

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

**Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορά νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού
ενός ιδιωτικού θεραπευτηρίου αναφορικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μεταπτυχιακός φοιτητής
Κούτλας Δημήτριος
Νοσηλευτής ΤΕ

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:
Καυκιά Θεοδώρα – Επίκουρη Καθηγήτρια, ΔΠΙΑΕ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

**Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορά νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού
ενός ιδιωτικού θεραπευτηρίου αναφορικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μεταπτυχιακός φοιτητής

Κούτλας Δημήτριος

Νοσηλεύτης ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: Καυκιά Θεοδώρα – Επίκουρη Καθηγήτρια, ΔΠΙΑΕ

ΜΕΛΟΣ: Λαβδανίτη Μαρία – Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΜΕΛΟΣ: Τσαλογλίδου Αρετή – Επίκουρη Καθηγήτρια ΔΠΙΑΕ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019

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

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ:

ΑΡΙΣΤΗ.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ.....

ΚΑΛΗ.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ.....

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

1.3.1. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1

1.3.2. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2

1.3.3. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

1.3.4. ΑΛΛΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

1.4. ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

1.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.6. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

2.1. ΓΝΩΣΕΙΣ

2.2. ΣΤΑΣΕΙΣ

2.3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

2.4. ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ, ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

2.2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

2.3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

2.4.1. ΣΗΜΑΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ
(DIABETES SEMANTIC DEFFERENTIAL SCALES, DSDS)

2.4.2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟ
ΔΙΑΒΗΤΗ (DIABETES ATTITUDE SURVEY, DAS)

2.5. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

2.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

3.1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

3.1.2. ΣΗΜΑΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ
(DSDS)

3.1.3. ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ (DAS)

3.2. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

3.2.1. ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

3.2.2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – ΠΙΝΑΚΕΣ

9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 – ΑΔΕΙΕΣ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1. Ηλικία του δείγματος

Διάγραμμα 2. Επάγγελμα του δείγματος

Διάγραμμα 3. Ενασχόληση με το Σακχαρώδη Διαβήτη

Διάγραμμα 1-Παράρτημα. Εκπαιδευτικό επίπεδο δείγματος

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Πίνακας 2. Σημαιολογική Διαφορική Κλίμακα για το ΣΔ (DSDS)

Πίνακας 3. Σκορ στη Diabetes Attitude Survey (DAS) και επιμέρους σκορ

Πίνακας 4. Σύγκριση φύλου με σκορ στη DAS και επιμέρους σκορ

Πίνακας 5. Σύγκριση επαγγέλματος με σκορ στη DAS και επιμέρους σκορ

Πίνακας 6. Σύγκριση ποσοστού ενασχόλησης με το Σακχαρώδη Διαβήτη με σκορ στη DAS και επιμέρους σκορ

Πίνακας 7. Σύγκριση εκπαίδευσης με σκορ στη DAS και επιμέρους σκορ

Πίνακας 8. Συσχέτιση της ηλικίας με τα επιμέρους σκορ στην DAS

Πίνακας 9. Συσχέτιση χρόνων εργασίας με τα επιμέρους σκορ στην DAS

Παράρτημα-Πίνακας 1. Μελέτη συμπεριφοράς απέναντι στο Διαβήτη (DAS)

Παράρτημα-Πίνακας 2. Σύγκριση φύλου με τη Σημαιολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (DSDS)

Παράρτημα-Πίνακας 3. Σύγκριση εκπαιδευτικού επιπέδου με τη Σημαιολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (DSDS)

Παράρτημα-Πίνακας 4. Σύγκριση ποσοστού καθημερινής ενασχόλησης με Σακχαρώδη Διαβήτη με τη Σημαιολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (DSDS)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας για τις σύγχρονες κοινωνίες. Η αλλαγή του τρόπου ζωής, η ύπαρξη ποικίλων προδιαθεσικών παραγόντων και η υιοθέτηση ενός μη σωστά δομημένου διαιτολογίου συμβάλλουν στην αύξηση της επίπτωσης του ΣΔ. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται, ολοένα και πιο συχνά, να αντιμετωπίσουν άτομα με ΣΔ.

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και της συμπεριφοράς ενός δείγματος επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το σακχαρώδη διαβήτη.

Υλικό-Μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν εργαζόμενοι, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, του Ιατρικού Διαβαλκανικού Κέντρου Θεσσαλονίκης (n=100). Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων και στη συνέχεια, με τη βοήθεια σταθμισμένων και αξιόπιστων ερωτηματολογίων, τα συναισθήματά τους (Σημαιολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη, DSDS) και η συμπεριφορά τους απέναντι στο Σακχαρώδη Διαβήτη (Μελέτη Συμπεριφοράς απέναντι στο Διαβήτη, DAS).

