

Περιεχόμενα

Κατάλογος διαγραμμάτων.....	3
Κατάλογος πινάκων	4
Συντομογραφίες.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
A.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
A.1. Ορισμός και ταξινόμηση του σακχαρώδη διαβήτη.....	11
A.2. Επιδημιολογία του σακχαρώδη διαβήτη.....	12
A.3. Επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη.....	12
A.4. Αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη.....	12
A.4.1. Η διατροφή στο σακχαρώδη διαβήτη.....	13
A.4.2 Η άσκηση στο σακχαρώδη διαβήτη.....	15
A.4.3. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη.....	15
A.5. Πρωτόκολλο παρακολούθησης του σακχαρώδη διαβήτη.....	16
A.6. Ασθενοκεντρική προσέγγιση	18
B. Η εκπαίδευση στα χρόνια νοσήματα	19
B.1 Η εκπαίδευση και αυτό-διαχείριση στο σακχαρώδη διαβήτη.....	21
B.1.2 Αυτό-διαχείριση σε θέματα διατροφής και άσκησης.....	23
B.1.3 Φροντίδα των ποδιών	24
B.1.4 Αυτό-έλεγχος στο σακχαρώδη διαβήτη.....	25
Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	27
Γ.1 Σκοπός	27
Γ.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	27
Γ.2.1 Το δείγμα της μελέτης.....	27

Γ.2.2. Κριτήρια Επιλογής	28
Γ.2.3 Κριτήρια αποκλεισμού	28
Γ.2.4 Μεθοδολογία.....	28
Γ.2.5 Εργαλεία μέτρησης	28
Γ.2.6 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα.....	29
Γ.2.7 Στατιστική ανάλυση.....	29
Γ.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	30
Γ.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	78
Γ.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	82
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	87

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενων.....	32
Διάγραμμα 2 Πόσα άτομα μένουν μαζί σας στο σπίτι.....	33
Διάγραμμα 3 Επαγγελματική κατάσταση ερωτώμενων.....	33
Διάγραμμα 4 Ώρες εργασίας εργαζόμενων ερωτώμενων	34
Διάγραμμα 5 Εκπαίδευση ερωτώμενων.....	34
Διάγραμμα 6 Τόπος κατοικίας ερωτώμενων.....	35
Διάγραμμα 7 Ασφάλιση ερωτώμενων.....	35
Διάγραμμα 8 Μηνιαίο εισόδημα ερωτώμενων.....	36
Διάγραμμα 9 Φαρμακευτική αγωγή ερωτώμενων.....	39
Διάγραμμα 10 Πόσες μέρες την εβδομάδα μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;.....	44
Διάγραμμα 11 Τις μέρες που κάνετε τη μέτρηση, πόσες φορές μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;.....	49
Διάγραμμα 12 Κρατάτε αρχείο με τα αποτελέσματα των μετρήσεων του σακχάρου στο αίμα ;.....	49
Διάγραμμα 13 Κατάσταση υγείας ερωτώμενων.....	47
Διάγραμμα 14 Ποιος σας βοηθάει περισσότερο στη φροντίδα για το διαβήτη σας;.....	53
Διάγραμμα 15 Πόσο συχνά ο διαβήτης σας εμπόδισε στις καθημερινές δραστηριότητες τον περασμένο χρόνο;.....	57
Διάγραμμα 16 Κλίμακα στάσεων.....	61

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Δείκτες εσωτερικής συνάφειας ερωτηματολογίου.....	31
Πίνακας 2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	36
Πίνακας 3 Κλινικά χαρακτηριστικά.....	39
Πίνακας 4 Αναθεωρημένη κλίμακα γνώσεων του Michigan.....	40
Πίνακας 5 Μέτρηση σακχάρου.....	46
Πίνακας 6 Κατάσταση υγείας.....	48
Πίνακας 7 Εκπαίδευση - Συμβουλές.....	49
Πίνακας 8 Κατανόηση Σακχαρώδη Διαβήτη.....	50
Πίνακας 9 Υποστήριξη από οικογένεια και φίλους.....	51
Πίνακας 10 Κλίμακα ελέγχου προβλημάτων (1).....	54
Πίνακας 11 Κλίμακα ελέγχου προβλημάτων (2).....	55
Πίνακας 12 Κλίμακα ατομικών και κοινωνικών παραγόντων.....	58
Πίνακας 13 Κλίμακα στάσεων (1).....	59
Πίνακας 14 Κλίμακα στάσεων (2).....	61
Πίνακας 15 Κλίμακα διαιτητικής προσήλωσης (1).....	62
Πίνακας 16 Κλίμακα διαιτητικής προσήλωσης (2).....	63
Πίνακας 17 Κλίμακα ωφελειών μακροχρόνιας φροντίδας.....	64
Πίνακας 18 Κλίμακα εμποδίων άσκησης.....	65
Πίνακας 19 Κλίμακα εμποδίων παρακολούθησης και κατανόησης διαβήτη (1).....	65
Πίνακας 20 Κλίμακα εμποδίων παρακολούθησης και κατανόησης διαβήτη (2).....	66
Πίνακας 21 Κλίμακα εμποδίων παρακολούθησης και κατανόησης διαβήτη (3).....	67
Πίνακας 22 Συσχέτιση Συχνότητας μέτρησης σακχάρου με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά.....	69
Πίνακας 23 Συσχέτιση φύλου με το ποιος βοηθάει περισσότερο.....	69
Πίνακας 24 Συσχέτιση Σκορ γνώσεων με το φύλο.....	70

Πίνακας 25 Συσχέτιση φύλου με τις στάσεις.....	71
Πίνακας 26 Συσχέτιση υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον με τη διατροφική προσήλωση.....	73
Πίνακας 27 Συσχέτιση υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον με τα εμπόδια άσκησης	73
Πίνακας 28 Συσχέτιση υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον με τη συμμόρφωση μέτρησης σακχάρου.....	74
Πίνακας 29 Συσχέτιση συχνότητας μέτρησης σακχάρου με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά.....	76
Πίνακας 30 Συσχέτιση σκορ γνώσεων με την HbA1c.....	77
Πίνακας 31 Συσχέτιση HbA1c με τις στάσεις.....	78

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ADA (American Diabetes Association)	Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία
BMI (Body Mass Index)	Δείκτης Μάζας Σώματος
IDF (International Diabetes Federation)	Διεθνής Ομοσπονδία Διαβήτη
LADA (Latent Autoimmune Diabetes of Adult)	Λανθάνων Αυτοάνοσος Διαβήτης στους Ενήλικες
MODY (Maturity Onset Diabetes in the Young)	Διαβήτης της Ωρίμου Ηλικίας στους Νέους
WHO (World Health Organization)	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΑΠ	Αρτηριακή Πίεση
HbA1c	Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη
ΕΔΕ	Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία
ΚΑΝ	Καρδιαγγειακή Νόσος
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΔ	Σακχαρώδης Διαβήτης
ΣΔτ1	Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1
ΣΔτ2	Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η εκπαίδευση και εν συνεχεία η αυτό-διαχείριση και αυτό-φροντίδα στο σακχαρώδη διαβήτη αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την επίτευξη ευγλυκαιμίας, την καθυστέρηση εμφάνισης επιπλοκών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση και αξιολόγηση των γνώσεων που έχουν οι ασθενείς σχετικά με το σακχαρώδη διαβήτη καθώς και το επίπεδο της διαχείρισης του (διατροφή άσκηση, φαρμακευτική αγωγή, οξείες επιπλοκές).

Υλικό - Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 100 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 & 2 που παρακολουθούνται στο εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης και του νοσοκομείου της Πτολεμαΐδας. Η έρευνα έλαβε χώρα από τον Μάρτιο έως και τον Ιούλιο του 2019. Η αξιολόγηση των γνώσεων και της αυτο-διαχείρισης έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου Γνώσεων για το Σακχαρώδη Διαβήτη και του ερωτηματολογίου Diabetes Care Profile (DCP) του Ερευνητικού Κέντρου του Πανεπιστημίου του Michigan. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν δημογραφικά δεδομένα, σωματομετρικά στοιχεία και εργαστηριακά αποτελέσματα (HbA1c, λιπιδαιμικό profile, νεφρική λειτουργία).

Αποτελέσματα: Από τη μελέτη μας φάνηκε ότι το επίπεδο γνώσεων αναφορικά με το διαβήτη είναι χαμηλό και για τα δύο φύλα. Επίσης η συμμόρφωση στις συστάσεις που αφορούν τη διατροφή και την άσκηση είναι ελλιπής, ενώ υπερτερεί στον αυτοέλεγχο της γλυκόζης. Ακόμη η εκπαίδευση που έχουν λάβει οι ασθενείς είναι σχεδόν ανύπαρκτη, γεγονός που πρέπει να αποτελέσει στόχο παρέμβασης.

Συμπεράσματα: Η ελλιπής εκπαίδευση των ασθενών και η μειωμένη αυτό-φροντίδα επιδρούν αρνητικά στο γλυκαιμικό έλεγχο, στη ρύθμιση των υπόλοιπων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, στην αντιμετώπιση των οξέων επιπλοκών και στην ψυχολογική προσέγγιση της νόσου και αποτελούν πεδία που επιδέχονται βελτίωση από τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς.

Λέξεις - κλειδιά: Σακχαρώδης διαβήτης, αυτό-φροντίδα, διατροφή, άσκηση, αυτό- έλεγχος

ABSTRACT

Introduction: The training and subsequent self-management and self-care regarding diabetes mellitus are important factors in achieving euglycemia, delaying the onset of complications and improving the quality of life of patients with diabetes mellitus. The purpose of this study is to investigate and evaluate patients' knowledge of diabetes as well as the level of its management (exercise, diet, medication, acute complications).

Materials & Methods: This study involved 100 patients with type I & type II diabetes who were being monitored in outpatient diabetes clinics at a hospital in Thessaloniki and the hospital of Ptolemaida. The survey took place between March and July 2019. Knowledge and self-management were assessed using the Diabetes Knowledge Questionnaire and the Diabetes Care Profile questionnaire (DCP) of the University of Michigan Research Center. Demographics, anthropometric data and laboratory results (HbA1c, lipid profile, renal function) were also used.

Results: Our study showed that the level of knowledge concerning diabetes is average for both sexes. In addition, compliance to the recommendations regarding diet and exercise is insufficient, while self-monitoring of glucose excels. Additionally, the training received by patients is almost nonexistent and so it should become an intervention target.

Conclusion: Inadequate patient education and poor self-care affect glycemic control, the regulation of other cardiovascular risk factors, the management of acute complications, as well as the psychological approach to the disease, and these are all areas that can be improved by healthcare professionals and patients.

Keywords: Diabetes mellitus, self-care, nutrition, exercise, self-monitoring

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια χρόνια μεταβολική νόσο με διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα, που ακολουθεί την έκρηξη της παχυσαρκίας και την υιοθέτηση ενός «Δυτικού τρόπου» ζωής, σε παγκόσμιο επίπεδο. Είναι μια πολυσυστηματική νόσος με σοβαρές επιπλοκές, που κοστίζουν όχι μόνο την ποιότητα ζωής του ασθενούς αλλά επιβαρύνουν σημαντικά τα υγειονομικά συστήματα των χωρών. Λόγω της πολυδιάστατης φύσης του ο σακχαρώδης διαβήτης, ως χρόνια νόσημα, επιδρά τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική υγεία και για το λόγο αυτό απαιτείται εξατομικευμένη προσέγγιση, συνεργασία πολλών επαγγελματιών υγείας, ενεργός συμμετοχή και συνεχής και επίπονη προσπάθεια από την πλευρά του ασθενούς, ώστε να διασφαλιστεί καλύτερη ποιότητα ζωής και καθυστέρηση ή αποφυγή των επιπλοκών που προκύπτουν από τη χρόνια υπεργλυκαιμία.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναδειχθεί από πολλές μελέτες, η αξία της αυτό-διαχείρισης στα χρόνια νοσήματα (self- management). Η αυτό-διαχείριση είναι μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία τα άτομα με χρόνια νόσημα, ασχολούνται με τη διαχείριση και τη φροντίδα της νόσου, σε συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον και τους επαγγελματίες υγείας.¹

Η έννοια της αυτό-διαχείρισης προϋποθέτει σε μεγάλο βαθμό τη «συμμόρφωση» του ασθενούς και την υιοθέτηση συμπεριφορών και ανάπτυξη δεξιοτήτων ώστε να είναι ικανός να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της νόσου, να διαχειρίζεται σύνθετες φαρμακευτικές αγωγές, να ακολουθεί τις συστάσεις για την κατάλληλη διατροφή και σωματική δραστηριότητα, να προσαρμόζεται στις ψυχολογικές και κοινωνικές απαιτήσεις και σε νέους τρόπους ζωής, καθώς και να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στην αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες υγείας.²

Θεμέλιος λίθος για την ανάπτυξη οποιασδήποτε δεξιότητας, αποτελεί η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η παροχή γνώσεων σχετικά με τη νόσο, κυρίως από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και από άλλους φορείς όπως είναι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το διαδίκτυο, οι οργανωμένοι σύλλογοι ατόμων με χρόνια νοσήματα κλπ.

Συγκεκριμένα για το σακχαρώδη διαβήτη, κρίνεται απαραίτητη η κατανόηση της φύσης της νόσου, η γνώση της επίδρασης της διατροφής και της σωματικής άσκησης στα επίπεδα της γλυκόζης, η εκμάθηση του αυτό-έλεγχου, η χρήση ενέσιμων θεραπειών, η πρόληψη και η αντιμετώπιση των οξέων και χρόνιων επιπλοκών, καθώς και η ανάπτυξη στρατηγικών για την αντιμετώπιση ψυχο-κοινωνικών ζητημάτων και ανησυχιών. Αυτού του είδους η εκπαίδευση πολλές φορές δεν αφορά μόνο στον ασθενή, αλλά και στο περιβάλλον του, που καλείται να αναπτύξει αντίστοιχες προσαρμογές για τη διασφάλιση υποστηρικτικού περιβάλλοντος και καλύτερης ποιότητας ζωής.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία θέλαμε να διερευνήσουμε το επίπεδο των γνώσεων σε βασικά θέματα που αφορούν στο διαβήτη, ατόμων που παρακολουθούνται σε εξωτερικά ιατρεία διαβητολογικών κέντρων. Επιπλέον θέλαμε να μελετήσουμε τη δυνατότητα αυτό- διαχείρισης ορισμένων βασικών ζητημάτων όπως είναι ο αυτό- έλεγχος της γλυκόζης, η αναγνώριση και αντιμετώπιση οξέων επιπλοκών (υπεργλυκαιμία, υπογλυκαιμία), η προσήλωση στις διατροφικές συστάσεις και στις συστάσεις για σωματική δραστηριότητα, την ψυχολογική προσέγγιση των ασθενών και τις απόψεις του για το διαβήτη, καθώς και τη συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτηματολόγια, το Ερωτηματολόγιο

Γνώσεων για το Σακχαρώδη Διαβήτη (Αναθεωρημένη Κλίμακα Γνώσεων) του Michigan και το Ερωτηματολόγιο Diabetes Care Profile του Michigan. Επιπλέον καταγράφηκαν ορισμένα δημογραφικά και σωματομετρικά στοιχεία, καθώς και αποτελέσματα πρόσφατων εργαστηριακών εξετάσεων συναφή με το σακχαρώδη διαβήτη. (HbA1c, λιπίδια, νεφρική λειτουργία).

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A1. Ορισμός και ταξινόμηση του σακχαρώδη διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια χρόνια μεταβολική νόσο, που χαρακτηρίζεται από διαταραχή στο μεταβολισμό των υδατανθράκων κυρίως, αλλά και των λιπών και των πρωτεϊνών, λόγω έλλειψης της ινσουλίνης, πλήρους, μερικής ή σχετικής. Η κυρίαρχη έκφραση αυτής της έλλειψης, είναι η υπεργλυκαιμία. Ως σχετική έλλειψη ινσουλίνης χαρακτηρίζεται η κατάσταση κατά την οποία, παρά τα αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης στο αίμα, αυτή δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του μεταβολισμού, εξαιτίας αδυναμίας της δράσης της στους περιφερικούς ιστούς. Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως αντίσταση στην ινσουλίνη.

Η αιτιολογική ταξινόμηση τους σακχαρώδη διαβήτη περιλαμβάνει 4 κατηγορίες :

1. **Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1.** Χαρακτηρίζεται από πλήρη έλλειψη ινσουλίνης.
2. **Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2.** Σε αυτή ανήκει η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με διαβήτη (> 90%) και χαρακτηρίζεται αφενός από μειονεκτική έκκριση ινσουλίνης λόγω προοδευτικής καταστροφής των β-κυττάρων του παγκρέατος και αφετέρου από άλλοτε άλλου βαθμού, αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης, στους περιφερικούς ιστούς.
3. **Σακχαρώδης διαβήτης κήσης.** Αποτελεί ποικίλου βαθμού διαταραχή ανοχής της γλυκόζης, που εμφανίζεται ή αναγνωρίζεται για πρώτη φορά στη διάρκεια της κήσης, κατά κύριο λόγο μετά την 24^η εβδομάδα.
4. **Άλλοι τύποι σακχαρώδη διαβήτη.** Σ' αυτήν την κατηγορία ανήκουν σπάνιοι τύποι σακχαρώδη διαβήτη (Γενετικές λειτουργικές διαταραχές του β- κυττάρου -Τύποι MODY, γενετικές διαταραχές δράσης της ινσουλίνης, παθήσεις της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος πχ. παγκρεατίτιδα, παγκρεατεκτομή, κυστική ίνωση, νεοπλασία, ενδοκρινοπάθειες, φάρμακα όπως τα γλυκοκορτικοειδή, λοιμώξεις όπως η συγγενής ερυθρά, σπάνιες μορφές αυτοάνοσου σακχαρώδη διαβήτη, γενετικά σύνδρομα σχετιζόμενα με σακχαρώδη διαβήτη πχ. σύνδρομο Down)³

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ισχύουσα ταξινόμηση του σακχαρώδη διαβήτη, δεν είναι πάντα επαρκής για την κατάταξη ορισμένων ατόμων, καθώς αυτά εμφανίζουν χαρακτηριστικά και των δυο κύριων τύπων διαβήτη. Παράδειγμα αποτελεί ο λεγόμενος σακχαρώδης διαβήτης τύπου LADA, που αφορά σε νεαρούς ενήλικες (30-50 ετών), με φυσιολογικό βάρος σώματος και χωρίς κληρονομικό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, που παρουσιάζουν αρχικά ήπια υπεργλυκαιμία, η οποία εξελίσσεται σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα (3-5 έτη) σε πλήρη ανεπάρκεια της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος με ανάγκη χορήγησης ινσουλίνης, ενώ παράλληλα διαπιστώνονται κυκλοφορούντα αντιπαγκρεατικά αυτοαντισώματα.

Επιπλέον ορισμένοι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, εμφανίζουν αργότερα στην ενήλικη ζωή τους, παχυσαρκία, αντίσταση στην ινσουλίνη και στοιχεία μεταβολικού συνδρόμου. Τέλος, παιδιά με εκσεσημασμένη παχυσαρκία και στοιχεία σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, παρουσιάζουν θετικά αντιπαγκρεατικά αυτοαντισώματα. Με αυτά τα δεδομένα γίνεται προφανές, ότι η φαινοτυπική και κατ' επέκταση κλινική έκφραση της νόσου, είναι αποτέλεσμα της ισχυρής αλληλεπίδρασης του γονιδιώματος και του περιβάλλοντος.³

A2. Επιδημιολογία του σακχαρώδη διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα από τα συχνότερα χρόνια νοσήματα που έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες, γεγονός που οφείλεται στην υιοθέτηση ενός «Δυτικού» τρόπου ζωής, που χαρακτηρίζεται από έξαρση της παχυσαρκίας, ανθυγιεινή διατροφή, καθώς και έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και καθιστική ζωή.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που ανακοίνωσε ο International Diabetes Federation για το 2017 περίπου 425 εκατομμύρια ενήλικες (20-79 ετών) είναι διαβητικοί, ενώ αναμένεται ο αριθμός τους να ανέλθει στα 629 εκατομμύρια μέχρι το 2045⁴. Στη χώρα μας, σύμφωνα και πάλι με στοιχεία του IDF, το ποσοστό των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη εκτιμάται στο 8,8% του συνολικού πληθυσμού, που αντιστοιχεί σε περίπου 750.000 ασθενείς, ενώ 1 στους 4 δεν γνωρίζουν την ύπαρξη του.

A3. Επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη

Η ύπαρξη του σακχαρώδη διαβήτη και η χρόνια υπεργλυκαιμία συνοδεύονται από επιπλοκές που διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Στις οξείες συμπεριλαμβάνονται η υπογλυκαιμία, η διαβητική κετοξέωση και η υπερωσμωτική υπεργλυκαιμική κατάσταση. Οι χρόνιες επιπλοκές αφορούν στις λεγόμενες μικρο-αγγειακές επιπλοκές, που είναι ειδικές για το διαβήτη, και περιλαμβάνουν τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, τη νευροπάθεια και τη νεφροπάθεια και στις μακρο-αγγειακές που είναι η καρδιαγγειακή νόσος (ισχαιμική καρδιοπάθεια, αθηροθρόμβωση των στεφανιαίων και εγκεφαλικών αρτηριών, των καρωτίδων, της αορτής και των περιφερικών αρτηριών), το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η περιφερική αγγειακή νόσος.

Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, ενώ σύμφωνα με στοιχεία της American Heart Association, τουλάχιστον το 68% των ανθρώπων ηλικίας 65 ετών και άνω με διαβήτη πεθαίνουν από κάποια μορφή καρδιακής νόσου, ενώ οι ενήλικες με διαβήτη είναι δύο έως τέσσερις φορές πιο πιθανό να πεθάνουν από καρδιακές παθήσεις σε σχέση με τους ενήλικες χωρίς διαβήτη.⁵

A4. Αντιμετώπιση σακχαρώδη διαβήτη

Η αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη περιλαμβάνει το μακροχρόνιο γλυκαιμικό έλεγχο και τη διόρθωση των υπόλοιπων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Η επίτευξη ευγλυκαιμίας απαιτεί την έγκαιρη διάγνωση, την εκπαίδευση του ασθενούς με στόχο την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής αναφορικά με τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα, καθώς και τη χορήγηση κατάλληλης αντιδιαβητικής αγωγής.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ADA (American Diabetes Association) η τιμή-στόχος της HbA1c είναι < 7 %, ενώ τιμή < 6,5 % συστήνεται σε νέους ασθενείς, στους οποίους είναι εφικτή η πιο αυστηρή ρύθμιση, χωρίς την εκδήλωση επεισοδίων υπογλυκαιμίας. Τιμή HbA1c μέχρι 8% συστήνεται σε ηλικιωμένους ασθενείς με συν-νοσηρότητες, στους οποίους η εκδήλωση υπογλυκαιμίας μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τους (πτώση- κάκωση, αρρυθμίες κ.α).⁶

Στις ίδιες κατευθυντήριες οδηγίες γίνεται εκτενής αναφορά και για τη ρύθμιση των υπόλοιπων παραγόντων κινδύνου, καθώς κρίνεται ότι η ορθή αντιμετώπιση του ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να είναι ολιστική και εξατομικευμένη.

Έτσι αναφορικά με τη δυσλιπιδαιμία η τιμή στόχος της LDL - χοληστερόλης είναι <70 mg/dl με τη χορήγηση συνήθως υπολιπιδαιμικής αγωγής (στατίνης), καθώς οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη θεωρούνται εξ' ορισμού υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Εξαιρέση αποτελούν οι ασθενείς ηλικίας < 40 ετών, χωρίς άλλους παράγοντες, οι οποίοι ανήκουν στην κατηγορία χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου (10ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος < 1%) και είναι ανεκτή μία τιμή LDL < 100mg/dl. Αντίστοιχα συστήνεται η αντιμετώπιση της υπερτριγλυκεριδαϊμίας, είτε μέσω της διατροφής, είτε έπειτα από φαρμακευτική παρέμβαση, ώστε η τιμή των τριγλυκεριδίων να διατηρείται < 150mg/dl.

Η τιμή –στόχος της αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και 10ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο < 15%, ορίζεται στο 140/80 mmHg, όπως και στο γενικό πληθυσμό, ενώ σε ασθενείς με 10ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο > 15% η αρτηριακή πίεση συστήνεται να ρυθμίζεται στο 130/80 mmHg. Όταν η αρτηριακή πίεση δε ρυθμίζεται με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής (φυσιολογική βάρους σώματος, διατροφή με χαμηλή περιεκτικότητα σε αλάτι, διακοπή καπνίσματος, καθημερινή σωματική άσκηση) κρίνεται απαραίτητη η έναρξη αντι-υπερτασικής θεραπείας.

A4.1 Η διατροφή στο σακχαρώδη διαβήτη

Η διατροφή στο σακχαρώδη διαβήτη αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στο γλυκαιμικό έλεγχο και αφορά σε όλους τους τύπους διαβήτη. Ειδικότερα στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι απαραίτητη η απώλεια βάρους και η διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους σώματος (BMI < 25 Kg/m²), καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών είναι άτομα υπέρβαρα ή παχύσαρκα.⁷ Μεγάλες μελέτες καθώς και μετα- αναλύσεις έχουν δείξει ότι έστω και μικρή απώλεια βάρους συμβάλλει στην καθυστέρηση εμφάνισης διαβήτη σε άτομα με προδιαβήτη και διαταραχή ανοχής γλυκόζης, συμβάλλει στον καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο, καθώς και στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών όπως η αμφιβληστροειδοπάθεια και η πρωτεϊνουρία, και του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου.⁸

Με αυτά τα δεδομένα η ADA συστήνει την εφαρμογή υγιεινοδιαιτητικών παρεμβάσεων για την απώλεια σωματικού βάρους της τάξης του 7 %, με στόχο την πρόληψη και καθυστέρηση εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη και των επιπλοκών του.⁹

Η δίαιτα στο σακχαρώδη διαβήτη αποτελεί βασικό εργαλείο του γλυκαιμικού ελέγχου και οφείλει να είναι εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη στις προτιμήσεις, τις συνήθειες, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τους μεταβολικούς στόχους και στον τρόπο ζωής του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη, ώστε να είναι ευκολότερα εφαρμόσιμη και πιο αποτελεσματική. Εντούτοις υπάρχουν βασικές διατροφικές συστάσεις, οι οποίες θα πρέπει να ακολουθούνται κατά τη σύσταση του διαιτολόγου. Οι περισσότερες από αυτές έχουν ως θεμέλιο τους την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή, η οποία έχει αποδειχτεί, σε βάθος χρόνου και μετά από πληθώρα μελετών, ότι είναι μια πλήρης, ισορροπημένη, ασφαλής και κλινικά ωφέλιμη διατροφή, έτσι ώστε σήμερα να αποτελεί πρότυπο.

Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει άφθονες φυτικές τροφές (φρούτα, λαχανικά, ψωμί και άλλα προϊόντα δημητριακών, πατάτες, όσπρια, ξηρούς καρπούς), γαλακτοκομικά προϊόντα (κυρίως τυρί και γιαούρτι) καθημερινά, ψάρια και πουλερικά σε μικρές έως μέτριες ποσότητες, κόκκινο κρέας σε μικρές ποσότητες έως και μια φορά το μήνα, μικρή κατανάλωση αλκοόλ (κόκκινο κρασί) και καθημερινή κατανάλωση ελαιολάδου. Με βάση τη Μεσογειακή διατροφή έχουν καθοριστεί βασικές αρχές, για τη σύσταση του διαιτολογίου, που διέπουν τη δίαιτα στο σακχαρώδη διαβήτη και είναι οι εξής :

1. Οι υδατάνθρακες θα πρέπει να καλύπτουν το 45-60% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, και να αποτελούνται κυρίως από σύνθετους υδατάνθρακες και φυτικές ίνες.
2. Οι πρωτεΐνες θα πρέπει να αντιστοιχούν στο 15-20% της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης και προτιμώνται τρόφιμα με πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας (ψάρι, κοτόπουλο, τυρί, γάλα, γιαούρτι με χαμηλά λιπαρά, λιγότερο συχνά κόκκινο κρέας)
3. Τα λίπη θα πρέπει να καλύπτουν το 20-35% των ημερήσιων αναγκών και θα πρέπει να αποτελούνται κυρίως από μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και όσο το δυνατό μεγαλύτερο περιορισμό των trans λιπαρών οξέων.

Έτσι λοιπόν προτείνεται μια διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, προϊόντα ολικής άλεσης, γαλακτοκομικά χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, περιορισμός στην κατανάλωση κρέατος, ιδίως κόκκινου, καθώς και μείωση στην κατανάλωση άλατος και ζάχαρης.

Οι ασθενείς που υπόκεινται σε θεραπεία με ινσουλίνη, χρειάζονται εκπαίδευση αναφορικά με τη σύσταση του διαιτολογίου και την εκμάθηση της χρήσης των ισοδυνάμων των τροφών, ώστε να μπορούν με ακρίβεια να υπολογίζουν τη δόση της ινσουλίνης που απαιτείται και να έχουν καλό γλυκαιμικό έλεγχο, χωρίς την εκδήλωση υπογλυκαιμιών.

Η υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση (MNT- Medical nutrition therapy), στοχεύει στη μείωση της παχυσαρκίας και στη διατήρηση φυσιολογικού βάρους σώματος, στη γλυκαιμική ρύθμιση και στην καθυστέρηση ή αποφυγή των οξέων και χρόνιων επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και στη ρύθμιση των υπόλοιπων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.¹⁰

Οι μεταβολικοί στόχοι είναι κατ' αρχάς η επίτευξη και διατήρηση καλού γλυκαιμικού ελέγχου, έτσι ώστε να έχουμε :

- τιμές HbA1C < 7%
- προγευματικές τιμές γλυκόζης : 70-130 mg/dl
- μέγιστη μεταγευματική τιμή γλυκόζης <180 mg/dl

επιπλέον επίτευξη και διατήρηση καλού λιπιδαιμικού προφίλ και αρτηριακής πίεσης ώστε να έχουμε :

- LDL-χοληστερόλη < 100 mg/dl
- τριγλυκερίδια < 150 mg/dl
- HDL –χοληστερόλη > 40 mg/dl για τους άνδρες
- HDL- χοληστερόλη > 50 mg/dl για τις γυναίκες
- αρτηριακή πίεση < 140/80mmHg

Μελέτες έχουν δείξει ότι η εφαρμογή της MNT (Medical nutrition therapy) μπορεί να προκαλέσει μείωση της HbA1c κατά 0,3- 1% στο ΣΔ 1 και 1-2% στο ΣΔ 2, ανάλογα με τη διάρκεια του, μείωση

της LDL κατά 7-22%, των TGs κατά 11-31%. Τα οφέλη είναι εμφανή 3-6 μήνες από την έναρξη της εφαρμογής της.¹¹

A4.2 Η άσκηση στο σακχαρώδη διαβήτη

Η έννοια της υγιεινοδιαιτητικής παρέμβασης περιλαμβάνει και την καθημερινή σωματική άσκηση, καθώς είναι σήμερα τεκμηριωμένο ότι αυτή συμβάλλει τα μέγιστα στην επίτευξη ευγλυκαιμίας, στη ρύθμιση των υπόλοιπων καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου και στη βελτίωση της υγείας γενικότερα.

