



ΔΙΕΘΝΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΔΙΕΘΝΕΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

« ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ »

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ : ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ
ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΕ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παπαδοπούλου Ιωάννα, ΤΕ Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Λαβδανίτη Μαρία Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Τμήματος Νοσηλευτικής ΔΙΠΑΕ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019

ΔΙΕΘΝΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

« ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ »

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ : ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ
ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΕ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παπαδοπούλου Ιωάννα, ΤΕ Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Λαβδανίτη Μαρία Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Τμήματος Νοσηλευτικής ΔΙΠΑΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Λαβδανίτη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος
Νοσηλευτικής ΔΙΠΑΕ

ΜΕΛΟΣ: Κουρκούτα Λαμπρινή, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΔΙΠΑΕ

ΜΕΛΟΣ: Μηνασίδου Ευγενία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής
ΔΙΠΑΕ

ΣΕΛΙΔΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ: ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μ.ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ

Λ. ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ

Ε. ΜΗΝΑΣΙΑΔΟΥ.....

.....αφιερωμένο στο σύζυγο μου Βασίλειο,
για την αμέριστη συμπαράσταση σε όλη αυτή τη διαδρομή
.....στα τρία δώρα της ζωής μου Μαγδαληνή, Κοσμά κ Θανάση,
για την δύναμη που μου έδιναν να συνεχίσω μέχρι το τέλος
.....στην μικρότερη αδερφή μου Κυριακή, με της οποίας
την καθοδήγηση έγινε η συγγραφή του πονήματος

Περιεχόμενα

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
ABSTRACT	10
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	16
1 ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	17
1.1 Ορισμοί - Συμμόρφωση (compliance)	17
1.2 Εμπόδια και αιτίες μη συμμόρφωσης	18
1.2.1 Ο ασθενής	19
1.2.2 Τρόπος ζωής	19
1.2.3 Οικογένεια	20
1.2.4 Επάγγελμα	21
1.2.5 Η φύση της νόσου	22
1.2.6 Το είδος της θεραπείας	22
1.2.7 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	22
1.2.8 Η δομή των συστημάτων υγείας	24
1.2.9 Ψυχολογική Κατάσταση	25
1.2.10 Μορφωτικό Επίπεδο	26
1.3 Παρεμβάσεις για τη Διευκόλυνση στη συμμόρφωση	27
2 ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	29
2.1 Ορισμοί – Αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy)	29
2.2 Παράγοντες μη εμφάνισης της αυτο-αποτελεσματικότητας	32
2.3 Αυτοαποτελεσματικότητα και Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2	33
3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	35
3.1 Ορισμοί – ΠΦΥ	35
3.1.1 Εννοιολογική σημασία του συστήματος υγείας ΠΦΥ:	35
3.2 Παρεχόμενες υπηρεσίες (ΠΦΥ)	36
3.2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας	36
3.2.2 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)-Δομές	37
3.2.3 Ανθρώπινο δυναμικό σε ειδικότητες στον τομέα της υγείας	38
3.3 ΠΦΥ στην Ελλάδα	39
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	41
1 ΣΚΟΠΟΣ	42
2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	43
2.1 Δείγμα	43

2.2	Εργαλεία μέτρησης	43
2.2.1	Summary of Diabetes Self-Care Activities	43
2.2.2	Ερωτηματολόγιο για τη στάση απέναντι στο διαβήτη	44
2.3	Διαδικασία Συλλογής δεδομένων	45
2.4	Στατιστική ανάλυση	46
3	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	49
3.1	Περιγραφική στατιστική ανάλυση	49
3.1.1	Γενικά δημογραφικά στοιχεία	49
3.2	Συμμόρφωση στη θεραπεία	58
3.3	Στάσεις απέναντι στο διαβήτη	59
3.4	Επαγωγική στατιστική Ανάλυση	62
3.4.1	Αυτοδιαχείριση και οικογενειακή κατάσταση	62
3.4.2	Επάγγελμα και αυτοδιαχείριση	64
3.4.3	Κατάθλιψη και αυτοδιαχείριση	65
3.4.4	Μορφωτικό Επίπεδο	66
3.5	Συσχετίσεις	67
4	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	71
4.1	Περιορισμοί	75
4.2	Συμπεράσματα	75
4.2.1	Προτάσεις	76
5	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	78
5.1	Ελληνική Βιβλιογραφία	78
5.2	Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	80
6	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	85
6.1	Ερωτηματολόγιο και συνοδευτική επιστολή	85

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Τεστ κανονικότητας Shapiro-Wilk για περιγραφικές παραμέτρους.....	48
Πίνακας 2 Οικογενειακή Κατάσταση	49
Πίνακας 3 Κατάσταση διαβίωσης.....	50
Πίνακας 4 Τόπος διαμονής	50
Πίνακας 5 Επίπεδο εκπαίδευσης.....	51
Πίνακας 6 Κατάσταση ασφάλισης.....	52
Πίνακας 7 Επαγγελματική Κατάσταση	52
Πίνακας 8 Δείκτης μάζας σώματος.....	52
Πίνακας 10 Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων	53
Πίνακας 11 Επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη	57
Πίνακας 12 Μέση Βαθμολογία για τη κλίμακα Συμμόρφωση στη θεραπεία.....	58
Πίνακας 13 Μέση βαθμολογία στις στάσεις απέναντι στο διαβήτη, ανά ενότητα και συνολικά	59
Πίνακας 15 Συσχετίσεις κατά Spearman's Rho για το σύνολο των ασθενών σε όσες μεταβλητές παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, σε σχέση με της ενότητες του ερωτηματολογίου. Με έντονο χρώμα οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.....	68

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Φύλο.....	49
Γράφημα 2 Η οικογενειακή κατάσταση σε ποσοστά.....	50
Γράφημα 3 Μορφωτικό επίπεδο σε ποσοστά	51
Γράφημα 4 Τα ποσοστά γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c.....	54
Γράφημα 5 Τύπος Θεραπείας	54
Γράφημα 6 Κάπνισμα και Κατανάλωση Αλκοόλ.....	55
Γράφημα 7 Επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη σε ποσοστά.....	56
Γράφημα 8 Κατανομή των βαθμολογιών στην ενότητα Διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών.....	60
Γράφημα 9 Κατανομή των βαθμολογιών στην ενότητα Αξιολόγηση της απογοήτευσης και προθυμίας για αλλαγή.....	60
Γράφημα 10 Κατανομή των βαθμολογιών στην ενότητα Τοποθέτησης και επίτευξη στόχων.....	61
Γράφημα 11 Κατανομή των βαθμολογιών συνολικά για τη στάση απέναντι στο διαβήτη.....	61
Γράφημα 12 Θηκογράμμα για τη σχέση οικογενειακής κατάστασης και HbA1c.....	63
Γράφημα 13 Θηκογράμμα για τη σχέση οικογενειακής κατάστασης και κατάθλιψης.....	63
Γράφημα 14 Θηκογράμματα των ενοτήτων της στάσης απέναντι στο διαβήτη και της οικογενειακής κατάστασης	64
Γράφημα 15 Θηκογράμματα των ενοτήτων της στάσης απέναντι στο διαβήτη και της επαγγελματικής κατάστασης	65
Γράφημα 16 Συγκριτικά ραβδογράμματα των ενοτήτων της στάσης απέναντι στο διαβήτη και της κατάθλιψης	66
Γράφημα 17 Θηκογράμματα των ενοτήτων της στάσης απέναντι στο διαβήτη και του μορφωτικού επιπέδου	67

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) είναι μια χρόνια νόσος με επιδημιολογικές διαστάσεις. Υπάρχει μεγάλο πρόβλημα μη συμμόρφωσης στη θεραπεία παγκοσμίως. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι διερεύνηση της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή και αυτό-αποτελεσματικότητας σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που προσέρχονται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας.

Μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 ασθενείς (49.5% άνδρες) και (50.5% γυναίκες) με σακχαρώδη διαβήτη σε ιδιωτικό διαβητολογικό ιατρείο στο νομό της Θεσσαλονίκης. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε που περιλαμβάνει τα Summary of Diabetes Self-Care Activities και Στάση απέναντι στο διαβήτη, μεταφρασμένα στα ελληνικά. Μη παραμετρικές στατιστικές μέθοδοι χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των παραμέτρων.

Αποτελέσματα: Οι έγγαμοι έχουν καλύτερη, HAb1c ($p < 0.01$) λιγότερη κατάθλιψη ($p < 0.001$), και γενική στάση απέναντι στο διαβήτη ($p < 0.01$) σε σχέση με τους εν χηρεία. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υποχρεωτικής πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης του δημοτικού και της τριτοβάθμιας στη γενική στάση απέναντι στο διαβήτη ($p < 0.01$). Η στάση απέναντι στο διαβήτη ήταν πιο αρνητική στους πιο ηλικιωμένους ($r = -0.305$, $p < 0.01$) και στους βαρύτερους ($r = -0.277$, $p < 0.01$) και πιο θετική σε αυτούς που έδειχναν συμμόρφωσή το πλάνο διαίτας ($r = 0.231$, $p < 0.01$). Η αύξηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης υποδηλώνει μια μη συμμόρφωση στη ($r = -0.220$, $p < 0.05$).

Συμπεράσματα: Το οικογενειακό περιβάλλον δρα καθοριστικά στην συμμόρφωση των πασχόντων. Το μορφωτικό επίπεδο, έχει σημαντικό ρόλο στη στάση απέναντι στο διαβήτη. Οι μεγαλύτερης ηλικίας ερωτώμενοι έχουν χειρότερες βαθμολογίες. Η γενική στάση απέναντι στο διαβήτη ήταν πιο θετική σε αυτούς που έδειχναν συμμόρφωσή στο πλάνο διαίτας.

Λέξεις κλειδιά: Σακχαρώδης Διαβήτη τύπου II, Συμμόρφωση, Αυτό-αποτελεσματικότητα, θεραπευτική αγωγή, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus type 2 is a chronic disease with epidemic proportions. There is a big problem in treatment non-compliance worldwide. The purpose of the present study is to investigate treatment compliance and self-efficacy in people with type 2 diabetes who come to primary health services.

Method: The sample of the study consisted of 100 patients (49.5% men) with diabetes mellitus in a private clinic in Thessaloniki. The questionnaire used included the Summary of Diabetes Self-Care Activities and Diabetes Attitude, translated into Greek. Non-parametric statistical methods were used to analyse the parameters.

Results: Married patients had better, Hb1c ($p < 0.01$), less depression ($p < 0.001$), and more positive a general attitude toward diabetes ($p < 0.01$) than widowers. There is a statistically significant difference between compulsory primary education and higher education in the general attitude toward diabetes ($p < 0.01$). Attitude towards Diabetes was more negative in the older ($r = -0.305$, $p < 0.01$) and heavier ($r = -0.277$, $p < 0.01$) and more positive in patients who showed diet plan compliance ($r = 0.231$, $p < 0.01$). An increase in blood glucose indicates diet plan non-compliance ($r = -0.220$, $p < 0.05$).

Conclusions: The family environment plays a key role in patient compliance. Educational level has an important role in the attitude towards diabetes. Older respondents have worse scores. The general attitude toward diabetes was more positive in those who complied with their diet plan.

Key words: Diabetes type II, compliance, self-efficacy, treatment, Primary Health Care

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της διπλωματικής μου, που επέλεξα να φέρω εις πέρας είναι "Συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και αποτελεσματικότητα σε άτομα με Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που προσέρχονται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας". Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2018-2019 σε μεταπτυχιακό πρόγραμμα που διοργάνωσε το ΔΠΙΑΕ Θεσσαλονίκης και συγκεκριμένα το τμήμα της Νοσηλευτικής με τίτλο "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη". Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II είναι μια χρόνια πάθηση όπου αποτελεί παγκόσμιο ιατροκοινωνικό πρόβλημα εξαιτίας του μεγάλου αριθμού ατόμων που προσβάλλει και της πληθώρας επιπλοκών που προκαλεί στην υγεία. Τουλάχιστον το 50% των πασχόντων δεν το γνωρίζουν.

Η άποψη μου είναι ότι θα πρέπει να επιστήσουμε την προσοχή μας περισσότερο από ποτέ στη πρόληψη και στη φροντίδα της υγείας μας, καθώς οι εποχές που ζούμε λόγω πολλών παραγόντων έχουν αυξήσει σε πολύ μεγάλο ποσοστό τη θνησιμότητα από διάφορες παθήσεις και ασθένειες. Όσον αφορά τον Σακχαρώδη Διαβήτη έχω προσωπικές εμπειρίες από το στενό οικογενειακό μου περιβάλλον που ταλαιπωρήθηκαν επί έτη με αυτή την ασθένεια. Ο Σ.Δ. τύπου 2 είναι μια πάθηση η οποία επιβαρύνει σε μεγάλο βαθμό τον οργανισμό και για το λόγο αυτό απαιτείται μεγάλη προσοχή και προγραμματισμός στην καθημερινότητα των πασχόντων. Λόγω αυτής της ιδιαιτερότητας είναι επιτακτική ανάγκη η διεξοδική και συνεχής διερεύνηση της ασθένειας.

Ο σκοπός που έγινε επιλογή του θέματος για τον σακχαρώδη διαβήτη, είναι διότι η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή αποτελεί ένα ενδιαφέρον θέμα για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και συμβάλλει ουσιαστικά στον καλό γλυκαιμικό έλεγχο.

Επιβλέπουσα στην προσπάθεια αυτή ήταν η Αναπληρώτρια καθηγήτρια κα Λαβδανίτη Μαρία η οποία ήταν παρούσα σε κάθε βήμα και βοήθησε με πραγματικό ενδιαφέρον σε όλη αυτή την πορεία, όπου και την ευχαριστώ θερμά. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους φίλους και συναδέλφους που με βοήθησαν στη συλλογή δεδομένων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει πάρει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας, ειδικά ο διαβήτης τύπου 2. Στην Ελλάδα οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν υψηλό επιπολασμό του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που φτάνει το 9%. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και η μειωμένη σωματική δραστηριότητα σε συνδυασμό με την αύξηση του σωματικού βάρους έχει γίνει απειλή για τη δημόσια υγεία. Οι διαβητικοί ασθενείς που ακολουθούν αυτόν τον τρόπο ζωής, παρουσιάζουν διπλάσια θνησιμότητα σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μεγάλο πρόβλημα υγείας στην σημερινή ιατρική και κοινωνική πραγματικότητα, δεν υπάρχουν γνώσεις για την αυτοφροντίδα και τη σωστή διαχείριση του. Μέσα στην επόμενη 25ετία θα αυξηθεί κατά 75% ο συνολικός αριθμός των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ). Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 347 εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο πάσχουν από την ασθένεια, με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου II να αποτελεί το 90% των περιστατικών διαβήτη παγκοσμίως, ενώ ταυτόχρονα υπολογίζεται ότι 3,4 εκατομμύρια θάνατοι σε παγκόσμια κλίμακα αποδίδονται σε αυτόν. Επίσης, 422 εκατομμύρια ενήλικες είχαν διαβήτη το 2014 παγκοσμίως (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2014). Στην πραγματικότητα, τα κρούσματα διαβήτη σε ολόκληρο τον κόσμο έχουν σχεδόν διπλασιαστεί από το 1980, κυμαινόμενα από το 4,7%, στο 8,5% στον ενήλικα πληθυσμό. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις του Διεθνούς Ιδρύματος Διαβήτη, ο επιπολασμός του σακχαρώδους διαβήτη υπολογίζεται σε 5,2%, ενώ 5.266 θάνατοι ετησίως αποδίδονται στο διαβήτη (World Health Organization, 2012). Ωστόσο στη χώρα μας το ποσοστό των ατόμων με διαβήτη προσδιορίζεται στο 10% του συνολικού ελληνικού πληθυσμού. Έχει καθιερωθεί Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη στις 14 Νοεμβρίου, η οποία καθιερώθηκε το 1991 από την Διεθνή Ομοσπονδία για το Διαβήτη (IDF) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Ο διαβήτης τύπου 2 έχει την μορφή επιδημίας σε έναν αριθμό περιοχών του κόσμου και αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στις περισσότερες χώρες. Με την αυξανόμενη μακροζωία και την περισσότερη βιομηχανοποίηση και εκσυγχρονισμό, θα μετατραπεί σε μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της υγείας του 21ου αιώνα (Χατζημανώλη, Γεωργαλή 2006).

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών που είναι αποτέλεσμα ανισορροπίας μεταξύ της διαθεσιμότητας της ινσουλίνης και των αναγκών του οργανισμού σε ινσουλίνη. Στη πραγματικότητα, δεν πρόκειται για μια μοναδική νόσο αλλά για ένα σύνολο μεταβολικών διαταραχών που χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία ως αποτέλεσμα ανεπάρκειας στην έκκριση ινσουλίνης, στη δράση της ινσουλίνης ή και των δύο (Osborn et al., 2013). Ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλεί μεγάλη αύξηση της συγκέντρωσης του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης, είτε σαν αποτέλεσμα ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης, είτε λόγω ελαττωμένης ευαισθησίας των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη (Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς, 2013, Καραμήτσος, 2009). Υπεύθυνο για τα ιδανικά επίπεδα σακχάρου στο αίμα είναι το πάγκρεας, όπου ελέγχει την ινσουλίνη του αίματος. Η ινσουλίνη ωστόσο, είναι μια ορμόνη που μειώνει τη γλυκόζη που παράγεται με φυσικό τρόπο, έχει την ικανότητα να μπορεί να ελέγξει τα συμπτώματα και να μειωθεί η φαρμακευτική αγωγή αν αυτή είναι στα ιδανικά επίπεδα. Εκτός της φαρμακευτικής αγωγής που είναι απαραίτητη για την ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη, σημαντικό ρόλο παίζει η σωστή διατροφή και η σωματική άσκηση, αλλά και χειρουργική αντιμετώπιση. Ο σακχαρώδης διαβήτης χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες, τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου I ή ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης (IDDM), τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου II ή μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη (NIDDM) και τον σακχαρώδη διαβήτη κύησης που προσβάλλει τις έγκυες γυναίκες. Τα ενοχλήματα που εκδηλώνονται στον ΣΔτ2 εξαρτώνται από το βαθμό της μεταβολικής εκτροπής και αντιρρόπησης, την ένταση των δευτερογενών επιπλοκών και της συμμετοχής οργάνων καθώς και το είδος της θεραπείας και των ενδεχόμενων παρενεργειών της (Classen et al., 2009). Σε γενικές γραμμές, τα κλινικά σημεία του διαβήτη τύπου 2 οφείλονται στην υπεργλυκαιμία.

Έχει αποδειχθεί διαχρονικά πως ο ρόλος που έχει ο ίδιος ο ασθενής στην θεραπεία του είναι μείζονος σημασίας, διότι πρόκειται για ένα χρόνια νόσημα. Η διαχείριση της καθημερινότητας είναι πολύ σημαντική για βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη. Για το λόγο αυτό, σκοπός της εργασίας και συνεπώς και της έρευνας είναι να τονιστεί αυτή η σημαντικότητα, τους λόγους και της αιτίες που δεν εστιάζουν αρκετά στο κομμάτι αυτό και πως αυτό μπορεί να αλλάξει. Η συγκεκριμένη έρευνα πιο συγκεκριμένα θα απαντήσει στο κατά πόσο ο ασθενής

συμμορφώνεται στη θεραπεία και είναι ενεργός σε αυτό το κομμάτι που καθίσταται πρωταγωνιστής αλλά και το πόσο αναγκαίο και αποτελεσματικό μπορεί να γίνει αυτό. Εάν ο ασθενής έχει σωστή αυτοδιαχείριση της θεραπείας του θα έχει μεγαλύτερο κλινικό όφελος, καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Το θέμα της εκπαίδευσης στην αυτοδιαχείριση του διαβήτη είναι μείζονος σημασίας για την καλή έκβαση του διαβήτη και της υψηλής ποιότητας ζωής του διαβητικού ατόμου, δεν έχουν γίνει ακόμα αρκετές έρευνες που να μετρούν την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στην αυτοδιαχείριση του διαβήτη γεγονός ανησυχητικό αφού η επίπτωση του διαβήτη έχει αρχίσει να παίρνει τεράστιες διαστάσεις και φαίνεται ότι μαστίζει την κοινωνία του σήμερα.

Ο αυτοέλεγχος (self-monitoring) αποτελεί ένα τμήμα της αυτοδιαχείρισης. Είναι ένα σύνολο παραγόντων που πρέπει να λειτουργούν σε ένα καθορισμένο και τυποποιημένο πλαίσιο. Η συμμόρφωση του ασθενή συμπεριλαμβάνει τη σωστή διατροφή, τη σωματική άσκηση, τη διατήρηση του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα και τον συχνό ιατρικό έλεγχο. Το πιο σημαντικό για το σωστό αυτοέλεγχο είναι η γνώση και η εκπαίδευση για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Θα τεθούν και θα απαντηθούν ερευνητικά ερωτήματα τα οποία θα δώσουν κατευθυντήρια γραμμή στη έρευνα. Τα ερωτήματα θα εξετασθούν με μικτή προσέγγιση (ποσοτικά-ποιοτικά). Σκοπός της ποσοτικής έρευνας είναι η εύρεση σχέσεων μεταξύ διαφόρων παραγόντων. Η ποσοτική έρευνα αναφέρεται στη συστηματική διερεύνηση φαινομένων με στατιστικές μεθόδους, μαθηματικά μοντέλα και αριθμητικά δεδομένα. Συμπληρωματικά προς τις ποσοτικές τεχνικές, η ποιοτική προσέγγιση στην έρευνα στοχεύει στην διερεύνηση και κατανόηση σε βάθος.

Οι σκοποί της παρούσας εργασίας αφορούν :

- τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή
- τη σωστή διαχείριση της ασθένειας τους
- η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των ασθενών στην αυτοδιαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη (τύπου II)

Η παρούσα εργασία αποτελείται από το γενικό και ειδικό μέρος. Το γενικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια:

- Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται γενικά στοιχεία από τη βιβλιογραφία, για την ετοιμολογία της συμμόρφωσης στην θεραπευτική αγωγή .

- Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας και τον παραγόντων που την καθιστούν δύσκολη.
- Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά σε στοιχεία που έχουν σχέση με την ιστορία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το προσωπικό, τους ασθενείς και τις παροχές.

Το ειδικό μέρος αποτελείται από τα κάτωθι κεφάλαια:

- Στο πρώτο μέρος γίνεται ανάλυση του σκοπού της έρευνας.
- Στο δεύτερο παρουσιάζεται το υλικό που χρησιμοποιήθηκε και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και γίνεται ανάλυση στα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν.
- Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας.
- Στο τέταρτο κεφάλαιο ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων και γίνεται προσπάθεια να αναλυθούν οι παράγοντες που επιδρούν στην συμμόρφωση του ασθενή στην θεραπευτική αγωγή.

Στο τέλος εργασίας παρουσιάζονται σε συντομία τα συμπεράσματα της έρευνας και γίνονται προτάσεις.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1 ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

1.1 Ορισμοί - Συμμόρφωση (compliance)

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης εξ ορισμού επηρεάζει και αλλάζει την κοινωνική ζωή του πάσχοντα σε κάθε επίπεδο και σε διαφορετικό βαθμό. Στον τρόπο που βλέπει και ζει την καθημερινότητα του, τις αξίες του, τα πιστεύω του, τις προτεραιότητες του. Τον αλλάζει όχι μόνο ατομικά αλλά και ως μέλος του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2003), η προσήλωση (adherence) ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής ακολουθεί τις συμβουλές ενός επαγγελματία υγείας, όσον αφορά στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή/και την αλλαγή του τρόπου ζωής του». Ο όρος συμμόρφωση (compliance), είναι ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς ακολουθούν τις συμβουλές που τους δόθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας (π.χ. πληροφορίες σχετικά με την λήψη φαρμάκων ή τις αλλαγές του τρόπου ζωής). Ο όρος υποδηλώνει μια υπακοή των ασθενών στις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας. Ο όρος παραμονή στη θεραπεία (persistence) χρησιμοποιείται για να περιγράψει εάν ένας ασθενής συνεχίζει να χρησιμοποιεί το συνταγογραφούμενο φάρμακο (Pharmaceutical Group of the European Union, 2008).

Η συμμόρφωση των πασχόντων από σακχαρώδη διαβήτη στη θεραπευτική τους αγωγή συμβάλλει αποφασιστικά στην έκβαση της ασθένειας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η συμμόρφωση ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής ακολουθεί τις συμβουλές ενός επαγγελματία υγείας, όσον αφορά στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή/και την αλλαγή του τρόπου ζωής του. Σε ποσοστό >80% η συμμόρφωση θεωρείται καλή, από 20-79% μέτρια, ενώ σε ποσοστό <20% θεωρείται κακή. Η συμμόρφωση είναι εύκολο να οριστεί, αλλά υπάρχουν αρκετές δυσκολίες να μετρηθεί αντικειμενικά. Υπολογίζεται ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση συμβαίνουν 194.500 θάνατοι ετησίως εξαιτίας της λανθασμένης λήψης φαρμάκων και της μη συμμόρφωσης στη θεραπεία. Ακόμη, η κακή συμμόρφωση όχι μόνο επηρεάζει αρνητικά την ατομική υγεία, αλλά και επιβαρύνει σημαντικά τα συστήματα περίθαλψης σε μια ιδιαίτερα κρίσιμη περίοδο, όπου η ανεύρεση πόρων προβάλλει ολοένα και επιτακτικότερη.

