 53.44 (ομάδα ελέγχου)	λειτουργικότητα σε καθιστή θέση μετά την παρέμβαση: 2.77 (ομάδα παρέμβασης), 6.31 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα αξιολόγησης στάσης σώματος: 2.7 (ομάδα παρέμβασης), 5.18 (ομάδα ελέγχου), δείκτη Barthel: 6.05 (ομάδα παρέμβασης), 9.26 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	περιορισμένη γενικευσιμότητα, αδυναμία συμμετοχής στην παρέμβαση χωρίς φροντιστή λόγω ανησυχιών για την ασφάλεια, έλεγχος με την άμεση ολοκλήρωση του προγράμματος οπότε αδυναμία προσδιορισμού της διατήρησης των οφελών της παρέμβασης
Carli (2022)	οι συμμετέχοντες στην ομάδα NEVERMIND είχαν σημαντικά χαμηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στις 12 εβδομάδες σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου	οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης είχαν σημαντικά χαμηλότερο αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρα αυτοκτονίας στις 12 εβδομάδες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης είχαν σημαντικά χαμηλότερα	Κλίμακα Καταγραφής Κατάθλιψης Beck II στις 12 εβδομάδες: 6.88 (ομάδα παρέμβασης) και 10.21 (ομάδα ελέγχου)	Κλίμακα Καταγραφής Κατάθλιψης Beck II στις 12 εβδομάδες: 7.42 (ομάδα παρέμβασης) και 8.62 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	αδύνατη η πλήρης απόκρυψη των ομάδων των ασθενών από τους ερευνητές, αδύνατη η διενέργεια ελέγχου συμμόρφωσης των ασθενών, η συνήθης φροντίδα δεν τυποποιήθηκε μεταξύ των κέντρων ή των διαφόρων ομάδων νόσου, η ικανότητα των ασθενών να

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
		καταθλιπτικά συμπτώματα 24 εβδομάδες μετά την έναρξη, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές για άλλες δευτερεύουσες εκβάσεις				χρησιμοποιούν ένα έξυπνο κινητό δεν αντικατοπτρίζει απαραίτητα την ικανότητα που απαιτείται για την πλοήγηση στο σύστημα NEVERMIND, σημαντικός αριθμός ελλιπών δεδομένων, περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε άλλες σωματικές παθήσεις, δεν αναλύθηκε ποια στοιχεία της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν μη επίτευξη του επιθυμητού μεγέθους δείγματος, μη αξιολόγηση των κινήτρων που επηρεάζουν την ανταπόκριση στη θεραπεία, αδυναμία αξιόπιστης μέτρησης της συμμετοχής στα αυτοδιαχειριζόμενα τμήματα των παρεμβάσεων που δεν περιλάμβαναν τεχνολογία, σημαντικός και άνισος αριθμός αποχωρήσεων, υποεκτίμηση
Gauthier (2022)	η ομάδα παρέμβασης και η Β ανέφεραν μεγαλύτερες βελτιώσεις στην ποιότητα της καθημερινής χρήσης του βραχίονα από ό,τι η ομάδα Γ, η ομάδα παρέμβασης απέδωσε βελτιώσεις και στις δύο πρωταρχικές εκβάσεις που ήταν συγκρίσιμες με την ομάδα Δ	δεν υφίστανται	στον τελικό επανέλεγχο Κλίμακα καταγραφής κινητικής δραστηριότητας : 2.4 (ομάδα παρέμβασης), 2.1 (ομάδα Β), 1.6 (ομάδα Γ), 2.6 (ομάδα Δ), χρόνος εκτέλεσης δοκιμασίας κινητικής λειτουργίας Wolf : 1.35 (ομάδα παρέμβασης), 1.43 (ομάδα Β), 1.54 (ομάδα Γ), 1.5 (ομάδα Δ)	στον τελικό επανέλεγχο Κλίμακα καταγραφής κινητικής δραστηριότητας : 1.2 (ομάδα παρέμβασης), 1 (ομάδα Β), 1.2 (ομάδα Γ), 1.2 (ομάδα Δ), χρόνος εκτέλεσης δοκιμασίας κινητικής λειτουργίας Wolf : 0.78 (ομάδα παρέμβασης), 0.97 (ομάδα Β), 0.91 (ομάδα Γ), 0.98 (ομάδα Δ)	δεν αναφέρεται	

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Hsia (2022)	από την αρχική τιμή έως την ημέρα 90, η HbA1c μειώθηκε κατά 0.28% στην ομάδα παρέμβασης και αυξήθηκε κατά 0.11% στην ομάδα ελέγχου	μετά από 90 ημέρες έκθεσης στην εφαρμογή το βάρος, η αρτηριακή πίεση και τα λιπίδια του πλάσματος ήταν χαμηλότερα στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, αν και καμία έκβαση δεν ήταν στατιστικά σημαντική	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	μακροπρόθεσμων επιδράσεων, καθώς οι συμμετέχοντες δεν διατήρησαν πρόσβαση στα συστήματα παιχνιδιών κατά την περίοδο παρακολούθησης η αποκεντρωμένη διαδικασία εγγραφής, η οποία μπορεί να επέλεξε μια ομάδα με περισσότερα κίνητρα από ό,τι αναμένεται στην κλινική πρακτική, υπερεκτιμώντας ενδεχομένως την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, μη συμπερίληψη καπνιστών

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Huang (2022)	η βελτίωση στις βαθμολογίες ώμου/αγκώνα/βραχίονα και συνολικά στην κλίμακα Fugl-Meyer και η κάμψη ώμου στην Κλίμακα αξιολόγησης ενεργού εύρους κίνησης ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης από ό,τι στην ομάδα ελέγχου	σημαντική επίδραση του χρόνου για την ιντερλευκίνη 6, την οξυγενάση της αίμης 1 και την 8-υδροξυ-2-δεοξυγουανοσίνη, οι οποίες αξιολογήθηκαν για να απεικονίσουν τη φλεγμονή και το οξειδωτικό στρες. Δεν βρέθηκαν σημαντικές επιδράσεις ομάδων και αλληλεπιδράσεις	Κλίμακα αξιολόγησης Fugl-Meyer για τα άνω άκρα στο τέλος της παρέμβασης: 52.47 (ομάδα παρέμβασης), 45.53 (ομάδα ελέγχου), Κλίμακα αξιολόγησης ενεργού εύρους κίνησης – έκταση αγκώνα: 10.6 (ομάδα παρέμβασης), 7.53 (ομάδα ελέγχου), πρηνισμός του αντιβραχίου: 78.53 (ομάδα παρέμβασης), 70.73 (ομάδα ελέγχου)	Κλίμακα αξιολόγησης Fugl-Meyer για τα άνω άκρα στο τέλος της παρέμβασης: 9.11 (ομάδα παρέμβασης), 16.39 (ομάδα ελέγχου), Κλίμακα αξιολόγησης ενεργού εύρους κίνησης – έκταση αγκώνα: 3.5 (ομάδα παρέμβασης), 3 (ομάδα ελέγχου), πρηνισμός του αντιβραχίου: 12.81 (ομάδα παρέμβασης), 16.7 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	στοχευμένο δείγμα ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο >6 μήνες, ανάγκη αξιολόγησης περισσότερων βιοδεικτών εγκεφαλικού επεισοδίου σε τακτά χρονικά διαστήματα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, σχετικά μικρό μέγεθος δείγματος και έλλειψη πληροφοριών για τον πολυμορφισμό του εγκεφαλικού νευροτροφικού παράγοντα, αρκετές μεταβλητές που σχετίζονται με τα δεδομένα του εγκεφαλικού επεισοδίου δεν συλλέχθηκαν