Από τις κατευθυντήριες οδηγίες διαχείρισης του σακχαρώδη διαβήτη, συστήνεται αερόβια άσκηση μέτριας ή μεγάλης έντασης, διάρκειας τουλάχιστον 150 λεπτών την εβδομάδα, καταμερισμένη στις 5 μέρες την εβδομάδα, ενώ παράλληλα προτείνεται να μη μεσολαβούν 2 συνεχόμενες ημέρες χωρίς εκγύμναση. Οι τύποι της αερόβιας άσκησης που προτείνονται είναι το γρήγορο βάδισμα, το ποδήλατο, η κολύμβηση, ο χορός, το τζόκινγκ, ενώ παράλληλα συστήνεται η προπόνηση να συμπληρώνεται με αναερόβια άσκηση που περιλαμβάνει ασκήσεις 2-3 μυϊκών ομάδων, με βάρη ή αντιστάσεις, 2-3 φορές την εβδομάδα.

Η άσκηση πρέπει να αποφεύγεται όταν η γλυκόζη είναι υψηλή (> 250mg/dl), όταν υπάρχει κετονουρία και κετοναιμία, καθώς και όταν η τιμή της γλυκόζης είναι χαμηλή (< 100mg/dl). Στους ασθενείς με θεραπεία με ινσουλίνη θα πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος της γλυκόζης πριν και μετά την άσκηση και να προσαρμόζεται ανάλογα η δόση της ινσουλίνης και η λήψη υδατανθράκων. Επιπλέον, επί ενδείξεων πριν από την έναρξη προγράμματος άσκησης πρέπει να διενεργείται δοκιμασία κόπωσης.³

Τα οφέλη της σωματικής άσκησης είναι πολυάριθμα, έχουν αποδειχθεί από πλήθος μελετών και αφορούν στη συνολική σωματική υγεία και ψυχική ευεξία. Μειώνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις μέσω της βελτίωσης της λειτουργικότητας του ενδοθηλίου, βοηθά στη μείωση του σωματικού λίπους και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, ενώ παράλληλα ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα, μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο και συμβάλλει στη διαχείριση του χρόνιου πόνου.

A4.3. Φαρμακευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη

Στην πλειοψηφία των ασθενών η υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση, που αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη, δεν επαρκεί για την επίτευξη ευγλυκαιμίας και για το λόγο αυτό, απαιτείται η χορήγηση αντιδιαβητικής φαρμακευτικής αγωγής. Στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχει σημειωθεί πολύ μεγάλη πρόοδος στην ανακάλυψη νέων θεραπειών για την αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να επιτύχουν καλό γλυκαιμικό έλεγχο είτε με μονοθεραπεία, είτε με συνδυαστική αγωγή με φάρμακα καλώς ανεκτά που στερούνται σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών και ενέχουν μικρό κίνδυνο υπογλυκαιμίας, για πολλά έτη πριν από την ανάγκη χορήγησης ινσουλίνης. Οι κυριότερες κατηγορίες υπογλυκαιμικών φαρμάκων είναι :

- Τα εκκριταγωγά της ινσουλίνης, που αυξάνουν την έκκριση της ήδη παραχθείσας ινσουλίνης. Εδώ ανήκουν οι σουλφονουλουρίες, οι γλινίδες (ρεπαγλινίδη, νατεγλινίδη) και οι ινκρετινικές θεραπείες που περιλαμβάνουν τις γλιπτίνες ή αναστολείς της διπεπτιδυλ-πεπτιδάσης IV- DPP-IV (σιταγλιπτίνη, βιλνταγλιπτίνη, σαξαγλιπτίνη, λιναγλιπτίνη και

αλογλιπτίνη) και τους GLP-1 αγωνιστές (εξανετίδη, λιξιसेνατίδη, λιραγλουτίδη και εξανετίδη LAR)

- Οι ευαισθητοποιητές της ινσουλίνης, που περιλαμβάνουν τις διγουανίδες (μετφορμίνη) και τις θειαζολιδινεδιόνες ή γλιταζόνες (πιογλιταζόνη)
- Οι αναστολείς των α- γλυκοσιδασών, που εμποδίζουν τη διάσπαση των δισακχαριτών. Κύριος εκπρόσωπος αυτής της κατηγορίας αυτής είναι η ακαρβόζη, με πολύ περιορισμένη χρήση πλέον
- Αναστολείς του συμμεταφορέα -2 νατρίου - γλυκόζης στο νεφρό (αναστολείς του SGLT-2). Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η νταπαγλιφοζίνη, η εμπαγλιφοζίνη και η καναγλιφλοζίνη
- Ανθρώπινη ινσουλίνη και ανάλογα (ταχείας, ενδιάμεσης και μακράς δράσης) ³

Η λεπτομερής αναφορά στη φαρμακευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη ξεφεύγει από τους σκοπούς της παρούσας εργασίας.

A.5 Πρωτόκολλο παρακολούθησης του σακχαρώδη διαβήτη

Η τακτική παρακολούθηση του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη από ένα σύνολο επαγγελματιών υγείας, με κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, κρίνεται απαραίτητη για την καλή ρύθμιση της γλυκόζης, για τη ρύθμιση των υπόλοιπων καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου καθώς και για την πρόληψη εντόπιση τυχόν επιπλοκών. Από την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία προτείνεται ένα μακροσκελές πρωτόκολλο παρακολούθησης του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη που περιλαμβάνει τα εξής :

Ατομικό Ιστορικό

- Ηλικία και επάγγελμα
- Χρονολογία και τρόπος διάγνωσης του διαβήτη, συμπτώματα κατά τη διάγνωση, τυχόν παρούσα συμπτωματολογία
- Συνυπάρχοντα νοσήματα, παράγοντες κινδύνου (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα, παχυσαρκία κ.α), φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής και τυχόν νοσηλείες
- Διαβητικές επιπλοκές : μικροαγγειακές (αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια, νευροπάθεια) και μακροαγγειακές (στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αγγειοπάθεια)
- Υπογλυκαιμικά επεισόδια (είδος υπογλυκαιμίας, συχνότητα, αίτια).
- Υπεργλυκαιμικά επεισόδια (συχνότητα, σοβαρότητα, αίτια).
- Κοινωνικό ιστορικό, διατροφικές συνήθειες, τρόπος ζωής, άσκηση, κατανάλωση οινοπνεύματος και χρήση τοξικών ουσιών
- Επίπεδο εκπαίδευσης του ασθενούς στο διαβήτη, δυνατότητα αυτοελέγχου γλυκόζης, χρήση τεχνολογίας
- Εμβολιασμοί

Οικογενειακό Ιστορικό, Παρουσία ΣΔ σε συγγενείς 1ου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά)

Γυναικολογικό Ιστορικό (έμμηνος ρύση, τοκετοί, ιστορικό διαβήτη κύησης)

Φυσική Εξέταση

- Αφορά σε όλα τα συστήματα (αναπνευστικό, καρδιαγγειακό, πεπτικό, ουροποιητικό, νευρικό), το δέρμα, τον σκελετό, τους μύες, τις αρθρώσεις, τα αισθητήρια όργανα και επαναλαμβάνεται κατ' έτος και ταυτόχρονα σωματομετρικά στοιχεία (ύψος, βάρος, BMI, περίμετρος μέσης)
- Επιβολής αισθητικότητα και εν τω βάθει αισθητικότητα
- Εξέταση κάτω άκρων
- Έλεγχος για τη διάγνωση νευροπάθειας του αυτονόμου νευρικού συστήματος

Εργαστηριακός Έλεγχος

- Μέτρηση HbA1c%, κάθε 3-6 μήνες
- Γενική αίματος και ούρων
- Πλήρης βιοχημικός έλεγχος (λιπίδια, ηπατική και νεφρική λειτουργία, ηλεκτρολύτες)
- Ανίχνευση λευκωματουρίας και υπολογισμός ρυθμού σπειραματικής διήθησης
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας
- Οφθαλμολογική εξέταση και βυθοσκόπηση : στους ασθενείς με ΣΔτ2 κατά τη διάγνωση, στους ασθενείς με ΣΔτ1 ηλικίας πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση. Επανάληψη κατ' έτος ή συχνότερα ανάλογα με τα ευρήματα
- Συστάσεις για εμβολιασμούς (αντιγριπικό, κατά του πνευμονιοκόκκου, εμβολιασμός για την προστασία από την ηπατίτιδα Β)

Ολιστική αντιμετώπιση και σχεδιασμός θεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με διαβήτη :

- Προσδιορισμός θεραπευτικών στόχων HbA1c, τιμών γλυκόζης αίματος (νηστείας και μεταγευματικών) και συχνότητας αυτομετρήσεων γλυκόζης
- Σε περίπτωση υπέρτασης καθορισμός θεραπευτικού στόχου αρτηριακής πίεσης
- Εκπαίδευση του ασθενούς τόσο στη διατροφή, όσο και στην αυτοδιαχείριση του διαβήτη
- Εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου και σταδιοποίηση ΧΝΑ
- Διαχείριση τρόπου ζωής και συνηθειών
- Φαρμακευτική αγωγή
- Παραπομπές σε ειδικούς, συμπεριλαμβανομένου του διαιτολόγου και του επισκέπτου υγείας, ανάλογα με την περίπτωση
- Εκπαίδευση στη χρήση μετρητών γλυκόζης, τεχνικής ενέσιμων θεραπειών ή αντλιών ινσουλίνης, όπου απαιτείται. ³

Η εκπαίδευση και εν συνεχεία η αυτό-φροντίδα και αυτό-διαχείριση (Diabetes Self-Management Education and Support - DSMES) αποτελούν μια συνεχιζόμενη διαδικασία που σα στόχο έχει να βοηθήσει τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, και γενικότερα τα άτομα με χρόνια νοσήματα, να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και τις κατάλληλες δεξιότητες, ώστε να διαχειρίζονται την κατάσταση της υγείας τους διαχρονικά. Από μελέτες έχει φανεί ότι η ασθενοκεντρική και

εξατομικευμένη προσέγγιση, σε συνδυασμό με την ικανότητα αυτοδιαχείρισης έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στη βελτίωση των μεταβολικών δεικτών.

A.6. Ασθενοκεντρική προσέγγιση

Τις τελευταίες δεκαετίες πλήθος μελετών, έχει αναδείξει την υπεροχή της ασθενο-κεντρικής προσέγγισης των συστημάτων υγείας, σε σχέση με την παραδοσιακή προσέγγιση, στο επίκεντρο της οποίας βρίσκεται η ασθένεια και η θεραπεία της από τον ιατρό (ιατρο-κεντρική προσέγγιση). Στην ιατρο-κεντρική προσέγγιση, ο θεράπων ιατρός αναδεικνύεται φορέας των αποφάσεων για τον ασθενή, ενώ ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων στην ανάπτυξη της νόσου, οι εμπειρίες του ασθενή αναφορικά με τη νόσο, η ανάγκη και το δικαίωμα για πληροφόρηση αλλά και η ενεργός συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, παραγνωρίζονται. Η προσέγγιση αυτή δημιούργησε έντονο προβληματισμό και απογοήτευση στα συστήματα υγείας πολλών χωρών, και οδήγησε στην ανάπτυξη ενός μοντέλου, στο οποίο ο ρόλος του ασθενή είναι ενεργός και ουσιαστικός, και λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες και οι προτιμήσεις του.¹²

Στο ασθενο - κεντρικό μοντέλο κάθε ασθενής αντιμετωπίζεται ως μια ξεχωριστή και μοναδική οντότητα. Χαρακτηριστικά στοιχεία του ασθενοκεντρικού πλαισίου φροντίδας, σύμφωνα με τους Mead και Bower, αποτελούν η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, η αναγνώριση των δικαιωμάτων και των αξιών του ασθενούς, το μοίρασμα της εξουσίας, της υπευθυνότητας και η δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς και τέλος η προσέγγιση του ιατρού ως ατόμου και όχι μόνο ως φορέα τεχνογνωσίας.¹³

Ακρογωνιαίο λίθο της ασθενο-κεντρικής προσέγγισης αποτελεί κατ' αρχάς η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ασθενούς και του θεραπευτή. Η σχέση αυτή ορίζεται ως “ η συναινετική σχέση κατά την οποία ο ασθενής αφενός, αναζητά συνειδητά τη βοήθεια του ιατρού και αφετέρου ο ιατρός δέχεται εν γνώσει του το άτομο, ως ασθενή”. Η σχέση αυτή διέπεται από απόλυτη εμπιστοσύνη, αμοιβαίο σεβασμό, αφοσίωση και πίστη, ενώ οι ασθενείς αισθάνονται τον ιατρό, σαν ένα ιδιαίτερα προσφιλές άτομο, στο οποίο συχνά εκμυστηρεύονται ανησυχίες, φόβους και γενικότερα θέματα που τους απασχολούν. Σε μια ιδανική σχέση ιατρού- ασθενούς :

1. Ο ασθενής εμπιστεύεται ότι ο γιατρός του είναι ικανός να του παρέχει την κατάλληλη φροντίδα
2. Ο γιατρός εμπιστεύεται την εμπειρία του ασθενούς, και την ακριβή αναφορά των συμπτωμάτων του
3. Ο ασθενής και ο γιατρός γνωρίζουν ο ένας τον άλλον
4. Ο ασθενής είναι πρόθυμος να συγχωρήσει τα λάθη που μπορεί να κάνει ο γιατρός του
5. Ο γιατρός δεν εγκαταλείπει τον ασθενή

Η αξία της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή έχει αναδειχθεί από πολλές μελέτες όπου διαφαίνεται η επίδραση της στις διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ενδεικτικά οι Gordon και Beresin , αναφέρουν ότι όταν η σχέση ιατρού και ασθενή είναι διαταραγμένη, οι ασθενείς αισθάνονται παραμελημένοι, δυσαρεστημένοι ή έχουν διαφορετικά σχέδια για την υγεία τους από ότι οι γιατροί τους, πιθανόν να υπάρξουν αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία, συμπεριλαμβανόμενης της μειωμένης συμμόρφωσης στη θεραπεία, των αλλαγών στη συναισθηματική κατάσταση και στα συμπτώματα, καθώς και μειωμένη συχνότητα επισκέψεων και υποτίμηση της αυτό-φροντίδας.¹⁴

Επίσης, έχει φανεί, ότι οι ιατροί υπερεκτιμούν την ικανότητα τους για μια επικοινωνιακή σχέση με τον ασθενή. Σύμφωνα με μελέτη που διεξήγαγε η Αμερικάνικη Ακαδημία Χειρουργών Ορθοπαιδικών, όπου συμμετείχαν 700 ορθοπαιδικοί και οι ασθενείς τους, το 75% των ιατρών δήλωσε ικανοποιητικό και επαρκή επικοινωνιακό δεσμό με τους ασθενείς, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών μόλις που άγγιζε το 21% !¹⁵

Αντιθέτως, μια ισχυρή σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, έχει θετική επίδραση στη διαχείριση και πορεία των χρόνιων νοσημάτων. Ενδεικτικά αναφέρεται μια διαχρονική μετα-ανάλυση 21 μελετών από τον Stewart MA¹⁶, όπου διερευνήθηκε το κατά πόσο η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή, επηρεάζει την έκβαση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και κατ' επέκταση την υγεία του ασθενούς. Βρέθηκε λοιπόν, θετική συσχέτιση στις 16 μελέτες και υπήρξε θετική επίδραση στην υγεία τους ασθενούς τόσο κατά τη λήψη του ιστορικού, όσο και κατά τη δημιουργία του θεραπευτικού σχεδίου. Τα αποτελέσματα που επηρεάστηκαν ήταν η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, η συναισθηματική υγεία, η ένταση των συμπτωμάτων, η λειτουργικότητα των ασθενών, καθώς και παράμετροι όπως η αρτηριακή πίεση, το επίπεδο της γλυκόζης και ο έλεγχος του πόνου.

Η καλή επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς, διευκολύνει την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών από την πλευρά των ασθενών, καθώς και την καλύτερη κατανόηση των αναγκών, των αντιλήψεων και των προσδοκιών των ασθενών, από το θεράποντα ιατρό τους. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία, δίνει μια αίσθηση ελέγχου και μεγαλύτερη αντοχή στον πόνο, περιορισμό του χρόνου ανάρρωσης, ενώ έχει παρατηρηθεί μείωση των ημερών νοσηλείας και κατ' επέκταση του κόστους της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης.¹⁷

Βασικός πυλώνας της, όπως προαναφέρθηκε, της ασθενο-κεντρικής προσέγγισης, που απορρέει από την ποιοτική επικοινωνία του ασθενή με τον ιατρό είναι η παροχή ειδικής εκπαίδευσης, πληροφόρησης και υποστήριξης, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις και να συμμετέχουν στη φροντίδα τους.

B. Η εκπαίδευση στα χρόνια νοσήματα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως χρόνια, χαρακτηρίζεται μια νόσος που διαρκεί 3 μήνες ή και περισσότερο και μπορεί να επιδεινωθεί στην πορεία του χρόνου. Οι χρόνιες παθήσεις εμφανίζονται ως επί το πλείστον σε άτομα ηλικίας > 65 ετών, και μπορούν να ελεγχθούν ως ένα βαθμό, χωρίς όμως να υπάρχει δυνατότητα πλήρους ίασης. Επιβαρύνουν ιδιαίτερα τον οικονομικό προϋπολογισμό των ανεπτυγμένων χωρών, καθώς το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι τεράστιο. Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Πρόληψης Χρόνιων Νοσημάτων και Προώθησης της Υγείας (National Center for Chronic Disease and Health Promotion – CDC) 6 στους 10 ενήλικες Αμερικάνους πάσχει από 1 χρόνια νόσημα, ενώ 4 στους 10, από δύο.¹⁸ Οι κύριοι εκπρόσωποι των χρόνιων νοσημάτων είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι κακοήθειες, η χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια (ΧΑΠ) και ο σακχαρώδης διαβήτης που καταλαμβάνουν και το μεγαλύτερο ποσοστό πρόωρης θνησιμότητας και αναπηρίας στις ανεπτυγμένες χώρες. Στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, η σημασία της εκπαίδευσης και της αυτοδιαχείρισης, φάνηκε να έχει τεράστια οφέλη στην πορεία της υγείας τους.

Η αφετηρία για την εκπαίδευση των ασθενών είναι ο χρόνος που αφιερώνουν οι επαγγελματίες υγείας γι' αυτήν και που στην κλινική πράξη, συνήθως δεν επαρκεί. Σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Edward Via College of Osteopathic Medicine, σπουδαστές του 2ου έτους

της ιατρικής, ανέλαβαν να αφιερώσουν 45 λεπτά επιπλέον σε κάθε ασθενή, ώστε να συζητηθούν θέματα που αφορούσαν στη διάγνωση, στη θεραπευτική αγωγή και σε προληπτικά μέτρα για την προφύλαξη από υποτροπές στη κύρια νόσου, στα πλαίσια ενός προγράμματος που ονομάστηκε “The Other 45”. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς στο τέλος της μελέτης, παρουσίασαν σημαντικές βελτιώσεις και εποικοδομητικές συμπεριφορές στην αυτό-διαχείριση της νόσου και την αυτό-φροντίδα, ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε βελτίωση της ψυχικής τους διάθεσης. Από την άλλη πλευρά, ιδιαίτερα οφέλη αποκόμισαν οι σπουδαστές, οι οποίοι ανέπτυξαν δεξιότητες επικοινωνίας και εκπαίδευσης και επιπλέον υιοθέτησαν μια ολιστική προσέγγιση για τη φροντίδα και την αντιμετώπιση των μη κλινικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία και την ευεξία των ασθενών με χρόνιες νόσους.¹⁹

Ο τελικός στόχος της εκπαίδευσης είναι η απόκτηση γνώσης και καλύτερης κατανόησης της νόσου, με αποτέλεσμα την πραγματοποίηση αλλαγών και την υιοθέτηση συμπεριφορών που θα συμβάλλουν στη βέλτιστη διαχείριση της νόσου.

Στη βιβλιογραφία συχνά αναφέρεται ο όρος συμμόρφωση (compliance), που ουσιαστικά δηλώνει το βαθμό που η συμπεριφορά του ασθενή αντιστοιχεί στις συμφωνηθείσες με τη θεραπευτική ομάδα υποδείξεις ή αλλιώς ότι οι συμπεριφορές του ασθενούς (όσον αφορά τη λήψη φαρμάκων, τη διατροφή ή την εκτέλεση αλλαγών στον τρόπο ζωής) συμπίπτουν με τις συστάσεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης για την υγεία και τις ιατρικές συμβουλές.²⁰ Εκτός από τον όρο συμμόρφωση, χρησιμοποιούνται συχνά και οι όροι «προσήλωση» (adherence), «προσκόλληση» που ορίζεται ως η ικανότητα και η προθυμία να συμμόρφωσης με ένα συνταγογραφούμενο θεραπευτικό σχήμα, «εμμονή συνέχισης της αγωγής» (τήρησης της θεραπευτικής αγωγής) (persistence) και «συμπτωματικότητα» (συμφωνία με τη θεραπεία) και αφορά σε όλα τα χρόνια νοσήματα. Τα τελευταία χρόνια προτείνεται αντί αυτών των όρων, να χρησιμοποιείται ο όρος συμφωνία (concordance). Σε αντίθεση με τον όρο συμμόρφωση, η συμφωνία καθιστά τον ασθενή υπεύθυνο στη λήψη αποφάσεων και δηλώνει μια συναινετική και αρμονική σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.²¹

Από πολλές μελέτες έχει φανεί ότι η συμμόρφωση στη θεραπεία είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που επηρεάζεται από διάφορες παραμέτρους. Σύμφωνα με μια ανασκόπηση από τη βιβλιογραφική έρευνα της βάσης δεδομένων Medline που αφορά στα έτη από 1970 έως το 2005, οι παράγοντες που επιδρούν στη συμμόρφωση στη θεραπεία των χρόνιων νοσημάτων μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες : σε παράγοντες που αφορούν στον ασθενή, σχετιζόμενοι με τη θεραπεία, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες, παράγοντες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και τα δεδομένα της νόσου.²² Η έννοια της συμμόρφωσης περιλαμβάνει, όχι μόνο τη φαρμακευτική αγωγή, αλλά και τις διατροφικές παρεμβάσεις, την άσκηση, τη διακοπή του καπνίσματος και γενικότερα τις αλλαγές στο lifestyle του ατόμου. Από τις μελέτες αυτές φάνηκε ότι η συμμόρφωση ή προσήλωση στις μακροχρόνιες θεραπείες ήταν μεταξύ του 40-50%, στις βραχυχρόνιες θεραπείες ήταν υψηλότερο, μεταξύ του 70-80%, ενώ η συμμόρφωση στην αλλαγή του τρόπου ζωής ήταν φτωχή, με ποσοστό 20-30%.

Από την άλλη πλευρά, η έννοια της μη συμμόρφωσης έχει πολλές διαστάσεις, κάποιες από τις οποίες είναι η μη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, η λήψη λανθασμένης δόσης ή η λήψη σε διαφορετική χρονική στιγμή, η πρόωρη διακοπή της θεραπείας, η καθυστέρηση στην αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης, η μειωμένη επισκεψιμότητα και η μη τήρηση των οδηγιών του θεράποντα ιατρού κ.α. Όπως προαναφέρθηκε, η αρνητική επίδραση της μη συμμόρφωσης στη θεραπεία έχει τεράστιο κόστος τόσο ατομικό, όσο και κοινωνικό. Σχετίζεται με κακή έκβαση της νόσου, μειωμένη

ποιότητα ζωής και παραγωγικότητα του ασθενούς, συχνότερες νοσηλείες λόγω οξέων προβλημάτων, μεγαλύτερη θνησιμότητα, καθώς και οικονομική επιβάρυνση των συστημάτων υγείας.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι σύμφωνα με μελέτες, εκτιμήθηκε ότι το 25% των εισαγωγών σε νοσοκομείο στην Αυστραλία ²³ και το 33-69% των εισαγωγών στις ΗΠΑ ²⁴, που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή, οφείλονται σε κακή συμμόρφωση στα θεραπευτικά σχήματα. Είναι λοιπόν εμφανής η αξία της εκπαίδευσης και εν συνεχεία της συμμόρφωσης στα χρόνια νοσήματα, καθώς αυτή σχετίζεται με καλύτερο επίπεδο υγείας και κοινωνικο-οικονομικών παραμέτρων.

B.1 Εκπαίδευση και αυτό- διαχείριση στο σακχαρώδη διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια εξελικτική νόσο με συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα σε παγκόσμιο επίπεδο και σημαντική αιτία νοσηρότητας, αναπηρίας και θνητότητας. Η αυτό-διαχείριση έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς έχει φανεί ότι συμβάλλει στην πρόληψη της εκδήλωσης επιπλοκών και στην καθυστέρηση εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη, σε όσους βρίσκονται σε προδιαβητικό στάδιο. Η αυτό-διαχείριση (Self-management of diabetes mellitus - DSME) στο σακχαρώδη διαβήτη ορίζεται ως μια συνεχιζόμενη διαδικασία παροχής των γνώσεων και ανάπτυξης των δεξιοτήτων για την αυτό-φροντίδα του ασθενούς. Η διαδικασία αυτή ενσωματώνει τους στόχους, τις ανάγκες, τις πεποιθήσεις και τις εμπειρίες του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη και αποσκοπεί στο να υποστηρίξει τη λήψη αποφάσεων, την αυτό-φροντίδα, την επίλυση προβλημάτων και την ενεργό συνεργασία με την ομάδα υγείας με αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του ασθενούς. ²⁵

Επειδή ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια πολυδιάστατη και ουσιαστικά συστηματική νόσο, οι παράμετροι που πρέπει να ρυθμιστούν είναι πολλές, η εκπαίδευση συνεχής και η συμμόρφωση και προσπάθεια του ασθενούς μακροχρόνια και συνεχής.

Ο κατάλογος των θεμάτων που πρέπει να ρυθμιστούν είναι μακροσκελής, γι' αυτό μια αποτελεσματική αντιμετώπιση απαιτεί εξατομικευμένη προσέγγιση από διάφορες ειδικότητες ιατρών (παθολόγο, ενδοκρινολόγο, καρδιολόγο, οφθαλμίατρο, νεφρολόγο, αγγειοχειρουργό κ.α) καθώς και άλλων επαγγελματιών υγείας (διατροφολόγο, νοσηλεύτη, φαρμακοποιό, ψυχολόγο κ.α). Είναι χαρακτηριστικό ότι ακούγεται πολλές φορές από κλινικούς ιατρούς, ότι υπάρχουν τόσα είδη σακχαρώδη διαβήτη, όσα τα άτομα με διαβήτη!

Κάποιες από τις βασικές παραμέτρους που πρέπει να διευθετηθούν είναι η εκπαίδευση και εξοικείωση των ασθενών σχετικά με :

- θέματα διατροφής – απώλεια βάρους, ποσότητα και ποιότητα του φαγητού, αναγνώριση τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη και υδατάνθρακες, χρήση ισοδυνάμων, επίδραση τροφίμων στα επίπεδα της γλυκόζης κ.α
- σωματική άσκηση – ένταξη της σωματικής δραστηριότητας στο καθημερινό πρόγραμμα, τύποι και χρόνος της άσκησης, μεταβολές της γλυκόζης, αναγνώριση συμπτωμάτων που πιθανόν να σηματοδοτούν μια δυσάρεστη έκβαση (ζάλη, τρόμος, υπερβολική εφίδρωση, αίσθημα δύσπνοιας, στηθάγχη, διαλείπουσα χωλότητα κ.α)
- αυτοέλεγχος της γλυκόζης- εξοικείωση με τη χρήση σακχαρομέτρου, πρόνοια για εξασφάλιση αναλωσίμων, δυνατότητα ανάγνωσης του αποτελέσματος και γνώση παρεμβάσεων για τη διόρθωση του, συχνότητα μετρήσεων ανάλογα με τις ανάγκες, τη φαρμακευτική αγωγή και τη γλυκαιμική ρύθμιση κ.α

- αναγνώριση συμπτωμάτων που σχετίζονται με ακραίες τιμές γλυκόζης (τρόμος, εφίδρωση, διαταραχές συγκέντρωσης, κεφαλαλγία, αίσθημα πείνας, πολουρία, πολυδιψία κ.α)
- σε ινσουλινοθεραπεία – εκμάθηση του τρόπου χορήγησης, εξοικείωση με τη χρήση βελονών, αυξημένη συχνότητα μετρήσεων, δυνατότητα προσαρμογής των δόσεων ανάλογα με τη διατροφή, την άσκηση, τα αποτελέσματα των μετρήσεων και σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ εμπύρετο, έμετοι, έντονο ψυχολογικό stress κ.α)
- συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή για το διαβήτη και τους άλλους παράγοντες κινδύνου (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία) – μη παράλειψη δόσεων, έγκαιρη συνταγογράφηση
- φροντίδα των ποδιών (καθημερινή περιποίηση, κατάλληλες κάλτσες και υποδήματα, αποφυγή επαφής με ακραίες θερμοκρασίες και αιχμηρά αντικείμενα) έγκαιρη αναγνώριση τυχόν αλλοιώσεων στο δέρμα και στους όνυχες
- τακτική ιατρική παρακολούθηση ανάλογα με τις συστάσεις και τις ενδείξεις (βυθοσκόπηση, εξέταση κάτω άκρων, δοκιμασία κόπωσης κ.α)

Σε όλα αυτά πρέπει να προστεθούν και ατομικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό και νοητικό επίπεδο των ασθενών, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση τους, οι τυχόν συν-νοσηρότητες και πιθανά προβλήματα κινητικότητας, το ψυχολογικό status των ασθενών, η ύπαρξη υποστηρικτικού και φροντιστικού περιβάλλοντος, η δυνατότητα πρόσβασης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης κ.α. Όπως διαπιστώνουμε όλες αυτές οι παράμετροι καθιστούν την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη ιδιαίτερα πολύπλοκη και επίπονη.