Η ελαττωμένη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή συμβάλλει στην πρόωρη εμφάνιση των επιπλοκών (Gherman, 2011), αυξάνει την πιθανότητα νοσηλείας των ασθενών, οδηγεί σε πρόωρο θάνατο (Osborn, 2015) και σε συνδυασμό με τη δυσκολία στην αυτοδιαχείριση του διαβήτη οδηγεί στην μη επίτευξη των θεραπευτικών στόχων (Cramer JA., 2004). Υπολογίζεται περίπου ότι το 1/3 των πασχόντων από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II δεν συμμορφώνονται στην θεραπευτική τους αγωγή (Osborn CY, 2015). Πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη παίζουν: η έγκαιρη διάγνωση της νόσου, η εκπαίδευση του ασθενούς σε σχέση με τις διαιτητικές του συνήθειες (Jansink et al 2010), η εκπαίδευση στον αυτοέλεγχο του σακχάρου και τη χορήγηση ινσουλίνης. (Morowatisharifabad et al 2010). Πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπάρχει ίαση για τον σακχαρώδη διαβήτη. Ο στόχος είναι να παραμείνουν οι τιμές της γλυκόζης και των λιπιδίων στα φυσιολογικά επίπεδα και οι παράγοντες αυτοί να ελέγχονται όσο το δυνατόν πιο αυστηρά για να προληφθούν οι επιπλοκές (De Wit 2009).

1.2 Εμπόδια και αιτίες μη συμμόρφωσης

Τα αίτια της μειωμένης συμμόρφωσης μπορούν να χωριστούν σε κατηγορίες σχετικά με: τον ασθενή, τη νόσο, τη θεραπεία, την προσβασιμότητα στα συστήματα υγείας και τι προσφέρουν στους ασφαλισμένους, καθώς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι η συμμόρφωση στη θεραπεία αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και τα αίτια της ελαττωμένης συμμόρφωσης μπορεί να είναι ο ίδιος ο ασθενής (φύλο, ηλικία, θρήσκευμα, εθνικότητα, μορφωτικό επίπεδο), η εκπαίδευση του (ανεπαρκής εκπαίδευση για αυτοδιαχείριση, η μη κατανόηση της σοβαρότητας της ασθένειας). Παράγοντες όπως η προσωπικότητα, η οικογενειακή συμπεριφορά, οι πεποιθήσεις για την υγεία, το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, και η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται ότι σχετίζονται (Morowatisharifabad et al 2010). Κάποιες μελέτες έχουν διερευνήσει εάν το κόστος των δαπανών για τα φάρμακα έχει επηρεάσει τους ασθενείς από κάποιες φυλετικές ομάδες να συμμορφωθούν ή όχι στη θεραπεία και βρέθηκε ότι και άλλοι παράγοντες εκτός από το κόστος επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους (Steinman et al 2001, Piette et al 2004). Άλλοι παράγοντες που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στη μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή του

διαβήτη είναι η πολυπλοκότητα θεραπευτικής αγωγής, η συναισθηματική ευεξία του ασθενή, οι αντιλήψεις του ασθενή για το φάρμακο και τις παρενέργειες του και γενικά για τις επιδράσεις που θα έχει η λήψη των φαρμάκων στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής (Rubin 2005).

1.2.1 Ο ασθενής

Κάθε ασθενής αποτελεί μια διαφορετική οντότητα, οπού αυτό σημαίνει ότι δεν έχουν όλοι την θέληση και την πειθαρχία που απαιτείται. Η ιδιοσυγκρασία του πάσχοντα επηρεάζει σε αρκετό βαθμό την συμμόρφωση του στην θεραπευτική αγωγή που του έχει συσταθεί. Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη βιώνουν μια σειρά συναισθημάτων τα οποία προέρχονται από τη μη συμμόρφωση τους στο φαρμακευτικό και υγιεινό-δαιτητικό σχήμα. Είναι απαραίτητο για το θετικό αποτέλεσμα της θεραπείας, ο διαβητικός να γνωρίζει όσο το δυνατόν καλύτερα την ασθένειά του και τον οργανισμό του. Σημαντικό επίσης είναι η παρακολούθηση από τον ίδιο τον διαβητικό της πίεσης του αίματος και του βάρους του. Επιπροσθέτως, η ύπαρξη άλλων νόσων ταυτόχρονα με το σακχαρώδη διαβήτη δυσχεραίνει τη συμπεριφορά του ασθενή. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική είναι η αντίληψη του πάσχοντα για την ασθένεια του και γενικότερα το πως αντιλαμβάνεται την υγεία.

1.2.2 Τρόπος ζωής

Ο τρόπος ζωής διαφέρει από ασθενή σε ασθενή π.χ. διατροφικές συνήθειες, άσκηση, κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες, καθιστική ζωή κ.α. Η άσκηση βοηθά στην απορρόφηση της ινσουλίνης από τους ιστούς ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας που ακολουθεί ο διαβητικός. Η τακτική χρήση αλκοόλ και σε μεγάλες ποσότητες προκαλεί σοβαρές επιπλοκές και αυξάνει την αντίσταση στην ινσουλίνη. Η επίδραση του αλκοόλ στον μεταβολισμό του διαβητικού εξαρτάται κατά ένα ποσοστό, από το είδος του διαβήτη που πάσχει και τη θεραπεία που ακολουθεί. Στην περίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη, η ισορροπημένη διατροφή μπορεί να προλάβει και να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του. Γενικότερα, στον διαβητικό θα πρέπει να υπάρχει πάντα εξατομικευμένη διατροφική θεραπεία από εξειδικευμένο διαιτολόγο ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να γίνεται και διατροφική εκπαίδευση που να αφορά τις ιδιαιτερότητες της ασθένειας και την κινητοποίηση του ασθενή. Το πρόγραμμα διατροφής πρέπει να είναι ισορροπημένο και εξατομικευμένο σε κάθε ασθενή σύμφωνα με τις συνήθειές του. Το κάπνισμα δυσκολεύει την σωστή θεραπεία του

διαβήτη ενώ ταυτόχρονα αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών και την ινσουλινοαντοχή. Επίσης είναι εντελώς αντίθετο με όλους τους κανόνες μιας υγιεινής και ποιοτικής ζωής, αυξάνει τις τιμές λίπους στο αίμα. Μειώνει την επίδραση που έχουν τα φάρμακα για την μείωση του επιπέδου του σακχάρου στο αίμα, αυξάνει την παρουσία εμβολών και αυξάνει την απόφραξη των αρτηριών. Τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες καπνιστές έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν διαβητικοί σε σύγκριση με εκείνα τα άτομα που δεν καπνίζουν (Πανταζής, 2018). Ο Αμερικανός Επίτροπος για θέματα Δημόσιας Υγείας, Boris Lushniak, ξεκαθάρισε, μιλώντας στον Λευκό Οίκο, πως το κάπνισμα όχι απλώς συμβάλλει στην εκδήλωση της νόσου, αλλά ότι οι καπνιστές έχουν από 30% έως 40% υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, συγκριτικά με τους μη καπνιστές. Στις μελέτες που αναφέρθηκε υπήρχαν συσχετίσεις του καπνίσματος με τη διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης, έναν «προθάλαμο» του διαβήτη. Σχολιάζοντας τη σχέση καπνίσματος και προδιαβήτη, η καθηγήτρια Serena Tonstad από τη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Loma Linda της California, ανέφερε ότι στην Αμερική τα άτομα με προδιαβήτη είναι περίπου 80 εκατομμύρια. Τέλος, η αστικοποίηση συνοδεύεται με αλλαγές στην διατροφή, στον τρόπο ζωής και στο περιβάλλον που πλέον είναι πιο δυσμενές (Osborn et al., 2013).

1.2.3 Οικογένεια

Η οικογένεια του πάσχοντα ή της/του συντρόφου του, ως ο πυρήνας της κοινωνίας, είναι η πρώτη που καλείται να αντιμετωπίσει το γεγονός της νόσου του δικού της ατόμου. Μεταβάλλονται οι ισορροπίες του διαβητικού με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και επηρεάζονται οι σχέσεις τους. Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε αυτήν ενώ κάποιες φορές ο ρόλος της είναι πιθανόν να μην είναι υποστηρικτικός. Το οικογενειακό περιβάλλον δρα καθοριστικά στην συμμόρφωση των πασχόντων (Λαβδανίτη, 2016). Τα μέλη της οικογένειας θεωρούνται σημαντικές πηγές υποστήριξης σε οργανικό, συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο προσφέροντας ουσιαστική βοήθεια. Το οικογενειακό περιβάλλον δρα καθοριστικά στην συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και τελικά στην επίτευξη των θεραπευτικών στόχων του πάσχοντος από διαβήτη. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να εμποδίσουν ή να υπονομεύσουν τις προσπάθειες αυτοφροντίδας των ασθενών με την ετοιμασία ανθυγιεινών γευμάτων, με τον να δαμάζουν τους ασθενείς να τρώνε ανθυγιεινά-απαγορευτικά τρόφιμα ή να αμφισβητούν την ανάγκη τους για φάρμακα.

Αποτελέσματα από παλαιότερη μελέτη έδειξαν ότι όσο περισσότερο προστατευτικά ήταν τα μέλη της οικογένειας τόσο καλύτερη διαχείριση υπήρξε στην ασθένεια των συμμετεχόντων. Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 150 πάσχοντες βρέθηκε ότι η μικρή οικογενειακή υποστήριξη σχετιζόταν με χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν επίσης να διαφωνούν με την προσπάθεια των πασχόντων να συμμορφωθούν στην αντιδιαβητική αγωγή και να δημιουργούν ανταγωνιστικές σχέσεις μεταξύ αυτών και του πάσχοντα όπως π.χ. τα μέλη της οικογένειας μπορεί να μην θέλουν να καταναλώσουν τα ίδια τρόφιμα με τον πάσχοντα, ο οποίος προσπαθεί να διατηρήσει μια υγιεινή διατροφή. Κάποιες από αυτές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η μη υποστηρικτική συμπεριφορά της οικογένειας συσχετίζεται με φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο και με ήπια συμμόρφωση στη δίαιτα, στην άσκηση και στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Οι έρευνες που αφορούν στη μη υποστηρικτική συμπεριφορά της οικογένειας παρουσιάζουν τα τελευταία χρόνια μια ανοδική πορεία.

1.2.4 Επάγγελμα

Το περιβάλλον της εργασίας και η μορφή του επαγγέλματος διαδραματίζουν σημαντικό παράγοντα στη συμμόρφωση του πάσχοντα π.χ. εργασία γραφείου, πολύωρη εργασία, αυτοκινητιστές κ.α.. Η εργασία βασικά διαμορφώνει το εισόδημα, για να μπορεί το άτομο να ζει, να είναι παραγωγικό και να ικανοποιεί τις καθημερινές του ανάγκες. Επιδρά στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και στην ωρίμανση των ατόμων. Αποτελεί το μέσο της κοινωνικής αναγνώρισης και της κατάταξης των ατόμων στην κοινωνία. Η σχέση της εργασίας με την υγεία έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από παλιά. Από το 1841 διαπιστώθηκε και καταγράφεται η επίδραση της εργασίας στην αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας. Η οικονομική κρίση επιφέρει ραγδαίες αλλαγές στην εργασία, με νέες μορφές απασχόλησης και μετακινήσεις εργαζομένων, αλλά και μεγάλο αριθμό ατόμων να βρίσκονται εκτός του εργασιακού τομέα, με την ανεργία να πλήττει τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, αλλά και τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Hellenic Journal Of Nursing, 2015). Συμπερασματικά, η εργασία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή των ασθενών. Αυτό συμβαίνει διότι μπορεί να μην υπάρχει σταθερό ωράριο, πολλές ώρες εργασίας, μη ευνοϊκό περιβάλλον εργασίας.

1.2.5 Η φύση της νόσου

Ο ΣΔ δεν είναι ήπια νόσος. Λόγω των μικρο και μακροαγγειακών του επιπλοκών, συμβάλλει σημαντικά στη νοσηρότητα και θνητότητα του πληθυσμού επιβαρύνοντας έτσι τα συστήματα υγείας και τις κοινωνίες. Συνυπάρχει δε συχνά και με άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία, γεγονός που αυξάνει περισσότερο τη νοσηρότητα και θνητότητα. Είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών που το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η χρόνια υπεργλυκαιμία. Έχει χρόνια πορεία και μακροπρόθεσμα μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές σε όλους τους ιστούς και σε όλα τα όργανα, στα μάτια, τους νεφρούς, τα νεύρα, τα αγγεία, τα πόδια, την καρδιά κ.α. (Παπαδοδήμα , Φ2017). Ο διαβήτης απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση με πολυπαραγοντική προσέγγιση για τη πρόληψη των επιπλοκών του.

1.2.6 Το είδος της θεραπείας

Ορισμένες θεραπείες συνεπάγονται από πολυπλοκότητα, η όποια δυσκολεύει τον ασθενή να συμμορφωθεί σε αυτή. Επιπλέον πολλές φορές το κόστος της θεραπείας είναι αρκετά υψηλό. Ακόμη πολλά φάρμακα έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες και προκαλούν στους ασθενείς φόβο και ανασφάλεια. Η Φαρμακευτική Ομάδα της Ευρώπης (Pharmaceutical Group of the European Union, PGEU) σε έκθεσή της τον Μάιο του 2008 αναφέρει σε μεγάλο ποσοστό μέτρια και κακή συμμόρφωση των ασθενών στην αντιδιαβητική αγωγή, και επισημαίνει ότι συχνά οι επαγγελματίες υγείας υπερεκτιμούν τον βαθμό συμμόρφωσης. Σε σχετική μελέτη έχει αναφερθεί ότι η συμμόρφωση στα αντιδιαβητικά φάρμακα μειώνεται όσο αυξάνεται η συχνότητα της λήψης τους στη διάρκεια της ημέρας και οι περισσότεροι ασθενείς που λαμβάνουν ινσουλίνη επιθυμούν να μειώσουν τον αριθμό των ενέσεων. Η συμμόρφωση για αυτή την ομάδα ασθενών είναι 74,8%, με μέσο όρο 79% στην περίπτωση μιας δόσης μία φορά ημερησίως και 38% στην περίπτωση μιας δόσης τρεις φορές ημερησίως (Paesetal 1997).

1.2.7 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Όπως προαναφέρθηκε πολλές θεραπείες έχουν αυξημένο κόστος, αυτό σε αντιστοιχία με το χαμηλό βιοτικό επίπεδο ορισμένων ασθενών δημιουργεί απόσταση ανάμεσα στον ασθενή και στην θεραπεία. Το 80% των ανώτερων εισοδηματικών στρωμάτων είχαν επαφή τον τελευταίο χρόνο με επαγγελματίες υγείας, στον τομέα

της πρόληψης. Ο Κυριόπουλος και η Τσιάντου (2009) αναφέρουν ότι η πρόσφατη χρηματοοικονομική κρίση που πλήττει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, συνδέεται με αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων των εν λόγω χωρών. Το οικονομικό κόστος από την αύξηση των διαβητικών είναι σημαντικό. Οι δαπάνες υγείας στα κράτη μέλη της ΕΕ για την πρόληψη και τη θεραπεία του διαβήτη, αλλά και των επιπλοκών του εκτιμήθηκαν στα 100 δισ. ευρώ. Περισσότερο από το 25% αυτών δαπανώνται για τον έλεγχο της αυξημένης γλυκόζης στο αίμα, αλλά και τις επιπλοκές του διαβήτη και το υπόλοιπο σε γενική ιατρική περίθαλψη. Πρόβλημα με οικονομικές προεκτάσεις αποτελεί για την Ελλάδα η αύξηση του αριθμού των διαβητικών, λόγω των δευτερογενών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης και κυρίως λόγω της φτωχότερης διατροφής που ακολουθούν τα φτωχά νοικοκυριά. Το κόστος της θεραπείας φαίνεται να παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη συμμόρφωση γεγονός που παρατηρείται και σε άλλες χρόνιες παθήσεις όπως η αρτηριακή υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία. Σε μια αναδρομική μελέτη του 2008 με 1.132 ασθενείς, η συμμόρφωση ήταν περίπου 89% όταν ο ασθενής έπρεπε να πληρώσει λιγότερο από 10 δολάρια, ενώ, όταν η οικονομική του επιβάρυνση ξεπερνούσε το προαναφερθέν ποσό, η συμμόρφωση μειωνόταν στο 77% ($p=0,001$). Σε μια ελληνική μελέτη του 2011 διαπιστώθηκε, με βάση ειδικό μαθηματικό μοντέλο, ότι η κατάργηση της συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος των αντιδιαβητικών δισκίων θα επέφερε αύξηση της συμμόρφωσης κατά 30,5%, καθώς και μείωση της HBA1c κατά 0,6%. Το ζήτημα έχει και κοινωνικές διαστάσεις, καθώς διαπιστώνεται πως οι μη έχοντες ανώτατη μόρφωση και καλύτερες ευκαιρίες απασχόλησης πλήττονται περισσότερο, καθώς εμφανίζουν υψηλότερο σάκχαρο. Οι γρήγοροι καθημερινοί ρυθμοί που βιώνουν οι άνθρωποι στις μέρες μας, τα ωράρια εργασίας σε συνδυασμό με τις μεγάλες αποστάσεις μεταξύ της κατοικίας και της εργασίας είναι ένας ακόμη από τους αρνητικούς παράγοντες που επιβαρύνουν την συμμόρφωση των ασθενών όχι τόσο με τη φαρμακευτική τους αγωγή όσο με το υγιεινό-διαιτητικό τους σχήμα και την άσκηση. Οι ασθενείς στις απαντήσεις τους δηλώνουν πως δεν έχουν χρόνο να ασχοληθούν με τον εαυτό τους λόγω όλων των προαναφερομένων και συχνά η κούραση τους προκαλεί εξάντληση ως συνέπεια της δύσκολης καθημερινότητάς τους, συμπεριλαμβανομένης της προσοχής που πρέπει να δίνουν στη δίαιτά τους. Δεν είναι τυχαίο, πως οι χρόνιοι ασθενείς δηλώνουν πως δεν αντέχουν την πίεση των πολλών

ετών και σταδιακά ξεφεύγουν από το σχήμα όλο και συχνότερα, γεγονός που απαντάται και στη βιβλιογραφία (Rubin,2005).

1.2.8 Η δομή των συστημάτων υγείας

Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει ο τρόπος επικοινωνίας ανάμεσα στον ασθενή και στον θεράποντα γιατρό. Οι γιατροί διαδραματίζουν συχνά έναν κεντρικό ρόλο στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, ο ρόλος τους στο εάν επηρεάζουν τους ασθενείς ώστε να ανταπεξέρχονται στις δαπάνες των φαρμάκων δεν είναι καλά κατανοητός. Εκτός από την παροχή συγκεκριμένων συμβουλών για την αντιμετώπιση των δαπανών φαρμάκων, η ποιότητα των αλληλεπιδράσεων ασθενών/νοσοκομειακών γιατρών επιδρά και στην ικανότητα των ασθενών να ανταπεξέλθουν μόνοι τους στις απαιτήσεις της θεραπείας (Stewart 1999, Piette et al 2005). Η εμπιστοσύνη που δείχνουν οι ασθενείς στο γιατρό τους είναι ιδιαίτερα σημαντική στη διαμόρφωση των αποφάσεων για το εάν θα συμμορφωθούν με τη θεραπεία και θα λάβουν τα φάρμακα ακόμα και εάν αυτά έχουν υψηλό κόστος. Η εμπιστοσύνη που δείχνουν οι ασθενείς στους γιατρούς σχετίζεται θετικά με την αποδοχή των νέων φαρμάκων, με τις προθέσεις των ασθενών να ακολουθηθούν οι συμβουλές τους (Safran,1998). Οι ασθενείς που εμπιστεύονται τους γιατρούς τους μπορούν να δώσουν μια υψηλότερη αξία στα φάρμακα τους και να είναι πιθανότερο να διατηρήσουν τη συμμόρφωση σε αυτά τουλάχιστον όταν είναι οι δαπάνες μέσα σε κάποια οικονομικά όρια. Η έλλειψη χρόνου σε κάθε επίσκεψη συχνά δεν επιτρέπει στον γιατρό να εξηγήσει στον ασθενή τη χρησιμότητα και το όφελος της αντιδιαβητικής αγωγής. Στην Ελλάδα, η Π.Φ.Υ. παρουσιάζει πολλά προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Δεν υπάρχει σχεδιασμός και συντονισμός στην ανάπτυξη, την παραγωγή και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης, στο προσωπικό υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό. Οι ιατροί δεν έχουν κίνητρα για να κινήσουν πιο γρήγορα την παραγωγική διαδικασία λόγω των χαμηλών μισθών που λαμβάνουν. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η ελλιπής μηχανογράφηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας καθώς και η απουσία ιατρικού φακέλου του κάθε ασθενή που θα βοηθούσε το έργο των ιατρών. Επιπλέον, υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και γι' αυτό περιορίζονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες. Επιπλέον, υπάρχει ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού και απουσία αυτών σε μερικές περιοχές. Τέλος, ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα είναι οι ελλείψεις που έχει η

συνταγογράφηση και δυσχεραίνει το έργο όλων των υπαλλήλων της Π.Φ.Υ. (Σωτηριάδου και συν, 2016).

Μερικά από τα βασικά αρνητικά χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στην Ελλάδα, συνοψίζονται στα εξής:

- ❖ Αποκλειστική απασχόληση των γενικών/οικογενειακών γιατρών και των γιατρών Π.Φ.Υ. στην περίθαλψη
- ❖ Μη χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών από τους Γ/Ο ιατρούς
- ❖ Απορρόφησή τους στη συνταγογράφηση
- ❖ Μικρή συμμετοχή στην παροχή φροντίδας στο σπίτι
- ❖ Μη εμπλοκή σε παρεμβάσεις, για την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων, με σκοπό την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας
- ❖ Αδυναμία διάγνωσης ψυχικών διαταραχών και άλλων μη αναγνωρισμένων νοσημάτων (Σουλιώτης & Λιονής, 2013).

1.2.9 Ψυχολογική Κατάσταση

Τα άτομα με το διαβήτη βιώνουν πιο συχνά τα συμπτώματα κατάθλιψης. Ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής είναι σχεδόν δύο φορές πιο υψηλός στους ασθενείς με το διαβήτη έναντι εκείνων χωρίς διαβήτη. Επιπλέον, τα αυστηρά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι παρόντα σε 26-31% των ασθενών με το διαβήτη (Gonzalez et al 2008). Η κατάθλιψη αυξάνει επίσης τον κίνδυνο της υπεργλυκαιμίας και των επιπλοκών του διαβήτη. Μπορεί να συνδεθεί με το ότι δεν υπάρχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στη θεραπευτική αγωγή του διαβήτη λόγω ελαττωμένης αυτοφροντίδας και συμμόρφωσης με τα φάρμακα. Η κατάθλιψη είναι ένας παράγοντας κινδύνου για τη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή και σε άλλες χρόνιες ασθένειες, με τους καταθλιπτικούς ασθενείς να έχουν τριπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών της ασθένειας. Στο διαβήτη, η κατάθλιψη συσχετίζεται με τη ελαττωμένη συμμόρφωση στην άσκηση, στη διατροφή και στη λήψη ορισμένων φαρμάκων καθώς και στον αυτοέλεγχο γλυκόζης (Gonzalez et al 2008). Σε μία

μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 879 ασθενείς βρέθηκε ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με τη πραγματοποίηση σωστής διατροφικής αγωγής, λήψης φαρμάκων και άσκησης (Gonzalez et al 2010). Ακόμη, οι ασθενείς με ΣΔ παρουσιάζουν κατάθλιψη συχνότερα από τον γενικό πληθυσμό. Η επίπτωση της μείζονος κατάθλιψης υπολογίζεται στο 15-20% στους διαβητικούς έναντι 2-9% στον γενικό πληθυσμό. Αυτό μειώνει τη συμμόρφωση, σύμφωνα με τις σχετικές μελέτες. Η επίδρασή της φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στους άνδρες. Πάντως, όχι μόνο η μείζων αλλά και η υποκλινική κατάθλιψη φαίνεται να μειώνει σε κάποιο βαθμό τη συμμόρφωση στα αντιδιαβητικά φάρμακα.