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Jiao (2022)	η διαφοροποιημένη ψηφιακή παρέμβαση βελτίωσε σημαντικά τα ποσοστά βέλτιστης συμμόρφωσης με την αντιρετροϊκή αγωγή	δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά της ιικής καταστολής, του αριθμού των κυττάρων CD4, της αυτοαποτελεσματικότητας όσον αφορά την τήρηση της θεραπείας του HIV και της ποιότητας ζωής	το ποσοστό αναφοράς βέλτιστης συμμόρφωσης με την αγωγή ήταν 77.1% στην ομάδα παρέμβασης και 74.0% στην ομάδα ελέγχου. Μετά την παρέμβαση, το ποσοστό της βέλτιστης συμμόρφωσης με την αγωγή ήταν 82.9% στην ομάδα παρέμβασης και 71.1% στην ομάδα ελέγχου	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	η έκβαση της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή βασίστηκε σε αυτοαναφορές, το μέγεθος του δείγματος των υποομάδων ήταν ελαφρώς μικρότερο από το αναμενόμενο, γεγονός που μπορεί να μειώσει την ισχύ των αναλύσεων των υποομάδων, περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης της μελέτης επειδή στρατολόγησε συμμετέχοντες μόνο από ένα κέντρο, αδυναμία αξιολόγησης μακροπρόθεσμης επίδρασης της παρέμβασης λόγω σύντομων επανελέγχων
María Gómez (2022)	κατά τη σύγκριση της μείωσης των μέσων επιπέδων HbA1c μεταξύ των δύο ομάδων, η μείωση ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης	παρόμοιο ποσοστό ασθενών είχε βιώσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας και στις δύο ομάδες. Η ικανοποίηση, μετρούμενη με ερωτηματολόγιο, ήταν υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης από ό,τι	μέση διαφορά στα επίπεδα της HbA1c : 5.42% (ομάδα παρέμβασης), 3.38% (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	μικρής διάρκειας παρακολούθηση

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Marshall (2022)	48.3 άτομα έπρεπε να λάβουν τα ψηφιακά μηνύματα παρέμβασης για να εμβολιαστεί 1 επιπλέον άτομο	στην ομάδα τυπικής φροντίδας όσοι ήταν λευκής ή ασιατικής φυλής, αυξημένης ηλικίας, με πτυχίο κολλεγίου, ανέφεραν καρδιακή ανακοπή, κολπική μαρμαρυγή ή στεφανιαία νόσο είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν εμβολιασμό (>65%) σε σχέση με τους λοιπούς συμμετέχοντες	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	στην ομάδα παρέμβασης αποζημιώθηκαν με τη μορφή πόντων, οι οποίοι μπορούσαν να εξαργυρωθούν σε 1.52\$	ασυμφωνίες μεταξύ προηγούμενων δηλώσεων νόσων στην πλατφόρμα και τη στιγμή της μελέτης, ασαφής η πιθανή επιρροή της εν αγνοία συμμετοχής σε έρευνα, αδυναμία γενίκευσης αποτελεσμάτων διότι μόνο το 23% του δείγματος ολοκλήρωσε τους επανελέγχους
Nadort (2022)	η βαθμολογία του Καταγραφής Κατάθλιψης Beck II μειώθηκε κατά περίπου 4 μονάδες και στις δύο ομάδες, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές	οι βαθμολογίες των συμπτωμάτων άγχους, της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και των συμπτωμάτων της αιμοκάθαρσης βελτιώθηκαν. Οι διαφορές που βρέθηκαν μεταξύ των ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές	Κλίμακα Καταγραφής Κατάθλιψης Beck II στις 10 εβδομάδες: 14.7 (ομάδα παρέμβασης) και 15.2 (ομάδα ελέγχου)	Κλίμακα Καταγραφής Κατάθλιψης Beck II στις 10 εβδομάδες: 8.5 (ομάδα παρέμβασης) και 7.7 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	μεροληπτικά αποτελέσματα και ανεπαρκώς ενισχυμένη μελέτη, λόγω σημαντικής μη συμμόρφωσης στην παρέμβαση και μεγάλου αριθμού εγκαταλείψεων, μεροληψία εσφαλμένης ταξινόμησης της κατάθλιψης και άμβλυνση του θεραπευτικού αποτελέσματος, λόγω επιλογής ασθενών με κλίμακα ≥ 10 , ανάλυση ευαισθησίας ανά πρωτόκολλο