Η εκπαίδευση στο σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να γίνει κατά βάση από το γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες, διατροφολόγους, φαρμακοποιούς, επαγγελματίες ψυχικής υγείας) με χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας, χωρίς επιστημονικούς όρους, που να είναι προσαρμοσμένη στην προσωπικότητα και στο μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς. Σήμερα ο γιατρός δεν αποτελεί το μοναδικό φορέα γνώσεων, αφού παρέχεται η δυνατότητα ενημέρωσης από το διαδίκτυο, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, από τοπικές οργανωμένες ομάδες όπως οι σύλλογοι ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη που μπορούν να προσφέρουν κατάλληλο ενημερωτικό υλικό, καθώς και διοργάνωση εκπαιδευτικών ημερίδων και διαλέξεων.

Από αυτές τις παραμέτρους ο αυτοέλεγχος της γλυκόζης στο αίμα, έχει αποδειχθεί μακράν η πιο αποδοτική πρακτική, ενώ συνολικά όλες αυτές οι συμπεριφορές έχουν συσχετισθεί θετικά με καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο, μείωση της επίπτωσης των επιπλοκών και βελτίωση της ποιότητας ζωής.²⁶

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, έχει αναγνωρίσει τη σημασία της αυτό-διαχείρισης στο σακχαρώδη διαβήτη, ενώ μια μεγάλη μετα- ανάλυση σχετικά με την εκπαίδευση και αυτό- φροντίδα σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, έδειξε ότι το αρχικό όφελος στο γλυκαιμικό έλεγχο, μειώνεται σε διάστημα 1-3 μηνών μετά τη λήξη της παρέμβασης, γεγονός που δηλώνει ότι η εκπαίδευση πρέπει να είναι συνεχιζόμενη και εξελικτική και η υιοθέτηση κατάλληλων συμπεριφορών από τον ασθενή, μόνιμη.²⁷

Σχετικά με τη συμμόρφωση στο σακχαρώδη διαβήτη, μελέτες έχουν δείξει ότι είναι μειωμένη, τόσο σε ότι αφορά τη συνέπεια στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και στις συστάσεις για τη διατροφή και τη σωματική άσκηση. Έχει φανεί ότι το 45% περίπου των ασθενών με ΣΔ τύπου 2, δεν επιτυγχάνουν επαρκή γλυκαιμικό έλεγχο (<7%) κυρίως λόγω της μειωμένης «προσκόλλησης» στη φαρμακευτική αγωγή. Αντίστοιχα, στοιχεία από National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) έδειξαν ότι στόχοι για τον έλεγχο γλυκόζης (HbA1c) επιτεύχθηκαν μόνο κατά 55,5%

των συμμετεχόντων στις μελέτες κατά την περίοδο 2009-2010. Οι λόγοι της κακής συμμόρφωσης στη θεραπεία είναι πολλοί. Ενδεικτικά αναφέρουμε :

1. μικρή άμεσα αντιληπτή αποτελεσματικότητα. Φάνηκε ότι οι ασθενείς δείχνουν μεγαλύτερη πειθαρχία, όταν η φαρμακευτική θεραπεία προσφέρει άμεση θετική επίδραση στην υγεία τους
2. η εκδήλωση συμπτωματολογίας λόγω υπογλυκαιμίας, μειώνει τη συμμόρφωση των ασθενών διότι συνδέεται με το αίσθημα φόβου για επανάληψη της
3. πολυπλοκότητα της θεραπείας. Η συμφωνία με τη θεραπεία είναι αντιστρόφως ανάλογη με τον αριθμό των δόσεων που απαιτούνται ημερησίως
4. το κόστος της θεραπείας και των αναλωσίμων, που σε περιπτώσεις ατόμων χωρίς ασφάλιση μπορεί να είναι αρκετά υψηλό
5. οι πεποιθήσεις για τα φάρμακα. Πολλοί ασθενείς έχουν αρνητικές και ιδιαίτερα σκεπτικιστικές πεποιθήσεις για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα θεωρώντας ότι οι μακροχρόνιοι κίνδυνοι αντισταθμίζουν τα πιθανά οφέλη
6. η σχέση εμπιστοσύνης με το γιατρό. Η ποιοτική επικοινωνία με το γιατρό και το αίσθημα ασφάλειας των ασθενών, αυξάνει τη συμμόρφωση τους στην αγωγή.

Είναι σημαντικό το γεγονός ότι η μειωμένη προσκόλληση στη θεραπεία, όπως και στις αλλαγές του τρόπου ζωής (διατροφή, άσκηση, διακοπή καπνίσματος κ.α) συνδέονται με κακό γλυκαιμικό έλεγχο, κακή ποιότητα ζωής και ως εκ τούτου, αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.²⁸

B.2 Αυτό-διαχείριση σε θέματα διατροφής και άσκησης

Οι υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις, δηλαδή οι αλλαγές του τρόπου ζωής που αφορούν στη διατροφή και την άσκηση, στα πλαίσια αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη και πρόληψης των επιπλοκών του, κρίνονται εξίσου σημαντικές όσο τα φάρμακα, και στην πραγματικότητα αποτελούν το πιο δύσκολο και προβληματικό μέρος της συνολικής θεραπευτικής προσέγγισης. Από μελέτες έχει φανεί ότι τήρηση των παρεμβάσεων αυτών, που απαιτεί συνεχή προσπάθεια, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ψυχολογία του ασθενούς και την αποδοχή της νόσου. Οι ασθενείς συχνά αναπτύσσουν αμυντικούς μηχανισμούς για τη μη τήρηση των συστάσεων, κυρίως μέσω υποεκτίμησης της νόσου και έλλειψης αντίληψης των πιθανών μελλοντικών αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία τους. Επίσης έχει φανεί ότι η συνέπεια στις διατροφικές συστάσεις, σχετίζεται ανάλογα με τη συχνότητα αυτό-ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα.²⁹

Στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, όπου η συνύπαρξη της παχυσαρκίας είναι ο κανόνας, είναι αντιληπτό ότι οι διατροφικές συστάσεις διαφέρουν σημαντικά από τις τρέχουσες συνήθειες ζωής του ατόμου. Με αυτό το δεδομένο είναι απαραίτητη η συμβολή ενός διαιτολόγου, ώστε να δημιουργηθεί το κατάλληλο διατροφικό πλάνο. Οι ασθενείς πρέπει να εξοικειωθούν και να αναγνωρίζουν αδρά τη σύσταση των τροφίμων σε μακροθρεπτικά συστατικά (υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λιπαρά) καθώς και τις ετικέτες των έτοιμων τροφίμων, όπου αναγράφονται αυτά. Επίσης είναι σημαντικό να εκπαιδευτούν στον υπολογισμό της ποσότητας του φαγητού, στο ζύγισμα όταν χρειάζεται καθώς και στη χρήση του καταλόγου των ισοδυνάμων των τροφών. Πρέπει να μάθουν να αποφεύγουν τροφές πλούσιες σε απλούς υδατάνθρακες και λιπαρά, να αντικαθιστούν αυτά με τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες και σύνθετους υδατάνθρακες, καθώς και με προϊόντα με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη. Σε άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία με ινσουλίνη, η διατροφή έχει ακόμη πιο σημαντικό ρόλο, καθώς σχετίζεται άμεσα με την εκδήλωση

υπεργλυκαιμίας και υπογλυκαιμίας. Το χρονοδιάγραμμα των γευμάτων είναι πιο αυστηρό και οι ασθενείς πρέπει να εκπαιδευτούν στην προσαρμογή της δόσης της ινσουλίνης ανάλογα με τα αποτελέσματα της μέτρησης, να γνωρίζουν την έναρξη και διάρκεια δράσης της ινσουλίνης που χρησιμοποιούν καθώς την επίδραση των τροφών στα επίπεδα της γλυκόζης. Επίσης είναι απαραίτητη η γνώση σχετικά με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, ανθρακούχων ροφημάτων και με τις γλυκαντικές ύλες. Όλα αυτά απαιτούν καλή συνεργασία και καθοδήγηση από τον επαγγελματία υγείας, ειδικό σε θέματα διατροφής.

Η τήρηση των συστάσεων για τη διατροφή και την άσκηση μπορεί να αξιολογηθεί από τα σωματομετρικά στοιχεία του ασθενούς (βάρος σώματος, BMI, περίμετρος κοιλίας, ποσοστό σωματικού λίπους) και από το επίπεδο της γλυκαιμικής ρύθμισης που επιτυγχάνεται (αυτο-έλεγχος σε νηστεία και μεταγευματικά, HbA1c). Επιπλέον μπορεί να χρησιμοποιηθεί ημερολόγιο καταγραφής των γευμάτων, όπου οι ασθενείς καλούνται να καταγράψουν τις τροφές και τα ροφήματα που κατανάλωσαν στη διάρκεια της ημέρας, και το οποίο αν και χρονοβόρο είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στα αρχικά στάδια εκπαίδευσης. Επίσης είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν μέθοδοι ανάκλησης (τι κατανάλωσαν οι ασθενείς τις προηγούμενες ημέρες) ή και ημερολόγια συχνοτήτων (πόσο συχνά κατά τη διάρκεια της εβδομάδας καταναλώνουν διάφορα είδη τροφών). Αυτοί οι μέθοδοι αξιολόγησης, αν και υπερτερούν σε ευχρηστία και είναι πιο εύκολα αποδεκτοί από τον ασθενή, στερούνται αξιοπιστίας σε σχέση με τα ημερολόγια καταγραφής διότι βασίζονται στη μνημονική ικανότητα.

Αντίστοιχα και η καθημερινή σωματική δραστηριότητα αποτελεί μέρος της στρατηγικής για την βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου και τη μείωση του κινδύνου για επιπλοκές. Όπως προαναφέρθηκε από τις κατευθυντήριες οδηγίες θεωρείται απαραίτητη μέτριας έντασης σωματική άσκηση που να καλύπτει 150 λεπτά, καταμερισμένη στις περισσότερες ημέρες τις εβδομάδας. Οι έρευνες σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα σε ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και οι παράγοντες κοινωνικοί, ατομικοί – ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί που την επηρεάζουν, δυστυχώς δεν είναι πολυπληθείς, φαίνεται όμως ότι ο φόβος της υπογλυκαιμίας, τα ωράρια εργασίας και η μη αποδοχή της νόσου, την επηρεάζουν δυσμενώς.³⁰

Οι ασθενείς, κυρίως όσοι βρίσκονται σε θεραπεία με ινσουλίνη, πρέπει να εκπαιδευτούν στον αυτό-έλεγχο της γλυκόζης πριν από την έναρξη της άσκησης, στην λήψη κατάλληλης ποσότητας υδατανθράκων, στην προσαρμογή της δόσης της ινσουλίνης και φυσικά στην αναγνώριση των συμπτωμάτων που συνοδεύουν την υπογλυκαιμία.

Η ένταξη της σωματικής δραστηριότητας σε ασθενείς που έχουν καθιστική ζωή, πρέπει να γίνεται εξατομικευμένα και σταδιακά, αρχικά με μικρές αλλαγές στην καθημερινότητα όπως παρότρυνση για πιο έντονο περπάτημα, ανέβασμα σκάλας αντί για χρήση του ανελκυστήρα, πεζοπορία για την εργασία, μεγαλύτερης διάρκειας βόλτα καθώς και δραστηριότητες ανάλογα με τα ενδιαφέροντα του ασθενούς π.χ ποδηλασία, κολύμπι κλπ. Επιπλέον είναι σημαντική η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος από τους φίλους και την οικογένεια, καθώς και ο έπαινος και η ψυχολογική στήριξη από τους επαγγελματίες υγείας.

B.3 Φροντίδα των ποδιών

Από μελέτες εκτιμάται ότι κατά τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ένα ποσοστό ασθενών της τάξης του 10% έχει περιφερική νευροπάθεια, περιφερική αγγειακή νόσο ή και τα δύο, ενώ έχει φανεί ότι ένα μεγάλο μέρος των διαβητικών ελκών και των ακρωτηριασμών θα μπορούσε

να αποφευχθεί με την κατάλληλη εκπαίδευση και φροντίδα των ποδιών. Επιπλέον, οι ασθενείς, οι οποίοι εξετάστηκαν έστω μια φορά από το θεράποντα ιατρό, είχαν περισσότερες πιθανότητες να φροντίσουν στη συνέχεια τα πόδια τους σε σχέση με αυτούς που δεν ενημερώθηκαν ποτέ.³¹

Οι πρακτικές αυτοφροντίδας περιλαμβάνουν την καθημερινή επιθεώρηση των ποδιών για τυχόν πληγές ή γρατζουνιές ή αλλοιώσεις του δέρματος, η χρήση κατάλληλων υποδημάτων, το καθημερινό πλύσιμο των ποδιών με χλιαρό νερό, το καλό στέγνωμα ανάμεσα στα δάκτυλα και η τακτική περιποίηση των ποδιών από ειδικό. Επίσης οι ασθενείς δεν πρέπει να βαδίζουν ξυπόλητοι, ούτε να χρησιμοποιούν αιχμηρά αντικείμενα για το κόψιμο των νυχιών. Οι πρακτικές αυτό-φροντίδας των κάτω ακρών έχουν ιδιαίτερη σημασία, καθώς η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων, έχει συσχετισθεί με μεγαλύτερα ποσοστά λοιμώξεων, τραυματισμών, ελκών και ακρωτηριασμών, γεγονός με πολλές ψυχο-κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

B.4 Αυτοέλεγχος στο σακχαρώδη διαβήτη

Όπως προαναφέρθηκε, ο αυτό-έλεγχος της γλυκόζης στο αίμα (self-monitoring of blood glucose - SMBG), ως μέρος της αυτό-διαχείρισης, σε συνδυασμό με τη χρήση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στο γλυκαιμικό έλεγχο. Ο αυτό- έλεγχος του σακχάρου στην πράξη γίνεται με μέτρηση της γλυκόζης στο τριχοειδικό αίμα και πολύ λιγότερο στα ούρα με ταινίες εμβάπτισης.

Η εκπαίδευση για τον αυτό- έλεγχο του σακχάρου, περιλαμβάνει γνώση και σωστή χρησιμοποίηση του σακχαρομέτρου, αναγνώριση των υψηλών και χαμηλών τιμών της γλυκόζης, προσαρμογή της αγωγής σε άτομα που βρίσκονται σε ινσουλινοθεραπεία και επιβεβαίωση της προηγηθείσας ενέργειας. Η συχνότητα των μετρήσεων πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε ασθενή ανάλογα με τη φαρμακευτική αγωγή (δισκία, ενέσιμες θεραπείες, ινσουλίνη, συνδυασμός αυτών) και τους θεραπευτικούς στόχους.

Η American Diabetes Association (ADA) συστήνει:

- σε άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία με εντατικά σχήματα ινσουλίνης (βασική ινσουλίνη και δόσεις εφόδου) ή φέρουν αντλία συνεχούς έγχυσης, να γίνονται 3-7 μετρήσεις κατά τη διάρκεια του 24ωρου σε διάφορες χρονικές στιγμές (νηστείας, προγευματικά, μεταγευματικά, προ ύπνου και επί ενδείξεων κατά τη διάρκεια του ύπνου, πριν από τη σωματική άσκηση, πριν από την οδήγηση, σε υποψία υπογλυκαιμίας και μετά την αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας)
- σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, που βρίσκονται σε θεραπεία με μια δόση βασικής ινσουλίνης, καθημερινή μέτρηση της γλυκόζης. Στους ασθενείς αυτούς, εάν η HbA1c, παρά την καθημερινή παρακολούθηση, είναι εκτός στόχου, τότε απαιτείται με μια δεύτερη μέτρηση μεταγευματικά
- σε θεραπείες με δυο δόσεις μιγμάτων ινσουλίνης, 2 μετρήσεις καθημερινά (νηστείας και προ του βραδινού γεύματος)
- σε ασθενείς που δε λαμβάνουν ινσουλίνη, 3 μετρήσεις την εβδομάδα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (νηστείας, προγευματικά, μεταγευματικά)
- επιπλέον μετρήσεις χρειάζονται σε ορισμένες περιπτώσεις όπως : κατά την κύηση, σε αλλαγές του θεραπευτικού σχήματος ή σε αναπροσαρμογή των δόσεων, σε οξεία

απορρύθμιση οποιασδήποτε αιτιολογίας (λοίμωξη, εμπύρετο, ψυχικό και σωματικό stress, αφυδάτωση κ.α) και σε συχνά επεισόδια υπογλυκαιμίας ή ανεπίγνωστης υπογλυκαιμίας.⁷

Υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες που δείχνουν ότι η αυξημένη συχνότητα αυτομετρήσεων, οδηγεί σε καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο και στους 2 τύπους σακχαρώδη διαβήτη. Ενδεικτικά αναφέρεται μια μελέτη όπου συμμετείχαν 27.000 παιδιά και έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, φάνηκε ότι η αυξημένη ημερήσια μέτρηση και καταγραφή της γλυκόζης συνδέθηκε με χαμηλότερη τιμή HbA1c (περίπου 0,2 % για κάθε επιπρόσθετη μέτρηση) και με μικρότερη συχνότητα οξέων επιπλοκών.⁶

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Γ.1 Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί μέσω ερωτηματολογίων, το επίπεδο των γνώσεων των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη σε θέματα που αφορούν στη διατροφή, στην άσκηση, στην ίδια τη νόσο και στις επιπλοκές της. Επίσης μελετήθηκε ο βαθμός συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή, η ικανότητα γλυκαιμικής ρύθμισης και ρύθμισης των υπολοίπων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου (δυσλιπιδαιμία, υπέρταση) και αυτό-διαχείρισης του σακχαρώδη διαβήτη.

Στην περιγραφική στατιστική συμπεριλαμβάνονται :

- δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, τόπος κατοικίας, μηνιαίο εισόδημα, οικογενειακή κατάσταση)
- αναλογία παραγόντων κινδύνου (BMI, αρτηριακή πίεση, λιπιδαιμικό profile, νεφρική λειτουργία)
- γλυκαιμική ρύθμιση μέσω προσδιορισμού της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c)
- διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη σε έτη και χορηγούμενη θεραπεία

Τα βασικά ερευνητικά μας ερωτήματα είναι :

- αν το επίπεδο των γνώσεων για το σακχαρώδη διαβήτη σχετίζεται με τη γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c) και το φύλο
- κατά πόσο οι ασθενείς προσδιορίζουν την τιμή της γλυκόζης
- αν ο αριθμός των μετρήσεων του σακχάρου σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία, την αγωγή που λαμβάνουν και με την γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c)
- ποιο είναι το ποσοστό ασθενών που έχουν ενημερωθεί για τη φροντίδα των ποδιών, την άσκηση, τη διατροφή και ποιο το ποσοστό ασθενών που δηλώνουν ότι έχουν εκπαιδευτεί για το διαβήτη
- ποιος δηλώνουν ότι τους βοηθάει στη φροντίδα του διαβήτη και αν υπάρχει διαφορά ανάλογα με το φύλο
- κατά πόσο η άποψη και η στάση των ασθενών για το σακχαρώδη διαβήτη σχετίζεται με το φύλο και κατά πόσο επηρεάζει τη ρύθμιση του
- ποιο είναι το υποστηρικτικό περιβάλλον και πως επηρεάζει τη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη

Γ.2 Υλικό και μέθοδοι

Γ.2.1 Το δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης μας αποτέλεσαν 100 άτομα με ΣΔ τύπου 1 και 2 που παρακολουθούνται σε εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο τριτοβάθμιου νοσηλευτικού ιδρύματος της Θεσσαλονίκης (56 άτομα) και σε εξωτερικό ιατρείο επαρχιακού νοσοκομείου (44 άτομα)

Γ.2.2. Κριτήρια επιλογής

Κριτήρια επιλογής ασθενών για την παρούσα μελέτη αποτέλεσαν :

- η διάγνωση του ΣΔ να έχει γίνει ένα τουλάχιστον έτος πριν την έναρξη της έρευνας
- η ηλικία του ασθενή > 18 ετών
- η εκούσια συμμετοχή στην έρευνα
- η καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας

Γ.2.3. Κριτήρια αποκλεισμού

Ως κριτήρια αποκλεισμού συμμετοχής στην έρευνα τέθηκαν τα εξής:

- όσοι δεν παρείχαν προφορική ή γραπτή συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα
- όσοι δε γνώριζαν επαρκώς την ελληνική γλώσσα.
- όσοι έφεραν αντικειμενικές δυσκολίες κατανόησης ή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου
- άτομα < 18 ετών
- κατακεκλιμένοι ασθενείς

Γ.2.4 Μεθοδολογία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν 1) το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και στοιχείων υγείας, τα οποία ελήφθησαν από τον ιατρικό φάκελο των συμμετεχόντων 2) το Ερωτηματολόγιο Γνώσεων για το Σακχαρώδη Διαβήτη (Αναθεωρημένη Κλίμακα Γνώσεων) του Michigan και 3) το Ερωτηματολόγιο Diabetes Care Profile του Michigan.

Τα ερωτηματολόγια είναι αυτό- συμπληρούμενα, διανεμήθηκαν κατά τη χρονική περίοδο αναμονής των ατόμων για εξέταση στο εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο τριτοβάθμιου νοσηλευτικού ιδρύματος της Θεσσαλονίκης και του νοσοκομείου της Πτολεμαΐδας και παραδόθηκαν σε κλειστό φάκελο στην ερευνήτρια.

Γ.2.5. Εργαλεία μέτρησης

Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας βρέθηκαν 12 ερωτηματολόγια σχετικά με το υπό μελέτη θέμα. Από αυτά τα πιο δημοφιλή είναι η κλίμακα Συμμόρφωσης στη Φαρμακευτική Αγωγή του Morisky (Morisky Medication Adherence Scale), η Κλίμακα Εκτίμησης της Προσήλωσης στη Φαρμακευτική Αγωγή (Medication Adherence Rating Scale) και η Diabetes Care Profile. Ωστόσο, οι δύο πρώτες κλίμακες αφορούν στη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, ενώ η Diabetes Care Profile μελετά σφαιρικότερα το θέμα της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή και επομένως ανταποκρίνεται καλύτερα στο σκοπό της παρούσας μελέτης. Τα εργαλεία που επιλέχθηκαν για τη μελέτη είναι τα ακόλουθα:

- Ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών δεδομένων και δεδομένων υγείας

- Ερωτηματολόγιο Γνώσεων για το Σακχαρώδη Διαβήτη (Michigan Diabetes Knowledge Test). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει σχεδιαστεί από το Διαβητολογικό Ερευνητικό Κέντρο του Πανεπιστημίου του Michigan και περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που εκτιμούν τις γενικές γνώσεις γύρω από τη νόσο. Οι 18 ερωτήσεις αφορούν άτομα με ΣΔτ2 που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία και οι 2 ερωτήσεις αφορούν άτομα που λαμβάνουν ινσουλίνη. Οι απαντήσεις είναι κλειστού τύπου (σωστό, λάθος, δε γνωρίζω). Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α του πρότυπου ήταν ικανοποιητικός (0.77) (Fitzgerald et al 2016).
- Ερωτηματολόγιο Diabetes Care Profile του Διαβητολογικού Ερευνητικού Κέντρου του Πανεπιστημίου του Michigan. Η DCP σχεδιάστηκε με σκοπό να μελετηθούν οι ψυχικοί και κοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με το ΣΔ και τη θεραπεία του. Είναι αυτό- συμπληρούμενο και στο σύνολο του περιλαμβάνει 16 υποκλίμακες με 116 ερωτήσεις. Οι 16 υποκλίμακες μελετούν προβλήματα ελέγχου της νόσου, κοινωνικούς και ατομικούς παράγοντες, θετική και αρνητική στάση απέναντι στη νόσο, ικανότητες αυτοφροντίδας, σπουδαιότητα φροντίδας, προσήλωση στην αυτοφροντίδα, εμπόδια στην άσκηση, τη διατροφή, ιατρικά εμπόδια, δυσκολίες στην παρακολούθηση, κατανόηση της σημασίας του ελέγχου (management) της νόσου, πιστεύω για μακροχρόνια οφέλη της αυτοφροντίδας, ανάγκες υποστήριξης, πεπειθήσεις για την υποστήριξη. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α του προτύπου ήταν ικανοποιητικός και κυμαίνονταν από 0.66 έως 0.94 (Fitzgerald et al 1996).

Γ.2.6. Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα

Σε όλη τη διάρκεια της μελέτης εφαρμόστηκαν οι αρχές της ηθικής για την έρευνα σε ανθρώπους που περιλαμβάνονται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι (Declaration of Helsinki, 2013). Για τη διεξαγωγή της μελέτης ζητήθηκε η άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης και από το Επιστημονικό Συμβούλιο των Νοσοκομείων.

Στον πληθυσμό της μελέτης έγινε προφορική και γραπτή ενημέρωση και ζητήθηκε η γραπτή συναίνεση για τη συμμετοχή στη μελέτη και τη χρήση δεδομένων από τον ιατρικό φάκελο. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και τα οφέλη που θα προκύψουν από αυτή, την ανωνυμία, την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, την εθελοντική συμμετοχή και το δικαίωμα άρνησης της συμμετοχής τους χωρίς καμία επίπτωση στην περαιτέρω παρακολούθηση και φροντίδα τους. Επίσης, δόθηκε η δυνατότητα, υποβολής ερωτήσεων σχετικά με τη συμμετοχή στη μελέτη.

Γ.2.7 Στατιστική ανάλυση

Η περιγραφική ανάλυση θα αποτελέσει το πρώτο στάδιο της έρευνας με σκοπό την παρουσίαση της κάθε μεταβλητής καθώς και την κατανόηση των δεδομένων που προσφέρονται από το υπό μελέτη πληθυσμό. Στη συνέχεια θα εφαρμοστεί επαγωγική ανάλυση, για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών, δηλαδή ενός προσδιοριστή και μιας έκβασης. Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιείται ο έλεγχος χ^2 . Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης

μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιείται ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για εκείνες που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney U-test. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιείται η ανάλυση διασποράς anova (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιείται ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (Spearman's correlation coefficient.). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Γ.3 Αποτελέσματα

Δείκτης εσωτερικής συνέπειας ερωτηματολογίου (Cronbach's alpha)

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι δείκτες εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου οι οποίοι κυμαίνονται από 0,54 (Κλίμακα εμποδίων παρακολούθησης ΣΔ) έως 0,92 (Κλίμακα ωφελειών μακροχρόνιας φροντίδας).

Πίνακας 1 Δείκτες εσωτερικής συνέπειας ερωτηματολογίου

Δείκτης εσωτερικής συνέπειας ερωτηματολογίου

Κλίμακα	Cronbach's alpha
Γνώσης	0,57
Κατανόησης	0,89
Υποστήριξης	0,86
Ελέγχου προβλημάτων	0,89
Ατομικών και κοινωνικών παραγόντων	0,78
Στάσεων	0,65
Διαιτητικής προσήλωσης	0,78
Ωφελειών μακροχρόνιας φροντίδας	0,92
Εμποδίων άσκησης	0,56
Εμποδίων παρακολούθησης ΣΔ	0,54
Εμποδίων κατανόησης ΣΔ	0,84

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 100 ασθενείς (τυχαίο δείγμα) με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 και 2, οι οποίοι παρακολουθούνται σε εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο του Γ.Ν Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς - Άγιος Δημήτριος» (56 άτομα) και στο εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο του νοσοκομείου Πτολεμαΐδας (44 άτομα) από τους οποίους οι 52/100 (52,0%) ήταν άνδρες και οι 48/100 (48,0%) γυναίκες. Η μέση τιμή της ηλικίας του δείγματος υπολογίστηκε ίση με 63,53 έτη ($\pm 15,46$) και είχαν Σακχαρώδη Διαβήτη κατά μέσο όρο τα τελευταία 10,78 έτη ($\pm 7,40$). Επίσης, η πλειοψηφία του πληθυσμού, και συγκεκριμένα το 96,0% είχαν ελληνική υπηκοότητα και το 4,0% άλλη.