1.2.10 Μορφωτικό Επίπεδο

Είναι σημαντικό οι ασθενείς να έχουν κατανοήσει το όφελος που θα έχουν για την υγεία τους από τη λήψη των φαρμάκων τους. Αυτό βέβαια έχει να κάνει με το μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το οικογενειακό περιβάλλον και τη γενικότερη πληροφόρηση των ασθενών. Η εκπαίδευση παρέχει γνώσεις και δεξιότητες στα ζητήματα υγείας. Η σωστή διατροφή, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η ορθολογική χρήση των ιατρικών υπηρεσιών, κ.ά., αποτελούν σημαντικά εφόδια υγείας, που παρέχονται από τις άτυπες μορφές εκπαίδευσης στο πλαίσιο της οικογένειας, καθώς και από τη θεσμοθετημένη πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση. Ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει την φαρμακευτική συμμόρφωση είναι το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς με δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν καλύτερη συμμόρφωση από του ασθενείς με υποχρεωτικό επίπεδο εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τους Alkatheri & Albekairy (2013) σε μελέτη που αφορούσε ασθενείς ηλικίας 60 ετών και άνω με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης είχαν χαμηλή συμμόρφωση λόγω της μη κατανόησης της φαρμακευτικής αγωγής. Κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, ιδίως σε μονάδες υγείας με αυξημένη κίνηση, όπου οι ασθενείς λαμβάνουν γραπτά τις οδηγίες για τη θεραπεία τους. Ωστόσο ο αναλφαβητισμός τους καθώς και η δυσκολία να κατανοήσουν τις οδηγίες του εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού μειώνουν τη αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Οι ασθενείς έχοντας ως μόνη πληροφόρηση τις προφορικές οδηγίες του ιατρού αδυνατούν να διαβάσουν και να εφαρμόσουν τις γραπτές οδηγίες του ιατρού και του φαρμακοποιού (Clayton et al 2012).

1.3 Παρεμβάσεις για τη Διευκόλυνση στη συμμόρφωση

Απλές παρεμβάσεις για την βελτίωση της συμμόρφωσης. Απλός μνημονικός κανόνας **S-I-M-P-L-E** για την κατηγοριοποίηση των παρεμβάσεων (Atreja et al., 2005):

- **Simplify regimen:** Απλοποίησε τη θεραπεία (προσαρμογή συχνότητας, ώρας λήψης, δοσολογίας).
- **Impart appropriate knowledge:** Μετέδωσε την κατάλληλη γνώση (συζήτηση με γιατρό, νοσηλεύτη, φαρμακοποιό-Διανομή έντυπου υλικού-χρήση ηλεκτρονικών πηγών πληροφόρησης).
- **Modify patient beliefs and human behavior:** Τροποποίησε τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά του ασθενούς.
- **Patient communication and trust:** Βελτίωσε την επικοινωνία με τον ασθενή και ανέπτυξε σχέσεις εμπιστοσύνης.
- **Leave the bias:** Εγκατάλειψε τις προκαταλήψεις.
- **Evaluate adherence:** Εκτίμησε το επίπεδο προσήλωσης (Atreja et al., 2005).

Στρατηγικές για την αύξηση της συμμόρφωσης :

- Διορθώστε και ολοκληρώστε τις οδηγίες όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή. Προφορικές και γραπτές οδηγίες.
- Απλό και προσιτό θεραπευτικό σχήμα.
- Αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ γιατρού-ασθενούς ώστε να υπάρχει κάποιο κλίμα εμπιστοσύνης.
- Αξιολόγηση της αντίληψης του ασθενούς σχετικά με τη χρήση φαρμάκων.
- Ενθάρρυνση ασθενούς σχετικά με τη λήψη φαρμάκων και συσχέτιση αυτής με τις καθημερινές δραστηριότητες.
- Διευκρινίστε τις προσδοκίες του ασθενούς για θεραπεία και απαντήσεις σε ερωτήσεις (Inamdar et al, 2013).

- Στρατηγικές για την αύξηση της συμμόρφωσης.
- Η συμβουλευτική σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία της, την τροποποίηση του τρόπου ζωής.
- Εξηγήστε πώς λειτουργεί το κάθε φάρμακο τον έλεγχο ή την πρόληψη συμπτωμάτων.
- Προσδιορίστε αν ο ασθενής μπορεί να αντέξει οικονομικά να αγοράσει το συνταγογραφούμενο φάρμακο και αν εξετάζει εναλλακτικές θεραπείες ή μεθόδους πληρωμής.
- Ο ασθενής μπορεί να επωφεληθεί από τη χρήση του συσκευές υπενθύμισης, όπως ημερολόγια (Inamdar et al., 2013).
- Συνδυασμός παρεμβάσεων είναι πιο αποτελεσματικός.
- Σημαντικός είναι ο ρόλος της εκπαίδευσης ασθενών ώστε να αυξηθεί η συμμόρφωση.

2 ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

2.1 Ορισμοί – Αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy)

Η αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στις εκτιμήσεις του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα του να οργανώσει και να εκτελέσει ένα σχέδιο δράσης για την επίτευξη προκαθορισμένων επιπέδων επίδοσης. Η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας: Κεντρική θέση στις εσωτερικές γνωστικές διαδικασίες και στις σκέψεις του ανθρώπου κατέχουν, κατά τον Bandura (1986), οι εκτιμήσεις που κάνει ο ίδιος για την αξία των ικανοτήτων, δηλαδή το πως και κατά πόσο το άτομο αντιλαμβάνεται ότι είναι άξιο και ικανό να πραγματοποιήσει με επιτυχία κάποιο επιδιωκόμενο σκοπό. Η αίσθηση της αξιοσύνης παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να επιλέξει τον τρόπο που θα ενεργήσει, δηλαδή πόσο θα εκτείνει τις προσπάθειες του για να πετύχει τους στόχους που έθεσε και ποια συμπεριφορά θα υιοθετήσει προκειμένου να αντιμετωπίσει τα εμπόδια και τις δυσκολίες και να αποφύγει τις δυσάρεστες εμπειρίες.

Ο διαβήτης αποτελεί μια χρόνια ασθένεια με την οποία οι ασθενείς θα συνυπάρχουν σε όλη τους τη ζωή και θα πρέπει να μάθουν να ζουν με αυτήν . Η συνύπαρξη τους με αυτήν την ασθένεια εστιάζεται κυρίως στην αντιμετώπιση των χρόνιων επιπλοκών (Wagner et al 2000). Η αυτοδιαχείριση αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να παρακολουθεί την κατάσταση της υγείας του και να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τη νόσο του και την ακολουθούμενη θεραπεία, ώστε να προσαρμόζεται επιτυχώς στις απαιτήσεις της χρόνιας νόσου. Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη η πραγματοποίηση της αυτοφροντίδας και η σωστή τήρηση της θεραπευτικής αγωγής έχει σαν αποτέλεσμα την επιβίωση του ασθενούς χωρίς επιπλοκές και επαναλαμβανόμενες νοσηλείες (Osborn, 2012). Η κακή συμμόρφωση έχει αρνητικές συνέπειες για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ενώ θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι η έλλειψη συμμόρφωσης αποτελεί πραγματικό παράγοντα κινδύνου για την επιδείνωση της νόσου (Λαβδανίτη, 2016). Ειδικά για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, η αυτοδιαχείριση είναι αναγκαία και έχει αναγνωριστεί από πολλούς επιστημονικούς φορείς (π.χ. Αμερικανική Ένωση Εκπαιδευτών Διαβήτη, Αμερικανική Ένωση Διαβήτη και το Ευρωπαϊκό Φόρουμ Πρωτοβάθμιας Φροντίδας) ως αναπόσπαστο κομμάτι της ολοκληρωμένης φροντίδας του διαβήτη.

Η στρατηγική αντιμετώπισης του διαβητικού ασθενούς πρέπει να ικανοποιεί τρεις βασικούς στόχους: τον μακροχρόνιο έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης του ασθενούς, την αύξηση της σωματικής άσκησης και την υιοθέτηση από τον ασθενή ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, την εξάλειψη των παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης των χρόνιων επιπλοκών του διαβήτη (πχ τη διακοπή του καπνίσματος, έλεγχος αρτηριακής πίεσης και επιπέδων χοληστερόλης). Η θεραπευτική προσέγγιση για την κάλυψη των παραπάνω στόχων βασίζεται σε τρεις κύριους άξονες: την τήρηση συγκεκριμένου προγράμματος διατροφής, την αύξηση της σωματικής άσκησης, τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Θα πρέπει να επιδιώκεται η ενεργός συμμετοχή του πάσχοντος στη διαδικασία. Ιδιαίτερα κρίσιμο σημείο η εξασφάλιση της κατανόησης του πλάνου δράσης από τον πάσχοντα, αλλά και η εξασφάλιση ότι το άτομο έχει τις αναγκαίες γνώσεις και δεξιότητες και τους απαραίτητους πόρους για να το υλοποιήσει. Η εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση βοηθάει στην επίτευξη αλλαγών στη συμπεριφορά υγείας και την αντιμετώπιση προβλημάτων που έχουν οι πάσχοντες. Παράγοντες όπως η καλύτερη εκπαίδευση των ασθενών, η διερεύνηση για κατάθλιψη, τεχνικές «αυτοβοήθειας», η μείωση του κόστους, η χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας κ.ά. συμβάλλουν σε καλύτερη συμμόρφωση.

Η άσκηση βοηθά στην απορρόφηση της ινσουλίνης από τους ιστούς ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας που ακολουθεί ο διαβητικός. Οποιοδήποτε είδος άσκησης (περίπατος, δουλειές του σπιτιού, κολύμβηση κ.τ.λ.) βοηθούν στο συγκεκριμένο τομέα. Η τακτική άσκηση συνιστάται περισσότερο, από το να ασκείται κάποιος ορισμένες φορές μόνο και πολύ σκληρά. Πρόσφατες έρευνες αποδεικνύουν ότι η τακτική άσκηση μπορεί να αποτρέψει την εκδήλωση Σ.Δ. τύπου 2, σε περίπτωση που ο διαβητικός ασκεί αυτό βεβαίως και μπορεί να συνεχιστεί, σε περίπτωση που η ισορροπία του σακχάρου του αίματος είναι υπό έλεγχο και λαμβάνεται προσοχή ώστε το επίπεδο του σακχάρου να μην πέφτει πολύ χαμηλά κατά την διάρκεια της άθλησης.

Επιπλέον, απαιτείται κατάλληλη εκπαιδευτική προετοιμασία των νοσηλευτών ώστε να καταστούν ικανοί να προάγουν αποτελεσματικά την αυτοδιαχείριση των πασχόντων από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Παράλληλα ενίσχυση του υγειονομικού συστήματος και ενεργή συμμετοχή στην διευκόλυνση της συμμόρφωσης των πασχόντων. Η συνεργασία και η καλή επικοινωνία γιατρών –

παθολόγων μπορεί να οδηγήσει σε συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και συνεπώς σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η επικοινωνία μεταξύ των δύο πλευρών είναι ιδιαίτερα σημαντική για να εξατομικευτεί η θεραπεία για το σακχαρώδη διαβήτη ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Η συνεργασία και η καλή επικοινωνία με τους γιατρούς φαίνεται να επηρεάζει τη συμμόρφωση με τη θεραπεία όπως δείχνουν έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε ασθενείς (Tjia et al 2008).

Η Αμερικανική Ένωση Εκπαιδευτών Διαβήτη θεωρεί ότι η αλλαγή συμπεριφοράς στους ασθενείς με διαβήτη θα πρέπει να στρέφεται στην κατεύθυνση της ανάπτυξης επτά συγκεκριμένων συμπεριφορών αυτοφροντίδας, οι οποίες είναι γνωστές ως «AADE7» (American Association of Diabetes Educators 7 Selfcare Behaviors). Οι συμπεριφορές αυτές προτάθηκαν από ομάδες εμπειρογνομόνων εκπαιδευτών διαβήτη, και εδραιώθηκαν με βάση τη διεξαγωγή πληθώρας συστηματικών ανασκοπήσεων της βιβλιογραφίας και αφορούν συνοπτικά τα εξής:

1. Εκτέλεση υγιεινών επιλογών διατροφής: κατανόηση της σχέσης διατροφής και σακχάρου αίματος, περιορισμός του λίπους και καταμέτρηση των υδατανθράκων των τροφών, ανάγνωση ετικετών τροφίμων, σχεδιασμός γευμάτων.

2. Διατήρηση επαρκούς σωματικής δραστηριότητας για μείωση του βάρους και επίτευξη ικανοποιητικού γλυκαιμικού ελέγχου.

3. Παρακολούθηση: καθημερινή μέτρηση σακχάρου του αίματος, παρακολούθηση αρτηριακής πίεση και σωματικού βάρους, έλεγχος ούρων για παρουσία κετονών.

4. Λήψη φαρμακευτικής αγωγής: γνώση της δράσης των φαρμάκων, των παρενεργειών, της συχνότητας χορήγησης και της δόσης.

5. Επίλυση προβλημάτων: οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων είναι αναγκαίες γιατί σε καθημερινή βάση παρουσιάζονται προβλήματα π.χ., ασυνήθιστα υψηλή ή χαμηλή τιμή σακχάρου αίματος, για τα οποία απαιτείται η λήψη αποφάσεων σε τομείς όπως η διατροφή, η φαρμακευτική αγωγή, η άσκηση.

6. Πρόληψη επιπλοκών-μείωση του κινδύνου: διακοπή καπνίσματος, διενέργεια προληπτικών ελέγχων οφθαλμών, άκρων, οδόντων, καθημερινή αυτοπαρατήρηση.

7. Ομαλή προσαρμογή στη νόσο: αναγνώριση των κινήτρων για αλλαγή συμπεριφοράς, θέσπιση πραγματοποιήσιμων στόχων και αντιμετώπιση των εμποδίων στην αλλαγή συμπεριφοράς.

2.2 Παράγοντες μη εμφάνισης της αυτο-αποτελεσματικότητας

Είναι γενικά αποδεκτό ότι ένας ασθενής που υποβάλλεται σε μια πιο σύνθετη θεραπευτική αγωγή είναι λιγότερο πιθανό να συμμορφώνεται σε αυτή από έναν ασθενή με μια λιγότερο απαιτητική θεραπευτική αγωγή. (Lutfey & Wishner 1999). Όταν οι ασθενείς με το διαβήτη δεν ακολουθούν σωστά τις οδηγίες για τη λήψη των φαρμάκων τους, η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου μειώνεται με συνέπεια να υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος επιπλοκών και κίνδυνος εισαγωγής στο νοσοκομείο. Υπολογίζεται περίπου ότι το 36% έως 93% των ασθενών δεν ακολουθούν τη θεραπεία (Martinez et al 2008).

Ο τελικός θεραπευτικός στόχος επηρεάζεται από τη συμμόρφωση στην αντιδιαβητική αγωγή και αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επίτευξη του. Συχνά όμως αυτή θεωρείται δεδομένη ή η συμβολή της υποτιμάται. Η κακή συμμόρφωση έχει αρνητικές συνέπειες για την κλινική αποτελεσματικότητα της θεραπείας και επιφέρει αύξηση του κόστους της ιατρικής περίθαλψης (Βουρλιωτάκη & Κεφαλογιάννης, 2013). Εκτός από τους παράγοντες που δρουν ενισχυτικά στην αυτοδιαχείριση των πασχόντων από διαβήτη, έχουν αναγνωριστεί και παράγοντες οι οποίοι δρουν ανασταλτικά, εμποδίζοντας την ανάληψη δραστηριοτήτων αυτοδιαχείρισης και της αυτο-αποτελεσματικότητας. Υπάρχει μεγάλο εύρος παραγόντων που σχετίζονται αρνητικά με την αυτοδιαχείριση, με κύριους τους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως κατάθλιψη και ανεπαρκής προσαρμογή στη νόσο-άρνηση, χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα, αλλά και παράγοντες που μπορούν σχετικά εύκολα να αντιμετωπιστούν μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης όπως π.χ. η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη νόσο, η γνώση για τα οφέλη της αυτοδιαχείρισης, η καλή κατανόηση του θεραπευτικού πλάνου.

Ακόμα, πολλές φορές η ίδια η δομή αλλά και η οργάνωση του Συστήματος Υγείας, μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά στην αυτοδιαχείριση του διαβήτη. Υπάρχουν ποικίλα εμπόδια που σχετίζονται με το υγειονομικό σύστημα όπως

ενδεικτικά αναφέρονται, η μη διαθεσιμότητα εκπαιδευτικών προγραμμάτων, το περιορισμένο ωράριο ή η ύπαρξη μη εξυπηρετικών ωραρίων λειτουργίας των προγραμμάτων εκπαίδευσης, η απουσία συστηματικής παρακολούθησης μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης.

Σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της αυτοδιαχείρισης του διαβήτη έχει και η στάση των θεραπόντων ιατρών απέναντι στην εκπαίδευση των ασθενών. Στη μελέτη των Reyrot et al. (2009) καταγράφηκε η έλλειψη προτροπής των ιατρών προς τους ασθενείς ώστε να παρακολουθήσουν προγράμματα προαγωγής της αυτοδιαχείρισης του διαβήτη.

2.3 Αυτοαποτελεσματικότητα και Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2

Η προαγωγή της αυτοδιαχείρισης αποτελεί θεμελιώδες μέρος της ολοκληρωμένης φροντίδας του διαβήτη τύπου II και υλοποιείται μέσω οργανωμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων που καθοδηγούνται από γραπτό περίγραμμα. Η εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση αποσκοπεί πρωτίστως στην ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας του πάσχοντος για επίτευξη αλλαγών στη συμπεριφορά υγείας και εστιάζει σε προβλήματα που έχουν εντοπίσει οι ίδιοι πάσχοντες. Κεντρικό ρόλο στη διαδικασία εκπαίδευσης έχει η υποστήριξη του πάσχοντος στη διαδικασία θέσπισης, εφαρμογής και αξιολόγησης εξατομικευμένων σχεδίων δράσης και η υποστήριξή του στην αντιμετώπιση των πιθανών εμποδίων. Η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του απαιτεί επαναπροσανατολισμό των Συστημάτων Υγείας προς ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων. Η αυτο-αποτελεσματικότητα έχει τεράστια οφέλη στην παραγωγικότητα των ασθενών με διαβήτη. Έτσι έχουν λιγότερες επιπλοκές και καλύτερη ποιότητα ζωής. Επιπλέον έχουν μείωση του κόστους κάθε χώρας για την αντιμετώπιση των διαβητικών οξέων και χρόνιων επιπλοκών. Το οποίο κόστος θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για νέες θεραπείες του διαβήτη, για επιπλέον εκπαίδευση των ασθενών αλλά και για πρόληψη μέσω της ενημέρωσης (Χριστοδούλου, 2012).

Τα άτομα με το διαβήτη ακολουθούν μια θεραπευτική αγωγή ακριβείας προκειμένου να διατηρηθεί ο έλεγχος της γλυκόζης του αίματός τους σε φυσιολογικά επίπεδα. Αυτή η θεραπευτική αγωγή μπορεί να οδηγήσει καλύτερα σε αυτοδιαχείριση

του διαβήτη και μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο για τις χρόνιες περιπλοκές. Η θεραπευτική αγωγή διαβήτη αποτελείται από τις διάφορες αλλαγές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής για την ενσωμάτωση της διατροφής, της άσκησης, του ελέγχου γλυκόζης αίματος και της χρήσης φαρμάκων στην καθημερινή ζωή κάποιου. Η υψηλή συχνότητα των επιπλοκών στα άτομα με το διαβήτη δείχνει ότι η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή διαβήτη είναι ένα απαραίτητη. Επιπλέον, έχει υπολογιστεί ότι περίπου 20% των ατόμων με τον τύπο 2 διαβήτη δεν ελέγχουν τη γλυκόζη αίματός τους, και μόνο περίπου 30% των ατόμων πραγματοποιούν το πρόγραμμα άσκησης τους (Morowatisharifabad, 2010).

Μελέτες στην Ευρώπη και την Αμερική έχουν δείξει ότι η καλή ρύθμιση του σακχάρου ελαττώνει σημαντικά τις επιπλοκές από τα μάτια τους νεφρούς και το νευρικό σύστημα (ελάττωση του σχετικού κινδύνου κατά 40% για κάθε βαθμό ελάττωσης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης). Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν επίσης ότι η καλή ρύθμιση της γλυκόζης αίματος ελαττώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Η ρύθμιση του σακχάρου έχει στόχο η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη να είναι κάτω από 6.5-7% το σάκχαρο νηστείας να είναι 80-110 mg/dl και 2 ώρες μετά το φαγητό να είναι 90-150 mg/dl. Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης ελαττώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (καρδιοπάθειας ή εγκεφαλικού) κατά 30-50% και των επιπλοκών από τα μάτια νεφρούς και νεύρα κατά 33%. Για κάθε 10 mmHg ελάττωσης της αρτηριακής πίεσης ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης των προαναφερθέντων επιπλοκών ελαττώνεται κατά 12%. Στόχος είναι η αρτηριακή πίεση να είναι κάτω από 130/80 mmHg. Η ρύθμιση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων ελαττώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επιπλοκών κατά 20-50%. Στόχος είναι η LDL χοληστερόλη να είναι κάτω από 100 mg/dl και τα τριγλυκερίδια κάτω από 150 mg/dl.

3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΒΑΘΜΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Ορισμοί – ΠΦΥ

3.1.1 Εννοιολογική σημασία του συστήματος υγείας ΠΦΥ:

Ο όρος σύστημα παραπέμπει σε ένα σύνολο στοιχείων τα οποία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους. Σύμφωνα με τις Κριθαράκη και Θαλασσοχώρη (2007) «Ο τομέας της Υγείας, είναι ένας από τους πιο νευραλγικούς και απαιτητικούς τομείς της λειτουργίας κάθε σύγχρονης και με κοινωνική ευαισθησία κρατικής οντότητας, ένας τομέας που διεθνώς αντιμετωπίζει μια τριπλή πρόκληση:

- την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας (κοινωνία, οργανισμοί) για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας, σε όλους τους πολίτες,
- το διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και
- την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής νέων τεχνολογιών με κριτήριο την αποτελεσματικότητά και την οικονομική αποδοτικότητά τους.

Σύμφωνα με τους Σούλης & Σαρρής κ.ά. (2001) σύστημα υγείας ορίζεται “ως το σύνολο των επιμέρους στοιχείων-υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού”.

Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007, σ. 202) το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας.

Κατά τον Roemer (2010) σύστημα υγείας είναι «ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό». Τέλος σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το σύστημα υγείας ορίζεται ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας».

Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) εμφανίστηκε το 1978 στο Διεθνές Συνέδριο του Π.Ο.Υ και της UNICEF στο Καζακστάν. Στην ουσία η Π.Φ.Υ. είναι η παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας στα άτομα και γενικά σε όλη την κοινωνία. Το σύστημα υγείας δεν στοχεύει μόνο στη περίθαλψη αλλά και στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας των πολιτών γι αυτό και η Π.Φ.Υ. αποτελεί σημαντικό κομμάτι του συστήματος υγείας. Η Π.Φ.Υ. μέσα σε μία κοινωνία αποτελεί ενιαίο μέρος της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και εκτός από τον τομέα της υγείας ενεργοποιεί και τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης (Σωτηριάδου και συν, 2016). Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ζει ο πληθυσμός, εργάζεται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας για τη φροντίδα υγείας.

3.2 Παρεχόμενες υπηρεσίες (ΠΦΥ)

3.2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας

Κάποιες από τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. είναι η διάγνωση, η θεραπεία, η παροχή φροντίδας στα παιδιά, η μαιευτική φροντίδα καθώς και η παροχή συμβουλών και η παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες υγείας (Taylor, et al., 2002). Η Π.Φ.Υ. συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και του βιοτικό-οικονομικού επιπέδου του πληθυσμού (Παπαμίχος και συν, 2011).

Σκοπός της Π.Φ.Υ. είναι να παρέχει φροντίδα στο σύνολο του πληθυσμού, να εφαρμόζει προγράμματα αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, να παρακολουθεί τους ασθενείς προκειμένου να αναρρώσουν ακόμα και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, να παρέχει πρώτες βοήθειες και άλλα είδους νοσηλεία μέχρι ο ασθενής να φτάσει στο νοσοκομείο να ασκεί προληπτική ιατρική, να ερευνά θέματα ιατρικά και επιδημιολογικά, να παρέχει υπηρεσίες υγείας στα σχολεία, να ενημερώνει μέσα από διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, να εκπαιδεύει τους ιατρούς και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό, να παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, να παρέχει φάρμακα σε δικαιούχους και να συνεργάζεται με την τοπική αυτοδιοίκηση και με

τους ελεύθερους ιατρούς υγείας της περιοχής για μια πιο αποδοτική προσφορά υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και πρόληψης.

3.2.2 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)-Δομές

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) δημιουργείται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας.

Τις Δημόσιες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. αποτελούν :

α) Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας, με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) και

β) Τις Μονάδες Υγείας (με τα οικία τοπικά ιατρεία).

Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. προσέρχονται οι ασφαλισμένοι που δεν απαιτείται εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα (όπως παρακολούθηση χρονίως πασχόντων και συνταγογράφηση), αλλά προσφέρονται υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και υπηρεσίες αποκατάστασης. Γίνεται εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, όπως επίσης ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μέτρων, για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας. Υπάρχει μέριμνα για πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική. Υπάρχουν ακόμα υπηρεσίες για τη μητέρα και το παιδί, οικογενειακού προγραμματισμού και προγράμματα εμβολιασμών σε ενήλικες-παιδιά-βρέφοι. Αντιμετωπίζονται περιστατικά που χρίζουν την παροχή πρώτων βοηθειών, παρέχονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας, τέλος γίνεται παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα (Μπουρσανίδης, 2009).

3.2.3 Ανθρώπινο δυναμικό σε ειδικότητες στον τομέα της υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ είναι:

- α) το ιατρικό προσωπικό
- β) οι οδοντίατροι,
- γ) οι φαρμακοποιοί
- δ) το νοσηλευτικό προσωπικό
- ε) οι μαίες
- ζ) το μη ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (οι επισκέπτες υγείας , οι κοινωνικοί λειτουργοί οι φυσικοθεραπευτές, οι διαιτολόγοι-διατροφολόγοι, οι εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι) και
- η) το λοιπό υγειονομικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό.

Το ανθρώπινο δυναμικό της Π.Φ.Υ. του ΠΕΔΥ έχει διακριτούς ρόλους στην όλη διαδικασία προσφοράς υπηρεσιών υγείας και προσπαθεί καθημερινά να αποδεικνύει ότι είναι κατάλληλα και επαρκώς εκπαιδευμένο ώστε να είναι σε θέση να εργαστεί σε επίπεδο κοινότητας.

3.2.4 Ασφαλισμένοι πολίτες -ασθενείς

Σύμφωνα με το τελευταίο νομοσχέδιο έχει γίνει ενοποίηση των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων, οπότε όλοι ασφαλισμένοι επισκέπτονται τις δομές της ΠΦΥ χωρίς καμία κοινωνικο-οικονομική διάκριση. Ο βαθμός στον οποίο εξασφαλίζεται η ισοτιμία και η ικανοποίηση των ασφαλισμένων πολιτών και η πρόσβαση, προσδιορίζεται από τις πολιτικές και κοινωνικές αξίες που επικρατούν στη χώρα τη δεδομένη στιγμή.

Η χώρα μας διανύει μία δύσκολη οικονομική περίοδο, υπάρχει αύξηση των ανασφάλιστων πολιτών οι οποίοι έχουν πρόσβαση χωρίς καμία επιβάρυνση στις δημόσιες υπηρεσίες της ΠΦΥ.

3.3 ΠΦΥ στην Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία συστατικά. Το δημόσιο σύστημα υγείας (NHS) που ευθύνεται για τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Το ασφαλιστικό σύστημα που καταβάλλονται τα ασφάλιστρα από τους εργαζομένους και τους εργοδότες. Πλέον υπάρχει το Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που καλύπτει όλα τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και καλύπτει πάνω από το 90% του πληθυσμού. Και το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα που περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς, ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα, τα περισσότερα από τα οποία έχουν συμβάσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Σισσούρας, 2012).

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα παρέχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), από τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τον Ιδιωτικό Τομέα και τις μη κερδοσκοπικές, μη κυβερνητικές οργανώσεις.

Πιο συγκεκριμένα, η Π.Φ.Υ. μπορεί να παρέχεται μέσα από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. όπως τα εξωτερικά ιατρεία (Ε.Ι.) των νοσοκομείων, τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.). Επίσης μέσα από δομές κοινωνικής ασφάλισης όπως είναι το δίκτυο των μονάδων υγείας του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων και οι συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί και εργαστήρια. Από τον δημόσιο τομέα όπως είναι οι στρατιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και οι άλλες υπηρεσίες πρόνοιας όπως τα ΚΑΠΗ και οι μη κερδοσκοπικές, μη κυβερνητικές οργανώσεις μέσα από τα πολυϊατρεία τους. Τέλος, στον ιδιωτικό τομέα περιλαμβάνει τους ιατρούς ιδιώτες, τα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, τα εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών, τα κέντρα αποκατάστασης και κάποιες άλλες εξειδικευμένες μονάδες (Γούντας, 2008).

Στην Ελλάδα, η Π.Φ.Υ. παρουσιάζει πολλά προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Δεν υπάρχει σχεδιασμός και συντονισμός στην ανάπτυξη, την παραγωγή και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης, στο προσωπικό υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό. Οι ιατροί δεν έχουν κίνητρα για να κινήσουν πιο γρήγορα την παραγωγική διαδικασία λόγω των χαμηλών μισθών που λαμβάνουν. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η ελλιπής μηχανογράφηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας καθώς και η απουσία ιατρικού φακέλου του κάθε ασθενή που θα βοηθούσε το έργο των ιατρών.

Επιπλέον, υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και γι' αυτό περιορίζονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες. Επιπλέον, υπάρχει ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού και απουσία αυτών σε μερικές περιοχές. Τέλος, ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα είναι η ελλιπής συνταγογράφηση που δυσχεραίνει το έργο όλων των υπαλλήλων της Π.Φ.Υ. (Σωτηριάδου και συν, 2016).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1 ΣΚΟΠΟΣ

Ο αυτοέλεγχος (self-monitoring) αποτελεί ένα τμήμα της αυτοδιαχείρισης και είναι μείζονος σημασίας ιδιαίτερα στον ΣΔ 2. Η συμμόρφωση του ασθενή συμπεριλαμβάνει πέραν της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή, τη σωστή διατροφή, σωματική άσκηση, διατήρηση του βάρους ή και ελάττωση του και τον συχνό ιατρικό έλεγχο. Το πιο σημαντικό για το σωστό αυτοέλεγχο είναι η γνώση και η εκπαίδευση για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή και η αυτο-αποτελεσματικότητα των ατόμων με διαβήτη τύπου 2. Θα τεθούν και θα απαντηθούν ερευνητικά ερωτήματα τα οποία θα δώσουν κατευθυντήρια γραμμή στη έρευνα.

Οι σκοποί της παρούσας εργασίας αφορούν :

- τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή
- τη σωστή διαχείριση της ασθένειας τους
- τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των ασθενών στην αυτοδιαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη (τύπου II)

Ερευνητικά ερωτήματα :

- Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη μη συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή
- Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την αυτό-αποτελεσματικότητα του ασθενούς

2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ιδιωτικού διαβητολογικού ιατρείου στο νομό της Θεσσαλονίκης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Μαΐου-Αυγούστου 2019 και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της τυχαίας δειγματοληψίας. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε 120 άτομα και από αυτά, επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 100, (ποσοστό απόκρισης 84,1%).

2.2 Εργαλεία μέτρησης

Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν αποτελούνταν από το πολύπτυχο ερωτηματολόγιο για το διαβήτη των Ίντα και συν (2011) που περιλαμβάνει ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο, και το μεταφρασμένο στα ελληνικά Summary of Diabetes Self-Care Activities των (Toobert et al 2000). Πέραν αυτού χρησιμοποιήθηκε και το ερωτηματολόγιο για τη στάση απέναντι στο διαβήτη των Anderson et al (2000) στην Ελληνική της προσαρμογή και μετάφραση, όπως αυτή πραγματοποιήθηκε από τους Γιαγλή κ.α. (2003) για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της στάσης των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στη θεραπεία τους. Επίσης περιλαμβάνει δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά.

2.2.1 Summary of Diabetes Self-Care Activities

Το εργαλείο για το διαβήτη των Ίντα και συν (2011) χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή και αποτελείται από ερωτήσεις που εκτιμούν τις ακόλουθες πτυχές του θεραπευτικού σχήματος του διαβήτη: γενική διαίτα, ειδική διαίτα, άσκηση, εξέταση γλυκόζης αίματος, φροντίδα ποδιών και κάπνισμα. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες και παρουσιάζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα στο τέλος. Συμπεριλαμβάνει επίσης μεταφρασμένο το Summary of Diabetes Self-Care Activities-SDSCA (Toobert et al., 2000) ένα σύντομο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για την αυτοδιαχείριση του διαβήτη, το οποίο περιλαμβάνει στοιχεία που Το SDSCA είναι ένα πολυδιάστατο μέτρο της αυτοδιαχείρισης του διαβήτη με αποδεδειγμένη εγκυρότητα και ευαισθησία. Ο μικρός αριθμός σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των υποκλίμακων SDSCA και των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων αποδεικνύει ότι το SDSCA μπορεί να

γενικευθεί σε διαφορετικούς υποπληθυσμούς διαβήτη, συμπεριλαμβανομένης της ινσουλινοζυγίας, του φύλου, του αριθμού των συνυπάρχουσων συνθηκών και της διάρκειας του διαβήτη. Τα πλεονεκτήματα των 11 βασικών στοιχείων του SDSCA περιλαμβάνουν τη συντομία και τη εύκολη βαθμολόγησή τους (άθροισμα του σκορ κάθε ερώτησης), τα οποία τους καθιστούν πρακτικό να χρησιμοποιηθούν τόσο κλινικά όσο και στην έρευνα. Το SDSCA είναι ελεύθερο προς χρήση για όλους.

2.2.2 Ερωτηματολόγιο για τη στάση απέναντι στο διαβήτη

Το ερευνητικό εργαλείο Diabetes Empowerment Scale (DES) των Anderson et al. (2000) έχει στόχο τη μέτρηση και αξιολόγηση της ψυχικής και κοινωνικής αυτό-αποτελεσματικότητας των ατόμων που πάσχουν από διαβήτη. Στη παρούσα έρευνα το χρησιμοποιήσαμε μεταφρασμένο και συγκεκριμένα, την εκτενή εκδοχή του ερωτηματολογίου, των 28 ερωτήσεων, στην Ελληνική της προσαρμογή και μετάφραση, από τους Γιαγλή κ.α. (2003).

Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στην πλήρη του μορφή στο Παράρτημα και περιλάμβανε 28 ερωτήσεις αντιπροσωπεύοντας οκτώ (8) εννοιολογικές κατευθύνσεις: την αξιολόγηση της ανάγκης για αλλαγή, την ανάπτυξη του σχετικού σχεδίου, την υπέρβαση των εμποδίων, την αίτηση για βοήθεια, την υποστήριξη ενός ατόμου, τη διαχείριση των αισθημάτων, την κινητοποίηση του ατόμου, και την κατάλληλη μετατροπή των εναλλακτικών επιλογών φροντίδας του διαβήτη ώστε να ανταποκρίνονται στις προτεραιότητες και τις συνθήκες ζωής ενός ασθενή. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου αυτού είναι πολύ υψηλή (Cronbach's α =0,96), και είναι διαχωρισμένο σε τρεις ενότητες:

- (i) τη διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών του διαβήτη, με εννέα (9) αντικείμενα (Cronbach's α =0,93),
- (ii) (την αξιολόγηση της απογοήτευσης και της προθυμίας για αλλαγή, με εννέα (9) αντικείμενα (Cronbach's α =0,81), και
- (iii) την τοποθέτηση και την επίτευξη των στόχων, με δέκα (10) ερωτήσεις (Cronbach's α =0,91).

Επιπροσθέτως, για την παροχή μιας συνολικής αξιολόγησης του διαβήτη που σχετίζεται με την ψυχική και κοινωνική αυτό-αποτελεσματικότητα, οι τρεις ενότητες του DES επιτρέπουν την εξέταση των υποκειμένων συνιστωσών τους.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου DES κατατάσσονται στις προαναφερθείσες τρεις ενότητες, ως ακολούθως: (i) διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών του διαβήτη με τις ερωτήσεις 18, και 20 έως 27, (ii) η αξιολόγηση της απογοήτευσης και προθυμίας των ασθενών για αλλαγή με τις ερωτήσεις 1 έως 4, 15 έως 17, 19, και 28, ενώ τέλος (iii) η ενότητα τοποθέτησης και επίτευξης στόχων από πλευράς των ασθενών με τις ερωτήσεις 5 έως 14.

Η βαθμολόγηση των ερωτήσεων τύπου κλίμακας Likert είναι όπως παρακάτω:

- «σίγουρα ναι» αξιολογείται με 5 βαθμούς,
- «μάλλον ναι» αξιολογείται με 4 βαθμούς,
- «ίσως» αξιολογείται με 3 βαθμούς,
- «μάλλον όχι» αξιολογείται με 2 βαθμούς,
- «σίγουρα όχι» αξιολογείται με 1 βαθμό.

Υπάρχει μια συνολική βαθμολογία για την ενότητα όπου οι τιμές ανά ερώτηση της ενότητας προστίθενται και το σύνολό τους διαιρείται με τον αριθμό των ερωτήσεων που περιλαμβάνει η ενότητα. Το αποτέλεσμα είναι η βαθμολογία για αυτή την ενότητα, ενώ η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση του συνόλου των αντικειμένων και την διαίρεση του αθροίσματος με το πλήθος των 28 ερωτήσεων.

Γενικά, δεδομένης της βαθμολόγησης που ακολουθήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, η χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία ενός ατόμου είναι το 28, ενώ η υψηλότερη δυνατή είναι το 140 ή εναλλακτικά, χρησιμοποιώντας τη μέση βαθμολογία ανά ερώτηση, αυτή κυμαίνεται στο εύρος από 1 έως 5. Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν συγκεκριμένα όρια χαρακτηρισμού ή/και κατηγοριοποίησης των ατόμων βάσει της συνολικής τους βαθμολογίας.

2.3 Διαδικασία Συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ειδικού ερωτηματολογίου. Ζητήθηκε χορήγηση άδειας για τη διεξαγωγή της έρευνας σε ιδιωτικό διαβητολογικό ιατρείο, η οποία και εγκρίθηκε. Στη συνέχεια, ακολούθησε η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Με την παρουσία της ερευνήτριας στο ιδιωτικό ιατρείο πραγματοποιήθηκε η συλλογή του δείγματος. Οι ασθενείς

ενημερώθηκαν προφορικά σχετικά με τους σκοπούς της μελέτης και στη συνέχεια συμπλήρωναν με συνέντευξη το ερωτηματολόγιο, το οποίο συνοδευόταν από μία επιστολή στην οποία αναφέρονταν πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της μελέτης, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων, καθώς και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σήμαινε αποδοχή της συμμετοχής και πληροφορημένη συναίνεση, ενώ η διάρκεια συμπλήρωσής του δεν ξεπερνούσε τα 15-20 λεπτά.

Όσον αφορά τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας η ανωνυμία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι πλήρως διασφαλισμένη. Δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην συναίνεση του πληθυσμού που έλαβε μέρος στην έρευνα. Κάθε συμμετέχων είχε το δικαίωμα να αποχωρήσει από την έρευνα σε όποιο σημείο ήθελε ή να μην συμπληρώσει κάποιο ερωτηματολόγιο.

2.4 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 21 (SPSS, Inc. Chigago IL, USA) για τα γραφήματα και τις στατιστικές, με μη παραμετρικές μεθόδους. Γραφήματα και πίνακες έγιναν και με το Microsoft Excel 2003.

Έγινε Τεστ κανονικότητας Shapiro-Wilk (Πίνακας 1) για τις περιγραφικές παραμέτρους και μόνο η ηλικία, το ύψος και η ολική χοληστερόλη ήταν κανονικής κατανομής γιατί το p είναι >0.005 . Επομένως χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι στην επαγωγική στατιστική ανάλυση.

Χρησιμοποιήθηκε το Mann Whitney U test, με όριο σημαντικότητας το $p < 0.05$.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με παραπάνω από δύο στοιχεία π.χ. Εκπαίδευση, Επάγγελμα ή Ηλικιακές ομάδες: με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis, αντίστοιχος της μόνο-παραγοντικής ανάλυσης διασποράς (one way Analysis of Variance – One-way ANOVA) με θηκογράμματα για να συγκεκριμενοποιηθούν ποια στοιχεία της κάθε μεταβλητής είχαν περισσότερη βαρύτητα στο αποτέλεσμα του ελέγχου που δίνει μια γενική στατιστική τιμή. Η διαφοροποίηση της θέσης των θηκογραμμάτων σχετίζεται με τη βαρύτητα του κάθε στοιχείου στον στατιστικό έλεγχο, καθώς η θέση υποδηλώνει τη κατανομή των απαντήσεων στη ερώτηση και επομένως μπορούν να βγουν

συμπεράσματα για το ποιες κατηγορίες έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα στον έλεγχο Kruskal-Wallis.

Για τη εύρεση συσχετίσεων μεταξύ των παραμέτρων τα δεδομένα αναλύθηκαν περαιτέρω με τη μέτρηση του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho, με όριο σημαντικότητας $p < 0.01$ που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακόμα και όταν είναι παραμετρική η μια από τις δυο συγκρινόμενες μεταβλητές.

Πίνακας 1 Τεστ κανονικότητας Shapiro-Wilk για περιγραφικές παραμέτρους

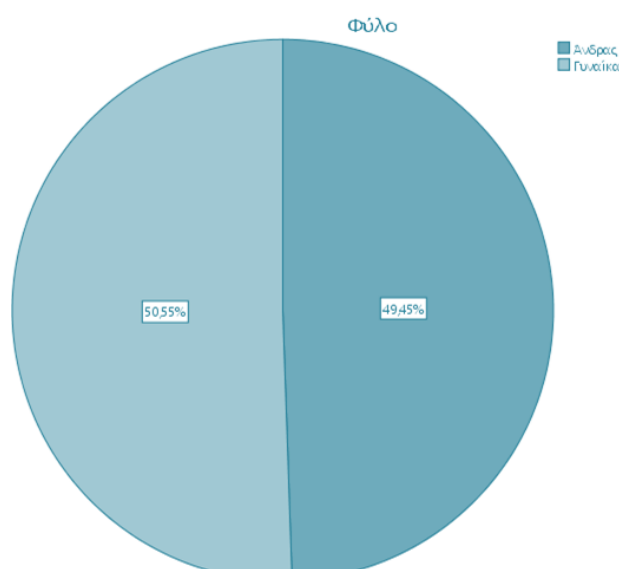
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ηλικία	,076	100	,200*	,982	100	,250
Βάρος	,131	100	,001	,865	100	,000
Ύψος	,088	100	,081	,969	100	,029
BMI	,356	100	,000	,716	100	,000
HbC	,142	100	,000	,839	100	,000
HbA1c	,293	100	,000	,854	100	,000
Γλυκόζη αίματος	,200	100	,000	,792	100	,000
Ολική Χοληστερόλη	,094	100	,049	,976	100	,096
Τριγλυκερίδια	,086	100	,102	,889	90	,000
HDL	,279	100	,000	,686	90	,000
LDL	,077	100	,200*	,933	90	,000
*. This is a lower bound of the true significance.						
a. Lilliefors Significance Correction						

3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση

3.1.1 Γενικά δημογραφικά στοιχεία

Σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων ασθενών, όσον αφορά το φύλο των ερωτώμενων το ποσοστό των ανδρών ήταν 49,5% (n=49) και το ποσοστό των γυναικών 50,5% (n=51)(Γράφημα 1).

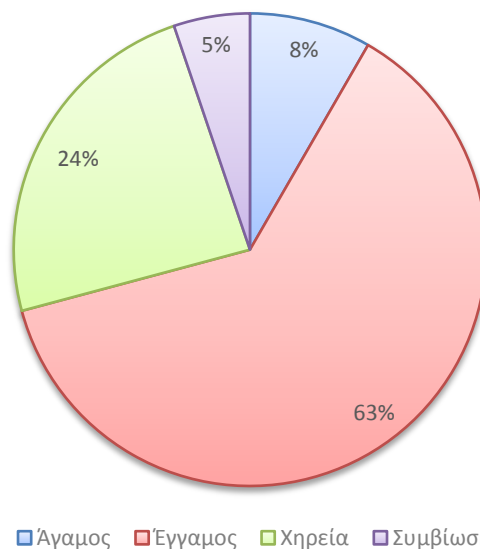


Γράφημα 1. Φύλο

Το 62,5% των ερωτώμενων δήλωσαν έγγαμοι, το 8,3% άγαμοι, το 24% χήρες-οι και σε συμβίωση το 5,2 %. (Πίνακας 1). Το 67% από όσους απάντησαν ζει στο ίδιο σπίτι με αλλά άτομα. (Πίνακας 2).

Πίνακας 2 Οικογενειακή Κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό
Άγαμος	8	8,3
Έγγαμος	60	62,5
Χηρεία	23	24,0
Συμβίωση	5	5,2
Σύνολο	96	100,0
Δεν απάντησαν	4	
Σύνολο	100	



Γράφημα 2 Η οικογενειακή κατάσταση σε ποσοστά

Πίνακας 3 : Κατάσταση διαβίωσης

	Συχνότητα	Ποσοστό
Μόνος	30	33
Με άλλον/ους	61	67
Σύνολο	91	100,0
Δεν απάντησαν	9	

Όσο αφορά τον τόπο διαμονής, οι περισσότεροι ερωτώμενοι ζουν σε αστικό μέρος (82%) με το 13,5 % να είναι σε αγροτική περιοχή όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα.

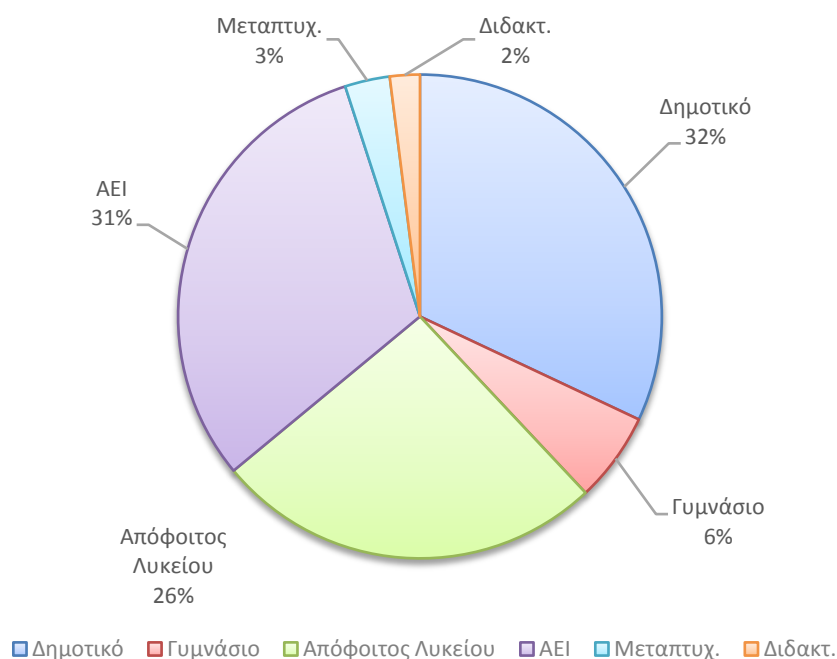
Πίνακας 4 Τόπος διαμονής

	Συχνότητα	Ποσοστό
Αστική	73	82,0
Ημιαστική	4	4,5
Αγροτική	12	13,5
Σύνολο	89	100,0
Δεν απάντησαν	11	
Σύνολο	100	

Πίνακας 5 Επίπεδο εκπαίδευσης

	Συχνότητα	Ποσοστό
Δημοτικό	32	32,0
Γυμνάσιο	6	6
Απόφοιτος Λυκείου	26	26
ΑΕΙ	31	31
Μεταπτυχιακό	3	3
Διδακτορικό	2	2
Σύνολο	100	100,0

Το μορφωτικό επίπεδο, όπως διαφαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, ήταν μοιρασμένο με τους περισσότερους συμμετέχοντες στην έρευνα να έχουν τελειώσει δημοτικό (32%) και ΑΕΙ (31%) ενώ το 26% να είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 6% απόφοιτοι γυμνασίου, το 3% κάτοχοι μεταπτυχιακού και το 2% κάτοχοι διδακτορικού (Γράφημα 3).



Γράφημα 3 Μορφωτικό επίπεδο σε ποσοστά

Βέβαια η πλειοψηφία των ερωτώμενων ήταν ασφαλισμένοι του δημοσίου, 82,4% με το 8,3 % να έχουν ιδιωτική και το 9,3% δημόσια και ιδιωτική, καθώς ήταν όλοι συλλεγμένοι από ιδιωτικό ιατρείο συμβεβλημένο με το δημόσιο. Στον πίνακα 6 υπάρχουν και οι συχνότητες εκτός των ποσοστών.

Πίνακας 6 Κατάσταση ασφάλισης

	Συχνότητα	Ποσοστό
Δημόσια	80	82,4
Ιδιωτική	8	8,3
Μικτή (Δημόσια και Ιδιωτική)	9	9,3
Σύνολο	97	100,0
Δεν απάντησαν	3	

Όσον αφορά το επάγγελμα, το 61% δήλωσαν συνταξιούχοι, το 15% ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 10% ελεύθεροι επαγγελματίες (Πίνακας 7).