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Schuit (2022)	στατιστικά ασήμαντες διαφορές στην ενεργοποίηση των ασθενών με την πάροδο του χρόνου στις δύο ομάδες	η γενική αυτοαποτελεσματικότη τα δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων, ούτε η ποιότητα ζωής	ενεργοποίηση ασθενών στο τέλος της παρέμβασης: 56.4 (ομάδα παρέμβασης), 54.7 (ομάδα ελέγχου), αυτοαποτελεσματικότητα: 30 (ομάδα παρέμβασης), 30.6 (ομάδα ελέγχου), ποιότητα ζωής: 70.3 (ομάδα παρέμβασης), 72.6 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	η μελέτη δεν είχε ισχύ για να εξετάσει την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης μεταξύ ασθενών με διαφορετικά επίπεδα ενεργοποίησης ή ποιότητας ζωής, μικρό δείγμα, το οποίο οδηγεί σε υψηλή αβεβαιότητα και ανακρίβεια των ευρημάτων, δεν συλλέχθηκαν πληροφορίες από ασθενείς που δεν ενδιαφέρθηκαν για τη συμμετοχή στη μελέτη ή ιατρικές πληροφορίες σχετικά με το χρονικό διάστημα από την έναρξη της ανακουφιστικής φροντίδας
Wagner (2022)	δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ κάποιας ομάδας και του χρόνου για τα καταθλιπτικά συμπτώματα και την αυτοκτονικότητα	στατιστικά σημαντικές διαφορές υπέρ της ομάδας παρέμβασης βρέθηκαν για τη μετατραυματική ενόχληση και αποφυγή	Κλίμακα Καταγραφής Κατάθλιψης Beck II στο τέλος της παρέμβασης: 13.07 (ομάδα παρέμβασης), 14.28 (ομάδα ελέγχου), Κλίμακα Beck για τον αυτοκτονικό ιδεασμό: 2.11 (ομάδα παρέμβασης), 1.6 (ομάδα ελέγχου)	Κλίμακα Καταγραφής Κατάθλιψης Beck II στο τέλος της παρέμβασης: 7.73 (ομάδα παρέμβασης), 8.87 (ομάδα ελέγχου), Κλίμακα Beck για τον αυτοκτονικό ιδεασμό: 4.04 (ομάδα παρέμβασης), 2.73 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	υψηλό ποσοστό αποχωρήσεων, χρήση πρόσθετης επαγγελματικής υποστήριξης από το 55% του δείγματος

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Yu (2022)	σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες του Διαγνωστικού Ελέγχου Διατροφικού Κινδύνου 2002 και του Εργαλείου Αυτοαξιολόγησης της Απλής Διατροφής μεταξύ των δύο ομάδων . Οι διαφορές στα επίπεδα αλβουμίνης, προαλβουμίνης και τρανσφερρίνης ήταν στατιστικά σημαντικές	όλες οι διαφορές μεταξύ των ομάδων ήταν στατιστικά σημαντικές για όλες τις λειτουργίες και τα σημεία ποιότητας ζωής. Οι βαθμολογίες χρησιμότητας και ικανοποίησης της ομάδας παρέμβασης ήταν σημαντικά υψηλότερες από εκείνες της ομάδας ελέγχου	μετά το τέλος της παρέμβασης, Διαγνωστικός Έλεγχος Διατροφικού Κινδύνου 2002 : 1.9 (ομάδα παρέμβασης), 3.2 (ομάδα ελέγχου) και Εργαλείο Αυτοαξιολόγησης της Απλής Διατροφής : 3.92 (ομάδα παρέμβασης), 2.4 (ομάδα ελέγχου)	μετά το τέλος της παρέμβασης, Διαγνωστικός Έλεγχος Διατροφικού Κινδύνου 2002 : 0.91 (ομάδα παρέμβασης), 1.04 (ομάδα ελέγχου) και Εργαλείο Αυτοαξιολόγησης της Απλής Διατροφής : 0.8 (ομάδα παρέμβασης), 0.97 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	μικρό μέγεθος δείγματος, συμμετοχή μόνο ενός κέντρου, μη διατήρηση της ανωνυμίας στις συνεντεύξεις αξιολόγησης ικανοποίησης

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Al-Kharouf (2023)	αύξηση στον αριθμό των ασθενών με σωστή τεχνική παρατηρήθηκε μεταξύ της ομάδας παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου	δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων όσον αφορά τον έλεγχο της νόσου, στη συμμόρφωση με την αγωγή, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά υπέρ της ομάδας παρέμβασης στους 3 μήνες, όσον αφορά την ποιότητα ζωής κατά την έναρξη υπήρχαν καλύτερες βαθμολογίες στην ομάδα ελέγχου, ενώ 3 μήνες αργότερα, αυτές οι διαφορές δεν εντοπίστηκαν πλέον και η ομάδα παρέμβασης έδειξε μη στατιστικά σημαντική βελτίωση	ποσοστά σωστής τεχνικής χρήσης της συσκευής εισπνοών πριν και μετά την παρέμβαση: 49.5% - 93.4% (ομάδα παρέμβασης), 54.9% - 67% (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	απώλεια ασθενών κατά την παρακολούθηση, προτίμηση ορισμένων ασθενών να μην επισκεφθούν το χώρο της μελέτης λόγω της πανδημίας, δεν επετεύχθη ισορροπία στον αριθμό των συμμετεχόντων με άσθμα ή Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
Aunon (2023)	καταστολή ιού παρατηρήθηκε στο 69% των γυναικών στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με 63% στην ομάδα ελέγχου	η συμμόρφωση ήταν υψηλότερη στις συμμετέχουσες στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου κατά τη διάρκεια κάθε μήνα της παρέμβασης. Η μεγαλύτερη και η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά, ήταν η συμμόρφωση κατά τον πρώτο μήνα της παρέμβασης	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	μικρό μέγεθος δείγματος, οι αναλύσεις που προέκυψαν δεν είχαν επαρκή ισχύ για την ανίχνευση επίδρασης της παρέμβασης, ψευδείς δηλώσεις συμμετεχόντων, δεν έφθανε πάντα ο χρόνος ομιλίας για να απαντήσουν

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Banu (2023)	η ομάδα παρέμβασης και η ομάδα Β παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στις γνώσεις σχετικά με τις βασικές και τεχνικές πτυχές του διαβήτη σε σύγκριση με την ομάδα Γ. Η ομάδα παρέμβασης και η Β αλλά και η ομάδα ελέγχου παρουσίασαν σημαντική βελτίωση σε όλα σχεδόν τα στοιχεία της αυτοδιαχείρισης του διαβήτη	το βάρος και ο Δείκτης Μάζας Σώματος μειώθηκαν κάτω από τις οριακές τιμές (για τις ομάδες παρέμβασης και Β), η μέση πρόσληψη θερμίδων σε γραμμάρια αυξήθηκε σημαντικά και η διάρκεια του καθίσματος σε λεπτά ανά εβδομάδα μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης από ό,τι στην ομάδα Β. Το περπάτημα και οι μέτριες δραστηριότητες σε λεπτά ανά εβδομάδα και η μέση πρόσληψη καπνού σε ποσότητα ανά ημέρα παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στην ομάδα Β παρά στην ομάδα παρέμβασης	συνολικές γνώσεις για τη νόσο μετά την παρέμβαση: 44.17 (ομάδα παρέμβασης), 41.21 (ομάδα Β), 15.84 (ομάδα Γ)	συνολικές γνώσεις για τη νόσο μετά την παρέμβαση: 8.7 (ομάδα παρέμβασης), 9.59 (ομάδα Β), 9.74 (ομάδα Γ)	0.26 ± 7.94\$ (ομάδα παρέμβασης), 0.35 ± 16.00\$ (ομάδα Β)	μη αντιπροσωπευτικό δείγμα των διαβητικών ασθενών, 10% αποχωρήσεις, αυτοαναφερόμενη συμμόρφωση και πιθανότητα υπερεκτίμησής της