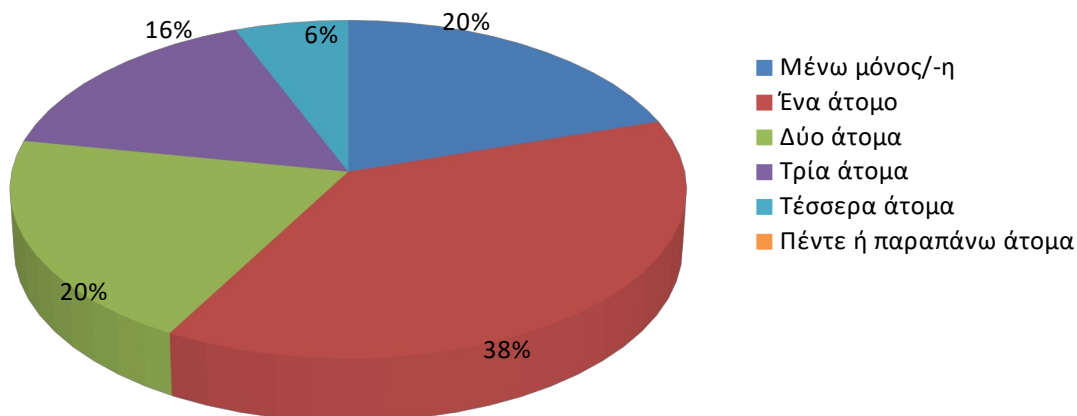
Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων το 55,0% ήταν έγγαμοι και το 19,0% άγαμοι. (Διάγραμμα 1)



Διάγραμμα 1 Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενων

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα που μένουν με ένα άτομο στο σπίτι αποτελούν το 38,0% του δείγματος. Επίσης, το ποσοστό του πληθυσμού που δήλωσε ότι μένει μόνο του ανέρχεται στο 20% όπως και το ποσοστό των ατόμων που μένουν με δύο άτομα στο ίδιο σπίτι. Τέλος, με τρία άτομα μένει το 16,0% των συμμετεχόντων. (Διάγραμμα 2)

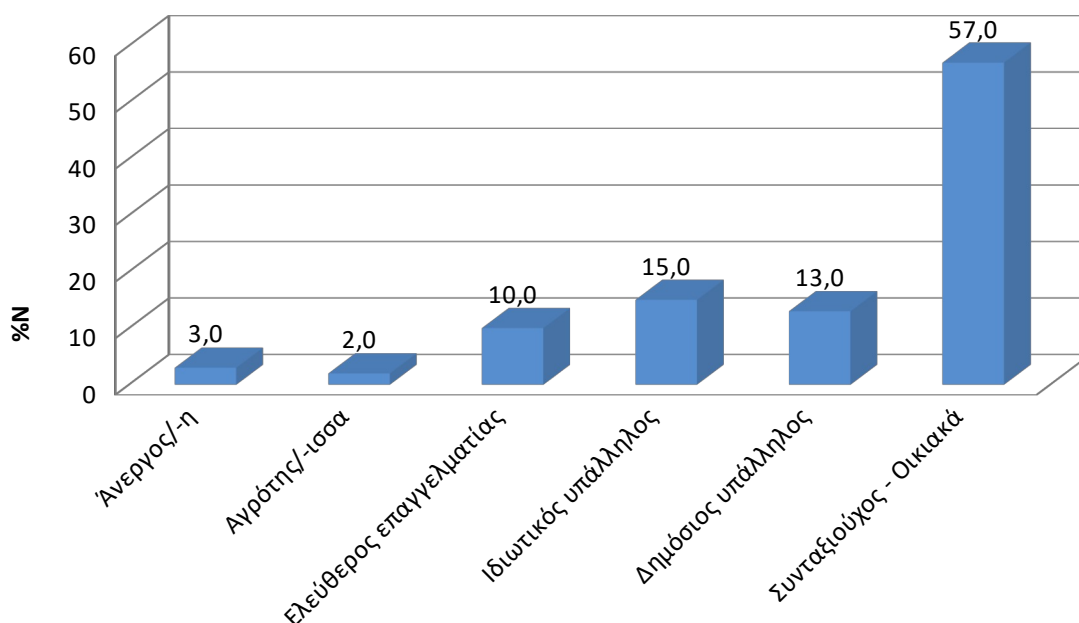
Πόσα άτομα μένουν μαζί σας;



Διάγραμμα 2 Πόσα άτομα μένουν μαζί σας στο σπίτι

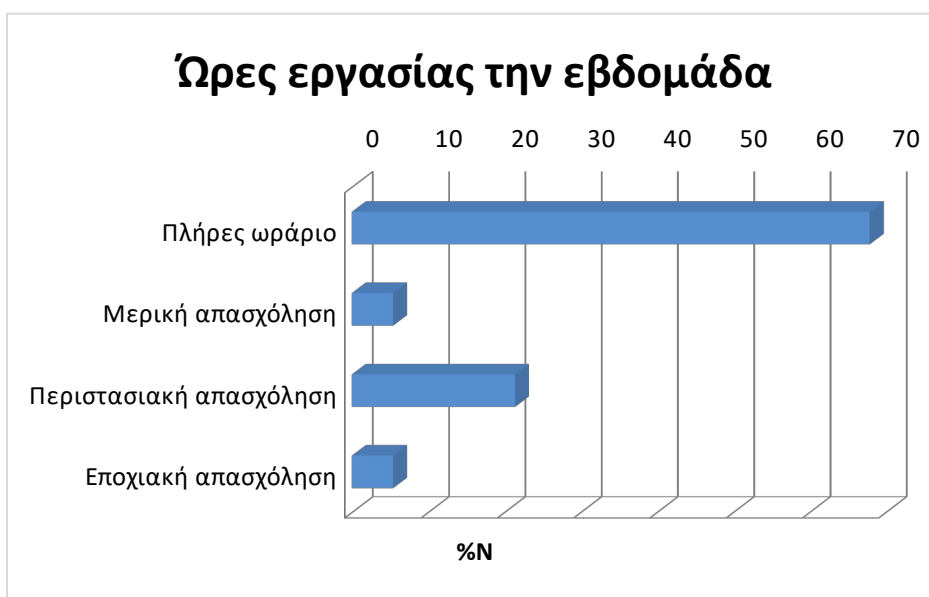
Η πλειοψηφία του δείγματος (57,0%) ήταν συνταξιούχοι ή ασχολούνταν με τα οικιακά. Από τους ερωτώμενους το 13,0% απασχολούνταν στον Δημόσιο τομέα, και το 15,0% στον Ιδιωτικό. (Διάγραμμα 3)

Επαγγελματική κατάσταση



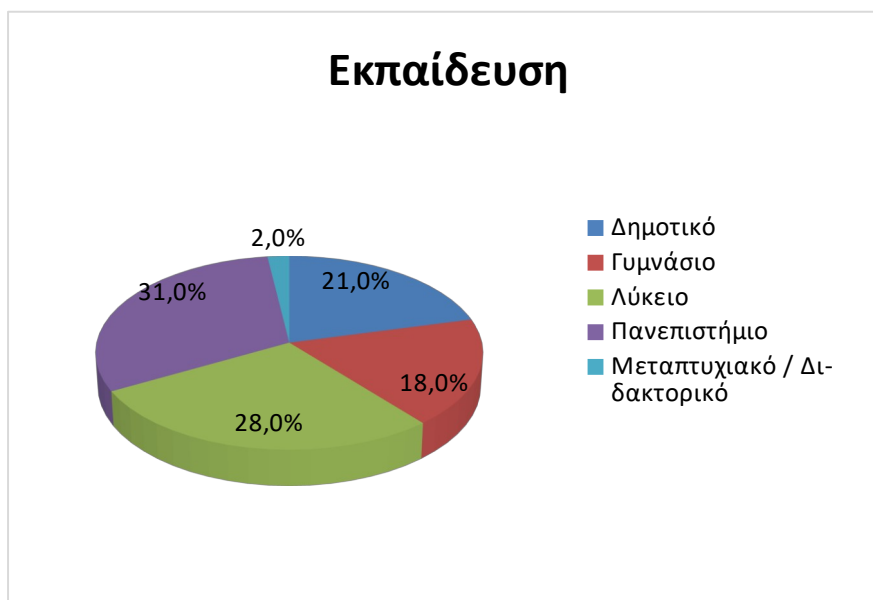
Διάγραμμα 3 Επαγγελματική κατάσταση ερωτώμενων

Στο Διάγραμμα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις που έδωσαν οι εργαζόμενοι σχετικά με το πόσες ώρες εργάζονται εβδομαδιαίως. Πιο αναλυτικά, η πλειοψηφία των εργαζομένων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, ήτοι το 67,9% (38/56) απασχολούνταν με πλήρες ωράριο.



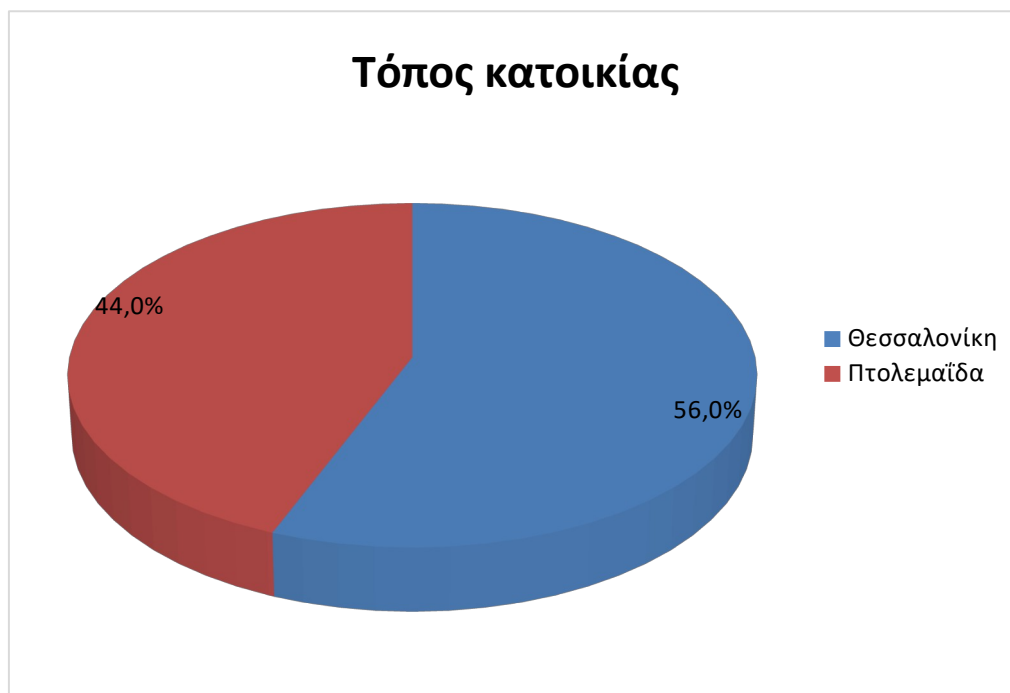
Διάγραμμα 4 Ώρες εργασίας εργαζόμενων ερωτώμενων

Στο παρακάτω διάγραμμα παρατίθενται οι απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσής τους. Συγκεκριμένα, το 31,0% του πληθυσμού είχε πτυχίο από Πανεπιστήμιο. Απόφοιτοι Λυκείου ήταν το 28,0% του δείγματος και απόφοιτοι Γυμνασίου το 18,0%. Τέλος, από το σύνολο των ερωτώμενων οι 2 (2,0%) είχαν Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό. (Διάγραμμα 5)



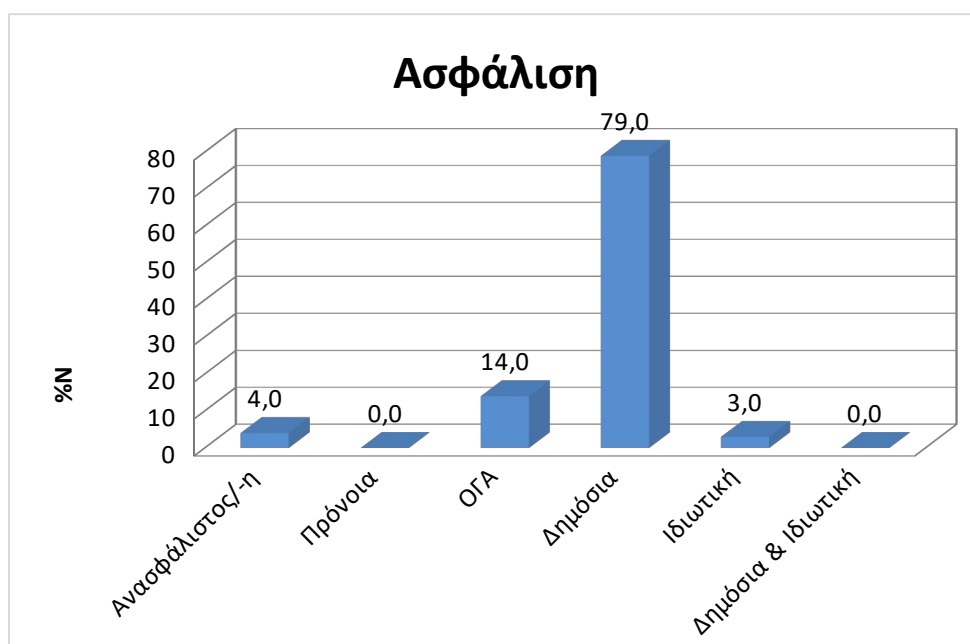
Διάγραμμα 5 Εκπαίδευση ερωτώμενων

Ως τόπο κατοικίας το 56,0% δήλωσε ότι μένει στη Θεσσαλονίκη και το 44,0% στην Πτολεμαΐδα. (Διάγραμμα 6)



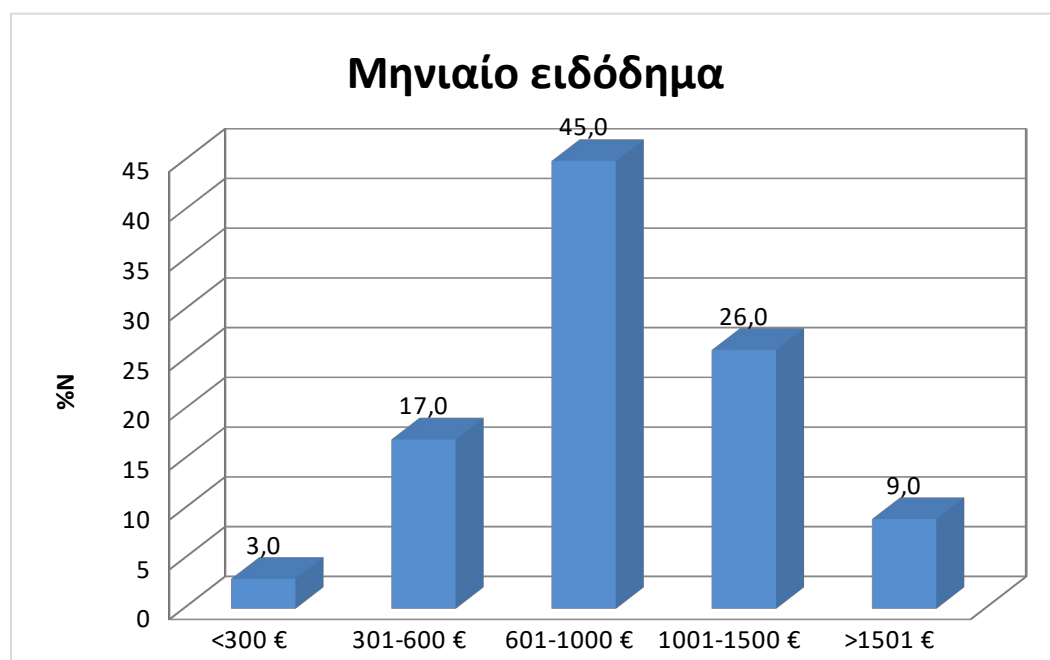
Διάγραμμα 6 Τόπος κατοικίας ερωτώμενων

Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, και συγκεκριμένα το 79,0%, είχαν δημόσια ασφάλιση και ακολουθούν η ασφάλιση στον ΟΓΑ με ποσοστό 14,0%, οι ανασφάλιστοι με ποσοστό 4,0% και η ιδιωτική με ποσοστό 3,0%. (Διάγραμμα 7)



Διάγραμμα 7 Ασφάλιση ερωτώμενων

Τέλος, οι ερωτώμενοι με εισόδημα κάτω από 300 € αντιστοιχούσαν στο 3,0% του πληθυσμού. Εισόδημα από 300 € έως 600 € είχε το 17,0% του δείγματος, από 600 € έως 1000 € είχε το 45,0%, από 1000 € έως 1500 € το 26,0% και πάνω από 1500 € το 9,0%. (Διάγραμμα 8)



Διάγραμμα 8 Μηνιαίο εισόδημα ερωτώμενων

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

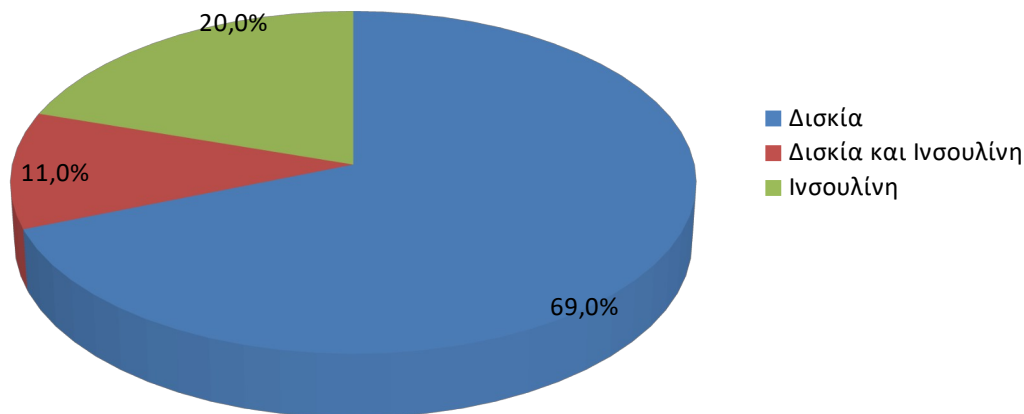
	n/N	% N
Φύλο		
Άνδρας	52/100	52,0
Γυναίκα	48/100	48,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/-η	19/100	19,0
Έγγαμος/-η	55/100	55,0
Εν διαστάσει / Διαζευγμένος/-η	7/100	7,0
Χήρος/-α	19/100	19,0

Πόσα άτομα μένουν μαζί σας		
Μένω μόνος/-η	20/100	20,0
Ένα άτομο	38/100	38,0
Δύο άτομα	20/100	20,0
Τρία άτομα	16/100	16,0
Τέσσερα άτομα	6/100	6,0
Πέντε ή παραπάνω άτομα	0/100	0,0
Επαγγελματική κατάσταση		
Άνεργος/-η	3/100	3,0
Αγρότης/-ισα	2/100	2,0
Ελεύθερος επαγγελματίας	10/100	10,0
Ιδιωτικός υπάλληλος	15/100	15,0
Δημόσιος υπάλληλος	13/100	13,0
Συνταξιούχος - Οικιακά	57/100	57,0
Ώρες εργασίας την εβδομάδα		
Πλήρες ωράριο	38/56	67,9
Μερική απασχόληση	3/56	5,4
Περιστασιακή απασχόληση	12/56	21,4
Εποχιακή απασχόληση	3/56	5,4
Εκπαίδευση		
Δημοτικό	21/100	21,0
Γυμνάσιο	18/100	18,0
Λύκειο	28/100	28,0
Πανεπιστήμιο	31/100	31,0
Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	2/100	2,0
Τόπος κατοικίας		

Θεσσαλονίκη	56/100	56,0
Πτολεμαΐδα	44/100	44,0
Ασφάλιση		
Ανασφάλιστος/-η	4/100	4,0
Πρόνοια	0/100	0,0
ΟΓΑ	14/100	14,0
Δημόσια	79/100	79,0
Ιδιωτική	3/100	3,0
Δημόσια & Ιδιωτική	0/100	0,0
Μηνιαίο εισόδημα		
<300 €	3/100	3,0
300-600 €	17/100	17,0
600-1000 €	45/100	45,0
1000-1500 €	26/100	26,0
>1500 €	9/100	9,0
Εθνικότητα		
Ελληνική	96/100	96,0
Άλλη	4/100	4,0
	Μέση τιμή	ΤΑ
Ηλικία	63,53	±15,46
Διάρκεια Διαβήτη	10,78	± 7,40

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται αναλυτικά τα κλινικά χαρακτηριστικά και οι εργαστηριακές μετρήσεις του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, το 34,0% του πληθυσμού είχε υπέρταση. Επίσης, το 69,0% ακολουθούσε αγωγή με Δισκία, το 20% με Ινσουλίνη και το 11,0% συνδυασμό δισκίων και Ινσουλίνης. (Διάγραμμα 9).

Φαρμακευτική αγωγή



Διάγραμμα 9 Φαρμακευτική αγωγή ερωτώμενων

Όσον αφορά στις εργαστηριακές μετρήσεις του δείγματος ενδεικτικά αναφέρεται ότι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των ερωτώμενων είχε μέση τιμή 28,23 ($\pm 3,86$) και η HbA1c 7.19 ($\pm 0,95$). (Πίνακας 3)

Πίνακας 3 Κλινικά χαρακτηριστικά

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

	n/N	% N
Υπέρταση		
Ναι	34/100	34,0
Όχι	66/100	66,0
Αγωγή		
Δισκία	69/100	69,0
Δισκία και Ινσουλίνη	11/100	11,0
Ινσουλίνη	20/100	20,0
Μέση τιμή		
Δείκτης Μάζας Σώματος	28,23	$\pm 3,86$

Ολική χοληστερόλη	190,56	± 26,83
LDL	113,24	± 28,39
HDL	46,27	± 6,97
Τριγλυκερίδια	203,07	± 49,71
CREA	0,93	± 0,31
HbA1c	7,19	± 0,95

Αναθεωρημένη κλίμακα γνώσεων του Michigan

Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 20 ερωτήσεις και εξετάζει τις γνώσεις τους σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη (Αναθεωρημένη κλίμακα γνώσεων του Michigan).

Οι σωστές απαντήσεις κάθε ερωτηματολογίου καταμετρήθηκαν έγινε αναγωγή σε ποσοστό επί τοις εκατό και υπολογίστηκε το score γνώσεων όπου το 0% αντιστοιχούσε σε πλήρη έλλειψη γνώσης σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη και το 100% σε πλήρη γνώση της νόσου. Η μέση τιμή του score γνώσεων υπολογίστηκε ίση με 57,40 (± 14,85). (Πίνακας 4)

Πίνακας 4 Αναθεωρημένη κλίμακα γνώσεων του Michigan

Αναθεωρημένη κλίμακα γνώσεων του Michigan

	n/N	% N
Η δίαιτα του διαβήτη αποτελεί υγιεινή διατροφή για τους περισσότερους ανθρώπους		
Σωστό	86/100	86,0
Λάθος	4/100	4,0
Δεν γνωρίζω	10/100	10,0
Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) είναι εξέταση που μετράει το μέσο επίπεδο της τιμής της γλυκόζης της προηγούμενης εβδομάδας		

Σωστό	34/100	34,0
Λάθος	50/100	50,0
Δεν γνωρίζω	16/100	16,0
Το μισό κιλό κοτόπουλο έχει περισσότερους υδατάνθρακες από το μισό κιλό πατάτες		
Σωστό	8/100	8,0
Λάθος	73/100	73,0
Δεν γνωρίζω	19/100	19,0
Ο χυμός πορτοκαλιού έχει περισσότερα λιπαρά από ότι το γάλα με χαμηλά λιπαρά		
Σωστό	21/100	21,0
Λάθος	63/100	63,0
Δεν γνωρίζω	16/100	16,0
Ο έλεγχος του σακχάρου στα ούρα και ο έλεγχος του σακχάρου στο αίμα είναι		
Σωστό	37/100	37,0
Λάθος	19/100	19,0
Δεν γνωρίζω	44/100	44,0
Ο χυμός φρούτων χωρίς ζάχαρη ανεβάζει τα επίπεδα της γλυκόζης αίματος		
Σωστό	62/100	62,0
Λάθος	32/100	32,0
Δεν γνωρίζω	6/100	6,0
Ένα κουτί αναψυκτικό χωρίς ζάχαρη μπορεί να ανεβάσει τα χαμηλά επίπεδα γλυκόζης		
Σωστό	36/100	36,0
Λάθος	55/100	55,0
Δεν γνωρίζω	9/100	9,0
Η χρήση του ελαιόλαδου στο μαγείρεμα μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της τιμής της χοληστερόλης στο αίμα		
Σωστό	79/100	79,0
Λάθος	7/100	7,0

Δεν γνωρίζω	14/100	14,0
Η τακτική άσκηση μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της αυξημένης αρτηριακής πίεσης του αίματος		
Σωστό	92/100	92,0
Λάθος	1/100	1,0
Δεν γνωρίζω	7/100	7,0
Για ένα άτομο που έχει καλό έλεγχο η άσκηση δεν έχει καμία επίδραση στα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος		
Σωστό	10/100	10,0
Λάθος	50/100	50,0
Δεν γνωρίζω	40/100	40,0
Η λοίμωξη είναι πιθανό να προκαλέσει αύξηση του σακχάρου στο αίμα		
Σωστό	58/100	58,0
Λάθος	7/100	7,0
Δεν γνωρίζω	35/100	35,0
Η χρησιμοποίηση κατά ένα νούμερο μεγαλύτερα παπούτσια από ότι συνήθως βοηθά στην πρόληψη των ελκών στα πόδια		
Σωστό	50/100	50,0
Λάθος	24/100	24,0
Δεν γνωρίζω	26/100	26,0
Η κατανάλωση τροφών με χαμηλά λιπαρά μειώνει τον κίνδυνο παθήσεων της καρδιάς		
Σωστό	97/100	97,0
Λάθος	2/100	2,0
Δεν γνωρίζω	1/100	1,0
Το μούδιασμα μπορεί να είναι σύμπτωμα νευροπάθειας		
Σωστό	66/100	66,0
Λάθος	10/100	10,0

Δεν γνωρίζω	24/100	24,0
Οι παθήσεις των πνευμόνων συνήθως συνδέονται με την ύπαρξη διαβήτη		
Σωστό	19/100	19,0
Λάθος	47/100	47,0
Δεν γνωρίζω	34/100	34,0
Όταν έχετε γρίπη θα πρέπει να μετράτε το σάκχαρο του αίματος πιο συχνά		
Σωστό	55/100	55,0
Λάθος	14/100	14,0
Δεν γνωρίζω	31/100	31,0
Οι υψηλές τιμές γλυκόζης μπορεί να οφείλονται στη λήψη μεγάλης δόσης ινσουλίνης		
Σωστό	6/31	19,4
Λάθος	25/31	80,6
Δεν γνωρίζω	0/31	0,0
Εάν κάνετε την πρωινή ινσουλίνη σας και παραλείψετε το πρωινό σας γεύμα η τιμή της γλυκόζης στο αίμα θα μειωθεί		
Σωστό	21/31	67,7
Λάθος	6/31	19,4
Δεν γνωρίζω	4/31	12,9
Οι τακτικές εξετάσεις στο γιατρό σας μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό πρώιμων εκδηλώσεων των επιπλοκών του διαβήτη		
Σωστό	98/100	98,0
Λάθος	1/100	1,0
Δεν γνωρίζω	1/100	1,0
Εάν πηγαίνετε στα ραντεβού σας για το διαβήτη θα αποφύγετε τις επιπλοκές του διαβήτη		
Σωστό	66/100	66,0
Λάθος	32/100	32,0

Δεν γνωρίζω	2/100	2,0
	Μέση τιμή	ΤΑ
Σκορ γνώσεων	57,40	± 14,85

Μέτρηση σακχάρου

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες η συντριπτική πλειοψηφία αυτών (97,0%) μετρούσε το σάκχαρο στο αίμα τους από τους οποίους το 29,2% (28/97) το μετρούσε καθημερινά. (Διάγραμμα 10)



Διάγραμμα 10 Πόσες μέρες την εβδομάδα μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;

Οι ασθενείς που μετράνε το σάκχαρο στο αίμα τους ρωτήθηκαν πόσο συχνά το μετράνε μέσα στη μέρα. Από τις απαντήσεις τους προέκυψε ότι το 69,8% του δείγματος το μετράει μία φορά ημερησίως. (Διάγραμμα 11)



Διάγραμμα 11 Τις μέρες που κάνετε τη μέτρηση, πόσες φορές μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;

Τέλος, καταγραφή των τιμών του σακχάρου του αίματος κάνει το 12,5% και το 16,7% κρατάει αρχείο των μετρήσεων μόνο όταν η τιμή του σακχάρου είναι ασυνήθιστη. (Διάγραμμα 12)



Διάγραμμα 12 Κρατάτε αρχείο με τα αποτελέσματα των μετρήσεων του σακχάρου του αίματος ;

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες σχετικά με τη μέτρηση του σακχάρου στο αίμα τους. (Πίνακας 4)

Πίνακας 5 Μέτρηση σακχάρου

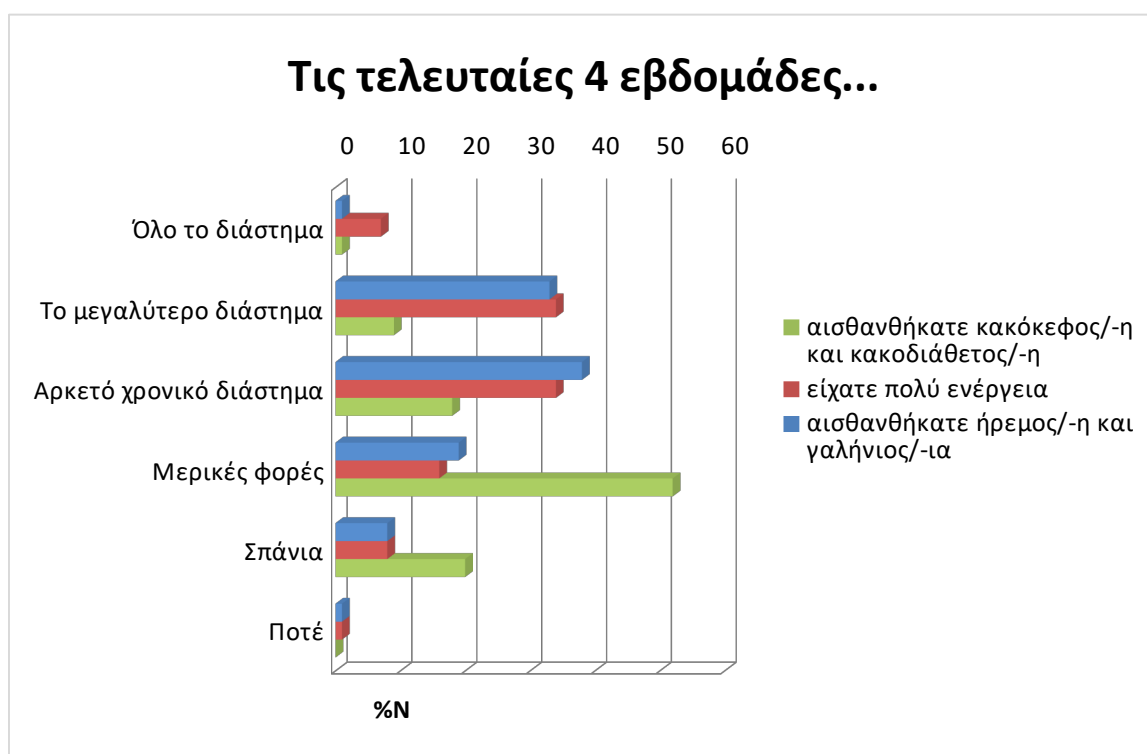
Μέτρηση σακχάρου

	n/N	% N
Μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;		
Ναι	97/100	97,0
Όχι	3/100	3,0
Αν ναι, πόσες μέρες την εβδομάδα μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;		
1	19/96	19,8
2	20/96	20,8
3	15/96	15,6
4	12/96	12,5
5	2/96	2,1
6	0/96	0,0
7	28/96	29,2
Τις μέρες που κάνετε τη μέτρηση, πόσες φορές μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;		
1	67/96	69,8
2	14/96	14,6
3	2/96	2,1
4	7/96	7,3
5	6/96	6,3
6	0/96	0,0
7	0/96	0,0
Κρατάτε αρχείο με τα αποτελέσματα των μετρήσεων του σακχάρου του αίματος;		
Ναι	27/97	27,8
Όχι	56/97	57,7
Μόνο ασυνήθιστες τιμές	14/97	14,4

Κατάσταση υγείας

Από το σύνολο του δείγματος το 48,5% θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας του είναι γενικά καλή. Πολύ καλή απάντησαν οι 26/99 (26,3%) και ούτε καλή / ούτε κακή οι 20/99 (20,2%). (Πίνακας 5)

Στη συνέχεια οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα ρωτήθηκαν πόσο συχνά τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθάνθηκαν ήρεμοι και γαλήνιοι. Σύμφωνα με τις απαντήσεις, που έδωσαν το 38,0% αισθάνθηκαν ήρεμα και γαλήνια για αρκετό χρονικό διάστημα. Επιπλέον, γεμάτοι ενέργεια ήταν για το μεγαλύτερο μέρος του τελευταίου μήνα το 34,0% του δείγματος. Ίδιο ήταν και το ποσοστό των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι τις τελευταίες 4 εβδομάδες είχαν πολύ ενέργεια για αρκετό χρονικό διάστημα. Ερωτώμενοι για το πόσο συχνά τις τελευταίες 4 εβδομάδες ήταν κακόκεφοι ή κακοδιάθετοι, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, ήτοι το 52,0%, απάντησε μερικές φορές. (Διάγραμμα 13)