Πίνακας 7 Επαγγελματική Κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό
Άνεργη-ος	2	2
Οικιακά	3	3
Δημόσιος Υπάλληλος	5	5
Ιδιωτικός Υπάλληλος	15	15
Αγρότισσα-ης	4	4
Ελεύθερος Επαγγελματίας	10	10
Συνταξιούχος	61	61
Σύνολο	100	100,0

Περνώντας στα υπόλοιπα περιγραφικά στατιστικά, οι περισσότεροι ερωτώμενοι στην έρευνα έχουν δείκτη μάζας σώματος BMI που κυμαίνεται μεταξύ 25-35 (74%), ενώ το υπόλοιπο 26% είναι μοιρασμένο σε κάτω των 25 και άνω των 35 (Πίνακας 8).

Πίνακας 8 Δείκτης μάζας σώματος

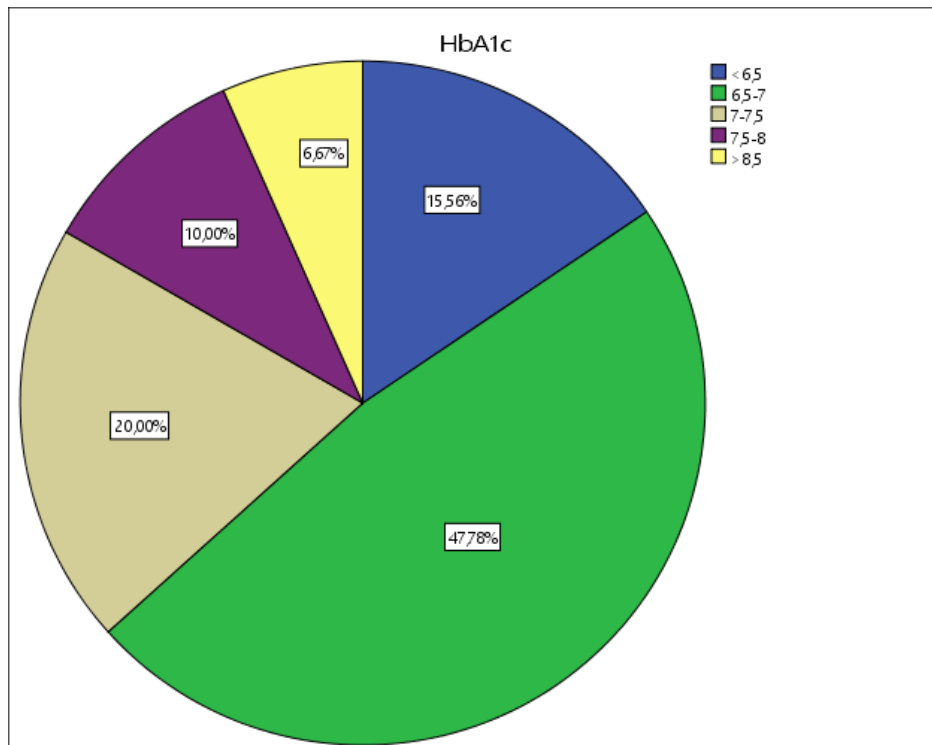
	Συχνότητα	Ποσοστό
<25	13	13
25-35	74	74
>35	13	13
Σύνολο	100	100,0

Αντίστοιχα και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά είναι αρκετά υψηλά, ιδιαίτερα οι αιματολογικές εξετάσεις μέτρια γλυκόζη και υψηλά τριγλυκερίδια όπως διαφαίνονται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9 Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων

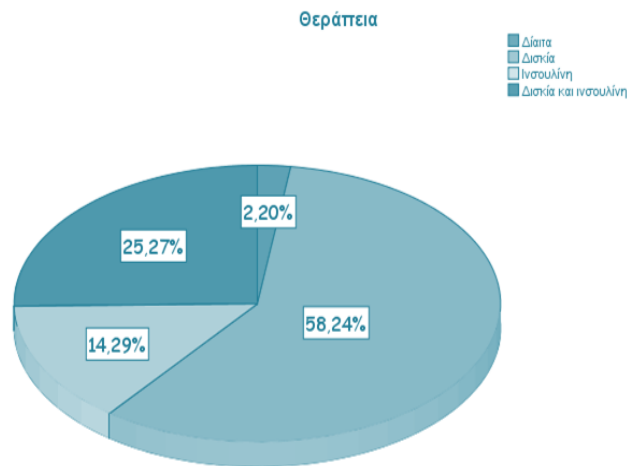
	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο	Τ.Α
Ηλικία	38,00	92,00	66,1429	11,78754
Βάρος(Kg)	54,00	170,00	88,2088	21,35495
Ύψος (cm)	150,00	185,00	168,7473	9,58540
Διάρκεια ασθένειας (μήνες)	12,00	336,00	120,9011	70,67674
HbA1c	5,96	10,26	6,8733	,82982
Γλυκόζη αίματος(mg/dL)	95,00	340,00	146,4725	43,84679
Ολική Χοληστερόλη(mg/dL)	70,00	250,00	162,2308	36,45182
Τριγλυκερίδια(mg/dL)	37,00	500,00	142,8791	70,01489
HDL(mg/dL)	25,00	244,00	68,7692	50,05976
LDL(mg/dL)	14,00	259,00	85,7033	38,16557

Χαρακτηριστικά η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη HbA1c ήταν 6,5 με 7 στο 47% και άνω του 7 με 7,5 στο 20%. Το κυκλικό γράφημα 4 έχει όλα τα ποσοστά.



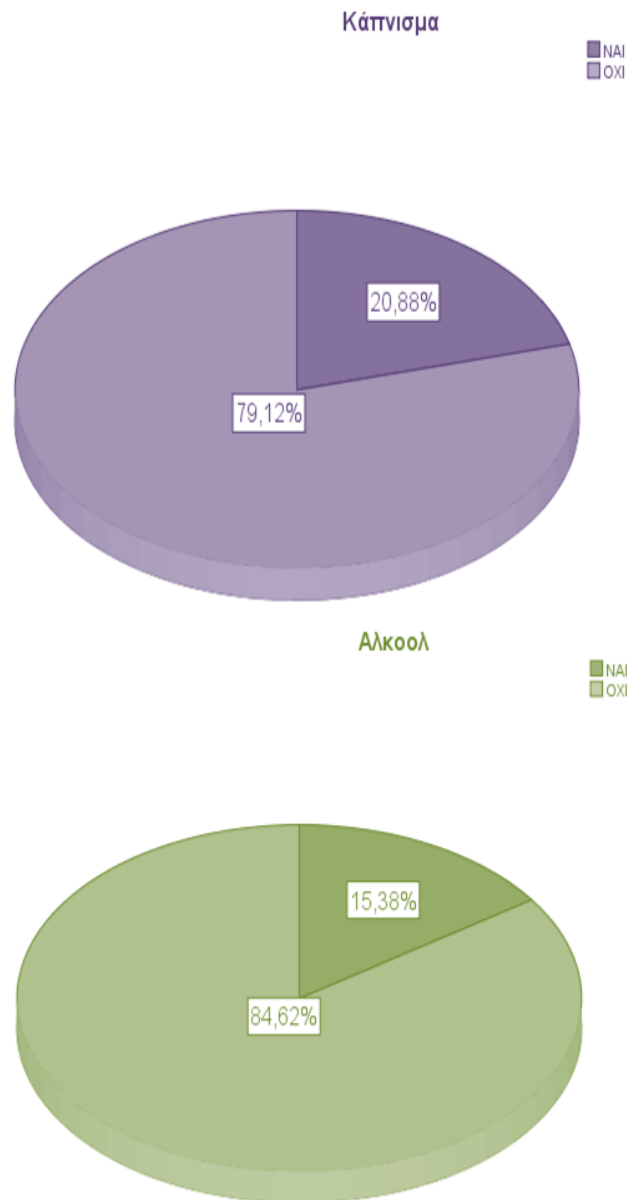
Γράφημα 4 Τα ποσοστά γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c.

Περνώντας στα κλινικά στοιχεία, από το γράφημα 5 προκύπτει πως το 58,2% των ερωτώμενων ακολουθεί θεραπευτική αγωγή με δισκία, το 25,27% θεραπεία με δισκία και ινσουλίνη, το 14,29% ινσουλίνη και το 2,2% μόνο δίαιτα.



Γράφημα 5 Τύπος Θεραπείας

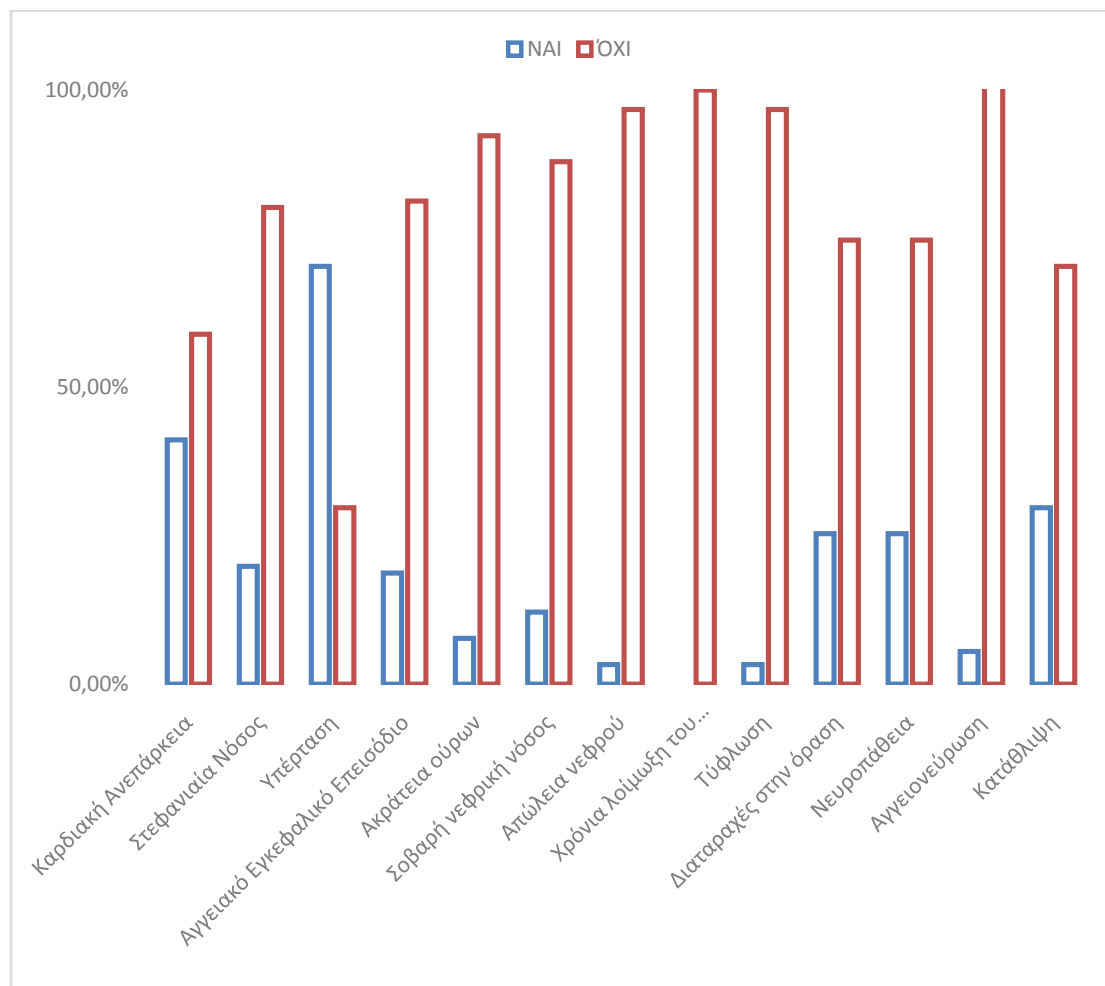
Αντίστοιχα πως το 84,62% δεν καταναλώνει αλκοόλ και το 79,12% δεν καπνίζει όπως παρουσιάζεται στο γράφημα 6.



Γράφημα 6 Κάπνισμα και Κατανάλωση Αλκοόλ

Περνώντας στις συνοσηρότητες των ασθενών από το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο δήλωσαν ότι από τον πίνακα 10 και το γράφημα 7 διαφαίνεται πως το 41,1% πάσχει από καρδιακή ανεπάρκεια, το 19,8% από στεφανιαία νόσο, το 70,3% από υπέρταση, το 18,7% έχει πάθει αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το 7,7% έχει ακράτεια ούρων, το 12,1% σοβαρή νεφρική νόσο, το 3,3% έχει απώλεια νεφρού,

το 25,3% διαταραχές στην όραση όπως και παρόμοιο είναι το ποσοστό που πάσχουν από νευροπάθεια, το 5,5 % από αγγειονέκρωση και το 29,7% από κατάθλιψη.



Γράφημα 7 Επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη σε ποσοστά

Πίνακας 10 Επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη

Πάθηση	Απαντήσεις	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Καρδιακή Ανεπάρκεια	41,1%	58,9%
Στεφανιαία Νόσος	19,8%	80,2%
Υπέρταση	70,3%	29,7%
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	18,7%	81,3%
Ακράτεια ούρων	7,7%	92,3%
Σοβαρή νεφρική νόσος	12,1%	87,9%
Απώλεια νεφρού	3,3%	96,7%
Χρόνια λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος	0%	100%
Τύφλωση	3,3%	96,7%
Διαταραχές στην όραση	25,3%	74,7%
Νευροπάθεια	25,3%	74,7%
Αγγειονεύρωση	5,5%	94,5
Κατάθλιψη	29,7%	70,3%

3.2 Συμμόρφωση στη θεραπεία

Το ερωτηματολόγιο Summary of Diabetes Self-Care Activities έχει ερωτήσεις για τη προσωπική συμπεριφορά του ασθενούς και μελέτα τη συμμόρφωση στη θεραπεία στις διάφορες εκφάνσεις της και συμπεριλαμβάνεται στο εργαλείο των Ίντα και συν (2011). Σε κάθε ερώτηση το 7 να υποδηλώνει πλήρη συμμόρφωση και το 0 καθόλου. Η ενότητα δίαιτα έχει 4 ερωτήσεις, η άσκηση, η φροντίδα των ποδιών και οι αιματολογικές εξετάσεις από 2.

Όπως διαφαίνεται από τον πίνακα 11 με τη μέση βαθμολογία ανά ενότητα, η φροντίδα των ποδιών δεν αποτελεί καθόλου προτεραιότητα και γενικά ούτε προσπαθούν να κάνουν δίαιτα αλλά και να παρακολουθούν συχνότερα τη γλυκόζη αίματος στο σπίτι. Ουσιαστικά διαφαίνεται μια γενικά κακή συμμόρφωση του δείγματος στο σύνολό του, κάτι που μάλλον είναι επήρειά της ομοιογένειας τους δείγματος τουλάχιστον από πλευράς επαγγέλματος καθώς, όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, το 61% είναι συνταξιούχοι του δημοσίου.

Πίνακας 11 Μέση Βαθμολογία για τη κλίμακα Συμμόρφωση στη θεραπεία

	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο	Τ.Α
Συμμόρφωση στη δίαιτα	7	28	14,41	3,541
Συμμόρφωση στην άσκηση	2	4	3,27	,539
Συμμόρφωση στη φροντίδα των ποδιών	0	12	2,43	2,239
Συμμόρφωση στον έλεγχο σακχάρου αίματος	0	7	3,43	1,742

3.3 Στάσεις απέναντι στο διαβήτη

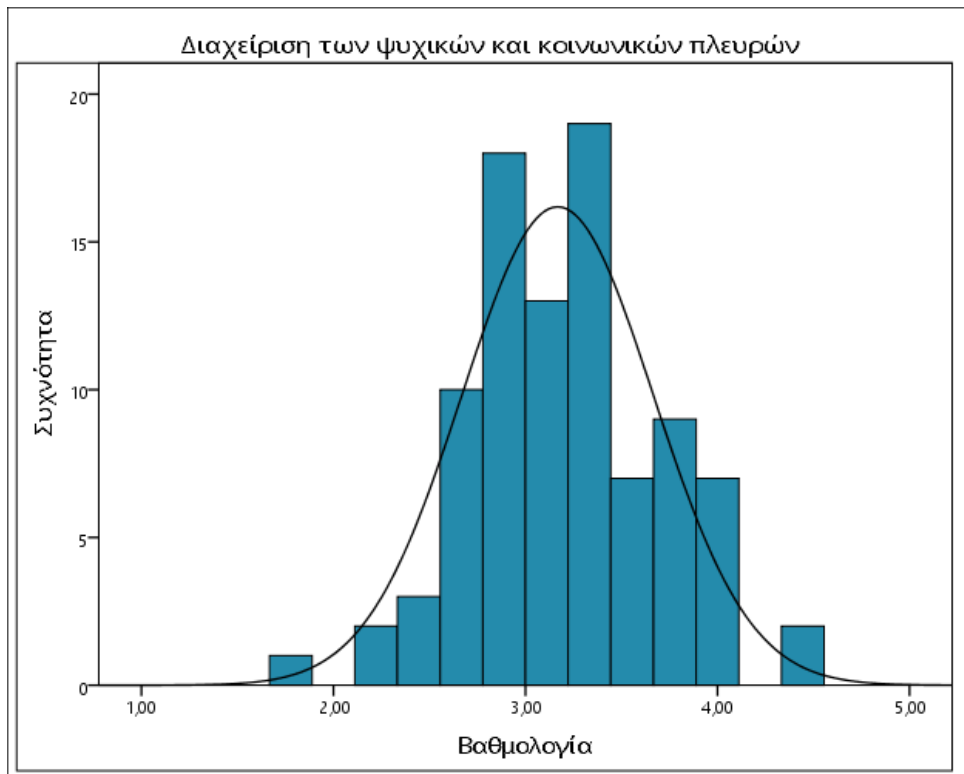
Για τη διερεύνηση της στάσης έναντι το διαβήτη χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο Diabetes Empowerment Scale (DES) των Anderson et al. (2000) στην Ελληνική της προσαρμογή και μετάφραση, από τους Γιαγλή κ.α. (2003). Η κλίμακα αυτή έχει στόχο τη μέτρηση και αξιολόγηση της ψυχικής και κοινωνικής αυτό-αποτελεσματικότητας των ατόμων που πάσχουν από διαβήτη. Έχει 3 ενότητες με μέγιστη βαθμολογία (και καλύτερη) το 5 ανά ενότητα και συνολική βαθμολογία μέχρι 140.

Πίνακας 12 Μέση βαθμολογία στις στάσεις απέναντι στο διαβήτη, ανά ενότητα και συνολικά

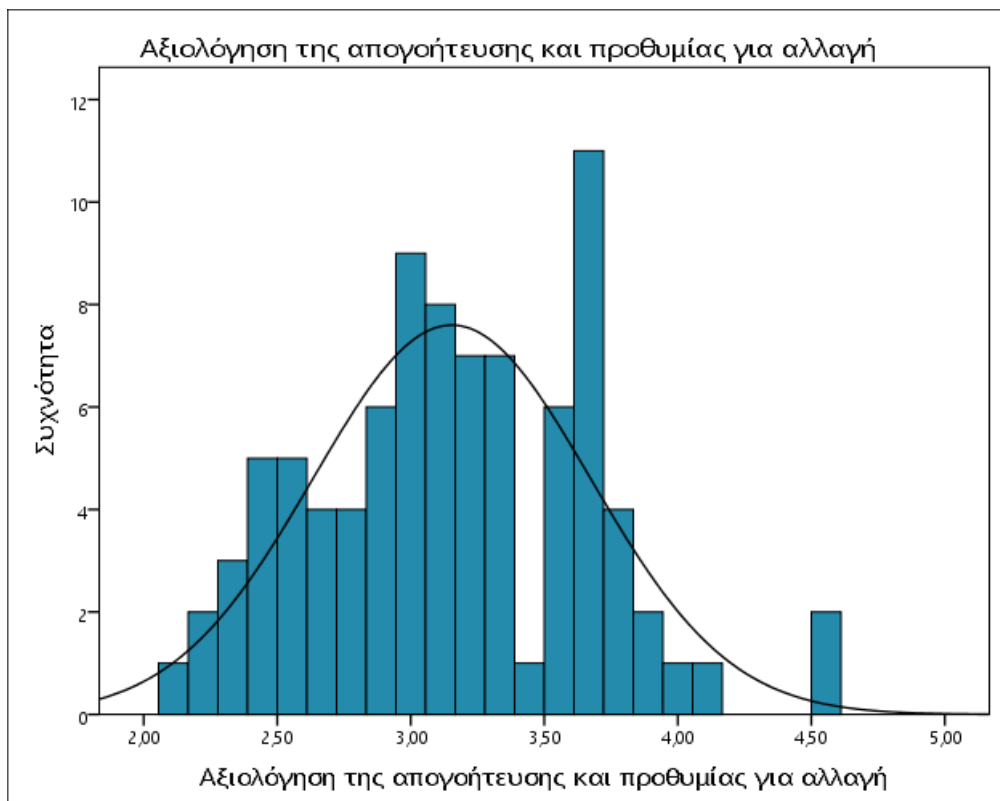
	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο	Τ.Α
Διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών	1,78	4,44	3,1673	,49839
Αξιολόγηση της απογοήτευσης και προθυμίας για αλλαγή	2,11	4,56	3,1536	,51914
Τοποθέτησης και επίτευξη στόχων	2,20	4,50	2,9824	,55128
Γενική στάση απέναντι στο διαβήτη	59,00	115,00	83,1889	12,02796

Βάση του ότι η μέγιστη τιμή 5 υποδηλώνει θετική βαθμολογία, είναι εμφανές ότι οι ερωτώμενοι δεν ήταν πολύ θετικοί σε όλες τις ενότητες περίπου 3 με άριστα το 5 ανά ενότητα αλλά και γενικά ως προς την ασθένεια τους, με γενικό μέσο όρο βαθμολογίας το 83 με άριστα το 140 (Πίνακας 12).

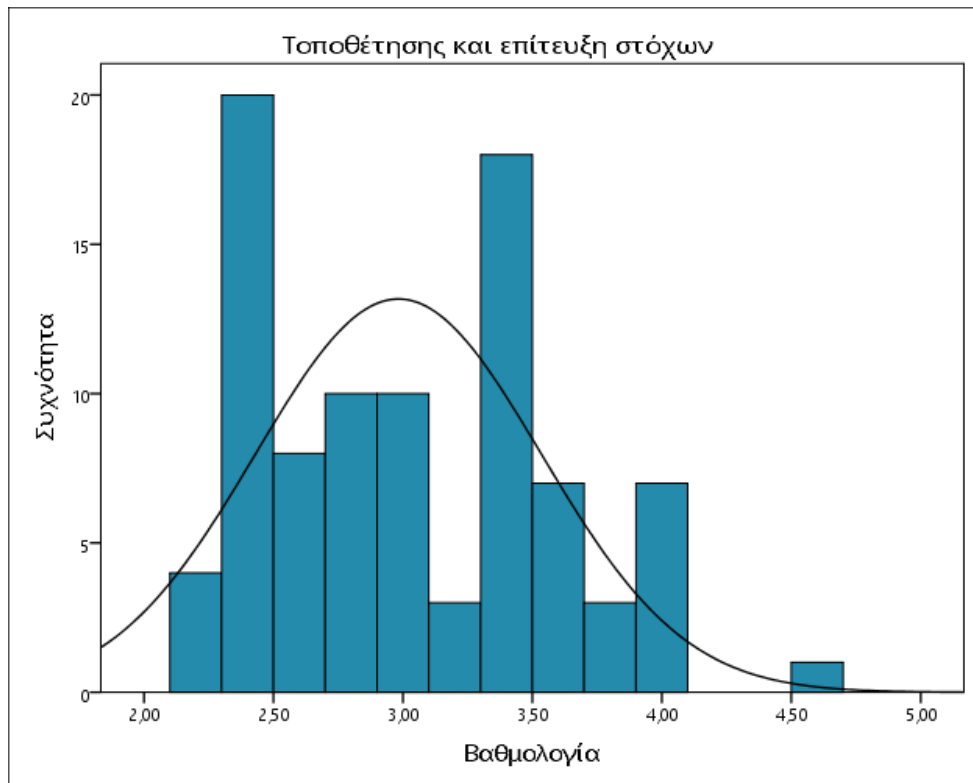
Στα παρακάτω γραφήματα παρουσιάζονται τα ιστογράμματα των βαθμολογιών ανά ενότητα και συνολικά στο σύνολο των ερωτώμενων.