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Dominguez- Rodriguez (2023)	η ομάδα παρέμβασης έδειξε κλινικές βελτιώσεις σε όλα τα μετρήσιμα στοιχεία, οι οποίες διατηρήθηκαν μετά την περίοδο των 3 μηνών	οι αξιολογήσεις ήταν αρκετά θετικές, με τα δύο τρίτα των συμμετεχόντων να δίνουν την υψηλότερη βαθμολογία σε 8 από τα 10 στοιχεία	μετά την παρέμβαση: καταγραφή περιπλεγμένου πένθους 10 (ομάδα παρέμβασης), 20 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα απελπισίας Beck 0 (ομάδα παρέμβασης), 1 (ομάδα ελέγχου), γενικευμένη αγχώδης διαταραχή-7 2 (ομάδα παρέμβασης), 7 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα αυτοκτονικού κινδύνου Plutchik 2 (ομάδα παρέμβασης), 4 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες 5 (ομάδα παρέμβασης), 11 (ομάδα ελέγχου)	μετά την παρέμβαση: καταγραφή περιπλεγμένου πένθους 5-17 (ομάδα παρέμβασης), 13-31 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα απελπισίας Beck 0-1 (ομάδα παρέμβασης), 0-3 (ομάδα ελέγχου), γενικευμένη αγχώδης διαταραχή-7 1-5 (ομάδα παρέμβασης), 4-11 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα αυτοκτονικού κινδύνου Plutchik 1-3 (ομάδα παρέμβασης), 2-5 (ομάδα ελέγχου), κλίμακα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες 3-9 (ομάδα παρέμβασης), 7-17 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	υψηλό ποσοστό αποχωρήσεων, πολύ υψηλό ποσοστό γυναικών, περιορισμένη εξωτερική εγκυρότητα, περιορισμένες γνώσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στα διάφορα στάδια της παρέμβασης, δεν συμπεριλήφθηκε συγκεκριμένο εργαλείο για να αξιολογηθεί εάν οι συμμετέχοντες έχουν διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Feng (2023)	στην ομάδα παρέμβασης, το επίπεδο της HbA1c μειώθηκε ενώ στην ομάδα ελέγχου, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά	στην ομάδα παρέμβασης, η μη υποστηρικτική συμπεριφορά μειώθηκε και οι βαθμολογίες για τη γενική διατροφή, την ειδική διατροφή, την άσκηση, την εξέταση σακχάρου στο αίμα, τη φροντίδα των ποδιών, τη γνώση του κινδύνου, τον προσωπικό έλεγχο, την ανησυχία, τη μεροληψία αισιοδοξίας και την υποστηρικτική συμπεριφορά βελτιώθηκαν. Στην ομάδα ελέγχου, εκτός από τη γενική διατροφή, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αρχικών τιμών και της μετέπειτα παρακολούθησης	HbA1c πριν και μετά την παρέμβαση: 7.9 – 7.3 (ομάδα παρέμβασης), 7.84 – 7.99 (ομάδα ελέγχου)	HbA1c πριν και μετά την παρέμβαση: 0.75 – 1.07 (ομάδα παρέμβασης), 0.66 – 1.22 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	μικρό δείγμα, συμμετοχή μόνο ενός κέντρου, δεν υπήρξε επανέλεγχος μετά το τέλος της παρέμβασης, η συμμόρφωση των συμμετεχόντων δεν τεκμηριώθηκε πλήρως, αδυναμία συλλογής δεδομένων στους 6 μήνες και δεικτών όπως βάρος, ύψος, περίμετρος μέσης, περίμετρος ισχίων, αρτηριακή πίεση και Δείκτη Μάζας Σώματος, αλλαγή κριτηρίων αποκλεισμού προκειμένου να είναι το δείγμα συμβατό με τις πραγματικές συνθήκες

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Graetz (2023)	για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, οι συμμετέχοντες παρουσίασαν επιδείνωση της σωματικής υγείας και στις δύο ομάδες. Οι βαθμολογίες ψυχικής υγείας βελτιώθηκαν ελαφρώς από την αρχική τιμή. Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε αυτές τις αλλαγές ανά ομάδα	η συνολική χρήση υπηρεσιών υγείας ήταν χαμηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την κατάσταση αναφοράς. Οι ασθενείς ανέφεραν λιγότερες επισκέψεις στο ιατρείο και σε επαγγελματία ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου	οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης ανέφεραν ότι είχαν λιγότερες επισκέψεις στο ιατρείο μετά το πέρας των 3 μηνών (3.5 έναντι 4.3)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	αδυναμία γενίκευσης αποτελεσμάτων λόγω του ότι μόνο ένα κέντρο συμμετείχε και μόνο αγγλόφωνοι ασθενείς, 1 στους 4 ασθενείς δήλωσε ότι δεν χρησιμοποιούσε την παρέμβαση, παρακολούθηση για μικρό χρονικό διάστημα, αυτοαναφερόμενα δεδομένα για τα αποτελέσματα της μελέτης
Hermanns (2023)	περισσότεροι ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης είδαν βελτίωση στις τιμές της HbA1c σε σχέση με τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου	η διάμεση γλυκόζη νηστείας μειώθηκε κατά -9.0 mg/dl στην ομάδα ελέγχου και κατά 18.3 mg/dl στην ομάδα παρέμβασης. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την αυτοδιαχείριση του διαβήτη	HbA1c πριν και μετά την παρέμβαση: 8.1% – 7.3% (ομάδα παρέμβασης), 8.3% - 7.4% (ομάδα ελέγχου)	HbA1c πριν και μετά την παρέμβαση: 7.8-9.1 και 6.8-7.8 (ομάδα παρέμβασης), 7.7-9 και 7-8.1 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	σύντομο διάστημα επανελέγχου, τροποποίηση του σχεδίου στατιστικής ανάλυσης προκάλεσε πιθανή μεροληψία