Διάγραμμα 13 Κατάσταση υγείας ερωτώμενων

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους παρατίθενται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6 Κατάσταση υγείας

Κατάσταση υγείας

	n/N	% N
Γενικά θα λέγατε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι:		
Άριστη	3/100	3,0
Πολύ καλή	27/100	27,0
Καλή	47/100	47,0
Ούτε καλή / Ούτε κακή	19/100	19,0
Κακή	4/100	4,0
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθανθήκατε ήρεμος/-η και γαλήνιος/-ια		
Όλο το διάστημα	1/100	1,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	33/100	33,0
Αρκετό χρονικό διάστημα	38/100	38,0
Μερικές φορές	19/100	19,0
Σπάνια	8/100	8,0
Ποτέ	1/100	1,0
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες είχατε πολύ ενέργεια		
Όλο το διάστημα	7/100	7,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	34/100	34,0
Αρκετό χρονικό διάστημα	34/100	34,0
Μερικές φορές	16/100	16,0
Σπάνια	8/100	8,0
Ποτέ	1/100	1,0
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθανθήκατε κακόκεφος/-η και κακοδιάθετος/-η		
Όλο το διάστημα	1/100	1,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	9/100	9,0
Αρκετό χρονικό διάστημα	18/100	18,0
Μερικές φορές	52/100	52,0
Σπάνια	20/100	20,0

Ποτέ	0/100	0,0
------	-------	-----

Εκπαίδευση – Συμβουλές

Όσον αφορά στην εκπαίδευση - συμβουλές που έχουν λάβει από τους επαγγελματίες υγείας φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων, ήτοι το 46,0% δεν έχει ενημερωθεί σχετικά με την ειδική φροντίδα που πρέπει να παρέχουν στα κάτω άκρα τους. Επίσης, ο επαγγελματίας υγείας που τους παρακολουθούσε τους πρότεινε κάποιο πρόγραμμα άσκησης σύμφωνα με το 67,0% του πληθυσμού. Επιπλέον, το 98,0% του δείγματος απάντησε ότι ενημερώθηκε από τον ιατρό ή το νοσηλευτή σχετικά με το να ακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα διατροφής. Τέλος, το 77,0% των ερωτώμενων δεν έχει παρακολουθήσει μαθήματα ή συναντήσεις με εκπαιδευτές για να ενημερωθεί σχετικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη. (Πίνακας 7)

Πίνακας 7 Εκπαίδευση - Συμβουλές

Εκπαίδευση - Συμβουλές

	n/N	% N
Ο επαγγελματίας υγείας ή ο νοσηλευτής σας, σας έχουν πει ποτέ να παρέχετε ειδική φροντίδα στα πόδια σας;		
Ναι	46/100	46,00
Όχι	42/100	42,00
Δεν είμαι σίγουρος/-η	12/100	12,00
Ο επαγγελματίας υγείας ή ο νοσηλευτής σας, σας έχουν πει ποτέ να ακολουθήσετε κάποιο πρόγραμμα άσκησης;		
Ναι	67/100	67,0
Όχι	26/100	26,0
Δεν είμαι σίγουρος/-η	7/100	7,0
Ο επαγγελματίας υγείας ή ο νοσηλευτής σας, σας έχουν πει ποτέ να ακολουθήσετε κάποιο πρόγραμμα γευμάτων ή δίαιτα;		
Ναι	98/100	98,0
Όχι	1/100	1,0
Δεν είμαι σίγουρος/-η	1/100	1,0
Είχατε ποτέ εκπαίδευση για το Διαβήτη;		
Ναι	23/100	23,0
Όχι	77/100	77,0
Δεν είμαι σίγουρος/-η	0/100	0,0

Κατανόηση

Έπειτα οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ορισμένες ερωτήσεις έτσι, ώστε να εξεταστεί αν έχουν κατανοήσει το Σακχαρώδη Διαβήτη. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 48,0% του πληθυσμού φαίνεται να έχει κατανοήσει καλά τη διαίτα που πρέπει να ακολουθήσει ώστε να ελέγξει το σάκχαρο στο αίμα του. Επίσης, οι μισοί από τους ερωτώμενους απάντησαν «πολύ καλά» στην ερώτηση σχετικά με το πόσο καλά καταλαβαίνουν τα φάρμακα που παίρνουν. Τα οφέλη από τη βελτίωση του ελέγχου σακχάρου έχει κατανοήσει πολύ καλά το 52,0% των συμμετεχόντων. Τέλος, το 65,0% των ασθενών φαίνεται ότι έχουν κατανοήσει «λίγο» τις επιπτώσεις του διαβήτη κύησης. (Πίνακας 8)

Πίνακας 8 Κατανόηση Σακχαρώδη Διαβήτη

Πόσο καλά καταλαβαίνετε:

	Λίγο (%)	Μέτρια (%)	Καλά (%)	Πολύ καλά (%)	Άριστα (%)
Συνολικά τη φροντίδα του διαβήτη	6,0	12,0	40,0	28,0	14,0
Πώς να αντιμετωπίζετε το στρες	17,0	23,0	34,0	22,0	4,0
Τη διαίτα για τον έλεγχο του σακχάρου στο αίμα	3,0	8,0	48,0	29,0	12,0
Το ρόλο της άσκησης στη φροντίδα του διαβήτη	11,0	29,0	29,0	24,0	7,0
Τα φάρμακα που παίρνετε	0,0	3,0	18,0	50,0	29,0
Πώς να χρησιμοποιείτε τα αποτελέσματα του σακχάρου αίματος	8,0	22,0	39,0	23,0	8,0
Πως επηρεάζει η διαίτα, η άσκηση και τα φάρμακα τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα	4,0	13,0	32,0	41,0	10,0
Την πρόληψη και θεραπεία ψηλών τιμών σακχάρου αίματος	3,0	28,0	32,0	30,0	7,0
Την πρόληψη και θεραπεία χαμηλών τιμών σακχάρου αίματος	4,0	35,0	30,0	25,0	6,0
Την πρόληψη μακροχρόνιων επιπλοκών του διαβήτη	7,0	37,0	30,0	20,0	6,0
Τη φροντίδα των ποδιών	13,0	25,0	38,0	20,0	4,0

Τα οφέλη από τη βελτίωση του ελέγχου σακχάρου του αίματος	0,0	4,0	31,0	52,0	13,0
Την εγκυμοσύνη και το διαβήτη	65,0	11,0	18,0	5,0	1,0

Υποστήριξη

Στο πέμπτο μέρος του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με την υποστήριξη που έχουν από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον για τη φροντίδα της νόσου.

Αρχικά ρωτήθηκαν κατά πόσο χρειάζονται τη βοήθεια και την υποστήριξή τους. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν το 55,0% του πληθυσμού συμφωνεί ότι χρειάζεται τη βοήθεια των συγγενών και των φίλων του για να ακολουθήσει το πρόγραμμα γευμάτων του. Επίσης, οι ερωτώμενοι συμφωνούν σε ποσοστό 65,0% ότι το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον τους βοηθάει αντιμετωπίσουν τα συναισθήματά τους για το Σακχαρώδη Διαβήτη.

Η οικογένεια και οι φίλοι των συμμετεχόντων φαίνεται να είναι υποστηρικτικοί προς τους συμμετέχοντες καθώς η πλειοψηφία των διαβητικών ασθενών απάντησαν «συμφωνώ» στις περισσότερες σχετικές ερωτήσεις.

Επίσης, το 97,0% του δείγματος συμφωνεί ότι το οικείο περιβάλλον του αποδέχεται τόσο τον ίδιο όσο και το πρόβλημά του και το 75,0% ότι το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον είναι καθησυχαστικό απέναντι του όσον αφορά στο σακχαρώδη Διαβήτη. Τέλος, σύμφωνα με την άποψη ότι το οι συγγενείς και οι φίλοι ακούν τους προβληματισμούς τους σχετικά με τη νόσο ήταν το 72,0% του πληθυσμού. (Πίνακας 9)

Πίνακας 9 Υποστήριξη από οικογένεια και φίλους

Υποστήριξη από οικογένεια και φίλους

	Διαφωνώ απόλυτα (%)	Διαφωνώ (%)	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ (%)	Συμφωνώ (%)	Συμφωνώ απόλυτά (%)
Χρειάζομαι μεγάλη βοήθεια και υποστήριξη από την οικογένεια ή και τους φίλους μου για να::					
Ακολουθώ το πρόγραμμα των γευμάτων μου	9,0	28,0	8,0	41,0	14,0
Παίρνω τα φάρμακά μου	16,0	42,0	6,0	29,0	7,0
Φροντίζω τα πόδια μου	15,0	49,0	9,0	23,0	4,0

Έχω αρκετές δραστηριότητες	10,0	36,0	8,0	34,0	12,0
Μετράω το σάκχαρό μου	17,0	37,0	8,0	32,0	6,0
Να αντιμετωπίζω τα συναισθήματά μου για το διαβήτη	8,0	33,0	13,0	39,0	7,0

Η οικογένεια ή και οι φίλοι μου με βοηθούν και με υποστηρίζουν πολύ στο να:

Ακολουθήσω το πρόγραμμα των γευμάτων μου	3,0	1,0	15,0	48,0	21,0
Παίρνω τα φάρμακά μου	4,0	23,0	10,0	48,0	15,0
Φροντίζω τα πόδια μου	5,0	37,0	18,0	34,0	6,0
Έχω αρκετές δραστηριότητες	4,0	19,0	14,0	52,0	11,0
Μετράω το σάκχαρό μου	5,0	21,0	10,0	50,0	14,0
Να αντιμετωπίζω τα συναισθήματά μου για το διαβήτη	2,0	18,0	15,0	52,0	13,0

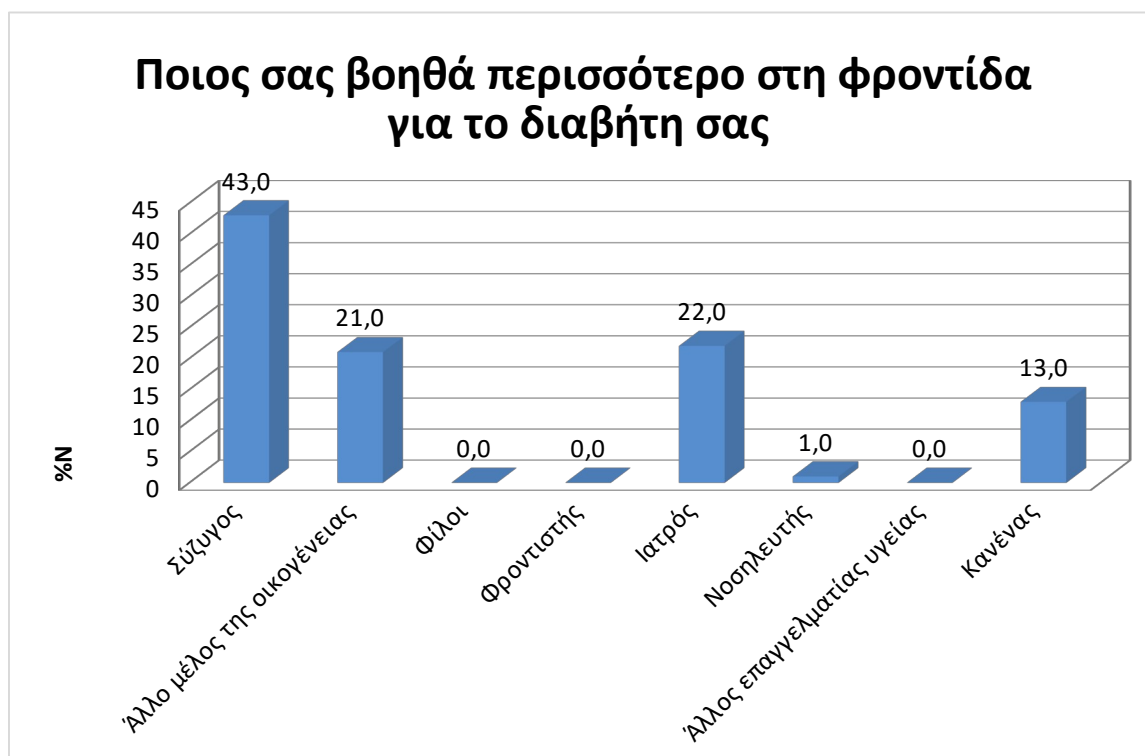
Η οικογένεια και οι φίλοι μου:

Αποδέχονται εμένα και το διαβήτη μου	0,0	0,0	3,0	61,0	36,0
Αισθάνονται άβολα για μένα λόγω του διαβήτη μου	39,0	49,0	10,0	2,0	0,0
Με ενθαρρύνουν ή με καθησυχάζουν για το διαβήτη μου	0,0	2,0	23,0	56,0	19,0
Με αποθαρρύνουν ή με αναστατώνουν για το διαβήτη μου	43,0	45,0	12,0	0,0	0,0
Με ακούν όταν θέλω να τους μιλήσω για το	0,0	4,0	24,0	53,0	19,0

διαβήτη μου

Μου γκρινιάζουν για το διαβήτη μου	44,0	34,0	16,0	6,0	0,0
------------------------------------	------	------	------	-----	-----

Τέλος, το γεγονός ότι η οικογένεια στηρίζει τους συμμετέχοντες στη διαχείριση της νόσου προκύπτει και από τις απαντήσεις που έδωσαν σχετικά με το ποιος τους βοηθάει στη φροντίδα. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, το 43,0% δέχεται βοήθεια από τον/την σύζυγο και το 21,0% από κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας. Επίσης, και οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να έχουν ρόλο στη φροντίδα για τη νόσο καθώς οι ερωτώμενοι που απάντησαν ότι δέχονται βοήθεια από το γιατρό τους ανέρχονται σε ποσοστό 22,0%. Ωστόσο, το 13,0% του πληθυσμού δεν έχει βοήθεια από κανέναν. (Διάγραμμα 14)



Διάγραμμα 14 Ποιος σας βοηθάει περισσότερο στη φροντίδα για το διαβήτη σας;

Κλίμακα ελέγχου προβλημάτων

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων 1 έως 3 φορές τον προηγούμενο μήνα το 53,0% του δείγματος δεν είχε χαμηλό σάκχαρο με συμπτώματα εφίδρωσης, αδυναμίας, άγχους κλπ από και το 42,0% δεν είχε υψηλή τιμή σακχάρου με συμπτώματα όπως η δίψα, ξηροστομία κλπ. . Επιπλέον, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (87,0%) δεν είχε κάποιο σοβαρό επεισόδιο χαμηλού σακχάρου αίματος, όπως λιποθυμία ή να χρειάστηκε βοήθεια για την αντιμετώπισή του, τον τελευταίο χρόνο. Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (99,0%) δεν γνωρίζει αν είχε οξόνες στα ούρα του τον περασμένο μήνα. (Πίνακας 10)

Πίνακας 10 Κλίμακα ελέγχου προβλημάτων (1)

Κλίμακα ελέγχου προβλημάτων (1)

	n/N	% N
Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα είχατε χαμηλό σάκχαρο αίματος (γλυκόζη) με συμπτώματα όπως εφίδρωση, αδυναμία, άγχος, τρόμο, πείνα ή πονοκέφαλο;		
Καμία φορά	53/100	53,0
1-3 φορές	23/100	23,0
4-6 φορές	19/100	19,0
7-12 φορές	3/100	3,0
Πάνω από 12 φορές	0/100	0,0
Δεν γνωρίζω	2/100	2,0
Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο είχατε σοβαρά επεισόδια με χαμηλό σάκχαρο αίματος με συμπτώματα όπως λιποθυμία ή χρειαστήκατε βοήθεια για την αντιμετώπισή τους;		
Καμία φορά	87/100	87,0
1-3 φορές	12/100	12,0
4-6 φορές	1/100	1,0
7-12 φορές	0/100	0,0
Πάνω από 12 φορές	0/100	0,0
Δεν γνωρίζω	0/100	0,0
Πόσες φορές τον τελευταίο μήνα είχατε υψηλό σάκχαρο αίματος με συμπτώματα όπως δίψα, ξηροστομία και ξηροδερμία, αύξηση σακχάρου στα ούρα, μειωμένη όρεξη, ναυτία ή κόπωση;		
Καμία φορά	42/100	42,0
1-3 φορές	31/100	31,0
4-6 φορές	18/100	18,0
7-12 φορές	3/100	3,0
Πάνω από 12 φορές	2/100	2,0

Δεν γνωρίζω 4/100 4,0

Πόσες φορές τον τελευταίο μήνα είχατε οξόνες στα ούρα σας;

Καμία φορά	0/100	0,0
1-3 φορές	1/100	1,0
4-6 φορές	0/100	0,0
7-12 φορές	0/100	0,0
Πάνω από 12 φορές	0/100	0,0
Δεν γνωρίζω	99/100	99,0

Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με το πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο είχαν υψηλό και χαμηλό σάκχαρο λόγω ορισμένων καταστάσεων. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, μερικές φορές υψηλό σάκχαρο είχε το 33,0% του δείγματος λόγω κατανάλωσης λάθος τροφών και το 34,0% επειδή έφαγε πάρα πολύ. Τέλος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (70,0%) δήλωσε ότι ποτέ δεν είχε υψηλό σάκχαρο επειδή πήρε λάθος δόση φαρμάκου.

Οι χαμηλές τιμές σακχάρου στο αίμα φαίνεται ότι δεν οφείλονται στις παραμέτρους που εξετάστηκαν καθώς οι ερωτώμενοι απάντησαν σε όλες κατά πλειοψηφία «ποτέ». (Πίνακας 11)

Πίνακας 11 Κλίμακα ελέγχου προβλημάτων (2)

Κλίμακα ελέγχου προβλημάτων (2)

	Ποτέ (%)	Σπάνια (%)	Μερικές φορές (%)	Συχνά (%)	Πολύ συχνά (%)	Δεν γνωρίζω
Κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου πόσο συχνά το σάκχαρο του αίματος ήταν πολύ υψηλό επειδή:						
Ήσασταν άρρωστος/-η ή είχατε λοίμωξη;	47,0	16,0	16,0	1,0	0,0	20,0
Ήσασταν αναστατωμένος/-η ή θυμωμένος;	28,0	12,0	27,0	3,0	9,0	11,0
Πήρατε λάθος δόση φαρμάκου;	70,0	13,0	9,0	4,0	1,0	3,0
Φάγατε λάθος είδος τροφών;	19,0	17,0	33,0	17,0	10,0	4,0
Φάγατε πάρα πολύ	10,0	15,0	34,0	25,0	11,0	5,0

φαγητό;

Είχατε λιγότερη
σωματική δραστηριότητα
από τη συνηθισμένη; 21,0 31,0 21,0 14,0 5,0 8,0

Αισθανόσασταν στρες; 18,0 20,0 32,0 8,0 9,0 13,0

Κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου πόσο συχνά το σάκχαρο του αίματος ήταν πολύ χαμηλό επειδή:

Ήσασταν άρρωστος/-η ή
είχατε λοίμωξη; 55,0 15,0 8,0 0,0 0,0 22,0

Ήσασταν
αναστατωμένος/-η ή
θυμωμένος; 51,0 14,0 16,0 2,0 2,0 15,0

Πήρατε λάθος δόση
φαρμάκου; 66,0 11,0 11,0 8,0 1,0 3,0

Φάγατε λάθος είδος
τροφών; 58,0 20,0 10,0 4,0 3,0 5,0

Φάγατε πολύ λίγο
φαγητό; 53,0 18,0 18,0 6,0 1,0 4,0

Είχατε περισσότερη
σωματική δραστηριότητα
από τη συνηθισμένη; 55,0 15,0 16,0 6,0 4,0 4,0

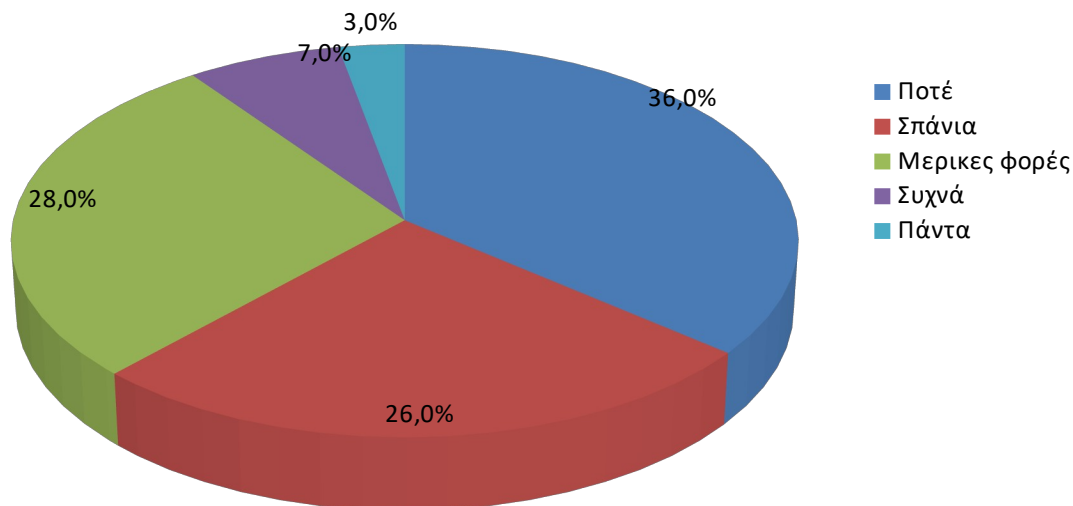
Περιμένατε πολύ για να
φάτε ή παραλείγατε
γεύμα; 42,0 13,0 31,0 5,0 5,0 4,0

Αισθανόσασταν στρες; 47,0 21,0 15,0 4,0 2,0 11,0

Κλίμακα ατομικών και κοινωνικών παραγόντων

Στη συνέχεια οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν σε ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με ατομικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη νόσο του σακχαρώδη διαβήτη. Αρχικά ρωτήθηκαν πόσο συχνά η νόσος αποτέλεσε εμπόδιο στις καθημερινές τους δραστηριότητες κατά τον τελευταίο χρόνο και το 36,0% απάντησε «ποτέ», το 28,0% «μερικές φορές» και το 26,0% «σπάνια». (Διάγραμμα 15)

Πόσο συχνά ο διαβήτης σας εμπόδισε στις καθημερινές δραστηριότητες τον περασμένο χρόνο;



Διάγραμμα 15 Πόσο συχνά ο διαβήτης σας εμπόδισε στις καθημερινές δραστηριότητες τον περασμένο χρόνο;

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες στις ερωτήσεις σχετικά με ατομικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, ο διαβήτης δεν φαίνεται να αποτελεί εμπόδιο για το 87,0% του δείγματος στο να έχει χρήματα. Επίσης, η νόσος δεν εμποδίζει το 89,0% των συμμετεχόντων στο να βγουν έξω ή να ταξιδέψουν. Ωστόσο, οι διαβητικοί ασθενείς που πήραν μέρος στην έρευνα φαίνεται να θεωρούν εμπόδιο το σακχαρώδη διαβήτη όσον αφορά στο φαγητό καθώς το 40,0% συμφωνεί ότι δεν μπορεί να φάει τα φαγητά που θέλει και το 45,0% ότι δεν μπορεί να φάει την ποσότητα που θα ήθελε. Τέλος, οι ερωτώμενοι δεν θεωρούν δύσκολο το να πληρώσουν τη θεραπεία και τα αναλώσιμα σε ποσοστό 78,0%. (Πίνακας 12)

Πίνακας 12 Κλίμακα ατομικών και κοινωνικών παραγόντων

Κλίμακα ατομικών και κοινωνικών παραγόντων

	Διαφωνώ απόλυτα (%)	Διαφωνώ (%)	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ (%)	Συμφωνώ (%)	Συμφωνώ απόλυτά (%)
Ο διαβήτης και η θεραπεία του με εμποδίζουν από το:					
Να έχω αρκετά χρήματα	73,0	14,0	13,0	0,0	0,0
Να εκπληρώνω τις υποχρεώσεις μου στο σχολείο, τη δουλειά, το νοικοκυριό και άλλες δραστηριότητες	61,0	18,0	20,0	1,0	0,0
Να βγαίνω έξω ή να ταξιδεύω όσο θέλω	66,0	23,0	5,0	5,0	1,0
Να είμαι όσο δραστήριος/-α θέλω	41,0	21,0	28,0	8,0	2,0
Να τρώω τα φαγητά που μου αρέσουν	8,0	18,0	34,0	28,0	12,0
Να τρώω τόσο όσο θέλω	8,0	2,0	25,0	31,0	14,0
Το να έχω καλές σχέσεις με τους ανθρώπους	77,0	19,0	4,0	0,0	0,0
Το να τηρώ το πρόγραμμα που μου αρέσει	35,0	20,0	23,0	16,0	6,0
Το να περνάω χρόνο με τους φίλους μου	73,0	24,0	3,0	0,0	0,0
Το να έχω αρκετό χρόνο μόνος/-η	74,0	22,0	3,0	1,0	0,0
Το να πληρώνω για τη θεραπεία και τα αναλώσιμα του διαβήτη είναι πρόβλημα για μένα					
	58,0	20,0	18,0	3,0	1,0
Το να έχω διαβήτη κάνει τη ζωή μου δύσκολη					
	17,0	23,0	39,0	18,0	3,0

Κλίμακα στάσεων

Στο όγδοο μέρος του ερωτηματολογίου εξετάζονται οι απόψεις των συμμετεχόντων όσον αφορά το πώς αντιμετωπίζουν το σακχαρώδη διαβήτη. Πιο αναλυτικά, από το σύνολο του δείγματος το 62,0% αισθάνεται ικανοποιημένο με τη ζωή του. Επίσης, οι συμμετέχοντες συμφωνούν σε ποσοστό 58,0% ότι μπορούν να κάνουν σχεδόν τα πάντα που έχουν θέσει στόχο και το 68,0% του δείγματος απάντησε ότι δεδομένης της κατάστασής τους είναι αρκετά καλά. Επιπλέον, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απάντησε ότι μπορεί να διατηρήσει το σάκχαρο του αίματος ρυθμισμένο σε ποσοστό 56,0% και να ελέγξει το βάρος του σε ποσοστό 65,0%. Τέλος, οι ασθενείς φαίνεται ότι έχουν καταλάβει πόσο σημαντικό είναι για την υγεία τους η διατήρηση ρυθμισμένου σακχάρου και σωματικού βάρους. (Πίνακας 13)

Πίνακας 13 Κλίμακα στάσεων (1)

Κλίμακα στάσεων (1)

	Διαφωνώ απόλυτα (%)	Διαφωνώ (%)	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ (%)	Συμφωνώ (%)	Συμφωνώ απόλυτά (%)
Φοβάμαι το διαβήτη μου	5,0	34,0	34,0	26,0	1,0
Δυσκολεύομαι να πιστέψω ότι έχω πραγματικά διαβήτη	22,0	52,0	12,0	13,0	1,0
Αισθάνομαι δυστυχημένος/-η και έχω κατάθλιψη εξαιτίας του διαβήτη μου	29,0	53,0	18,0	0,0	0,0
Αισθάνομαι ικανοποιημένος/-η με τη ζωή μου	0,0	4,0	34,0	60,0	2,0
Αισθάνομαι ότι δεν είμαι το ίδιο καλός/-ή εξαιτίας του διαβήτη μου	34,0	53,0	9,0	4,0	0,0
Μπορώ να κάνω σχεδόν τα πάντα που έχω θέσει σαν στόχο	0,0	10,0	32,0	56,0	2,0
Είναι δύσκολο να κάνω όλα όσα πρέπει για το διαβήτη μου	3,0	17,0	21,0	51,0	8,0
Ο διαβήτης δεν επηρεάζει	5,0	29,0	49,0	17,0	0,0

καθόλου τη ζωή μου

Λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση είμαι αρκετά καλά

0,0	6,0	26,0	60,0	8,0
-----	-----	------	------	-----

Τα πράγματα πηγαίνουν πολύ καλά για μένα αυτή τη στιγμή

0,0	7,0	39,0	52,0	2,0
-----	-----	------	------	-----

Μπορώ να:

διατηρώ το σάκχαρο του αίματος καλά ρυθμισμένο

1,0	12,0	31,0	53,0	3,0
-----	------	------	------	-----

διατηρώ το βάρος μου υπό έλεγχο

0,0	8,0	27,0	56,0	9,0
-----	-----	------	------	-----

κάνω πράγματα που χρειάζεται για το διαβήτη μου

1,0	9,0	56,0	34,0	0,0
-----	-----	------	------	-----

ελέγξω τα συναισθήματα για το διαβήτη μου

0,0	7,0	22,0	66,0	5,0
-----	-----	------	------	-----

Νομίζω είναι σημαντικό για μένα να:

διατηρώ το σάκχαρο του αίματος καλά ρυθμισμένο

0,0	0,0	5,0	61,0	34,0
-----	-----	-----	------	------

διατηρώ το βάρος μου υπό έλεγχο

0,0	0,0	7,0	59,0	34,0
-----	-----	-----	------	------

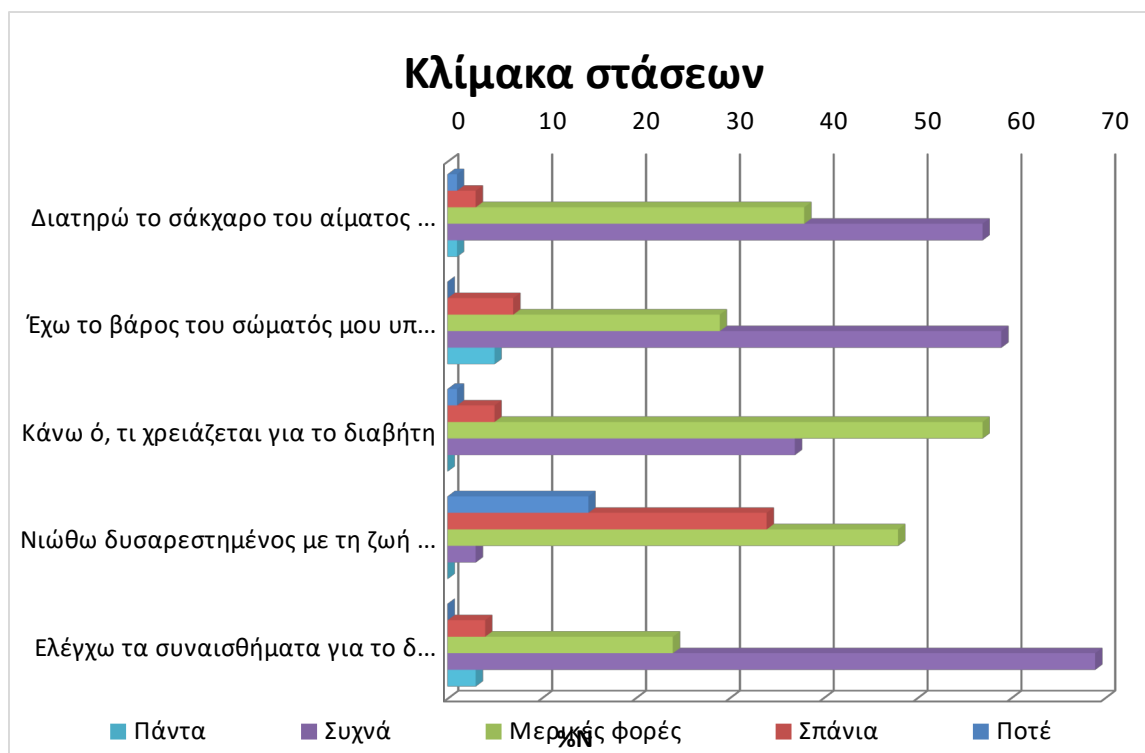
κάνω πράγματα που χρειάζεται για το διαβήτη μου