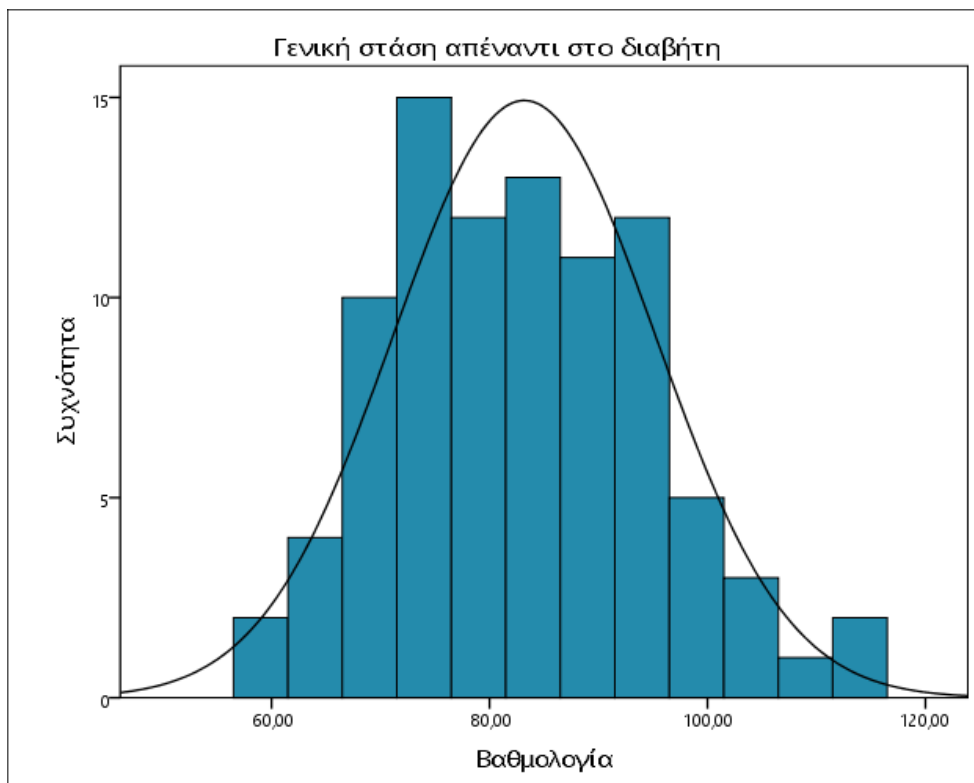
Γράφημα 8 Κατανομή των βαθμολογιών στην ενότητα Διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών.



Γράφημα 9 Κατανομή των βαθμολογιών στην ενότητα Αξιολόγηση της απογοήτευσης και προθυμίας για αλλαγή.



Γράφημα 10 Κατανομή των βαθμολογιών στην ενότητα Τοποθέτησης και επίτευξη στόχων.



Γράφημα 11 Κατανομή των βαθμολογιών συνολικά για τη στάση απέναντι στο διαβήτη.

3.4 Επαγωγική στατιστική Ανάλυση

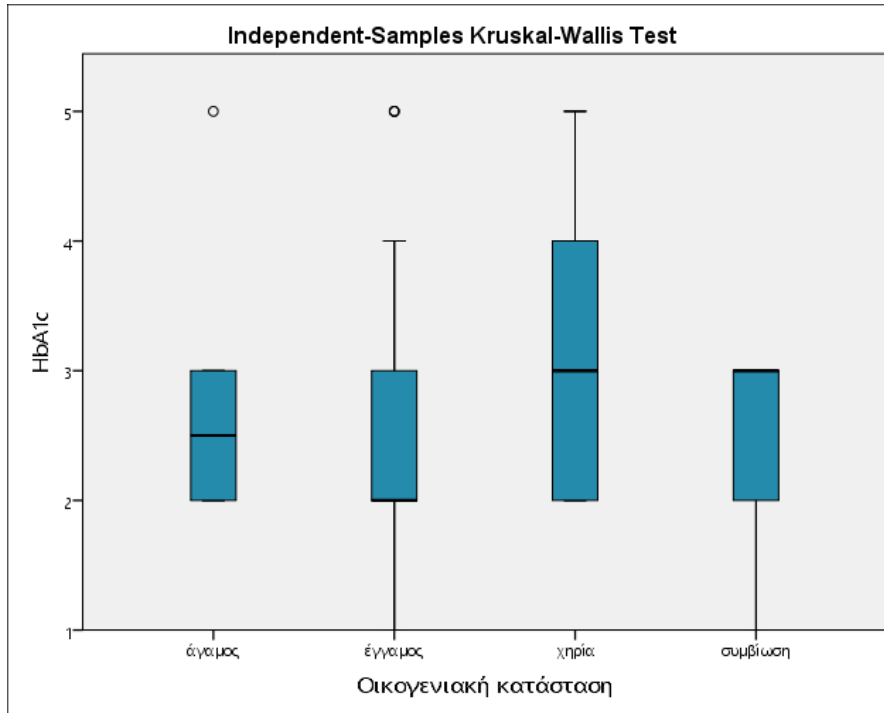
Διεξήχθησαν περαιτέρω στατιστικές αναλύσεις για να βρεθούν τυχόν σχέσεις και συσχετίσεις μεταξύ των μετρούμενων περιγραφικών και δημογραφικών παραμέτρων και των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα.

3.4.1 Αυτοδιαχείριση και οικογενειακή κατάσταση

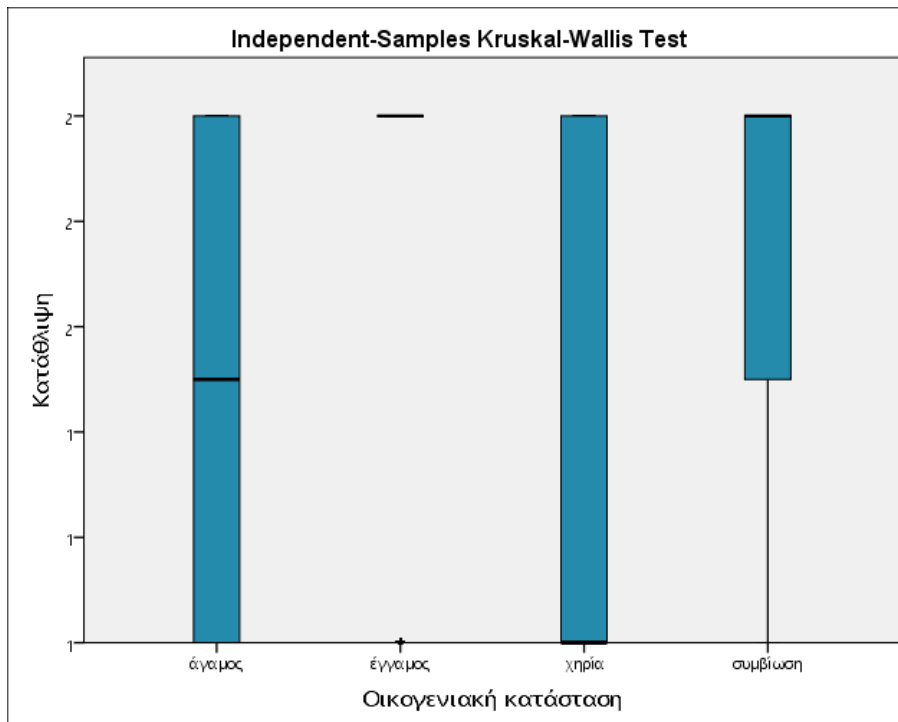
Βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση έχει σημαντικό ρόλο στην παρουσία κάποιων παραμέτρων ιδιαίτερα αυτών που είχαν να κάνουν με την αυτοδιαχείριση όπως μετράται από το ερωτηματολόγιο Στάση απέναντι στο Διαβήτη. Ο Πίνακας 13 έχει τις παραμέτρους που επηρεάζονται από τη οικογενειακή κατάσταση. Έγιναν θηκογράμματα για να διερευνηθεί περαιτέρω αυτή η σχέση και να καταδειχτούν όποιες ομάδες ερωτώμενων είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην εκάστοτε παράμετρο. Ιδιαίτερα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των έγγαμων και αυτών σε χρεία καθώς οι έγγαμοι δεν έχουν κατάθλιψη ($p < 0.01$), έχουν καλύτερες τιμές στη γλυκοζυλιωμένη ($p < 0.01$) και αλλά και στη βαθμολογία για τη Διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών ($p < 0.01$), τοποθέτησης και επίτευξη στόχων ($p < 0.01$) αλλά και συνολικά στη γενική στάση απέναντι στο διαβήτη ($p < 0.01$). Τα θηκογράμματα παρατίθενται παρακάτω.

Πίνακας 13 Independent-Samples Kruskal-Wallis Test που καταδεικνύει τις παραμέτρους που επηρεάζονται από τη οικογενειακή κατάσταση

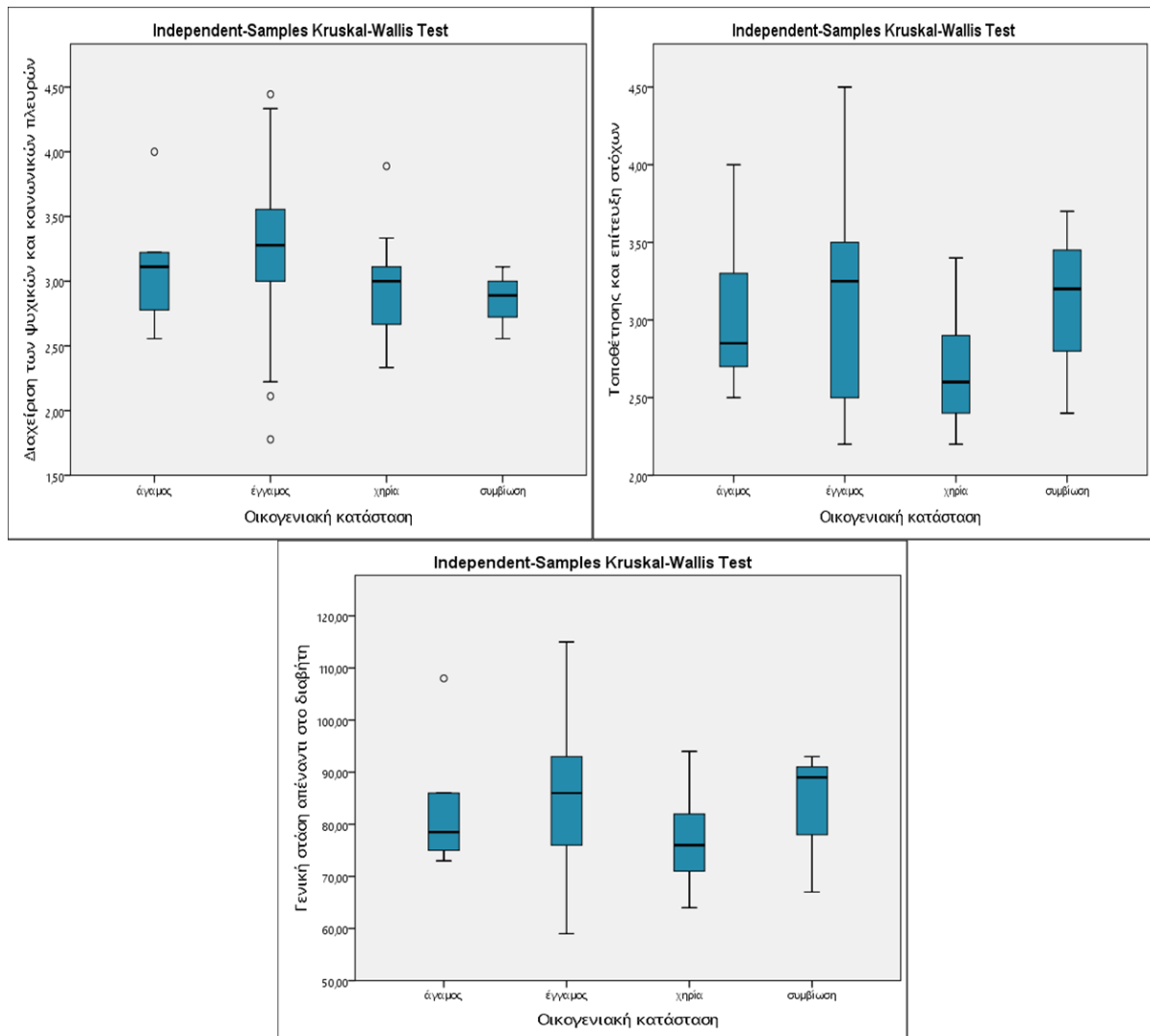
	Sig.
Κατάθλιψη	.001
HbA1c	.038
Διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών	.017
Αξιολόγηση της απογοήτευσης και προθυμίας για αλλαγή	.155
Τοποθέτησης και επίτευξη στόχων	.026
Γενική στάση απέναντι στο διαβήτη	.035



Γράφημα 12 Θηκογράμμα για τη σχέση οικογενειακής κατάστασης και HbA1c



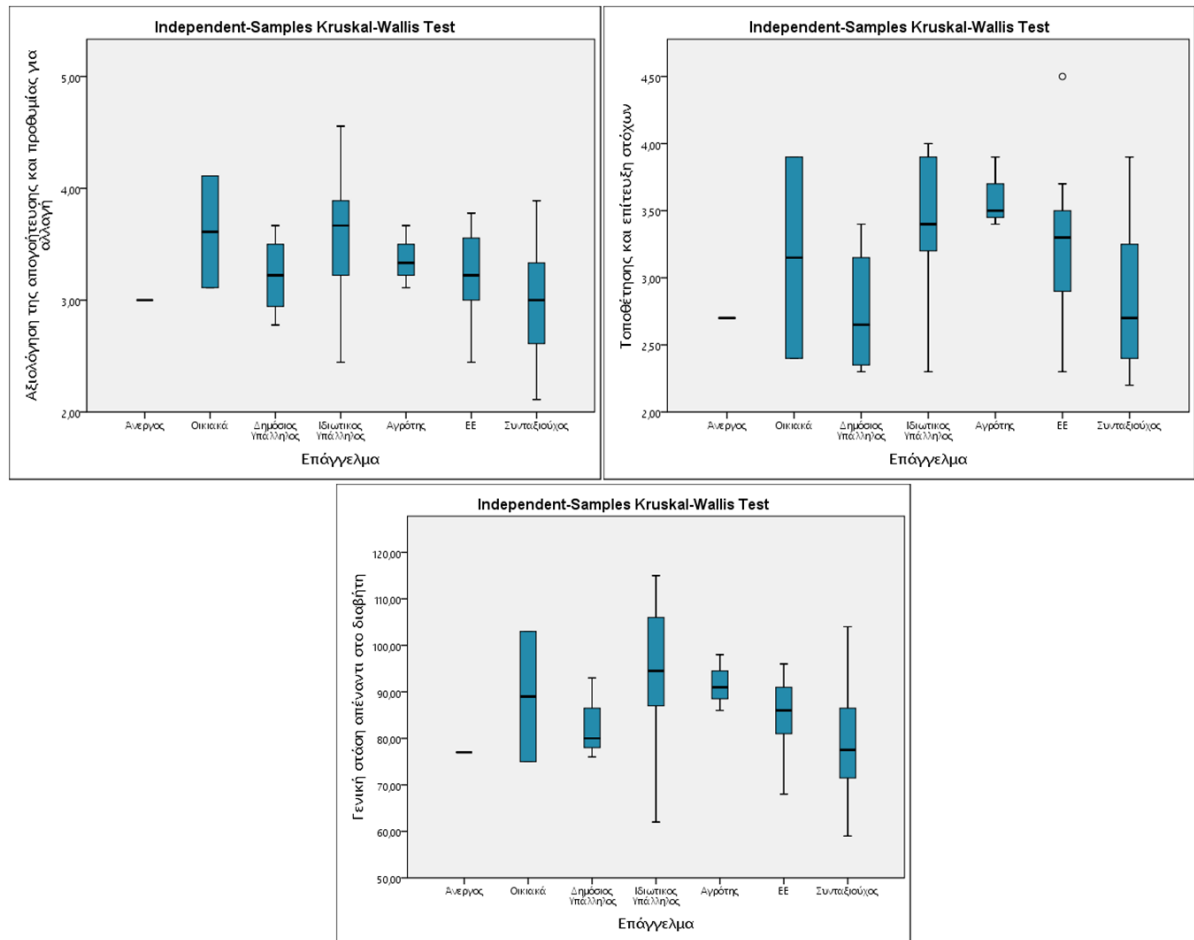
Γράφημα 13 Θηκογράμμα για τη σχέση οικογενειακής κατάστασης και κατάθλιψης



Γράφημα 14 Θηκογράμματα των ενοτήτων της στάσης απέναντι στο διαβήτη και της οικογενειακής κατάστασης

3.4.2 Επάγγελμα και αυτοδιαχείριση

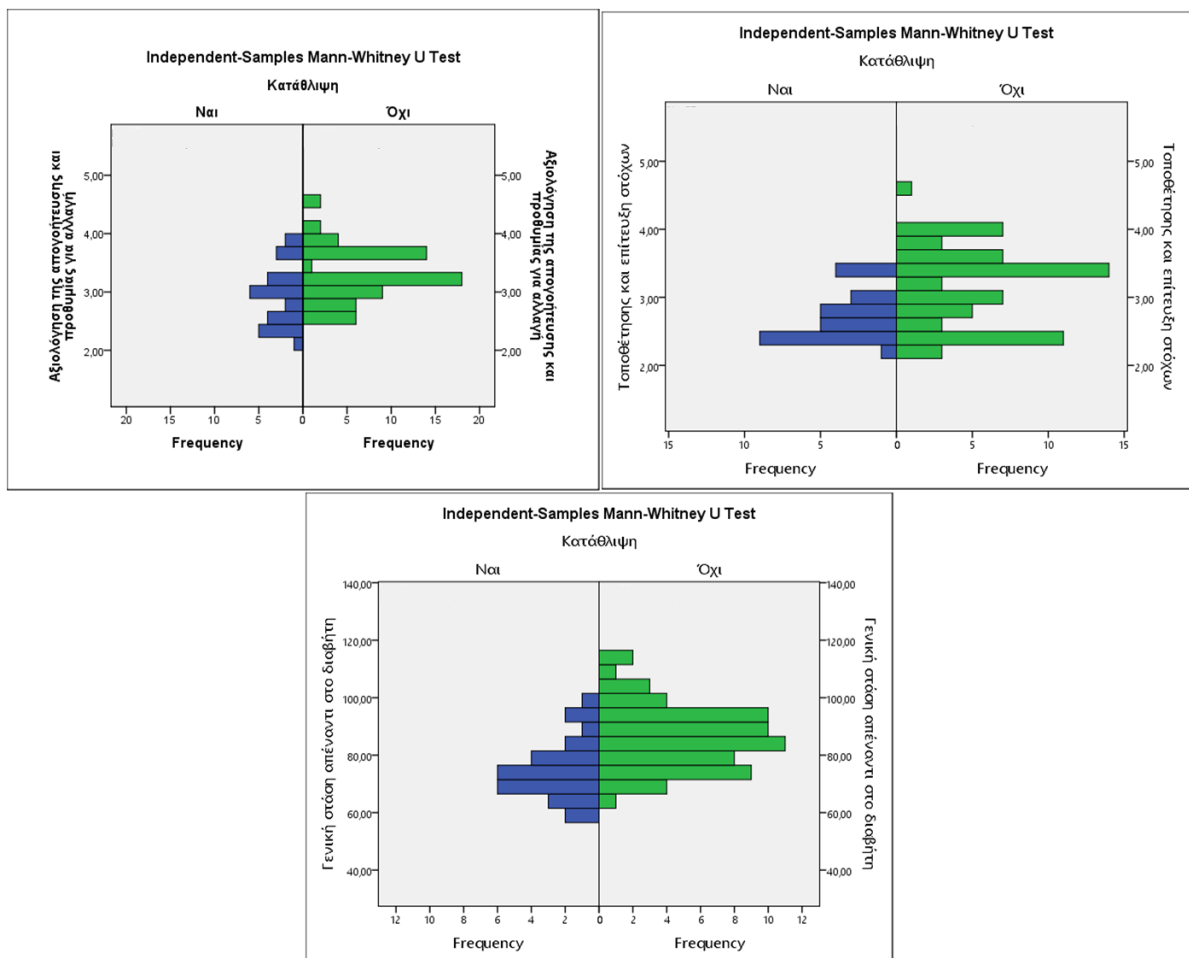
Αντίστοιχη στατιστική ανάλυση έγινε και για τη σχέση που έχει το επάγγελμα με τις παραμέτρους αυτές. Χαρακτηριστικά υπήρχε διαφοροποίηση μεταξύ συνταξιούχων και ιδιωτικών υπαλλήλων αλλά μόνο στη στάση απέναντι στο διαβήτη και τις υποενότητες της. Ειδικότερα οι συνταξιούχοι είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στη ενότητα «αξιολόγηση της απογοήτευσης», δηλαδή ήταν περισσότερο απογοητευμένοι και δεν έδειχναν προθυμία για αλλαγή σε σχέση με τους ιδιωτικούς υπαλλήλους ($p < 0.005$). Επίσης και στη τοποθέτησης και επίτευξη στόχων ($p < 0.05$) αλλά και συνολικά στη γενική στάση απέναντι στο διαβήτη ($p < 0.005$). Τα θηκογράμματα παρατίθενται παρακάτω.



Γράφημα 15 Θηκογράμματα των ενοτήτων της στάσης απέναντι στο διαβήτη και της επαγγελματικής κατάστασης

3.4.3 Κατάθλιψη και αυτοδιαχείριση

Έγινε επίσης σύγκριση με το Mann-Whitney test, της ομάδας που δήλωσε ότι έχει κατάθλιψη με τις παραμέτρους σε σχέση με τους υπόλοιπους που δεν δήλωσαν ότι πάσχουν. Υπάρχει ειδοποιός διαφορά στη βαθμολογία για τη στάση απέναντι στο διαβήτη και τις υποενότητες της με χαμηλότερες βαθμολογίες από όσους δήλωσαν ότι πάσχουν από κατάθλιψη (όλες με $p < 0.001$) αλλά όχι σε κάτι άλλο.



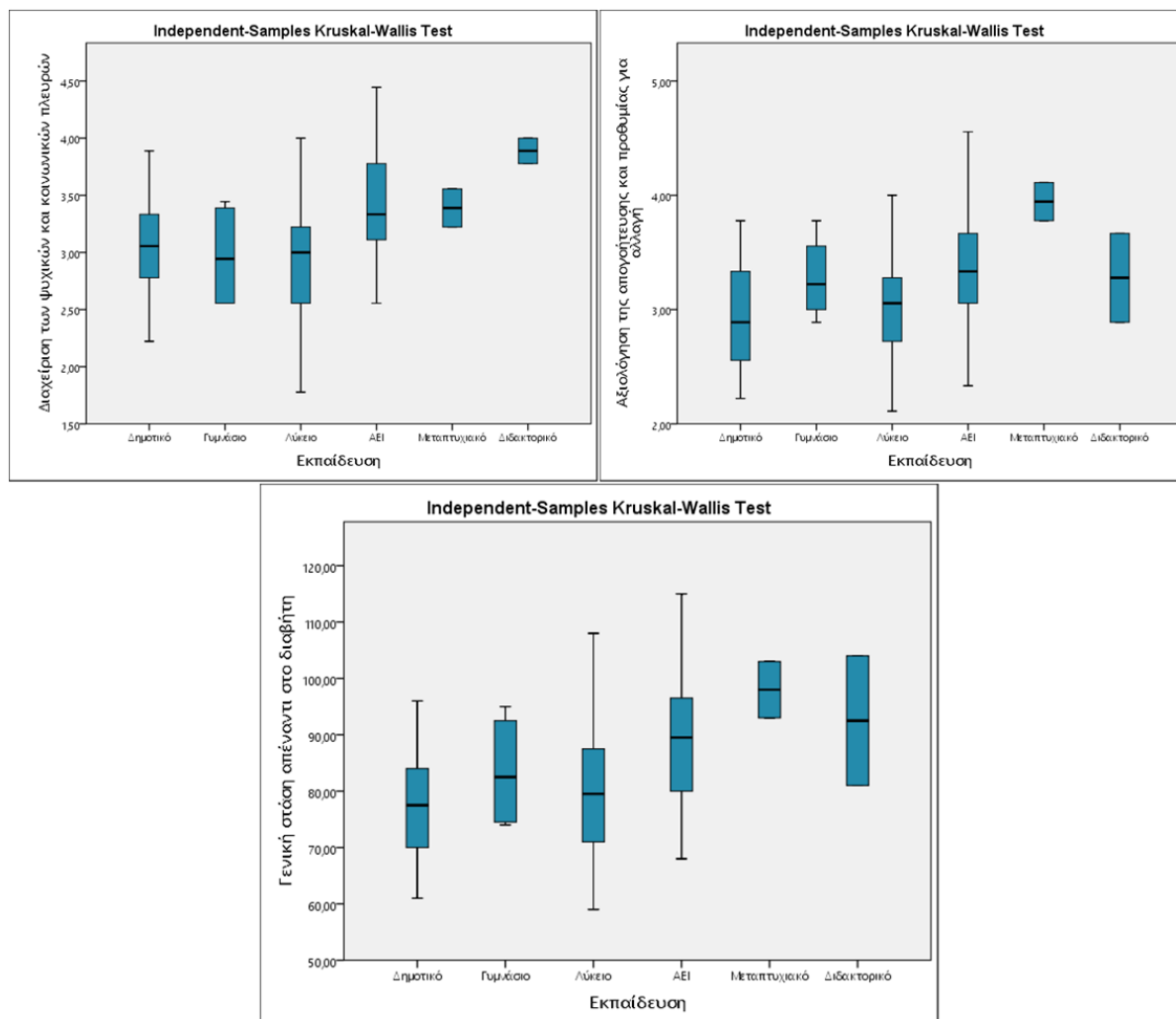
Γράφημα 16 Συγκριτικά ραβδογράμματα των ενοτήτων της στάσης απέναντι στο διαβήτη και της κατάθλιψης

Αντίθετα δεν εμφάνισε καμία διαφοροποίηση το είδος θεραπείας με καμία από τις παραμέτρους που εξετάστηκαν.