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Lee (2023)	η ομάδα παρέμβασης ανέφερε καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη συμμετοχή των ασθενών στη διαχείριση των συμπτωμάτων σε σχέση με την ομάδα ελέγχου	η ομάδα παρέμβασης είχε περισσότερες πιθανότητες να έχει καλή ποιότητα ζωής και λιγότερες πιθανότητες νοσηλείας και επισκέψεων στα επείγοντα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου	συμμετοχή στη διαχείριση συμπτωμάτων πριν και μετά την παρέμβαση: 8.2 - 8.5 (ομάδα παρέμβασης), 8.2 - 8 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	στη μελέτη δεν έγινε τυφλοποίηση, η συμμετοχή των ασθενών θα μπορούσε να επηρεαστεί από τα χαρακτηριστικά τους ή την κοινωνική επιθυμία, αδυναμία γενίκευσης αποτελεσμάτων λόγω συμμετοχής ενός κέντρου, μεροληψία επιλογής λόγω αποκλεισμού των χρηστών iPhone
Mooney (2023)	οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη συνολική σοβαρότητα συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου	για 10 από τα 11 παρακολουθούμενα συμπτώματα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των συμπτωμάτων στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου	η παρέμβαση παράγγαγε ένα μέσο όφελος 4.89 μονάδων μείωσης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων	δεν αναφέρεται	οι φροντιστές αποζημιώθηκαν με 100\$ για τη συμμετοχή τους	αδυναμία απόδοσης της συνεισφοράς των διαφόρων υποσυνιστωσών στο όφελος των συμπτωμάτων των ασθενών, δεδομένου ότι η προσέγγιση παρέμβασης περιελάμβανε τόσο αυτοματοποιημένη καθοδήγηση όσο και ειδοποίηση των νοσηλευτών του ξενώνα για μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα. Η συμβολή των νοσηλευτών στη βελτίωση των συμπτωμάτων που διαπιστώθηκε απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση,

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
						διότι η συνολική παρακολούθηση από τους νοσηλευτές αφορούσε το 36% των κοινοποιήσεων για ανεπαρκώς ελεγχόμενα μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα
Neal (2023)	σημαντική, μεσαία επίδραση της παρέμβασης στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Σύντομης Αίσθησης Επάρκειας των φροντιστών. Δεν υπήρχαν άλλες σημαντικές επιδράσεις στα αποτελέσματα μετά την παρέμβαση	με τη χρήση της παρέμβασης, άτομα με ήπια γνωστική εξασθένηση βίωσαν μεγαλύτερη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες και άτομα με απάθεια κατά την έναρξη είχαν καλύτερα αποτελέσματα στις υποκλίμακες Ποιότητα Ζωής – Αίσθηση του ανήκειν και υποκλίμακες Θετικής Επίδρασης	ερωτηματολογίου Σύντομης Αίσθησης Επάρκειας πριν και μετά την παρέμβαση: 4.95 – 5.06 (ομάδα παρέμβασης), 5.05 – 4.37 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	μη εφικτή η πλήρης τυφλοποίηση, η διαδικτυακή εκπαίδευση της εφαρμογής στους ασθενείς λόγω κορονοϊού επηρέασε τα αποτελέσματα και τη γενίκευση τους, μεροληψία δειγματοληψίας που δημιουργήθηκε από τους συμμετέχοντες που αυτοαναφέρθηκαν ή συμμετείχαν εθελοντικά στη μελέτη

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Neubert (2023)	δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στη μέση μεταβολή των τιμών του άγχους και του φόβου εξέλιξης της νόσου πριν και μετά την παρέμβαση, καθώς υπήρξε μείωση στις βαθμολογίες και των δύο ομάδων	οι ομάδες δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές στη μέση μεταβολή της κόπωσης ή της κατάθλιψης. Και οι δύο ομάδες παρουσίασαν μείωση των αποτελεσμάτων μεταξύ των αρχικών τιμών και μετά την παρέμβαση	πριν και μετά την παρέμβαση κλίμακα άγχους: 6.61 – 5.72 (ομάδα παρέμβασης), 7 – 6 (ομάδα ελέγχου), φόβος εξέλιξης νόσου : 32.43 – 31.91 (ομάδα παρέμβασης), 33.63 – 31.97 (ομάδα ελέγχου)	πριν και μετά την παρέμβαση κλίμακα άγχους: 4.58 – 4.26 (ομάδα παρέμβασης), 5.12 – 4.5 (ομάδα ελέγχου), φόβος εξέλιξης νόσου : 9.08 – 9.99 (ομάδα παρέμβασης), 10.3 – 9.68 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	μόνο μια ομάδα ελέγχου, μη επίτευξη τυφλοποίησης των ασθενών, αδυναμία ελέγχου συμμόρφωσης με την παρέμβαση, αδυναμία γενίκευσης σε όλα τα είδη καρκινικών όγκων, καμία εξέταση σχετικά με την ψυχολογική επιβάρυνση αναφοράς των ασθενών, χρήση διαφόρων τεχνικών για την κατασκευή του εργαλείου και αδυναμία ταυτοποίησης της πιο αποτελεσματικής για το κάθε υποκείμενο της μελέτης

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Pandian (2023)	καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων όσον αφορά το υποτροπιάζον εγκεφαλικό επεισόδιο, το παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο υψηλού κινδύνου, το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και τον θάνατος σε 1 έτος	το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ ήταν χαμηλότερα στην ομάδα παρέμβασης, η αυτοαναφερόμενη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή ήταν υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης, οι άλλες μετρήσεις δευτερογενών αποτελεσμάτων, όπως η αρτηριακή πίεση, το σάκχαρο νηστείας, ο Δείκτης Μάζας Σώματος, το λιπιδαιμικό προφίλ και η τροποποιημένη κλίμακα Rankin, δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων	συνολικά αποτελέσματα (παροδικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, θάνατος) μετά την παρέμβαση: 119 (5.5%) ομάδα παρέμβασης και 106 (4.9%) ομάδα ελέγχου	δεν αναφέρεται	δεν αναφέρεται	αδυναμία ελέγχου συμμόρφωσης των ασθενών με τις απαιτήσεις της παρέμβασης, μικρή διάρκεια παρακολούθησης, αυτοαναφορές όσον αφορά τα δευτερογενή αποτελέσματα
Rehman (2023)	δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων όσον αφορά τη βαθμολογία της Καταγραφής Άγχους των γονέων σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή, με όλες τις μέσες βαθμολογίες να καταδεικνύουν άγχος. Οι διάμεσες	η πλειονότητα των γονέων/κηδεμόνων συμφώνησε ή συμφώνησε απόλυτα ότι τα βίντεο ήταν χρήσιμα.	κλίμακα άγχους πριν και μετά την παρέμβαση: 51 – 51 (ομάδα παρέμβασης), 56 – 54 (ομάδα ελέγχου)	κλίμακα άγχους πριν και μετά την παρέμβαση: 6 – 7 (ομάδα παρέμβασης), 6 – 4 (ομάδα ελέγχου)	\$25 σε κάθε γονέα/κηδεμόνα που ολοκλήρωσε τη μελέτη	συμμετοχή μόνο ενός κέντρου, μικρό μέγεθος δείγματος μέσω δειγματοληψίας ευκολίας, πιθανότητα επιλογής λάθος ποσοτικών μέτρων έκβασης, μικρό χρονικό διάστημα παρακολούθησης, αδυναμία ελέγχου σχέσης δόσης-απόκρισης μεταξύ της συχνότητας προβολής