0,0	0,0	7,0	57,0	36,0
-----	-----	-----	------	------

ελέγξω τα συναισθήματα για το διαβήτη μου

0,0	1,0	9,0	61,0	29,0
-----	-----	-----	------	------

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 16, το 57,0% του δείγματος καταφέρνει να διατηρήσει συχνά το σάκχαρο του αίματος καλά ρυθμισμένο. Το σωματικό βάρος τους το έχουν συχνά υπό έλεγχο το 59,0% των ερωτώμενων. Τέλος, το 69,0% του πληθυσμού απάντησε ότι μπορεί να ελέγξει συχνά τα συναισθήματά του για το διαβήτη. (Πίνακας 14)



Διάγραμμα 16 Κλίμακα στάσεων

Πίνακας 14 Κλίμακα στάσεων (2)

Κλίμακα στάσεων (2)

	n/N	% N
Διατηρώ το σάκχαρο του αίματος καλά ρυθμισμένο		
Ποτέ	1/100	1,0
Σπάνια	3/100	3,0
Μερικές φορές	38/100	38,0
Συχνά	57/100	57,0
Πάντα	1/100	1,0
Έχω το βάρος του σώματός μου υπό έλεγχο		
Ποτέ	0/100	0,0
Σπάνια	7/100	7,0
Μερικές φορές	29/100	29,0
Συχνά	59/100	59,0

Πάντα	5/100	5,0
Κάνω ό, τι χρειάζεται για το διαβήτη		
Ποτέ	1/100	1,0
Σπάνια	5/100	5,0
Μερικές φορές	57/100	57,0
Συχνά	37/100	37,0
Πάντα	0/100	0,0
Νιώθω δυσαρεστημένος με τη ζωή εξαιτίας του διαβήτη μου		
Ποτέ	15/100	15,0
Σπάνια	34/100	34,0
Μερικές φορές	48/100	48,0
Συχνά	3/100	3,0
Πάντα	0/100	0,0
Ελέγχω τα συναισθήματα για το διαβήτη μου αρκετά καλά		
Ποτέ	0/100	0,0
Σπάνια	4/100	4,0
Μερικές φορές	24/100	24,0
Συχνά	69/100	69,0
Πάντα	3/100	3,0

Κλίμακα διαιτητικής προσήλωσης

Στη συνέχεια εξετάστηκε η διαιτητική προσήλωση των ασθενών. Πιο αναλυτικά, στο 95,0% του δείγματος έχει δοθεί από κάποιον επαγγελματία υγείας συγκεκριμένο πρόγραμμα γευμάτων ή δίαιτας και στο 57,0% έχουν πει ότι πρέπει να ζυγίζει/μετράει το φαγητό του. Ωστόσο, σύμφωνα με το 62,0% των συμμετεχόντων δεν τους δόθηκε κατάλογος ισοδύναμων τροφών ή ομάδων τροφίμων για το σχεδιασμό των γευμάτων τους. (Πίνακας 15)

Πίνακας 15 Κλίμακα διαιτητικής προσήλωσης (1)

Κλίμακα διαιτητικής προσήλωσης (1)

	n/N	% N
Σας έχει πει κανένας επαγγελματίας υγείας ή νοσηλεύτης να ακολουθήσετε πρόγραμμα γευμάτων ή δίαιτας;		
Ναι	95/100	95,0
Όχι	3/100	3,0
Δεν είμαι σίγουρος/-η	2/100	2,0
Σας έχουν πει να ακολουθείτε κάποιο χρονοδιάγραμμα για τα κύρια και ενδιάμεσα γεύματα;		
Ναι	88/99	88,9
Όχι	11/99	11,1
Σας έχουν πει να ζυγίζετε ή να μετράτε το φαγητό σας;		
Ναι	57/100	57,0
Όχι	43/100	43,0
Σας έχουν πει να χρησιμοποιείτε τον κατάλογο των ισοδύναμων ή τις ομάδες τροφίμων για να σχεδιάζετε τα γευμάτά σας;		
Ναι	38/100	38,0
Όχι	62/100	62,0

Τέλος, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, το 51,0% αυτών ακολουθεί μερικές φορές χρονοδιάγραμμα γευμάτων ενώ το 62,0% δεν ζυγίζει ποτέ το φαγητό και το 70,0% δεν χρησιμοποιεί τον κατάλογο ισοδύναμων για το σχεδιασμό των γευμάτων. (Πίνακας 16)

Πίνακας 16 Κλίμακα διαιτητικής προσήλωσης (2)

Κλίμακα διαιτητικής προσήλωσης (2)

	Ποτέ (%)	Σπάνια (%)	Μερικές φορές (%)	Συχνά (%)	Πάντα (%)
Πόσο συχνά:					
Ακολουθείτε το χρονοδιάγραμμα κύριων και ενδιάμεσων γευμάτων;	3,0	17,0	51,0	25,0	4,0
Ζυγίζετε ή μετράτε το φαγητό σας;	62,0	16,0	18,0	4,0	0,0

Εσείς ή αυτός που μαγειρεύει το φαγητό σας χρησιμοποιείτε τον κατάλογο ισοδύναμων και τις ομάδες τροφίμων όταν σχεδιάσετε τα γεύματά σας;	70,0	14,0	9,0	7,0	0,0
---	------	------	-----	-----	-----

Κλίμακα ωφελειών μακροχρόνιας φροντίδας

Οι ασθενείς ρωτήθηκαν σχετικά με τα οφέλη της μακροχρόνιας φροντίδας και από τις απαντήσεις τους φαίνεται ότι η πλειοψηφία τους είτε συμφωνεί είτε συμφωνεί απόλυτα ότι η σωστή φροντίδα μπορεί να καθυστερήσει ή αποτρέψει την εμφάνιση συνοδών νοσημάτων. (Πίνακας 17)

Πίνακας 17 Κλίμακα ωφελειών μακροχρόνιας φροντίδας

Κλίμακα ωφελειών μακροχρόνιας φροντίδας

	Διαφωνώ απόλυτα (%)	Διαφωνώ (%)	Ούτε συμφωνώ/Ούτε διαφωνώ (%)	Συμφωνώ (%)	Συμφωνώ απόλυτα (%)
Όταν έχετε την καλύτερη φροντίδα θα καθυστερήσουν ή θα αποτραπούν:					
Προβλήματα στα μάτια	0,0	0,0	9,0	51,0	40,0
Προβλήματα στους νεφρούς	0,0	3,0	7,0	51,0	39,0
Προβλήματα στα πόδια	0,0	3,0	10,0	47,0	40,0
Σκλήρυνση των αρτηριών	0,0	3,0	14,0	54,0	29,0
Νοσήματα της καρδιάς	0,0	4,0	13,0	53,0	30,0

Κλίμακα εμποδίων άσκησης

Παρακάτω εξετάστηκαν τα εμπόδια που μπορεί να έχουν οι ασθενείς όσον αφορά στην άσκηση. Από το σύνολο των διαβητικών που συμμετείχαν στη μελέτη φαίνεται ότι το 56,0% θεωρεί συχνά ότι απαιτείται πάρα πολύ προσπάθεια, ενώ το 41% δηλώνει ότι δε του αρέσει να ασκείται. Παρ' όλα αυτά το 68% αναγνωρίζει τη χρησιμότητα της άσκησης στη διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη. Τέλος, το 72,0% των συμμετεχόντων απάντησε ότι σπάνια δυσκολεύεται να γυμναστεί επειδή κάνει πιο δύσκολη τη ρύθμιση του διαβήτη του. (Πίνακας 18)

Πίνακας 18 Κλίμακα εμποδίων άσκησης

Κλίμακα εμποδίων άσκησης

	Ποτέ (%)	Σπάνια (%)	Μερικές φορές (%)	Συχνά (%)	Πάντα (%)
Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ασκηθείτε αρκετά επειδή:					
Απαιτείται πάρα πολύ προσπάθεια;	7,0	11,0	26,0	33,0	23,0
Δεν πιστεύετε ότι είναι χρήσιμη;	29,0	39,0	18,0	8,0	6,0
Δεν σας αρέσει να κάνετε;	13,0	13,0	33,0	25,0	16,0
Έχετε προβλήματα στην υγείας σας	24,0	33,0	16,0	15,0	12,0
Κάνει πιο δύσκολη τη ρύθμιση του διαβήτη σας;	30,0	42,0	20,0	7,0	1,0

Κλίμακα εμποδίων παρακολούθησης και κατανόησης διαβήτη

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου εξετάστηκαν τα εμπόδια παρακολούθησης και κατανόησης της νόσου. Το σύνολο του δείγματος απάντησε ότι δεν του έχουν πει να κάνει μέτρηση σακχάρου στα ούρα ενώ οι μισοί (50,0%) μετράνε ημερησίως το σάκχαρο στο αίμα τους. (Πίνακας 19)

Πίνακας 19 Κλίμακα εμποδίων παρακολούθησης και κατανόησης διαβήτη (1)

Κλίμακα εμποδίων παρακολούθησης και κατανόησης διαβήτη (1)

	n/N	% N
Πόσες μέρες την εβδομάδα σας είπαν να μετράτε το σάκχαρο ούρων;		
1	0/100	0,0
2	0/100	0,0
Πόσες μέρες την εβδομάδα σας είπαν να μετράτε το σάκχαρο ούρων;		
Δεν μου είπαν να μετράω το σάκχαρο στα ούρα	100/100	100
Πόσες μέρες την εβδομάδα σας είπαν να μετράτε το σάκχαρο αίματος;		

1	0/100	0,0
2	1/100	1,0
3	20/100	20,0
4	19/100	19,0
5	10/100	10,0
6	0/100	0,0
7	50/100	50,0
Πόσες μέρες την εβδομάδα σας είπαν να μετράτε το σάκχαρο αίματος;		
Δεν μου είπαν να μετράω το σάκχαρο στο αίμα	0/100	0,0

Στον επόμενο πίνακα παρατίθενται οι απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς σχετικά με τα εμπόδια που συναντούν στην παρακολούθηση και κατανόηση του διαβήτη καθώς ρωτήθηκαν για τους λόγους που δεν μετράνε το σάκχαρό τους τόσο συχνά όσο τους έχουν συμβουλευσει. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν, μπορεί να ειπωθεί ότι οι ερωτώμενοι δεν αιτιολογούν σαφώς το λόγο που δεν μετρούν το σάκχαρο τους με την απαιτούμενη συχνότητα, καθώς στην πλειοψηφία τους θεωρούν ως εμπόδια τους λόγους που παρατίθενται. (Πίνακας 20)

Πίνακας 20 Κλίμακα εμποδίων παρακολούθησης και κατανόησης διαβήτη (2)

Κλίμακα εμποδίων παρακολούθησης και κατανόησης διαβήτη (2)

	Πολύ σπάνια (%)	Σπάνια (%)	Μερικές φορές (%)	Συχνά (%)	Πολύ συχνά (%)
Όταν δεν μετράτε το σάκχαρό σας όσο συχνά έχουν πει είναι γιατί:					
Το ξεχνάτε;	36,0	5,0	31,0	15,0	13,0
Δεν πιστεύετε πως είναι χρήσιμο;	47,0	12,0	23,0	12,0	6,0
Ο χρόνος ή ο χώρος δεν είναι κατάλληλος;	54,0	19,0	18,0	7,0	2,0
Δεν σας αρέσει να το κάνετε;	44,0	5,0	21,0	18,0	12,0
Ξεμείνατε από τα αναλώσιμα υλικά	38,0	10,0	39,0	9,0	4,0

μέτρησης;

Στοιχίζει πάρα πολλά;	74,0	17,0	9,0	0,0	0,0
Έχει πάρα πολύ κόπο;	81,0	15,0	3,0	0,0	1,0
Είναι δύσκολο να διαβάσετε το αποτέλεσμα;	79,0	11,0	5,0	2,0	3,0
Δεν μπορείτε να το κάνετε μόνος/-η	72,0	12,0	8,0	4,0	4,0
Οι τιμές του σακχάρου σας δεν αλλάζουν αρκετά συχνά;	27,6	14,3	37,8	14,3	6,1
Πονάει το τσίμπημα στο δάκτυλο;	42,0	7,0	29,0	14,0	8,0

Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν έχουν εκπαιδευτεί για το διαβήτη και το 23,0% απάντησε «ναι». Στη συνέχεια οι ασθενείς που εκπαιδεύτηκαν σχετικά με τη νόσο ρωτήθηκαν πως αξιολογούν την κατανόησή τους όσον αφορά στη διατροφή τους, το βάρος τους, την άσκηση, τη φαρμακευτική αγωγή, τη μέτρηση του σακχάρου, τη φροντίδα των ποδιών, τις επιπλοκές του διαβήτη, τη φροντίδα των ματιών, το συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής για τη νόσο με άλλα φάρμακα και την κατανάλωση αλκοόλ. Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες στις εν λόγω ερωτήσεις. Συνολικά, μπορεί να ειπωθεί ότι οι ασθενείς έχουν κατανοήσει πολύ καλά τις παραμέτρους που εξετάστηκαν. (Πίνακας 21)

Πίνακας 21 Κλίμακα εμποδίων παρακολούθησης και κατανόησης διαβήτη (3)

Κλίμακα εμποδίων παρακολούθησης και κατανόησης διαβήτη (3)

	n/N	% N
Εκπαιδευτήκατε ποτέ για το διαβήτη;		
Ναι	23/100	23,0
Όχι	77/100	77,0

	Ανεπαρκής (%)	Μέτρια (%)	Καλή (%)	Πολύ καλή (%)	Άριστη (%)
Αν ναι, πως αξιολογείτε την κατανόησή σας όσον αφορά:					

Στη διατροφή και τον έλεγχο του σακχάρου του αίματος	0,0	0,0	34,8	60,9	4,3
Στον έλεγχο βάρους	0,0	4,3	21,7	56,5	17,4
Στην άσκηση	13,0	4,3	30,4	43,5	8,7
Στη χρήση ινσουλίνης/χαπιών	4,3	4,3	13,0	65,2	13,0
Στη μέτρηση σακχάρου	0,0	4,3	13,0	73,9	8,7
Στη φροντίδα των ποδιών	4,3	17,4	30,4	47,8	0,0
Τις επιπλοκές του διαβήτη	4,3	13,0	43,5	39,1	0,0
Τη φροντίδα των ματιών	4,3	26,1	34,8	34,8	0,0
Συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής διαβήτη με άλλα φάρμακα	4,3	13,0	30,4	47,8	4,3
Λήψη αλκοόλ και διαβήτη	8,7	26,1	26,1	34,8	4,3

Επαγωγική στατιστική ανάλυση

Συσχετίσεις

Η συχνότητα μέτρησης του σακχάρου στο αίμα συσχετίσθηκε με το φύλο και την αγωγή που ακολουθούσαν οι ερωτώμενοι. Τα αποτελέσματα της εν λόγω συσχέτισης παρουσιάζονται στον Πίνακα 22.

Πιο αναλυτικά οι άντρες μετρούσαν το σάκχαρό τους κατά μέσο όρο 3,67 (\pm 2,41) φορές την εβδομάδα και οι γυναίκες 3,79 (\pm 2,26). Η σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,79$). Επίσης, μέσα στη μέρα μετράνε το σάκχαρό τους κατά μέσο όρο 1,69 (\pm 1,29) φορές οι άνδρες και 1,63 (\pm 1,14) χωρίς ωστόσο να αποτυπώνεται σχέση στατιστικά σημαντική ($p=0,80$).

Όσον αφορά στην αγωγή και τη συχνότητα εβδομαδιαίας μέτρησης του σακχάρου στο αίμα φαίνεται ότι σχετίζονται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p=0,00$). Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς που παίρνουν δισκία μετράνε το σάκχαρό τους κατά μέσο όρο 2,89 (\pm 1,86) μέρες μέσα στην εβδομάδα, οι ινσουλοεξαρτώμενοι ασθενείς 6,45 (\pm 1,15) μέρες εβδομαδιαίως και όσοι ακολουθούν μεικτή αγωγή κάθε 4,91 (\pm 1,81) μέρες. Επιπλέον, οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν τη νόσο με δισκία μετράνε το σάκχαρό τους 1,14 (\pm 0,46) φορές ημερησίως, οι ασθενείς που παίρνουν δισκία και ινσουλίνη 1,36 (\pm 0,51) φορές τη μέρα και οι διαβητικοί που κάνουν χρήση ινσουλίνης 3,50 (\pm 1,40) φορές. Οι δύο μεταβλητές σχετίζονται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p=0,00$). (Πίνακας 22)

Πίνακας 22 Συσχέτιση Συχνότητας μέτρησης σακχάρου με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Συσχέτιση συχνότητας μέτρησης σακχάρου με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

		Μέση τιμή	ΤΑ	p
Συχνότητα μέτρησης σακχάρου * Φύλο				
Πόσες μέρες την εβδομάδα μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;	Ανδρας	3,67	± 2,41	0,79
	Γυναίκα	3,79	± 2,26	
Τις μέρες που κάνετε τη μέτρηση, πόσες φορές μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;	Ανδρας	1,69	± 1,29	0,80
	Γυναίκα	1,63	± 1,14	
Συχνότητα μέτρησης σακχάρου * Αγωγή				
Πόσες μέρες την εβδομάδα μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;	Δισκία	2,69	± 1,86	0,00
	Δισκία και Ινσουλίνη	4,91	± 1,81	
	Ινσουλίνη	6,45	± 1,15	
Τις μέρες που κάνετε τη μέτρηση, πόσες φορές μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;	Δισκία	1,14	± 0,46	0,00
	Δισκία και Ινσουλίνη	1,36	± 0,51	
	Ινσουλίνη	3,50	± 1,40	

Το φύλο βρέθηκε ότι σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με το ποιος τους βοηθάει περισσότερο στη φροντίδα για το Σακχαρώδη Διαβήτη ($p=0,00$). Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ανδρών (59,6%) απάντησαν ότι δέχονται βοήθεια από τη σύζυγό τους ενώ η πλειοψηφία των γυναικών (39,6%) από τον θεράποντα ιατρό τους. (Πίνακας 23)

Πίνακας 23 Συσχέτιση φύλου με το ποιος βοηθάει περισσότερο

Συσχέτιση φύλου με το ποιος βοηθάει περισσότερο

	n/N	%N	p
Φύλο			

Ανδρες	Σύζυγος	31/52	59,6	0,00
	Άλλο μέλος της οικογένειας	9/52	17,3	
	Φίλοι	0/52	0,0	
	Φροντιστής	0/52	0,0	
	Ιατρός	3/52	5,8	
	Νοσηλεύτης	1/52	1,9	
	Άλλος επαγγελματίας υγείας	0/52	0,0	
	Κανένας	8/52	15,4	
Γυναίκες	Σύζυγος	12/48	25,0	
	Άλλο μέλος της οικογένειας	12/48	25,0	
	Φίλοι	0/48	0,0	
	Φροντιστής	0/48	0,0	
	Ιατρός	19/48	39,6	
	Νοσηλεύτης	0/48	0,0	
	Άλλος επαγγελματίας υγείας	0/48	0,0	
	Κανένας	5/48	10,4	

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συσχέτιση του φύλου των συμμετεχόντων με το Σκορ γνώσεων. Η μέση τιμή του score για τον ανδρικό πληθυσμό της μελέτης υπολογίστηκε ίση με 56,83 ($\pm 15,87$) και για το γυναικείο 58,02 ($\pm 13,79$) και ανάμεσά τους δεν προέκυψε σχέση στατιστικά σημαντική. (Πίνακας 24)

Πίνακας 24 Σύγκριση score γνώσεων με το φύλο

Συσχέτιση score γνώσεων με δημογραφικά χαρακτηριστικά και την εκπαίδευση - συμβουλές

	Μέση τιμή	ΤΑ	p
Σκορ γνώσεων * Φύλο			
Ανδρες	56,83	$\pm 15,87$	0,69
Γυναίκες	58,02	$\pm 13,79$	

Το φύλο των ερωτώμενων συγκρίθηκε με τις στάσεις των ερωτώμενων σε σχέση με το σακχαρώδη διαβήτη. Από τη σύγκριση αυτή προέκυψε ότι τα φύλο και η μέση τιμή της κλίμακας στάσεων που αφορά στο φόβο που νιώθουν οι συμμετέχοντες για το διαβήτη σχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($p=0,00$) και συγκεκριμένα η μέση τιμή ήταν ίση με 2,56 ($\pm 0,80$) για τους άνδρες και 3,15 ($\pm 0,92$) για τις γυναίκες. Επιπλέον, σχέση στατιστικά σημαντική ($p<0,05$) βρέθηκε ότι υπάρχει ανάμεσα στο φύλο και την άποψη των ερωτώμενων σχετικά με το πόσο είναι δύσκολο είναι να κάνουν όλα όσα πρέπει για τη νόσο και για το αν μπορούν να ελέγξουν τα συναισθήματά τους σχετικά με τη νόσο. (Πίνακας 25)

Πίνακας 25 Συσχέτιση φύλου με τις στάσεις

Συσχέτιση φύλου με τις και στάσεις

	Μέση τιμή	ΤΑ	p
Φύλο * Φοβάμαι για το διαβήτη μου			
Άνδρας	2,56	$\pm 0,80$	0,00
Γυναίκα	3,15	$\pm 0,92$	
Φύλο * Δυσκολεύομαι να πιστέψω ότι έχω πραγματικά διαβήτη			
Άνδρας	2,21	$\pm 0,89$	0,82
Γυναίκα	2,17	$\pm 1,04$	
Φύλο * Αισθάνομαι δυστυχισμένος/-η και έχω κατάθλιψη εξαιτίας του διαβήτη μου			
Άνδρας	1,88	$\pm 0,58$	0,94
Γυναίκα	1,90	$\pm 0,78$	
Φύλο * Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τη ζωή μου			
Άνδρας	3,63	$\pm 0,53$	0,55
Γυναίκα	3,56	$\pm 0,68$	
Φύλο * Αισθάνομαι ότι δεν είμαι το ίδιο καλός/η όπως οι άλλοι εξαιτίας του διαβήτη μου			
Άνδρας	1,88	$\pm 0,73$	0,45
Γυναίκα	1,77	$\pm 0,78$	
Φύλο * Μπορώ να κάνω σχεδόν τα πάντα που έχω θέση σα στόχο			
Άνδρας	3,58	$\pm 0,69$	0,26
Γυναίκα	3,42	$\pm 0,71$	

Φύλο * Είναι δύσκολο να κάνω όλα όσα πρέπει για το διαβήτη μου			
Άνδρας	3,60	± 0,89	0,04
Γυναίκα	3,27	± 1,03	
Φύλο * Ο διαβήτης δεν επηρεάζει καθόλου τη ζωή μου			
Άνδρας	2,85	± 0,83	0,38
Γυναίκα	2,71	± 0,74	
Φύλο * Λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση είμαι αρκετά καλά			
Άνδρας	3,79	± 0,69	0,19
Γυναίκα	3,60	± 0,71	
Φύλο * Τα πράγματα πηγαίνουν πολύ καλά για μένα αυτή τη στιγμή			
Άνδρας	3,52	± 0,64	0,65
Γυναίκα	3,46	± 0,68	
Φύλο * Μπορώ να Διατηρώ το σάκχαρο του αίματος καλά ρυθμισμένο			
Άνδρας	3,48	± 0,70	0,32
Γυναίκα	3,60	± 0,54	
Φύλο * Μπορώ να διατηρώ το βάρος μου υπό έλεγχο			
Άνδρας	3,67	± 0,71	0,43
Γυναίκα	3,56	± 0,68	
Φύλο * Μπορώ να κάνω τα πράγματα που χρειάζεται για το διαβήτη μου (δίαιτα, φάρμακα, άσκηση κ.α.)			
Άνδρας	3,21	± 0,69	0,13
Γυναίκα	3,40	± 0,49	
Φύλο * Μπορώ να ελέγξω τα συναισθήματά για το διαβήτη μου αρκετά καλά			
Άνδρας	3,81	± 0,56	0,03
Γυναίκα	3,60	± 0,61	
Φύλο * Νιώθω δυσαρεστημένος με τη ζωή εξαιτίας του διαβήτη μου			
Άνδρας	2,31	± 0,78	0,27
Γυναίκα	2,48	± 0,77	

Η σύγκριση της υποστήριξης που παρέχει το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον με τη διατροφική προσήλωση των ερωτώμενων δεν έδειξε κάποια σχέση στατιστικά σημαντική ($p>0,05$). (Πίνακας 26)

Πίνακας 26 Συσχέτιση υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον με τη διατροφική προσήλωση

Συσχέτιση υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον με τη διατροφική προσήλωση

	Μέση τιμή	ΤΑ	p
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Πόσο συχνά ακολουθείτε το πρόγραμμα γευμάτων ή δίαιτας;			
Ναι	3,12	± 0,78	0,42
Όχι	3,26	± 0,85	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Πόσο συχνά ακολουθείτε το χρονοδιάγραμμα κύριων και ενδιάμεσων γευμάτων;			
Ναι	3,05	± 0,79	0,52
Όχι	3,16	± 0,89	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Πόσο συχνά ζυγίζετε ή μετράτε το φαγητό σας;			
Ναι	1,56	± 0,91	0,33
Όχι	1,74	± 0,93	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Πόσο συχνά εσείς (ή αυτός που μαγειρεύει το φαγητό σας) χρησιμοποιείτε τον κατάλογο ισοδυνάμων (τροφίμων με ίδια περιεκτικότητα υδατανθράκων, πρωτεϊνών, λιπών) και τις ομάδες τροφίμων όταν σχεδιάσετε τα γεύματά σας;			
Ναι	1,53	± 0,95	0,96

Σχέση μη στατιστικά σημαντική υπάρχει και ανάμεσα στην υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον και τα εμπόδια άσκησης ($p>0,05$). (Πίνακας 27)

Πίνακας 27 Συσχέτιση υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον με τα εμπόδια άσκησης

Συσχέτιση υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον με τα εμπόδια άσκησης

	Μέση τιμή	ΤΑ	p
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ασκηθείτε αρκετά επειδή απαιτείται πάρα πολύ προσπάθεια;			
Ναι	3,46	± 1,12	0,41

Όχι	3,65	± 1,23	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ασκηθείτε αρκετά επειδή δεν πιστεύετε ότι είναι χρήσιμη;			
Ναι	2,32	± 1,11	0,39
Όχι	2,12	± 1,18	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ασκηθείτε αρκετά επειδή δε σας αρέσει να κάνετε;			
Ναι	3,16	± 1,21	0,84
Όχι	3,21	± 1,28	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ασκηθείτε αρκετά επειδή έχετε πρόβλημα υγείας;			
Ναι	2,61	± 1,33	0,77
Όχι	2,53	± 1,33	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ασκηθείτε αρκετά επειδή κάνει πιο δύσκολη τη ρύθμιση του διαβήτη σας;			
Ναι	2,19	± 0,88	0,13
Όχι	1,91	± 0,99	

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συσχέτιση της υποστήριξης που έχουν οι ερωτώμενοι από το οικείο περιβάλλον τους με τη συμμόρφωσή τους ως προς τη μέτρηση του σακχάρου. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σχέση στατιστικά σημαντική ($p=0,97$) ανάμεσα στο αν το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον του ασθενή ήταν υποστηρικτικό ή όχι με την άποψη τους σχετικά με τη χρησιμότητας μέτρησης του σακχάρου καθώς η μέση τιμή της Κλίμακας Συμμόρφωσης ήταν ίση με 2,18 ($\pm 1,35$) για όσους έχουν υποστήριξη και 2,19 ($\pm 1,26$) για όσους δεν είχαν. Επίσης, για τους ασθενείς που υποστηρίζονταν από τους συγγενείς και τους φίλους τους η μέση τιμή της Κλίμακας Συμμόρφωσης υπολογίστηκε ίση με 2,18 ($\pm 1,40$) και για αυτούς που δεν υποστηριζόταν 2,91 ($\pm 1,53$). Η σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,01$). (Πίνακας 28)

Πίνακας 28 Συσχέτιση υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον με τη συμμόρφωση μέτρησης σακχάρου

Συσχέτιση υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον με τη συμμόρφωση μέτρησης σακχάρου

	Μέση τιμή	ΤΑ	p
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Δεν μετράται το σάκχαρο όσο συχνά σας έχουν πει			

επειδή το ξεχνάτε;			
Ναι	2,58	± 1,52	0,62
Όχι	2,72	± 1,32	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Δεν μετράται το σάκχαρο όσος συχνά σας έχουν πει επειδή δεν πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο;			
Ναι	2,18	± 1,35	0,97
Όχι	2,19	± 1,26	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Δεν μετράται το σάκχαρο όσος συχνά σας έχουν πει επειδή ο χρόνος ή ο χώρος δεν είναι κατάλληλος;			
Ναι	1,75	± 1,11	0,36
Όχι	1,95	± 1,05	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Δεν μετράται το σάκχαρο όσος συχνά σας έχουν πει επειδή δεν σας αρέσει να το κάνετε;			
Ναι	2,18	± 1,40	0,01
Όχι	2,91	± 1,53	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Δεν μετράται το σάκχαρο όσος συχνά σας έχουν πει επειδή ξεμεινάτε από τα αναλώσιμα υλικά μέτρησης;			
Ναι	2,39	± 1,19	0,46
Όχι	2,21	± 1,19	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Δεν μετράται το σάκχαρο όσος συχνά σας έχουν πει επειδή στοιχίζει πάρα πολύ;			
Ναι	1,37	± 0,65	0,74
Όχι	1,33	± 0,64	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Δεν μετράται το σάκχαρο όσος συχνά σας έχουν πει επειδή έχει πάρα πολύ κόπο;			
Ναι	1,21	± 0,45	0,46
Όχι	1,30	± 0,7	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Δεν μετράται το σάκχαρο όσος συχνά σας έχουν πει επειδή είναι δύσκολο να διαβάσετε το αποτέλεσμα;			
Ναι	1,49	± 1,05	0,17

Όχι	1,26	± 0,66	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Δεν μετράται το σάκχαρο όσος συχνά σας έχουν πει επειδή δεν μπορείτε να το κάνετε μόνος;			
Ναι	1,65	± 1,20	0,32
Όχι	1,44	± 0,85	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Δεν μετράται το σάκχαρο όσος συχνά σας έχουν πει επειδή οι τιμές του σακχάρου σας δεν αλλάζουν αρκετά συχνά;			
Ναι	2,41	± 1,14	0,13
Όχι	2,79	± 1,28	
Υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον * Δεν μετράται το σάκχαρο όσος συχνά σας έχουν πει επειδή πονάει το τσίμπημα στο δάκτυλο;			
Ναι	2,37	± 1,33	0,89
Όχι	2,42	± 1,42	

Συσχετίσεις

Η συσχέτιση της συχνότητας μέτρησης του σακχάρου με την ηλικία έδειξε ότι για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας οι μέρες την εβδομάδα που μετρούσαν το σάκχαρο στο αίμα τους μειωνόταν κατά 0,13 μέρες ($p=0,20$) και οι φορές που μετρούσαν μέσα στη μέρα το σάκχαρο μειωνόταν κατά 0,49 φορές ($p=0,00$).