3.4.4 Μορφωτικό Επίπεδο

Βρέθηκε ότι το μορφωτικό επίπεδο έχει σημαντικό ρόλο στη παρουσία κάποιων παραμέτρων. Έγιναν θηκογράμματα για να διερευνηθεί περαιτέρω αυτή η σχέση και να καταδειχτούν οι όποιες κατηγορίες της παραμέτρου ήταν διαφορετικές. Ιδιαίτερα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υποχρεωτικής πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης του δημοτικού και της τριτοβάθμιας στη βαθμολογία για «Διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών» ($p < 0.05$), στην «Αξιολόγηση της απογοήτευσης και προθυμίας για αλλαγή» στην τοποθέτησης και επίτευξη στόχων

($p < 0.01$) αλλά και συνολικά στη γενική στάση απέναντι στο διαβήτη ($p < 0.01$). Τα ηθικογράμματα παρατίθενται παρακάτω.



Γράφημα 17 Ηθικογράμματα των ενοτήτων της στάσης απέναντι στο διαβήτη και του μορφωτικού επιπέδου

3.5 Συσχετίσεις

Έγιναν συσχετίσεις κατά Spearman's rho, καθώς ενδείκνυται και όταν είναι παραμετρική η μια από τις δυο συγκρινόμενες μεταβλητές, όπως σε αρκετές περιπτώσεις στα δεδομένα (Πίνακας 14).

Καθώς το ενδιαφέρον ήταν στη συμμόρφωση και την αυτο-αποτελεσματικότητα, η ανάλυση συσχετίσεων επικεντρώθηκε στα δυο αυτά ερωτηματολόγια και τις βαθμολογίες τους και πως αυτές επηρεάζονται από τις άλλες παραμέτρους.

Πίνακας 14 Συσχετίσεις κατά Spearman's Rho για το σύνολο των ασθενών σε όσες μεταβλητές παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, σε σχέση με της ενότητες του ερωτηματολογίου. Με έντονο χρώμα οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Spearman's rho		Ηλικία		HbA1c		BMI		Τριγλυκερίδια		Συμμόρφωση στη διαίτα		Συμμόρφωση στην άσκηση		Συμμόρφωση στη φροντίδα των ποδιών	
		rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
	Ηλικία	1													
	HbA1c	.247*	.019	1											
	BMI	.003	.976	.087	.412	1									
	Τριγλυκερίδια	.083	.434	.035	.743	.156	.140	1							
	Συμμόρφωση στη διαίτα	-.001	.995	-.220*	.038	-.271**	.010	-.108	.313	1					
	Συμμόρφωση στην άσκηση	.130	.219	.072	.500	-.121	.252	-.147	.165	-.112	1				
	Συμμόρφωση στη φροντίδα των ποδιών	.002	.986	.092	.394	-.126	.236	.003	.978	.111	.058	1			
	Διαχείριση των ψυχικών και	-.230*	.028	-.067	.531	-.241*	.022	-.199	.058	-.010	.063	.063	1		
	Αξιολόγηση της απογοήτευσης και	-.317**	.002	-.094	.383	-.290**	.006	-.318**	.002	.246*	.014	.014	.014	1	
	Τοποθέτησης και επίτευξη στόχων	-.253*	.016	-.178	.094	-.217*	.039	-.275**	.008	.311**	-.145	-.145	-.145	-.145	1
	Γενική στάση απέναντι στο διαβήτη	-.305**	.003	-.119	.266	-.277**	.008	-.297**	.004	.231*	-.014	-.014	-.014	-.014	.104

Η ηλικία δεν φαίνεται να έχει επίδραση στη συμμόρφωση καθώς δεν εμφανιστήκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Όμως έχει ρόλο στη στάση του ασθενούς απέναντι στο διαβήτη καθώς οι μεγαλύτερης ηλικίας ερωτώμενοι έχουν χειρότερες βαθμολογίες σε όλες τις ενότητες του ερωτηματολογίου. Η «Διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών» εμφανίζει μια ασθενή αρνητική σχέση με τη ηλικία ($r=-0.230$, $p< 0.05$) όπως και η «Αξιολόγηση της απογοήτευσης και προθυμίας για αλλαγή» αλλά με πιο έντονη συσχέτιση ($r=-0.317$, $p< 0.01$), η «Τοποθέτησης και επίτευξη στόχων» ($r=-0.253$, $p< 0.05$), αλλά και συνολικά η «Γενική στάση απέναντι στο διαβήτη» ήταν πιο αρνητική στους πιο ηλικιωμένους ($r=-0.305$, $p< 0.01$).

Η αύξηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης υποδηλώνει μια μη συμμόρφωση στη δίαιτα με μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με την ενότητα «Συμμόρφωση στη δίαιτα» ($r=-0.220$, $p< 0.05$), αλλά όχι κάτι άλλο καθώς δεν εμφανιστήκαν άλλες συσχετίσεις.

Αντίθετα το BMI ενώ και αυτό επιδρά στη μη συμμόρφωση στη δίαιτα με μια μέτρια αρνητική συσχέτιση με την ενότητα «Συμμόρφωση στη δίαιτα» ($r=-0.270$, $p< 0.05$), επηρεάζει αντίστοιχα αρνητικά και τη στάση του ερωτωμένου απέναντι στο διαβήτη με αρνητικές συσχετίσεις. Η «Διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών» εμφανίζει μια ασθενή αρνητική σχέση με τη ηλικία ($r=-0.241$, $p< 0.05$) όπως και η «Αξιολόγηση της απογοήτευσης και προθυμίας για αλλαγή» αλλά με πιο έντονη συσχέτιση ($r=-0.290$, $p< 0.01$), η «Τοποθέτησης και επίτευξη στόχων» ($r=-0.217$, $p< 0.05$), αλλά και συνολικά η «Γενική στάση απέναντι στο διαβήτη» ήταν πιο αρνητική στους βαρύτερους ($r=-0.277$, $p< 0.01$).

Τα τριγλυκερίδια όμως δεν έχουν σχέση με τη συμμόρφωση στη δίαιτα όπως ίσως θα περίμενε κανείς αλλά μόνο με τη στάση του ερωτωμένου απέναντι στο διαβήτη με αρνητικές συσχετίσεις και πάλι. Η «Αξιολόγηση της απογοήτευσης και προθυμίας για αλλαγή» έχει μια σχετικά έντονη συσχέτιση ($r=-0.318$, $p< 0.01$), η «Τοποθέτησης και επίτευξη στόχων» έχει μια λιγότερο έντονη ($r=-0.275$, $p< 0.05$), αλλά και συνολικά η «Γενική στάση απέναντι στο διαβήτη» ήταν πιο αρνητική σε αυτούς που παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων ($r=-0.297$, $p< 0.01$).

Ενδιαφέρον έχει η παρακολούθηση της σχέσης μεταξύ συμμόρφωσης και στάσης απέναντι στο διαβήτη, καθώς μόνο η συμμόρφωση στη δίαιτα παίζει κάποιο ρόλο στη στάση απέναντι στο διαβήτη. Η «Αξιολόγηση της απογοήτευσης και προθυμίας για αλλαγή» έχει μια ασθενή θετική συσχέτιση με τη συμμόρφωση στη δίαιτα ($r=0.246$, $p<0.05$) καθώς και η «Τοποθέτηση και επίτευξη στόχων» έχει μια πιο ισχυρή σχέση ($r=0.311$, $p<0.05$) δείχνοντας ότι ίσως η προθυμία και η τοποθέτηση στόχων βοηθούν στη συμμόρφωση και το αντίθετο, αλλά και συνολικά η «Γενική στάση απέναντι στο διαβήτη» ήταν πιο θετική σε αυτούς που έδειχναν συμμόρφωση στο πλάνο διαίτας ($r=0.231$, $p<0.01$).

4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Έχει αποδειχθεί διαχρονικά πως ο ρόλος που έχει ο ίδιος ο ασθενής στην θεραπεία του είναι μείζονος σημασίας, διότι πρόκειται για ένα χρόνιο νόσημα. Η διαχείριση της καθημερινότητας του διαβητικού ασθενή είναι πολύ σημαντική για βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη. Ο αυτοέλεγχος (self-monitoring) είναι μέρος αυτής της αυτοδιαχείρισης. Η συμμόρφωση συμπεριλαμβάνει τη σωστή διατροφή, τη σωματική άσκηση, τη διατήρηση του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα και τον συχνό ιατρικό έλεγχο του ασθενή. Εάν ο ασθενής κάνει σωστή αυτοδιαχείριση της θεραπείας του θα έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και κλινικό όφελος αλλά και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Η συγκεκριμένη έρευνα προσπαθεί να απαντήσει στο κατά πόσο ο ασθενής συμμορφώνεται στη θεραπεία και είναι ενεργός σε αυτό το κομμάτι που καθίσταται πρωταγωνιστής.

Είναι πλέον γνωστό ότι η χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή έχει συμβολή στην πρόωμη εμφάνιση των επιπλοκών του διαβήτη (Gherman, 2011), και οδηγεί σε αυξημένη νοσηλεία και πρόωρο θάνατο (Osborn , 2015). Σε συνδυασμό δε με κακή αυτοδιαχείριση οδηγεί στην μη επίτευξη των θεραπευτικών στόχων (Cramer JA.,2004). Περίπου το 1/3 των ασθενών με ΣΔ2 δεν ακολουθεί σωστά τη θεραπευτική του αγωγή (Osborn, 2015). Μόνο στη Ευρωπαϊκή Ένωση, 194.500 ασθενείς πεθάνουν ετησίως λόγω λανθασμένης λήψης φαρμάκων και μη συμμόρφωσης στη θεραπεία (Osborn, 2015)..

Οι λόγοι μειωμένης συμμόρφωσης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στο τι αφορούν: τον ασθενή, τη νόσο, τη θεραπεία, τα συστήματα υγείας, καθώς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Παράγοντες όπως η οικογενειακή συμπεριφορά, οι πεποιθήσεις για την υγεία, τα γενικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, και η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται ότι έχουν σχέση με τη συμμόρφωση και τη στάση του ασθενούς απέναντι στο διαβήτη (Morowatisharifabad et al 2010).

Το ερευνητικό δείγμα της παρούσας εργασίας είχε ιδανική ισορροπία στα δυο φύλα και παρουσίασε ένα ενδιαφέρον διαχωρισμό με πολλούς εγγάμους άνω του 60% αλλά και ένα 25 % σε κατάσταση χηρείας, με τη πλειοψηφία να διαμένει στη

πόλη. Μορφωτικά ήταν παρόμοια διαμοιρασμένοι μεταξύ πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Μεγάλο ποσοστό ήταν συνταξιούχοι του δημοσίου και μικρότερα ποσοστά ιδιωτικοί υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες, ίσως λόγω του γεγονότος ότι το δείγμα ήταν από ιδιωτικό διαβητολογικό ιατρείο. Περνώντας στα υπόλοιπα περιγραφικά στατιστικά, οι περισσότεροι ερωτώμενοι στην έρευνα ήταν υπέρβαροι αλλά δεν κάπνιζαν ούτε έπιναν. Πάνω από τους μισούς ήταν σε θεραπευτική αγωγή με δισκία, το ¼ σε θεραπεία με δισκία και ινσουλίνη, αρκετά μικρότερο ποσοστό σε ινσουλίνη και μερικοί μόνο σε δίαιτα.

Από συνοσηρότητες υπήρχαν οι κλασικές, όπως καρδιακή ανεπάρκεια και στεφανιαία νόσος σε μεγάλο ποσοστό η πρώτη και σε μικρότερο η δεύτερη, αλλά και ψυχολογικές όπως η κατάθλιψη σε ένα μεγάλο ποσοστό.

Τα δεδομένα μας δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς με ΣΔ2 δεν είχαν ικανοποιητικό έλεγχο γλυκόζης, γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων ερευνητών σε όλο τον κόσμο (Shaoetal 2017, Xuetal 2013, Jietal 2013).

Περνώντας στη στατιστική ανάλυση για τον έλεγχο των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμμόρφωση και τη γενικότερη στάση του ασθενή στο διαβήτη βγήκαν αρκετά ενδιαφέροντα συμπεράσματα που παρουσιάζονται παρακάτω.

Η οικογένεια του πάσχοντα, είναι ένα σημαντικός παράγοντας που μπορεί να ενισχύσει η να εμποδίσει τη συμμόρφωση (Λαβδανίτη, 2016). Μεταβάλλονται οι ισορροπίες του διαβητικού με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και επηρεάζονται οι σχέσεις τους. Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε αυτήν ενώ κάποιες φορές ο ρόλος της είναι πιθανόν να μην είναι υποστηρικτικός (Brundisini, et al 2015). Το οικογενειακό περιβάλλον δρα καθοριστικά στην συμμόρφωση των πασχόντων και αυτό είναι κάτι που διαφαίνεται και από τα αποτελέσματα της επαγωγικής ανάλυσης. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των έγγαμων και αυτών σε χρεία με τους έγγαμους να έχουν καλύτερες τιμές στη γλυκοζυλιωμένη, λιγότερη κατάθλιψη αλλά και καλύτερες βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο στάση απέναντι στο Διαβήτη. Αξίζει να αναφερθεί ότι διαφέρουν περισσότερο στη βαθμολογία για τη Διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών αλλά και στη ενότητα τοποθέτησης και επίτευξης στόχων αλλά και συνολικά στη γενική στάση απέναντι στο διαβήτη.

Οι ασθενείς αναγνωρίζουν την οργανική υποστήριξη της οικογένειας ως ένα πρακτικό μέσο για την ενσωμάτωση του θεραπευτικού σχήματος στην καθημερινή ζωή τους (Nagelkerketal., 2006, Brundisini, et al 2015). Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θεωρούν ότι η οικογενειακή υποστήριξη είναι ζωτικής σημασίας για τους ασθενείς με κακές γνωστικές και φυσικές ιδιότητες (Aragwaletal 2008) για την ενίσχυση της συμμόρφωσης και για τη προώθηση της αυτοδιαχείρισης του ασθενούς (Aragwal et al 2008, Brundisini, et al 2015).

Αντίθετα δεν βρέθηκαν στατιστικές διαφορές στη συμμόρφωση ή στη στάση απέναντι στο διαβήτη λόγω θεραπευτικής αγωγής . Σε γενικές γραμμές, οι πάροχοι δεν αναγνωρίζουν τη χορήγηση φαρμάκων ως πιθανό φραγμό στην συμμόρφωση εκτός από την περίπτωση ασθενών με φυσικές ή νοητικές διαταραχές συννοσηροτητες ή που σχετίζονται με θεραπείες, για παράδειγμα φόβος για βελόνες κατά την έναρξη της θεραπείας με ινσουλίνη (Brundisini, et al 2015).

Αντίστοιχη στατιστική ανάλυση έγινε και για τη σχέση που έχει το επάγγελμα με τις παραμέτρους αυτές. Χαρακτηριστικά οι συνταξιούχοι είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους ιδιωτικούς υπαλλήλους αλλά μόνο στη στάση απέναντι στο διαβήτη και τις υποενότητες της και όχι στη συμμόρφωση. Οι συνταξιούχοι ήταν περισσότερο απογοητευμένοι και δεν έδειχναν προθυμία για αλλαγή σε σχέση με τους ιδιωτικούς υπαλλήλους. Επίσης είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην ενότητα τοποθέτησης και επίτευξης στόχων αλλά και συνολικά στη γενική στάση απέναντι στο διαβήτη. Αυτό το αποτέλεσμα συνδυάζεται με τη σύγκριση της ομάδας που δήλωσε ότι έχει κατάθλιψη με τις παραμέτρους σε σχέση με τους υπόλοιπους που δεν δήλωσαν ότι πάσχουν, καθώς οι μισοί συνταξιούχοι δήλωσαν ότι πάσχουν σε σχέση με τους ελάχιστους από τις άλλες επαγγελματικές ομάδες. Υπάρχει ειδοποιός διαφορά στη βαθμολογία για τη στάση απέναντι στο διαβήτη και τις υποενότητες της με χαμηλότερες βαθμολογίες από όσους δήλωσαν ότι πάσχουν από κατάθλιψη αλλά όχι σε κάτι άλλο. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με διεθνείς μελέτες όπου, η κατάθλιψη συσχετίζεται με τη ελαττωμένη συμμόρφωση στην άσκηση, στη διατροφή και στη λήψη ορισμένων φαρμάκων καθώς και στον αυτοέλεγχο γλυκόζης (Gonzalez et al 2008, Semenkovich et al 2015, Naicker et al 2017)

Άλλη χαρακτηριστική παράμετρος, το μορφωτικό επίπεδο, έχει σημαντικό ρόλο στη στάση απέναντι στο διαβήτη. Ιδιαίτερα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υποχρεωτικής πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης του δημοτικού και της τριτοβάθμιας στη «Διαχείριση των ψυχικών και κοινωνικών πλευρών» στην «Αξιολόγηση της απογοήτευσης και προθυμίας για αλλαγή» στην τοποθέτηση και επίτευξη στόχων αλλά και συνολικά στη γενική στάση απέναντι στο διαβήτη.

Όπως έχει αναφερθεί στο γενικό μέρος είναι σημαντικό οι ασθενείς να έχουν γνώση για την ασθένεια τους και τις θεραπείες της και το όφελος που θα έχουν για την υγεία τους από τη λήψη των φαρμάκων τους. Αυτό βέβαια έχει να κάνει με το μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το οικογενειακό περιβάλλον και τη γενικότερη πληροφόρηση των ασθενών. Έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν καλύτερη συμμόρφωση από του ασθενείς με υποχρεωτικό επίπεδο εκπαίδευσης (García-Pérezetal 2013). Αντίστοιχα και οι **Alkatheri & Albekairy (2013)** βρήκαν ότι ηλικίας 60 ετών και άνω ασθενείς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης είχαν χαμηλή συμμόρφωση λόγω της μη κατανόησης της φαρμακευτικής αγωγής. Ο αναλφαβητισμός τους καθώς και η δυσκολία να κατανοήσουν τις οδηγίες του εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού μειώνουν τη αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Clayton et al 2012).

Βλέποντας τους συσχετισμούς της έρευνας μεταξύ των παραμέτρων, η ηλικία δεν φαίνεται να έχει επίδραση στη συμμόρφωση καθώς δεν εμφανιστήκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Όμως έχει ρόλο στη στάση του ασθενούς απέναντι στο διαβήτη καθώς οι μεγαλύτερης ηλικίας ερωτώμενοι έχουν χειρότερες βαθμολογίες σε όλες τις ενότητες του ερωτηματολογίου κάτι που είναι γενικά αποδεκτό στη βιβλιογραφία (Brundisini, et al 2015).

Ενδιαφέρον έχει η παρακολούθηση της σχέσης μεταξύ συμμόρφωσης και στάσης απέναντι στο διαβήτη, καθώς μόνο η συμμόρφωση στη δίαιτα παίζει κάποιο ρόλο στη στάση απέναντι στο διαβήτη. Η γενική στάση απέναντι στο διαβήτη ήταν πιο θετική σε αυτούς που έδειχναν συμμόρφωσή το πλάνο διαίτας. Η αύξηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης υποδηλώνει μια μη συμμόρφωση στη δίαιτα αλλά όχι κάτι άλλο καθώς δεν εμφανιστήκαν άλλες συσχετίσεις. Αντίθετα το BMI ενώ και αυτό επιδρά στη μη συμμόρφωση στη δίαιτα επηρεάζει αντίστοιχα αρνητικά και συνολικά η γενική στάση απέναντι στο διαβήτη ήταν πιο αρνητική στους βαρύτερους ασθενείς. Τα τριγλυκερίδια όμως δεν έχουν σχέση με τη συμμόρφωση στη δίαιτα

όπως ίσως θα περίμενε κανείς αλλά μόνο με τη στάση του ερωτωμένου απέναντι στο διαβήτη με αρνητικές συσχετίσεις και πάλι. Η αυτο-αποτελεσματικότητα, η συμμόρφωση και η κοινωνική υποστήριξη, μεμονωμένα και από κοινού, έχουν σημαντικές επιδράσεις στον έλεγχο του γλυκαιμικού ελέγχου (Asche et al 2011, Al-Khawaldeh et al 2012, Niklett et al 2013). Η συμμόρφωση στη δίαιτα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πορεία του ασθενούς και αποτελεί πραγματικά σημαντικό εμπόδιο όπως είναι γνωστό (Shultzs et al 2001, García-Pérez et al 2013).

4.1 Περιορισμοί

Η μελέτη αυτή έχει ορισμένους περιορισμούς. Πρώτον, η γενικευσιμότητα των ευρημάτων μας είναι περιορισμένη, καθώς το δείγμα μας ήταν μικρό και όλοι οι συμμετέχοντες προερχόταν μόνο ένα ιδιωτικό διαβητολογικό ιατρείο. Με άλλα λόγια, οι συμμετέχοντες μας δεν είναι αντιπροσωπευτικοί του ευρύτερου πληθυσμού των ασθενών με ΣΔ2. Επίσης τα συμπεράσματά μας ενδέχεται να υποφέρουν από μεροληψία της αυτοαναφοράς, η οποία είναι κοινή στις μελέτες που βασίζονται σε δεδομένα που συλλέχθηκαν από ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς.

4.2 Συμπεράσματα

Οι περισσότεροι ασθενείς της μελέτης με ΣΔ2 δεν είχαν ικανοποιητικό έλεγχο γλυκόζης.

Το οικογενειακό περιβάλλον δρα καθοριστικά στην συμμόρφωση των πασχόντων. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των έγγαμων και αυτών σε χηρεία με τους έγγαμους να έχουν καλύτερες τιμές στη γλυκοζυλιωμένη, λιγότερη κατάθλιψη αλλά και καλύτερες βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο στάση απέναντι στο Διαβήτη.

Αντίθετα δεν βρέθηκαν στατιστικές διαφορές στη συμμόρφωση ή στη στάση απέναντι στο διαβήτη λόγω θεραπευτικής αγωγής .

Χαρακτηριστικά οι συνταξιούχοι είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους ιδιωτικούς υπαλλήλους αλλά μόνο στη στάση απέναντι στο διαβήτη και τις υποενότητες της και όχι στη συμμόρφωση. Καθώς οι μισοί συνταξιούχοι δήλωσαν ότι

πάσχουν από κατάθλιψη σε σχέση με τους ελάχιστους από τις άλλες επαγγελματικές ομάδες, η κατάθλιψη συσχετίζεται με τη ελαττωμένη συμμόρφωση.

Άλλη χαρακτηριστική παράμετρος, το μορφωτικό επίπεδο, έχει σημαντικό ρόλο στη στάση απέναντι στο διαβήτη, ιδιαίτερα μεταξύ της υποχρεωτικής πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης του δημοτικού και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στη γενική στάση απέναντι στο διαβήτη.

Η ηλικία δεν φαίνεται να έχει επίδραση στη συμμόρφωση καθώς δεν εμφανιστήκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Όμως έχει ρόλο στη στάση του ασθενούς απέναντι στο διαβήτη καθώς οι μεγαλύτερης ηλικίας ερωτώμενοι έχουν χειρότερες βαθμολογίες σε όλες τις ενότητες του ερωτηματολογίου .

Μόνο η συμμόρφωση στη διαίτα παίζει κάποιο ρόλο στη στάση απέναντι στο διαβήτη. Η γενική στάση απέναντι στο διαβήτη ήταν πιο θετική σε αυτούς που έδειχναν συμμόρφωση στο πλάνο διαίτας.

Η συμμόρφωση στη διαίτα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πορεία του ασθενούς και αποτελεί σημαντικό εμπόδιο.