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
	βαθμολογίες του Ερωτηματολογίου Συμπεριφοράς μετά το Νοσοκομείο βρίσκονταν στο κλινικά σημαντικό εύρος (δηλαδή >81, που συνάδει με δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά) και στις δύο ομάδες τόσο στη χρονική στιγμή της 1 εβδομάδας όσο και του 1 μήνα					των βίντεο και των απαντήσεων σε ερωτηματολόγια ή συνεντεύξεις
Reitsma (2023)	τα επίπεδα συμπτωμάτων Πρώιμης Επίμονης Σύνθετης Διαταραχής Πένθους ήταν σημαντικά χαμηλότερα για τους συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης μετά τη θεραπεία, σε σύγκριση με όσους συμμετείχαν στη λίστα αναμονής	τα επίπεδα συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες και κατάθλιψης ήταν σημαντικά χαμηλότερα για τους συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης μετά τη θεραπεία, σε σύγκριση με όσους συμμετείχαν στη λίστα αναμονής	Κλίμακα μέτρησης Πρώιμης Επίμονης Σύνθετης Διαταραχής Πένθους πριν και μετά την παρέμβαση: 52.34 – 40.09 (ομάδα παρέμβασης), 48.27 – 45.08 (ομάδα ελέγχου), Κλίμακα Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες: 38.19 – 24.16 (ομάδα παρέμβασης), 35.73 – 30.35, Κλίμακα κατάθλιψης: 14.03 – 9.27 (ομάδα παρέμβασης), 13.61 – 11.44 (ομάδα ελέγχου)	Κλίμακα μέτρησης Πρώιμης Επίμονης Σύνθετης Διαταραχής Πένθους πριν και μετά την παρέμβαση: 7.64 – 9.92 (ομάδα παρέμβασης), 9.97 – 11.20 (ομάδα ελέγχου), Κλίμακα Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες: 9.26 – 13.84 (ομάδα παρέμβασης), 12.54 – 15.21, Κλίμακα κατάθλιψης: 3.72 – 4.87 (ομάδα παρέμβασης), 4.44 – 4.81 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	υψηλά επίπεδα αποχωρήσεων, έλεγχος συμμόρφωσης στο θεραπευτικό πρωτόκολλο από ερευνητή και ενθάρρυνση όσων έμεναν πίσω, πιθανότητα αυξημένης έντασης συμπτωμάτων λόγω της πανδημίας, λήψη απαντήσεων μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων, αδυναμία γενίκευσης αποτελεσμάτων λόγω υπερεκπροσώπησης του γυναικείου φύλου

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Rhodus (2023)	η παρέμβαση είναι εφικτή, με υψηλή προσήλωση στις εβδομαδιαίες επισκέψεις	αλλαγή στην ικανοποίηση και επιβάρυνση των φροντιστών και αλλαγή στη γνώση υπέρ της ομάδας παρέμβασης	απόδοση ασθενών μετά την παρέμβαση: 6.6 (ομάδα παρέμβασης), 6.1 (ομάδα Β), 4.6 (ομάδα Γ), σοβαρότητα συμπεριφορικών συμπτωμάτων: 8.4 (ομάδα παρέμβασης), 10.8 (ομάδα Β), 8.9 (ομάδα Γ), δυσφορία φροντιστών: 10 (ομάδα παρέμβασης), 11.4 (ομάδα Β), 10 (ομάδα Γ)	απόδοση ασθενών μετά την παρέμβαση: 0.9 (ομάδα παρέμβασης), 1.1 (ομάδα Β), 2.5 (ομάδα Γ), σοβαρότητα συμπεριφορικών συμπτωμάτων: 1.7 (ομάδα παρέμβασης), 1.9 (ομάδα Β), 2.5 (ομάδα Γ), δυσφορία φροντιστών: 3.1 (ομάδα παρέμβασης), 3.3 (ομάδα Β), 4.3 (ομάδα Γ)	δεν αναφέρεται	απώλεια συμμετεχόντων από την ομάδα Γ, γεγονός που περιορίσει τη συλλογή δεδομένων μετά την παρέμβαση και την παρακολούθηση, δυσκολίες με τη χρήση της τεχνολογίας
Saussez (2023)	μη στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μετρήσεις, εκτός του ότι μεγαλύτερο ποσοστό χρόνου δαπανήθηκε σε όρθια θέση στην ομάδα REAtouch® και περισσότερος χρόνος δαπανήθηκε στην εκπαίδευση λειτουργικών δραστηριοτήτων για την ομάδα HABIT-ILE	και οι δύο ομάδες παρουσίασαν σημαντικές βελτιώσεις στις διάφορες κλίμακες μετρήσεων όπως την αξιολόγηση του βοηθητικού χεριού, τη δοκιμασία Box and Blocks για το λιγότερο επηρεασμένο χέρι, τη δοκιμασία Jebsen-Taylor για τη λειτουργία του χεριού για το περισσότερο επηρεασμένο χέρι και άλλα	καταγραφή παιδιατρικής αξιολόγησης αναπηρίας μετά την παρέμβαση: 54.1 (ομάδα παρέμβασης), 54.1 (ομάδα ελέγχου), μέτρηση εργασιακής απόδοσης Καναδά: 7.1 (ομάδα παρέμβασης), 7.2 (ομάδα ελέγχου), συντονισμός άνω και κάτω άκρων: 2.4 (ομάδα παρέμβασης), 2.4 (ομάδα ελέγχου)	καταγραφή παιδιατρικής αξιολόγησης αναπηρίας μετά την παρέμβαση: 6 (ομάδα παρέμβασης), 8 (ομάδα ελέγχου), μέτρηση εργασιακής απόδοσης Καναδά: 1 (ομάδα παρέμβασης), 0.9 (ομάδα ελέγχου), συντονισμός άνω και κάτω άκρων: 1.4 (ομάδα παρέμβασης), 1.2 (ομάδα ελέγχου)	δεν αναφέρεται	μικρό μέγεθος δείγματος, περιορισμένη διαθεσιμότητα οργάνων

