

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**Ο ρόλος της προσωπικότητας στη διαχείριση του Σακχαρώδη
Διαβήτη και στον γλυκαιμικό έλεγχο.**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μπαμπέτσα Αικατερίνη, Νοσηλεύτρια

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Επιβλέπων καθηγητής: Καζάκος Κυριάκος,

Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2017

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

**Ο ρόλος της προσωπικότητας στη διαχείριση του Σακχαρώδη
Διαβήτη και στον γλυκαιμικό έλεγχο.**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μπαμπέτσα Αικατερίνη, Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Καζάκος Κυριάκος - Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης

ΜΕΛΟΣ: Τσακλής Παναγιώτης – Καθηγητής Α.Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης

ΜΕΛΟΣ: Ζαφράκας Μενέλαος – Καθηγητής Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2017

copyright ©2017, Μπαμπέτσα Αικατερίνη
ALL RIGHTS RESERVED

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»**

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ: **ΑΡΙΣΤΗ:**

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:

ΚΑΛΗ:

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ευχαριστίες

Σε όλους τους εξάιρετους εισηγητές του μεταπτυχιακού μας,

με ιδιαίτερη μνεία στον κ.Καζάκο Κυριάκο, η πυκνότητα και σαφήνεια των εισηγήσεων του οποίου, αποτελούν ξεχωριστό παράδειγμα του ορισμού της επιτυχημένα στοχευμένης διδασκαλίας, και

στον κ.Φωλίνα Δημήτριο, ο οποίος διαθέτει ανεξάντλητα αποθέματα υπομονής και επιμονής στην προσπάθειά του για τη μετάδοση της γνώσης.

Πολλές ευχαριστίες οφείλω επίσης,

στην κα.Ζωγράφου Μοσχιανή, την Διαβητολόγο του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας, για την στήριξη και συμπαράσταση που μου παρείχε, όπως επίσης και

στην κα.Παπαγιάννη Αντωνία, Επισκέπτρια Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας, για την πολύτιμη βοήθειά της στη συλλογή των ερωτηματολογίων.

Δεν θα γινότανε να παραλείψω την Γραμματέα του ΠΜΣ, την κα.Γιοβανούδη Θεοδώρα, που υπήρξε ακούραστη αρωγός όλων μας, σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κατάλογος πινάκων.....	viii
Κατάλογος διαγραμμάτων	xi
Κατάλογος ιστογραμμάτων	xii
Κατάλογος γραφημάτων	xiii
Συνομογραφίες και σύμβολα	xiv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
ABSTRACT	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΤΟΝ ΣΔτ2	8
1.1. Τι σημαίνει αυτοδιαχείριση στον ΣΔτ2	8
1.2 Γλυκαιμική ρύθμιση.....	9
1.2.1 Αυτομέτρηση σακχάρου.....	9
1.2.2 Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη.....	10
1.3 Διαχείριση του τρόπου ζωής	12

1.3.1. Διατροφική θεραπευτική αγωγή στον ΣΔτ2.....	12
1.2.2 Ο ρόλος της άσκησης στο ΣΔτ2.....	15
1.4 Ο ρόλος της εκπαίδευσης στη διαχείριση του ΣΔτ2.....	16
1.4.1 Ο ρόλος του εκπαιδευτή.....	17
1.4.2 Η σημασία της απόκτησης αυτοελέγχου.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	19
2.1. Ταξινόμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας	19
2.2. Μελέτες συσχετισμού προσωπικότητας, υγείας, ποιότητας ζωής και μακροζωίας.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	27
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΚΟΠΟΣ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	33
2.1. Το δείγμα της έρευνας.....	33
2.2 Εργαλείο μέτρησης.....	33
2.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	35
2.4 Ανάλυση δεδομένων	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37

3.1 Περιγραφική στατιστική	37
3.1.1 Γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος	37
3.1.2 Δείκτες συμπεριφορικής προσαρμογής	39
3.1.3 Μεταβολικοί Δείκτες	40
3.1.4 Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας	42
3.2 Επαγωγική στατιστική	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	70
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	115

Κατάλογος πινάκων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Γενικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Δείκτης συμπεριφορικής προσαρμογής.....	39
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Μεταβολικοί δείκτες δείγματος.....	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας του δείγματος.....	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Συσχετισμοί που έγιναν με χρήση μεθόδων της επαγωγικής στατιστικής...47	
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Έλεγχος Κανονικότητας.....	47
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Είδος φαρμακευτικής αγωγής και προσωπικότητα – group statistics	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Είδος φαρμακευτικής αγωγής και προσωπικότητα – Levene’s test.....	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Κάπνισμα και προσωπικότητα – test ANOVA	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Κάπνισμα και προσωπικότητα – group statistics.....	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Κάπνισμα και προσωπικότητα – Levene’s test	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 BMI και προσωπικότητα – συντελεστής συσχέτισης Pearson	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Γλυκόζη νηστείας και προσωπικότητα – συντελεστής Pearson	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 HbA1c και προσωπικότητα – συντελεστής συσχέτισης Pearson	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 HDL και προσωπικότητα – συντελεστής συσχέτισης Pearson	56
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 LDL και προσωπικότητα – συντελεστής συσχέτισης Pearson	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Κατανομή δείγματος βάσει ηλικίας	78
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Μέσος όρος δείγματος βάσει ηλικίας	79

ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Κατανομή δείγματος βάσει φύλου	80
ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Κατανομή δείγματος βάσει οικογενειακής κατάστασης	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Κατανομή δείγματος βάσει συντροφικότητας ή μοναχικότητας.....	82
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Κατανομή δείγματος βάσει μορφωτικού επιπέδου	83
ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Κατανομή δείγματος βάσει εργασιακής κατάστασης	84
ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Κατανομή δείγματος βάσει επαγγέλματος	86
ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Κατανομή δείγματος βάσει είδους θεραπείας	87
ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Κατανομή δείγματος βάσει βαθμού τήρησης θεραπευτικής αγωγής	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Κατανομή δείγματος βάσει συχνότητας εξάσκησης (ώρες/εβδομάδα).....	89
ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Κατανομή δείγματος βάσει καπνίσματος.....	90
ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Κατανομή δείγματος βάσει κληρονομικότητας	91
ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Μέσος όρος Δείκτη Μάζας Σώματος	92
ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Μέσος όρος γλυκόζης νηστείας.....	93
ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Μέσος όρος γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 33 Μέσος όρος HDL.....	96
ΠΙΝΑΚΑΣ 34 Μέσος όρος LDL	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 35 Μέσος όρος τριγλυκεριδίων.....	98
ΠΙΝΑΚΑΣ 36 Μέσος όρος χοληστερόλης	99
ΠΙΝΑΚΑΣ 37. Μέσος όρος συστολικής πίεσης.....	100
ΠΙΝΑΚΑΣ 38. Μέσος όρος διαστολικής πίεσης	101

ΠΙΝΑΚΑΣ 39 Μέσος όρος νευρωτισμού.....	102
ΠΙΝΑΚΑΣ 40 Μέσος όρος εξωστρέφειας	103
ΠΙΝΑΚΑΣ 41 Μέσος όρος δεκτικότητας σε εμπειρίες.....	104
ΠΙΝΑΚΑΣ 42 Μέσος όρος συνεργασιμότητας	105
ΠΙΝΑΚΑΣ 43 Μέσος όρος ευσυνειδησίας.....	106
ΠΙΝΑΚΑΣ 44 Στατιστικός Περιγραφικός Έλεγχος προσωπικότητας	107
ΠΙΝΑΚΑΣ 45 Έλεγχος κανονικότητας – τρέστ Kolmogorov-Smirnov.....	108
ΠΙΝΑΚΑΣ 46. Q-Q Plot για τον νευρωτισμό	109
ΠΙΝΑΚΑΣ 47 Q-Q Plot για την εξωστρέφεια.....	109
ΠΙΝΑΚΑΣ 48 Q-Q Plot για την δεκτικότητα σε εμπειρίες	110
ΠΙΝΑΚΑΣ 49 Q-Q Plot για τη συνεργασιμότητα.....	110
ΠΙΝΑΚΑΣ 50. Q-Q Plot για την ευσυνειδησία	111

Κατάλογος διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Κατανομή δείγματος βάσει φύλου.....	82
Διάγραμμα 2. Κατανομή δείγματος βάσει οικογενειακής κατάστασης.....	83
Διάγραμμα 3. Κατανομή δείγματος βάσει συντροφικότητας ή μοναχικότητας.....	84
Διάγραμμα 4. Κατανομή δείγματος βάσει μορφωτικού επιπέδου.....	85
Διάγραμμα 5. Κατανομή δείγματος βάσει εργασιακής κατάστασης.....	86
Διάγραμμα 6. Κατανομή δείγματος βάσει είδους θεραπείας.....	89
Διάγραμμα 7. Κατανομή δείγματος βάσει βαθμού τήρησης θεραπευτικής αγωγής.....	90
Διάγραμμα 8. Κατανομή δείγματος βάσει συχνότητας εξάσκησης (ώρες/εβδομάδα)..	91
Διάγραμμα 9. Κατανομή δείγματος βάσει καπνίσματος.....	93
Διάγραμμα 10. Κατανομή δείγματος βάσει κληρονομικότητας.....	94

Κατάλογος ιστογραμμάτων

Ιστόγραμμα 1. Κατανομή δείγματος βάσει νευρωτισμού.....	44
Ιστόγραμμα 2. Κατανομή δείγματος βάσει εξωστρέφειας.....	44
Ιστόγραμμα 3. Κατανομή δείγματος βάσει δεκτικότητας σε εμπειρίες.....	45
Ιστόγραμμα 4. Κατανομή δείγματος βάσει συνεργασιμότητας.....	45
Ιστόγραμμα 5. Κατανομή δείγματος βάσει ευσυνειδησίας.....	46
Ιστόγραμμα 6. Κατανομή δείγματος βάσει ηλικίας.....	82
Ιστόγραμμα 7. Κατανομή δείγματος βάσει συχνότητας εξάσκησης (ώρες/εβδομάδα)...	92
Ιστόγραμμα 8. Κατανομή δείγματος βάσει Δείκτη Μάζας Σώματος.....	95
Ιστόγραμμα 9. Κατανομή δείγματος βάσει γλυκόζης νηστείας.....	96
Ιστόγραμμα 10. Κατανομή δείγματος βάσει γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.....	97
Ιστόγραμμα 11. Κατανομή δείγματος βάσει HDL.....	98
Ιστόγραμμα 12. Κατανομή δείγματος βάσει LDL.....	99
Ιστόγραμμα 13. Κατανομή δείγματος βάσει τριγλυκεριδίων.....	100
Ιστόγραμμα 14. Κατανομή δείγματος βάσει χοληστερόλης.....	101
Ιστόγραμμα 15. Κατανομή δείγματος βάσει συστολικής πίεσης.....	102
Ιστόγραμμα 16. Κατανομή δείγματος βάσει διαστολικής πίεσης.....	103
Ιστόγραμμα 17. Κατανομή δείγματος βάσει νευρωτισμού.....	104
Ιστόγραμμα 18. Κατανομή δείγματος βάσει εξωστρέφειας.....	105

Ιστόγραμμα 19. Κατανομή δείγματος βάσει δεκτικότητας σε εμπειρίες.....	106
Ιστόγραμμα 20. Κατανομή δείγματος βάσει συνεργασιμότητας.....	107
Ιστόγραμμα 21. Κατανομή δείγματος βάσει ευσυνειδησίας.....	108

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1. Κατανομή δείγματος βάσει επαγγέλματος.....	88
---	----

Συντομογραφίες και σύμβολα

ΑΠ	Αρτηριακή Πίεση
ΔΑΠ	Διαστολική Αρτηριακή Πίεση
ΣΑΠ	Συστολική Αρτηριακή Πίεση
ΣΔ	Σακχαρώδης Διαβήτης
ΣΔτ1	Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1
ΣΔτ2	Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2
ADA	Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία
BMI	Δείκτης Μάζας Σώματος
FFM	Μοντέλο Πέντε Παραγόντων
BFF	Πέντε Μεγάλοι Παράγοντες
HbA1c	Γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη
IDF	Διεθνής Ομοσπονδία Διαβήτη
IGT	Διαταραχή Ανοχής Γλυκόζης
WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Διερεύνηση της πιθανής σχέσης μεταξύ χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της προσωπικότητας και γλυκαιμικού ελέγχου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη διεξήχθη με τη χρήση δεδομένων από 110 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, 59% γυναίκες, στην αγροτική βόρεια Ελλάδα. Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας NEO-PI-3, το οποίο μετράει τους 5 βασικούς τομείς της φυσιολογικής προσωπικότητας. Οι σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των μετρήσεων του γλυκαιμικού ελέγχου (HbA1c και τα επίπεδα γλυκόζης νηστείας στο αίμα), των βιο-δεικτών και της προσαρμογής της συμπεριφοράς εξετάστηκαν με συσχέτιση.

Αποτελέσματα: Οι χαμηλότερες τιμές HbA1c και γλυκόζης νηστείας συσχετίστηκαν ασθενώς με υψηλότερες τιμές της ευσυνειδησίας και τα υψηλότερα ποσοστά εξωστρέφειας συσχετίστηκαν με μικρότερο δείκτη μάζας σώματος.

Συμπέρασμα: Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η εξωστρέφεια και η ευσυνειδησία, μπορούν να βοηθήσουν στη ρύθμιση της γλυκόζης στο αίμα. Συνεπώς, ψυχολογικές παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στη βελτίωση των υγιεινών συμπεριφορών, μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα ενός εξατομικευμένου σχεδιασμού.

Λέξεις-κλειδιά: Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2, Μοντέλο Πέντε Παραγόντων, ρόλος προσωπικότητας

ABSTRACT

Objective: To investigate the potential relationship between glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus and personality traits.

Method: The present study was conducted using data from 110 patients with type II diabetes, 59% being women, in rural northern Greece. Participants completed the NEO-PI-3 Personality Inventory, which is a questionnaire inventory measuring 5 major domains of normal personality. Relationships between personality traits and measures of glycaemic control (HbA1c and fasting blood glucose levels), measures of bio-markers and measures of behavioural adaptation were examined by correlation.

Results: Lower HbA1c values and fasting blood glucose levels were weakly associated with higher scores for the personality domain of conscientiousness and higher scores of extraversion were associated with lower scores of body mass index (BMI).

Conclusions: Personality traits such as extraversion and conscientiousness can help control blood glucose. As a result considering psychological interventions focused on improving healthy behaviours, can optimize individualized planning efficacy.

Key words: diabetes mellitus type 2, Five Factor Model, personality role.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί σοβαρό και ολοένα επεκτεινόμενο πρόβλημα για την δημόσια υγεία, με σοβαρές επιπτώσεις σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Λόγω της φύσης του σακχαρώδη διαβήτη – μια χρόνια πάθηση του μεταβολισμού που απαιτεί συνεχή φροντίδα - η αυτοδιαχείριση από μέρους του ασθενούς είναι το κυριότερο όπλο και ο ασφαλέστερος τρόπος για την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών.

Η αυτοδιαχείριση είναι μια πολυεπίπεδη διαδικασία, που περιλαμβάνει τις τακτές μετρήσεις σακχάρου, την τήρηση και κανονική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, τις καθημερινές διατροφικές επιλογές, την σωματική άσκηση, αλλά και την επαγρύπνηση για τυχόν εμφάνιση ακραίων τιμών σακχάρου (υπογλυκαιμίας, υπεργλυκαιμίας).

Επειδή η αυτοδιαχείριση προϋποθέτει ένα μίγμα νοητικής επάρκειας, αλλά και επικοινωνιακών και πρακτικών δεξιοτήτων, είναι εμφανής η εμπλοκή του τύπου της προσωπικότητας στο βαθμό συμμόρφωσης σε αυτήν την πολυεπίπεδη διαδικασία.

Η συνήθης πρακτική είναι να ενημερώνονται/εκπαιδεύονται όλοι οι ασθενείς για θέματα αυτοδιαχείρισης με τον ίδιο τρόπο. Μήπως όμως τα αποτελέσματα θα ήταν καλύτερα αν η εκπαίδευση επικεντρωνόταν με ένταση και ειδική προσέγγιση, σε άτομα που δυσκολεύονται στην εφαρμογή της αυτοδιαχείρισης λόγω ιδιαίτερων χαρακτηριστικών στην προσωπικότητά τους;

Η παρούσα έρευνα έχει στόχο να προσδιορίσει τη σχέση μεταξύ αυτοδιαχείρισης και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, ώστε να εστιαστούν ιδιαίτερες ομάδες προσωπικότητας για την εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών ψυχολογικής προσέγγισης προς επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων αυτοδιαχείρισης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Μέτρον πάντων χρημάτων άνθρωπος» μέτρο και κριτήριο για τα πράγματα είναι ο άνθρωπος κατά το Πρωταγόρα. Ο ιδιαίτερος δηλαδή τρόπος θεώρησης των πραγμάτων από κάθε άτομο είναι το σημαντικότερο. Κάθε άνθρωπος αντιδρά διαφορετικά, τόσο βιολογικά όσο και ψυχολογικά/συναισθηματικά σε παρόμοιες καταστάσεις.

Στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2), η ίδια η εμφάνιση της νόσου, και κατόπιν η διαχείρισή της και η αποφυγή βραχυχρόνιων και μακροχρόνιων επιπλοκών επηρεάζονται από τον τρόπο θεώρησης των πραγμάτων από μέρος του ασθενούς. Η προσωπικότητα και οι ιδιαίτερες συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της νόσου. Η διαχείριση του Διαβήτη περιλαμβάνει απαιτήσεις πολύ περισσότερες από έναν απλό γλυκαιμικό έλεγχο. Ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενούς, πιθανόν να υπάρξει συναισθηματική επιβάρυνση τέτοια που να προκαλέσει αδυναμία ικανοποιητικής αυτοδιαχείρισης, με συναισθήματα ανησυχίας, ενοχής, ανικανότητας, ήττας, παρατεταμένου άγχους, έως και κατάθλιψης έντονης και εμμένουσας.

Η σωστή αυτοδιαχείριση περιλαμβάνει:

✓ Τακτές μετρήσεις σακχάρου. Η εμφάνιση των σακχαρομέτρων παράσχει στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη την δυνατότητα να αναλάβουν την αυτομέτρηση σακχάρου στο αίμα τους, να παρακολουθούν την γλυκαιμική τους πορεία και διαρκής επαγρύπνηση, ώστε να προβαίνουν στην έγκαιρη διόρθωσή της με παρεμβάσεις στην διατροφή, στην άσκηση και στην αγωγή, υπό την καθοδήγηση του επιβλέποντος ιατρού.

✓ Πιστή τήρηση και κανονική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, με επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό για παρεμβάσεις ανάλογα με τα αποτελέσματα των μετρήσεων σακχάρου.

✓ Σωστές διατροφικές επιλογές. Η παχυσαρκία, και ιδιαίτερα αυτή που χαρακτηρίζεται από συσσώρευση λίπους στην κοιλιά, ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την εκδήλωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και για την πορεία και τον έλεγχο της νόσου, λόγω των μεταβολικών διαταραχών που προκαλεί, με κομβική στην περίπτωση μας την αντίσταση στην ινσουλίνη. Χρησιμοποιείται μέχρι και ο όρος "διαβητοπαχυσαρκία" (diabesity) για να περιγραφεί η στενή σχέση των δύο καταστάσεων. Η παρακολούθηση

του σωματικού βάρους είναι μια από τις καθημερινές συνήθειες του σωστά εκπαιδευμένου ασθενούς.

✓ Τακτική προγραμματισμένη άσκηση. Βελτιώνεται η ευαισθησία στην ινσουλίνη και μειώνονται τα επίπεδα γλυκόζης, το οξειδωτικό στρές και ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών. Για τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, το πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής αγωγής.

Οι επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη δεν αφήνουν περιθώρια αμφιβολιών για την βαρύτητα της επιτυχημένης αυτοδιαχείρισης, η οποία προϋποθέτει κατάλληλη εκπαίδευση από μέρους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και ενεργή και ειλικρινή συνεργασία από μέρους του ασθενούς. Λόγω της φύσεως της ασθένειας, η διαδικασία αυτή διαρκεί για πάντα και ξεπερνά τη νοοτροπία της φαρμακευτικής αγωγής που από μόνη της θεραπεύει. Για την επιτυχημένη πραγματοποίησή της απαιτείται η κοινή δράση ασθενούς και ιατρού. Μια καλύτερη αυτοδιαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη περιλαμβάνει μεταστροφή από την παθητική στην ενεργητική αντιμετώπιση, με καλύτερη πληροφόρηση, διατήρηση ρεαλιστικών ελπίδων και μακροπρόθεσμους στόχους.

Παγκοσμίως δημοσιεύονται κάθε χρόνο έρευνες που εστιάζουν στην επίδραση ασθενειών στην προσωπικότητα. Η ιδιαιτερότητα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, που έχει ως θεραπευτική αγωγή την αυτοδιαχείριση – αντιστρέφει τη σχέση αιτίας-αιτιατού και δίνει βαρύνουσα σημασία για την έκβαση της νόσου στην επίδραση της προσωπικότητας στην πορεία της ασθένειας. Γεννώνται, συνεπώς, τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- 🍏 Υπάρχει σχέση μεταξύ προσωπικότητας και αποτελεσματικότητας της αυτοδιαχείρισης;
- 🍏 Υπάρχουν ορισμένοι τύποι προσωπικότητας που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ομάδες υψηλού κινδύνου, στις οποίες θα μπορούσαν να εστιάσουν οι ομάδες πρόσθετης παρέμβασης/εκπαίδευσης;
- 🍏 Είναι δυνατόν μέσα από την ψυχολογική προσέγγιση της ασθένειας να εντοπίζονται πρώιμα συμπτώματα συμπεριφορών μη ικανοποιητικής αυτοδιαχείρισης, ώστε να οδηγούμαστε έγκαιρα σε καίριες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις;

- 🍏 Έχει σχέση η ικανότητα αυτορρύθμισης σακχάρου με κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών;
- 🍏 Η προσωπικότητα επηρεάζει τον βαθμό συμμόρφωσης με τις οδηγίες για παρακολούθηση/μείωση βάρους, μη κάπνισμα, σωματική δραστηριότητα;
- 🍏 Υπάρχει τρόπος να διαχωριστούν με επιστημονική σαφήνεια τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επηρεάζουν την στάση του ασθενούς ως προς την διαχείριση της ασθένειάς του;
- 🍏 Υπάρχουν διακριτά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που ωθούν τους ασθενείς να αποκαρδιωθούν ή να πειστώσουν κατά την διάρκεια της μακράς προσπάθειας για διατήρηση φυσιολογικών μεταβολικών παραμέτρων;
- 🍏 Πώς θα μπορούσε ο ασθενής να κινητοποιηθεί ώστε η ικανότητα ελέγχου και η επιθυμία ελέγχου του σακχαρώδη διαβήτη να βρίσκονται το ίδιο ψηλά;

Σκοπός της έρευνας είναι η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε σχέση με την επίδραση που έχουν στον βαθμό επιτυχίας της αυτοδιαχείρισης του σακχαρώδη διαβήτη, και αναλυτικότερα στην καλή γλυκαιμική ρύθμιση, στην διατήρηση φυσιολογικών μεταβολικών παραμέτρων, στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, στην διατήρηση μειωμένου βάρους, στην σωματική δραστηριότητα και έλλειψη καπνίσματος.

Στόχος της έρευνας είναι να υπάρξει συνεισφορά στην διερεύνηση που γίνεται παγκοσμίως για τη σχέση προσωπικότητας και διαχείρισης του σακχαρώδη διαβήτη, ώστε να μπορέσουν να εντοπισθούν χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τον τρόπο αυτοδιαχείρισης είτε θετικά, είτε αρνητικά. Αυτά τα χαρακτηριστικά πιθανόν δημιουργούν ψυχολογικά συμπτώματα που είτε αυξάνουν, είτε μειώνουν αντίστοιχα το κίνητρο για θεραπεία, συμμόρφωση και ικανότητα αυτοδιαχείρισης εν γένει.

Ο σακχαρώδης διαβήτης ως χρόνιο νόσημα, έχει ένα κοινό χαρακτηριστικό με την ίδια τη ζωή: Είναι ένας Μαραθώνιος. Δεν είναι αγώνας 100 μέτρων. Απαιτούνται μακροπρόθεσμοι στόχοι και παρεμβάσεις. Το ιατρικό προσωπικό είναι αυτό που θα εμπνεύσει στον ασθενή την απαραίτητη αυτοπεποίθηση για την διαρκή και πιστή τήρηση

του προγράμματος αυτοδιαχείρισης. Η διερεύνηση του τύπου της προσωπικότητας του κάθε ασθενούς ξεχωριστά, ώστε να μπορούν να πραγματοποιηθούν εξειδικευμένες ατομικές παρεμβάσεις, ίσως μπορέσει να συνεισφέρει μελλοντικά σ' αυτόν το στόχο.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΤΟΝ ΣΔτ2

1.1. Τι σημαίνει αυτοδιαχείριση στον ΣΔτ2

«Συμπαθῶμεν τοῖς φίλοις οὐ θρηνοῦντες ἀλλὰ φροντίζοντες» - Επίκουρος

Στον πόνο των φίλων συμπάσχουμε όχι θρηνώντας αλλά μεριμνώντας γι' αυτούς.

Η διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη αποτελεί μια πολυεπίπεδη διαδικασία εκπαίδευσης του ασθενούς από εξειδικευμένο ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό, με στόχο την επίτευξη επιτυχημένης διαρκούς αυτοδιαχείρισης από μέρος του πάσχοντος. Η εκπαίδευση αυτή οφείλει να είναι εξατομικευμένη και πολυδιάστατη. Να λαμβάνει υπ' όψιν τις κάθε είδους ιδιαιτερότητες του πάσχοντος, από τις προτιμήσεις και τα πιστεύω του, μέχρι τις γραμματικές και αριθμητικές του γνώσεις (literacy and numeracy). Απαιτείται μια υποστηρικτική ομάδα ικανή να εκμαιεύει τις βαθύτερες σκέψεις και ανησυχίες του ασθενούς, να διερευνεί τα πιθανά εμπόδια στην αυτοφροντίδα, να κρατά διαρκή επικοινωνία με τον πάσχοντα και να τον εξοπλίζει σε μόνιμη βάση με ικανότητες πρόληψης αλλά και αντιμετώπισης κρίσιμων καταστάσεων.

Στόχος της ομάδας εκπαίδευσης είναι η επιτυχημένη χειραφέτηση του ασθενούς, μια χειραφέτηση που θα περιγραφόταν καλύτερα ως ανεξαρτητοποίηση υπό διαρκή εποπτεία μέσω της παρακολούθησης της γλυκαιμικής ρύθμισης, της διατήρησης φυσιολογικών μεταβολικών παραμέτρων και της εφαρμογής υγιεινού τρόπου ζωής, με τελικό στόχο την απομάκρυνση των πιθανοτήτων για νοσηρότητα, επιπλοκές και θνητότητα.

Στις παραγράφους που ακολουθούν γίνεται μια σύντομη αποτύπωση των επιγραμματικά προαναφερθέντων στόχων.

1.2. Γλυκαιμική ρύθμιση

Βασικός και θεμέλιος στόχος κάθε προσπάθειας, τόσο από μέρους του πάσχοντος από ΣΔ, όσο και από μέρους της ιατρικής/νοσηλευτικής ομάδας, είναι η γλυκαιμική ρύθμιση. Η όσο το δυνατόν συχνότερη παρακολούθηση της διακύμανση της γλυκόζης, η καταγραφή των τιμών σακχάρου, η αξιολόγηση αυτών των τιμών και οι απορρέουσες αποφάσεις για πιθανή θεραπευτική αναπροσαρμογή ή/και εντατικοποίηση άλλων δράσεων, αποτελεί την ραχοκοκαλιά της επιτυχημένης διαδικασίας αυτοελέγχου.

1.2.1. Αυτομέτρηση σακχάρου

Η αυτομέτρηση σακχάρου είναι η ουσιαστική συνδρομή της τεχνολογίας στην δυνατότητα που παρέχεται στον ασθενή για αυτοδιαχείριση του ΣΔ. Η γνώση της τρέχουσας τιμής σακχάρου είναι πληροφορία πολύτιμη, που παρέχει πολυποίκιλα συμπεράσματα, τα οποία δεν θα ήταν εύκολο να αντληθούν με άλλο τρόπο. Επιτρέπει την εντατικοποίηση της θεραπείας, παρέχοντας την δυνατότητα αναλυτικής αξιολόγησης της ανταπόκρισης στο θεραπευτικό σχήμα και υποστηρίζοντας την ανατροφοδότηση του συστήματος ελέγχου, με την αναπροσαρμογή της αγωγής και της διαίτας και με την εναρμόνιση της άσκησης στην θεραπευτική αγωγή. Επιπλέον η αυτομέτρηση είναι ασφαλής μέθοδος ανίχνευσης και αναγνώρισης υπο- ή υπερ-γλυκαιμικών επεισοδίων, και χρήσιμο εργαλείο αντιμετώπισης οξείων καταστάσεων.

Λόγω της σημασίας της αυτομέτρησης σακχάρου ως εργαλείο της αυτοδιαχείρισης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό, σε κάθε επίσκεψη στον γιατρό, να επανεπιβεβαιώνεται ότι εφαρμόζεται η σωστή τεχνική, ώστε να είναι έγκυρες και ακριβείς οι μετρήσεις.

Όσον αφορά στη συχνότητα αυτομέτρησης και στην βαρύτητα της θετικής της επίδρασης στον έλεγχο του σακχάρου, υπάρχει διαφορά ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αυτομέτρηση επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα σε ασθενείς που είναι σε εντατικό σχήμα ινσουλινοθεραπείας, [1-4] ενώ για ασθενείς που λαμβάνουν μόνο βασική ινσουλίνη ή/και δισκία, τα αποτελέσματα είναι μη εδραιωμένα στατιστικά. [1-3, 5-15] Πιο συγκεκριμένα για τους ασθενείς υπό εντατικό σχήμα ινσουλινοθεραπείας απαιτούνται μετρήσεις προ- και μετα- γευματικά και προ του ύπνου,

όπως και πριν από έντονη σωματική άσκηση, καθώς και όταν υπάρχουν ενδείξεις, συμπτώματα ή υποψία υπογλυκαιμίας, αλλά επίσης και μετά την παρέμβαση για διόρθωση του επιπέδου γλυκόζης. [16] Αλλά και στις περιπτώσεις μη ινσουλινοθεραπείας στο ΣΔ, με την βοήθεια των αυτομετρήσεων, μπορούμε να έχουμε ασθενοκεντρική προσέγγιση, με όσο το δυνατόν ακριβέστερη εξατομίκευση του καθορισμού της συχνότητας μετρήσεων και του χρόνου πραγματοποίησής τους, λαμβάνοντας υπόψιν το θεραπευτικό σχήμα, την εκπλήρωση ή μη των γλυκαιμικών στόχων, καθώς και τον βαθμό ανταπόκρισης του ασθενούς στην εκπαίδευση.

Πράγματι, η αξία αυτομέτρησης είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την αποτελεσματική αυτορρύθμιση σακχάρου, υπό την προϋπόθεση ότι γίνεται χρήση της πληροφορίας από τον ασθενή. Σχετικές μελέτες έδειξαν ότι ο αυξημένος αριθμός αυτομετρήσεων γλυκόζης αίματος είχε ως αποτέλεσμα στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων HbA1c, μόνο για τους ασθενείς που φρόντιζαν να αυτο-αναπροσαρμόζουν την δόση ινσουλίνης, ενώ η τυφλή εφαρμογή της αυτομέτρησης, χωρίς εξατομίκευση της διαχείρισης με ανάλογη εκπαίδευση, επιτυγχάνει μόνο την μη ευκαταφρόνητη αύξηση κόστους. [9-15] Μόνον όταν η αυτομέτρηση συνδυάζεται με την εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση του διαβήτη, με τρόπο που να επιφέρει αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις θεραπευτικές στρατηγικές, μόνο τότε αποκτά τον ουσιαστικό της ρόλο.

1.2.2. Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) σχηματίζεται με τη σύνδεση της αιμοσφαιρίνης με τη γλυκόζη αίματος, μέσω μιας αντίδρασης που καλείται μη ενζυματική γλυκοζυλίωση, με μη αναστρέψιμο τρόπο κατά την διάρκεια ζωής των ερυθρών αιμοσφαιρίων της κυκλοφορίας, δηλαδή για περίπου 120 ημέρες (πλην της πιο πρόσφατης εβδομάδας, κατά την οποία η γλυκοζυλίωση είναι ακόμη αναστρέψιμη). Η μέτρηση της HbA1c αποτυπώνει την μέση γλυκαιμική εικόνα για το προηγούμενο διάστημα των 2-3 μηνών, και κυρίως των τελευταίων 4 εβδομάδων (πλην της πιο πρόσφατης), αποτελεί δηλαδή μια παράμετρο εκτίμησης της αναδρομικής υπεργλυκαιμίας.

Ο προσδιορισμός του αιμοσφαιρικού κλάσματος HbA1c αποτελεί πλέον τον ευρύτερα χρησιμοποιούμενο δείκτη μεταβολικού ελέγχου [17,18] και, επειδή η τιμή HbA1c σχετίζεται γραμμικά με την μέση τιμή γλυκόζης αίματος, αποτελεί στις επιστημονικές μελέτες το πρωταρχικό κριτήριο αποτελεσματικότητας οποιασδήποτε υπό

εξέταση αγωγής, μεθόδου ή παράγοντα. Επιπλέον είναι η μόνη μέτρηση που συσχετίζεται επαρκώς με την ανάπτυξη μικρο- και μακρο-αγγειακών επιπλοκών.

Τα επιθυμητά όρια διαφέρουν, ανάλογα με τον λόγο για τον οποίο γίνεται η εξέταση. Λόγω του κινδύνου υπογλυκαιμιών ή/και πολυφαρμακίας στην προσπάθεια αυστηρής και ταχείας επίτευξης μείωσης της HbA1c, υπάρχει ελαστικότητα και εξατομίκευση στον καθορισμό του επιπέδου-στόχου της και στην ταχύτητα επίτευξης. Σε ανασκόπηση των μελετών UKPDS, ACCORD, ADVANCE και VADT εκτιμήθηκε ότι μείωση κατά 1mmol/mol της HbA1c ελαττώνει τον κίνδυνο επιπλοκών του ΣΔ κατά 3%. [19] Μια μελέτη όμως του ACCORD ειδικά σχεδιασμένη για να διαπιστωθεί εάν η εντατική θεραπευτική αγωγή με στόχο την επίτευξη φυσιολογικών επιπέδων HbA1c σε ασθενείς με ΣΔτ2 θα μείωνε τον ρυθμό καρδιαγγειακών επεισοδίων, τερματίστηκε πρόωρα σε 3,5 χρόνια λόγω αυξημένης θνησιμότητας. [20] Περαιτέρω προβληματισμός δημιουργήθηκε με τα συμπεράσματα από μεγάλη βάση δεδομένων ΣΔτ2 που έδειξαν ότι ο συσχετισμός επιπέδων HbA1c και θνησιμότητας έχει σχήμα U, όπου το χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας παρατηρείται με HbA1c 7,5% ενώ εμφανίζεται αύξηση κατά 52% στη θνησιμότητα με HbA1c 6,4%. [21] Προβληματισμό δημιουργεί και μια μετα-ανάλυση 9 μελετών επί 25.932 ατόμων στην Κίνα, που έδειξε ότι η χρήση HbA1c \geq 6,5% για τη διάγνωση διαβήτη θα αποτύγχανε στους μισούς περίπου νεοδιαγνωσθέντες (ποσοστό 48,7%), αμφισβητώντας την καθολική και αντιπροσωπευτική αξία της HbA1c και υποδηλώνοντας ανάγκη για εύρεση νέας κατάλληλα προσαρμοσμένης τιμής-κριτηρίου. [22]

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, η απεικόνιση της γλυκαιμικής κατάστασης σε μια μοναδική τιμή, είναι ταυτόχρονα και το μεγάλο της μειονέκτημα: με αυτήν δεν περιγράφονται οι ακραίες τιμές υπερ- και υπο-γλυκαιμίας, ούτε η διάρκεια και συχνότητά τους. Σε παρόμοιες τιμές HbA1c είναι δυνατόν να αντιστοιχούν αντιδιαμετρικά προφίλ διακυμάνσεως γλυκόζης. Στη μελέτη DCCT παρουσιάστηκε στατιστικό μοντέλο στο οποίο φαίνεται ότι για παρόμοια επίπεδα HbA1c, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αμφιβληστροπάθειας στα άτομα της ομάδας συμβατικής θεραπείας, σε σχέση με τα άτομα της ομάδας εντατικής θεραπείας.[23, 24] Επιπλέον την καθολική αξία της HbA1c θέτουν υπό αμφισβήτηση ενδείξεις ότι με ίδιες τιμές γλυκόζης υπάρχει δυνατότητα διαφορετικού βαθμού γλυκοζυλίωσης, εξαιτίας διαφόρων βιολογικών ή/και γενετικών παραγόντων.[25]

Η προσπάθεια για να περιγραφεί, αξιολογηθεί και αποτυπωθεί η διακύμανση γλυκόζης ως δείκτης με αξιοπιστία και βαρύτητα, είναι συνεχής στην επιστημονική κοινότητα. Έχουν γίνει πολλές μελέτες και έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφοροι δείκτες, από απλοί έως πολυσύνθετοι που προκύπτουν από λογαριθμική μετατροπή τιμών γλυκόζης. Γίνονται συνεχείς προσπάθειες σύνδεσης της διακύμανσης γλυκόζης με επιπλοκές ή /και θνησιμότητα, με αντιφατικά ή τουλάχιστον μη επαρκώς αποδεδειγμένα αποτελέσματα. Το όλο εγχείρημα μέχρι στιγμής θυμίζει την ρήση του Αϊνστάιν “*όσα είναι σημαντικά δεν μπορούν να μετρηθούν όλα, και όσα μπορούν να μετρηθούν δεν είναι όλα σημαντικά*” .