4.2.1 Προτάσεις

Είναι προφανές από πολλές μελέτες πως ο διαβήτης τύπου 2 είναι προοδευτική ασθένεια και η φαρμακολογική θεραπεία είναι απαραίτητη για τη διατήρηση του γλυκαιμικού ελέγχου και τη μείωση των δυσμενών καρδιαγγειακών αποτελεσμάτων και γενικά των επιπλοκών. Παρόλο που η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή οδηγεί σε ευεργετικά αποτελέσματα, είναι συχνά κακή. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για την κακή συμμόρφωση, συμπεριλαμβανομένων της ηλικίας, των κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων, της εκπαίδευσης και της έλλειψης κατανόησης των μακροπρόθεσμων οφελών της θεραπείας, της πολυπλοκότητας του θεραπευτικού σχήματος, του κόστους της φαρμακευτικής αγωγής και των αρνητικών αντιλήψεων περί θεραπείας. Η κακή επικοινωνία μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς, οι δυσμενείς συνέπειες όπως η αύξηση βάρους και η υπογλυκαιμία μπορεί επίσης να επηρεάσουν την συμμόρφωση. Απαιτούνται νέες καινοτόμες μέθοδοι για να βοηθήσουν εκείνους τους ασθενείς που αποτυγχάνουν στη συμμόρφωσή τους με τη φαρμακευτική αγωγή. Τα μέτρα για την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και για την αντιμετώπιση της έλλειψης προσκόλλησης πρέπει να είναι πολυπαραγοντικά, οι στρατηγικές πρέπει να περιλαμβάνουν μείωση της πολυπλοκότητας του

συνταγογραφούμενου θεραπευτικού σχήματος, εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες και στους ασφαλισμένους-ασθενείς αλλά και στους επαγγελματίες υγείας, βελτιωμένη επικοινωνία γιατρού-ασθενούς, συστήματα υπενθύμισης και μειωμένο κόστος φαρμακευτικής αγωγής, ευκολότερη και γρηγορότερη πρόσβαση στα συστήματα υγείας. Δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου οποίος αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για τον έλεγχο της ποιότητας και της φροντίδας που παρέχει ο κάθε πάροχος. Δημιουργία και εφαρμογή του υγειονομικού χάρτη της χώρας. Στελέχωση των νέων τμημάτων της πληροφορικής στις Μονάδες Υγείας με προσωπικό (πληροφορικών Υγείας).

5 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

5.1 Ελληνική Βιβλιογραφία

- Καραμήτσος ΔΘ. Σακχαρώδης διαβήτης και οικογένεια. Διαθέσιμο στο Σακχαρώδης διαβήτης και οικογένεια - medicalrecords.gr
www.medicalrecords.gr/debe_2010/slides/Day%204/063.Karamitsos.pdf,
πρόσβαση 12/6/2016
- Τζήμου Γ. Ψυχολογική προσέγγιση ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Στο Κ. Καζάκος . Σακχαρώδης διαβήτης –Σύγχρονες απόψεις . Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2016
- Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχ Ελλ Ιατρ 2010, 27:834-840.
- Τσελέπη Χ. Κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες στην πρόσληψη και στην εμπειρία της αρρώστιας. Στο: Αγραφιώτης Δ (Επιμ.) Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας. Πάτρα: ΕΑΠ, ΔΜΥ51, 2000:55-82.
- Mednutrition.gr Διατροφή και σακχαρώδης διαβήτης 12-8-2010
- Μελισσά –Χαλικοπούλου 2006. Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας . Θεσσαλονίκη
- Τούντας, Ι., (2000). «Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20, 1.
- Αγραφιώτης, Δ., (1998), «Υγεία και Αρρώστια: Κοινωνικο-πολιτιστικές διαστάσεις», σελ.56, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Τούντας, Χ.Δ. (2006). Η ιστορία του διαβήτη στην Ελλάδα. Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά, 19 (1):17-26.
- Πήτα, Ρ., Γρηγοριάδου, Ε., Μαρίνα, Ε., Κουβάτσου, Ζ., Διδάγγελος, Τ, Καραμήτσος, Δ. (2006), Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1. Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά 19, 4:282-294
- Καραμήτσος, Δ. (2009) Διαβητολογία, θεωρία και πρακτική στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. 2η έκδοση. Αθήνα: Σιώκης.
- Βουρλιωτάκη, Α.Γ., Κεφαλογιάννης, Ν.Κ. (2013) Συμμόρφωση στην αντιδιαβητική αγωγή: τι γνωρίζουμε σήμερα και πως μπορούμε να παρέμβουμε, Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά, 26 (4): 229-236.

- Ζαντίδης Α., Κατσίκη Ν., Ηλιάδης Φ., Διδάγγελος Τ. (2010). Οδηγίες αντιμετώπισης του σακχαρώδους διαβήτη –ποιο περιοδικό
- Κατσίκη Ν., Ηλιάδης Φ., Ζαντίδης Α., Διδάγγελος Τ. (2010). Σακχαρώδης διαβήτης: Διάγνωση και Ταξινόμηση. (μετάφραση του American Diabetes Association, Diabetes).
- Αποτελεσματικότητα ως Συνέπεια του Τρόπου Διοίκησης» , περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας , Τεύχος 115 , Νοέμβριος – Δεκέμβριος 2008
- Μπουρσανίδης Χ., (2009):Οργάνωση Συστημάτων Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις-Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα
- Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διαχείριση του Διαβητικού Ασθενούς, Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, 2013.
- Ίντας, Γ., Στεργιάνης, Π., Μπρατάκος, Μ., Βασιλόπουλος, Γ., Καπάδοχος, Θ., Χασιώτη, Γ.,.
- Γ. Κυριόπουλος, Β. Τσιάντου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2009 (www.mednet.gr).
- Α. Παπαθανασίου, Α. Φιλαληθης, Χ.Λιονής , Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2004 (www.mednet.gr).

5.2 Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Agarwal, G., Nair, K., Cosby, J., Dolovich, L., Levine, M., Kaczorowski, J., Butler, C. and Burns, S., 2008. GPs' approach to insulin prescribing in older patients: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 58(553), pp.569-575.
- Al-Khawaldeh, O.A., Al-Hassan, M.A. and Froelicher, E.S., 2012. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 26(1), pp.10-16.
- American Association of Diabetes Educators. Guidelines for the Practice of Diabetes Education. Διαθέσιμο στο: <http://www.diabeteseducator.org>. Ημερομηνία πρόσβασης 1-2-2013
- Asche, C., LaFleur, J. and Conner, C., 2011. A review of diabetes treatment adherence and the association with clinical and economic outcomes. *Clinical therapeutics*, 33(1), pp.74-109.
- Brundisini, F., Vanstone, M., Hulan, D., DeJean, D. and Giacomini, M., 2015. Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis. *BMC health services research*, 15(1), p.516.
- García-Pérez, L.E., Álvarez, M., Dilla, T., Gil-Guillén, V. and Orozco-Beltrán, D., 2013. Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Therapy*, 4(2), pp.175-194.

- Gulliford MC, Ashworth M, Robotham D, Mohiddin A. Achievement of metabolic targets for diabetes by English primary care practices under a new system of incentives. *Diabet Med* 2007; 24: 505-11.
- Hagedoorn M, Keers J, Links T, Bouma J, Ter Maaten J, Sanderman R. Improving self management in insulin-treated adults participating in diabetes education. The role of overprotection by the partner. *Diab Med.* 2006; 23:271–7
- http://www.hjn.gr/wp-content/uploads/2016/01/05_515_malamou.pdf
- <https://www.euroclinic.gr/article/sakxarodis-diavitis-enas-suxronos-upoulos-exthros/>
- Ji, L., Hu, D., Pan, C., Weng, J., Huo, Y., Ma, C., Mu, Y., Hao, C., Ji, Q., Ran, X. and Su, B., 2013. Primacy of the 3B approach to control risk factors for cardiovascular disease in type 2 diabetes patients. *The American journal of medicine*, 126(10), pp.925-e11.
- Martínez YV, Prado-Aguilar CA, Rascón-Pacheco A, Valdivia-Martínez J. (2008). Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2008, 8:164
- Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2012; 35: 1239-45. doi:10.2337/dc11-2103. Epub 2012 Apr 26.
- Misra R, Lager J(2008). “Predictors of quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus” *Journal of Diabetes and its Complications*, 22(3), 217-223
- Mollema ED, Snoek FJ, Ader HJ, Heine RJ, van der Ploeg HM (2001). Insulin-treated diabetes patients fear of self-injecting or fear of self-testing: psychological comorbidity and general well-being. *Journal of Psychosomatic Research* 51:665–672

- Nagelkerk, J., Reick, K. and Meengs, L., 2006. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self- management. *Journal of advanced nursing*, 54(2), pp.151-158.
- Naicker, K., Johnson, J.A., Skogen, J.C., Manuel, D., Øverland, S., Sivertsen, B. and Colman, I., 2017. Type 2 diabetes and comorbid symptoms of depression and anxiety: longitudinal associations with mortality risk. *Diabetes Care*, 40 (3), pp.352-358.
- Nau DP, Aikens JE, Pacholski AM. Effects of gender and depression on oral medication adherence in persons with type 2 diabetes mellitus. *Gend Med* 2007; 4: 205-13.
- Nicklett, E.J., Heisler, M.E.M., Spencer, M.S. and Rosland, A.M., 2013. Direct social support and long-term health among middle-aged and older adults with type 2 diabetes mellitus. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), pp.933-943.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance 2013: Life expectancy at birth*. OECD Publishing, 2013.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-9.
- Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care* 1997; 20: 1512-17
- Peyrot M, Rubin R, Funnell M, Siminerio L. Access to diabetes self-management education. Results of national surveys of patients, educators and physicians. *Diabetes Educator* 2009, 35: 246-263.
- Pharmaceutical Group of the European Union *Targeting adherence: Improving patient outcomes in Europe through Community Pharmacists' Interventions*. May 2008.
- Pharmaceutical Group of the European Union *Targeting adherence: Improving patient outcomes in Europe through Community Pharmacists' Interventions*. May 2008.

- Pharmaceutical Group of the European Union Targeting adherence: Improving patient outcomes in Europe through Community Pharmacists' Interventions. May 2008.
- Rubin RR, Peyrot M, Kruger DF, Travis LB. Barriers to insulin injection therapy: patient and health care provider perspectives. *Diabetes Educ* 2009; 35: 1014-22.
- Semenkovich, K., Brown, M.E., Svrakic, D.M. and Lustman, P.J., 2015. Depression in type 2 diabetes mellitus: prevalence, impact, and treatment. *Drugs*, 75(6), pp.577-587.
- Shao, Y., Liang, L., Shi, L., Wan, C. and Yu, S., 2017. The effect of social support on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the mediating roles of self-efficacy and adherence. *Journal of diabetes research*, 2017.
- Shultz, J.A., Sprague, M.A., Branen, L.J. and Lambeth, S., 2001. A comparison of views of individuals with type 2 diabetes mellitus and diabetes educators about barriers to diet and exercise. *Journal of Health Communication*, 6(2), pp.99-115.
- Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health* 1992, 82:816-820.
- World Health Organization. 10 facts on Non-communicable diseases. Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/features/>. Ημερομηνία πρόσβασης 10 -9-2011
- Osborn CY Mulvaney SA. Development and feasibility of a text messaging and interactive voice response intervention for low-income, diverse adults with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Sci Technol*.2013; 7: 612– 622
- World Health Organization. Diabetes. WHO Factsheet N°312. Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/> Ημερομηνία πρόσβασης 10-11-2012
- World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data repository: Causes of child mortality, by country, 2000- 2010.

- Xu, Y., Wang, L., He, J., Bi, Y., Li, M., Wang, T., Wang, L., Jiang, Y., Dai, M., Lu, J. and Xu, M., 2013. Prevalence and control of diabetes in Chinese adults. *Jama*, 310(9), pp.948-959
- Karve S, Cleves MA, Helm M, Hudson TJ, West DS, Martin BC. An empirical basis for standardizing adherence measures derived from administrative claims data among diabetic patients. *Med Care* 2008; 46: 1125-33.
- Osborn CY Cavanaugh K Wallston KA et al. Health literacy explains racial disparities in diabetes medication adherence. *J Health Commun.*2011; 16: 268– 278
- Gherman, J Schnur, G Montgomery, R Sassu, I Veresiu, D David. *The Diabetes Educator* 37 (3), 392-408, 2011
- Cramer JA: Microelectronic systems for monitoring and enhancing patient compliance with medication regimens. 49:321–327, 1995
- Alkatheri & Albekairy , College of Pharmacy, King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences, 2013.
- Graham- Smith, P. & Brice, P. (2010). Speed, strength & power characteristic s of horizontal jumpers. In: R. Jensen, W. Ebben, E. Petushek, C. Richter & K . Roemer (eds), *Proceedings of the 28th International Congress in Sports Bio mechanics*. Marquette, MI: I.S.B.S., pp. 1- 2.

6 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

6.1 Ερωτηματολόγιο και συνοδευτική επιστολή

Συναίνεση μετά από πληροφόρηση

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια μελέτη που αφορά στη συμμόρφωση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη στη θεραπευτική τους αγωγή. Αυτή η μελέτη θα μας βοηθήσει να αντιληφθούμε περισσότερα για τη σωστή διαχείριση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.

Η μελέτη θα διαρκέσει περίπου 15-20 λεπτά και περιλαμβάνει την συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου που αποτελείται από δυο μέρη. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί ένδειξη της συγκατάθεσής σας για να συμμετέχετε σε αυτή τη μελέτη.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και υπό αυτή τη μορφή, μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή οποιαδήποτε στιγμή. Η ανωνυμία θα διατηρηθεί και δεν θα αναφέρεται κανένα στοιχείο στο ερωτηματολόγιο που να σας ταυτοποιεί, ούτε στην τελική έκθεση μελέτης.

Σας ευχαριστώ

για την συμμετοχή σας

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Ηλικία:

2. Φύλο:

Ανδρας Γυναίκα

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος Έγγαμος

Διαζευγμένος Χηρεία Συμβίωση

4. Ζείτε:

Μόνος/η Όχι μόνος/η

5. Τόπος μόνιμης διαμονής:

Αστική Ημιαστική Αγροτική

6. Επίπεδο εκπαίδευσης:

Δημοτικό Γυμνάσιο Απόφοιτος Λυκείου

Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση Μεταπτυχιακό Διδακτορικό

7. Κατάσταση ασφάλισης:

Ανασφάλιστος δημόσια ιδιωτική

δημόσια και ιδιωτική

8. Βάρος: Ύψος:

Δείκτης μάζας σώματος (βάρος σε κιλά δια το ύψος στο τετράγωνο σε μέτρα):

< 25 25-35 > 35

9.Επαγγελματική κατάσταση ή δραστηριότητα:

Άνεργος Οικιακά Δημόσιος υπάλληλος Ιδιωτικός υπάλληλος

Αγρότης Ελεύθερος Επαγγελματίας Συνταξιούχος Άλλο.

Προσδιορίστε.....

10.Πότε διαγνώστηκε ο διαβήτης σας

Έτη

Μήνες

Νεοδιαγνωσθείς ναι..... όχι.....

11. Ποια είναι η θεραπευτική σας αγωγή;

α) δίαιτα μόνον

β) δισκία μόνον

γ) ινσουλίνη μόνον

δ) δισκία και ινσουλίνη

ε) δίαιτα και άσκηση

στ) άσκηση μόνον

12 Κάπνισμα: Ναι Όχι

12. Αλκοόλ : Ναι Όχι

13. Τιμή Hbc.....

14. Ποια είναι συνήθως η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη σας;

α) $\leq 6,5$

β) 6,5-7

γ) 7-7,5

δ) 7,5-8

ε) ≥ 8

15. Βιοχημικός έλεγχος

Γλυκόζη αίματος

Ολική Χοληστερόλη

Τριγλυκερίδια

HDL

LDL

16. Έχετε υπέρταση

Ναι Όχι

ΦΥΣΙΚΗ-ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Έχετε κάποια από τις ακόλουθες ασθένειες;

Ασθένεια	Ναι	Όχι
Καρδιακή ανεπάρκεια		
Στεφανιαία νόσος		
Υπέρταση		
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο		
Ακράτεια ούρων		
Σοβαρή νεφρική νόσος		
Απώλεια νεφρού		
Χρόνια λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος		
Τύφλωση		
Διαταραχές στην όραση		
Νευροπάθεια		
Προβλήματα με τις κατώτερες πλευρές (αγγειοενύρωση)		
Κατάθλιψη		

Δίαιτα

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ακολουθήσατε υγιεινή διατροφή;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες ημέρες την εβδομάδα, από τον τελευταίο μήνα, ακολουθήσατε το πλάνο της διατροφής σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) καταναλώσατε πέντε ή περισσότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) καταναλώσατε φαγητά με υψηλά λιπαρά (κόκκινο κρέας, γαλακτοκομικά κτλ);

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Άσκηση

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ξοδέψατε 30 συνεχή λεπτά για φυσική άσκηση (πχ περπάτημα);

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) κάνατε έντονη άσκηση (πχ κολύμβηση, ποδηλασία, χορός κτλ);

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Εξετάσεις αίματος – έλεγχος σακχάρου αίματος

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε το σάκχαρό σας σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Φροντίδα ποδιών

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε τα πόδια σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) ελέγξατε το εσωτερικό των παπουτσιών σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Κάπνισμα

Καπνίσατε τις τελευταίες 7 ημέρες; Όχι Ναι

Εάν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίσατε την ημέρα;

Συστάσεις – συμβουλές για αυτοφροντίδα

1) Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) να κάνετε;

- A. Δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά
- B. Δίαιτα σε συνδυασμό με υδατάνθρακες
- C. Μείωση των καθημερινών θερμίδων για απώλεια βάρους
- D. Κατανάλωση φαγητών πλούσιων σε φυτικές ίνες

- E. Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (5 μερίδες την ημέρα)
- F. Μείωση στην κατανάλωση του νερού στο ελάχιστο
- G. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
- H. Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν

2)Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) να κάνετε;

- A. Κάντε ήπια καθημερινή άσκηση (περπάτημα)
- B. Κάντε συνεχή άσκηση για 20 λεπτά τουλάχιστον την ημέρα
- C. Υιοθετείστε μερικές ασκήσεις σε καθημερινή βάση (πχ χρησιμοποιείτε τις σκάλες αντί του ανελκυστήρα, χρησιμοποιείτε το λεωφορείο αντί του αυτοκινήτου, κατεβείτε μια στάση νωρίτερα από αυτή που επιθυμείτε κτλ)
- D. Υιοθετείστε ένα συγκεκριμένο είδος, διάρκεια και βαθμό άσκησης
- E. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
- F. Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν

3)Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλεύτης) να κάνετε;

- A. Ελέγξτε το σάκχαρο του αίματος σας χρησιμοποιώντας μια σταγόνα αίματος από το δάκτυλο σε μια ειδική ταινία που αλλάζει χρώμα ανάλογα με τα επίπεδα του σακχάρου
- B. Ελέγξτε το σάκχαρο του αίματος σας χρησιμοποιώντας ένα μηχάνημα
- C. Ελέγξτε το σάκχαρο στα ούρα
- D. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
- E. Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν

4)Ποιο από τα ακόλουθα συμβουλευτήκατε (ιατρός ή νοσηλευτής) να κάνετε;

- A. Έγχυση ινσουλίνης 1 ή 2 φορές την ημέρα
- B. Έγχυση ινσουλίνης 3 ή περισσότερες φορές την ημέρα
- C. Αντί-διαβητικά χάπια – ταμπλέτες
- D. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
- E. Δεν πήρα οδηγίες από κανέναν

Δίαιτα

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) μοιράσατε τα γεύματά σας σε ίσες ποσότητες υδατανθράκων;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Φάρμακα

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) πήρατε τα φάρμακά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες 7 ημέρες (τελευταία εβδομάδα) πήρατε ινσουλίνη;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Φροντίδα ποδιών

Πόσες φορές τις τελευταίες εβδομάδες πλύνετε τα πόδια σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

μουλιάσατε σε διάλυμα νερού και αντισηπτικού τα πόδια σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Πόσες φορές τις τελευταίες εβδομάδες στεγνώσατε προσεκτικά τα κενά μεταξύ των δακτύλων των ποδιών σας;

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Κάπνισμα

Στην τελευταία επίσκεψη στον ιατρό σας, σας ρώτησε εάν καπνίζετε και πόσο;

Όχι Ναι

Εάν καπνίζετε, στην τελευταία επίσκεψη στον ιατρό σας, σας συνέστησε να σταματήσετε το κάπνισμα ή σας ανέφερε κάποιο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος;

Όχι Ναι

Πότε καπνίσατε για τελευταία φορά;

- A. Περισσότερο από δυο χρόνια ή δεν κάπνισα ποτέ
- B. Πριν 1-2 χρόνια
- C. Πριν 4-12 μήνες
- D. Πριν 1-3 μήνες
- E. Λιγότερο από 1 μήνα
- F. Σήμερα

Στάσεις απέναντι στο διαβήτη

		Σίγουρα ναι	Μάλλον ναι	Ίσως	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι
	Γενικά, πιστεύω ότι:					
1	...ξέρω με ποια μέτρα για την αντιμετώπιση του διαβήτη μου είμαι ικανοποιημένος.	()	()	()	()	()
2	...ξέρω με ποια μέτρα για την αντιμετώπιση του διαβήτη μου δεν είμαι ικανοποιημένος.	()	()	()	()	()
3	...ξέρω με ποια μέτρα για την αντιμετώπιση του διαβήτη μου είμαι έτοιμος να αλλάξω.	()	()	()	()	()
4	...ξέρω με ποια μέτρα για την αντιμετώπιση του διαβήτη μου δεν είμαι έτοιμος να αλλάξω.	()	()	()	()	()
5	...μπορώ να θέσω ρεαλιστικούς στόχους για το διαβήτη μου.	()	()	()	()	()
6	...ξέρω ποιοι από τους στόχους για το διαβήτη μου είναι οι πιο σημαντικοί για μένα.	()	()	()	()	()
7	...ξέρω ποια στοιχεία του χαρακτήρα μου με βοηθούν και ποια με εμποδίζουν να πετύχω τους στόχους για το διαβήτη μου.	()	()	()	()	()
8	...μπορώ να βρω καλές ιδέες που θα με βοηθήσουν να πετύχω τους στόχους για το διαβήτη μου.	()	()	()	()	()
9	...είμαι ικανός να φτιάξω ένα εφαρμόσιμο σχέδιο για να πετύχω τους στόχους για το διαβήτη μου.	()	()	()	()	()

		Σίγουρα ναι	Μάλλον ναι	Ίσως	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι
	Γενικά, πιστεύω ότι:					
10	...μπορώ να πετύχω τους στόχους για το διαβήτη μου, μόλις εγώ το αποφασίσω.	()	()	()	()	()
11	...ξέρω ποια είναι τα εμπόδια που με δυσκολεύουν να πετύχω τους στόχους για το διαβήτη μου.	()	()	()	()	()
12	...μπορώ να σκεφτώ διάφορους τρόπους για να ξεπεράσω τα εμπόδια αυτά.	()	()	()	()	()
13	Μπορώ να δοκιμάσω διάφορους τρόπους για να ξεπεράσω τα εμπόδια αυτά.	()	()	()	()	()
14	...είμαι ικανός να αποφασίσω ποιος από τους παραπάνω τρόπους ταιριάζει καλύτερα σε μένα.	()	()	()	()	()
15	...μπορώ να περιγράψω πώς νιώθω για το ότι έχω διαβήτη.	()	()	()	()	()
16	...μπορώ να περιγράψω πώς νιώθω για το ότι πρέπει να φροντίζω για το διαβήτη μου.	()	()	()	()	()
17	...ξέρω με ποιους τρόπους ο διαβήτης προκαλεί άγχος στη ζωή μου.	()	()	()	()	()
18	...ξέρω με ποιους θετικούς τρόπους αντιμετωπίζω το άγχος που μου προκαλεί ο διαβήτης.	()	()	()	()	()
19	...ξέρω με ποιους αρνητικούς τρόπους αντιμετωπίζω το άγχος που μου προκαλεί ο διαβήτης.	()	()	()	()	()

		Σίγουρα ναι	Μάλλον ναι	Ίσως	Μάλλον όχι	Σίγουρα όχι
	Γενικά, πιστεύω ότι:					
20	...μπορώ να αντιμετωπίζω καλά το άγχος που μου προκαλεί ο διαβήτης.	()	()	()	()	()
21	... ξέρω που μπορώ να βρω στήριξη για το διαβήτη και την αντιμετώπιση του.	()	()	()	()	()
22	...μπορώ να ζητήσω στήριξη για το διαβήτη και την αντιμετώπιση του όταν τη χρειάζομαι.	()	()	()	()	()
23	...μπορώ να στηρίξω τον εαυτό μου στην αντιμετώπιση του διαβήτη μου.	()	()	()	()	()
24	...ξέρω τι μπορεί να μου δίνει συνεχώς δύναμη να φροντίζω για το διαβήτη μου.	()	()	()	()	()
25	...μπορώ να δίνω δύναμη στον εαυτό μου για να φροντίζω για το διαβήτη μου.	()	()	()	()	()
26	...ξέρω αρκετά για το διαβήτη, ώστε να παίρνω τις σωστές αποφάσεις για τη φροντίδα του διαβήτη μου.	()	()	()	()	()
27	...ξέρω αρκετά για τον εαυτό μου σαν άνθρωπο, ώστε να παίρνω τις σωστές αποφάσεις για τη φροντίδα του διαβήτη μου.	()	()	()	()	()
28	...είμαι ικανός να καταλάβω, εάν αξίζει τον κόπο να αλλάξω τον τρόπο με τον οποίο φροντίζω το διαβήτη μου.	()	()	()	()	()

Ευχαριστούμε πολύ που συμπληρώσατε αυτό το ερωτηματολόγιο.