Επίσης, υπολογίστηκε ότι για κάθε μία μονάδα αύξησης της HbA1c η συχνότητα μέτρησης του σακχάρου αυξάνεται κατά 0,23 μέρες την εβδομάδα ($p=0,03$) και κατά 0,47 φορές την ημέρα ($p=0,00$). (Πίνακας 29)

Πίνακας 29 Συσχέτιση συχνότητας μέτρησης σακχάρου με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Συσχέτιση συχνότητας μέτρησης σακχάρου με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

	r'	p
Ηλικία		
Πόσες μέρες την εβδομάδα μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;	-0,13	0,20

Τις μέρες που κάνετε τη μέτρηση, πόσες φορές μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;	-0,49	0,00
--	-------	------

HbA1c

Πόσες μέρες την εβδομάδα μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;	0,23	0,03
--	------	------

Τις μέρες που κάνετε τη μέτρηση, πόσες φορές μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;	0,47	0,00
--	------	------

Η συσχέτιση της HbA1c με το score γνώσεων έδειξε μία μονάδα αύξησης της εργαστηριακής μέτρησης συνεπάγεται αύξηση του σκορ κατά 0,03 μονάδες χωρίς να αποτυπώνεται στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,80$). (Πίνακας 30)

Πίνακας 30 Συσχέτιση σκορ γνώσεων με την HbA1c

Συσχέτιση score γνώσεων με την HbA1c

	r'	p
HbA1c		
Σκορ γνώσεων	0,03	0,80

Τέλος, η μέση τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p=0,02$) με την άποψη των ερωτώμενων αν δυσκολεύονται να κάνουν όλα όσα πρέπει για τη νόσο τους. Συγκεκριμένα υπολογίστηκε ότι όταν η HbA1c αυξάνεται μία μονάδα η μέση τιμή στην εν λόγω ερώτηση αυξάνεται κατά 0,23 μονάδες. Επίσης, μία μονάδα αύξησης της HbA1c συνεπάγεται μείωση κατά 0,22 μονάδες της μέσης τιμής της γνώμης των συμμετεχόντων σχετικά με το αν ο διαβήτης επηρεάζει τη ζωή τους και η σχέση είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,03$). Τέλος, σχέση στατιστικά σημαντική ($p=0,00$) υπάρχει ανάμεσα στην εργαστηριακή μέτρηση και το αν μπορούν να διατηρήσουν το σάκχαρό του αίματος καλά ρυθμισμένο και αν μπορούν να κάνουν πράγματα που χρειάζεται για την ασθένεια. (Πίνακας 31)

Πίνακας 31 Συσχέτιση HbA1c με τις στάσεις

Συσχέτιση HbA1c με τις στάσεις

	r'	p
HbA1c		
Φοβάμαι για το διαβήτη μου	-0,30	0,73
Δυσκολεύομαι να πιστέψω ότι έχω πραγματικά διαβήτη	-0,10	0,31
Αισθάνομαι δυστυχισμένος/-η και έχω κατάθλιψη εξαιτίας του διαβήτη μου	-0,10	0,34
Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τη ζωή μου	-0,09	0,37
Αισθάνομαι ότι δεν είμαι το ίδιο καλός/η όπως οι άλλοι εξαιτίας του διαβήτη μου	0,11	0,29
Μπορώ να κάνω σχεδόν τα πάντα που έχω θέση σα στόχο	-0,02	0,83
Είναι δύσκολο να κάνω όλα όσα πρέπει για το διαβήτη μου	0,23	0,02
Ο διαβήτης δεν επηρεάζει καθόλου τη ζωή μου	-0,22	0,03
Λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση είμαι αρκετά καλά	0,02	0,83
Τα πράγματα πηγαίνουν πολύ καλά για μένα αυτή τη στιγμή	-0,04	0,72
Μπορώ να διατηρώ το σάκχαρο του αίματος καλά ρυθμισμένο	-0,51	0,00
Μπορώ να διατηρώ το βάρος μου υπό έλεγχο	0,02	0,84
Μπορώ να κάνω τα πράγματα που χρειάζεται για το διαβήτη μου (δίαιτα, φάρμακα, άσκηση κ.α.)	-0,31	0,00
Μπορώ να ελέγξω τα συναισθήματά για το διαβήτη μου αρκετά καλά	0,12	0,25
Νιώθω δυσαρεστημένος με τη ζωή εξαιτίας του διαβήτη μου	0,01	0,92

Γ.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατ' αρχάς, στην αναθεωρημένη κλίμακα γνώσεων του Michigan οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν σε 20 ερωτήματα σχετικά με θέματα διατροφής και άσκησης, καθώς και γενικές γνώσεις αναφορικά με το διαβήτη. Το score των γνώσεων είναι σχετικά χαμηλό, καθώς η μέση τιμή του υπολογίστηκε ίση με 57,40 ($\pm 14,85$), ενώ δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα και στα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Σε αντίστοιχα αποτελέσματα κατέληξαν μελέτες όπου χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ή παρόμοια ερωτηματολόγια. Στη μελέτη που ανακοινώθηκε από τον Πουλημενέα Δ. και συν. οι ασθενείς συγκέντρωσαν score γνώσεων $57.9 \pm 15.3\%$, ενώ δεν παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη διαφορά σε σχέση με το φύλο και το γλυκαιμικό έλεγχο.³²

Από τη μελέτη των Μπροκαλάκη Μ. και Σωμηρά Γ. που διενεργήθηκε σε πληθυσμό της Κρήτης, το score που συγκέντρωσαν οι ασθενείς για τον διαβήτη ήταν $55,5 \pm 19,7\%$.³³ Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε μελέτη στη Σαουδική Αραβία, όπου το score που συγκέντρωσαν οι 942 συμμετέχοντες συγκέντρωσαν score που κυμάνθηκε γύρω $57,8\% \pm 13,3\%$ ³⁴, καθώς και αντίστοιχη από την Αγγλία³⁵.

Στο ερωτηματολόγιο μας το μεγαλύτερο ποσοστό σωστών απαντήσεων συγκέντρωσαν οι ερωτήσεις σχετικά με τη χρησιμότητα του ελαιολάδου στη μείωση της χοληστερόλης, η συμβολή της άσκησης στη μείωση της αρτηριακής πίεσης, η μείωση της συχνότητας των καρδιαγγειακών παθήσεων με την κατανάλωση τροφίμων με χαμηλά λιπαρά και ότι η στενή παρακολούθηση από τον ιατρό, είναι απαραίτητη για την πρόωμη διάγνωση τυχόν επιπλοκών. Το μεγαλύτερο ποσοστό λανθασμένων απαντήσεων συγκέντρωσε η άποψη ότι οι τακτικές επισκέψεις στον ιατρό μπορούν να αποτρέψουν την εκδήλωση επιπλοκών. Επίσης είναι σημαντικό ότι 1 στους 3 ασθενείς δε γνωρίζει την ακριβή χρήση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, ενώ οι μισοί πιστεύουν ότι θα αποφύγουν τη δημιουργία ελκών στα κάτω άκρα με τη χρησιμοποίηση υποδημάτων μεγαλύτερου μεγέθους!

Σχετικά με τη συχνότητα μέτρησης της γλυκόζης του αίματος (self- monitoring of blood glucose), από τη μελέτη μας προέκυψε οι ασθενείς που παίρνουν δισκία μετράνε το σάκχαρό τους κατά μέσο όρο 2,89 ($\pm 1,86$) μέρες μέσα στην εβδομάδα, οι ινσουλιεξαρτώμενοι ασθενείς 6,45 ($\pm 1,15$) μέρες εβδομαδιαίως και όσοι ακολουθούν μεικτή αγωγή κάθε 4,91 ($\pm 1,81$) μέρες. Επιπλέον, οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν τη νόσο με δισκία μετράνε το σάκχαρό τους 1,14 ($\pm 0,46$) φορές ημερησίως, οι ασθενείς που παίρνουν δισκία και ινσουλίνη 1,36 ($\pm 0,51$) φορές τη μέρα και οι διαβητικοί που κάνουν χρήση ινσουλίνης 3,50 ($\pm 1,40$) φορές, διαφορές στατιστικά σημαντικές. Φάνηκε λοιπόν ότι η συχνότητα των μετρήσεων μειώνεται ανάλογα με την αγωγή ως εξής: ινσουλίνη > ινσουλίνη και δισκία > δισκία. Από τη μελέτη του Farmer et.al, από Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, προκύπτουν παρόμοια αποτελέσματα. Και εκεί η συχνότητα του SMBG ήταν υψηλότερη σε ασθενείς που χρησιμοποιούσαν ινσουλίνη (μέσος όρος 10 φορές την εβδομάδα, από ότι σε ασθενείς με άλλες θεραπείες εκτός από ινσουλίνη (τέσσερις φορές την εβδομάδα)).³⁶

Σύμφωνα με το πρόγραμμα Healthy People 2010, στις Η.Π.Α, αποτελεί στόχο, οι ασθενείς με οποιοδήποτε τύπο σακχαρώδη διαβήτη να μετράν τη γλυκόζη του αίματος τουλάχιστον 1 φορά

ημερησίως και πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 τουλάχιστον 4, καθώς έχει φανεί ότι ο εντατικός έλεγχος της γλυκόζης, σχετίζεται με καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση.³⁷

Επίσης είναι σημαντικός ο προσδιορισμός της γλυκόζης κατά την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής ή σε αλλαγές αυτής, ώστε να διαπιστωθεί η ανταπόκριση στη θεραπεία, όπως και σε άλλες καταστάσεις όπως η άσκηση, η λοίμωξη, η λήψη υδατανθράκων κλπ, ενώ για τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 που υπόκεινται σε πολλαπλές δόσεις ινσουλίνης ή φέρουν αντλία ινσουλίνης, συστήνεται η εφαρμογή συστήματος συνεχούς καταγραφής της γλυκόζης (CGM).³⁸ Από τη μελέτη μας φάνηκε ότι η συχνότητα μέτρησης της γλυκόζης είναι πολύ μικρότερη στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ενώ οι ινσουλινο-εξαρτώμενοι ασθενείς προσδιορίζουν το σάκχαρο τους με αυξημένη συχνότητα που φτάνει και τις 5 φορές ημερησίως, χωρίς όμως αυτό να σχετίζεται με καλύτερη ρύθμιση. Επίσης μόνο 1 στους 4 ασθενείς κρατάνε αρχείο με τα αποτελέσματα των μετρήσεων τους.

Αναφορικά με την ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών δηλώνει ότι έλαβε συστάσεις σχετικά με τη διατροφή (98%), σχετικά με την άσκηση ένα ποσοστό που αγγίζει το 67%, ενώ συμβουλές για τη φροντίδα των ποδιών έλαβαν περίπου οι μισοί. Επιπλέον μόνο το 23% των ασθενών δηλώνει ότι εκπαιδεύτηκε σε θέματα που αφορούν στο σακχαρώδη διαβήτη, χωρίς να διευκρινίζεται το είδος της εκπαίδευσης. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι ασθενείς σχεδόν καθολικά αναγνωρίζουν την αξία της διατροφής, της άσκησης, της διατήρησης φυσιολογικού βάρους σώματος και του τακτικού ελέγχου της γλυκόζης, ως μέτρα για την αποφυγή των επιπλοκών. Από αντίστοιχες μελέτες έχει φανεί ότι ενώ οι ασθενείς είναι πληροφορημένοι για τη συμβολή της διατροφής, της άσκησης και της φαρμακευτικής θεραπείας στην επίτευξη καλού γλυκαιμικού ελέγχου, ωστόσο το ποσοστό αυτών που τελικά τροποποιούν τον τρόπο ζωής τους είναι πολύ χαμηλότερο.³⁹ Από τη μελέτη μας φάνηκε ότι ενώ στο 95% των ασθενών είχε δοθεί από τους επαγγελματίες υγείας ένα πρόγραμμα διατροφής με χρονοδιάγραμμα κύριων και ενδιάμεσων γευμάτων, και σε περισσότερους από τους μισούς είχε δοθεί η σύσταση για ζύγισμα και υπολογισμό της ποσότητας του φαγητού που καταναλώνουν, εντούτοις οι μισοί ασθενείς δηλώνουν ότι ακολουθούν μερικές φορές το διατροφικό πλάνο, το 78% δε ζυγίζει ποτέ ή ζυγίζει σπάνια το φαγητό και το 70% δε χρησιμοποιεί ποτέ τον κατάλογο των ισοδυνάμων των τροφών. Επιπλέον το 40% των ασθενών θεωρεί ότι ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί εμπόδιο στην επιλογή του φαγητού και το 45% ότι είναι εμπόδιο για την ποσότητα του φαγητού που θέλουν να καταναλώσουν.

Υπάρχουν πολυάριθμες αναφορές ότι το επίπεδο της προσκόλλησης στις διατροφικές συστάσεις είναι χαμηλό. Ενδεικτικά αναφέρεται μελέτη από την Αφρική όπου το 74, 3% των συμμετεχόντων είχε ελάχιστη συμμόρφωση στις διατροφικές συστάσεις, όπως φάνηκε από την κατανάλωση ζάχαρης και λιπαρών κατά τη διάρκεια της εβδομάδας που ήταν υψηλή, σε αντίθεση με την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ω-3 λιπαρών οξέων.⁴⁰ Όπως προαναφέρθηκε η μη αποδοχή της νόσου και η αρνητική στάση απέναντι της, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες μειωμένης προσκόλλησης, ενώ χαμηλή συμμόρφωση παρατηρείται ταυτόχρονα και σε άλλα χρόνια νοσήματα όπως είναι η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία. Επίσης έχει φανεί ότι η συμμόρφωση είναι αντιστρόφως ανάλογη της εντατικοποίησης της θεραπείας και των στόχων, όπως αυτό φαίνεται από τη μη διατήρηση φυσιολογικού βάρους σώματος και την κακή γλυκαιμική ρύθμιση.⁴¹

Ομοίως περιορισμένη είναι η συμμόρφωση σε ότι αφορά τις συστάσεις για σωματική δραστηριότητα. Ενώ σχεδόν 7 στους 10 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη παραδέχονται τη χρησιμότητα της άσκησης για την καλύτερη διαχείριση της νόσου, ωστόσο περισσότεροι από τους μισούς δηλώνουν ότι απαιτείται πάρα πολύ προσπάθεια για να ασκηθούν, ενώ το 41% δηλώνει ότι

δεν του αρέσει η άσκηση. Από μελέτη που διενεργήθηκε στην Κίνα, φάνηκε ότι 1 στους 3 διαβητικούς είχε σωματική δραστηριότητα ανάλογη με τις συστάσεις⁴², ενώ σε αντίστοιχη μελέτη στην Ινδία, όπου συμμετείχαν 260 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ηλικίας περίπου 55 ετών, στο 55% η διάρκεια σωματικής άσκησης εβδομαδιαίως ήταν μηδενική!⁴³ Ένας σημαντικός λόγος για τη μη τήρηση των οδηγιών αναφορικά με την άσκηση αποτελεί η κακή υγεία και οι συν-νοσηρότητες, κυρίως σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς το 43% των ερωτηθέντων δηλώνει ως εμπόδιο κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας, όπως βλέπουμε και σε αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη στη Γερμανία,⁴⁴ ενώ η έλλειψη κινήτρων, η έλλειψη χρόνου, η κόπωση, το καταθλιπτικό συναίσθημα και το υπερβάλλον σωματικό βάρος αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες.⁴⁵

Αναφορικά με τη βοήθεια που δέχονται οι ασθενείς, από τη μελέτη μας, φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, καθώς η πλειοψηφία των ανδρών δηλώνουν ότι δέχονται βοήθεια από τη σύζυγό τους, ενώ οι γυναίκες από το θεράποντα ιατρό τους. Η βοήθεια αφορά κυρίως την προετοιμασία των γευμάτων, τη λήψη της αντιδιαβητικής αγωγής και τη μέτρηση της γλυκόζης, ανάγκες που εκδηλώνει σε μεγαλύτερο ποσοστό το αρρεν φύλο, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να είναι περισσότερο ανεξάρτητες. Σχεδόν στην πλειοψηφία των ασθενών υπάρχει ένα καθησυχαστικό και υποστηρικτικό περιβάλλον που αποδέχεται τη νόσο και τον ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη. Αντίστοιχες μελέτες έχουν δείξει ότι ο ρόλος του περιβάλλοντος, κυρίως των συζύγων και των παιδιών είναι σημαντικός, ιδίως στην υποστήριξη του ασθενούς να εφαρμόσει πρακτικές αυτοδιαχείρισης του διαβήτη.⁴⁶ Επιπλέον μια μεγάλη ανασκοπική μελέτη, που στηρίχτηκε σε 23 έρευνες, έδειξε ότι το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί πηγή τόσο πρακτικής όσο και συναισθηματικής στήριξης. Η συναισθηματική στήριξη περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, τη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων, του άγχους και της κατάθλιψης που κάποιες φορές συνυπάρχει με το σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και την ανακούφιση από την κούραση της μακροχρόνιας θεραπείας. Αυτή η στάση παρέμβασης από το περιβάλλον, φάνηκε από τις περισσότερες μελέτες, ότι είχε θετική επίδραση όχι μόνο στον αυτό-έλεγχο της γλυκόζης και γλυκαιμικό έλεγχο (χαμηλότερη τιμή HbA1c κατά 1%), αλλά και σε άλλους μεταβολικούς δείκτες (αρτηριακή πίεση, δείκτη μάζας σώματος, λιπιδαιμικό profile).⁴⁷

Τέλος σε ότι αφορά τη στάση και τα συναισθήματα των ασθενών απέναντι στο σακχαρώδη διαβήτη, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, καθώς οι γυναίκες αισθάνονται μεγαλύτερο φόβο και συχνότερα δυστυχία για τη νόσο, σε σχέση με τους άντρες, ενώ οι δεύτεροι παραδέχονται ότι είναι δύσκολο γι' αυτούς να κάνουν όλα όσα χρειάζεται για το σακχαρώδη διαβήτη.

Η μελέτη μας περιελάμβανε 100 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που παρακολουθούνται σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης και της Πτολεμαΐδας. Δεν έγινε σύγκριση για τυχόν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ασθενών λόγω του μικρού δείγματος και κατά συνέπεια τη μη εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Από το δείγμα μας η μέση τιμή του BMI είναι 28, 3 Kg/m², δεδομένο που συνάδει με το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχουν υπερβάλλον σωματικό βάρος, ενώ η μέση τιμή της HbA1c είναι 7,19%, γεγονός που δείχνει μια σχετικά καλή ρύθμιση της γλυκόζης, αφού η τιμή στόχος της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης είναι 7%. Η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης είναι υψηλότερη στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, που βρίσκονται υπό εντατικό σχήμα ινσουλινοθεραπείας (περίπου 8%), αλλά δε μπορούμε να

εξάγουμε αξιόπιστα συμπεράσματα, λόγω του μικρού αριθμού των ατόμων με διαβήτη τύπου 1 που συμμετείχαν στη μελέτη μας.

Επίσης η μέση τιμή της LDL χοληστερόλης είναι 113 mg/dl, αρκετά υψηλότερη από την τιμή-στόχο, παρά το γεγονός ότι σχεδόν το σύνολο των ασθενών βρίσκεται υπό θεραπεία με στατίνη, ενώ η μέση τιμή των τριγλυκεριδίων είναι 203 mg/dl δεδομένο που συνάδει με τη γνωστή διαταραχή των τριγλυκεριδίων στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη στα πλαίσια της αθηρογόνου δυσλιπιδαιμίας.

Σε γενικές γραμμές οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι με τη ζωή τους και την κατάσταση της υγείας τους, ενώ δεν αναγνωρίζουν το σακχαρώδη διαβήτη ως πολύ σοβαρό εμπόδιο για τις δραστηριότητες τους (ταξίδια, χρόνος με φίλους, εργασία ή σπουδές) παρά το γεγονός ότι η συμμόρφωση στις συστάσεις για τη διατροφή, την άσκηση και τον αυτοέλεγχο της γλυκόζης δεν είναι ικανοποιητική όπως και η ρύθμιση της γλυκόζης και του σωματικού βάρους.

Γ.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια σύνθετη νόσο με πολλαπλές οξείες και χρόνιες επιπλοκές που επιδρούν αρνητικά στο επίπεδο υγείας του ατόμου. Η αντιμετώπιση του οφείλει να ολιστική και εξατομικευμένη. Η συνύπαρξη ως επί το πλείστον με άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (παχυσαρκία, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία κ.α) καθιστά επιτακτική την ανάγκη αντιμετώπισης και αυτών, ενώ ταυτόχρονα κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων και άλλων επαγγελματιών υγείας για τη δημιουργία θεραπευτικής ομάδας με επίκεντρο τον ασθενή.

Ο ρόλος του ασθενή στη διαχείριση της νόσου είναι νευραλγικής σημασίας, καθώς χωρίς την ανάληψη ευθύνης από τον ίδιο, το αποτέλεσμα οποιασδήποτε προσπάθειας είναι φτωχό.

Το σημείο που επιδέχεται τη μεγαλύτερη βελτίωση είναι η εκπαίδευση του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη και του περιβάλλοντος του σε ό,τι αφορά τις στρατηγικές αυτό-διαχείρισης και αυτό-φροντίδας (Diabetes Self-management Education). Αυτό προϋποθέτει την ευαισθητοποίηση αφενός των επαγγελματιών υγείας ώστε να εργαστούν σε αυτή την κατεύθυνση και αφετέρου των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών φορέων για τη δημιουργία και στήριξη συλλόγων ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και την οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων με την εξασφάλιση ψυχοκοινωνικής υποστήριξης συγχρόνως.

Η ανάγκη ανάπτυξης αυτών των στρατηγικών είναι μεγάλη, καθώς διαπιστώνουμε ότι η συνεχής εξέλιξη στον τομέα της φαρμακευτικής θεραπείας με την ανακάλυψη πιο ασφαλών και αποτελεσματικών φαρμάκων, δεν αρκεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και τα συμβάματα.

Παράλληλα η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, των κοινωνικών φορέων και του κοινού σε θέματα διατροφής, άσκησης και αυτό-φροντίδας, θα συμβάλλει τα μέγιστα στον τομέα της πρόληψης, όπου τα συστήματα υγείας χωλαίνουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dena Schulman-Green, Sarah Jaser, Faith Martin, Angelo Alonzo, Margaret Grey, Dean and Annie Goodrich, Ruth McCorkle, Florence Schorske Wald, Nancy S. Redeker, Robin Whittemore. Processes of Self-Management in Chronic Illness. Published online 2012 May 2. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01444)
2. Patricia A. Grady, Lisa Lucio Gough. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions, *Am J Public Health*. 2014 August; 104(8): e25–e31. Published online 2014 August. doi: 10.2105/AJPH.2014.302041
3. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία (Hellenic Diabetes Association) (2019) Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του Διαβητικού ασθενούς.
4. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018, Apr;138:271281. doi:10.1016/j.diabres.2018.02.023. E pub 2018 Feb 26.
5. Cecilia C. Low Wang, Connie N. Hess, William R. Hiatt and Allison B. Goldfine. Clinical Update: Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus- Atherosclerotic Cardiovascular Disease and Heart Failure in Type 2 Diabetes Mellitus – Mechanisms, Management, and Clinical Considerations. Originally published 14 Jun 2016 <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.022194> *Circulation*. 2016;133:2459–2502
6. American diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care* 2018;42(Suppl. 1):S1–S194. <https://doi.org/10.2337/cd18-0105>
7. Daousi C, Casson IF, Gill GV, et al. Prevalence of obesity in type 2 diabetes in secondary care: association with cardiovascular risk factors. *Postgrad Med J*. 2006;82:280–4
8. Wilding JP. The importance of weight management in type 2 diabetes mellitus. *Int J Clin Pract*. 2014 Jun; 68(6): 682–691. Published online 2014 Feb 18. doi: 10.1111/ijcp.12384
9. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2013. *Diabetes Care*. 2013;36(Suppl. 1):S11–66.).
10. Alison B. Evert, Jackie L. Boucher, Marjorie Cypress, Stephanie A. Dunbar, Marion J. Franz, Elizabeth J. Mayer-Davis, Joshua J. Neumiller, Robin Nwankwo, Cassandra L. Verdi, MPH, RD4, Patti Urbanski and William S. Yancy Jr, Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes, *Diabetes Care* 2013 Nov; 36(11): 3821-3842. <https://doi.org/10.2337/dc13-2042>
11. Nita G Forouhi, Anoop Misra, Viswanathan Mohan, Roy Taylor, William Yancy. Dietary and nutritional approaches for prevention and management of type 2 diabetes. *BMJ* 2018;

361 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2234> (Published 13 June 2018) Cite this as: BMJ 2018;361:k2234)

12. Πέτρος Κολοβός, Επικαιροποίηση σε βασικές και εκπαίδευση σε νέες προηγμένες νοσηλευτικές δεξιότητες που απαιτούνται για τη φροντίδα υγιών και ασθενών ατόμων. Ενότητα Γ : Νομοθεσία και δεοντολογία στο χώρο της Υγείας, 2014
13. Mead Nicola, Bower Peter, Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51 (2000) 1087-1110
14. Gordon C, Beresin EV. The doctor -patient relationship. In: Stern TA, Fava M, Wilens TE, et al., editors. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2016. pp. 1–7
15. Tongue J. R., Epps H. R., Forese L. L. Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. *J Bone Joint Surg Am*. 2005;87:652–65
16. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423–1433
17. Jennifer Fong Ha, MBBS (Hons) Dip Surg Anat and Nancy Longnecker, PhD. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J*. 2010 Spring; 10(1): 38–43
18. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. About Chronic Disease. Page last reviewed: June 27, 2019
19. Alexis M. Stoner, MPH, PhD, Matthew Cannon, DO, Liang Shan, PhD, Deanna Plewa, OMS IV, Claire Caudell, OMS IV, Luke Johnson, OMS IV. The Other 45: Improving Patients' Chronic Disease Self-Management and Medical Students' Communication. *The Journal of the American Osteopathic Association*, November 2018, Vol. 118, No. 11, Pages: 696 – 767
20. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*. 1975;1:1205–7.
21. Jing Jin, Grant Edward Sklar, Vernon Min Sen Oh, and Shu Chuen Li. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag*. 2008 Feb; 4(1): 269–286. Published online 2008 Feb.
22. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, et al. Patient adherence to treatment: three decades of research A comprehensive review. *J Clin Pharm Therap*. 2001;26:331–42.
23. Sanson-Fisher R, Bowman J, Armstrong S. Factors affecting nonadherence with antibiotics. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 1992;15:103S–109S.
24. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353:487–97
25. Martha M. Funnell, Tammy L. Brown, Belinda P. Childs, Linda B. Haas, Gwen M. Hosey, Brian Jensen, Melinda Maryniuk, Mark Peyrot, John D. Piette, Diane Reader, Linda M.