1.3. Διαχείριση του τρόπου ζωής

«Εάν σχεδιάζεις για ένα χρόνο, σπείρε ρύζι. Αν σχεδιάζεις για μια δεκαετία, φύτεψε δέντρα. Αν σχεδιάζεις για μια ζωή, εκπαίδευσε τους ανθρώπους»

Κινέζικη παροιμία

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι υπόθεση ζωής και πράγματι θέλει μακρόπνοο σχεδιασμό για μια ζωή. Απαιτείται εκπαίδευση στη διαχείριση του τρόπου ζωής, με μια συνεχή δια βίου διαδικασία, που θα περιλαμβάνει αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, ένταξη της άσκησης στην καθημερινότητα, επιμονή στην αποφυγή καπνίσματος και ρύθμιση άλλων παραμέτρων, εκτός του σακχάρου, όπως λιπίδια και αρτηριακή πίεση, με στόχο τα βέλτιστα αποτελέσματα υγείας και ποιότητας ζωής.

1.3.1. Διατροφική θεραπευτική αγωγή στον ΣΔτ2

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης, ως μεταβολικό σύνδρομο, έχει στενή σχέση με την τροφή, τόσο σε θέματα πρόληψης και αιτιολογίας-παθογένειας, όσο και θέματα θεραπευτικής αγωγής. Η διατροφική θεραπευτική αγωγή μάλιστα, αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της αυτοδιαχείρισης στον διαρκή αγώνα αντιμετώπισης του ΣΔ. [15, 26-28] Οι διαβητολογικές εταιρείες εστιάζουν τις οδηγίες τους στη δημιουργία εξατομικευμένης πρότασης υγιεινής διατροφής και γενικότερου τρόπου ζωής, λαμβάνοντας υπόψη την

κατάσταση υγείας του κάθε συγκεκριμένου ασθενούς και με σεβασμό στις ιδιαιτερότητες, ανάγκες και προτιμήσεις του, για εδραίωση των νέων διατροφικών συνηθειών και αποφυγή υποτροπής.[39-31]

Λόγω της σχέσης σωματικού βάρους και ινσουλινοαντίστασης, η απώλεια βάρους με ήπια προσαρμογή μείωσης κατά 5-10% του αρχικού βάρους, ωφελεί τους πάσχοντες από ΣΔτ2, επιφέροντας βελτίωση στα επίπεδα σακχάρου, στην ανοχή στη γλυκόζη, στην αρτηριακή πίεση και στα επίπεδα λιπιδίων αίματος. Η βασική αρχή κάθε μεταβολής σωματικού βάρους είναι το ενεργειακό ισοζύγιο. Για μείωση, θα πρέπει η θερμιδική πρόσληψη να υστερεί της θερμιδικής απώλειας, η οποία είναι το άθροισμα του Βασικού Μεταβολισμού διατήρησης του οργανισμού σε λειτουργία, της μεταγευματικής θερμογένεσης που αναπτύσσεται κατά την διαδικασία της πέψης και της ενεργειακής δαπάνης λόγω φυσικής δραστηριότητας. Η παράλληλη μείωση πρόσληψης τροφής και αύξηση καθημερινής άσκησης, οδηγεί στην επωφελή μείωση βάρους. Με την διατροφική θεραπευτική αγωγή σχετίζονται επίπεδα HbA1c μειωμένα κατά 0,5-2%. [32-35]

Όσον αφορά τις δίαιτες, υπάρχει ευρύ φάσμα προτάσεων, από ήπιες και παραδοσιακές, όπως η μεσογειακή διατροφή, [36-38] έως ακραίες χορτοφαγικές. Η βιβλιογραφία δεν υποστηρίζει ένα συγκεκριμένο μοντέλο διατροφής. [39-40] Σε γενικές γραμμές ο ασθενής θα πρέπει να μη ξεπερνά την ημερήσια κατανάλωση θερμίδων που του έχει τεθεί ως όριο, και να φροντίζει για τον περιορισμό των επεξεργασμένων υδατανθράκων, των κορεσμένων και trans λιπαρών και του αλκοόλ.

Ένας τρόπος που προτείνεται για την σωστή διαμόρφωση των γευμάτων, είναι η μέθοδος των ισοδυνάμων, σύμφωνα με την οποία τα τρόφιμα κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες, στα περιέχοντα υδατάνθρακες και στα μη περιέχοντα, με σημείο αναφοράς για κάθε ομάδα το ένα (1) ισοδύναμο τροφίμων. Επιτρέπονται έτσι ανταλλαγές τροφίμων εντός της ομάδας, αφού έχουν την ίδια σχετικά ποιοτική σύσταση.

Η έννοια του γλυκαιμικού δείκτη είναι μια άλλη προσέγγιση στη δίαιτα στο ΣΔ. Η μεταγευματική υπεργλυκαιμία ποικίλει από τρόφιμο σε τρόφιμο, ακόμη και με την λήψη τροφών με ίση ποσότητα υδατανθράκων, και από άτομο σε άτομο, ακόμη και με την κατανάλωση της ίδιας ακριβώς τροφής. Τα τρόφιμα ταξινομούνται σε κλίμακα 0-100, με το 100 να αντιστοιχεί στη γλυκόζη. Όσο μεγαλύτερος ο δείκτης, τόσο ταχύτερα

αυξάνονται τα μεταγευματικά επίπεδα σακχάρου (χρήσιμη πληροφορία για την αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας). Όσο μικρότερος ο γλυκαιμικός δείκτης, προάγεται ο κορεσμός, μειώνεται η μεταγευματική υπεργλυκαιμία και αυξάνεται η οξείδωση των λιπαρών οξέων. Όποια μέθοδος και να ακολουθηθεί, είναι εξ ίσου αποτελεσματική ως τρόπος σχεδιασμού των γευμάτων για ασθενείς με ΣΔ2. [33]

Εκτός της διατροφής υπάρχουν και άλλες καταστάσεις δυνάμενες να οδηγήσουν σε αύξηση ή μείωση του βάρους. Για θετικό ισοζύγιο μπορεί να ευθύνονται ορμονικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου, [41] έλλειψη προσωπικού χρόνου, ανάλογη επιρροή οικογενειακού περιβάλλοντος, επίδραση κοινωνικού περιβάλλοντος, η διακοπή καπνίσματος, ο γάμος. [42]

Η διατροφική θεραπευτική αγωγή παραμένει αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την αυτοδιαχείριση του διαβήτη. Εάν παραγνωρισθεί ο ρόλος της, η ρύθμιση σακχάρου γίνεται εξαιρετικά δυσχερής έως ανέφικτη. Όμως για τους περισσότερους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη η ανατροπή στην διατροφική τους ελευθερία θεωρείται η μεγαλύτερη πρόκληση στη θεραπεία τους. Ο διαβητολόγος/διαιτολόγος αντιμετωπίζει την ίδια πρόκληση: η διατροφική του πρόταση θα πρέπει να αποτελέσει την διατροφική θεραπευτική αγωγή του ασθενούς. Δεν είναι όμως τόσο απλό. Η τροφή αποτελεί επιλογή ζωής για τον άνθρωπο, αν σκεφτεί κανείς ότι χάσαμε τον Παράδεισο για ένα μήλο. Δεν είναι λοιπόν λογικό να δίνουμε στον ασθενή ένα κατεβατό με απαγορεύσεις (όπου μοιάζει να επιτρέπεται μόνο το μήλο) και να ευελπιστούμε ότι θα τηρηθούν.

Υπάρχουν σε άμεση διαθεσιμότητα και σε απεριόριστη ποσότητα και ποικιλία, τροφές κυρίως επεξεργασμένες και ελκυστικά συσκευασμένες, συνήθως μικρής θρεπτικής αξίας – κάτι σαν τα γυάλινα καθρεφτάκια που ξεγελούσαν τους ιθαγενείς. Επί χιλιάδες χρόνια η αναζήτηση τροφής δημιουργούσε πολιτισμούς που αναπτύσσονταν γύρω από μεγάλους ποταμούς, ενώ τις τελευταίες δεκαετίες έχουμε ένα πολιτισμό που αναπτύσσεται γύρω απ' το σούπερ-μάρκετ. Υπάρχει πλέον πληθώρα επιλογών τροφής χαμηλού κόστους, πυκνών θερμιδικά και φτωχών διατροφικά και ένα εύχρηστο πάρκιγκ για πρόσβαση με τη μικρότερη δυνατή κατανάλωση θερμίδων. Η πρόκληση για τον διαβητολόγο/διαιτολόγο είναι να διερευνήσει τις δυνατότητες, ιδιαιτερότητες και προσδοκίες του ασθενούς, ώστε να του εμπνεύσει στροφή προς ένα νέο τρόπο ζωής, τον οποίο να ενστερνισθεί επί μακρόν με ενθουσιασμό.

1.3.2. Ο ρόλος της άσκησης στον ΣΔτ2

Η έννοια της άσκησης στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 είναι διευρυμένη και περιλαμβάνει κάθε φυσική δραστηριότητα που αυξάνει την κατανάλωση ενέργειας και την ευεξία, αποτελώντας σημαντικό τμήμα του σχεδιασμού της αυτοδιαχείρισης. Όπως έχουν δείξει μετα-αναλύσεις κλινικών ερευνών, παρεμβάσεις με προγραμματισμένες ασκήσεις διάρκειας 8 εβδομάδων και άνω, επέφεραν μείωση της HbA1c κατά 0,66%, [43] ενώ η εντατικοποίηση της άσκησης οδηγεί στην επίτευξη ακόμη μεγαλύτερης μείωσης, [44] και στην αύξηση της κινητικότητας/ευεξίας των υπέρβαρων. [45] Η άσκηση έχει θετικές επιπτώσεις όχι μόνο μόνο επί του γλυκαιμικού ελέγχου, αλλά και επί της παχυσαρκίας, της ινσουλινοαντίστασης, της υπέρτασης, της δυσλιπιδαιμίας και των συνοδών στον σακχαρώδη διαβήτη καταστάσεων. Μετα-ανάλυση που χρησιμοποίησε την EPIC study (European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition) στηρίζει την ευρέως αποδεκτή άποψη ότι και ακόμη και μέτριας έντασης δραστηριότητα επιφέρει σημαντική μείωση κινδύνου επιπλοκών και θνησιμότητας στα άτομα με ΣΔτ2. [46]

Οι ασκήσεις διακρίνονται σε αερόβιες, με παραγωγή ενέργειας μέσω οξείδωσης της γλυκόζης και ελεύθερων λιπαρών οξέων μέσω του κύκλου του Krebs, και σε αναερόβιες, όπου η ενέργεια προέρχεται από γλυκογονόλυση και παραγωγή γαλακτικού οξέως. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αποτελεσματικότητα των ασκήσεων αυξάνει με το συνδυασμό τους [47, 48] ενώ σε μετα-ανάλυση τονίστηκε η σημασία του συνδυασμού της άσκησης με διαιτητικές παρεμβάσεις. [49]

Οι Διαβητολογικές Εταιρείες προτείνουν ευέλικτα, μέτριας έντασης προγράμματα, με έναν ελάχιστο εβδομαδιαίο χρόνο που πρέπει να αφιερώνεται στη φυσική δραστηριότητα, τονίζοντας ότι ακόμη και οι απλές, ελαφριές φυσικές δραστηριότητες, όπως το βάδισμα, βοηθούν στο γλυκαιμικό έλεγχο των διαβητικών και μειώνουν την πιθανότητα επιπλοκών όπως τα καρδιαγγειακά επεισόδια. [50-52]

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την αποτελεσματική διαχείριση του διαβήτη, να υπάρξει στροφή στον τρόπο ζωής, από καθιστικό σε κινητικό, για την βελτίωση της συνολικής ψυχοκοινωνικής ευεξίας του ασθενούς. Συχνά όμως υπάρχει μειωμένη φυσική δραστηριότητα και απροθυμία για άσκηση, κατάσταση που συνήθως είναι παγιωμένη επί σειρά ετών, με συνυπευθυνότητα στην παθογένεια του ΣΔτ2. Τότε το βάρος πέφτει στην

ομάδα εκπαίδευσης, που επιφορτίζεται να βρει τρόπους ώστε ο ασθενής να ενστερνιστεί μια μάχιμη άποψη για τη ζωή και να προσθέσει την άσκηση στις κύριες θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης του διαβήτη.

1.4. Ο ρόλος της εκπαίδευσης στη διαχείριση του ΣΔτ2

1.4.1 Ο ρόλος του εκπαιδευτή

Οι εννέα σωματοφύλακες, που ήταν επτά, ήταν πέντε, οι εξής τρεις: ο Ντ'Αρτανιάν. Κάπως έτσι είναι η κατάσταση που έχει να αντιμετωπίσει η Ομάδα Εκπαίδευσης, δηλαδή συνήθως μόνος του ο Διαβητολόγος, ο οποίος είναι τερματοφύλακας και επιθετικός ταυτόχρονα. Οι απογοητευτικές επιδόσεις μεγάλου ποσοστού πασχόντων από ΣΔτ2, παρά την εξέλιξη σε θέματα επιστημονικής γνώσης και θεραπευτικής/φαρμακευτικής αγωγής, δείχνουν ότι υπάρχει πολλή δουλειά ακόμη στο θέμα της εκπαίδευσης. Η παράθεση των εργαστηριακών αναλύσεων και η επισήμανση της βαρύτητας και των συνεπειών τους, δεν αρκούν για να δημιουργήσουν έναν ενθουσιώδη μαχητή της υγείας. [53] Η όσο το δυνατόν πληρέστερη ενημέρωση του πάσχοντος για την ασθένειά του, τους κινδύνους, τις πιθανές επιπλοκές και τον τρόπο αντιμετώπισης, είναι σίγουρα η πρώτη και βασικότερη, όχι όμως η μόνη παρέμβαση, που χρειάζεται να γίνει. Όπως η πληροφορία, ότι λόγω άνωσης το ανθρώπινο σώμα επιπλέει στη θάλασσα, δεν παράγει από μόνη της δεινούς κολυμβητές, έτσι και η πληροφόρηση για τα οφέλη της αυτοδιαχείρισης δεν αποτελεί – για τους περισσότερους ασθενείς - ισχυρό κίνητρο ανατρεπτικών αποφάσεων για ριζικές αλλαγές στον τρόπο ζωής τους.

Χαρακτηριστικό της προσοχής που έχει δοθεί από την επιστημονική κοινότητα στον τρόπο προσέγγισης της εκπαίδευσης στην αυτοδιαχείριση, είναι οι εναλλακτικές ορολογίες που έχουν δημιουργηθεί σε αντικατάσταση του όρου *συμμόρφωση* του ασθενούς, όπως *κίνητρο αυτονομίας*, *εμπύχωση*, *αυτάρκεια*, *συνεργασιμότητα*, *συνδιαχείριση*, όροι που επικεντρώνονται στη σημασία της συνεργασίας τόσο στην επιλογή στόχων όσο και στην διαρκή υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης. [54-57]

1.4.2 Η σημασία της απόκτησης αυτοελέγχου

Η ανάληψη του ελέγχου της διαχείρισης του ΣΔ είναι το μεγάλο στοίχημα. Αν ο Διαβητολόγος καταφέρει να μεταβιβάσει επιτυχώς τον έλεγχο στον εκπαιδευόμενο, η εκπαίδευση θα έχει θεαματικά αποτελέσματα, για τον βασικό λόγο ότι ο ασθενής θα έχει καταστεί ο άγρυπνος φρουρός του εαυτού του, που θα παρακολουθεί, θα νουθετεί, θα κρίνει, θα σταθμίζει και θα αποφασίζει, υπό το βάρος της υπευθυνότητας που αρμόζει σε manager.

Πράγματι, στον σακχαρώδη διαβήτη - ως χρόνια νόσο με την ιδιαιτερότητα της άμεσης, διαρκούς επίδρασης των πράξεων του ασθενούς επί της πορείας της νόσου – οι ασθενείς είναι πλήρως υπεύθυνοι για την αυτοδιαχείριση, με τρόπο μη διαπραγματεύσιμο και μη αποφευκτέο, αφού οι ίδιοι τους, έχουν τον έλεγχο της υλοποίησης των αποφάσεων επί της αυτοδιαχείρισης και τρόπου ζωής, εφαρμόζοντας ή μη, κατά το δοκούν, τις προτάσεις του διαβητολόγου, αλλά και επειδή οι όποιες συνέπειες της συμπεριφοράς τους (επιπλοκές) βαρύνουν αποκλειστικά τους ίδιους.

Η συνεργασία του διαβητολόγου με τον ασθενή έχει στόχο να βοηθήσει τον πάσχοντα να συνειδητοποιήσει ότι ο γιατρός είναι υπεύθυνος *προς τον* ασθενή, αλλά όχι υπεύθυνος *αντί για τον* ασθενή. Υπεύθυνος για τον εαυτό του είναι ο ίδιος ο ασθενής. Ο εκπαιδευτής τον εφοδιάζει με τις απαραίτητες γνώσεις σχετικά με την αυτοδιαχείριση, του διδάσκει τεχνικές αυτοφρονίδας, του παρέχει συναισθηματική υποστήριξη, κάνει προτάσεις για αλλαγή συμπεριφοράς και στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων, δημιουργεί ευκαιρίες επιλογών και στόχων, ώστε ο ασθενής να αποκτήσει αυτονομία και υπευθυνότητα για τη ζωή του με τον σακχαρώδη διαβήτη. [58-63]

Εδώ εμφανίζεται η εμπλοκή της προσωπικότητας του ασθενούς, ως παράγοντα επίδρασης στον βαθμό ανάληψης, υλοποίησης και διατήρησης των στόχων. Η προσωπικότητα και οι εξ αυτής απορρέουσες συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς, με την επίδραση που ασκούν στον βαθμό προσήλωσης στο στόχο, έχουν καθοριστικό ρόλο στη πορεία της νόσου και χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής.

Τον καλύτερο προπονητή κολύμβησης ολυμπιακών προδιαγραφών να διαθέσουμε σε άτομο αδιάφορο ή μη συγκροτημένου και μη οργανωτικού χαρακτήρα, όχι μόνο δεν θα πάει για μετάλλιο, αλλά πιθανότητα δεν θα μάθει καν κολύμπι. Η προσωπικότητα του

ασθενούς είναι σίγουρο ότι αντανακλάται στον τρόπο αποδοχής της ασθένειας, στην μετέπειτα στάση του απέναντι στον τρόπο αντιμετώπιση της, στον βαθμό εμπλοκής του στην αυτοδιαχείριση και στο μέτρο της επίτευξης του στόχου της διατήρησης φυσιολογικών μεταβολικών παραμέτρων.

Αφού εντοπιστούν οι φραγμοί στον τρόπο αυτοδιαχείρισης, φραγμοί που σχετίζονται με τη διάρκεια του ΣΔ, το είδος της αγωγής, το μορφωτικό επίπεδο, το οικογενειακό περιβάλλον, την οικονομική κατάσταση, την κριτική ικανότητα του ασθενούς, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και θέματα χαρακτήρα, όπως η τάση για υπακοή/ανυπακοή σε οδηγίες, ο βαθμός ωριμότητας και υπευθυνότητας, η αισιοδοξία/απαισιοδοξία στην αντιμετώπιση προβλημάτων. Η εκπαίδευση, επικεντρωμένη στην προσωπικότητα, με την ενίσχυση των θετικών συναισθημάτων και την ενθάρρυνση οραματισμού και σχεδιασμού για το μέλλον, μπορεί να οδηγήσει στην καλλιέργεια αγωνιστικού πνεύματος και αποφασιστικότητας να αντιμετωπιστεί η ασθένεια.

Τα επόμενα κεφάλαια θα ασχοληθούν με τις βιβλιογραφικές αναφορές της επίδρασης της προσωπικότητας στην ευζωία και μακροημέρευση εν γένει, αλλά και στην επίδρασή της στην διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη ειδικότερα.

2. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

2.1 Ταξινόμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει ανανεωθεί το ενδιαφέρον για την έρευνα του συσχετισμού μεταξύ προσωπικότητας και υγείας, που όμως συναντά εμπόδια λόγω της περιπλοκότητας και των μεθοδολογικών περιορισμών στον καθορισμό και ταξινόμηση των πτυχών της προσωπικότητας. [64, 65] Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται κυρίως σε τρεις διερευνητικές κατευθύνσεις:

- Στην πιθανή επίδραση ορισμένων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της προσωπικότητας στην ανάπτυξη και πορεία ασθενειών, μέσω διαδρομών που επηρεάζουν τη συχνότητα, διάρκεια και ένταση των στρεσογόνων ανταποκρίσεων, που εικάζεται ότι καταλήγουν στην εκδήλωση και επιτάχυνση της ανάπτυξης νόσων.
- Στον βαθμό κατά τον οποίο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με συγκεκριμένες συμπεριφορές, οι οποίες με τη σειρά τους πιθανόν να αυξάνουν τον κίνδυνο ασθενειών. Σε αυτή την περίπτωση αναζητώνται χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που να συνδέονται με την ροπή προς την ανάπτυξη ανθυγιεινών συνηθειών διατροφής, άσκησης και συμπεριφοράς.
- Στην επίδραση γνωρισμάτων της προσωπικότητας επί των συνεπειών και απαιτήσεων της αντιμετώπισης μιας χρόνιας νόσου. Σε αυτή την κατεύθυνση αναζητώνται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που κάνουν τους ανθρώπους πιο ευάλωτους σε δυσφορικά συναισθήματα και που καταλήγουν σε συμπεριφορική δυσλειτουργία.

Για να μπορέσει όμως η επιστήμη να κάνει χρήση ενός εργαλείου, όπως η προσωπικότητα, θα πρέπει να υπάρχει σαφής ταξινόμηση σε όλα τα ιεραρχικά διαστρωματικά επίπεδα των εννοιών που συνδέονται με αυτήν. Σε όλη τη διάρκεια του προηγούμενου αιώνα, μελετητές και θεωρητικοί κατάφεραν να δημιουργήσουν ένα ασυμμάζευτο φάσμα υποδιαιρέσεων της προσωπικότητας, χωρίς σύμπνοια στις βασικές αρχές.

Η έλλειψη ομοιομορφίας στη μεθοδολογική ανάλυση της προσωπικότητας από μέρους των διαφορετικών θεωρητικών, οδηγεί σε δυσκολίες σύγκρισης μελετών και εξαγωγής καθολικά αποδεκτών συμπερασμάτων. Υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι θεώρησης, ορισμού και ανάλυσης περιοχών της προσωπικότητας, συχνά με αλληλοεπικάλυψη χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και συμπεριφορικών προτύπων. Άλλες φορές δημιουργούνται/ορίζονται νέες πτυχές προσωπικότητας χωρίς να έχουν μελετηθεί επαρκώς οι ψυχομετρικές τους ιδιότητες και η δομική τους αξία. Κάποιες φορές επανεφευρίσκονται δομές υπό νέα ονομασία, ενώ από την άλλη, σύγχυση δημιουργούν παραπλήσιες ονομασίες για αρκετά διαφορετικές, διακριτές πλευρές της προσωπικότητας.

Μετά από δεκαετίες ερευνών, την δεκαετία του '70 δημιουργήθηκε και συνεχώς τροποποιείται, επανεξετάζεται και βελτιώνεται, μια θεωρία για την ταξινόμηση των υποδιαρέσεων της προσωπικότητας, που προσφέρει ένα σταθερό και κοινά αποδεκτό λεξιλόγιο, η θεωρία του Μοντέλου των Πέντε Παραγόντων (Five Factor Model ή FFM), ή θεωρία των Πέντε Μεγάλων Παραγόντων (Big Five Factors / BFF), [66, 67] η οποία χρησιμοποιείται πλέον από το 85% των δημοσιευμένων μελετών διεθνώς. Το μοντέλο αυτό βασίζεται σε μια διακριτή και ταυτόχρονα λειτουργική ανάλυση της προσωπικότητας, καθώς προτείνει την ύπαρξη διαστάσεων προσωπικότητας υπερ-πολιτισμικών και υπερ-δημογραφικών, επιτρέποντας την πλήρη επιστημονική περιγραφή τους. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, στην προσωπικότητα διακρίνονται πέντε διαστάσεις/dimensions (ή περιοχές/domains, χαρακτηριστικά/characteristics, παράγοντες/factors) :

- ✓ *Δεκτικότητα στην εμπειρία:* χαρακτηρίζεται από πρωτοτυπία, φαντασία, περιέργεια, εφευρετικότητα και καλλιτεχνική ευαισθησία.
- ✓ *Ευσυνειδησία:* χαρακτηρίζεται από τάξη, αυτοέλεγχο, υπευθυνότητα, αξιοπιστία, οργάνωση, υπακοή στους κανόνες και τις ηθικές αρχές.
- ✓ *Εξωστρέφεια:* χαρακτηρίζεται από ομιλητικότητα, κοινωνικότητα, ενθουσιασμό, αυτοπεποίθηση και ενεργητικότητα.
- ✓ *Συνεργασιμότητα:* χαρακτηρίζεται από αλτρουισμό, φιλικότητα, συμπόνια, μετριοπάθεια, συνεργασία και εμπιστοσύνη.
- ✓ *Νευρωτισμός:* χαρακτηρίζεται από τάση προς αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος, η αναστάτωση ο θυμός και η λύπη, και είναι το πολικό αντίθετο της συναισθηματικής σταθερότητας.

Κάθε μια από τις προαναφερθείσες περιοχές της προσωπικότητας, αναλύεται σε έξι επί μέρους πτυχές/υποκλίμακες (facets/subscales):

✓ *Δεκτικότητα στο να βιώσουν:*

- ❖ Φαντασία
- ❖ Αισθητική
- ❖ Συναισθήματα
- ❖ Πράξεις
- ❖ Ιδέες
- ❖ Αξίες

✓ *Ευσυνειδησία:*

- ❖ Ικανότητα
- ❖ Τάξη
- ❖ Υπευθυνότητα
- ❖ Προσπάθεια
- ❖ Αυτοπειθαρχία
- ❖ Περίσκεψη

✓ *Εξωστρέφεια:*

- ❖ Τρυφερότητα
- ❖ Κοινωνικότητα
- ❖ Αυτοπεποίθηση
- ❖ Ενεργητικότητα
- ❖ Επιδίωξη συγκινήσεων
- ❖ Θετικά συναισθήματα

✓ *Συνεργασιμότητα:*

- ❖ Εμπιστοσύνη
- ❖ Ευθύτητα
- ❖ Αλτρουισμός
- ❖ Συμμόρφωση

- ❖ Σεμνότητα
- ❖ Ενδιαφέρον για τον άλλον

- ✓ *Νευρωτισμός:*
 - ❖ Άγχος
 - ❖ Εχθρικότητα
 - ❖ Κατάθλιψη
 - ❖ Ευερεθιστικότητα
 - ❖ Παρορμητικότητα
 - ❖ Ευαισθησία στο στρες

2.2 Μελέτες συσχετισμού προσωπικότητας, υγείας, ποιότητας ζωής και μακροζωίας

Οι πολυπληθείς μελέτες και δημοσιεύσεις που γίνονται διεθνώς με χρήση της θεωρίας των πέντε παραγόντων προσωπικότητας, έχουν βοηθήσει να μπει τάξη σε ένα περιβάλλον στην έρευνα υγείας, που συχνά έμοιαζε υπερπαραγωγικό, μη συστηματικό, δύσκαμπτο και ταυτόχρονα χαοτικό σε τρόπους μέτρησης δομών της προσωπικότητας.

Μεγάλο μέρος τέτοιων ερευνών αφορούν τον συσχετισμό της προσωπικότητας με τη στεφανιαία νόσο. Την δεκαετία του '50 οι καρδιολόγοι Meyer Friedman και Ray Rosenman μετά από μελέτη διάρκειας οκτώμισυ ετών σε υγιείς άνδρες ηλικίας μεταξύ 35 και 59 ετών, υπολόγισαν ότι η συμπεριφορά των ατόμων με προσωπικότητα Τύπου Α διπλασιάζει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. [68] Στην θεωρία προσωπικότητας ως Τύπος Α περιγράφεται το άτομο που είναι φιλόδοξο, άκαμπτα οργανωμένο, ανταγωνιστικό, ανυπόμονο, ανήσυχο, δραστήριο έως εργασιομανίας, που μισεί τις καθυστερήσεις, τις αναβολές και τις υπαναχωρήσεις (ενώ οι πιο χαλαρές και πράες προσωπικότητες χαρακτηρίστηκαν Τύπου Β). Το πρότυπο συμπεριφοράς ατόμων με προσωπικότητα Τύπου Α, το επονομαζόμενο TABP (Type A Behavior Pattern) έγινε τις επόμενες δεκαετίες επίκεντρο προσοχής τόσο της επιστημονικής κοινότητας, όσο και του γενικότερου κοινού, με ερωτηματολόγια προσδιορισμού του χαρακτήρα να κατακλύζουν τα περιοδικά και τις εφημερίδες.

Σε μελέτες των επόμενων ετών, από τις πτυχές προσωπικότητας μόνο η εχθρικήτητα – που αποτελεί υποκλίμακα του νευρωτισμού – συνδέθηκε με τη στεφανιαία νόσο, [69-70] μέχρι και με την επανα-στένωση στεφανιαίων αρτηριών μετά από αγγειοπλαστική, [71-72] ενώ αντιθέτως άλλες έρευνες – μεταγενέστερες – δεν βρήκαν καμία στατιστικά σημαντική σύνδεση της εχθρικήτητας με τη στεφανιαία νόσο [73-74].

Τη σημαντικότερη όμως δημοσίευση που αποσυνδέει την προσωπικότητα Τύπου Α από τον κίνδυνο θνησιμότητας είτε καρδιαγγειακής είτε μη καρδιαγγειακής, την έδωσε η μακροχρόνια (20,6 ετών) έρευνα επί 2.682 ανδρών ηλικίας 42-60 ετών (το δείγμα της μελέτης KIHHD) στη Φιλλανδία. [75] Στο ίδιο μήκος κύματος, συστηματική ανασκόπηση 18 μελετών που διαπραγματεύονται την προσωπικότητα ως παράγοντα κινδύνου για το μεταβολικό σύνδρομο (πρόδρομο ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων ή/και σακχαρώδους διαβήτη) δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μετρήσεων των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της προσωπικότητας και της ύπαρξης ή ανάπτυξης μεταβολικού συνδρόμου. [76]

Επιπλέον, μελέτη του 2012, η οποία έκανε χρήση των αρχείων Legacy Tobacco Documents Library, ερμηνεύει το φαινόμενο των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων συσχέτισης της προσωπικότητας με τα καρδιαγγειακά - αρχικά θετικών που ακολουθήθηκαν από αρνητικά - με την εμπλοκή των μεγάλων αμερικανικών καπνοβιομηχανιών (Philip Morris και RJ Reynolds) στην χρηματοδότηση κομβικά σημαντικών ερευνητών – μεταξύ αυτών και του Ινστιτούτου Meyer Friedman – κατευθύνοντας έρευνες που να ενοχοποιούν “επιρρεπείς” τύπους προσωπικότητας για τη στεφανιαία νόσο και τον καρκίνο, ώστε να διαφαίνεται το συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος από το κάπνισμα προκαλείται από τα ιδιαίτερα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά του κάθε μεμονωμένου καπνιστή, παρά από τα ίδια τα προϊόντα του καπνού, και θεωρώντας τις αιτίες του καρκίνου πολυπαραγοντικές, με κυριότερο ενοχοποιητικό συντελεστή το στρες. [77]

Για την ιστορία, ο Friedman δεν αρκέστηκε σε έρευνες ενοχοποίησης της προσωπικότητας, αλλά το 1994 έστειλε επιστολή στην αρμόδια Ομοσπονδιακή Υπηρεσία των ΗΠΑ, ασκώντας έντονη κριτική στην επιβολή περιορισμών στο κάπνισμα σε κλειστούς χώρους, συνεχίζοντας να επιρρίπτει τις ευθύνες για τις επιπλοκές του καπνίσματος στην Τύπου Α συμπεριφορά, παρόλο που από τις μέχρι τότε δημοσιευμένες

μελέτες, μόνο τρεις στις δώδεκα ενοχοποιούσαν την προσωπικότητα Τύπου Α. Από τη στιγμή που η Τύπου Α συμπεριφορά έχασε την αξιοπιστία της, οι καπνοβιομηχανίες στράφηκαν στην χρηματοδότηση ερευνών επί του στοιχείου της προσωπικότητας "εχθρικότητα" προς ενοχοποίηση για τον αυξημένο κίνδυνο των καπνιστών (ενεργητικών και παθητικών) για στεφανιαία νόσο και θνητότητα. Μέχρι και ο αντιπρόεδρος των ΗΠΑ, Jetson Lincoln, επιστρατεύτηκε να εξηγή με παρέμβασή του, ότι η αυξημένη θνησιμότητα των παθητικών καπνιστών οφείλεται στο στρες που τους δημιουργούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, με το να τονίζουν συνεχώς ότι οι καπνιστές σύζυγοί τους έχουν μια έξη που τους οδηγεί σε αργό θάνατο. [78]

Κλείνοντας το θέμα της προσωπικότητας Τύπου Α, αξίζει να σημειώσουμε ότι στη βιβλιογραφία έχουν δημοσιευθεί ενδείξεις για μηχανισμό σύνδεσης αυτής της προσωπικότητας με την έλλειψη μαγνησίου. Ο πιθανός μηχανισμός εικάζεται ότι δρα ως εξής: η διατήρηση καλού επιπέδου μαγνησίου στο σώμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα προστασίας της καρδιαγγειακής υγείας του ατόμου. Οι προσωπικότητες Τύπου Α είναι πιο αγχώδεις και παράγουν περισσότερες κατεχολαμίνες που δύνανται να προκαλέσουν ενδοκυτταρική απώλεια μαγνησίου, κατάσταση που προκαλεί ακόμη περισσότερο άγχος και οδηγεί σε καρδιαγγειακά προβλήματα. [79] Από αυτή το συλλογισμό αξίζει να κρατήσουμε ότι κάποια χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας ίσως αποτελούν *ένδειξη* προβλημάτων υγείας, όχι όμως *αιτία* πρόκλησης αυτών.

Πάντως η σχέση προσωπικότητας και καρδιαγγειακών επιπλοκών δεν έχει παύσει να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα. Σε μελέτη του 2014, βασισμένη στην Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up study, με παρακολούθηση των ατόμων επί 10,5 έτη, η υψηλή δεκτικότητα σε εμπειρίες φαίνεται να είναι ανεξάρτητος παράγων προστασίας έναντι της στεφανιαίας νόσου, με άγνωστη τη φύση του μηχανισμού συσχέτισης. [80]

Όσο για το κάπνισμα, σε μετα-ανάλυση που δημοσιεύθηκε το 2015, η διακοπή του καπνίσματος συνδέθηκε μόνο με τον χαμηλό νευρωτισμό, υποδηλώνοντας ότι οι συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαθέσεις που σχετίζονται με αυτή τη διάσταση προσωπικότητας κρίνονται ιδιαίτερα κατάλληλες για θεραπευτικές παρεμβάσεις. [81]

Χρήση του ερωτηματολογίου NEO των πέντε παραγόντων έχει γίνει και για την έρευνα της σχέσης προσωπικότητας και δυσλιπιδαιμίας, όπου βρέθηκε ότι το φύλο μετριάζει την συσχέτιση με ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (για τα οποία υπάρχει συσχέτιση μόνο για τις γυναίκες και όχι για τους άνδρες). [82, 83] Σε μετα-ανάλυση που εξέτασε την σχέση του τύπου της προσωπικότητας με τον Δείκτη Μάζας Σώματος, με χρήση του μοντέλου των Πέντε Παραγόντων, μόνον η υψηλή ευσυνειδησία βρέθηκε να έχει σημαντική συσχέτιση με μειωμένο κίνδυνο παχυσαρκίας, λογικό αφού η ευσυνειδησία αντανακλά υψηλό αυτοέλεγχο, ευταξία και συμμόρφωση με τους κανόνες.[84] Τη συσχέτιση επιβεβαίωσε ανασκόπηση, η οποία μάλιστα συνέδεσε την ευσυνειδησία και με την αποφυγή αλκοόλ και καπνού, και με την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής. [85]

Η χαμηλή ευσυνειδησία και ο υψηλός νευρωτισμός υποδείχθηκαν ως παράγοντες κινδύνου και για Αλτσχάιμερ, σε μετα-ανάλυση της σχέσης προσωπικότητας με την ασθένεια. [86] Ακριβώς οι ίδιες διαστάσεις προσωπικότητας συνδέθηκαν και με τις επιδόσεις σταδιοδρομίας (επιτυχία καριέρας). [87] Η ευσυνειδησία – και πάλι – συσχετίστηκε σε επανειλημμένες μετα-αναλύσεις με την πρόβλεψη της απόδοσης στις Πανεπιστημιακές Σπουδές. [88]

Την έρευνα έχει απασχολήσει και η πρόβλεψη της κατάστασης υγείας των ενηλίκων μέσω μετρήσεων των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους από την παιδική ηλικία. Σε έρευνα (Terman Life-Cycle Study of Gifted Children) που παρακολούθησε τη ζωή νεαρών λευκών μαθητών με δείκτη νοημοσύνης άνω του μέσου όρου, στην Καλιφόρνια, των επονομαζόμενων "τερμητών" (από το όνομα του Terman) από το 1921 μέχρι τα χρόνια μας, η ευσυνειδησία εντοπίστηκε ως διάσταση της προσωπικότητας με εντυπωσιακή σχέση με τον κίνδυνο θνησιμότητας. Τα παιδιά που στην ηλικία των 11 ετών βρίσκονταν στο 25^ο εκατοστημόριο της ευσυνειδησίας είχαν 30% μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας οποιαδήποτε χρονιά, απ'ότι τα άτομα που βρίσκονταν στο 75^ο εκατοστημόριο. Και στην ηλικία των 20 ετών, όσοι βρίσκονταν στο 75^ο εκατοστημόριο της ευσυνειδησίας είχαν προσδόκιμο ζωής αυξημένο κατά 2 έτη. [89-91]

Αξίζει να σημειώσουμε έναν ακόμη τομέα που έχει απασχολήσει την έρευνα. Πρόκειται για τη διερεύνηση της σχέσης των Πέντε Διαστάσεων της προσωπικότητας με

την δυνατότητα μείωσης του χρόνιου ή συχνά επαναλαμβανόμενου άγχους και με τον βαθμό προσωπικής αυτό-αποτελεσματικότητας (personal self-efficacy, η εμπιστοσύνη στις ικανότητές μας να επιτύχουμε τους τεθέντες στόχους). [92, 93] Η αυτοαποτελεσματικότητα αποδείχτηκε σημαντικός διαμεσολαβητικός παράγοντας στη σχέση προσωπικότητας-στρες, μεταβάλλοντας τον αντίκτυπο και την ερμηνεία των διαστάσεων της προσωπικότητας επί του τρόπου που εκλαμβάνεται το άγχος, ενώ η ευσυνειδησία βρέθηκε ότι αποτελεί φραγμό στην μετατροπή του στρες σε ανεξέλεγκτο άγχος.

Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του τρόπου ζωής, της φυσικής κατάστασης και των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της προσωπικότητας, με την ευσυνειδησία να συσχετίζεται ισχυρότερα με τις θετικές συμπεριφορές υγείας, όπως υποδεικνύουν και δύο μετα-αναλύσεις που διαπραγματεύονται τη σχέση προσωπικότητας και κινδύνου θνησιμότητας από κάθε είδους αιτία, με ανάλυση μεγάλων ερευνών από τη Μεγ. Βρετανία, την Γερμανία, την Αυστραλία και τις ΗΠΑ. [94, 95] Επισημαίνουμε επίσης την επιλογή της θεωρίας των Πέντε Μεγάλων Παραγόντων για τη μέτρηση, ταξινόμηση και σύγκριση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, από την μεγάλη πλειοψηφία των ερευνητών.

3. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η σύγχρονη βιβλιογραφία η σχετιζόμενη με τη επίδραση του μοντέλου των πέντε παραγόντων προσωπικότητας στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη είναι περιορισμένη και τα αποτελέσματα πολλές φορές αλληλοαναιρούμενα. Άλλες μελέτες εκτιμούν τον βαθμό διαβητικού ελέγχου άμεσα (με μέτρηση γλυκόζης αίματος) και άλλες έμμεσα (μέτρηση άλλων δεικτών που σχετίζονται με τον διαβητικό έλεγχο). Σε κάποιες μάλιστα γίνεται έλεγχος και άμεσων και έμμεσων δεικτών για τη σχέση τους με την προσωπικότητα.

Μελέτη επί 99 ασθενών με ΣΔτ2, το 2000, έδειξε σημαντική αρνητική συσχέτιση των περισσότερων υποδιαίρέσεων του νευρωτισμού με την αυτομέτρηση γλυκόζης αίματος (SMBG), δηλ. υψηλότερος νευρωτισμός (η κλίση προς τα αρνητικά συναισθήματα) αντιστοιχούσε σε χαμηλότερη γλυκόζη αίματος, ενώ στην ίδια μελέτη βρέθηκε θετική συσχέτιση της αυτομέτρησης γλυκόζης με τον αλτρουισμό (υποδιαίρεση της συνεργασιμότητας), δηλ. υψηλότερος αλτρουϊσμός αντιστοιχούσε σε υψηλότερα επίπεδα σακχάρου. Για την γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια, χωρίς να είναι τόσο ισχυρά. [96]

Αντιθέτως, σε έρευνα επί δείγματος 41 ασθενών με ΣΔτ2 στην Πολωνία το 2006 βρέθηκε ότι υψηλότερος νευρωτισμός και χαμηλότερα επίπεδα συνεργασιμότητας (τάση για συνεργασία και αλτρουισμό) και ευσυνειδησίας (τάση για υπευθυνότητα και οργάνωση), αντιστοιχούσαν σε υψηλότερη HbA1c. Στην ίδια έρευνα, υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού και χαμηλότερα ευσυνειδησίας συσχετίστηκαν με υψηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI). [97]

Την ίδια χρονιά, έρευνα που βασίστηκε σε δείγμα 5.877 ατόμων γενικού πληθυσμού (όχι αποκλειστικά διαβητικών) από τη βάση δεδομένων της Εθνικής Έρευνας Συννοσηρότητας των ΗΠΑ (National Comorbidity Survey) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ νευρωτισμού και διαφόρων ασθενειών, μεταξύ των οποίων και ο Σακχαρώδης Διαβήτης. [98]

Το 2016 δημοσιεύτηκε και η πρώτη έρευνα που εξετάζει τη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας Τύπου Α και της HbA1c επί μεγάλου δείγματος (626 ασθενών) πασχόντων από ΣΔτ1 είτε ΣΔτ2 και δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση. [99]

Ενδιαφέρον παρουσιάζει έρευνα επί δείγματος 1.617 γυναικών στην Κορέα, χωρίς πρότερα διαγνωσθέντα διαβήτη, εκ των οποίων στις 111 (6,9%) διαγνώστηκε διαβήτης για πρώτη φορά. [100] Πέραν του συμπεράσματος ότι μη ευκαταφρόνητο ποσοστό ασθενών δεν έχουν επίγνωση της ασθένειάς τους, βρέθηκε συσχετισμός μεταξύ χαμηλής εξωστρέφειας και υψηλών επιπέδων μεταγευματικής γλυκόζης, καθώς και ότι η εξωστρέφεια ασκεί ευεργετική επίδραση επί της μείωσης του κινδύνου διαταραγμένης ρύθμισης γλυκόζης.

Παρομοίως, σε διατμηματική έρευνα επί δείγματος 2.152 ανδρών και 3.143 γυναικών στη Σουηδία, (όπου έγινε τεστ ανοχής στη γλυκόζη και διαγνώστηκαν 316 άνδρες και 213 γυναίκες με πρότερα άγνωστη είτε τη διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη, είτε την διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας είτε τον διαβήτη τύπου 2), διαπιστώθηκε μειωμένος κίνδυνος διαταραχής στη ρύθμιση γλυκόζης σε άνδρες και γυναίκες με αυξημένη εξωστρέφεια. [101]

Σε μια ακόμη έρευνα της σχέσης προσωπικότητας και HbA1c, σε δείγμα 400 Ιρανών και των δύο φύλων, πασχόντων από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, βρέθηκε ότι η εξωστρέφεια και η ευσυνειδησία είχαν σημαντική αρνητική σχέση με τα επίπεδα HbA1c, ενώ ο νευρωτισμός είχε θετική σχέση. [102]

Έρευνα, όμως, επί δείγματος 1.313 ατόμων με ΣΔτ2, που μετείχαν στην 2^η φάση της μακροχρόνια μελέτης Fremantle, δεν βρήκε καμία σχέση μεταξύ της HbA1c και οποιουδήποτε από τους Πέντε Παράγοντες Προσωπικότητας των ασθενών με ΣΔτ2. [103] Έδειξε όμως ότι οι ασθενείς με υψηλότερη ευσυνειδησία είχαν μικρότερη πιθανότητα να είναι παχύσαρκοι ή καπνιστές, και μεγαλύτερη πιθανότητα να πραγματοποιούν αυτοέλεγχο γλυκόζης και να λαμβάνουν τακτικά την αγωγή τους. Παρόλο που δεν βρέθηκε άμεση σχέση μεταξύ ευσυνειδησίας και HbA1c, οι ερευνητές στα συμπεράσματά τους δήλωσαν ότι θεωρούν ότι η συσχέτιση της υψηλής ευσυνειδησίας με χαμηλό BMI και με ευεργετικές συμπεριφορές αυτοφροντίδας, δείχνει ότι η υψηλή ευσυνειδησία ασκεί έμμεση θετική επίδραση επί της γλυκαιμίας, και προτείνουν να γίνεται προσπάθεια

αύξησής της, μέσω μεθόδων εκπαίδευσης στον έλεγχο της παρορμητικής συμπεριφοράς, ως μέρος της διαχείρισης του διαβήτη.

Την προστατευτική επίδραση της υψηλής ευσυνειδησίας στην φυσική κατάσταση, και πιο συγκεκριμένα στην κινητικότητα των ηλικιωμένων, εντόπισε έρευνα 3 ετών επί δείγματος 907 ηλικιωμένων που συμμετείχαν στη μελέτη Health ABC (Health, Aging, and Body Composition study). [104] Συγκεκριμένα βρέθηκε συσχετισμός υψηλής ευσυνειδησίας και αυξημένης ταχύτητας βαδίσματος στην αρχική μελέτη, και υψηλής ευσυνειδησίας και μικρότερης μείωσης της ταχύτητας βαδίσματος των ηλικιωμένων 3 χρόνια μετά.

Στη χαμηλή ευσυνειδησία, που αντανακλάται ως απρόσεκτη συμπεριφορά και έλλειψη αυτοελέγχου και προγραμματισμού, εστίασε τον συσχετισμό με αυξημένο κίνδυνο διαβήτη και με θνησιμότητα σχετιζόμενη με τον διαβήτη, συγκεντρωτική ανάλυση 5 ερευνών επί 34.913 ενηλίκων μη πασχόντων από ΣΔ, στη Μεγ. Βρετανία και στις ΗΠΑ. [105] Ως μηχανισμοί δράσεις υποδείχθηκαν συμπεριφορές με επιπτώσεις στην υγεία, όπως κακός έλεγχος σωματικού βάρους, έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και πλημμελής εφαρμογή θεραπευτικής αγωγής.

Ομοίως, άλλη μακροχρόνια έρευνα στη Βρετανία, επί 17.415 νεογέννητων του έτους 1958, που παρακολούθηθηκαν στις ηλικίες των 7, 11, 33, και 50 ετών, έδειξε ότι η ευσυνειδησία συνδέεται σημαντικά με την μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης ΣΔτ2 στην ενηλικίωση, υποδεικνύοντας ως μηχανισμό δράσης την προσεκτική επιλογή τροφής και την εν γένει υγιεινή ζωή. [106]

Αρκετά αινιγματικά ήταν τα αποτελέσματα έρευνας επί του δείγματος 6.798 ατόμων που συμμετείχαν στην μακροχρόνια μελέτη NHANES1 (εκ των οποίων ποσοστό 2,9% ανέπτυξε ΣΔ σε διάστημα 10 ετών), όπου κατέληξαν σε συσχετισμό του υψηλού νευρωτισμού με μειωμένο κίνδυνο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. [107] Σημειώνουμε ότι και σε αυτή την έρευνα αποκλείστηκε η σχέση Προσωπικότητας Τύπου Α με τον κίνδυνο Διαβήτη.

Σε έρευνα διάρκειας 2 ετών (με επισκέψεις παρακολούθησης στους 6, 12 και 24 μήνες), που εξέταζε τη σχέση των παραγόντων της προσωπικότητας με την έμμεση εκτίμηση του διαβητικού ελέγχου, με τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τις αλλαγές στη

συμπεριφορά, επί δείγματος 109 ατόμων με νεοδιαγνωσθέντα ΣΔτ2 και 29 με ΣΔτ1, βρέθηκε ότι η συνεργασιμότητα, η δεκτικότητα σε εμπειρίες και η ευσυνειδησία ενισχύουν την προσαρμοστικότητα στην αντιμετώπιση του διαβήτη μετά την διάγνωση, και κατά συνέπεια ασκούν έμμεση θετική επίδραση στον διαβητικό έλεγχο. [108-109]

Παράλληλα με την έρευνα της σχέσης προσωπικότητας και διαβητικού ελέγχου, δημοσιευμένες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα, ανάλογα με τον τύπο της προσωπικότητάς τους, διαφέρουν στο πώς εκλαμβάνουν την ασθένεια, τα συμπτώματά της και τους μεταβολικούς δείκτες. Ο υψηλός νευρωτισμός βρέθηκε να σχετίζεται με λανθασμένη υπερεκτίμηση ύπαρξης υψηλής γλυκόζης αίματος, όπως και με συχνότερη αναφορά της εντύπωσης συμπτωμάτων υπογλυκαιμίας. [110] Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι τα άτομα με υψηλό νευρωτισμό επιδεικνύουν αυξημένη ευαισθησία στα ερεθίσματα των αισθήσεων. Στο ίδιο μήκος κύματος, σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι ο νευρωτισμός συσχετίζεται με τη λανθασμένη υποκειμενική εντύπωση που έχει το άτομο ότι είναι βαρύτερο, και η εξωστρέφεια με την υποκειμενική εντύπωση ότι είναι ψηλότερο και λεπτότερο. [111] Ενώ έρευνα βασισμένη σε δείγμα 1.474 ατόμων της μελέτης HRS1 (Health and Retirement Study1) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διαφορές στην ακρίβεια της αντίληψής τους επί του διαβητικού ελέγχου οφείλονται σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, και ότι η θεωρία του Μοντέλου των Πέντε Παραγόντων της προσωπικότητας μπορεί να συμβάλει στην υιοθέτηση ευεργετικών συμπεριφορών από μέρους των ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. [112]

Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι οι μελέτες άμεσου ή έμμεσου συσχετισμού χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με τη γλυκαιμική ρύθμιση παρουσιάζουν μεγάλη ομοιομορφία στο ότι για τις μετρήσεις και αναλύσεις της προσωπικότητας, κάνουν χρήση κυρίως της θεωρίας των Πέντε Παραγόντων. Παρουσιάζουν πολύ μικρότερη όμως ομοιομορφία στα αποτελέσματα, που συχνά είναι αντιφατικά. Οι μελέτες με δείγμα αποκλειστικά πάσχοντες από ΣΔτ2 είναι σχετικά λίγες, και συχνά περιλαμβάνουν μικρό αριθμό ατόμων, με όλα τα μειονεκτήματα και τους περιορισμούς που συνεπάγονται. Οποτε το δείγμα ήταν μεγάλο, επρόκειτο για δείγμα γενικού πληθυσμού, του οποίου ένα μικρό ποσοστό ανέπτυξε διαβήτη (συνήθως μακροχρόνιες έρευνες για τον κίνδυνο ΣΔ), πλην μιας έρευνας επί 1.313 ατόμων της μελέτης Fremantle, όπου όμως δεν βρέθηκε άμεσος συσχετισμός κανενός πεδίου της προσωπικότητας με τον γλυκαιμικό έλεγχο. [103] Η ευσυνειδησία πάντως – που συνδέεται με θετικές συμπεριφορές υγείας – θεωρήθηκε

στις περισσότερες μελέτες ότι σχετίζεται με την πιστότερη εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής και των οδηγιών του διαβητολόγου για στροφή προς τον υγιεινό τρόπο ζωής.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Είναι απογοητευτικό το ποσοστό των πασχόντων από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 που πετυχαίνουν να διατηρούν σε ικανοποιητικά επίπεδα τις μεταβολικές παραμέτρους. Υπάρχει έντονη ερευνητική προσπάθεια για κάλυψη αυτής της ελλειπούς αποτελεσματικότητας στην αυτοδιαχείριση, με στροφή στην εξατομικευμένη αγωγή, και στους τρόπους ενίσχυσης της υπευθυνότητας και συνεργασιμότητας του ασθενούς, ώστε να αυξάνει η προσήλωσή του στον στόχο της βέλτιστης δυνατής αυτοδιαχείρισης του σακχαρώδη διαβήτη.

Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας αντανακλώνονται στον τρόπο επικοινωνίας του ασθενούς με τον γιατρό του, στον τρόπο αντίδρασης από την στιγμή της πρώτης διάγνωσης, στον τρόπο αντίληψης της σοβαρότητας της κατάστασης, καθώς και στον βαθμό ανταπόκρισης και προσήλωσης στην προσπάθεια επίτευξης ικανοποιητικής αυτοδιαχείρισης.

Και ο ίδιος ο Σακχαρώδης Διαβήτης όμως, ως χρόνια νόσος, επηρεάζει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Το ποια χαρακτηριστικά θα επηρεαστούν και σε ποιόν βαθμό, εξαρτάται από την δομή της κάθε διαφορετικής προσωπικότητας. Με αυτόν τον τρόπο διαμορφώνεται η ιδιαίτερη για τον καθένα προσωπικότητα πάσχοντος από ΣΔτ2, η οποία εκφραζόμενη υπό τον τύπο συμπεριφορικών χαρακτηριστικών, επηρεάζει τον βαθμό ανταπόκρισης του ασθενούς στην προσπάθεια αυτοδιαχείρισης, μέσω της αμφίδρομης και περίπλοκης σχέσης που προαναφέρθηκε.

Τίθεται λοιπόν η κύρια και βασική ερευνητική μας υπόθεση:

- Ερευνητική υπόθεση H1: Κάποιο/κάποια από τα πέντε χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας συνδέονται με τον γλυκαιμικό έλεγχο με άμεσο ή με έμμεσο τρόπο.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Το δείγμα της έρευνας

Σχεδιάστηκε μια μελέτη παρατήρησης. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν πάσχοντες από Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 στην περιοχή της Βέροιας, και πιο συγκεκριμένα ασθενείς που επισκέπτονταν το Τακτικό Διαβητολογικό Εξωτερικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας. Από αυτούς αποκλείστηκαν άτομα που έπασχαν από ΣΔ τύπου 1, καθώς και άτομα που έπασχαν από ψυχιατρικές νόσους και από βαριές χρόνιες επιπλοκές του ΣΔ.

Συγκεκριμένα, στο δείγμα συμπεριελήφθησαν 110 άτομα και των δύο φύλων, με εκπαιδευτικό επίπεδο από βασικό (δημοτικού) έως τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, εργαζόμενοι είτε συνταξιούχοι, με θεραπευτική αγωγή που κυμαινόταν από την δίαιτα/άσκηση έως την ινσουλινοθεραπεία.

2.2. Εργαλείο μέτρησης

Η μέτρηση των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της προσωπικότητας έγινε με το ερωτηματολόγιο NEO-FFI-3, στην ελληνική του μετάφραση. Το ερωτηματολόγιο είναι πνευματική ιδιοκτησία της εταιρείας PAR (Psychological Assessment Resources, Inc., USA) και η χρήση του επιτρέπεται μόνο κατόπιν ειδικής εγκρίσεως. Το NEO ερωτηματολόγιο είναι ένα εργαλείο που αναπτύχθηκε από τους Paul T. Costa, Jr. και Robert R. McCrae το 1978 ως το NEO-I ερωτηματολόγιο μέτρησης των τριών από τις πέντε διαστάσεις της προσωπικότητας: του νευρωτισμού, εξωστρέφειας και δεκτικότητας στην εμπειρία (NEO είναι τα αρχικά των αγγλικών αντιστοιχών: Neuroticism, Extroversion, Openness to experience, ενώ το I αντιστοιχεί στη λέξη Inventory). Το ερωτηματολόγιο εμπλουτίστηκε το 1985 με τις υπόλοιπες δύο περιοχές/διαστάσεις (domains/dimensions), συνεργασιμότητα και ευσυνειδησία (Agreeableness, Conscientiousness) και ονομάστηκε NEO-PI, το οποίο και αυτό αναθεωρήθηκε ως το NEO-PI-R, [113,114] η δε νεώτερη εκδοχή του είναι το NEO-PI-3. [115] Το πλήθος των

δημοσιεύσεων από ερευνητές παγκοσμίως στις οποίες γίνεται χρήση αυτών των ερωτηματολογίων, καθώς και ο μεγάλος αριθμός των επικυρωμένων μεταφράσεων του σε πολλές γλώσσες, μαρτυρούν την επιστημονική αξία αυτών των ερωτηματολογίων ως εργαλείων μέτρησης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. [116] Η επικύρωση της ελληνικής μετάφρασης αυτού του ερωτηματολογίου δημοσιεύτηκε το 2014. [117]

Το ερωτηματολόγιο NEO-FFI-3 που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, είναι μια σχετικά συντομευμένη μορφή του NEO-PI-3. Αποτελείται από μια κλίμακα 60 ερωτημάτων, με 12 ερωτήσεις για τον καθορισμό κάθε μιας από τις 5 διαστάσεις της προσωπικότητας. Για κάθε απάντηση υπάρχει η δυνατότητα επιλογής στην 5βάθμια κλίμακα Likert (διαβάθμιση από 1 έως 5) από το “διαφωνώ απολύτως” έως το “συμφωνώ απολύτως”. Οι ερωτήσεις που αντιστοιχούν σε κάθε πεδίο προσωπικότητας είναι διάσπαρτες μέσα στο ερωτηματολόγιο.

Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου NEO-FFI-3 γίνεται ο υπολογισμός της αξίας της κάθε απάντησης. Μία-μία η βαθμολογική αξία της κάθε απάντησης προκύπτει θέτοντας την τιμή που επέλεξε ο ασθενής (1 έως 5 της κλίμακας Likert) στον ειδικό Πίνακα Μετατροπής σε βαθμολογία προσωπικότητας (personality scoring) που παρέχεται μαζί με το Εγχειρίδιο Χρήσης (που και αυτό είναι πνευματική ιδιοκτησία της PAR Inc). Η βαθμολογική αξία της κάθε απάντησης κυμαίνεται από 0 έως 4. Δώδεκα ερωτήσεις αντιστοιχούν σε κάθε ένα από τα πέντε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οπότε η συνολική βαθμολογία του χαρακτηριστικού μπορεί να είναι από 0 έως 48 μονάδες (ελάχιστο $12 \times 0 = 0$ και μέγιστο $12 \times 4 = 48$). Οι μονάδες έχουν τέτοια κατανομή, ώστε όσο περισσότερες συγκεντρώνονται, να σημαίνουν μεγαλύτερη πυκνότητα του συγκεκριμένου χαρακτηριστικού της προσωπικότητας (δηλ. ότι είναι πιο έντονο, πιο ανεπτυγμένο).

Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι περίπου 20 λεπτά της ώρας. Η επιλογή της συντομευμένης μορφής του ερωτηματολογίου (60 ερωτήσεις αντί των 240 που έχει η εκτεταμένη μορφή του) έγινε με γνώμονα την λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητα. Ένα χρονοβόρο ερωτηματολόγιο είναι αμφίβολο εάν θα μπορούσε να κρατάει συγκεντρωμένη την προσοχή σε όλο το πλήθος των ερωτήσεων, και – στη διεθνή βιβλιογραφία – παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της

εγκατάλειψής του (πλήρους από κάποιο ερώτημα και πέρα ή επιλεκτικά διαφόρων διάσπαρτων ερωτημάτων).

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ελήφθησαν με ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας, όπου καταγραφόταν το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένος ή όχι, με παιδιά ή όχι), η μοναχική ή μη ζωή (εάν ζει μόνος, ή με σύζυγο ή με παιδί του), το μορφωτικό επίπεδο (Α΄βάθμια, Β΄βάθμια ή Γ΄βάθμια εκπαίδευση), η επαγγελματική κατάσταση (εργαζόμενος ή συνταξιούχος), το επάγγελμα, ο βαθμός εφαρμογής της θεραπευτικής αγωγής, οι ώρες άσκησης εβδομαδιαίως.

Όλες οι μετρήσεις μεταβολικών παραγόντων έγιναν στο ίδιο εργαστήριο, στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας, προσδίδοντας ομοιογένεια στον τρόπο μέτρησης. Καταγράφηκαν τα μεγέθη της γλυκόζης νηστείας, της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, του δείκτη μάζας σώματος, των τριγλυκεριδίων, της HDL, LDL, χοληστερόλης, συστολικής και διαστολικής πίεσης.

2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το Τακτικό Διαβητολογικό Εξωτερικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας λειτουργεί κάθε Τριτη και Πέμπτη τις πρωινές ώρες. Για κάθε ασθενή στον οποίο θα δίδονταν το ερωτηματολόγιο, γινόταν πρώτα έλεγχος μήπως ανήκε σε αποκλειόμενη ομάδα. Κατόπιν ενημερωνόταν για την έρευνα και εάν συναινούσε, συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελούνταν από ένα πακέτο με τα εξής (βλέπε Παράρτημα Β):

- Το έγγραφο συγκατάθεσης του ασθενούς
- Η φόρμα με τα δημογραφικά στοιχεία
- Το ερωτηματολόγιο NEO-FFI-3
- Μια μεγαλογράμματη φωτοτυπία της κλίμακας Likert (να την κρατά στο χέρι του ο ασθενής, για να διευκολύνεται στις απαντήσεις).

2.4. Ανάλυση δεδομένων

Στην εργασία εφαρμόζεται ποσοτική έρευνα και γίνεται στατιστική ανάλυση με τη χρήση του πακέτου SPSS της IBM (v. 20) για την περιγραφή του δείγματος και τη διερεύνηση της παραπάνω ερευνητικής υπόθεσης και ερωτήματος.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

3.1. Περιγραφική στατιστική

3.1.1. Γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Ο παρακάτω πίνακας 1 παρουσιάζει συγκεντρωτικά τα κύρια γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος που επιλέχθηκε:

Πίνακας 1. Γενικά χαρακτηριστικά δείγματος

Ηλικία	M.O. 66,56 (\pm 10,35)
Φύλο	Άνδρες: 45 (40,9%) Γυναίκες: 65 (59.1%)
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμοι με τέκνα: 100 (90,9%) Έγγαμοι χωρίς τέκνα: 3 (2,7%) Ανύπαντροι: 7 (6,4%)
Συντροφικότητα ή μοναχικότητα	Ζουν με σύζυγο: 80 (72,7%) Ζουν με παιδιά τους: 9 (8,2%) Ζουν μόνοι τους: 21 (19,1%)
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό: 77 (70,0%) Μέση Εκπαίδευση: 19 (17,3%) Ανώτατη Εκπαίδευση: 14 (12,7%)

Εργαζόμενος ή Συνταξιούχος	Εργαζόμενοι: 77 (70,0%) Συνταξιούχοι: 33 (30,0%)
Επάγγελμα	Αγρότες: 46 (41,8%) Ανεργοί: 2 (1,8%) Βιομήχανος: 1 (0,9%) Γιατρός: 1 (0,9%) Δημόσιοι Υπάλληλοι: 11 (10,0%) Έμποροι: 5 (4,5%) Επιλοποιοί: 2 (1,8%) Επιχειρηματίας: 1 (0,9%) Εργάτες: 11 (10,0%) Ιδιωτικοί Υπάλληλοι: 11 (10,0%) Μηχανικός Αυτοκινήτων: 1 (0,9%) Οδηγοί Φορτηγού: 2 (1,8%) Οικιακά: 15 (13,6%) Σύμβουλος Επιχειρήσεων: 1 (0,9%)
Κληρονομικότητα διαβήτη	Ναι: 58 (52,7%) Όχι: 52 (47,3%)
Είδος θεραπευτικής αγωγής	Χωρίς φαρμακευτική αγωγή: 4 (3,64%) Μόνο με δισκία: 63 (57,3%) Με ινσουλίνη: 43 (39,1%)

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, στο δείγμα μας η πλειοψηφία των ασθενών είναι γυναίκες σε ποσοστό 59,1% ή 65 άτομα έναντι 45 ανδρών. Ηλικιακά παρατηρούμε μια εντονότερη συσσώρευση στις ηλικίες από 60 έως 80 ετών, με εύρος κατανομής από τα 31 έως τα 89 έτη. Από αυτούς η συντριπτική πλειοψηφία (93,64%) είναι έγγαμοι, με ποσοστό

2,73% εξ αυτών χωρίς τέκνα, ενώ το υπόλοιπο 6,36% είναι ανύπαντροι. Πολύ μεγάλη πλειοψηφία (όχι όμως όση των παντρεμένων) ζουν με κάποιο συγγενή α' βαθμού: το 72,73% ζεί με τον/την σύζυγο, και το 8,18% ζουν με κάποιο παιδί τους. Το υπόλοιπο όχι ευκαταφρόνητο ποσοστό του 19,09% ζούνε μόνοι τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι απόφοιτοι Δημοτικού (70,00%), 17,27% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το υπόλοιπο 12,73% τριτοβάθμιας. Το υψηλό ποσοστό αποφοίτων Δημοτικού εξηγείται από τις μεγάλες ηλικίες: παλαιότερα υποχρεωτική ήταν η δετής εκπαίδευση, όχι η 9ετής που ισχύει σήμερα. Για όμοιους λόγους είναι ότι πάνω από 2 στους 3 είναι συνταξιούχοι (70,0%). Όσον αφορά τα επαγγέλματα με τα οποία απασχολούνται ή απασχολούνταν οι ασθενείς, η πλειοψηφία 51,8% είναι αγρότες και εργάτες. Αξίζει να σημειώσουμε ότι υπάρχει μόνο ένας γιατρός, μόνο ένας επιχειρηματίας, ένας βιομήχανος και ένας σύμβουλος επιχειρήσεων, μέσα στο δείγμα της έρευνας. Από απόψεως κληρονομικότητας, περίπου το μισό ποσοστό του δείγματος είχε συγγενείς α' βαθμού με γνωστό ΣΔ. Από τους ασθενείς, σχεδόν τα 2/3, ή ποσοστό 57,3% λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή μόνο με δισκία, ενώ είναι πολύ λίγα (4) τα άτομα χωρίς φαρμακευτική αγωγή, εκ των οποίων μάλιστα οι 3 πανεπιστημιακής μόρφωσης. (βλέπε Παράρτημα Α).

3.1.2. Δείκτες συμπεριφορικής προσαρμογής

Ακολουθεί ο πίνακας των δεικτών συμπεριφορών υγείας, όπως αποτυπώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας:

Πίνακας 2. Δείκτες συμπεριφορικής προσαρμογής του δείγματος

Βαθμός τήρησης αγωγής	Καθόλου:	3 (2,7%)
	Μέτρια:	23 (20,9%)
	Αυστηρά:	84 (76,4%)

Κάπνισμα	Ποτέ:	60 (54.5%)
	Πρώην καπνιστής:	34 (30,9%)
	Καπνίζει ακόμη:	16 (14,5%)
Ωρες άσκησης εβδομαδιαίως	Καθόλου:	85 (77,3)
	1 ώρα:	3 (2,7%)
	2 ώρες:	2 (1,8%)
	3,5- 4 ώρες:	5 (4,5%)
	4,5- 5 ώρες:	6 (5,4%)
	5,5- 6 ώρες:	2 (1,8%)
	7 ώρες:	6 (5,5%)
	9 ώρες:	1 (0,9%)

Πάνω από τα 2/3 των ασθενών δηλώνουν ότι ακολουθούν αυστηρά την αγωγή τους, ενώ ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό (85,5%) δεν είναι καπνιστές (δεν κάπνιζαν ποτέ, ή δεν καπνίζουν πλέον). Αρνητικά εντυπωσιακό είναι το ότι η συντριπτική πλειοψηφία (77,3%) δηλώνει ότι δεν ασκείται καθόλου, ενώ μόνο το 17,1% του δείγματος δηλώνει ότι ασκείται πάνω από μισή ώρα ημερησίως (βλέπε Παράρτημα Α).

3.1.3 Μεταβολικοί Δείκτες

Όσον αφορά τους σημαντικούς δείκτες ελέγχου γλυκόζης αίματος (γλυκόζη νηστείας και γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη), τους λοιπούς εργαστηριακούς δείκτες που καταγράφηκαν (HDL, LDL, τριγλυκερίδια, χοληστερόλη), την συστολική και διαστολική πίεση, καθώς και τον Δείκτη Μάζας Σώματος, ακολουθεί ο Πίνακας 3, όπου καταγράφονται οι μέσες τιμές και οι διακυμάνσεις, ενώ τα ιστογράμματα με τις καμπύλες κανονικότητας έχουν καταχωρηθεί στο Παράρτημα Α.

Πίνακας 3. Μεταβολικοί δείκτες δείγματος

Δείκτης Μάζας Σώματος	Μέση τιμή: 31,97 (\pm 6,44) kg/m ²
Γλυκόζη νηστείας	Μέση τιμή: 149,3 (\pm 56,1) mg/dl
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	Μέση τιμή: 6,97 (\pm 1,15) mg/dl
HDL	Μέση τιμή: 45,1 (\pm 12,3) mg/dl
LDL	Μέση τιμή: 90,5 (\pm 37,7) mg/dl
τριγλυκερίδια	Μέση τιμή: 155,4 (\pm 73,7) mg/dl
χοληστερόλη	Μέση τιμή: 166,7 (\pm 43,3) mg/dl
Συστολική πίεση	Μέση τιμή: 135,1 (\pm 12,8) mmHg
Διαστολική πίεση	Μέση τιμή: 77,6 (\pm 8,4) mmHg

Ο δείκτης μάζας σώματος του δείγματος παρουσιάζει μέσο όρο περίπου 32 kg/m² με την υψηλότερη συγκέντρωση από 25 kg/m² έως 38 kg/m², και χαρακτηρίζεται από σημαντικά περιθώρια βελτίωσης. Η γλυκόζη νηστείας έχει μέσο όρο 150 mg/dl περίπου, με μια μεγάλη μάζα ασθενών (οι μισοί περίπου) στις τιμές από 100-150 mg/dl. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη έχει παρουσιάζει μέσο όρο τα 7 mg/dl, με τους μισούς ασθενείς να βρίσκονται στο διάστημα 6,0-7,0 mg/dl και το 30% στις τιμές μέχρι 9,0 mg/dl χωρίς να λείπουν οι ακραία μεγάλες τιμές (δύο άτομα με τιμές HbA1c>10 mg/dl). Οι μισοί περίπου ασθενείς έχουν HDL γύρω στα 45 mg/dl, LDL γύρω στο 90 mg/dl και τριγλυκερίδια γύρω στο 140 mg/dl. Ένας στους τρεις έχει χοληστερόλη γύρω στα 150 mg/dl, με το μισό δείγμα να συγκεντρώνεται στην περιοχή 140-170 mg/dl. Η συστολική πίεση εμφανίζει μέσο όρο 135 mmHg, με υψηλές συγκεντρώσεις πριν και μετά τη μέση τιμή, όχι όμως γύρω από τη μέση τιμή, στην περιοχή της οποίας η καμπύλη γίνεται κοίλη, όπως φαίνεται καθαρά στο αντίστοιχο ιστόγραμμα του Παραρτήματος Α. Αντίστοιχα η διαστολική πίεση παρατηρούμε ότι η μέση τιμή είναι 78 mmHg, ενώ οι μισοί περίπου ασθενείς βρίσκονται στο διάστημα 80-82. Εδώ η αιτία είναι η μεγάλη διασπορά, κυρίως

προς τα κάτω (υπάρχουν άτομα με πολύ χαμηλή διαστολική πίεση, γεγονός που κατεβάζει το ύψος της μέσης τιμής).

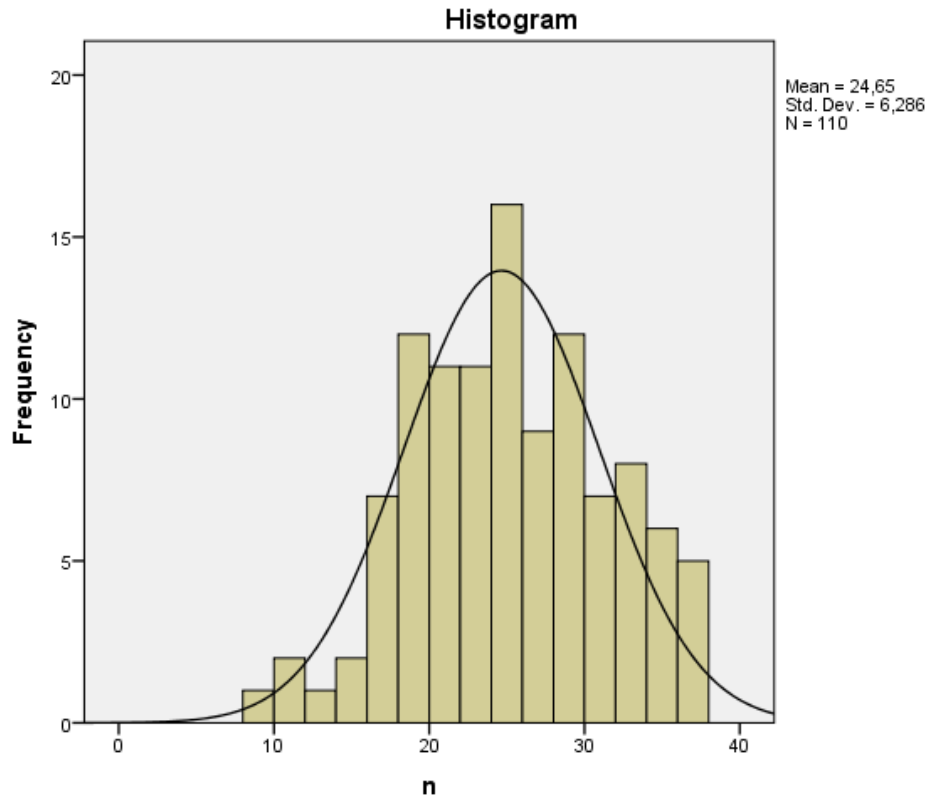
3.1.4 Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας

Η ανάλυση των 5 παραγόντων της προσωπικότητας, όπως αυτοί διαμορφώθηκαν με την επεξεργασία των ερωτηματολογίων, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθόσον αυτά τα χαρακτηριστικά θα συσχετιστούν με μεταβολικούς δείκτες και δείκτες συμπεριφορικής προσαρμογής.