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Πρωτογενή αποτελέσματα	Δευτερογενή αποτελέσματα	ΜΟ αποτελεσμάτων	Τυπική απόκλιση αποτελεσμάτων	Κόστος	Περιορισμοί
Tran (2023)	στους 3 μήνες, η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στην αυτοαποτελεσματικότητα όσον αφορά την τήρηση της θεραπείας τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Στις μετρήσει αναφοράς, η ομάδα ελέγχου είχε υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες	υψηλότερο ποσοστό ασθενών στην ομάδα παρέμβασης παρουσίασε θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου κατά την 3μηνη παρακολούθηση	αυτοαποτελεσματικότητα στη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής πριν και μετά την παρέμβαση: 95.8 - 100.5 (ομάδα παρέμβασης), 99.6 – 103 (ομάδα ελέγχου), αυτοαποτελεσματικότητα στη διαχείριση συμπτωμάτων: 71.9 – 77.1 (ομάδα παρέμβασης), 72.5 – 76.8 (ομάδα ελέγχου),	αυτοαποτελεσματικότητα στη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής πριν και μετά την παρέμβαση: 22.4 – 21.8 (ομάδα παρέμβασης), 22.9 – 20.1 (ομάδα ελέγχου), αυτοαποτελεσματικότητα στη διαχείριση συμπτωμάτων: 22.7 – 20.3 (ομάδα παρέμβασης), 21.7 – 19.5 (ομάδα ελέγχου),	δεν αναφέρεται	δειγματοληψία ευκολίας, διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, οι οποίες δεν εξαλείφθηκαν με τη τυχαιοποίηση, μικρό διάστημα παρακολούθησης

CES-D: Κλίμακα Κατάθλιψης Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών, HbA1c: γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, MSAS: Κλίμακα Αξιολόγησης Συμπτωμάτων Memorial, RMBPC-RT: Αναθεωρημένη Λίστα Ελέγχου Προβλημάτων Μνήμης και Συμπεριφοράς-Βαθμολογία Αντίδρασης, Φ/Α: φαρμακευτική αγωγή, ZBI: Συνέντευξη Επιβάρυνσης Zarit

Παράρτημα V: Πίνακας 6. Αντικρουόμενα συμφέροντα ερευνητών

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αντικρουόμενα συμφέροντα
Wagner (2006)	δεν αναφέρονται
Boriani (2013)	χρηματοδότηση από την Medtronic, Inc.
Kwok (2013)	δεν υφίστανται
Antypas (2014)	χρηματοδότηση πλήρως από διδακτορική επιχορήγηση της Περιφερειακής Αρχής Υγείας της Βόρειας Νορβηγίας
Cernval (2015)	δεν αναφέρονται
Tremont (2015)	χρηματοδότηση από National Institute of Nursing Research
van Bruinessen (2016)	χρηματοδότηση από το πρόγραμμα Alpe d'HuZes της Ολλανδικής Αντικαρκινικής Εταιρείας
Rańkowska (2017)	χρηματοδότηση από το Πολωνικό Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Ανάπτυξης
Boele (2018)	χρηματοδότηση από την Ολλανδική Αντικαρκινική Εταιρεία, Alpe d'HuZes (VU 2010-4808). Ο πρώτος συγγραφέας υποστηρίχθηκε επιπλέον από την υποτροφία Niels Stensen και την ακαδημαϊκή υποτροφία του Πανεπιστημίου Yorkshire Cancer Research. Άλλοι συγγραφείς υποστηρίζονται από τη Roche και τον κερδοσκοπικό οργανισμό Achmea, Nutricia
Ramadas (2018)	χρηματοδότηση από Seed Grant του πανεπιστημίου και το πρόγραμμα ASCEND, του Fogarty International Centre, National Institutes of Health
Diefenbach (2018)	χρηματοδότηση από το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου και την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία
Brodbeck (2019)	χρηματοδότηση από Ελβετικό Εθνικό Ίδρυμα Επιστημών
Kosse (2019)	χρηματοδότηση από τον Ολλανδικό Οργανισμό Έρευνας και Ανάπτυξης για την Υγεία

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αντικρουόμενα συμφέροντα
Fjell (2020)	χρηματοδότηση από το Karolinska Institutet, το Σουηδικό Συμβούλιο Έρευνας, το Σουηδικό Συμβούλιο Έρευνας για την Υγεία, την Εργασιακή Ζωή και την Πρόνοια, το Σουηδικό Ίδρυμα για τον Καρκίνο, το Ίδρυμα Kamprad Family Foundation for Entrepreneurship, Research & Charity, Växjö, και τα Ταμεία Έρευνας για τον Καρκίνο του Radiumhemmet, Στοκχόλμη, Σουηδία
Huis In Het Veld (2020)	χρηματοδότηση από τον Ολλανδικό Οργανισμό Έρευνας και Ανάπτυξης για την Υγεία, πρόγραμμα Tussen Wet en Doen
Kassavou (2020)	χρηματοδότηση από από το Εθνικό Ινστιτούτο Έρευνας για την Υγεία, στο πλαίσιο του προγράμματος "Έρευνα προς όφελος των ασθενών"
Laver (2020)	χρηματοδότηση από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Ιατρικής Έρευνας Αυστραλίας
Lee (2020)	χρηματοδότηση από το ταμείο e-Science του Υπουργείου Επιστήμης, Τεχνολογίας και Καινοτομίας της Μαλαισίας
Nobakht (2020)	δεν αναφέρονται
Xu (2020)	χρηματοδότηση από Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Βραβείο Αξιοκρατίας για τις Υποθέσεις των Βετεράνων
Aceti (2021)	δεν υφίστανται
Bendig (2021)	συγγραφείς με διάφορες σχέσεις εργασίας με Psychotherapy and Psychiatry Associations, Psychotherapy Training Institutes και GET.On Institute GmbH
Carter (2021)	χρηματοδότηση από το Βραβείο Κλινικών Δοκιμών από το Ίδρυμα Παιδικών Όγκων και την επιχορήγηση του Υπουργείου Άμυνας
Elfrink (2021)	χρηματοδότηση από ZonMw, Alzheimer Nederland & PGGM