- Siminerio, Katie Weinger, Michael A. Weiss. National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*. 2010 Jan; 33(Suppl 1): S89–S96. doi: 10.2337/dc10-S089
26. Saurabh RamBihariLal, Prateek Saurabh, Jegadeesh Ramasamy. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *J Diabetes Metab Disord*. 2013; 12: 14. Published online 2013 Mar 5. doi: 10.1186/2251-6581-12-14
 27. Williams GC, Freedman ZR, Deci EL. Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*. 1998;21(10):1644–1651. doi: 10.2337/diacare.21.10.1644
 28. William H Polonsky and Robert R Henry. Poor medication adherence in type 2 diabetes: recognizing the scope of the problem and its key contributors. *Patient Prefer Adherence*. 2016; 10: 1299–1307. Published online 2016 Jul 22. doi: 10.2147/PPA.S106821
 29. Mariusz Jaworski, Mariusz Panczyk, Małgorzata Cedro and Alicja Kucharska. Adherence to dietary recommendations in diabetes mellitus: disease acceptance as a potential mediator. *Patient Prefer Adherence*. 2018; 12: 163–174. Published online 2018 Jan 24. doi: 10.2147/PPA.S147233
 30. Margaret M. McCarthy, Robin Whittemore, Georica Gholson and Margaret Grey. Self-management of physical activity in adults with type 1 diabetes. *Appl Nurs Res*. 2017 Jun; 35: 18–23. Published online 2017 Feb 3. doi: 10.1016/j.apnr.2017.02.010
 31. Faraja S. Chiwanga and Marina A. Njelekela. Diabetic foot: prevalence, knowledge, and foot self-care practices among diabetic patients in Dar es Salaam, Tanzania – a cross-sectional study, *J Foot Ankle Res*. 2015; 8: 20. Published online 2015 Jun 5. doi: 10.1186/s13047-015-0080-y
 32. Δ. Πουλημενέας, Μ.-Α. Γεραμά Β. Μπουγιουκλή, Ι. Χρυσανθακοπούλου, Μ. Βίνου, Μ. Τσίγγα, Μ.Γ. Γραμματικοπούλου, Κ. Καζάκος, Οι γνώσεις για τον διαβήτη σχετίζονται με αυξημένη υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής, *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά* 29, 2: 99-106, 2016
 33. Μπροκαλάκη Μ., Σωμηρά Γ., Αξιολόγηση της γνώσης για το σακχαρώδη διαβήτη, των δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας και των διατροφικών συνηθειών ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη στα Χανιά. Βιβλιοθήκη ΤΕΙ Κρήτης, 2/2018.
<https://apothesis.lib.teicrete.gr/handle/11713/8585>
 34. Asim M. Zowgar, Muhammad I. Siddiqui, MPhil, and Khalid M. Alattas, Level of diabetes knowledge among adult patients with diabetes using diabetes knowledge test, *Saudi Med J*. 2018 Feb; 39(2): 161–168. doi: 10.15537/smj.2017.2.21343
 35. Abdul-Razak Abubakari, Martyn C Jones, William Lauder, Alison Kirk, John Anderson, Devasenan Devendra and Ebrahim K Naderali, Ethnic differences and socio-demographic

- predictors of illness perceptions, self-management, and metabolic control of type 2 diabetes, *Int J Gen Med.* 2013; 6: 617–628, Published online 2013 Jul 29. doi:10.2147/IJGM.S46649
36. Farmer A1, Balman E, Gadsby R, Moffatt J, Cradock S, McEwen L, Jameson K, Frequency of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes: association with hypoglycaemic events, *Curr Med Res Opin.* 2008 Nov;24(11):3097-104. doi: 10.1185/03007990802473062 . Epub 2008 Oct 2
 37. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: objectives for improving health. Office of Disease Prevention and Health Promotion. 2000
 38. Bunker K American Diabetes Association. 2010 Consumer Guide. Blood glucose meters. *Diabetes Forecast.* 2010;63(1):32–41
 39. Kaur K, Singh MM, Kumar, Walia I. Knowledge and self-care practices of diabetics in a resettlement colony of Chandigarh. *Indian J Med Sci.* 1998 ; 52: 341-7
 40. Asnakew Achaw Ayele, Yohannes Kelifa Emiru, Sofonyas Abebaw Tiruneh, Belete Achamyalew Ayele, Alemayehu Digssie Gebremariam and Henok Getachew Tegegn. Level of adherence to dietary recommendations and barriers among type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in an Ethiopian hospital. *Clinical Diabetes and Endocrinology* volume 4, Article number: 21 (2018). Published: 29 November 2018
 41. Clyde B. Schechter and Elizabeth A. Walker. Improving Adherence to Diabetes Self-Management Recommendations. *Diabetes Spectrum* 2002 Jul; 15(3): 170-175. <https://doi.org/10.2337/diaspect.15.3.170>.
 42. Shan-hu Qiu, Zi-lin Sun, Xue Cai, Lili Liu, Bingquan Yang. Improving Patients' Adherence to Physical Activity in Diabetes Mellitus: A Review. *Diabetes Metab J.* 2012 Feb; 36(1): 1–5. Published online 2012 Feb 17. doi: 10.4093/dmj.2012.36.1.1
 43. Hays LM, Clark DO. Correlates of physical activity in a sample of older adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 1999;22:706–712.
 44. Moschny A, Platen P, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;8:121
 45. Mier N, Medina AA, Ory MG. Mexican Americans with type 2 diabetes: perspectives on definitions, motivators, and programs of physical activity. *Prev Chronic Dis.* 2007;4:A24.
 46. Pesantes MA, Del Valle, Diez-Canseco, Bernabé-Ortiz, Portocarrero , Trujillo A, Cornejo P, Manrique K, Miranda JJ. Family Support and Diabetes: Patient's Experiences From a Public Hospital in Peru. *Qual Health Res.* 2018 Oct;28(12):1871-1882. doi: 10.1177/1049732318784906. Epub 2018 Aug 1.
 47. Rian Adi Pamungkas, Kanittha Chamroonsawasdi and Paranee Vatanasomboon, A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among

Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. *Behav Sci (Basel)*. 2017 Sep; 7(3): 62.
Published online 2017 Sep 15. doi: 10.3390/bs7030062

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

1. Μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας; (Σημειώστε ένα κουτάκι)

Ναι Όχι

Αν απαντήσατε Ναι 1^α. Πόσες μέρες την εβδομάδα μετράτε το Σάκχαρο του αίματός σας;
..... (μέρες/ εβδομάδα)

1β. Τις μέρες που κάνετε τη μέτρηση, πόσες φορές μετράτε το σάκχαρο του αίματός σας;
..... (φορές / μέρα)

1γ. Κρατάτε αρχείο με τα αποτελέσματα των μετρήσεων του Σακχάρου του αίματός σας ;

₁ Όχι ₂ Ναι ₃ Μόνο ασυνήθιστες τιμές

Παράρτημα 2- ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

	Αριστη	Πολύ καλή	Καλή	Ούτε καλή/ούτε κακή	Κακή
1 Γενικά θα λέγατε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

2. Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν το πώς αισθάνεστε και το πώς ήταν τα πράγματα για σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες (1 μήνα). Σε κάθε ερώτηση επιλέξτε την απάντηση που είναι πιο κοντά στο πώς αισθάνεστε Πόσο χρονικό διάστημα τις τελευταίες 4 εβδομάδες (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε σειρά)

	Όλο το διάστημα	Το μεγαλύτερο διάστημα	Αρκετό χρονικό διάστημα	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
α Αισθάνεστε ήρεμος/η και γαλήνιος/ια;	1	2	3	4	5	6
β Είχατε πολύ ενέργεια;	1	2	3	4	5	6
γ Αισθανθήκατε κακόκεφος/η και κακοδιάθετος/η	1	2	3	4	5	6

Παράρτημα 3- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ/ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

	Όχι	Ναι	Δεν είμαι σίγουρος/η
1 Ο Επαγγελματίας υγείας ή ο νοσηλευτή σας, σας έχουν πει ποτέ να παρέχετε ειδική φροντίδα στα πόδια σας; (σημειώστε ένα κουτάκι)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2 Ο Επαγγελματίας υγείας ή ο νοσηλευτή σας, σας έχουν πει ποτέ να ακολουθήσετε κάποιο πρόγραμμα άσκησης; (σημειώστε ένα κουτάκι)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
3 Ο Επαγγελματίας υγείας ή νοσηλευτής σας, σας έχουν πει ποτέ να ακολουθήσετε κάποιο πρόγραμμα γευμάτων ή δίαιτα (σημειώστε ένα κουτάκι)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4 Είχατε ποτέ εκπαίδευση για το Διαβήτη; (πχ έχετε παρακολουθήσει σειρά μαθημάτων ή	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

σειρά συναντήσεων με εκπαιδευτές διαβήτη (σημειώστε ένα κουτάκι)

Παράρτημα 4- ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ

1. Πόσο καλά καταλαβαίνετε (κυκλώστε μια μόνο απάντηση)

	Λίγο		Καλά		Πολύ καλά
α) Συνολικά (στο σύνολο) τη φροντίδα του διαβήτη	1	2	3	4	5
β) Πώς να αντιμετωπίζετε το stress	1	2	3	4	5
το δ σακ Τη διαίτα για τον έλεγχο του σακχάρου στο αίμα	1	2	3	4	5
δ) Το ρόλο της άσκησης στη φροντίδα του διαβήτη	1	2	3	4	5
ε) Τα φάρμακα που παίρνετε	1	2	3	4	5
στ) Πώς να χρησιμοποιείτε τα αποτελέσματα του σακχάρου αίματος	1	2	3	4	5
ζ) Πώς επηρεάζει η διαίτα, η άσκηση, και τα φάρμακα τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα	1	2	3	4	5
η) Την πρόληψη και θεραπεία ψηλών τιμών σακχάρου αίματος	1	2	3	4	5
θ) Την πρόληψη και θεραπεία των χαμηλών τιμών σακχάρου αίματος	1	2	3	4	5
ι) Την πρόληψη μακροχρόνιων επιπλοκών του διαβήτη	1	2	3	4	5
ια) Τη φροντίδα των ποδιών	1	2	3	4	5
ιβ) Τα οφέλη από τη βελτίωση του ελέγχου του σακχάρου του αίματος	1	2	3	4	5
ιγ) Την εγκυμοσύνη και το διαβήτη	1	2	3	4	5

Παράρτημα 5- ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

1. Χρειάζομαι μεγάλη βοήθεια και υποστήριξη από την οικογένεια ή και τους φίλους μου για να :

(κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε σειρά)

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α ακολουθήσω το πρόγραμμα των γευμάτων μου	1	2	3	4	5
β παίρνω τα φάρμακά μου	1	2	3	4	5
γ φροντίζω τα πόδια μου	1	2	3	4	5
δ έχω αρκετές δραστηριότητες	1	2	3	4	5
ε μετρώ το σάκχαρο μου	1	2	3	4	5
στ Να αντιμετωπίζω τα συναισθήματά μου για το διαβήτη	1	2	3	4	5

2. Η οικογένεια ή και οι φίλοι μου με βοηθούν και με υποστηρίζουν πολύ στο να: (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε σειρά)

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

α	Ακολουθήσω το πρόγραμμα των γευμάτων μου	1	2	3	4	5
β	Παίρνω τα φάρμακά μου	1	2	3	4	5
γ	Φροντίζω τα πόδια μου	1	2	3	4	5
δ	Έχω αρκετές δραστηριότητες	1	2	3	4	5
ε	Μετράω το σάκχαρο μου	1	2	3	4	5
στ	Να αντιμετωπίσω τα συναισθήματά μου για το διαβήτη	1	2	3	4	5

3. Η οικογένεια ή και οι φίλοι μου (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε σειρά)

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α	Αποδέχονται εμένα και το διαβήτη μου	1	2	3	4	5
β	Αισθάνονται άβολα για μένα λόγω του διαβήτη μου	1	2	3	4	5
γ	Με ενθαρρύνουν ή με καθησυχάζουν για το διαβήτη μου	1	2	3	4	5
δ	Με αποθαρρύνουν ή με αναστατώνουν για το διαβήτη μου	1	2	3	4	5
ε	Με ακούν όταν θέλω να τους μιλήσω για το διαβήτη μου	1	2	3	4	5
στ	Μου γκρινιάζουν για το διαβήτη	1	2	3	4	5

4. Ποιος σας βοηθά περισσότερο στη φροντίδα για το διαβήτη σας (στεκάρете ένα κουτάκι)

- 1 Σύζυγος
- 2 Άλλο μέλος της οικογένειας
- 3 Φίλοι
- 4 Φροντιστής
- 5 Γιατρός
- 6 Νοσηλεύτης
- 7 Άλλος επαγγελματίας υγείας
- 8 Κανένας

Παράρτημα 6- ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Για τις παρακάτω ερωτήσεις παρακαλώ τσεκάρете την κατάλληλη-ενδεδειγμένη απάντηση

1. Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα είχατε χαμηλό σάκχαρο αίματος (γλυκόζη) με συμπτώματα όπως εφίδρωση, αδυναμία, άγχος, τρόμο, πείνα ή πονοκέφαλο;

- 1 0 φορές
- 2 1-3 φορές
- 3 4-6 φορές
- 4 7-12 φορές

₅ Πάνω από 12

₆ Δεν γνωρίζω

2. Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο είχατε σοβαρά επεισόδια με χαμηλό σάκχαρο αίματος με συμπτώματα όπως λιποθυμία ή χρειαστήκατε βοήθεια για την αντιμετώπισή τους;

₁ Καμιά φορά

₂ 1-3 φορές

₃ 4-6 φορές

₄ 7-12 φορές

₅ Πάνω από 12

₆ Δεν γνωρίζω

3. Πόσες φορές τον τελευταίο μήνα είχατε υψηλό σάκχαρο αίματος με συμπτώματα όπως δίψα, ξηροστομία και ξηροδερμία, αύξηση σακχάρου στα ούρα, μειωμένη όρεξη, ναυτία ή κόπωση;

₁ Καμιά φορά

₂ 1-3 φορές

₃ 4-6 φορές

₄ 7-12 φορές

₅ Πάνω από 12

₆ Δεν γνωρίζω

4. Πόσες μέρες τον τελευταίο μήνα είχατε οξόνες στα ούρα σας;

Καμιά φορά

1-3 φορές

4-6 φορές

7-12 φορές

Πάνω από 12

Δεν γνωρίζω

5. Κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου πόσο συχνά το σάκχαρο του αίματος ήταν πολύ υψηλό επειδή:

(κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε σειρά)

		Ποτέ		Μερικές φορές		Συχνά	Δεν Γνωρίζω
α)	Ήσασταν άρρωστος/ή ή είχατε λοίμωξη;	1	2	3	4	5	
β)	Ήσασταν αναστατωμένος/ή ή θυμωμένος/η;	1	2	3	4	5	
γ)	Πήρατε λάθος δόση φαρμάκου;	1	2	3	4	5	
δ)	Φάγατε λάθος είδος τροφών	1	2	3	4	5	
ε)	Φάγατε πάρα πολύ φαγητό;	1	2	3	4	5	
στ)	Είχατε λιγότερη σωματική δραστηριότητα από τη	1	2	3	4	5	

συνηθισμένη;						
ζ)	Αισθανόσασταν (νιώθατε) stress	1	2	3	4	5
6. Κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου πόσο συχνά το σάκχαρο του αίματος σας ήταν πολύ χαμηλό επειδή:						
(κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε σειρά)						
		Ποτέ		Μερικές φορές	Συχνά	Δεν Γνωρίζω
α)	Ήσασταν άρρωστος/η ή είχατε λοίμωξη;	1	2	3	4	5 Δ.Γ
β)	Ήσασταν αναστατωμένος/η ή θυμωμένος/η;	1	2	3	4	5 Δ.Γ
γ)	Πήρατε λάθος δόση φαρμάκου;	1	2	3	4	5 Δ.Γ
δ)	Φάγατε λάθος είδος τροφών ;	1	2	3	4	5 Δ.Γ
ε)	Φάγατε πολύ λίγο φαγητό;	1	2	3	4	5 Δ.Γ
στ)	Είχατε περισσότερη σωματική δραστηριότητα από ότι συνήθως;	1	2	3	4	5 Δ.Γ
ζ)	Περιμένατε πολύ για να φάτε ή παραλείπατε γεύμα;	1	2	3	4	5 Δ.Γ
η)	Αισθανόσασταν (νιώθατε) stress	1	2	3	4	5 Δ.Γ

Παράρτημα 7- ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Για τις παρακάτω ερωτήσεις, παρακαλώ κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση

	Ποτέ		Μερικές φορές	Συχνά	Δεν Γνωρίζω
1. Πόσο συχνά	1	2	3	4	5 Δ.Γ
Ο διαβήτης σας εμπόδισε στις καθημερινές δραστηριότητες τον περασμένο χρόνο					
(π. χ δεν μπορούσατε: να πάτε στη δουλειά, να κάνετε δουλειές στο σπίτι, να επισκεφτείτε φίλους)					

2. Ο διαβήτης μου και η θεραπεία του με εμποδίζουν από το: (κυκλώστε μια απάντηση)

	διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α) Να έχω αρκετά χρήματα	1	2	3	4	5
β) Να εκπληρώνω τις υποχρεώσεις μου στο σχολείο, στη δουλειά, το νοικοκυριό και άλλες αρμοδιότητες	1	2	3	4	5
γ) Να βγαίνω έξω ή να ταξιδεύω (τόσο πολύ) όσο θέλω	1	2	3	4	5
δ) Να είμαι όσο δραστήριος/α θέλω	1	2	3	4	5
ε) να τρώω τα φαγητά που μου αρέσουν	1	2	3	4	5
στ) Να τρώω τόσο όσο θέλω	1	2	3	4	5
ζ) Το να έχω καλές σχέσεις με τους ανθρώπους	1	2	3	4	5
η) Το να τηρώ το πρόγραμμα που μου αρέσει (πχ να τρώω ή να κοιμάμαι	1	2	3	4	5

	αργά)					
θ	Το να περνάω χρόνο με τους φίλους μου	1	2	3	4	5
ι)	Το να έχω αρκετό χρόνο μόνος/η	1	2	3	4	5
3.	3. Το να πληρώνω για τη θεραπεία και τα αναλώσιμα του διαβήτη είναι πρόβλημα για μένα	1	2	3	4	5
4.	4. Το να έχω διαβήτη κάνει τη ζωή μου δύσκολη	1	2	3	4	5

Παράτημα 8 – ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΤΑΣΕΩΝ

(Θετική Στάση, Αρνητική Στάση, Ικανότητα Φροντίδας, Σπουδαιότητα Φροντίδας, και Προσήλωση στην Αυτό-Φροντίδα)

Για τις παρακάτω ερωτήσεις παρακαλώ κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε γραμμή)

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	Φοβάμαι για το διαβήτη μου	1	2	3	4	5
2	Δυσκολεύομαι να πιστέψω ότι έχω πραγματικά διαβήτη	1	2	3	4	5
3	αισθάνομαι δυστυχημένος/η και έχω κατάθλιψη εξαιτίας του διαβήτη μου	1	2	3	4	5
4	αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τη ζωή μου	1	2	3	4	5
5	Αισθάνομαι ότι δεν είμαι το ίδιο καλός/η όπως οι άλλοι εξαιτίας του διαβήτη μου	1	2	3	4	5
6	Μπορώ να κάνω σχεδόν τα πάντα που έχω θέσει σα στόχο	1	2	3	4	5
7	Είναι δύσκολο να κάνω όλα όσα πρέπει για το διαβήτη μου	1	2	3	4	5
8	Ο διαβήτης δεν επηρεάζει καθόλου τη ζωή μου	1	2	3	4	5
9	Λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση είμαι αρκετά καλά	1	2	3	4	5
10	Τα πράγματα πηγαίνουν πολύ καλά για μένα αυτή τη στιγμή	1	2	3	4	5
11	Μπορώ να: (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε σειρά)	1	2	3	4	5
α	Διατηρώ το σάκχαρο του αίματος καλά ρυθμισμένο	1	2	3	4	5
β	διατηρώ το βάρος μου υπό έλεγχο	1	2	3	4	5
γ	κάνω τα πράγματα που χρειάζεται για το διαβήτη μου (δίαιτα, φάρμακα, άσκηση κ.α.)	1	2	3	4	5
δ	Ελέγξω τα συναισθήματά για το διαβήτη μου (φόβο, ανησυχία, θυμό)	1	2	3	4	5
12.	Νομίζω ότι είναι σημαντικό για μένα: (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε					

	σειρά)					
α	Να διατηρώ το σάκχαρο του αίματος καλά ρυθμισμένο	1	2	3	4	5
β	Να διατηρώ το βάρος μου υπό έλεγχο	1	2	3	4	5
γ	Να κάνω τα πράγματα που χρειάζεται για το διαβήτη μου (δίαιτα, φάρμακα, άσκηση, κ.α)	1	2	3	4	5
δ	Να ελέγξω τα συναισθήματά για το διαβήτη μου (φόβο, ανησυχία, θυμό)	1	2	3	4	5
		Ποτέ		Μερικές φορές		πάντα
13	Διατηρώ το σάκχαρο του αίματος καλά ρυθμισμένο	1	2	3	4	5
14	Έχει το βάρος του σώματος μου υπό έλεγχο	1	2	3	4	5
15	Κάνω ό, τι χρειάζεται για το διαβήτη (δίαιτα, φάρμακα, άσκηση, κ.α.)	1	2	3	4	5
16	Νιώθω δυσαρεστημένος με τη ζωή εξαιτίας του διαβήτη μου	1	2	3	4	5
17	Ελέγξω τα συναισθήματά για το διαβήτη μου (φόβο, ανησυχία, θυμό) αρκετά καλά	1	2	3	4	5

Παράρτημα 9- ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΗΛΩΣΗΣ

1. Σας έχει πει κανένας επαγγελματίας υγείας ή νοσηλευτής να ακολουθήσετε πρόγραμμα γευμάτων ή δίαιτας; ₁ Όχι ₂ Ναι ₃ Δεν είμαι σίγουρος/η

	Ποτέ		Μερικές φορές		Πάντα
Πόσο συχνά ακολουθείτε το πρόγραμμα γευμάτων ή δίαιτας;	1	2	3	4	5

3. Σας έχουν πει να ακολουθείτε κάποιο χρονοδιάγραμμα για Τα κύρια και ενδιάμεσα γεύματα ₁ Όχι ₂ Ναι
4. Σας έχουν πει να ζυγίζετε ή να μετράτε το φαγητό σας; ₁ Όχι ₂ Ναι
5. Σας έχουν πει να χρησιμοποιείτε τον κατάλογο ισοδυνάμων (τροφίμων με ίδια περιεκτικότητα υδατανθράκων, πρωτεϊνών, λιπών) ή τις ομάδες τροφίμων για να σχεδιάζετε τα γεύματά σας; ₁ Όχι ₂ Ναι

	Ποτέ		Μερικές φορές		Πάντα
Πόσο συχνά ακολουθείτε το χρονοδιάγραμμα κύριων και ενδιάμεσων γευμάτων;	1	2	3	4	5
Πόσο συχνά ζυγίζετε ή μετράτε το φαγητό σας;	1	2	3	4	5
Πόσο συχνά εσείς (ή αυτός που μαγειρεύει το φαγητό σας) χρησιμοποιείτε τον κατάλογο ισοδυνάμων (τροφίμων με ίδια	1	2	3	4	5

περιεκτικότητα υδατανθράκων,
πρωτεϊνών, λιπών) και τις ομάδες
τροφίμων όταν σχεδιάσετε τα γεύματά
σας

Παράρτημα 10- ΚΛΙΜΑΚΑ ΩΦΕΛΕΙΩΝ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Για τις παρακάτω ερωτήσεις παρακαλώ κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε γραμμή)

Όταν έχετε την καλύτερη φροντίδα θα καθυστερήσουν ή θα αποτραπούν :	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
α Προβλήματα στα μάτια	1	2	3	4	5
β Προβλήματα στους νεφρούς	1	2	3	4	5
γ Προβλήματα στα πόδια	1	2	3	4	5
δ Σκλήρυνση των αρτηριών	1	2	3	4	5
ε Νοσήματα της καρδιάς	1	2	3	4	5

Παράρτημα 11- ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΜΠΟΔΙΩΝ ΑΣΚΗΣΗΣ

Για τις παρακάτω ερωτήσεις κυκλώστε παρακαλώ την κατάλληλη απάντηση (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε σειρά)

1	Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να ασκηθείτε αρκετά επειδή:	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά		
α	απαιτείται πάρα πολύ προσπάθεια;	1	2	3	4	5
β	Δεν πιστεύετε ότι είναι χρήσιμη;	1	2	3	4	5
γ	Δε σας αρέσει να κάνετε;	1	2	3	4	5
δ	Έχετε πρόβλημα υγείας;	1	2	3	4	5
ε	Κάνει πιο δύσκολη τη ρύθμιση του διαβήτη σας	1	2	3	4	5

Παράρτημα 12- ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΜΠΟΔΙΩΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

1. Πόσες μέρες την εβδομάδα σας είπαν να μετράτε:

- α) το σάκχαρο ούρων _ (μέρες την εβδομάδα) 0, δεν μου είπαν να μετράω
β) το σάκχαρο αίματος (μέρες την εβδομάδα) 0, δεν μου είπαν να μετράω

Αν δεν μετράτε το σάκχαρο μην απαντάτε στην ερώτηση 2

Για τις παρακάτω ερωτήσεις παρακαλώ κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση (κυκλώστε μια απάντηση σε κάθε σειρά)

2	Όταν δε μετράτε το σάκχαρο όσο συχνά σας έχουν πει, είναι γιατί:	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά		
α	Το ξεχνάτε;	1	2	3	4	5
β	Δεν πιστεύετε πως είναι χρήσιμο;	1	2	3	4	5
γ	Ο χρόνος ή ο χώρος δεν ήταν κατάλληλος;	1	2	3	4	5
δ	Δε σας αρέσει να το κάνετε;	1	2	3	4	5
ε	Ξεμείνατε από τα αναλώσιμα υλικά μέτρησης ;	1	2	3	4	5
στ	Στοιχίζει πάρα πολύ;	1	2	3	4	5
ζ	Έχει πάρα πολύ κόπο;	1	2	3	4	5
η	Είναι δύσκολο να διαβάσετε το αποτέλεσμα;	1	2	3	4	5
θ	Δεν μπορείτε να το κάνετε μόνος/η;	1	2	3	4	5
ι	Οι τιμές του σακχάρου σας	1	2	3	4	5

δεν αλλάζουν αρκετά συχνά;						
ια	Πονάει το τσίμπημα στο δάκτυλο;	1	2	3	4	5
3.	Εκπαιδευτήκατε ποτέ για το διαβήτη	1 Όχι <input type="checkbox"/>		2 Ναι <input type="checkbox"/>		

Αν Όχι μην απαντάτε στην ερώτηση 4

Για τις παρακάτω ερωτήσεις, παρακαλώ κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση (κυκλώστε μια μόνο απάντηση σε κάθε σειρά)

4. Πώς αξιολογείτε την κατανόησή σας όσον αφορά :

		φτωχή		καλή		άριστη
α	Στη Διατροφή και τον έλεγχο του σακχάρου του αίματος	1	2	3	4	5
β	Στον έλεγχο του βάρους	1	2	3	4	5
γ	Στην Άσκηση	1	2	3	4	5
δ	Στη Χρήση ινσουλίνης/χαπιών	1	2	3	4	5
ε	Στη Μέτρηση σακχάρου	1	2	3	4	5
στ	Στη Φροντίδα των ποδιών	1	2	3	4	5
ζ	Τις Επιπλοκές του διαβήτη	1	2	3	4	5
η	Τη Φροντίδα των ματιών	1	2	3	4	5
θ	Συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής διαβήτη με άλλα φάρμακα;	1	2	3	4	5
ι	Λήψη αλκοόλ και διαβήτη	1	2	3	4	5

ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΟΥ MICHIGAN

Παρακάτω υπάρχουν 20 προτάσεις που αφορούν στο διαβήτη, μερικές από τις οποίες είναι σωστές και μερικές λάθος. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά τις προτάσεις και υποδείξτε εάν νομίζετε ότι είναι σωστές ή λάθος κυκλώνοντας αντίστοιχα το Σωστό ή το Λάθος. Σε περίπτωση που δε γνωρίζετε την απάντηση παρακαλώ κυκλώστε το Δεν Γνωρίζω

1	Η δίαιτα του διαβήτη αποτελεί υγιεινή διατροφή για τους περισσότερους ανθρώπους	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
2	Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) είναι εξέταση που μετράει το μέσο επίπεδο της τιμής της γλυκόζης της προηγούμενης εβδομάδας	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
3	Το μισό κιλό κοτόπουλο έχει περισσότερους υδατάνθρακες από το μισό κιλό πατάτες	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
4	Ο χυμός πορτοκαλιού έχει περισσότερα λιπαρά από ότι το γάλα με χαμηλά λιπαρά	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
5	Ο έλεγχος του σακχάρου στα ούρα και ο έλεγχος του σακχάρου στο αίμα είναι εξίσου καλός για τον έλεγχο του σακχάρου αίματος	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
6	Ο χυμός φρούτων χωρίς ζάχαρη ανεβάζει τα επίπεδα της γλυκόζης αίματος	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
7	Ένα κουτί αναψυκτικό χωρίς ζάχαρη μπορεί να ανεβάσει τα χαμηλά επίπεδα γλυκόζης	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
8	Η χρήση του ελαιόλαδου στο μαγείρεμα μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της τιμής της χοληστερόλης στο αίμα	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
9	Η τακτική άσκηση μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της αυξημένης αρτηριακής	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω

	πίεσης του αίματος			
10	Για ένα άτομο που έχει καλό έλεγχο η άσκηση δεν έχει καμιά επίδραση στα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
11	Η λοίμωξη είναι πιθανόν να προκαλέσει αύξηση του σακχάρου στο αίμα	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
12	Η χρησιμοποίηση κατά ένα νούμερο μεγαλύτερα παπούτσια από ότι συνήθως βοηθά στην πρόληψη των ελκών στα πόδια	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
13	Η κατανάλωση τροφών με χαμηλά λιπαρά μειώνει τον κίνδυνο παθήσεων της καρδιάς	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
14	Το μούδιασμα μπορεί να είναι συμπτώματα νευροπάθειας	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
15	Οι παθήσεις των πνευμόνων συνήθως συνδέονται με την ύπαρξη διαβήτη	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
16	Όταν έχετε γρίπη θα πρέπει να μετράτε το σάκχαρο του αίματος πιο συχνά	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω

Αν δεν κάνετε ινσουλίνη παραλείψτε τις ερωτήσεις πηγαίνετε στην ερώτηση 19

17	Οι υψηλές τιμές γλυκόζης μπορεί να οφείλονται στη λήψη μεγάλης δόσης ινσουλίνης	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
18	Εάν κάνετε την πρωινή ινσουλίνη σας και παραλείψετε το πρωινό σας γεύμα η τιμή της γλυκόζης στο αίμα θα μειωθεί	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
19	Οι τακτικές εξετάσεις στο γιατρό σας μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό πρώιμων εκδηλώσεων των επιπλοκών του διαβήτη	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
20	Εάν πηγαίνετε στα ραντεβού σας για το διαβήτη θα αποφύγετε τις επιπλοκές του διαβήτη	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω

Revised Michigan Knowledge Questionnaire – True/False Version, C.E.Lloyd, 12.12.08

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ: 1 Άρρεν 2 Θήλυ

1. Ηλικία
2. Οικογενειακή κατάσταση:

1 Άγαμος/η

2 Παντρεμένος/η

3 Εν διαστάσει /διαζευγμένος/η

4 Χήρος/α

3. Πόσα άτομα μένουν μαζί σας; (στεκάρτε μια απάντηση)

0 Μένω μόνος/η

1 άτομο

2 άτομα

3 άτομα

4 άτομα

5 ή παραπάνω

4. Επαγγελματική κατάσταση

1 Άνεργος

2 Αγρότης

3 Ελεύθερος επαγγελματίας

4 Ιδιωτικός υπάλληλος

5 Δημόσιος υπάλληλος

6 Συνταξιούχος

Οικιακά

5. Πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε;

Πλήρες ωράριο

Μερική απασχόληση

Περιστασιακή απασχόληση

Εποχιακή απασχόληση

6. Επίπεδο εκπαίδευσης

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Πανεπιστήμιο

Μεταπτυχιακό/διδακτορικό

7. Τόπος κατοικίας

Αγροτική περιοχή

Ημιαστική περιοχή

Αστική περιοχή

8. Ασφάλεια

Ανασφάλιστος/η

Πρόνοια

ΟΓΑ

Δημόσια

Ιδιωτική

Δημόσια και ιδιωτική

9. Μηνιαία έσοδα

< 300 ευρώ

300-600

600-1000

1000-1500

>1500

10. Εθνικότητα.....

ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΒΜΙ :

ΑΠ:

ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ PROFILE :

- Ολική χοληστερόλη
- LDL
- HDL
- Τριγλυκερίδια

CREA :

HbA1c :

Διάρκεια διαβήτη:

Αγωγή :