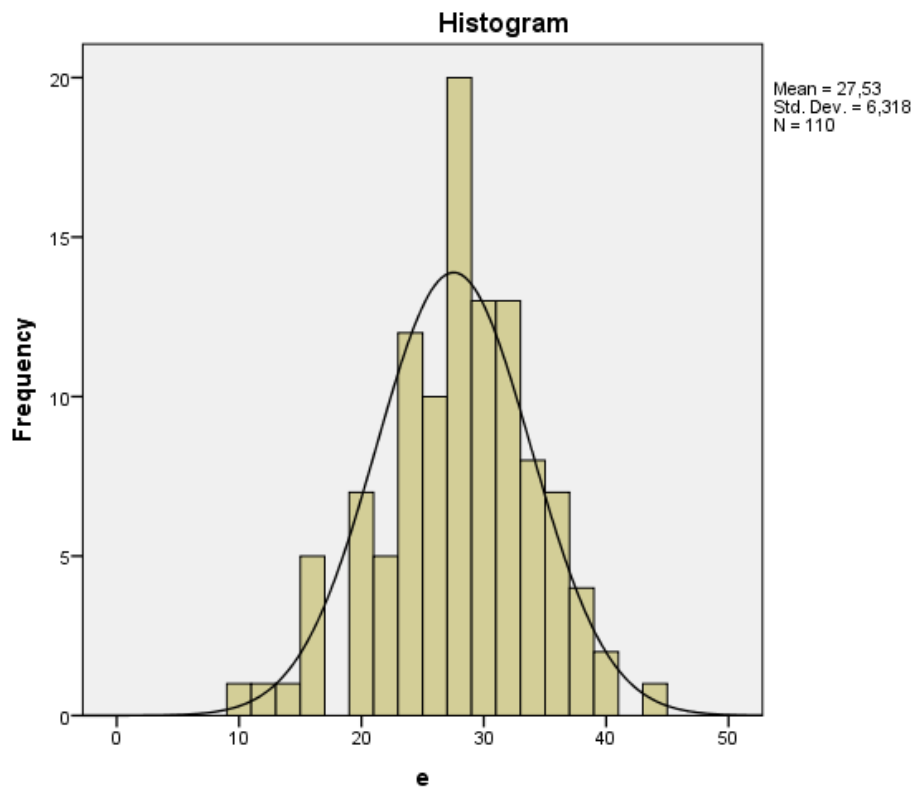
Πίνακας 4. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας του δείγματος

Νευρωτισμός (neuroticism)	Μέση τιμή: 24,65 (\pm 6,29)
Εξωστρέφεια (extraversion)	Μέση τιμή: 27,53 (\pm 6,32)
Δεκτικότητα σε εμπειρίες (openness)	Μέση τιμή: 24,71 (\pm 5,67)
Συνεργασιμότητα (agreeableness)	Μέση τιμή: 31,15 (\pm 5,34)
Ευσυνειδησία (conscientiousness)	Μέση τιμή: 35,28 (\pm 5,07)

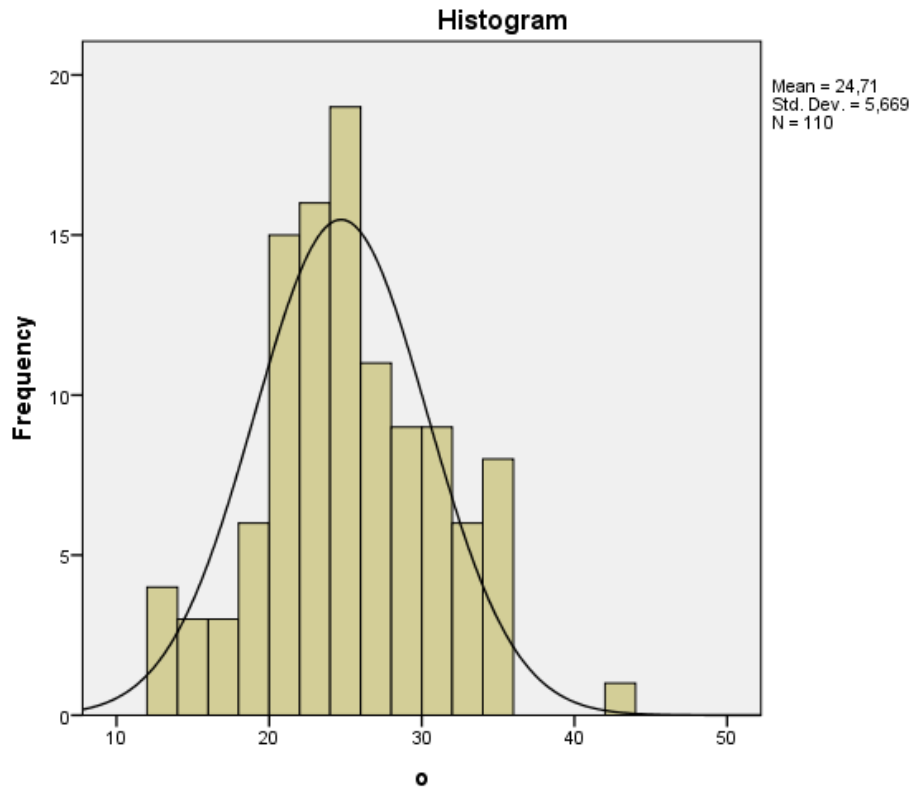
Ακολουθούν τα ιστογράμματα των πέντε χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της προσωπικότητας, με τις αντίστοιχες καμπύλες κανονικότητας:



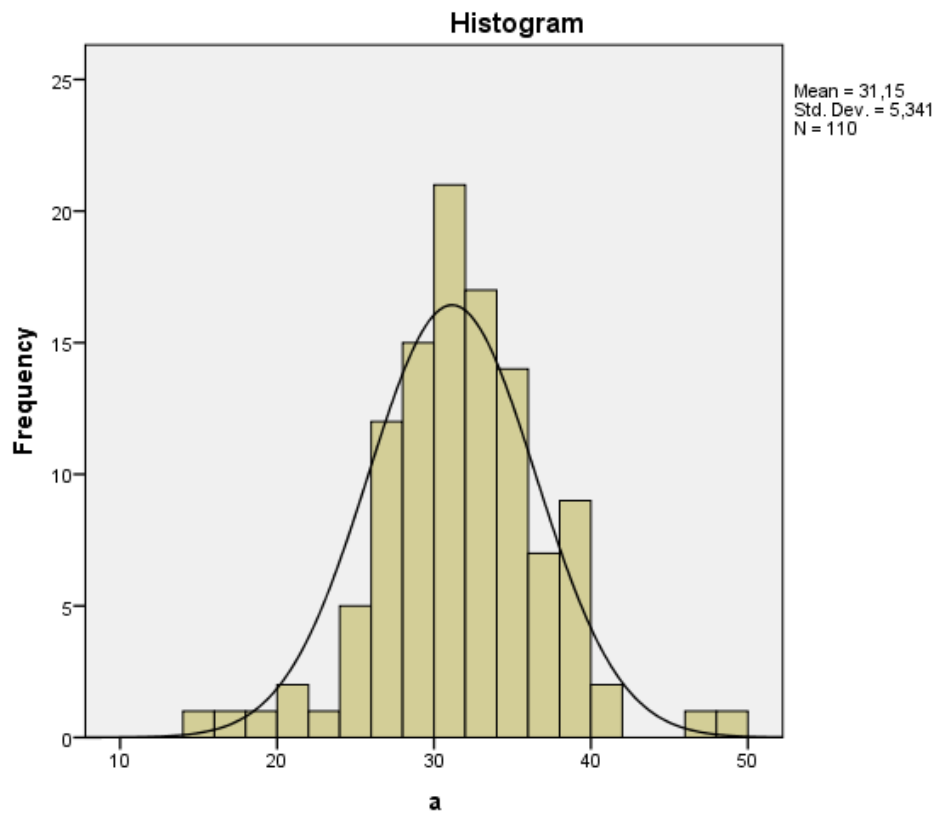
Ιστόγραμμα 1. Κατανομή δείγματος βάσει νευρωτισμού



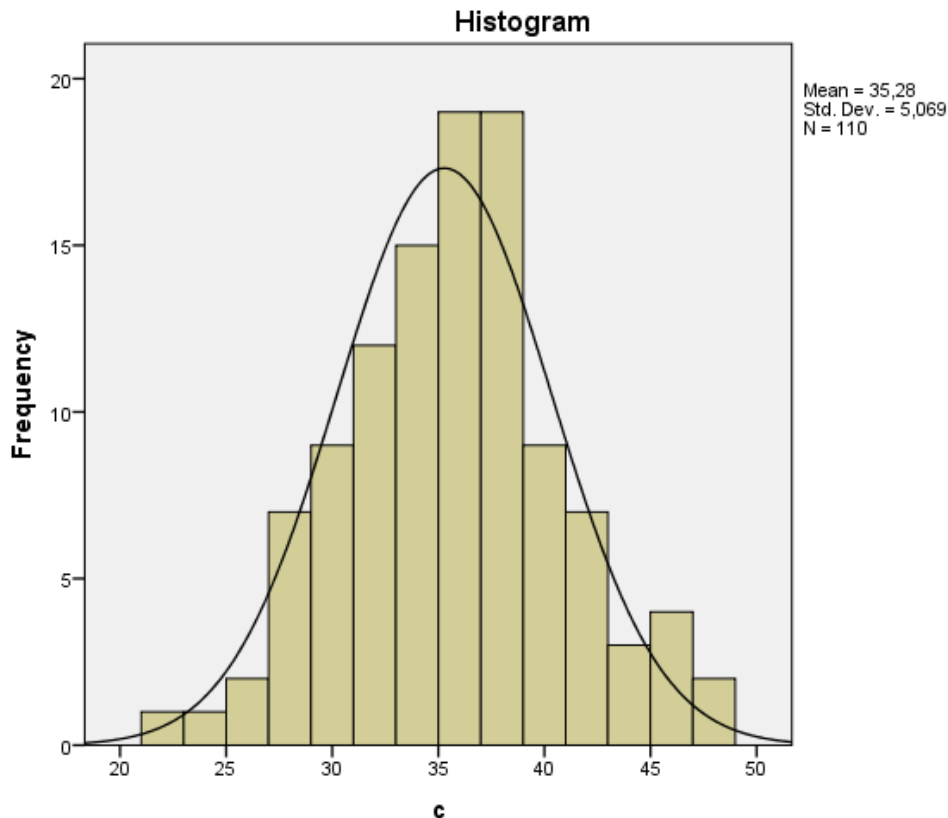
Ιστόγραμμα 2. Κατανομή δείγματος βάσει εξωστρέφειας



Ιστόγραμμα 3. Κατανομή δείγματος βάσει δεκτικότητας σε εμπειρίες



Ιστόγραμμα 4. Κατανομή δείγματος βάσει συνεργασιμότητας



Ιστόγραμμα 5. Κατανομή δείγματος βάσει ευσυνειδησίας

Παρατηρούμε ότι και οι πέντε διαστάσεις της προσωπικότητας του δείγματος ακολουθούν ισχυρά την καμπύλη κανονικότητας. Η πλήρης σειρά των σχετικών στατιστικών αναλύσεων – έλεγχος ασυμμετρίας (skewness) και κύρτωσης (kurtosis), τέστ Kolmogorov-Smirnov, Q-Q Plots, παρατίθενται στο Παράρτημα Α.

Όλες οι κατανομές των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας κυμαίνονται εντός της κεντρικής ζώνης που χαρακτηρίζεται μέση φυσιολογική για τον γενικό πληθυσμό, με τη δεκτικότητα σε νέα εμπειρίες να βρίσκεται στο κάτω άκρο αυτής της ζώνης, και την ευσυνειδησία στο άνω άκρο, εντός πάντοτε της περιοχής που προσδιορίζεται ως μέση (average scoring). [115] Οι παρατηρήσεις αυτές συνάδουν με τη σχετική βιβλιογραφία:

- ✓ Σύμφωνα με έρευνα όπου συγκεντρώνονται τα αποτελέσματα σχετικών μελετών και μετα-αναλύσεων, η δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες τείνει να αυξάνεται τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής και να μειώνεται καθ'όλη την υπόλοιπη ζωή του

ενήλικα, ενώ η ευσυνειδησία αυξάνεται μέχρι τα γεράματα. [118] Το δείγμα μας έχει αυξημένη μέση ηλικία.

- ✓ Επιπλέον μεγάλη μελέτη των επιπτώσεων της χρόνιας νόσου επί της προσωπικότητας, βασισμένη σε δείγμα 2.008 ατόμων της μελέτης Baltimore Longitudinal Study of Aging, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο NEO-PI, έδειξε ότι καθώς οι ασθενείς αναπτύσσουν χρόνια νόσο, η προσωπικότητα μεταβάλλεται ελαφρά μόνο, και ότι οι πάσχοντες γίνονται πιο συντηρητικοί, δηλ. μειώνεται η δεκτικότητα σε εμπειρίες. [119]
- ✓ Οι μέσες τιμές των χαρακτηριστικών προσωπικότητας του δείγματός μας συμφωνούν και με τη γενικότερη άποψη ότι τα χαρακτηριστικά αυτά παρουσιάζουν μόνο μικρές μεταβολές μετά την ηλικία των 30 ετών. [118-120]

3.2. Επαγωγική στατιστική

Στόχος ήταν η εύρεση πιθανού συσχετισμού μεταξύ των πέντε διαστάσεων της προσωπικότητας κάθε μιας χωριστά, και των εξής άμεσων ή έμμεσων δεικτών αυτοελέγχου του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2:

Πίνακας 5. Συσχετισμοί που έγιναν με χρήση μεθόδων της επαγωγικής στατιστικής

Είδος θεραπείας (δισκία, ινσουλίνη) Κάπνισμα Δείκτης μάζας σώματος (BMI) Γλυκόζη νηστείας HbA1c HDL LDL τριγλυκερίδια	συσχέτιση με	5 χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (n,e,o,a,c)
--	--------------	---

Αρχικά ελέχθησαν οι πέντε μεταβλητές, αν ακολουθούν την κανονική κατανομή, για την επιλογή παραμετρικών ή μη ελέγχων. Το τεστ των Kolmogorov-Smirnov (επόμενος πίνακας) έδειξε ότι και οι πέντε μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή ($p > 0,05$).

Πίνακας 6. Έλεγχος Κανονικότητας

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
n	,069	110	,200*	,981	110	,117
e	,093	110	,019	,986	110	,290
o	,086	110	,043	,982	110	,132
a	,070	110	,200*	,978	110	,069
c	,073	110	,198	,992	110	,745

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Το τεστ Kolmogorov-Smirnov κρίθηκε κατάλληλο (χρήση για μέγεθος δείγματος $n < 300$), ενώ το Shapiro-Wilk είναι κατάλληλο για μικρότερα δείγματα ($n < 20$). Αφού διαπιστώσαμε ότι έχουμε κανονική κατανομή, επιλέγουμε παραμετρικά τεστ και

συγκεκριμένα το Independent t-test. Για τη διερεύνηση των συσχετισμών, ανάλογα με το είδος και τον αριθμό των ανεξάρτητων μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε επίσης η μέθοδος ANOVA (με εφαρμογή για ανεξάρτητες μεταβλητές περισσότερες των δύο), ο υπολογισμός του συντελεστή συσχέτισης Pearson (σε κανονικές κατανομές με μεταβλητές τύπου scale) και ο μη συσχετισμένος έλεγχος t (Levene's test of equality of variables) για τη στάθμιση της σημαντικότητας των διαφορών των μέσων όρων (mean).

Οι πίνακες με τα αποτελέσματα και τις κατάλληλες μεθόδους που ακολουθήθηκαν ανά μεταβλητή, παρουσιάζονται στις επόμενες σελίδες, ακολουθώντας τη σειρά με την οποία καταγράφονται οι ανεξάρτητες μεταβλητές στον προαναφερόμενο Πίνακα 6.

Συσχέτιση του είδους φαρμακευτικής αγωγής με τις πέντε διαστάσεις προσωπικότητας

Πίνακας 7. Είδος φαρμακευτικής αγωγής και προσωπικότητα – group statistics

Group Statistics					
	treatment	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
n	ΔΙΣΚΙΑ	63	24,87	6,108	,770
	ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	43	24,19	6,613	1,008
e	ΔΙΣΚΙΑ	63	27,11	6,348	,800
	ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	43	27,95	6,313	,963
o	ΔΙΣΚΙΑ	63	24,97	4,961	,625
	ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	43	24,09	6,428	,980
a	ΔΙΣΚΙΑ	63	30,78	4,427	,558
	ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	43	31,72	6,598	1,006
c	ΔΙΣΚΙΑ	63	35,46	4,727	,596
	ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	43	35,44	5,315	,811

Πίνακας 8. Είδος φαρμακευτικής αγωγής και προσωπικότητα – Levene's test

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
n	Equal variances assumed	,201	,655	,550	104	,584	,687	1,249	-1,791	3,165
	Equal variances not assumed			,542	85,514	,590	,687	1,268	-1,835	3,209
e	Equal variances assumed	,013	,909	-,672	104	,503	-,842	1,253	-3,327	1,642
	Equal variances not assumed			-,673	90,705	,503	-,842	1,252	-3,329	1,644
o	Equal variances assumed	3,397	,068	,790	104	,431	,875	1,108	-1,321	3,072

a	Equal variances not assumed			,753	74,72 2	,454	,875	1,163	-1,441	3,191
	Equal variances assumed	4,652	,033	-,881	104	,380	-,943	1,070	-3,065	1,179
	Equal variances not assumed			-,820	67,45 4	,415	-,943	1,150	-3,239	1,353
c	Equal variances assumed	,821	,367	,019	104	,985	,018	,984	-1,932	1,969
	Equal variances not assumed			,018	83,17 3	,985	,018	1,006	-1,982	2,019

Οι διαφορές μέσων (mean) που παρατηρούνται στον Πίνακα Group statistics, ελέγχθηκαν με εργαλείο το Levene's test of equality, σε μη συσχετισμένο έλεγχο t, όπου αποδείχθηκαν μη στατιστικά σημαντικές ($p > 0,05$). Συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του είδους φαρμακευτικής αγωγής (δισκία – ινσουλίνη) με τις πέντε διαστάσεις της προσωπικότητας των ασθενών του δείγματος.

Συσχέτιση του καπνίσματος με τις πέντε διαστάσεις προσωπικότητας

Πίνακας 9. Κάπνισμα και προσωπικότητα – test ANOVA

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
n	Between Groups	199,852	2	99,926	2,603	,079
	Within Groups	4107,021	107	38,383		
	Total	4306,873	109			
e	Between Groups	56,189	2	28,094	,700	,499
	Within Groups	4295,230	107	40,142		
	Total	4351,418	109			
o	Between Groups	117,062	2	58,531	1,850	,162
	Within Groups	3385,629	107	31,641		
	Total	3502,691	109			
a	Between Groups	82,417	2	41,208	1,457	,238
	Within Groups	3027,256	107	28,292		
	Total	3109,673	109			
c	Between Groups	64,128	2	32,064	1,254	,290
	Within Groups	2736,136	107	25,571		
	Total	2800,264	109			

Επειδή έπρεπε να συγκριθούν περισσότερα από δύο σύνολα τιμών, στην περίπτωση αυτή (έχουμε 3 τιμές) εφαρμόσαμε την μη σχετιζόμενη ανάλυση διακύμανσης ANOVA. Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικοί συσχετισμοί. Γι' αυτό το λόγο έγινε μια επιπλέον σύγκριση, ασθενών που διέκοψαν το κάπνισμα και ασθενών που καπνίζουν ακόμη. Ούτε και εδώ εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση με τις 5 διαστάσεις προσωπικότητας (ακολουθούν οι δύο σχετικοί πίνακες):

Πίνακας 10. Κάπνισμα και προσωπικότητα – group statistics

Group Statistics					
	smoking	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
n	ΠΡΩΗΝ	34	23,00	7,291	1,250
	ΑΚΟΜΑ	16	27,19	6,253	1,563
e	ΠΡΩΗΝ	34	28,21	6,261	1,074
	ΑΚΟΜΑ	16	25,94	8,888	2,222
o	ΠΡΩΗΝ	34	26,18	6,303	1,081
	ΑΚΟΜΑ	16	23,31	5,263	1,316
a	ΠΡΩΗΝ	34	30,41	6,439	1,104
	ΑΚΟΜΑ	16	29,81	5,468	1,367
c	ΠΡΩΗΝ	34	36,35	5,662	,971
	ΑΚΟΜΑ	16	34,19	5,282	1,320

Πίνακας 11. Κάπνισμα και προσωπικότητα – Levene's test

Independent Samples Test										
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
n	Equal variances assumed	,371	,545	-1,978	48	,054	-4,188	2,117	-8,444	,069
	Equal variances not assumed			-2,092	34,006	,044	-4,188	2,002	-8,255	-,120
e	Equal variances assumed	3,035	,088	1,041	48	,303	2,268	2,179	-2,112	6,649
	Equal variances not assumed			,919	22,271	,368	2,268	2,468	-2,846	7,383
o	Equal variances assumed	1,330	,255	1,575	48	,122	2,864	1,818	-,792	6,520
	Equal variances not assumed			1,682	34,864	,102	2,864	1,703	-,593	6,321
a	Equal variances assumed	,736	,395	,321	48	,749	,599	1,865	-3,151	4,349
	Equal variances not assumed			,341	34,323	,735	,599	1,757	-2,971	4,169
c	Equal variances assumed	,139	,711	1,288	48	,204	2,165	1,681	-1,215	5,546
	Equal variances not assumed			1,321	31,430	,196	2,165	1,639	-1,175	5,506

Συσχέτιση Δείκτη Μάζας Σώματος με τις πέντε διαστάσεις προσωπικότητας

Πίνακας 12. BMI και προσωπικότητα – συντελεστής συσχέτισης Pearson

Correlations							
	n	e	o	a	c	bmi	
n	Pearson Correlation	1	-,366**	,097	-,181	-,480**	,130
	Sig. (2-tailed)		,000	,312	,058	,000	,177
	N	110	110	110	110	110	110
e	Pearson Correlation	-,366**	1	,408**	,239*	,432**	-,206*
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,012	,000	,031
	N	110	110	110	110	110	110
o	Pearson Correlation	,097	,408**	1	,063	,231*	-,022
	Sig. (2-tailed)	,312	,000		,514	,015	,822
	N	110	110	110	110	110	110
a	Pearson Correlation	-,181	,239*	,063	1	,278**	,014
	Sig. (2-tailed)	,058	,012	,514		,003	,887
	N	110	110	110	110	110	110
c	Pearson Correlation	-,480**	,432**	,231*	,278**	1	-,079
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,015	,003		,410
	N	110	110	110	110	110	110
bmi	Pearson Correlation	,130	-,206*	-,022	,014	-,079	1
	Sig. (2-tailed)	,177	,031	,822	,887	,410	
	N	110	110	110	110	110	110

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Δεν διακρίνονται διαφορές, εκτός του παράγοντα $e(p<0,05)$.

Με παρατηρηθέν επίπεδο σημαντικότητας $p=0,031$ ο συντελεστής συσχέτισης Pearson έχει τιμή $r=-0,206$. Δηλαδή υπάρχει ελαφρά αρνητική σχέση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος (BMI) και της εξωστρέφειας (extraversion).

Συσχέτιση της γλυκόζης νηστείας με τις πέντε διαστάσεις προσωπικότητας

Πίνακας 13. Γλυκόζη νηστείας και προσωπικότητα – συντελεστής συσχέτισης Pearson

		Correlations					
		n	e	o	a	c	glyc
n	Pearson Correlation	1	-,366**	,097	-,181	-,480**	-,006
	Sig. (2-tailed)		,000	,312	,058	,000	,954
	N	110	110	110	110	110	110
e	Pearson Correlation	-,366**	1	,408**	,239*	,432**	-,136
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,012	,000	,157
	N	110	110	110	110	110	110
o	Pearson Correlation	,097	,408**	1	,063	,231*	-,164
	Sig. (2-tailed)	,312	,000		,514	,015	,088
	N	110	110	110	110	110	110
a	Pearson Correlation	-,181	,239*	,063	1	,278**	,086
	Sig. (2-tailed)	,058	,012	,514		,003	,372
	N	110	110	110	110	110	110
c	Pearson Correlation	-,480**	,432**	,231*	,278**	1	-,211*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,015	,003		,027
	N	110	110	110	110	110	110
glyc	Pearson Correlation	-,006	-,136	-,164	,086	-,211*	1
	Sig. (2-tailed)	,954	,157	,088	,372	,027	
	N	110	110	110	110	110	110

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Δεν διακρίνονται διαφορές, εκτός του παράγοντα c($p < 0,05$).

Με παρατηρηθέν επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,027$ ο συντελεστής συσχέτισης Pearson έχει τιμή $r = -0,211$. Δηλαδή υπάρχει ελαφρά αρνητική σχέση μεταξύ της γλυκόζης νηστείας και της ευσυνειδησίας (conscientiousness).

Συσχέτιση γλυκωζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης με τις πέντε διαστάσεις προσωπικότητας

Πίνακας 14. HbA1c και προσωπικότητα – συντελεστής συσχέτισης Pearson

		Correlations					
		hba1c	n	e	o	a	c
hba1c	Pearson Correlation	1	,004	-,065	-,007	,044	-,191*
	Sig. (2-tailed)		,963	,499	,940	,650	,046
	N	110	110	110	110	110	110
n	Pearson Correlation	,004	1	-,366**	,097	-,181	-,480**
	Sig. (2-tailed)	,963		,000	,312	,058	,000
	N	110	110	110	110	110	110
e	Pearson Correlation	-,065	-,366**	1	,408**	,239*	,432**
	Sig. (2-tailed)	,499	,000		,000	,012	,000
	N	110	110	110	110	110	110
o	Pearson Correlation	-,007	,097	,408**	1	,063	,231*
	Sig. (2-tailed)	,940	,312	,000		,514	,015
	N	110	110	110	110	110	110
a	Pearson Correlation	,044	-,181	,239*	,063	1	,278**
	Sig. (2-tailed)	,650	,058	,012	,514		,003
	N	110	110	110	110	110	110
c	Pearson Correlation	-,191*	-,480**	,432**	,231*	,278**	1
	Sig. (2-tailed)	,046	,000	,000	,015	,003	
	N	110	110	110	110	110	110

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Δεν διακρίνονται διαφορές, εκτός του παράγοντα c($p < 0,05$).

Με παρατηρηθέν επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,046$ ο συντελεστής συσχέτισης Pearson έχει τιμή $r = -0,191$. Δηλαδή υπάρχει ελαφρά αρνητική σχέση μεταξύ της γλυκωζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και της ευσυνειδησίας (conscientiousness).

Συσχέτιση HDL με τις πέντε διαστάσεις προσωπικότητας

Πίνακας 15. HDL και προσωπικότητα – συντελεστής συσχέτισης Pearson

		Correlations					
		n	e	o	a	c	hdl
n	Pearson Correlation	1	-,366**	,097	-,181	-,480**	-,054
	Sig. (2-tailed)		,000	,312	,058	,000	,579
	N	110	110	110	110	110	109
e	Pearson Correlation	-,366**	1	,408**	,239*	,432**	,053
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,012	,000	,587
	N	110	110	110	110	110	109
o	Pearson Correlation	,097	,408**	1	,063	,231*	,115
	Sig. (2-tailed)	,312	,000		,514	,015	,235
	N	110	110	110	110	110	109
a	Pearson Correlation	-,181	,239*	,063	1	,278**	,159
	Sig. (2-tailed)	,058	,012	,514		,003	,098
	N	110	110	110	110	110	109
c	Pearson Correlation	-,480**	,432**	,231*	,278**	1	,072
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,015	,003		,460
	N	110	110	110	110	110	109
hdl	Pearson Correlation	-,054	,053	,115	,159	,072	1
	Sig. (2-tailed)	,579	,587	,235	,098	,460	
	N	109	109	109	109	109	109

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ HDL και των πέντε παραγόντων της προσωπικότητας.

Συσχέτιση LDL με τις πέντε διαστάσεις προσωπικότητας

Πίνακας 16. LDL και προσωπικότητα – συντελεστής συσχέτισης Pearson

		Correlations					
		n	e	o	a	c	ldl
n	Pearson Correlation	1	-,366**	,097	-,181	-,480**	,183
	Sig. (2-tailed)		,000	,312	,058	,000	,057
	N	110	110	110	110	110	109
e	Pearson Correlation	-,366**	1	,408**	,239*	,432**	,014
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,012	,000	,882
	N	110	110	110	110	110	109
o	Pearson Correlation	,097	,408**	1	,063	,231*	,061
	Sig. (2-tailed)	,312	,000		,514	,015	,531
	N	110	110	110	110	110	109
a	Pearson Correlation	-,181	,239*	,063	1	,278**	-,082
	Sig. (2-tailed)	,058	,012	,514		,003	,399
	N	110	110	110	110	110	109
c	Pearson Correlation	-,480**	,432**	,231*	,278**	1	,001
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,015	,003		,990
	N	110	110	110	110	110	109
ldl	Pearson Correlation	,183	,014	,061	-,082	,001	1
	Sig. (2-tailed)	,057	,882	,531	,399	,990	
	N	109	109	109	109	109	109

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές σχέσεις της LDL με την προσωπικότητα.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εξατομίκευση της αυτοδιαχείρισης στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, είναι η απάντηση στην αποτυχία των προγραμμάτων γλυκαιμικού ελέγχου. Ενώ υπάρχει πολύ πλούσια βιβλιογραφία επί της επίδρασης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε άλλες χρόνιες νόσους και στη θνησιμότητα, οι έρευνες που επικεντρώνονται στη σχέση του τύπου της προσωπικότητας με τον ΣΔ είναι πολύ περιορισμένες. Επιπλέον ελλείπουν οι έρευνες επί ελληνικού πληθυσμιακού δείγματος.

Για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο NEO-FFI-3, ως εργαλείο διεθνώς αναγνωρισμένο για τη διερεύνηση των πτυχών της προσωπικότητας, με ευρεία αποδοχή, και με αξιολόγηση της μετάφρασής του στα ελληνικά, [116] ώστε να μπορέσουν να γίνουν συγκρίσεις με αντίστοιχες διεθνείς δημοσιεύσεις και να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα. Αξίζει να σημειώσουμε ότι το φάσμα της χρήσης του Μοντέλου των Πέντε Παραγόντων, στο οποίο στηρίζεται το ερωτηματολόγιο, είναι τόσο ευρύ, που αρκεί γράψει κανείς "five factor model of personality" στο Google Scholar, για να εμφανιστούν πάνω από δύομισι εκατομμύρια σχετικά άρθρα (2.540.000 στις 31/08/2017).

Ο τρόπος που επιλέχθηκε το δείγμα πληθυσμού που χρησιμοποιήθηκε (πάσχοντες από ΣΔτ2, που επισκέφτηκαν το Τακτικό Διαβητολογικό Εξωτερικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας), παρουσιάζει σχετική ομοιογένεια, που προσδίδει μεγαλύτερη αξιοπιστία, μια και όλες οι αιματολογικές εξετάσεις έγιναν στο ίδιο Μικροβιολογικό Εργαστήριο, με τις ίδιες ακριβώς μεθόδους και μηχανήματα. Επιπλέον τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας του δείγματος εμφανίζουν μέσες τιμές εντός της φυσιολογικής κεντρικής ζώνης που προβλέπεται για κάθε χαρακτηριστικό. [114]

Στην έρευνά μας, το αποτέλεσμα της συσχέτισης του είδους της θεραπευτικής αγωγής (χωρίς φάρμακα, με δισκία, με ινσουλίνη) με τις πέντε διαστάσεις της προσωπικότητας ήταν αρνητικό. Αυτό σημαίνει ότι δεν βρέθηκε επίδραση της προσωπικότητας στην φαρμακευτική εξέλιξη της αγωγής, ούτε και επίδραση του είδους της αγωγής στην προσωπικότητα. Δεν διαπιστώθηκε δηλαδή διαμόρφωση προσωπικότητας διαβητικού (λόγω χρήσης ινσουλίνης για παράδειγμα), συμπέρασμα που συνάδει με τη σχετική βιβλιογραφία περί γενικής σταθερότητας της προσωπικότητας των ενηλίκων. [118-120]

Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) βρέθηκε ότι σχετίζεται ελαφρώς, με αρνητικά σημαντική στατιστική σύνδεση (τιμή $r = - 0,206$ με $p = 0,031$), με την εξωστρέφεια (extraversion). Δηλαδή όσο πιο αυξημένο είναι το χαρακτηριστικό προσωπικότητας "εξωστρέφεια", τόσο μικρότερος είναι ο δείκτης μάζας σώματος. Η εξωστρέφεια εμπεριέχει ιδιότητες όπως ενεργητικότητα, δραστηριοποίηση, αυτοπεποίθηση, θετικά συναισθήματα, κοινωνικότητα. [114] Έτσι το άτομο έχει κίνητρα για τη διατήρηση του σώματος σε καλή κατάσταση:

- την κοινωνική του πλευρά, μια και για το κοινωνικό άτομο το σώμα είναι ο πρεσβευτής του προς το περιβάλλον.
- την γενικότερη δραστηριοποίησή του, που συνεπάγεται κινητικότητα και καλοδιατηρημένο σώμα.

Κατά τη σχετική βιβλιογραφία:

- Σε έρευνα επί δείγματος 6.798 ατόμων που συμμετείχαν στην μακροχρόνια μελέτη NHANES1 για τη σχέση προσωπικότητας και ενδεχόμενου διαβήτη, παρατηρήθηκε συσχετισμός της εξωστρέφειας με τον BMI, [107] οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι η εξωστρέφεια μπορεί να επηρεάζει το ενδεχόμενο ανάπτυξης διαβήτη μέσω παραγόντων όπως η φυσική δραστηριότητα και η διαίτα. [121]
- Αντιθέτως, στην έρευνα επί δείγματος 1.313 ατόμων με ΣΔτ2, που μετείχαν στην 2^η φάση της μακροχρόνια μελέτης Fremantle, βρέθηκε συσχέτιση του BMI με την ευσυνειδησία. [103] Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξε έρευνα επί δείγματος 41 ασθενών στην Πολωνία. [97]
- Η έρευνα σε δείγμα 400 Ιρανών και των δύο φύλων, πασχόντων από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εξωστρέφεια και η ευσυνειδησία μπορούν να βοηθήσουν στον γλυκαιμικό έλεγχο (σε αντίθεση με τον νευρωτισμό). [102]
- Στην έρευνα επί δείγματος 1.617 γυναικών στην Κορέα, χωρίς πρότερα διαγνωσθέντα διαβήτη, βρέθηκε ότι η εξωστρέφεια ασκεί ευεργετική επίδραση επί της μείωσης του κινδύνου διαταραγμένης ρύθμισης γλυκόζης, μέσω μηχανισμού μείωσης του άγχους, αφού στην εξωστρέφεια προσδίδονται ιδιότητες όπως δραστηριότητα, κοινωνικότητα και προσαρμοστικότητα. [100]

- Παρομοίως, επί δείγματος 5.295 ατόμων στη Σουηδία, διαπιστώθηκε ότι η αυξημένη εξωστρέφεια συνεπάγεται μειωμένο κίνδυνο διαταραγμένης ρύθμισης γλυκόζης. [101]

Στην παρούσα έρευνα, η γλυκόζη νηστείας και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη βρέθηκε να συσχετίζονται ελαφρώς αρνητικά με το πεδίο της προσωπικότητας "ευσυνειδησία". Δηλαδή, όσο υψηλότερη η ευσυνειδησία, τόσο χαμηλότερος ο δείκτης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (τιμή $r = -0,191$ με $p = 0,046$) και της γλυκόζης νηστείας του ασθενούς (τιμή $r = -0,211$ με $p = 0,027$). Η ευσυνειδησία λοιπόν, για το δείγμα της παρούσης έρευνας, είναι θετικός παράγων γλυκαιμικού ελέγχου. Οι υποδιαίρέσεις αυτού του πεδίου της προσωπικότητας, που τη συνδέουν με ένα κανονικό - όχι όμως υπερβολικό - επίπεδο τάξης, οργάνωσης, ανάγκης για επιτυχία, αυτοπειθαρχίας και αξιοπιστίας, [114] δίνουν μια πιθανή ερμηνεία για τη θετική σχέση της ευσυνειδησίας με τον επιτυχή γλυκαιμικό έλεγχο.

Πλούσια είναι και η σχετική βιβλιογραφία:

- Η ευσυνειδησία βρέθηκε να έχει σημαντικά αρνητική σχέση με τα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στην έρευνα επί δείγματος 400 ιρανών με ΣΔτ2. [102]
- Αντιθέτως σε δείγμα 41 πολωνών βρέθηκε θετική συσχέτιση της ευσυνειδησίας με τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (δηλ. αύξηση της ευσυνειδησίας σήμαινε αύξηση HbA1c). [97]
- Στο δείγμα της μελέτης Fremantle δεν βρέθηκε άμεση σχέση, η ευσυνειδησία όμως σχετίστηκε εμμέσως με την επιτυχία της αυτοδιαχείρισης του διαβήτη. [103] Στην ίδια μελέτη μάλιστα, προτείνονται παρεμβάσεις αύξησης της ευσυνειδησίας ως μεθόδου ελέγχου της παρορμητικής συμπεριφοράς και ομαλοποίησης της γλυκαιμίας.
- Και οι έρευνες επίδρασης των πέντε πεδίων της προσωπικότητας στην πιθανότητα ανάπτυξης ΣΔτ2, εστιάζονται στον κίνδυνο από χαμηλή ευσυνειδησία, που ερμηνεύεται ως απρόσεκτη συμπεριφορά και έλλειψη αυτοελέγχου. [105, 106]
- Χαρακτηριστικά της συνεργασιμότητας, όπως η εμπιστοσύνη και η ευθύτητα, και χαρακτηριστικά της ευσυνειδησίας, όπως επιδίωξη επιτυχίας, επάρκεια και

περίσκεψη, προτείνονται από θεωρητικούς του Μοντέλου των Πέντε Παραγόντων, ως ιδιότητες του ατόμου με "χαρακτήρα", δηλαδή του ατόμου που έχει αυτοέλεγχο και μεγάλο προσδόκιμο ζωής. [122-124]

- Η ευσυνειδησία συνδέεται με την μακροζωία κατά τις μακρόχρονες μελέτες των επονομαζόμενων "τερμιτών". [89-91,125]
- Η έρευνα της συσχέτισης της προσωπικότητας με την προσωπική αυτο-αποτελεσματικότητα, ανέδειξε την ευσυνειδησία ως χαρακτηριστικό που λειτουργεί ως φραγμός στην μετατροπή του στρες σε ανεξέλεγκτο άγχος. [92, 93]

Είναι σαφές ότι τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας βρίσκονται σε αντιστοιχία με τα συμπεράσματα πολλών παρόμοιων ερευνών σε άλλους πληθυσμούς, μέσα στα πλαίσια όμως ενός αντικειμένου που έχει σχετικά περιορισμένη ερευνητική βιβλιογραφία και μερικές φορές αντιφατικά αποτελέσματα. Γι' αυτό άλλωστε επιχειρήθηκε η παρούσα έρευνα, άλλως θα ήταν σαν να εκόμιζε "γλαύκα εις Αθήνας".

Με την έρευνα αποδείχθηκε για άλλη μια φορά ότι υπάρχουν πτυχές της προσωπικότητας που έχουν σχέση με τον τρόπο αντιμετώπισης μιας χρόνιας νόσου, όπως ο διαβήτης. Έδειξε όμως και ότι η προσωπικότητα είναι ένας από τους πολυάριθμους παράγοντες που διαμορφώνουν το αποτέλεσμα της αυτοδιαχείρισης. Προέχουν – με πολύ μεγαλύτερη βαρύτητα – άλλοι παράγοντες, όπως ο γλυκαιμικός αυτοέλεγχος, η διαίτα, η τακτική άσκηση, η υιοθέτηση θετικών συνηθειών υγείας.