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αντικρουόμενα συμφέροντα
Han (2021)	χρηματοδότηση από το Εθνικό Ίδρυμα Φυσικών Επιστημών της Κίνας και το Συμβούλιο Υποτροφιών της Κίνας
Hidrus (2021)	χρηματοδότηση από το Υπουργείο Ανάπτυξης και Επιστήμης της Μαλαισίας για το πρόγραμμα Επιχορήγησης Θεμελιακής Έρευνας
Sunil (2021)	δεν υφίστανται
Sveen (2021)	χρηματοδότηση από το Swedish Childhood Cancer Foundation και την Περιφερειακή Συμφωνία για την Ιατρική Εκπαίδευση και την Κλινική Έρευνα μεταξύ της Περιφέρειας Στοκχόλμης και του Karolinska Institutet
Zhu (2021)	χρηματοδότηση από την Επιτροπή Επιστήμης και Τεχνολογίας του Πεκίνου της Κίνας
Araphaksakul (2022)	χρηματοδότηση από το Ταμείο για την 90ή επέτειο του Πανεπιστημίου Chulalongkorn
Carli (2022)	χρηματοδότηση από το Πρόγραμμα Έρευνας και Καινοτομίας "Ορίζοντας 2020" της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ένας εκ των συγγραφέων απασχολείται από την Gaia AG, τον προγραμματιστή και ιδιοκτήτη του Deprexis, μιας διαδικτυακής παρέμβασης για την κατάθλιψη, η οποία προσφέρεται επιλεκτικά στους ασθενείς στο πλαίσιο του συστήματος NEVERMIND
Gauthier (2022)	οι Drs. Gauthier, Borstad, Lowes και Crawfis συνίδρυσαν την Games That Move You, PBC για την εμπορική εκμετάλλευση της τεχνολογίας των παιχνιδιών που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα, σχέδια διαχείρισης συγκρούσεων τέθηκαν σε εφαρμογή μέσω του Ohio State University πριν από τη διεξαγωγή αυτής της έρευνας για να διασφαλιστεί η ακεραιότητά της
Hsia (2022)	η Better Therapeutics, Inc. προσέφερε τις εφαρμογές που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα και σχετίζεται με διάφορους τρόπους με πολλούς εκ των συγγραφέων, χρηματοδότησε την έρευνα και ήλεγξε το χειρόγραφο πριν την καταχώρηση

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αντικρουόμενα συμφέροντα
Huang (2022)	χρηματοδότηση από το Υπουργείο Επιστήμης και Τεχνολογίας της R.O.C. και το Πανεπιστήμιο I-Shou
Jiao (2022)	χρηματοδότηση από το Εθνικό Πρόγραμμα Έρευνας και Ανάπτυξης της Κίνας
María Gómez (2022)	δεν υφίστανται
Marshall (2022)	χρηματοδότηση από Sanofi, η οποία συμμετείχε στην ανάπτυξη της παρέμβασης, στο σχεδιασμό της μελέτης, στην ερμηνεία των δεδομένων και στη συγγραφή της έκθεσης και ενημερώθηκε κατά τη διάρκεια της συλλογής και της ανάλυσης των δεδομένων. Η Sanofi παράγει ένα από τα εμβόλια κατά της γρίπης που διατίθενται στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά οι συμμετέχοντες δεν έλαβαν οδηγίες να κάνουν συγκεκριμένο τύπο εμβολίου
Nadort (2022)	χρηματοδότηση από ZonMW, το οποίο έχει αξιολογήσει και εγκρίνει μια προηγούμενη έκδοση του πρωτοκόλλου μελέτης
Schuit (2022)	χρηματοδότηση από ZonMw και τον Ολλανδικό Οργανισμό Έρευνας και Ανάπτυξης για την Υγεία
Wagner (2022)	χρηματοδότηση από το Γερμανικό Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας
Yu (2022)	χρηματοδότηση από το Beijing Hope Run Special Fund του Ιδρύματος για τον Καρκίνο της Κίνας
Al-Kharouf (2023)	χρηματοδότηση από την Κοσμητεία Επιστημονικής Έρευνας του Πανεπιστημίου της Ιορδανίας
Aunon (2023)	χρηματοδότηση από NIMH, NIAID, NICHD και το Πανεπιστήμιο της Ουάσινγκτον-Κέντρο Έρευνας για το AIDS
Banu (2023)	χρηματοδότηση από το Ινστιτούτο Παγκόσμιας Υγείας της Χαϊδελβέργης, το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Χαϊδελβέργης, το Πανεπιστήμιο Επιστημών Υγείας του Μπαγκλαντές και την επιχορήγηση της Σχολής Δημόσιας Υγείας James P.

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αντικρουόμενα συμφέροντα
Dominguez-Rodriguez (2023)	χρηματοδότηση από το Autonomous University of Ciudad Juárez
Feng (2023)	χρηματοδότηση από το Εθνικό Ίδρυμα Φυσικών Επιστημών της Κίνας, το Εθνικό Ίδρυμα Κοινωνικών Επιστημών της Κίνας και το Πρόγραμμα 111
Graetz (2023)	χρηματοδότηση από την Pfizer και διεξαγωγή ως συνεργασία μεταξύ του Πανεπιστημίου Emory, του West Cancer Center και της Pfizer. Το West Cancer Center είναι ο χορηγός της μελέτης, ο οποίος συνέλεξε τα δεδομένα για την παρούσα ανάλυση και είχε πλήρη πρόσβαση σε αυτά
Hermanns (2023)	χρηματοδότηση από Sanofi
Lee (2023)	χρηματοδότηση από το Υπουργείο Ασφάλειας Τροφίμων και Φαρμάκων
Mooney (2023)	χρηματοδότηση από το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας
Neal (2023)	χρηματοδότηση από Marie Skłodowska Curie Actions Innovative Training Network

Συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Αντικρουόμενα συμφέροντα
Neubert (2023)	χρηματοδότηση από το ταμείο για τη δημοσίευση ανοικτής πρόσβασης του Πανεπιστημίου του Würzburg
Pandian (2023)	χρηματοδότηση από το Ινδικό Συμβούλιο Ιατρικής Έρευνας
Rehman (2023)	χρηματοδότηση από το Ίδρυμα του Νοσοκομείου Παιδών Stollery μέσω του Ερευνητικού Ινστιτούτου Υγείας Γυναικών και Παιδιών
Reitsma (2023)	χρηματοδότηση από τη Σχολή Κοινωνικών και Συμπεριφορικών Επιστημών του Πανεπιστημίου της Ουτρέχτης και από το Fonds Slachtofferhulp
Rhodus (2023)	χρηματοδότηση από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας
Saussez (2023)	ένας εκ των συγγραφέων ήταν ερευνητής FRIA του Fonds de la Recherche Scientifique FRS-FNRS
Tran (2023)	χρηματοδότηση από Ιατρικό Κολέγιο Bach Mai, το Εθνικό Πανεπιστήμιο της Σιγκαπούρης-Γμήμα Ψυχολογικής Ιατρικής και το NUS iHealthtech-Άλλες λειτουργικές δαπάνες