Και κυρίως, η επίδραση της προσωπικότητας δεν θα πρέπει χρησιμοποιηθεί ως άλλοθι για τα πενιχρά αποτελέσματα της αυτοδιαχείρισης, αλλά ως πεδίο θετικών παρεμβατικών δράσεων. Με εργαλεία κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η συνεργασιμότητα και η ευσυνειδησία, το ιατρικό προσωπικό θα μπορέσει να εμπνεύσει στον ασθενή την απαραίτητη αυτοπεποίθηση, ώστε να ενστερνιστεί τις αρχές της αυτοδιαχείρισης και να επιτύχει σταθερό και διαρκή έλεγχο των μεταβολικών παραμέτρων.

Προσοχή όμως, η προσωπικότητα δεν είναι πανάκεια – το καταδεικνύει και η παρούσα μελέτη, όπου φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση, όχι όμως πολύ ισχυρή, κάποιων, όχι όμως όλων των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, με ορισμένους μόνο από τους πολλούς βιο-δείκτες της αυτοδιαχείρισης του διαβήτη.

Η προσωπικότητα, όσο ισχυρές και αποδεκτές κι αν είναι οι θεωρίες, δεν παύει να είναι για την ψυχολογία "το τελευταίο οχυρό της αοριστολογίας", όπως είπε ο Revelle. [126] Επιπλέον δεν είναι εφικτό, ούτε θεμιτό, να προσδοκούμε ότι ο διαβητολόγος, στα πλαίσια της εξατομίκευσης του σχεδιασμού αντιμετώπισης του διαβήτη, θα προσπαθήσει να προκαλέσει μεταβολές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Αυτό, εκτός του ότι ξεφεύγει από τα όρια του γνωστικού του πεδίου, θα ήταν αντιδεοντολογικό και αναποτελεσματικό. Πέραν αυτού, η προσωπικότητα δεν μπορεί να μεταβληθεί εύκολα και αποτελεί παγιωμένο δομικό στοιχείο του ατόμου. Αυτά που μπορούν να μεταβληθεί είναι τα χαρακτηριστικά προσαρμογής του ατόμου, που καθορίζουν τον τρόπο ανταπόκρισης στο εκάστοτε περιβάλλον. Μακροχρόνιες μελέτες έχουν δείξει τον αμελητέο ρόλο του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος επί των πέντε πεδίων της προσωπικότητας. [127] Η παρατήρηση ότι οι ομοιότητες που παρουσιάζουν δίδυμα που μεγάλωσαν ξεχωριστά, είναι συγκρίσιμες με τις ομοιότητες που παρουσιάζουν δίδυμα που μεγάλωσαν στη ίδια οικογένεια, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι εμπειρίες εκ του περιβάλλοντος δεν συνεισφέρουν επί της ουσίας στην διαμόρφωση ή μεταβολή της προσωπικότητας. [128]

Τα χαρακτηριστικά προσαρμογής, όπως για παράδειγμα οι πάγιες συνήθειες, οι διαθέσεις, οι ρόλοι, οι σχέσεις και οι στόχοι, μπορούν να αποτελέσουν τον στόχο της συμβολής της ψυχολογίας στην αυτοδιαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη. Η επιστήμη της διαφορετικότητας του ατόμου, συγκεκριμένα, επισημαίνει ότι πρέπει να επικεντρωθούμε επί των χαρακτηριστικών προσαρμογής, τα οποία είναι αναπροσαρμόσιμες εκφάνσεις των μη μεταβαλλόμενων βασικών πεδίων της προσωπικότητας. [129, 130] Χαρακτηριστικό παράδειγμα διαφορετικού τρόπου προσαρμογής όμοιων βασικών πεδίων προσωπικότητας, αποτελεί η πολυσυζητημένη περίπτωση των Τζάκ & Όσκαρ, διδύμων ομοζυγωτών, που χωρίστηκαν λίγο μετά τη γέννα και ξανασυναντήθηκαν σαράντα χρόνια αργότερα, ως μέρος της σχετικής μελέτης Minnesota Study of Twins Reared Apart (Μελέτη διαχωρισμένων διδύμων της Μινεζότα). [131] Ο Τζάκ μεγάλωσε σε οικογένεια εβραίων σε κιμπούτζ, ενώ ο Όσκαρ με τη γιαγιά του στην Τσεχία. Αν και διαπιστώθηκε ότι είχαν εξαιρετικά όμοιες προσωπικότητες (συμπλήρωσαν εξαιρετικά όμοια ερωτηματολόγια), ο ένας ήταν φανατικά θρησκευόμενος εβραίος και ο άλλος ναζί και αντισημίτης. Παρατηρήθηκε δηλαδή, ότι τα δύο αδέρφια είχαν αξιοσημείωτα διαφορετικούς φαινότυπους προσαρμογής, που πήγαζαν από πανομοιότυπα πεδία προσωπικότητας.

Οι εκπαιδευτές και διαβητολόγοι, συνεπώς, στο βαθμό που η θεωρία είναι ακριβής, έχουν πολύ μικρά περιθώρια επιρροής επί των πέντε πεδίων της προσωπικότητας, μπορούν όμως να επιδράσουν μέσω ειδικά στοχευμένων παρεμβάσεων, επί των χαρακτηριστικών προσαρμογής του ασθενούς. Τα πεδία της προσωπικότητας μπορούν να διοχετευτούν προς θετικές προσαρμογές, αφού δεν μπορούν, ούτε είναι θεμιτό να μεταβληθούν. Ποιες συνήθειες, ποια προσόντα και αντιλήψεις, ποιο υποστηρικτικό δίκτυο είναι τα βέλτιστα για την ιδιαίτερη περίπτωση του κάθε ατόμου; Αυτές οι ερωτήσεις φαίνεται να είναι παραγωγικότερες απ' ό,τι η ενασχόληση με την διαφοροποίηση της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Η μελέτη αυτή παρουσιάζει αρκετούς περιορισμούς. Το δείγμα είναι αρκετά μικρό, αν και έχουν δημοσιευθεί διεθνώς μικρότερα δείγματα με το ίδιο αντικείμενο έρευνας. Επίσης, τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του δείγματος αποτυπώνουν δημογραφικούς και ανθρωπομετρικούς δείκτες συγκεκριμένης ομάδας ασθενών. Πρόκειται για μεγάλη ηλικίας άτομα που ζουν σε επαρχία της Βόρειας Ελλάδας, στη μεγάλη τους πλειοψηφία αγρότες, χαμηλού εισοδήματος και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, που παρακολουθούνται σε τακτική βάση σε Κρατικό Νοσοκομείο.

Το ερωτηματολόγιο NEO-FFI-3 είναι έγκυρο και με αξιολογημένη και εγκεκριμένη μετάφραση στα ελληνικά, ωστόσο διαπιστώθηκαν στη χρήση του δυσχέρειες στην κατανόηση των ερωτήσεων, δυσχέρειες οι οποίες κατά ένα μέρος οφείλονται στην ποιότητα του δείγματος (ηλικιωμένοι, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου). Σε κάποιες περιπτώσεις υπήρχε αλληλουχία αρνητικών και καταφατικών ερωτήσεων, που δημιουργούσαν σύγχυση. Εκεί χρειαζόταν η παρέμβασή μας για διευκρινίσεις. Σε δύο περιπτώσεις υπήρχαν ερωτήσεις που διαπραγματεύονταν δύο θέματα ταυτοχρόνως, ενώ δινόταν η δυνατότητα μιας μόνο απάντησης. Λίγες φορές οι ερωτήσεις θα μπορούσαν να θεωρηθούν επιθετικές ή κυνικές, ή ότι απείχαν από την ελληνική κουλτούρα. Σε γενικές γραμμές ο χρόνος κυλούσε ευχάριστα και η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών, αν και άρχιζε τη συμμετοχή με κάποια επιφύλαξη, σταδιακά το αντιμετώπιζε με πολύ καλή διάθεση. Συχνά μάλιστα κάποιες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου γίνονταν αφορμή για να εκμυστηρευτούν οι ασθενείς μύχιες σκέψεις τους και να αναλογιστούν καταστάσεις που έζησαν στο παρελθόν. Μόνο μια φορά υπήρξε άρνηση συμπλήρωσης ερωτηματολογίου, ενώ κανένας ασθενής δεν έδειξε δυσφορία ή διάθεση να το εγκαταλείψει στα ενδιάμεσα.

Ένας επιπλέον περιορισμός είναι αυτή καθ'αυτή η χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο, κάθε τέτοιου είδους ερωτηματολόγιο, καταγράφει όχι την προσωπικότητα, αλλά την εντύπωση που θέλει να δώσει το άτομο για την προσωπικότητά του. Ένας τρόπος καταγραφής συμπεριφορών και συνηθειών, χωρίς το ερωτηματολόγιο ως εργαλείο, θεωρούμε ότι είναι πιο επιστημονικά αντικειμενικός και θα βοηθήσει πιο αποτελεσματικά στη μελέτη των τρόπων βελτίωσης της αυτοδιαχείρισης στον σακχαρώδη διαβήτη.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη κατέδειξε πως υπάρχει επίδραση ορισμένων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της προσωπικότητας επί του σακχαρώδη διαβήτη και επί του γλυκαιμικού ελέγχου. Τα αποτελέσματα αυτά, σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα των μελετών της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας, μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο ρόλος της προσωπικότητας είναι μεν υπαρκτός, δεν είναι όμως καθοριστικός. Παρεμβάσεις μπορούν να γίνουν στην περίπτωση συμπεριφορικών παραγόντων, με προσπάθειες τροπής των χαρακτηριστικών προσαρμογής του ατόμου προς συμπεριφορές υγείας. Σίγουρα δεν είναι εύκολος ο δρόμος, και δεν έχουμε ακόμη απτά αποτελέσματα από σχετικές παρεμβάσεις. Σε μετα-ανάλυση που συγκρίνει την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων που γίνονται από ειδικούς ψυχολόγους, με την αποτελεσματικότητα των κλινικών ιατρών, επί του γλυκαιμικού ελέγχου και επί της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς, βρέθηκε ότι ψυχολόγοι και κλινικοί ιατροί είναι το ίδιο αποτελεσματικοί στις παρεμβάσεις στους στους πάσχοντες από ΣΔτ2. [132]

Απαιτούνται ευρύτερες μελέτες των παραγόντων που επηρεάζουν τους γλυκαιμικούς δείκτες, με διεύρυνση του δείγματος της έρευνας και ποσοτικά και ποιοτικά. Θα πρέπει να συμπεριληφθούν άτομα που επισκέπτονται ιδιώτες διαβητολόγους και να εμπλουτιστεί το δείγμα με άτομα νεαρότερης ηλικίας και υψηλότερης μόρφωσης.

Επίσης στο διευρυμένο δείγμα, θα βοηθήσει αν αξιολογηθούν οι σχέσεις που έχουν με τη γλυκαιμική ρύθμιση άλλοι παράγοντες, μεταβολικοί, συμπεριφορικοί ή περιβαλλοντικοί. Η επίδραση της ύπαρξης ή μη, οικογενειακού υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η διαμονή σε αστικό κέντρο ή χωριό, το είδος της διαίτας, ο χρόνος που έχει περάσει από τη διάγνωση, ο βαθμός ενημέρωσης του ασθενούς για τον διαβήτη και τον αυτοέλεγχο, θα μπορούσαν να προστεθούν στους παράγοντες που διαμορφώνουν το τελικό αποτέλεσμα.

Ακόμη περισσότερο θα βοηθούσε αν – με βάση την θεωρία των χαρακτηριστικών προσαρμογής – γίνονταν σχετικές παρεμβάσεις προς θετικότερες συμπεριφορές υγείας, και καταγράφονταν τα αποτελέσματα, ώστε να μελετηθούν.

Και φυσικά η έρευνα θα έχει πολύ μεγαλύτερη αξία εάν βρεθεί τρόπος οι πληροφορίες να είναι αποτέλεσμα παρατήρησης και όχι ερωτήσεων προς τον ασθενή.

6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

“ γνῶθι σαυτόν ” (προτροπή για αυτογνωσία)

Χείλων ο Λακεδαιμόνιος

Οι μεγάλοι σοφοί της αρχαιότητας διαπίστωναν πόσο σημαντικό αλλά και ταυτόχρονα πόσο δύσκολο είναι να γνωρίσει ο άνθρωπος τον εαυτό του, παρόλη την ολόχρονη συμβίωση μαζί του. Ας μην προσδοκούμε λοιπόν ότι ο διαβητολόγος θα καταφέρει να γνωρίσει την προσωπικότητα ενός τρίτου μέσω ενός ερωτηματολογίου, ούτε ότι θα επιχειρήσει να την μεταβάλει. Θα αποσπάσει όμως πληροφορίες χρήσιμες για την διαμόρφωση του σχεδίου ομαλοποίησης των δεικτών, παρεμβαίνοντας στην προσκόλληση σε ανθυγιεινές συνήθειες και συμπεριφορές, υποδεικνύοντας στον ασθενή ευέλικτους τρόπους να ξεπεράσει τα εσωτερικά και εξωτερικά εμπόδια και ενισχύοντας την θετική προσαρμοστικότητα στις δυσμενείς συνθήκες της χρόνιας νόσου.

Η έρευνα δεν σταματάει εδώ. Υπάρχουν άτομα που δεν πρόκειται να επιτύχουν ικανοποιητικό βαθμό αυτοδιαχείρισης χωρίς επιπλέον ειδική βοήθεια, όπως και άτομα στα οποία οι συνήθειες θεραπευτικές προτάσεις αυτοδιαχείρισης λειτουργούν καλύτερα απ’ότι στους πολλούς. Επιτυχία θα είναι, αν οι επόμενες έρευνες υποδείξουν σαφείς και σύντομους τρόπους εκτίμησης της ανταπόκρισης των ασθενών στις προτάσεις αγωγής. Τότε οι διαβητολόγοι θα έχουν βρει πραγματικά χρήσιμα εργαλεία για την επίτευξη του στόχου τους.

“Φέρσου στους ανθρώπους σαν να είναι αυτό που θα έπρεπε να είναι, και βοήθησέ τους να γίνουν ότι έχουν δυνατότητα να γίνουν” Γκαίτε

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Davidson MB, Castellanos M, Kain D, Duran P. The effect of self monitoring of blood glucose concentrations on glycated hemoglobin levels in diabetic patients not taking insulin: A blinded, randomized trial. *Am J Med* 2005, 118:422-425
- [2] Nathan DM, McKittrick C, Larkin M, Schafran R, Singer ED. Glycemic control in diabetes mellitus: have changes in therapy made a difference? *Am J Med* 1996, 100:157–163.
- [3] Karter AJ, Ackerson LM, Darbinian AJ, D’Agostino BR, Ferrara A, Liuet J, et al. Self-monitoring of blood glucose levels and glycemic control: the Northern California Kaiser Permanente Diabetes Registry. *Am J Med* 2001, 111:1–9.
- [4] Ziegler O, Kolopp M, Got I, Genton P, Debry G, Drouin P. Reliability of self-monitoring of blood glucose by CSII-treated patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1989, 12:184 –188.
- [5] Farmer AJ, Heneghan C, Barnett AH, Davidsonc MB, Guerci B, O’Kane M, et al. Individual patient data meta-analysis of trials of self-monitoring of blood glucose in non-insulin treated type 2 diabetes: Protocol for a systematic review. *Primary Care Diabetes* 2009, 3:117-121
- [6] Towfigh A, Romanova M, Weinreb JE, Munjas B, Suttorp MJ, Zhou A, et al. Self-monitoring of blood glucose levels in patients with type 2 diabetes mellitus not taking insulin: a meta-analysis. *Am J Manag Care* 2008, 14: 468–475.
- [7] Fontbonne A, Billault B, Acosta M, Percheron C, Varenne P, Besse A, et al. Is glucose self-monitoring beneficial in non-insulin-treated diabetic patients? Results of a randomized comparative trial. *Diabetes Metab* 1989, 15:255–260.
- [8] Shekelle P , Munjas B , Romanova M , Towfigh A , Weinreb J , Zhou A , et al. Self-Monitoring of Blood Glucose in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Meta-Analysis of Effectiveness. Department of Veterans Affairs 2007 (US). Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/21155210>. Accessed July 11, 2017.
- [9] Ohkubo Y, Kishikawa H, Araki E, Miyataa T, Isami S, Motoyoshi S, et al. Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. *Diabetes Res Clin Pract* 1995, 28: 103–117.
- [10] Barnett AH, Krentz AJ, Strojek K, Sieradzki J, Azizi F, Embong M, et al. The efficacy of self-monitoring of blood glucose in the management of patients with type 2 diabetes treated with a gliclazide modified release-based regimen. A multicenter, randomized, parallel-group, 6-month evaluation (DINAMIC 1 study). *Diabetes Obes Metab* 2008, 10(12):1239e47.
- [11] O’Kane MJ, Bunting B, Copeland M, Coates VE. ESMON Study Group. Efficacy of self-monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. *BMJ* 2008, 336(7654):1174e7.

- [12] Franciosi M, Lucisano G, Pellegrini F, Cantarello A, Consoli A, Cucco L, et al. ROSES: role of self-monitoring of blood glucose and intensive education in patients with type 2 diabetes not receiving insulin. A pilot randomized clinical trial. *Diabet Med* 2011, 28(7):789e96.
- [13] Guerci B, Drouin P, Grange V, Bougneres P, Fontaine P, Kerlan V, et al. Self-monitoring of blood glucose significantly improves metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the auto-surveillance intervention active (ASIA) study. *Diabetes Metab* 2003, 29(6):587e94.
- [14] Kleefstra N, Hortensius J, Logtenberg SJ, Slingerland RJ, Groenier KH, Houweling ST, et al. Self-monitoring of blood glucose in tablet-treated type 2 diabetic patients. *Neth J Med* 2010, 68(1):311e6.
- [15] Schwedes U, Siebolds M, Mertes G, for the SMBG study group. Meal-related structured self-monitoring of blood glucose: effect on diabetes control in non-insulin-treated type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 2002, 25(11):1928e32.
- [16] American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes-2017, *Diabetes Care* 2017.40(Suppl1).
- [17] The International Expert Committee Report on the Role of the A1C Assay in the Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care* 2009, 32(7): 1327-1334
- [18] American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes-2010, *Diabetes Care* 2010.33(Suppl1).
- [19] Shubrook JH Jr. Risks and benefits of attaining HbA(1c) goals: Examining the evidence. *Journal of the American Osteopathic Association* 2010, 110 (7 Suppl 7): eS7–eS12.
- [20] Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, et al. Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine* 2008, 358(24): 2545–2559
- [21] Currie JC, Peters RJ, Tynan A, et al. Survival as a function of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Lancet* 2010, 375:481–489.
- [22] Xu N, Wu H, Li D, Wang J. Diagnostic accuracy of glycated hemoglobin compared with oral glucose tolerance test for diagnosing diabetes mellitus in Chinese adults: a meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract* 2014, 106(1): 11-8
- [23] The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The relationship of glycemic exposure (HbA1c) to the risk of development and progression of retinopathy in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes*. 1995, 44(8):968–83.
- [24] The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993, 329:977-86.
- [25] Leslie RDG, Cohen RM. Biologic Variability in Plasma Glucose, Hemoglobin A1c, and Advanced Glycation End Products Associated with Diabetes Complications. *Journal of Diabetes Science and Technology* 2009, 3: 635-643

- [26] The Look AHEAD Research Group. Effects of a long-term lifestyle modification programme on peripheral neuropathy in overweight or obese adults with type 2 diabetes: the Look AHEAD study. *Diabetologia* 2017, 60:980-988
- [27] Galle F, Di Onofrio V, Cirella A, et al. Improving self-management of type 2 diabetes in overweight and inactive patients through an educational and motivational intervention addressing diet and physical activity: a prospective study in Naples, South Italy. *Diabetes Ther* 2017, DOI 0.1007/s13300-017-0283-2
- [28] Rawshani A, Rawshani A, Franzen S. Mortality and cardiovascular disease in type 2 and type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2017, 15:1407-1418
- [29] Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2015, 38:140–149
- [30] Evert AB, Boucher JL, Cypress M, et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2014, 37(Suppl. 1):S120–S143
- [31] Διαβητολογική Εταιρεία Βόρειας Ελλάδας. Οδηγός για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Θεσσαλονίκη: University Study Press, 2013, σελ23-42
- [32] UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998, 352:854–865
- [33] Ziemer DC, Berkowitz KJ, Panayiotou RM, et al. A simple meal plan emphasizing healthy food choices is as effective as an exchange-based meal plan for urban African Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26:1719–1724
- [34] Wolf AM, ConawayMR, Crowther JQ, et al.; Improving Control with Activity and Nutrition (ICAN) Study. Translating lifestyle intervention to practice in obese patients with type 2 diabetes: Improving Control with Activity and Nutrition (ICAN) study. *Diabetes Care* 2004, 27:1570–1576
- [35] Coppel KJ, Kataoka M, Williams SM, Chisholm AW, Vorgers SM, Mann JI. Nutritional intervention in patients with type 2 diabetes who are hyperglycaemic despite optimized drug treatment–Lifestyle Over and Above Drugs in Diabetes (LOADD) study: randomised controlled trial. *BMJ* 2010, 341:c3337
- [36] Esposito K, Maiorino MI, Ciotola M, et al. Effects of a Mediterranean-style diet on the need for antihyperglycemic drug therapy in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2009, 151: 306–314
- [37] Esposito K, Kastorini CM, Panagiotakos DB, Giugliano D. Mediterranean diet and weight loss: meta-analysis of randomized controlled trials. *Metabolic Syndrome and Related Disorders* 2011; 9(1): 1-12.
- [38] Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, et al. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *J Am Diet Assoc* 2007, 107: 1755-1767
- [39] The Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts*

2015, 8: 402–424

- [40] Ajala O, English P, Pinkney J. Systematic review and meta-analysis of different dietary approaches to the management of type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr* 2013, 97(3): 505-16
- [41] Al Khalb HK, Harding SV, Darzi J. The effects of partial sleep deprivation on energy balance: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Nutr* 2016;1-11
- [42] Jeffery WR, Rick MA. Cross-Sectional and Longitudinal Associations between Body Mass Index and Marriage-Related Factors. *Obesity Research* 2002, 10: 809-8012
- [43] Boule NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA* 2001, 286:1218–1227
- [44] Boule NG, Kenny GP, Haddad E, Wells GA, Sigal RJ. Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia* 2003, 46:1071–1081
- [45] Rejeski WJ, Ip EH, Bertoni AG, et al.; Look AHEAD Research Group. Lifestyle change and mobility in obese adults with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2012, 366:1209–1217
- [46] Sluik D, Buisse b, Muckelbauer R, Kaaks R, Teucher B, Johnsen NF, Tjønneland A, et al. Physical Activity and Mortality in individuals with Diabetes mellitus: a prospective study and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012, 172(17):1285-95
- [47] Marcus RL, Smith S, Morrell G et al. Comparison of combined aerobic and high-force eccentric resistance exercise with aerobic exercise only for people with type 2 diabetes mellitus. *Phys Ther* 2008;88:1345-1354
- [48] Church TS, Blair SN, Cocreham S, et al. Effects of aerobic and resistance training on hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010, 304:2253–2262
- [49] Umpierre D, Ribeiro PA, Kramer CK, Leitao CB, Zucatti AT, Azevedo MJ et al. Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2011, 305(17): 1790-9
- [50] Katzmarzyk PT, Church TS, Craig CL, Bouchard C. Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Med Sci Sports Exerc* 2009, 41:998–1005
- [51] Dempsey PC, Larsen RN, Sethi P, et al. Benefits for type 2 diabetes of interrupting prolonged sitting with brief bouts of light walking or simple resistance activities. *Diabetes Care* 2016, 39:964–972
- [52] Yates Y, Haffner SM, Schulte PJ, Thomas L, Huffman KM, Bales CW, et al. Association between change in daily ambulatory activity and cardiovascular events in people with impaired glucose tolerance (NAVIGATOR trial): a cohort analysis. *Lancet* 20 Dec 2013, doi:10.1016/S0140-6736(13)62061-9.
- [53] Hou YY, Li W, Qiu JB, et al. Efficacy of blood glucose self-monitoring on glycemic control in patients with non-insulin-treated type 2 diabetes: A meta-

- analysis. *Diabetes Technology and Therapeutics* 2014, 16(7):460-475
- [54] Glasgow RE, Anderson RM. In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. Something entirely different is needed. *Diabetes Care* 1999, 22(12):2090-2.
- [55] Wagner EH. Population-based management of diabetes care. *Patient Educ Couns* 1995, 26: 225–230
- [56] Polonsky WH, Capehorn M, Belton A et al. Physician-patient communication at diagnosis of type 2 diabetes and its links to patient outcomes: New results from the global introDiaR study. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2017, 127: 265-274
- [57] Glasgow RE, Wagner EH, Kaplan RM, 2092 DIABETES CARE, VOLUME 22, NUMBER 12, DECEMBER 1999 Letters Vinicor F, Smith L, Norman J: If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population-based approach to chronic illness. *Ann Behav Med* 1999, 21:1-13
- [58] Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Peyrot M, Brancati FL. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003, 29(3):488-501.
- [59] Chodosh J, Morton S, Mojica W, Maglione M, Suttorp M, Hilton L et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med* 2005, 143(6):427-38.
- [60] Cheng, L, Sit JWH, Choi KC, et al. Effectiveness of Interactive Self-Management Interventions in Individuals With Poorly Controlled Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2017, 14(1):65-73.
- [61] Conn VS, Ruppap TM. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials; Systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine* 2017, 90:269-276
- [62] Medical Advisory Secretariat. Behavioural interventions for type 2 diabetes: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series* 2009, 9(22).
- [63] Bailey RA, Pfeifer M, Shillington AC et al. Effect of a patient decision aid (PDA) for type 2 diabetes on knowledge, decisional self-efficacy, and decisional conflict. *BMC Health Services Research* 2016, 16:10 DOI 10.1186/s12913-1262-4
- [64] Smith WT, Williams GP. Personality and Health: Advantages and Limitations of the Five-Factor Model. *Journal of Personality* 1992, 60:2
- [65] Booth-Kewley S, Vickers RR. Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality* 1994, 62(3):281-298
- [66] Costa PT, McCrae RR. NEO PI-R Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.; 1992.
- [67] Goldberg IR. The development of markers for the Big five factor structure. *Psychological Assessment* 1992,4: 26-42
- [68] Friedman M, Rosenman R. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA* 1959, 169: 1286-1296

- [69] Miller TQ, Smith TW, Turner CW, Guijarro ML, Hallet AJ. A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychol Bull* 1996,119:322-48
- [70] Dombroski TM, McDougall JM, Costa PT Jr, Grandits GA. Components of hostility as predictors in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosom Med* 1989, 51: 514-22
- [71] Goodman M, Quigley J, Moran G, Meilman H, Sherman M. Hostility predicts re-stenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Mayo Clin Proc* 1996, 71: 729-34
- [72] Mendes DeLeon CF, Kop WJ, de Swart HB, Bar FW, Appels AP. Psychosocial characteristics and recurrent events after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 1996, 77:252-55
- [73] Kaufmann MW, Fitzibbons JP, Sussman EJ, Reed JF 3rd, Einfals JM, et al. Relation between myocardial infarction, depression, hostility and death. *Am Heart J* 1999, 138: 549-54
- [74] Welin C, Lappas G, Wilhelmsen L. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *J Intern Med* 2000, 247: 629-39
- [75] Smigelskas K, Zemaitiene N, Julkunen J, Kauhanen J. Type A behavior pattern is not a predictor of premature mortality. *Int J Behav Med* 2015, 22: 161-9
- [76] Mommersteeg PM, Pouwer F. Personality as a risk factor for the metabolic syndrome: a systematic review. *J Psychosom Res* 2012, 73(5): 326-33
- [77] Petticrew MP, Lee K, McKee M. Type A behavior pattern and coronary disease: Philip Morris's "crown jewel". *Am Jour of Pub Health* 2012, 102(11): 2018-2025
- [78] Lincoln JE. Letters to the editor RE: Effects of passive smoking in the multiple risk factor interventional. *Legacy Tobacco Documents Library*. Available from: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/lee33e00>. Accessed August 14, 2017.
- [79] Henrotte JG. Type A behavior and magnesium metabolism. *Magnesium* 2013, 5 : 201-10.
- [80] Lee HB, Offidani E, Ziegelstein RC, et al. Five-Factor Model Personality Traits as predictors of incident coronary heart disease in the community: a 10.5-year cohort study based on the Baltimore epidemiologic catchment area follow up study. *Psychosomatics* 2014, 55(4):352-361
- [81] Hakulinen C, Hintsanen M, Munafo MR, Virtanen M, Kivimaki M, Batty GD, et al. Personality and smoking: individual-participant meta-analysis of nine cohort studies. *Addiction* 2015, 110(11): 1844-52
- [82] Sutin AR, Terracciano A, Deiana B, et al. Cholesterol, triglycerides, and the Five-Factor Model of personality. *Biological Psychology* 2010, 84(2):186-191
- [83] Roh SJ, Kim HN, Shim U, Kim BH, Kim SJ, Chung HW, et al. Association between Blood Lipid Levels and Personality Traits in Young Korean Women. *Plos One* 2014, 9(9):e108406
- [84] Jokela M, Hintsanen M, Hakulinen C, Batty GD, Nabi H, Singh-Manoux A, et al. Association of personality with the development and persistence of obesity: a

- meta-analysis based on individual-participant data. *Obes Rev.* 2013, 14(4):315-23
- [85] Lunn TE, Nowson CA, Worsley A, Torres JS. Does personality affect dietary intake? *Nutrition* 2014, 30(4): 403-409
- [86] Terracciano A, Sutin R A, Yang A, O'Brien J R, Ferrucci L, Zonderman B A. Personality and risk of Alzheimer's disease: New data and meta-analysis. *Alzheimers Dement* 2014, 10(2): 179-186
- [87] Cubel M, Nuevo-Chiquero A, Sanchez-Pages, et al. Do personality traits affect productivity? Evidence from the Lab. IZA Discussion Paper No.8308 2014
- [88] McAbee S T, Oswald F L. The criterion-related validity of personality measures for predicting GPA: a meta-analytic validity competition. *Psychol Assess* 2013, 25(2): 532-44
- [89] Friedman H S, Tucker J S, Schwartz J E, Wingard D L, Criqui M H. Childhood conscientiousness and longevity: Health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995, 68:696-703
- [90] Hampson S E, Goldberg L R, Vogt T M, Dubanoski J P. Mechanisms by which childhood personality traits influence adult health status: educational attainment and health behaviors. *Health Psychol* 2007, 26: 121-125
- [91] Kubzansky LD, Martin TL, Buka SL. Early Manifestations of Personality and Adult Health: A Life Course Perspective. *Health Psychology* 2009, 28(3): 364 – 372
- [92] Korotkov D. Does personality moderate the relationship between stress and health behavior? Expanding the nomological network of the five-factor model. *Journal of Research in Personality* 2008: 1418-1428
- [93] Ebstrup J F, Eplöv L F, Pisinger C, Jorgensen T. Association between the Five-Factor personality traits and perceived stress: is the effect mediated by general self-efficacy? *Anxiety Stress Coping* 2011, 24(4): 407-19
- [94] Bogg T, Roberts B W. Conscientiousness and health behaviors: A meta analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin* 2004; 130: 887–919. doi:10.1037/0033-2909.130. 6.887
- [95] Jokela M, Batty G D, Nyberg S T, Virtanen M, Nabi H, Singh-Manoux A, Kivimaki M. Personality and all-cause mortality: individual-articipant meta-analysis of 3.947 deaths in 76.150 adults. *Am J Epidemiol* 2013, 178(5):667-75
- [96] Lane J D, McCaskill C C, Williams P G, Parekh P I, Feinglos M N, Surwit R S. Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000, 23(9): 1321-1325
- [97] Szymborska-Kajaneck A, Wróbel M, Cichońska M, et al. The assessment of influence of personality type on metabolic control and compliance with physician's instructions in type 2 diabetic patients. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna* 2006, 6(1): 11–15.
- [98] Goodwin RD, Cox BJ, Clara I. Neuroticism and physical disorders among adults in the community: Results from the national comorbidity survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3): 229-238

- [99] Chauvet-Geliner J C et al. Type A personality is not associated with poor glycaemic control: Data from cross-sectional and longitudinal surveys of people with type 1 or type 2 diabetes. *Diabetes & Metabolism* 2016, <http://dx.doi.org/10.1018/j.diabet.2016.06.006>
- [100] Shim Unjin, Jee-Young Oh, Hyejin Lee, Yeon-Ah Sung, Han-Na Kim, Hyung-Lae Kim. Association between extraversion personality and abnormal glucose regulation in young Korean women. *Acta Diabetologica* 2014, 51(3):421-427
- [101] Eriksson A K, Gustavsson J P, Hilding A, Granath F, Ekborn A, Ostenson CG. Personality traits and abnormal glucose regulation in middle-aged Swedish men and women. *Diabetes Res Clin Pract* 2012, 95(1):145-152
- [102] Esmaeilinasab M, Ebrahimi M, Mokarrar MH et al. Type II diabetes and personality; a study to explore other psychosomatic aspects of diabetes. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders* 2016, 15(1): 54
- [103] Skinner T C, Bruce D G, Davis T M, Davis W A. Research: Educational and Psychological issues. Personality traits, self-care behaviours and glycaemic control in Type 2 diabetes: The Fremantle Diabetes Study Phase II. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association* 2014, 31(4): 487–492.
- [104] Tolea MI, Costa PT, Terrecciano A, Ferrucci L, Faulkner K, Coday M, et al. Associations of openness and conscientiousness with walking speed decline: findings from the Health, Aging, and Body Composition Study. *The Journal of Gerontology* 2012, 67:705-711
- [105] Jokela M, Elovainio M, Nyberg ST, Tabak AG, Hintsa T, Batty GD, Kivimaki M. Personality and risk of diabetes in adults: pooled analysis of 5 cohort studies. *Health Psychol* 2014, 33(12):1618-21
- [106] Cheng H, Treglown L, Montgomery S, et al. Associations between familial factor, trait conscientiousness, gender and the occurrence of type 2 diabetes in adulthood: Evidence from a British cohort. *PLoS ONE* 2015, 10(5,6): e0122701
- [107] Cukic I, Weiss A. Personality and diabetes mellitus incidence in a national sample. *Journal of Psychosomatic Research* 2014, 77(3):163-168
- [108] Lawson LV, Bundy C, Belcher J, and Harvey NJ. Meditation by illness perceptions of the effect of personality and health communication on coping with the diagnosis of diabetes. *British Journal of Health Psycho* 2010, 15(3): 623-642
- [109] Lawson LV, Bundy C, Belcher J, and Harvey NJ. Changes in coping behavior and the relationship to personality, health threat communication and illness perceptions from the diagnosis of diabetes: a 2-year prospective longitudinal study. *Health Psycho. Res.* 2013, 1(2): e20
- [110] Williams P G, Colder C R, Lane J D, et al. Examination of the neuroticism-symptom reporting relationship in individuals with type-2 diabetes. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2002, 28(8): 1015–1025.
- [111] Sutin A R and Terracciano A (2014) Five-factor model personality traits and the objective and subjective experience of body weight. *Journal of Personality*. Epub ahead of print 20 October. DOI:10.1111/jopy.12143.

- [112] Philips A S, Guarnaccia A C. The five-factor model of personality and self-reported versus biomarker diabetic control. *Journal of Health Psychology* 2016, 21(10):1-11
- [113] Costa P T, McCrae R R. *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1985
- [114] Costa P T, McCrae R R. *Revised NEO Personal Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992
- [115] McCrae R R, Martin T A, Costa P T Jr. Age trends and age norms for the NEO Personality Inventory-3 in adolescents and adults. *Assessment*. 2005;12(4):363–373. doi: 10.1177/1073191105279724.
- [116] Fountoulakis N K, Siamouli M, Moysidou S, Pantoula E, Moutou K, Panagiotidis P, et al. Standardization of the NEO-PI-3 in the Greek general population. *Ann Gen Psychiatry*. 2014; 13: 36. doi: 10.1186/s12991-014-0036-9
- [117] McCrae R R, Allik J. *The Five-Factor Model of Personality Across Cultures*. New York, N.Y: Kluwer AcademicPublisher; 2002.
- [118] Specht J. Personality development in adulthood and old age. *Personality development across the lifespan*. 2017, 53-67. Available from: <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-80-4674-6.00006-3>. Accessed August 11, 2017
- [119] Sutin A, Zonderman A, Ferrucci L, Terrecciano A. Personality traits and chronic disease: Implications for adult personality development. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2013,68(6):912-920
- [120] Terracciano A, Costa TP Jr., and McCrae RR. Personality Plasticity After Age 30. *Pers Soc Psychol Bull*. 2006; 32(8): 999–1009. doi: 10.1177/0146167206288599
- [121] Rhodes R E, Smith N E I. Personality correlates of physical activity: a review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2006, 40: 958-65
- [122] McCrae R R, Costa P T. Adding Liebe und Arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality & Social Psychology Bulletin*. 1991, 17: 227-232.
- [123] Ones D S, Viswesvaran C, Schmidt F L. Comprehensive meta-analysis of integrity test validities: Findings and implications for personnel selection and theories of job performance. *Journal of Applied Psychology*. 1993, 78:679-703.
- [124] Watson D, Clark LA. On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*. 1992, 60:441-476.
- [125] Friedman HS, Tucker JS, Schwartz JE, Tomlimson KS. Psychosocial and behavioral predictors of longevity: The aging and death of the ‘termites’. 1995a, 50:69-78
- [126] Revelle W. *Psychology Faculty Profile: William Revelle*. 2011 Available from: http://www.wcas.northwestern.edu/psych/people/faculty/faculty_individual_pages/Revelle.htm. Accessed August 21, 2017.

- [127] Rowe D C. The limits of family influence: Genes, experience, and behavior. New York: Guilford Press. 1994
- [128] Tellegen A, Lykken D T, Bouchard T J, Wilcox K J, Segal N L, Rich S. Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988,54:1031- 1039
- [129] McCrae R R, Costa P T Jr, Ostendorf F, Angleitner A, Hrebickova M, Avia MD, et al. Nature over nurture: temperament, personalit, and life span development. *J Per Soc Psychol*. 2000, 78(10): 173-86
- [130] Harkness A R, Lilienfeld S O. Individual differences science for treatment planning: personality traits. 1997, 9:349-360
- [131] Begley S, Kasindorf M. Twins: Nazi and Jew. *Newsweek*. 1979, December 3, 94:p. 139
- [132] Atan R, Sturt J, Lail R, Winkley K. An updated meta-analysis to assess the effectiveness of psychological interventions delivered by psychological specialists and generalist clinicians on glycaemic control and on psychological status. *Patient Education and Counseling* 2009, 75(1): 25-36

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

Πίνακας 17 Κατανομή δείγματος βάσει ηλικίας

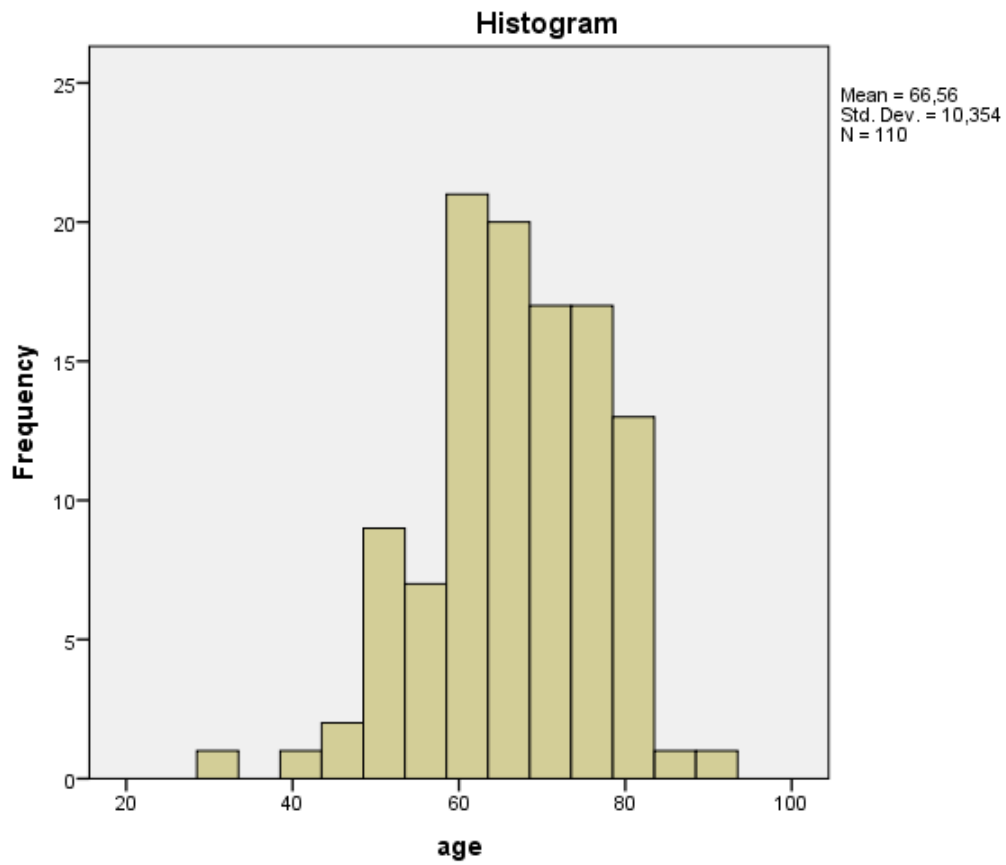
ηλικία	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
31	1	,9	,9	,9
40	1	,9	,9	1,8
44	1	,9	,9	2,7
45	1	,9	,9	3,6
49	1	,9	,9	4,5
50	4	3,6	3,6	8,2
51	2	1,8	1,8	10,0
52	1	,9	,9	10,9
53	1	,9	,9	11,8
55	1	,9	,9	12,7
56	2	1,8	1,8	14,5
57	1	,9	,9	15,5
58	3	2,7	2,7	18,2
59	2	1,8	1,8	20,0
60	6	5,5	5,5	25,5
61	5	4,5	4,5	30,0
62	3	2,7	2,7	32,7
63	5	4,5	4,5	37,3
64	3	2,7	2,7	40,0
65	2	1,8	1,8	41,8
66	6	5,5	5,5	47,3
67	9	8,2	8,2	55,5
69	8	7,3	7,3	62,7
70	3	2,7	2,7	65,5
71	1	,9	,9	66,4
73	5	4,5	4,5	70,9
74	4	3,6	3,6	74,5
75	3	2,7	2,7	77,3
76	6	5,5	5,5	82,7
77	4	3,6	3,6	86,4
79	3	2,7	2,7	89,1
80	5	4,5	4,5	93,6
81	3	2,7	2,7	96,4
82	2	1,8	1,8	98,2
87	1	,9	,9	99,1
89	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Πίνακας 18. Μέσος όρος δείγματος βάσει ηλικίας

Statistics

age

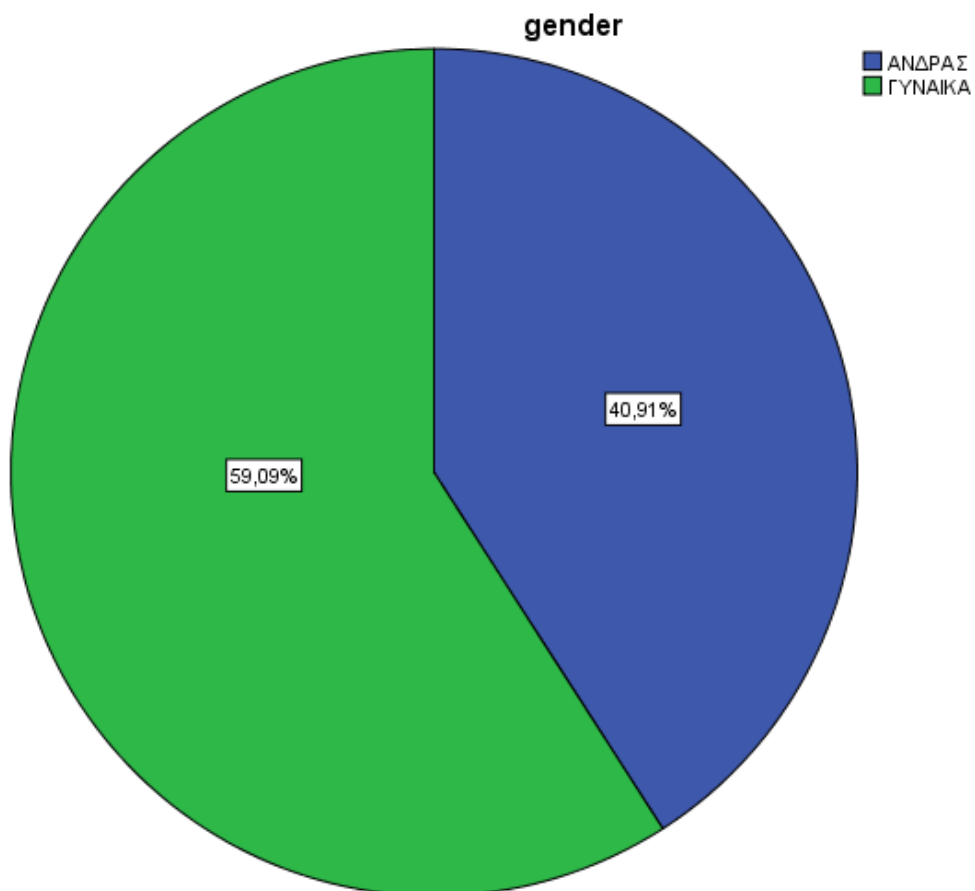
N	Valid	110
	Missing	0
Mean		66,56
Std. Deviation		10,354



Ιστόγραμμα 6. Κατανομή δείγματος βάσει ηλικίας

Πίνακας 19. Κατανομή δείγματος βάσει φύλου

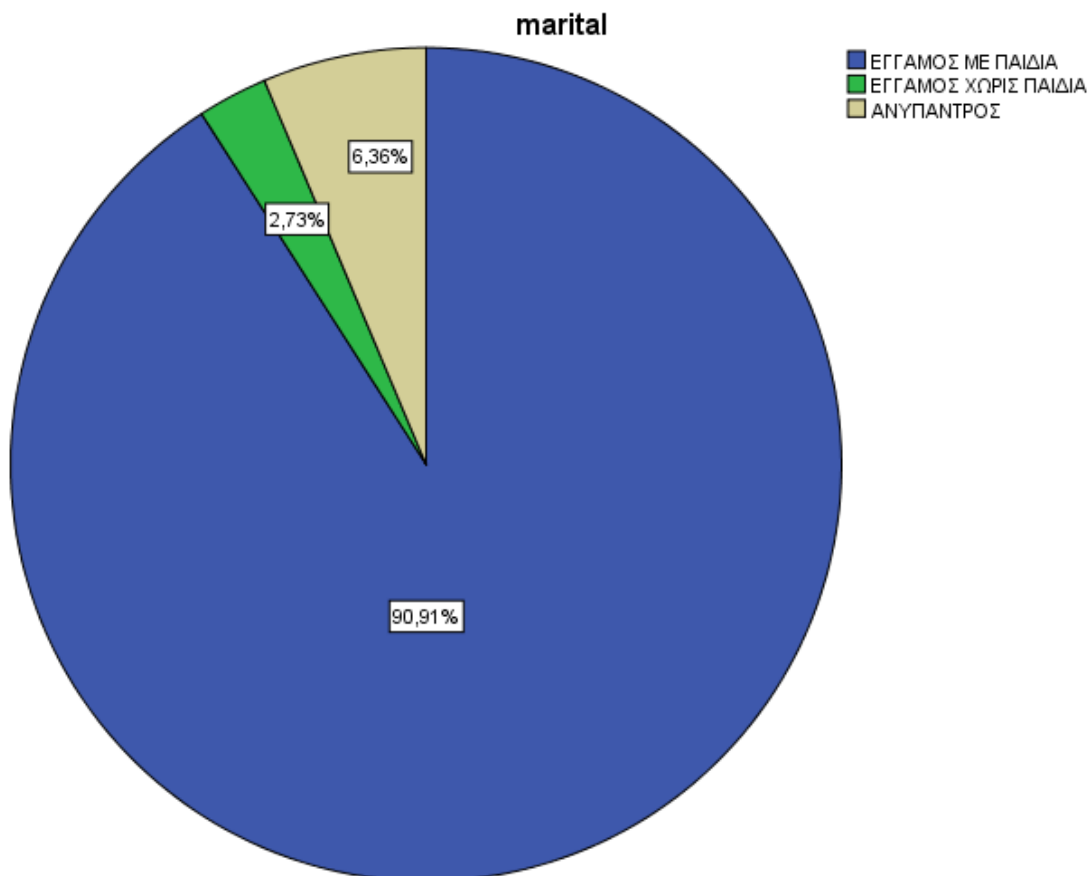
gender				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Valid Percent	Συγκεντρωτικό ποσοστό
ΑΝΔΡΑΣ	45	40,9	40,9	40,9
ΓΥΝΑΙΚΑ	65	59,1	59,1	100,0
Σύνολο	110	100,0	100,0	



Διάγραμμα 1. Κατανομή δείγματος βάσει φύλου

Πίνακας 20. Κατανομή δείγματος βάσει οικογενειακής κατάστασης

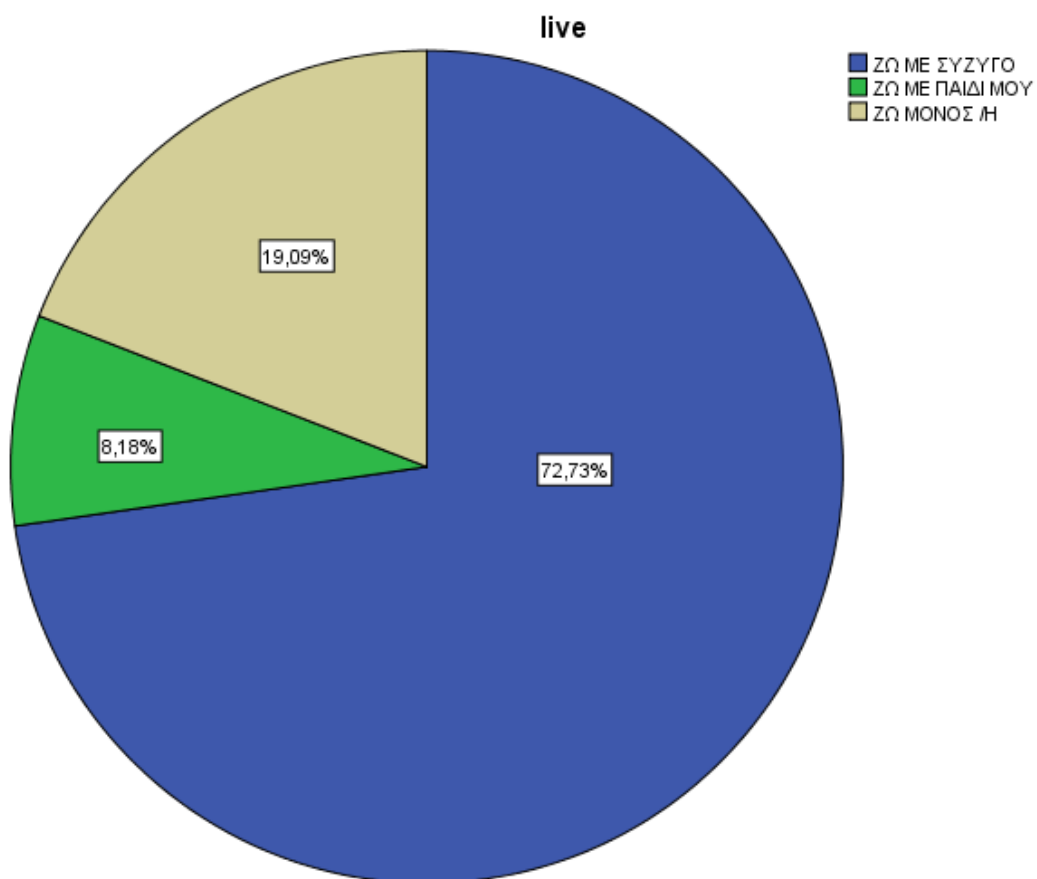
marital				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΕΓΓΑΜΟΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	100	90,9	90,9	90,9
ΕΓΓΑΜΟΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ	3	2,7	2,7	93,6
ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΣ	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	



Διάγραμμα 2. Κατανομή δείγματος βάσει οικογενειακής κατάστασης

Πίνακας 21. Κατανομή δείγματος βάσει συντροφικότητας ή μοναχικότητας

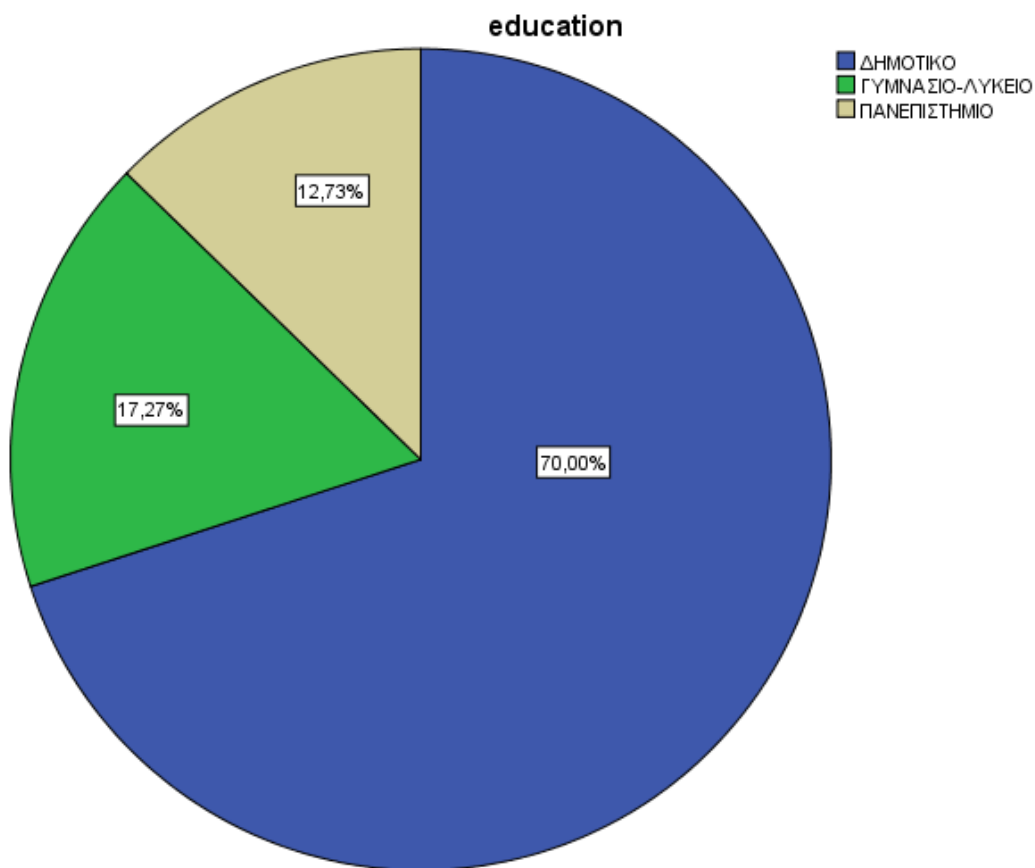
live				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΖΩ ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ	80	72,7	72,7	72,7
ΖΩ ΜΕ ΠΑΙΔΙ ΜΟΥ	9	8,2	8,2	80,9
ΖΩ ΜΟΝΟΣ /Η	21	19,1	19,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	



Διάγραμμα 3. Κατανομή δείγματος βάσει συντροφικότητας ή μοναχικότητας

Πίνακας 22. Κατανομή δείγματος βάσει μορφωτικού επιπέδου

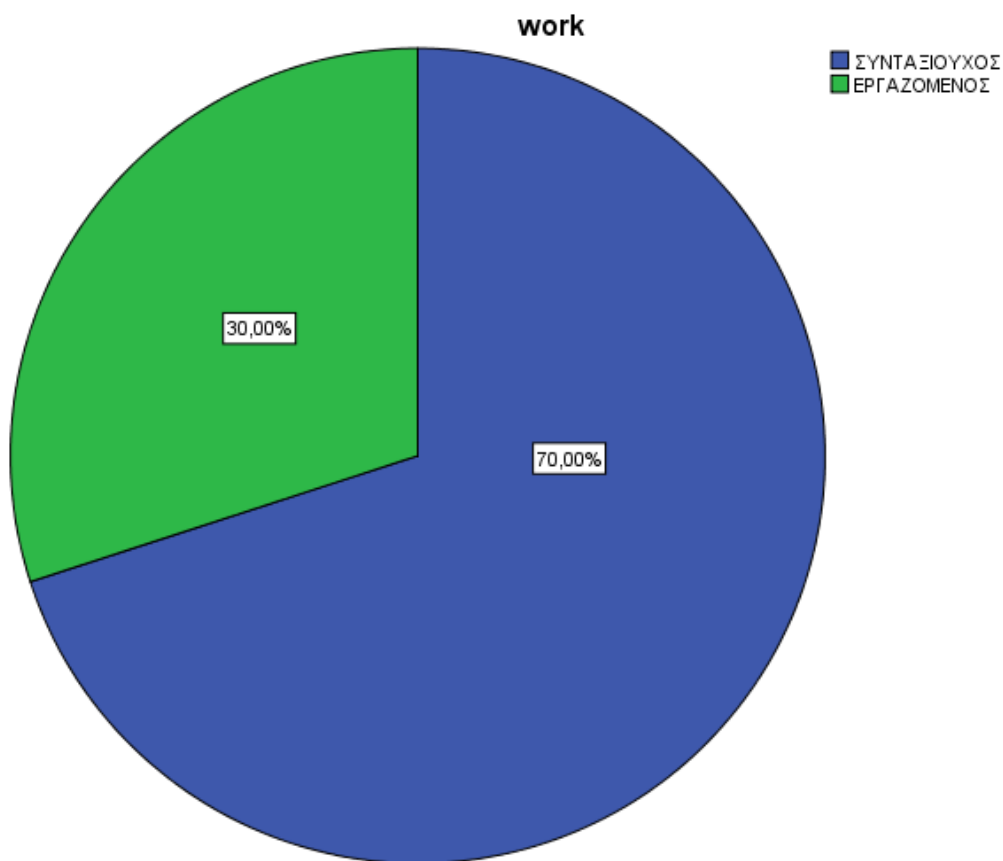
education				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	77	70,0	70,0	70,0
ΓΥΜΝΑΣΙΟ-ΛΥΚΕΙΟ	19	17,3	17,3	87,3
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	14	12,7	12,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	



Διάγραμμα 4. Κατανομή δείγματος βάσει μορφωτικού επιπέδου

Πίνακας 23. Κατανομή δείγματος βάσει εργασιακής κατάστασης

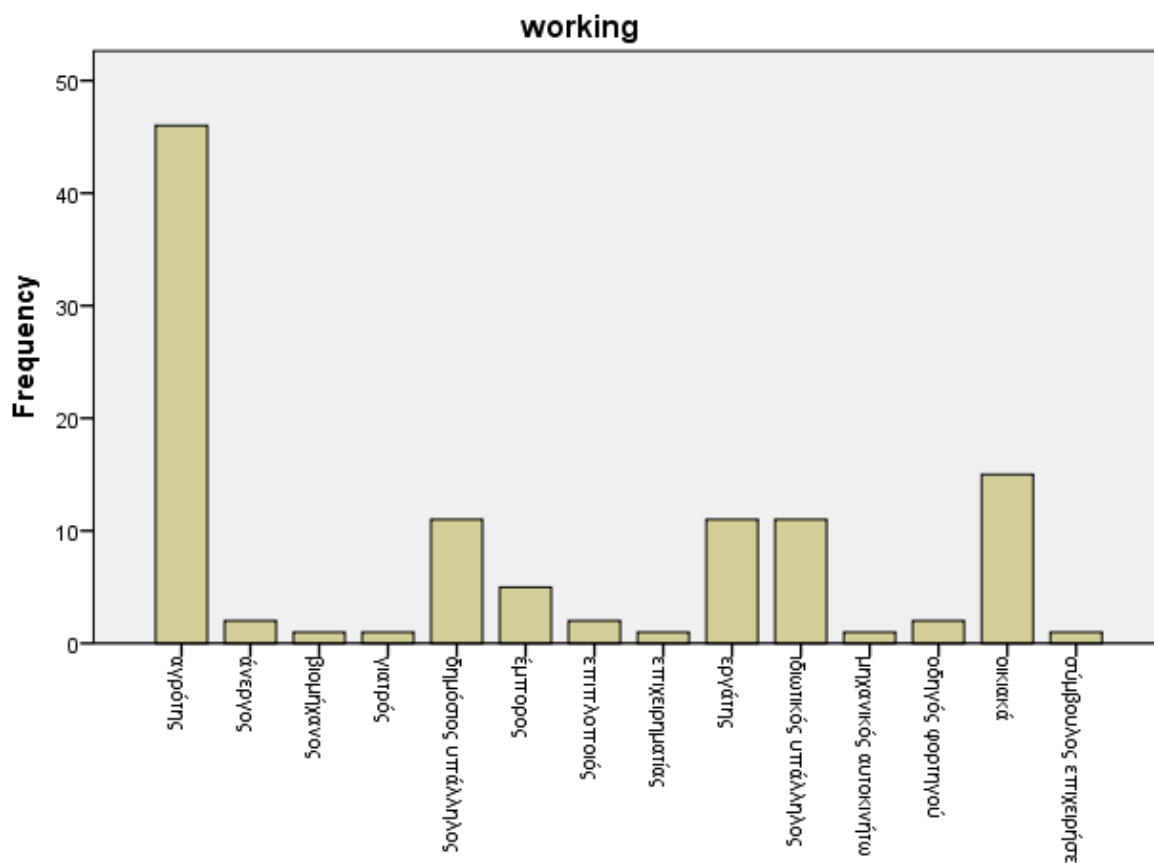
work				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	77	70,0	70,0	70,0
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	33	30,0	30,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	



Διάγραμμα 5. Κατανομή δείγματος βάσει εργασιακής κατάστασης

Πίνακας 24. Κατανομή δείγματος βάσει επαγγέλματος

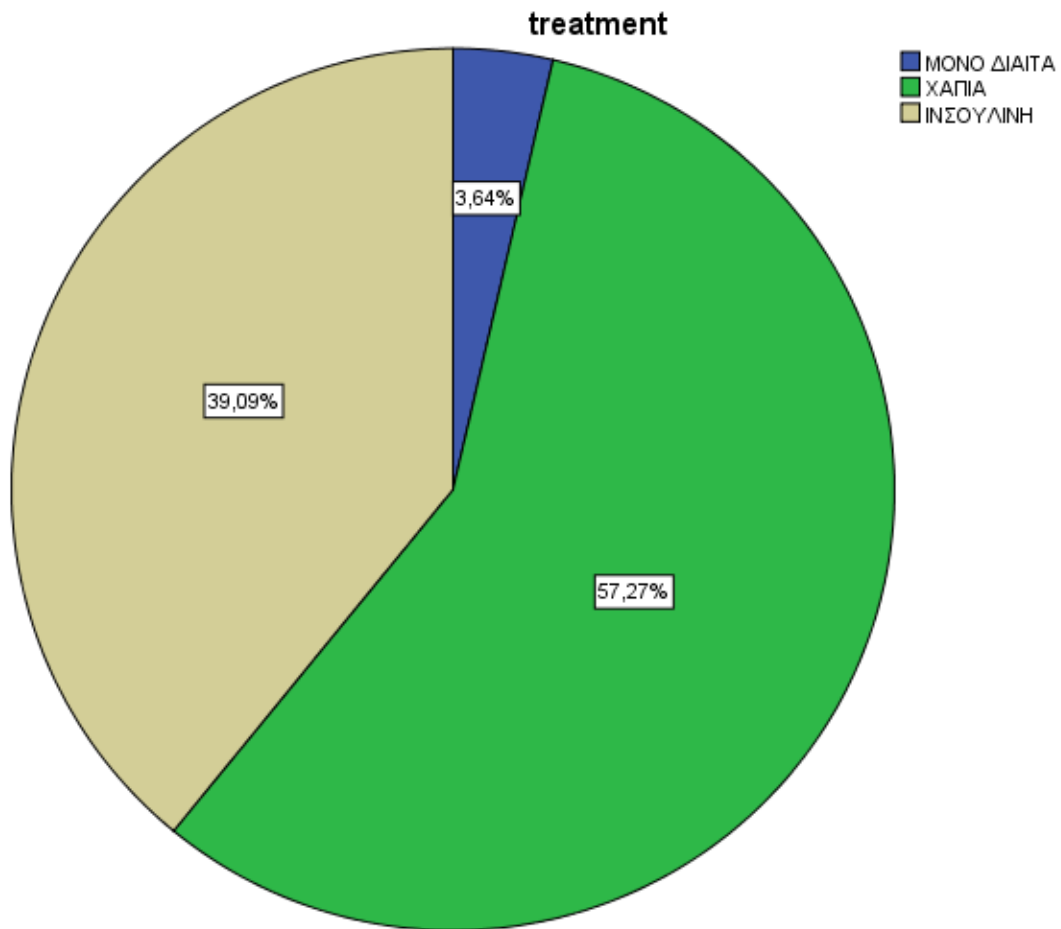
working				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
αγρότης	46	41,8	41,8	41,8
άνεργος	2	1,8	1,8	43,6
βιομήχανος	1	,9	,9	44,5
γιατρός	1	,9	,9	45,5
δημόσιος υπάλληλος	11	10,0	10,0	55,5
έμπορος	5	4,5	4,5	60,0
επιπλοποιός	2	1,8	1,8	61,8
επιχειρηματίας	1	,9	,9	62,7
εργάτης	11	10,0	10,0	72,7
ιδιωτικός υπάλληλος	11	10,0	10,0	82,7
μηχανικός αυτοκινήτω	1	,9	,9	83,6
οδηγός φορτηγού	2	1,8	1,8	85,5
οικιακά	15	13,6	13,6	99,1
σύμβουλος επιχειρήσε	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	



Γράφημα 1. Κατανομή δείγματος βάσει επαγγέλματος

Πίνακας 25. Κατανομή δείγματος βάσει είδους θεραπείας

treatment				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΜΟΝΟ ΔΙΑΙΤΑ	4	3,6	3,6	3,6
ΧΑΠΙΑ	63	57,3	57,3	60,9
ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	43	39,1	39,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

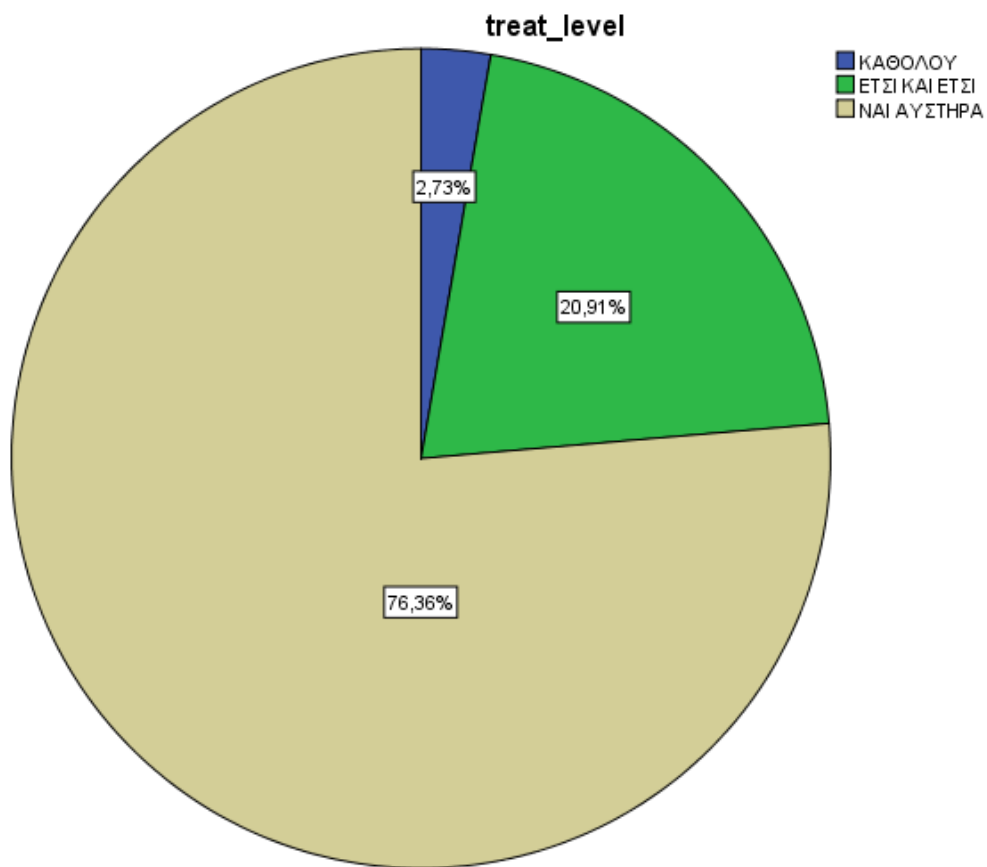


Διάγραμμα 6. Κατανομή δείγματος βάσει είδους θεραπείας

Πίνακας 26. Κατανομή δείγματος βάσει βαθμού τήρησης θεραπευτικής αγωγής

treat_level

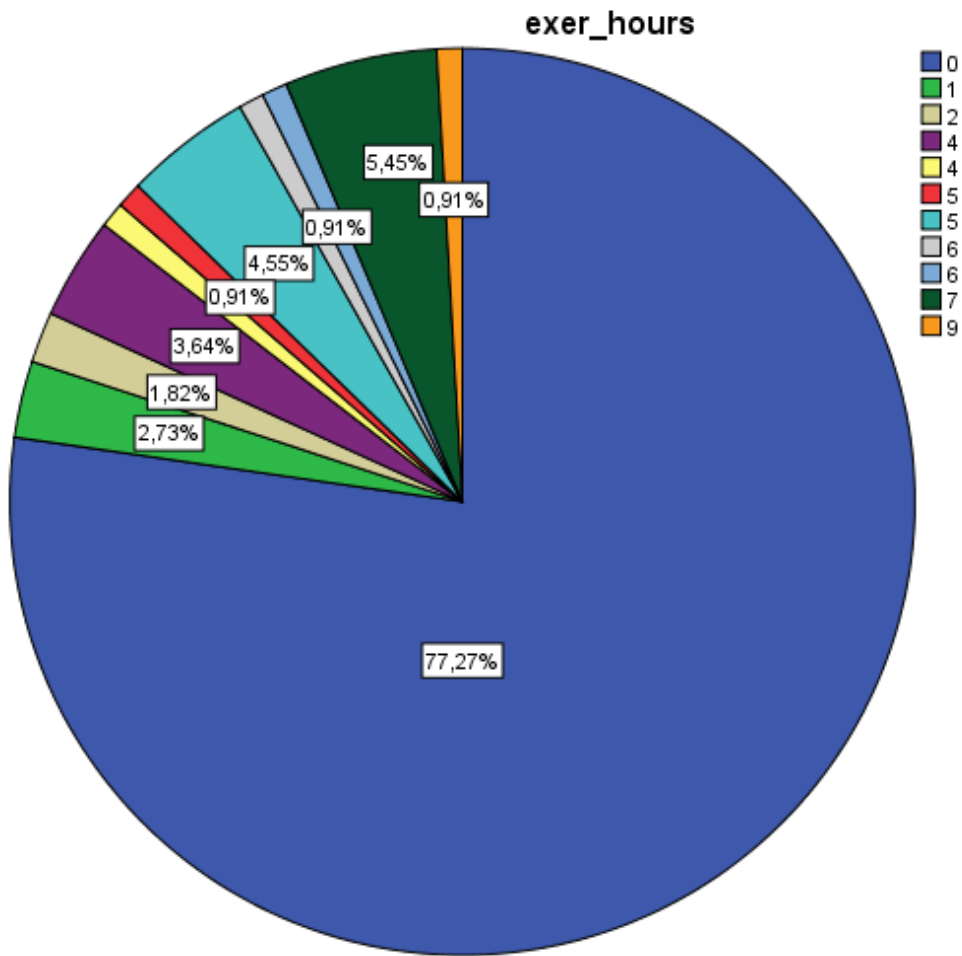
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	3	2,7	2,7	2,7
ΕΤΣΙ ΚΑΙ ΕΤΣΙ	23	20,9	20,9	23,6
ΝΑΙ ΑΥΣΤΗΡΑ	84	76,4	76,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	



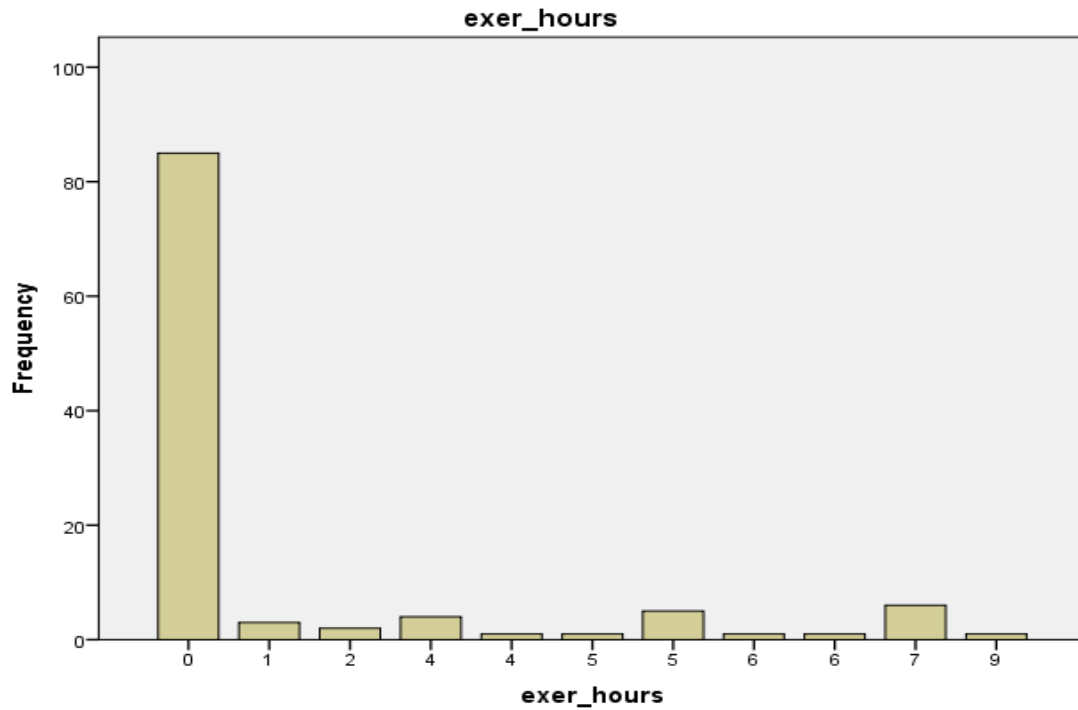
Διάγραμμα 7. Κατανομή δείγματος βάσει βαθμού τήρησης θεραπευτικής αγωγής

Πίνακας 27. Κατανομή δείγματος βάσει συχνότητας εξάσκησης (ώρες/εβδομάδα)

exer_hours				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	85	77,3	77,3	77,3
1	3	2,7	2,7	80,0
2	2	1,8	1,8	81,8
4	4	3,6	3,6	85,5
4	1	,9	,9	86,4
5	1	,9	,9	87,3
5	5	4,5	4,5	91,8
6	1	,9	,9	92,7
6	1	,9	,9	93,6
7	6	5,5	5,5	99,1
9	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	



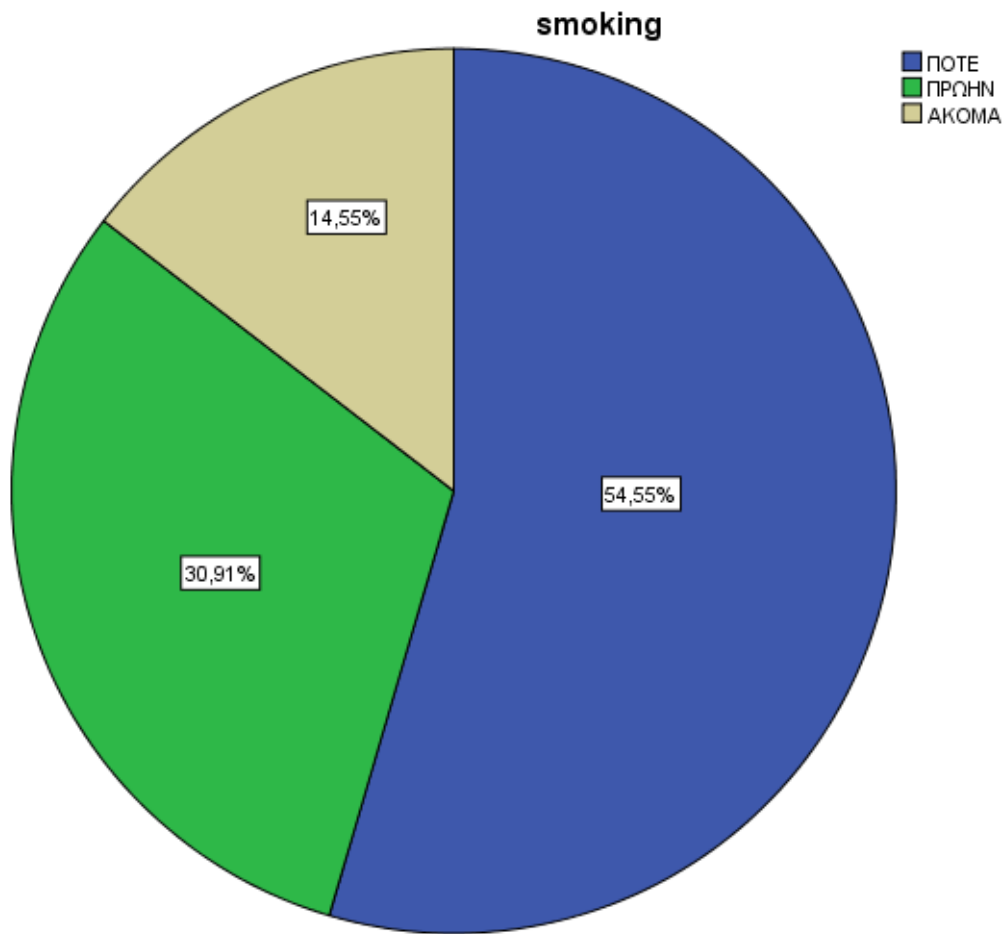
Διάγραμμα 8. Κατανομή δείγματος βάσει συχνότητας εξάσκησης (ώρες/εβδομάδα)



Ιστόγραμμα 7. Κατανομή δείγματος βάσει συχνότητας εξάσκησης (ώρες/εβδομάδα)

Πίνακας 28. Κατανομή δείγματος βάσει καπνίσματος

smoking				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΠΟΤΕ	60	54,5	54,5	54,5
ΠΡΩΗΝ	34	30,9	30,9	85,5
ΑΚΟΜΑ	16	14,5	14,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

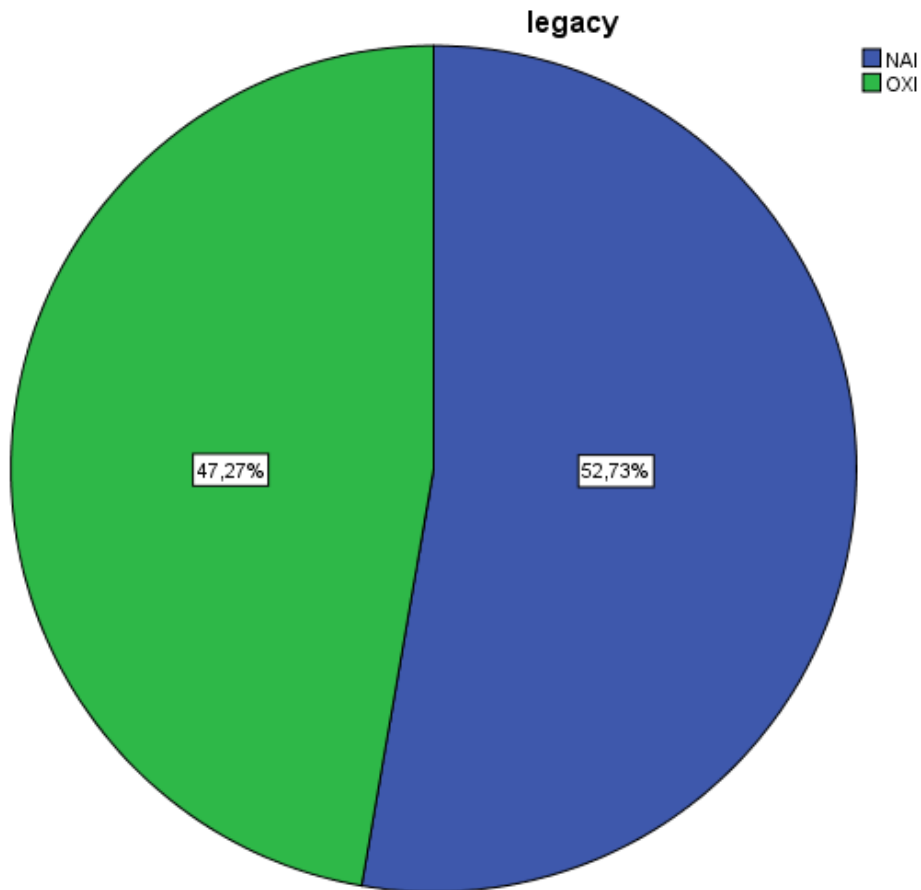


Διάγραμμα 9. Κατανομή δείγματος βάσει καπνίσματος

Πίνακας 29. Κατανομή δείγματος βάσει κληρονομικότητας

legacy

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NAI	58	52,7	52,7	52,7
OXI	52	47,3	47,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	



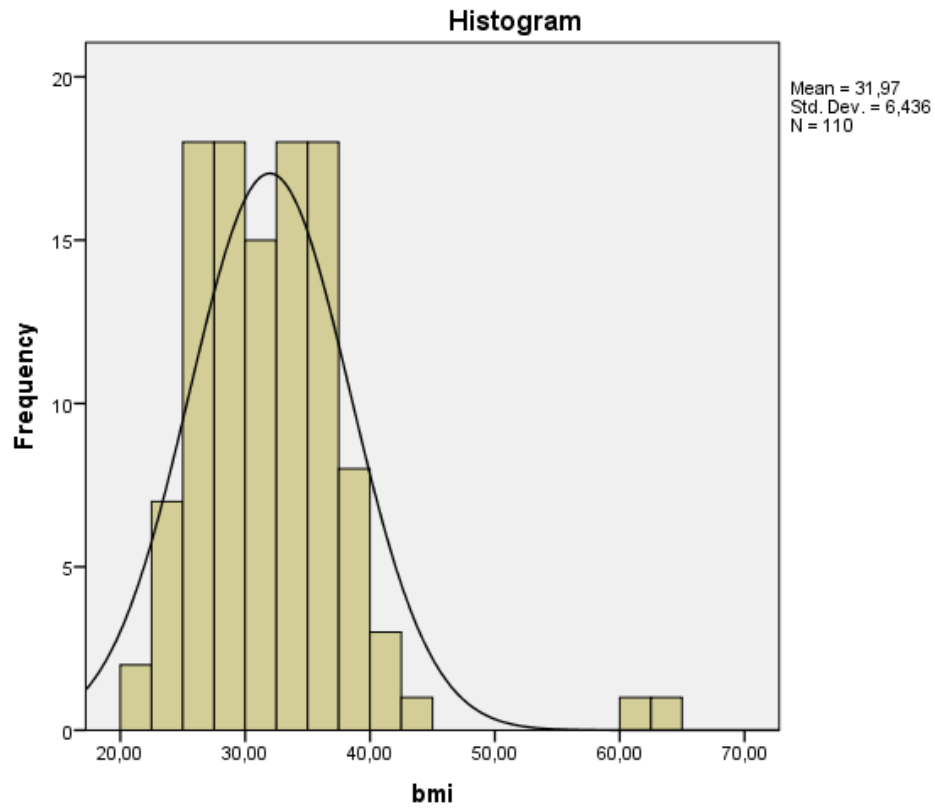
Διάγραμμα 10. Κατανομή δείγματος βάσει κληρονομικότητας

Πίνακας 30. Μέσος όρος Δείκτη Μάζας Σώματος

Statistics

bmi

N	Valid	110
	Missing	0
Mean		31,9688
Std. Deviation		6,43584



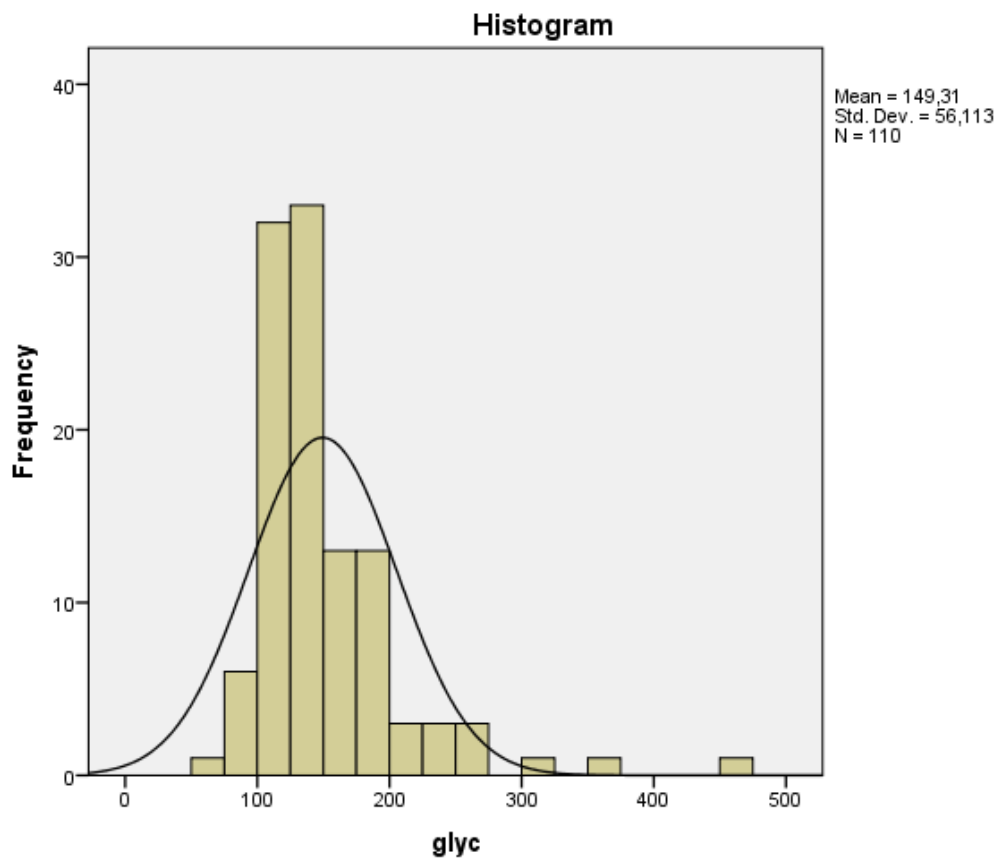
Ιστόγραμμα 8. Κατανομή δείγματος βάσει Δείκτη Μάζας Σώματος

Πίνακας 31. Μέσος όρος γλυκόζης νηστείας

Statistics

glyc

N	Valid	110
	Missing	0
Mean		149,31
Std. Deviation		56,113



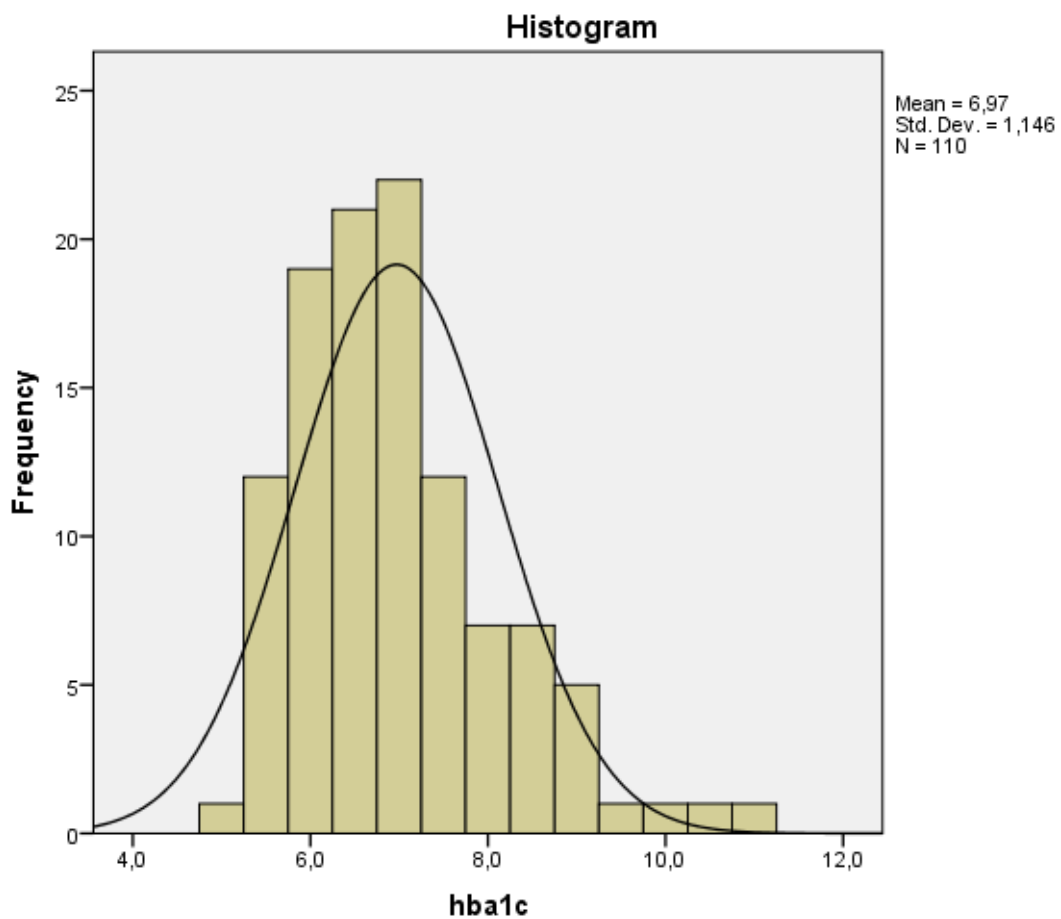
Ιστόγραμμα 9. Κατανομή δείγματος βάσει γλυκόζης νηστείας

Πίνακας 32. Μέσος όρος γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης

Statistics

hba1c

N	Valid	110
	Missing	0
Mean		6,972
Std. Deviation		1,1458



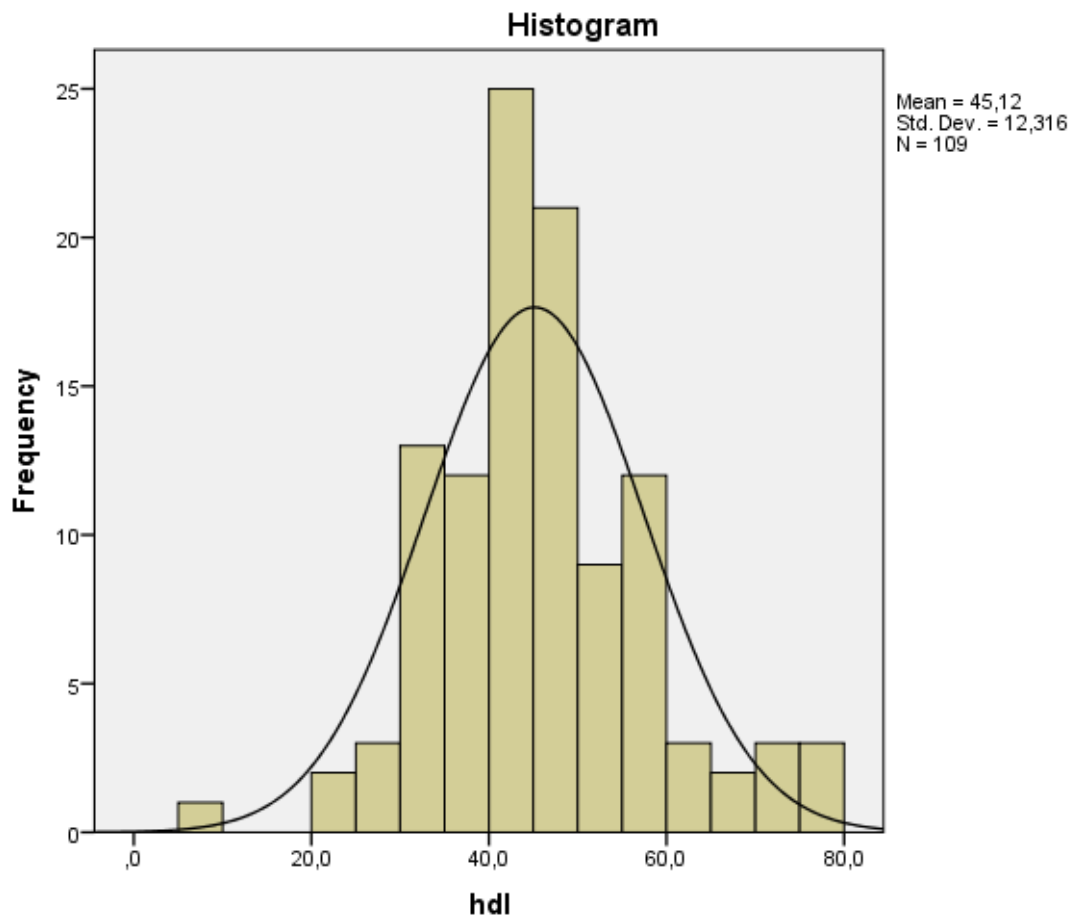
Ιστόγραμμα 10. Κατανομή δείγματος βάσει γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης

Πίνακας 33. Μέσος όρος HDL

Statistics

hdl

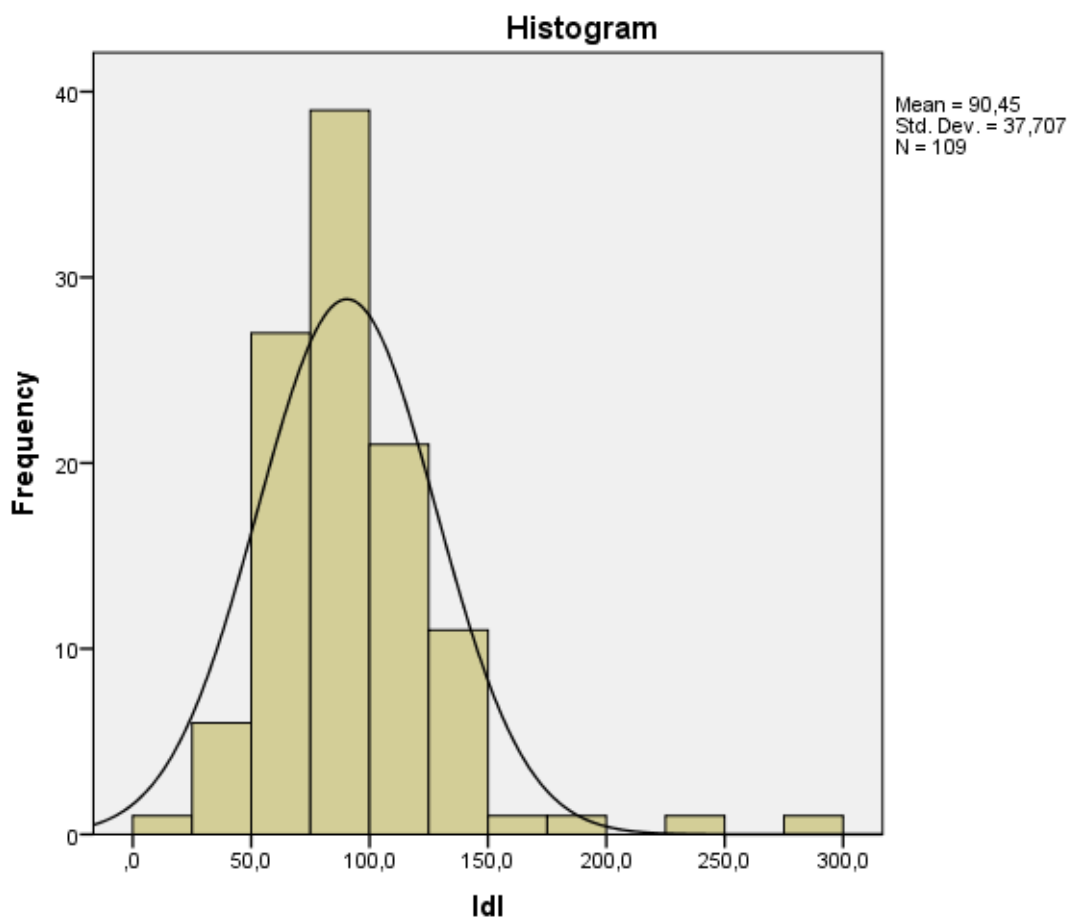
N	Valid	109
	Missing	1
Mean		45,124
Std. Deviation		12,3155



Ιστόγραμμα 11. Κατανομή δείγματος βάσει HDL

Πίνακας 34. Μέσος όρος LDL

Statistics		
N	Valid	109
	Missing	1
Mean		90,447
Std. Deviation		37,7073



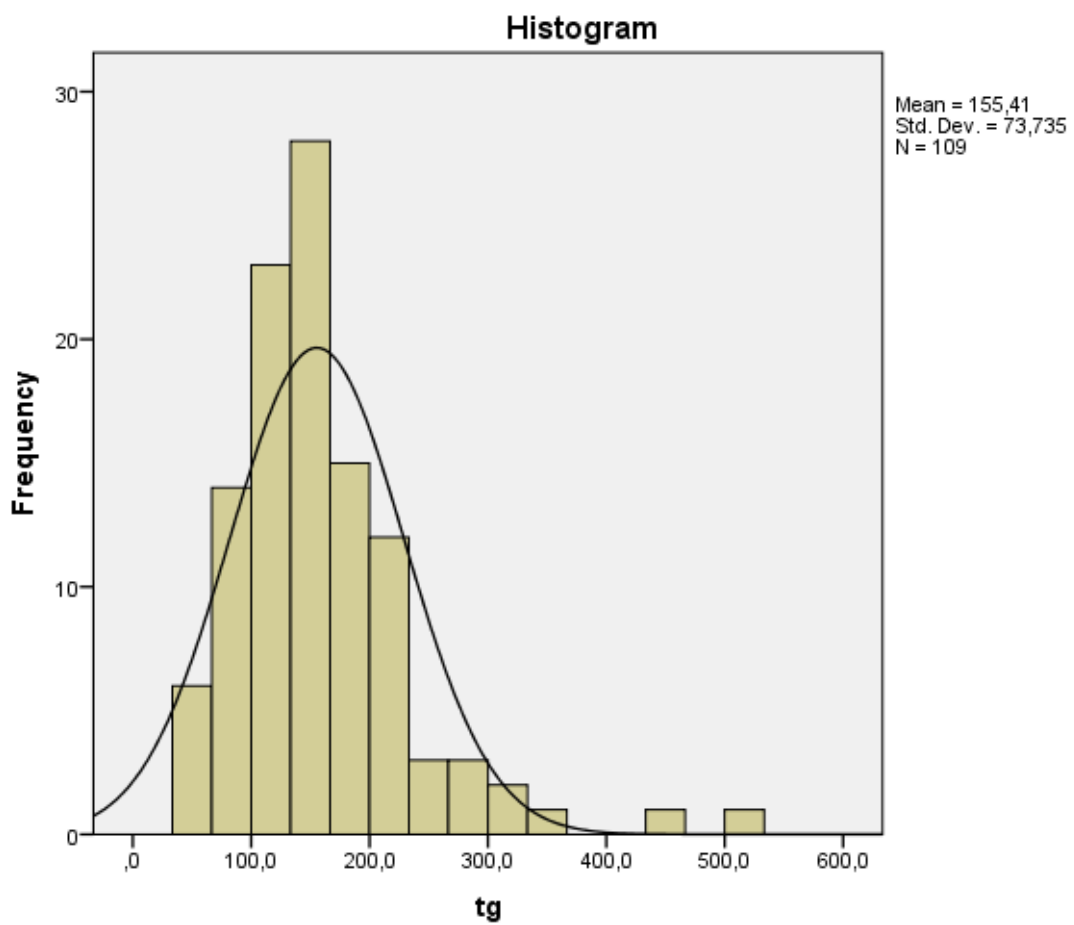
Ιστόγραμμα 12. Κατανομή δείγματος βάσει LDL

Πίνακας 35. Μέσος όρος τριγλυκεριδίων

Statistics

tg

N	Valid	109
	Missing	1
Mean		155,413
Std. Deviation		73,7349



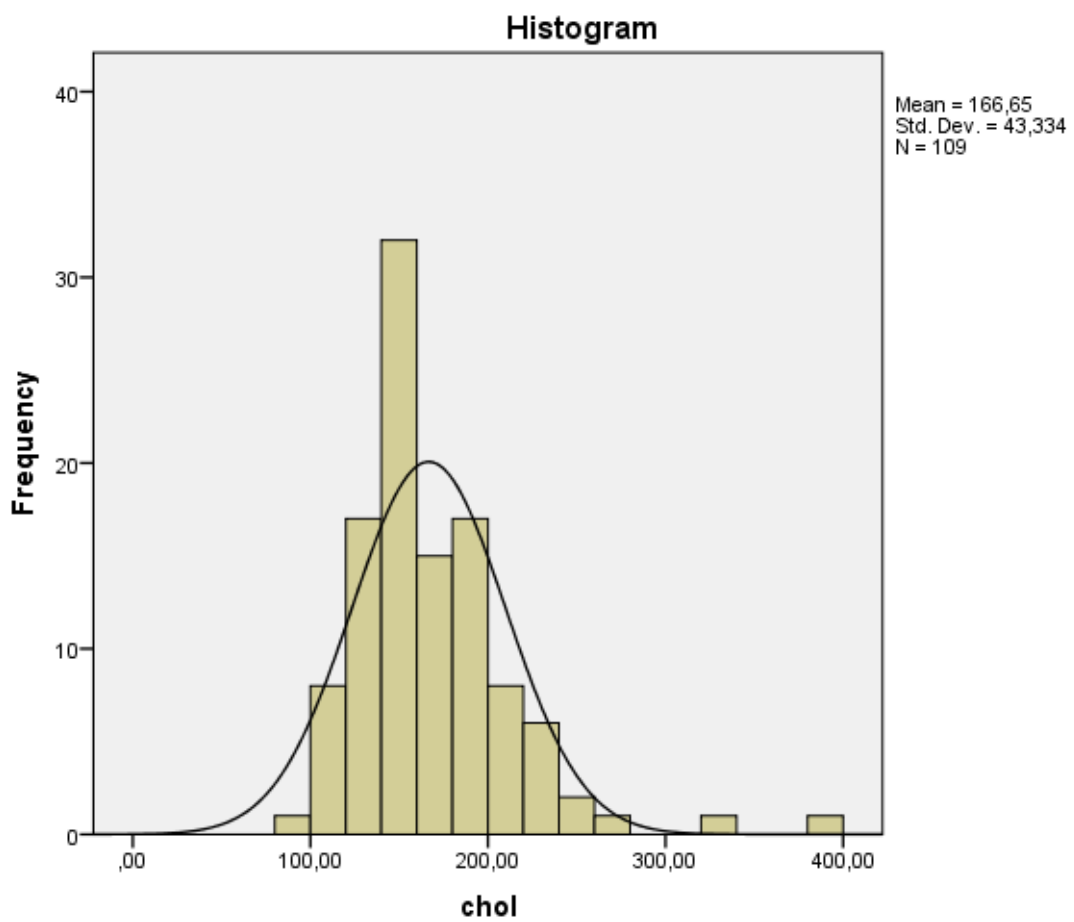
Ιστόγραμμα 13. Κατανομή δείγματος βάσει τριγλυκεριδίων

Πίνακας 36. Μέσος όρος χοληστερόλης

Statistics

chol

N	Valid	109
	Missing	1
Mean		166,6532
Std. Deviation		43,33399



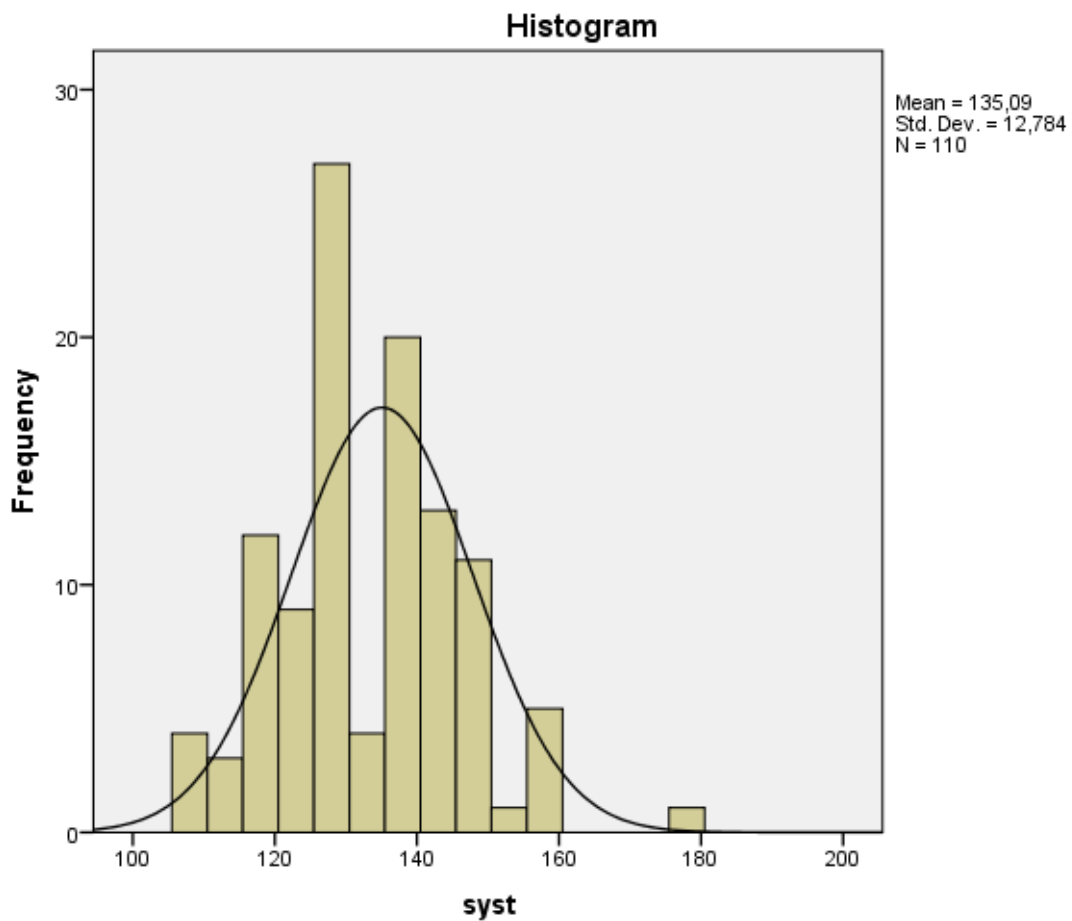
Ιστόγραμμα 14. Κατανομή δείγματος βάσει χοληστερόλης

Πίνακας 37. Μέσος όρος συστολικής πίεσης

Statistics

syst

N	Valid	110
	Missing	0
Mean		135,09
Std. Deviation		12,784



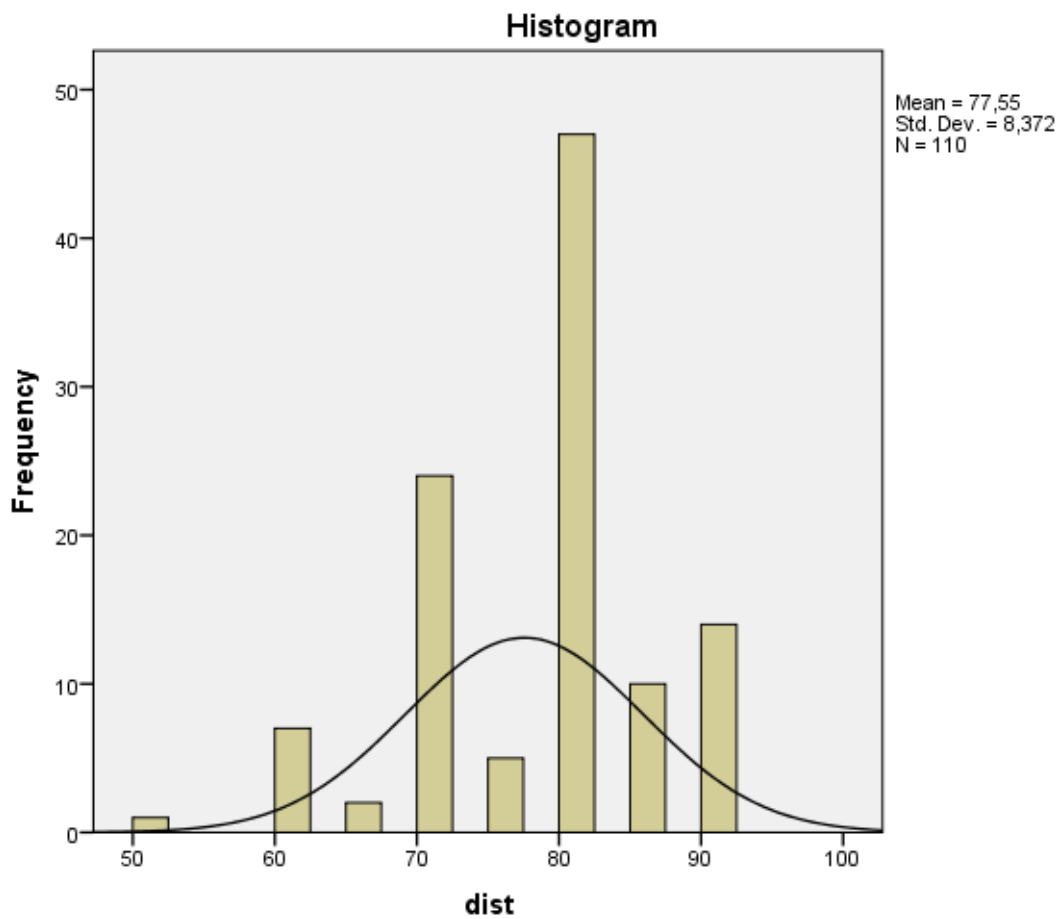
Ιστόγραμμα 15. Κατανομή δείγματος βάσει συστολικής πίεσης

Πίνακας 38. Μέσος όρος διαστολικής πίεσης

Statistics

dist

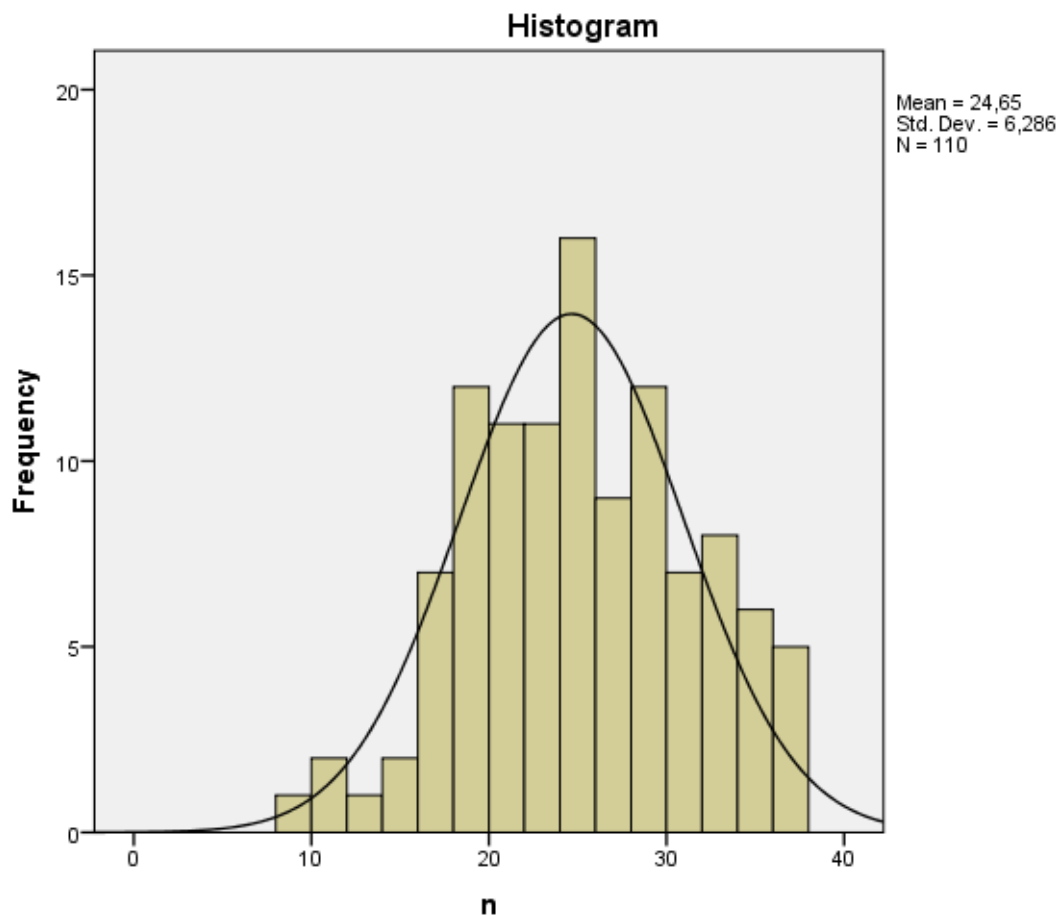
N	Valid	110
	Missing	0
Mean		77,55
Std. Deviation		8,372



Ιστόγραμμα 16. Κατανομή δείγματος βάσει διαστολικής πίεσης

Πίνακας 39. Μέσος όρος νευρωτισμού

Statistics		
N	Valid	110
	Missing	0
Mean		24,65
Std. Deviation		6,286



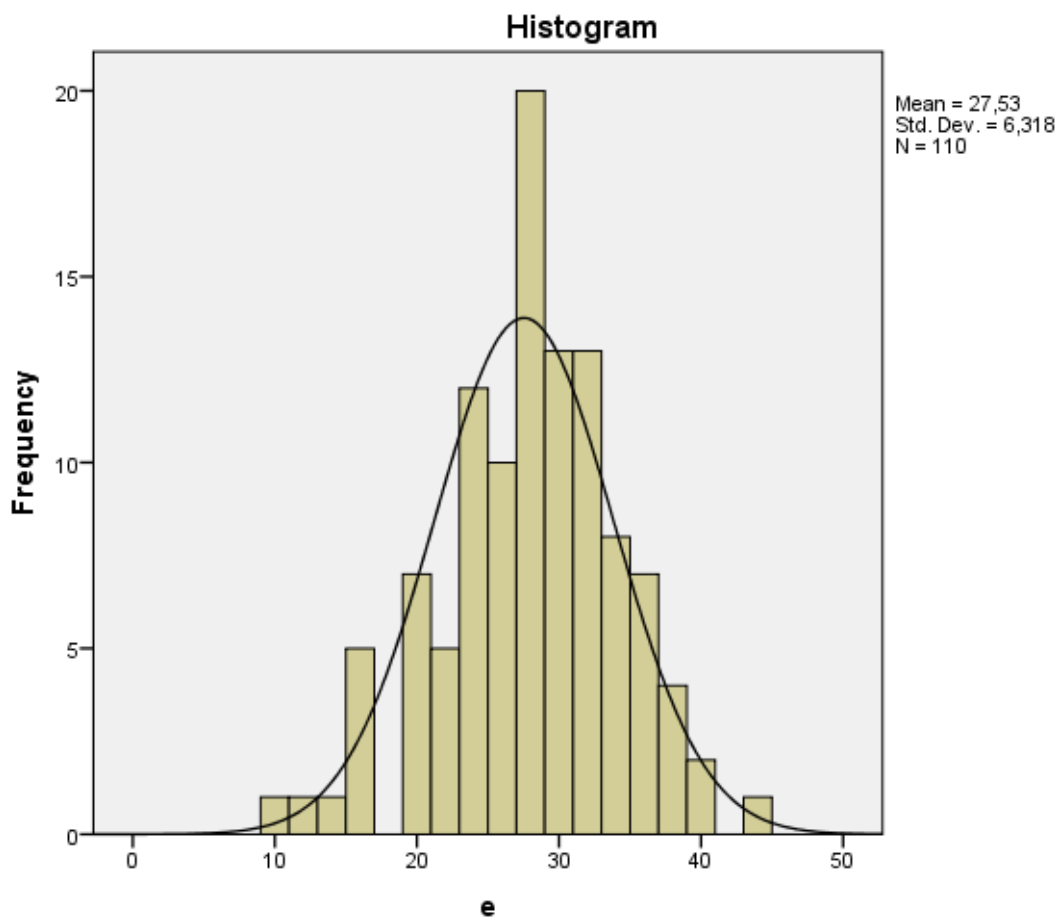
Ιστόγραμμα 17. Κατανομή δείγματος βάσει νευρωτισμού

Πίνακας 40. Μέσος όρος εξωστρέφειας

Statistics

e

N	Valid	110
	Missing	0
Mean		27,53
Std. Deviation		6,318

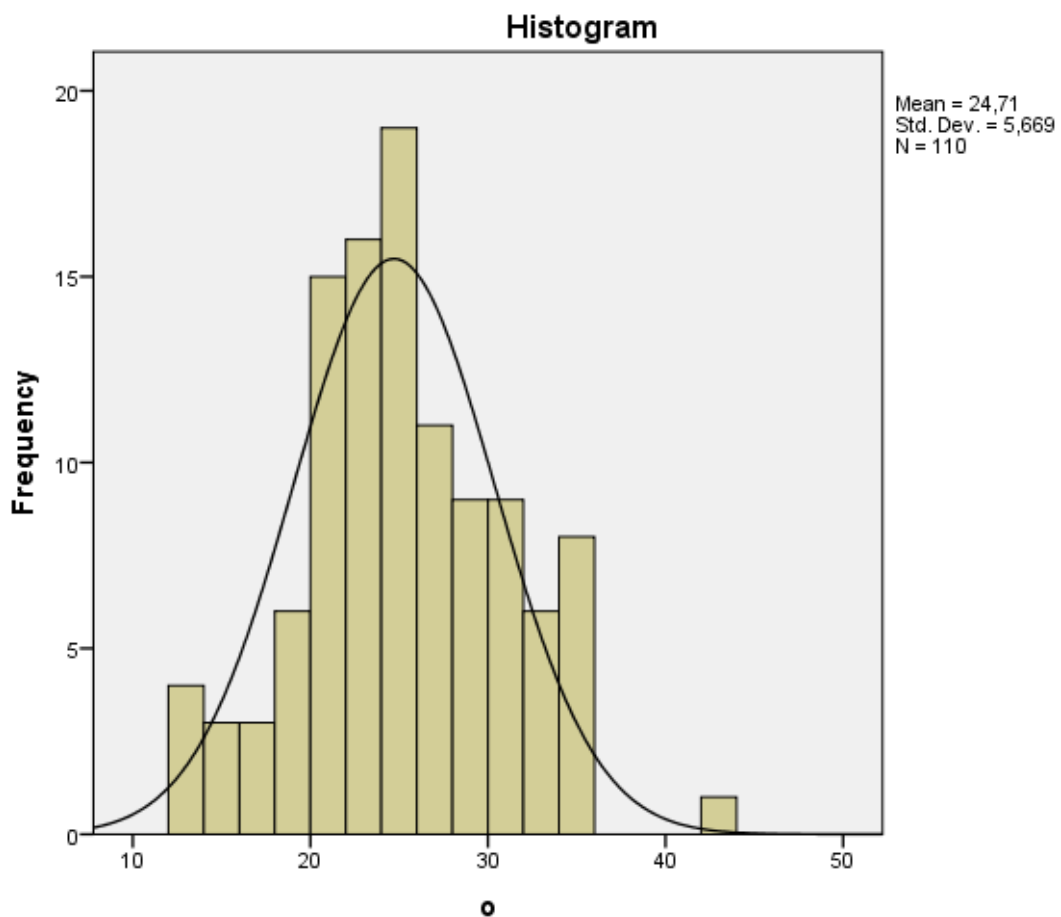


Ιστόγραμμα 18. Κατανομή δείγματος βάσει εξωστρέφειας

Πίνακας 41. Μέσος όρος δεκτικότητας σε εμπειρίες

Statistics

		o
N	Valid	110
	Missing	0
Mean		24,71
Std. Deviation		5,669



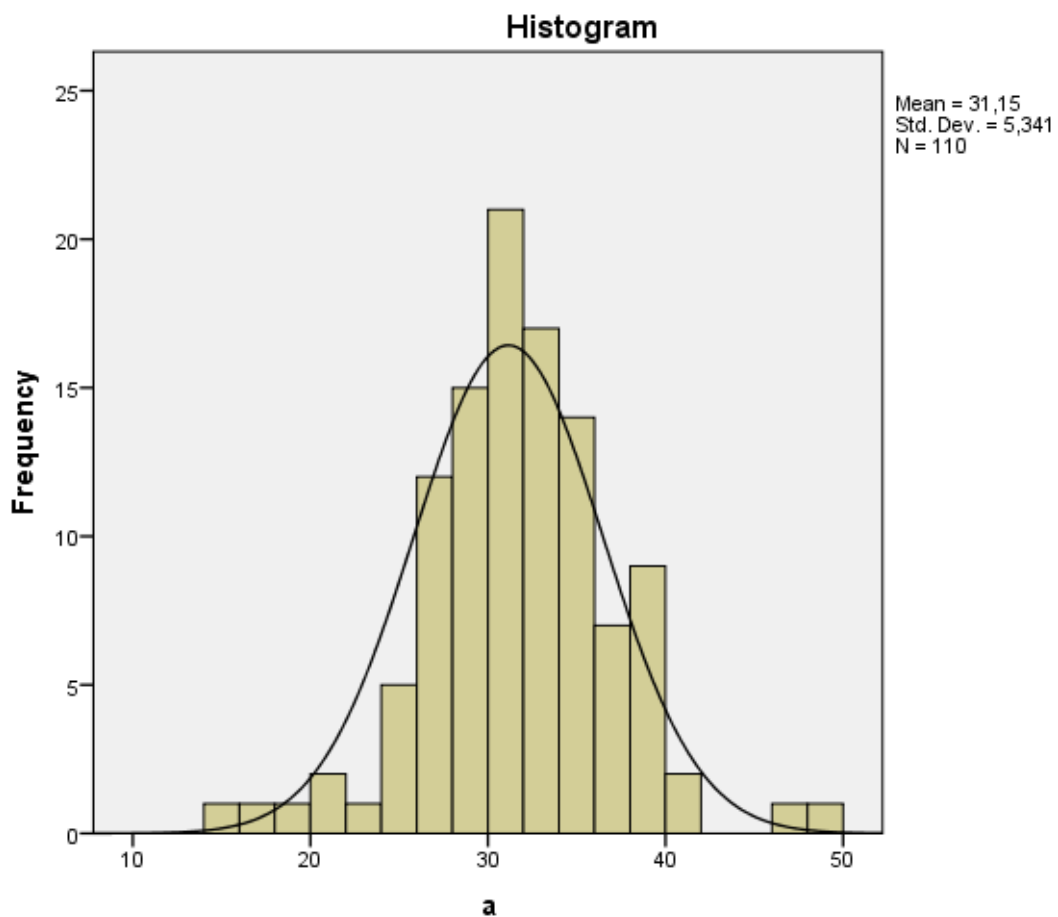
Ιστόγραμμα 19. Κατανομή δείγματος βάσει δεκτικότητας σε εμπειρίες

Πίνακας 42. Μέσος όρος συνεργασιμότητας

Statistics

a

N	Valid	110
	Missing	0
Mean		31,15
Std. Deviation		5,341

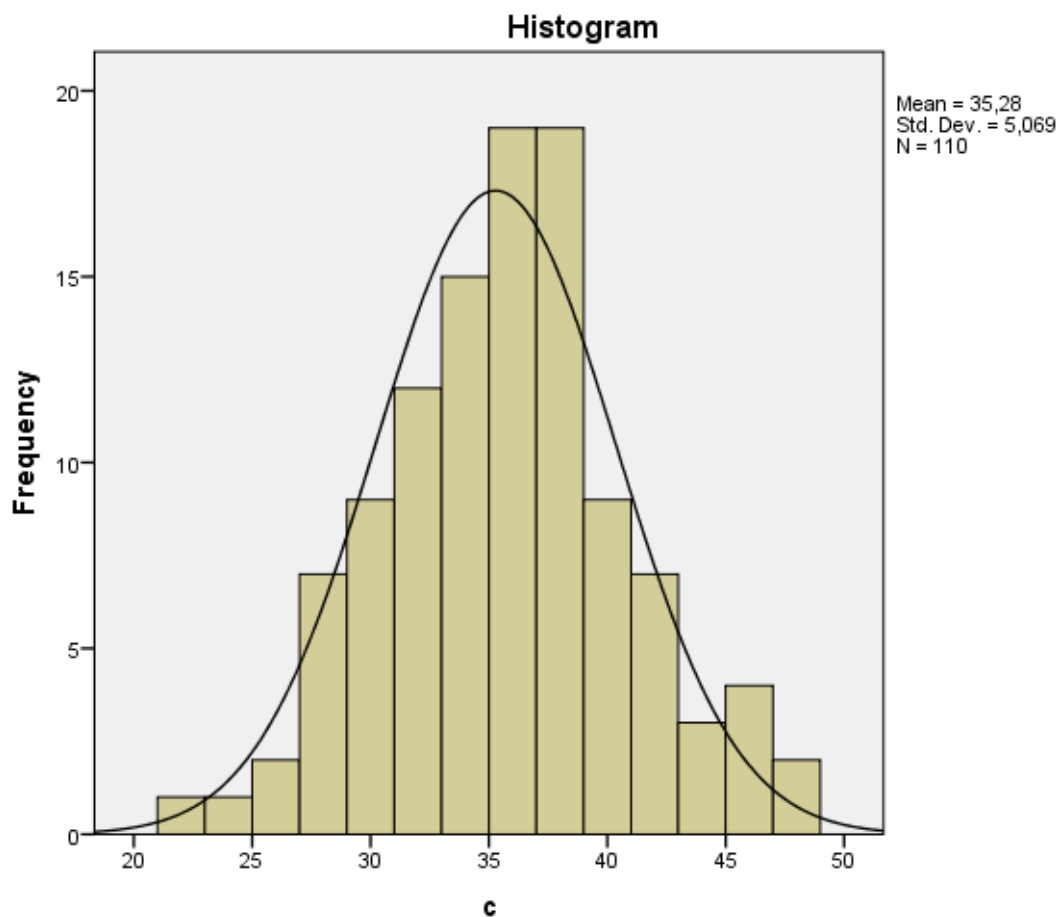


Ιστόγραμμα 20. Κατανομή δείγματος βάσει συνεργασιμότητας

Πίνακας 43. Μέσος όρος ευσυνειδησίας

Statistics

c		
N	Valid	110
	Missing	0
Mean		35,28
Std. Deviation		5,069



Ιστόγραμμα 21. Κατανομή δείγματος βάσει ευσυνειδησίας

Πίνακας 44. Στατιστικός Περιγραφικός Έλεγχος προσωπικότητας

Descriptives			Statistic	Std. Error
n	Mean		24,65	,599
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	23,47	
		Upper Bound	25,84	
	5% Trimmed Mean		24,75	
	Median		24,00	
	Variance		39,513	
	Std. Deviation		6,286	
	Minimum		9	
	Maximum		36	
	Range		27	
	Interquartile Range		9	
	Skewness		-,050	,230
	Kurtosis		-,498	,457
	e	Mean		27,53
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	26,33	
		Upper Bound	28,72	
5% Trimmed Mean			27,66	
Median			28,00	
Variance			39,921	
Std. Deviation			6,318	
Minimum			10	
Maximum			43	
Range			33	
Interquartile Range			9	
Skewness			-,336	,230
Kurtosis			,219	,457
o		Mean		24,71
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	23,64	
		Upper Bound	25,78	
	5% Trimmed Mean		24,71	
	Median		24,00	
	Variance		32,135	
	Std. Deviation		5,669	
	Minimum		13	
	Maximum		42	
	Range		29	
	Interquartile Range		7	
	Skewness		,201	,230

	Kurtosis			-,024	,457
	Mean			31,15	,509
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		30,14	
		Upper Bound		32,15	
	5% Trimmed Mean			31,22	
	Median			31,00	
	Variance			28,529	
a	Std. Deviation			5,341	
	Minimum			15	
	Maximum			48	
	Range			33	
	Interquartile Range			6	
	Skewness			-,060	,230
	Kurtosis			1,333	,457
	Mean			35,28	,483
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		34,32	
		Upper Bound		36,24	
	5% Trimmed Mean			35,24	
	Median			35,50	
	Variance			25,690	
c	Std. Deviation			5,069	
	Minimum			22	
	Maximum			48	
	Range			26	
	Interquartile Range			6	
	Skewness			,064	,230
	Kurtosis			-,007	,457

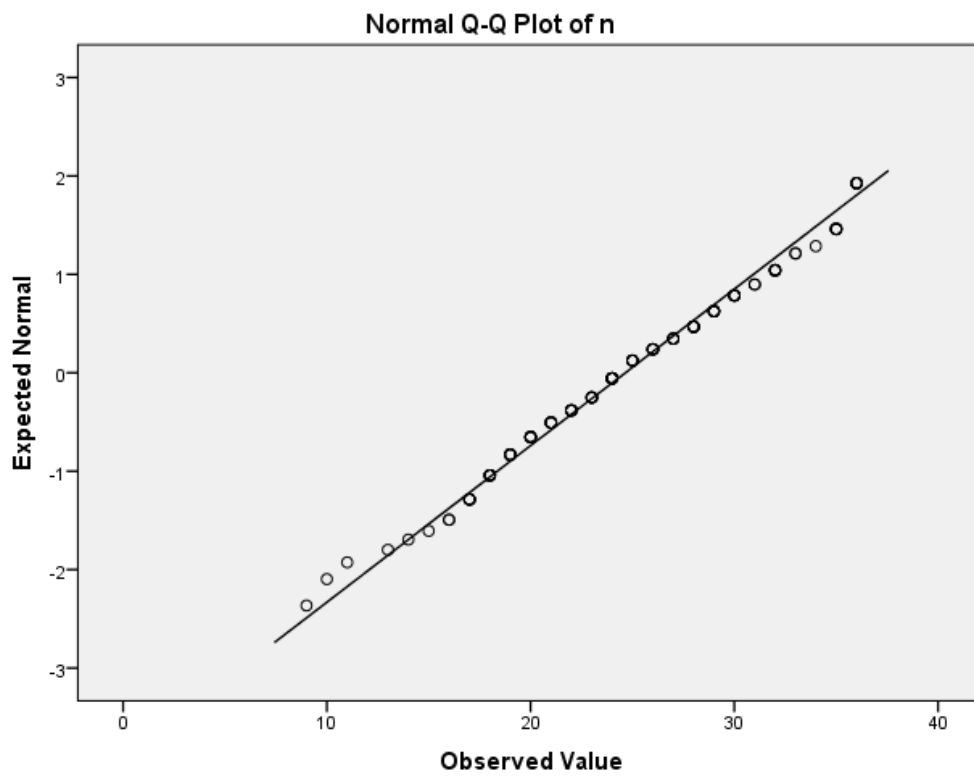
Πίνακας 45. Έλεγχος κανονικότητας – τεστ Kolmogorov-Smirnov

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
n	,069	110	,200*	,981	110	,117
e	,093	110	,019	,986	110	,290
o	,086	110	,043	,982	110	,132
a	,070	110	,200*	,978	110	,069
c	,073	110	,198	,992	110	,745

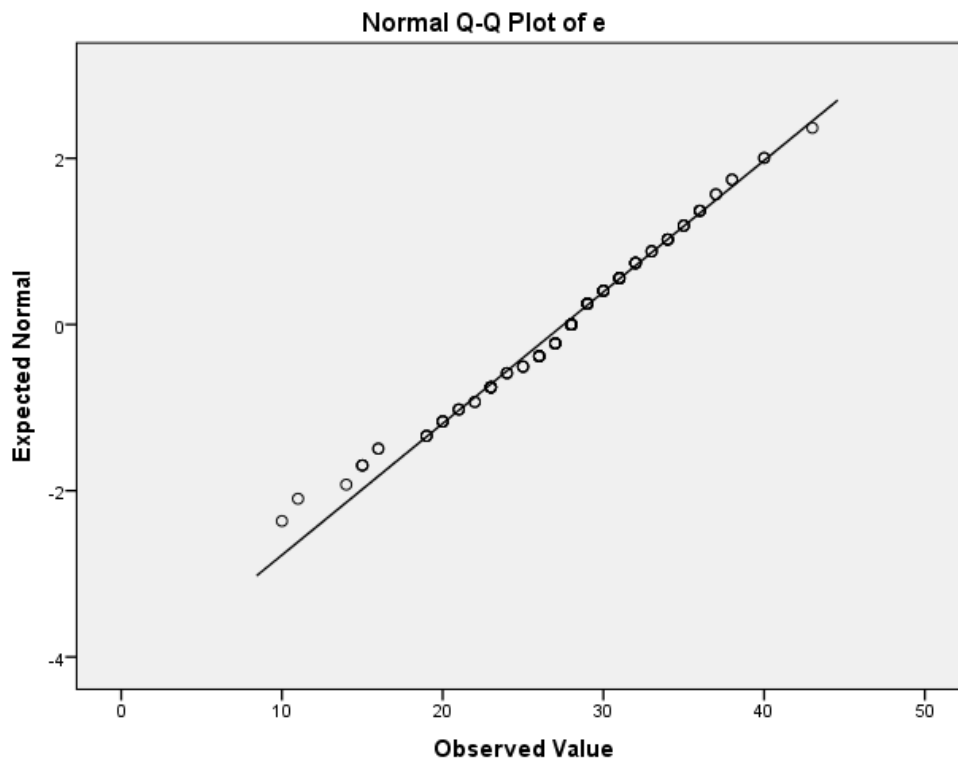
*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

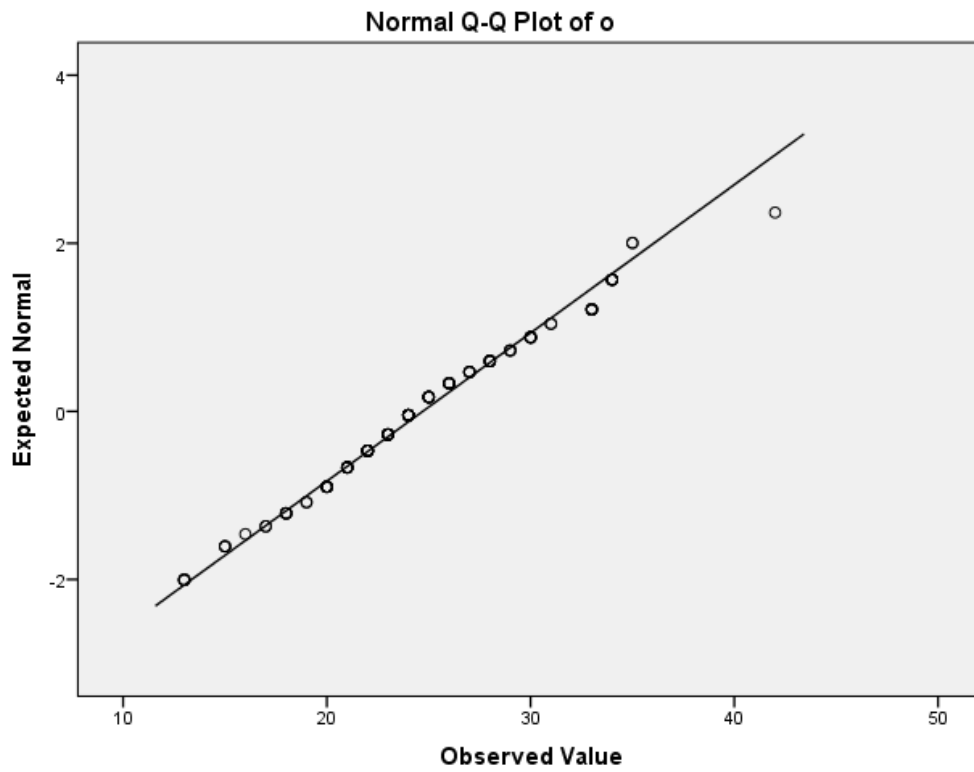
Πίνακας 46. Q-Q Plot για τον νευρωτισμό



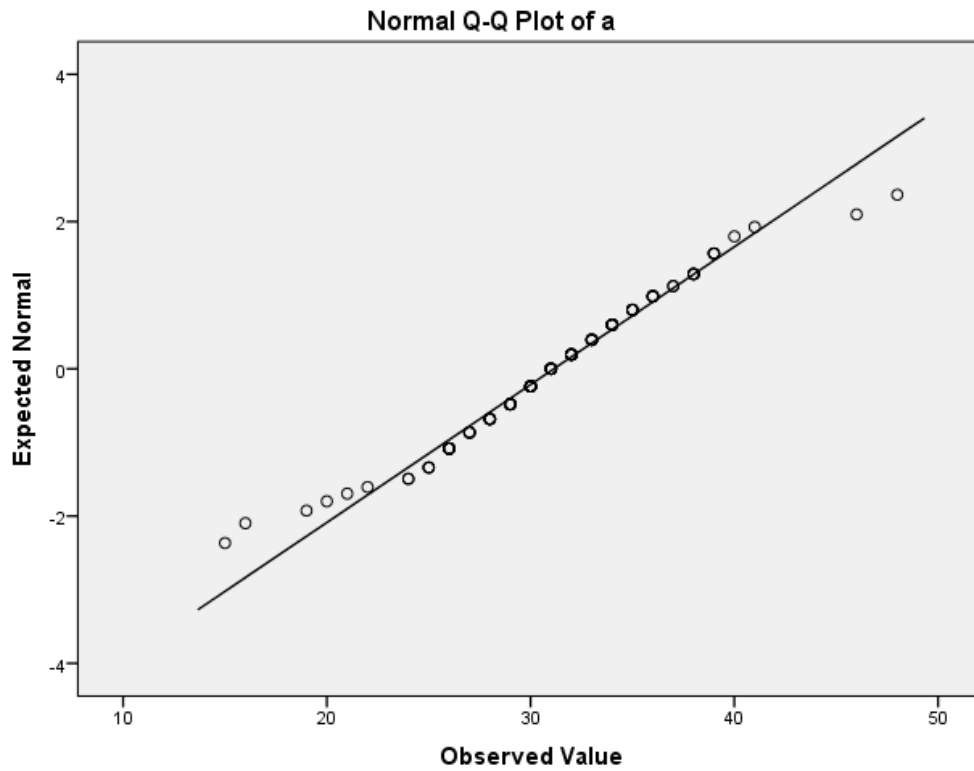
Πίνακας 47. Q-Q Plot για την εξωστρέφεια



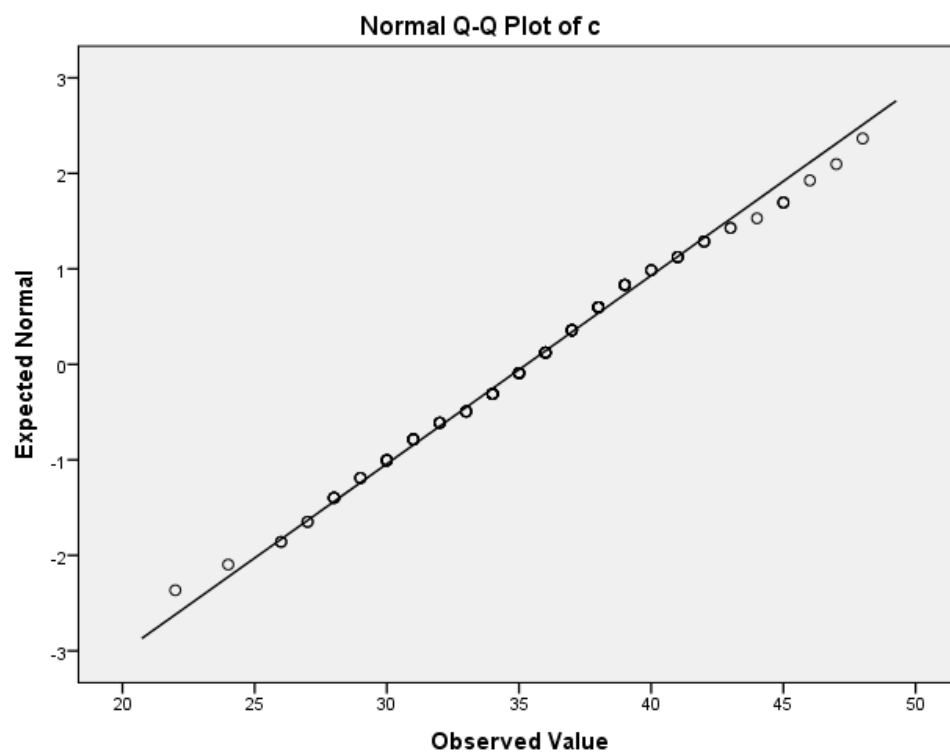
Πίνακας 48. Q-Q Plot για την δεκτικότητα σε εμπειρίες



Πίνακας 49. Q-Q Plot για τη συνεργασιμότητα



Πίνακας 50. Q-Q Plot για την ευσυνειδησία



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί πλήρως για τον σκοπό, την ερευνητική διαδικασία, τη φύλαξη και τη χρήση των πληροφοριών που θα παρέχω στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για την έρευνα με τίτλο «Ο ρόλος της προσωπικότητας στη διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη και στον γλυκαιμικό έλεγχο», στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη».

Ημερομηνία .. / .. / 2017

Ο δηλών / Η δηλούσα

(μόνο υπογραφή – χωρίς ονοματεπώνυμο)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία : .. / .. / 2017

Κωδικός αριθμός:

🍏 Επώνυμο Όνομα Πατρώνυμο

🍏 Ηλικία :

🍏 Φύλο: A

Θ

🍏 Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος Άγαμος

Έχω παιδιά ΔΕΝ έχω παιδιά

🍏 Με ποιόν μένετε:

Ζω με σύζυγο

Ζω με παιδί μου

Ζω μόνος/η

🍏 Μορφωτικό επίπεδο:

Απόφοιτος Δημοτικού

Γυμνασίου / Λυκείου

ΤΕΙ / Πανεπιστημίου

🍏 Συνταξιούχος : ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ναι, τι δουλειά κάνατε πριν;
.....

Αν όχι, τι δουλειά κάνετε;
.....

🍏 Θεραπευτική αγωγή με: Δίαιτα Χάπια Ινσουλίνη

🍏 Τηρείτε την θεραπευτική αγωγή για τον σακχαρώδη διαβήτη;

Καθόλου

Έτσι κι έτσι

Ναι Αυστηρά

🍏 Ασκείστε; Πόση ώρα Κάθε πότε

🍏 Καπνίζετε ; Ποτέ

Το έκοψα πριν χρόνια

Καπνίζω ακόμη

🍏 Κληρονομικότητα :

Υπάρχουν συγγενείς α' βαθμού με διαβήτη;

🍏 Βάρος kg

🍏 Ύψος cm

🍏 BMI Kg/m²

🍏 Γλυκόζη νηστείας

🍏 Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη HbA1c

🍏 HDL

🍏 LDL

🍏 TG τριγλυκερίδια

🍏 Χοληστερίνη

🍏 Αρτηριακή πίεση

Απαντάμε με :

1 Διαφωνώ Απόλυτα	2 Διαφωνώ	3 Ουδέτερο	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ Απόλυτα
--	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	--

NEO-FFI-3 Greek Translation

Διαβάστε προσεκτικά προτού απαντήσετε. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις οι οποίες πρέπει να απαντηθούν όλες. Για κάθε ερώτηση βάλτε σε κύκλο την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα. Σημειώστε μόνο μία απάντηση για κάθε ερώτηση. Εάν θέλετε να αλλάξετε την απάντηση σας διαγράψτε με «X» τη λανθασμένη απάντηση και βάλτε σε κύκλο την ορθή απάντηση.

Πώς θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας όσον αφορά τις παρακάτω δηλώσεις;

	1 Διαφωνώ Απόλυτα	2 Διαφωνώ	3 Ουδέτερο	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ Απόλυτα
1. Δεν είμαι τύπος ανθρώπου που ανησυχεί.....	1	2	3	4	5
2. Μου αρέσει να έχω πολλούς ανθρώπους τριγύρω μου.....	1	2	3	4	5
3. Μου αρέσει να αφοσιώνομαι σε μια φαντασία ή ονειροπόληση και να εξερευνώ όλες τις δυνατότητές της, να την αφήνω να μεγαλώνει και να αναπτύσσεται.....	1	2	3	4	5
4. Προσπαθώ να είμαι ευγενικός με όλους όσους συναντώ.....	1	2	3	4	5
5. Κρατώ τα πράγματά μου τακτοποιημένα και καθαρά.....	1	2	3	4	5
6. Μερικές φορές έχω νιώσει πικραμένος και χολωμένος.....	1	2	3	4	5
7. Γελάω εύκολα.....	1	2	3	4	5
8. Πιστεύω ότι είναι ενδιαφέρον να μαθαίνω και να αναπτύσσω καινούρια χόμπι.....	1	2	3	4	5
9. Μερικές φορές εκφοβίζω ή κολλακεύω ανθρώπους ώστε να κάνουν αυτό που θέλω εγώ.....	1	2	3	4	5
10. Καταφέρνω να κανονίζω πολύ καλά το ρυθμό μου ώστε να τελειώνω ότι έχω να κάνω στην ώρα του.....	1	2	3	4	5
11. Όταν βρίσκομαι κάτω από μεγάλη πίεση, μερικές φορές νιώθω να γίνομαι κομμάτια.....	1	2	3	4	5
12. Προτιμώ δουλειές που μου επιτρέπουν να εργάζομαι μόνος μου χωρίς να με ενοχλούν άλλοι άνθρωποι.....	1	2	3	4	5
13. Με συνεπαίρνουν οι μορφές και τα σχήματα που βρίσκω στην τέχνη και στη φύση.....	1	2	3	4	5
14. Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι είμαι εγωιστής και συμφεροντολόγος.....	1	2	3	4	5
15. Συχνά μπλέκομαι σε καταστάσεις χωρίς να είμαι πλήρως προετοιμασμένος.....	1	2	3	4	5

1 Διαφωνώ Απόλυτα	2 Διαφωνώ	3 Ουδέτερο	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ Απόλυτα	
16. Σπάνια αισθάνομαι μοναξιά ή έχω τις μαύρες μου.....	1	2	3	4	5
17. Πραγματικά απολαμβάνω να μιλάω με ανθρώπους.....	1	2	3	4	5
18. Πιστεύω ότι το να αφήνει κανείς τους μαθητές να ακούν αμφισβητούμενους ομιλητές τους μπερδεύει και τους παραπλανεί....	1	2	3	4	5
19. Αν κάποιος ξεκινήσει καυγά, είμαι έτοιμος να ανταποδώσω.....	1	2	3	4	5
20. Προσπαθώ να φέρνω σε πέρας με ευσυνειδησία όλες τις δουλιές που μου αναθέτουν.....	1	2	3	4	5
21. Συχνά αισθάνομαι ένταση και νευρικότητα.....	1	2	3	4	5
22. Μου αρέσει να βρίσκομαι εκεί που υπάρχει δράση.....	1	2	3	4	5
23. Η ποίηση έχει μικρή ή καθόλου επίδραση πάνω μου.....	1	2	3	4	5
24. Είμαι καλύτερος από τους περισσότερους άλλους ανθρώπους.....	1	2	3	4	5
25. Έχω στο μυαλό μου καθαρούς στόχους να πετύχω και εργάζομαι γι' αυτό με μεθοδικότητα.....	1	2	3	4	5
26. Μερικές φορές αισθάνομαι εντελώς άχρηστος.....	1	2	3	4	5
27. Αποφεύγω τις συγκεντρώσεις πολλών ανθρώπων.....	1	2	3	4	5
28. Μου είναι δύσκολο να αφήσω το μυαλό μου απλά να περιπλανιέται χωρίς έλεγχο ή καθοδήγηση.....	1	2	3	4	5
29. Όταν με έχουν προσβάλλει, απλά προσπαθώ να συγχωρήσω και να ξεχάσω.....	1	2	3	4	5
30. Χάνω πολύ χρόνο πριν να στρωθώ στη δουλειά.....	1	2	3	4	5
31. Σπάνια αισθάνομαι φοβισμένος ή αγχωμένος.....	1	2	3	4	5
32. Συχνά αισθάνομαι ότι ξεχειλίζω από ενέργεια.....	1	2	3	4	5
33. Σπάνια αντιλαμβάνομαι τα συναισθήματα ή τη διάθεση που προκαλούν διαφορετικά περιβάλλοντα.....	1	2	3	4	5
34. Έχω την τάση να υποθέτω το καλύτερο για τους ανθρώπους.....	1	2	3	4	5
35. Εργάζομαι σκληρά για να πετύχω τους στόχους μου.....	1	2	3	4	5
36. Συχνά θυμώνω με τον τρόπο που μου φέρονται οι άλλοι.....	1	2	3	4	5
37. Είμαι ένα χαρούμενο, κεφάλτο άτομο.....	1	2	3	4	5
38. Νιώθω μια μεγάλη ποικιλία αισθημάτων και συγκινήσεων.....	1	2	3	4	5
39. Μερικοί άνθρωποι με θεωρούν ως ψυχρό και συμφεροντολόγο.....	1	2	3	4	5

1 Διαφωνώ Απόλυτα	2 Διαφωνώ	3 Ουδέτερο	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ Απόλυτα	
40. Όταν αναλαμβάνω μια δέσμευση, μπορούν να βασιστούν πάνω μου ότι θα την τηρήσω.....	1	2	3	4	5
41. Υπερβολικά συχνά, όταν τα πράγματα πάνε άσχημα, αποθαρρύνομαι και θέλω να τα παρατήσω.....	1	2	3	4	5
42. Δεν παίρνω πολύ ευχαρίστηση κάνοντας κουβεντούλα με τους άλλους.....	1	2	3	4	5
43. Μερικές φορές, όταν διαβάζω ποίηση ή κοιτάζω ένα έργο τέχνης, νιώθω μια ανατριχίλα ή ένα κύμα συγκίνησης.....	1	2	3	4	5
44. Δε νιώθω καμία συμπόνια για τους ζητιάνους.....	1	2	3	4	5
45. Μερικές φορές δεν είμαι όσο αξιόπιστος και φερέγγυος όσο θα έπρεπε να είμαι.....	1	2	3	4	5
46. Σπάνια είμαι λυπημένος ή καταθλιπτικός.....	1	2	3	4	5
47. Η ζωή μου έχει γρήγορους ρυθμούς.....	1	2	3	4	5
48. Ελάχιστα με ενδιαφέρει να φιλοσοφώ για τη φύση του σύμπαντος ή της ανθρώπινης υπόστασης.....	1	2	3	4	5
49. Γενικά προσπαθώ να νιάζομαι και να είμαι καλός με τους άλλους...	1	2	3	4	5
50. Είμαι ένα παραγωγικό άτομο που πάντα καταφέρνει να ολοκληρώνει τη δουλειά του.....	1	2	3	4	5
51. Συχνά αισθάνομαι αβοήθητος και θέλω κάποιος άλλος να λύσει τα προβλήματά μου.....	1	2	3	4	5
52. Είμαι ένα πολύ δραστήριο άτομο.....	1	2	3	4	5
53. Έχω μεγάλη πνευματική περιέργεια.....	1	2	3	4	5
54. Αν δε μου αρέσει κάποιος του το δείχνω να το ξέρει.....	1	2	3	4	5
55. Φαίνεται ότι ποτέ δεν καταφέρνω να οργανώνομαι.....	1	2	3	4	5
56. Μερικές φορές έχω νιώσει τόση ντροπή που ήθελα να ανοίξει η γη να με καταπιεί.....	1	2	3	4	5
57. Προτιμώ να πάρω το δικό μου δρόμο παρά να είμαι αρχηγός σε άλλους.....	1	2	3	4	5
58. Συχνά απολαμβάνω να παίζω με θεωρίες ή αφηρημένες ιδέες.....	1	2	3	4	5
59. Αν είναι αναγκαίο, είμαι πρόθυμος να χειριστώ κάποιους για να πάρω αυτό που θέλω.....	1	2	3	4	5
60. Παλεύω να επιτύχω την τελειότητα σε οτιδήποτε κάνω.....	1	2	3	4	5

"Adapted and reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, from the NEO Five-Factor Inventory-3 by Paul Costa, Jr., PhD and Robert McCrae, PhD, Copyright 1978, 1985, 1989, 1991, 2003, 2010 by PAR, Inc. Further reproduction is prohibited without permission of PAR, Inc."