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν ηλικία 41 ($\pm 12,03$) έτη, με τους άνδρες να αποτελούν το 54,1% του δείγματος. Το σύνολο του δείγματος εργαζόταν για 17,20 ($\pm 10,86$) έτη, και αποτελούνταν κυρίως από ιατρούς (39,8%) και νοσηλευτές (19,4%). Το σύνολο των επαγγελματιών υγείας φάνηκε να έχει μάλλον θετικά συναισθήματα απέναντι στο ΣΔ ($4,27 \pm 1,71$ στην DSDS). Επίσης, οι συμμετέχοντες βρέθηκε να έχουν ανάγκη για ειδική εκπαίδευση αναφορικά με το ΣΔ ($1,64 \pm 0,45$ στην DAS), ενώ έχουν μια μάλλον ουδέτερη στάση απέναντι στη σοβαρότητα της νόσου ($2,69 \pm 0,63$) και στην αξία του αυστηρού γλυκαιμικού ελέγχου ($2,45 \pm 0,49$). Τέλος, βρέθηκε ότι για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας των επαγγελματιών υγείας υπήρχε πιο θετική αντίληψη για τη σοβαρότητα της νόσου, ενώ για κάθε ένα έτος αύξησης της προϋπηρεσίας εντοπίστηκε πιο θετική αντίληψη για τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις του ΣΔ.

Συμπεράσματα: Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ως προς την συμβουλευτική και την επικοινωνία των ασθενών θεωρείται αναγκαία, καθώς οργανωμένες παρεμβάσεις μπορούν να διευκολύνουν στην υιοθέτηση ορθών πρακτικών διαχείριση της νόσου, αυτοφροντίδας και συμμόρφωσης με τη θεραπευτική προσέγγιση.

Λέξεις-κλειδιά: Σακχαρώδης Διαβήτης, επαγγελματίες υγείας, γνώσεις, στάσεις

ABSTRACT

Introduction Diabetes Mellitus (DM) is a major health problem for modern societies. Changing in lifestyle, a variety of predisposing factors and the adoption of an not properly structured diet contribute to the increase of DM. Healthcare professionals are, all the more, called upon to provide care for people with DM.

The aim of the present study was to investigate the knowledge, the attitudes and behavior of a sample of healthcare professionals regarding Diabetes Mellitus.

Methods: The study population was a convenience sample consisting of healthcare professionals, nurses and doctors, employed in Inter-Balkan Medical Center of Thessaloniki (n=100). Respondents' demographic characteristics were recorded and with validated and reliable questionnaires, their emotions (Semantic Differential Scale for Diabetes, DSDS) and their attitude towards diabetes mellitus (Diabetes Behavior Study, DAS), as well.

Results: The sample were 41(\pm 12.03) years old, with men accounting for 54.1% of them. The total sample had an experience of 17,20(\pm 10.86) years, consisting mainly of physicians (39.8%) and nurses (19.4%). All healthcare professionals appeared to have rather positive feelings toward DM (4.27 \pm 1.71 on DSDS). Participants also were found to have a need for special training on DM (1.64 \pm 0.45 at DAS), with a rather neutral attitude towards disease severity (2.69 \pm 0.63) and the value of strict glycemetic control (2.45 \pm 0.49). Finally, it was found that for each year of age passed there was a more positive perception of the severity of the disease, while for each year of employment a more positive perception of psychosomatic effects of DM was identified.

Conclusions: Training of health personnel in counseling and patient communication is considered necessary, as well-organized continuing education interventions can facilitate the adoption of best practices in disease management, self-care and compliance with the therapeutic approach.

Key-words: Diabetes Mellitus, healthcare professionals, knowledge, attitudes.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί σοβαρή μεταβολική νόσο και χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Οξείες, αλλά και χρόνιες επιπλοκές, που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής του ατόμου και αυξάνουν τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι δυνατό να προκληθούν από καθυστερημένη ή αναποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου (Upadhyay et al. 2012).

Ο καθιστικός τρόπος ζωής, το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, και η έλλειψη γνώσεων αναφορικά με το ΣΔ (Upadhyay et al, 2012) έχουν μετατρέψει το ΣΔ σε παγκόσμια επιδημία. Σήμερα περίπου 350-415 εκατομμύρια άνθρωποι, παγκοσμίως, ζουν με ΣΔ (Zowgar et al. 2018), ενώ στην Ελλάδα η επίπτωση της νόσου φτάνει στο 8.6% των ενηλίκων (Poulimeneas et al. 2016).

Η γνώση των αιτιών, των προδιαθεσικών παραγόντων, και των τρόπων αντιμετώπισης μιας νόσου παίζουν βασικό ρόλο στην πρόληψη εμφάνισής της, στην έγκαιρη εντόπιση και την αποτελεσματική διαχείριση της, ενώ οι στάσεις οδηγούν τα άτομα σε θετικές ή αρνητικές συμπεριφορές ή, με άλλα λόγια, είναι υπεύθυνες για τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται την ασθένειά του (Karakurt et al. 2017).

Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση του ΣΔ είναι σημαντική. Αφορά τόσο τη διαχείριση και αντιμετώπιση της νόσου και των επιπλοκών από τους ίδιους τους επαγγελματίες, όσο και την εκπαίδευση και καθοδήγηση των ασθενών και των οικογενειών τους. Η εκπαίδευση, η διάθεση και διάχυση των πληροφοριών που αφορούν τη νόσο αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες αλλαγής συμπεριφοράς και συμμόρφωσης με το θεραπευτικό σχήμα (Funnell & Anderson 2004 Sprague et al. 2006). Εκτός από τα παραπάνω, μεγάλη η συμβολή της καλής επικοινωνίας του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή (Metzger 2010). Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η εκπαίδευση των ασθενών για την αυτοδιαχείριση του ΣΔ αποτελεί βασικό παράγοντα πρόγνωσης για την εξέλιξη της νόσου (Montagnana et al. 2009; Chaia et al., 2018; Kumah et al., 2018; Sprague et al. 2006; Duke et al. 2009; Wagner et al.

2009). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο από την σφαιρική και εμπειριστατωμένη εκπαίδευση των εκπαιδευτών τους, δηλαδή των επαγγελματιών υγείας.

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει ως σκοπό να διερευνήσει τις γνώσεις, τις στάσεις και τη συμπεριφορά ενός δείγματος ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ενός μεγάλου ιδιωτικού θεραπευτηρίου ως προς τον Σακχαρώδη Διαβήτη. Επίσης, να τεθούν ως επιμέρους στόχοι της μελέτης η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στη συμπεριφορά του προσωπικού και η στάση του με επιμέρους εργασιακούς παράγοντες.

Η παρούσα διπλωματική εργασία διακρίνεται σε γενικό και ειδικό μέρος. Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας παρουσιάζεται η νόσος του σακχαρώδους διαβήτη, επιδημιολογικά δεδομένα, οι τύποι και τα χαρακτηριστικά του κάθε τύπου, και οι κυριότερες επιπλοκές η θεραπεία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια παρουσίαση των ορισμών των γνώσεων, των στάσεων, και του πως αυτά επηρεάζουν τη γενικότερη θεώρηση της νόσου και της αντιμετώπισής της. Επίσης, γίνεται αναφορά στον τρόπο που η εκπαίδευση επηρεάζει τις στάσεις και τις συμπεριφορές..

Τέλος, στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται η έρευνα που αφορά στις γνώσεις, τις στάσεις και τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το ΣΔ. Καταγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας με σχετικούς πίνακες και διαγράμματα. Στη συνέχεια γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων και καταγράφονται κάποια συμπεράσματα.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

1.1. Εισαγωγή

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ), ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας στις μέρες ωστόσο, ήταν γνωστός από την αρχαιότητα. Στην αρχαία Αίγυπτο εντοπίζεται η πρώτη περιγραφή της νόσου. Ο Αρεταίος περίπου το 2^ο αιώνα μ.Χ. περιέγραψε τη συμπτωματολογία της νόσου και έδωσε το όνομα «διαβήτης», ενώ 17^ο αιώνα μ.Χ. ο Thomas Willis παρατήρησε τη γλυκιά γεύση των ούρων και έτσι προσέθεσε το επίθετο «σακχαρώδης». Ο Paul Langerhans περιέγραψε «τις συναθροίσεις κυττάρων» μέσα στο παγκρεατικό παρέγχυμα που ονομάστηκαν προς τιμήν του «νησίδια του Langerhans». Το 18^ο αιώνα μ.Χ., ο Oscar Minkowski κατάφερε να συνδέσει τεκμηριωμένα για πρώτη φορά το ρόλο του παγκρέατος με το ΣΔ, αφού παρατήρησε ότι με την αφαίρεση του οργάνου από σκύλο αυτός αποκτά ΣΔ. Έκτοτε, οι εξελίξεις ήταν θεαματικές, με σημαντικότερα βήματα προόδου στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου (Lemone *et al.*, 2006).

Ο διαβήτης είναι μια χρόνια ασθένεια που απαιτεί εκτός από τον καλό γλυκαιμικό έλεγχο, συνεχή υγειονομική παρακολούθηση για τη μείωση των κινδύνων και των επιπλοκών (ADA 2018). Παρατηρείται απόλυτη ή σχετική έλλειψη ινσουλίνης ή αδυναμία της ήδη υπάρχουσας ινσουλίνης να δράσει στους ιστούς στόχους (αντίσταση στην ινσουλίνη), προκαλώντας, έτσι, διαταραχή στον μεταβολισμό των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών. Οι διαταραχές αυτές προκαλούν αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα με συνέπεια την εμφάνιση των επιπλοκών του διαβήτη (ΕΔΕ 2013).

1.2. Επιδημιολογία

Σύμφωνα με την Διεθνή Ομοσπονδία για το Διαβήτη (International Diabetes Federation, IDF 2018), το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ έχει τετραπλασιαστεί το 2017 σε σχέση με το 1980. Ειδικότερα, παγκοσμίως, 425 εκατομμύρια πάσχουν από ΣΔ έναντι 108 εκατομμυρίων το 1980. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες ο ΣΔ έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας. Οκτώ στις δέκα περιπτώσεις ΣΔ παρατηρούνται στις χώρες χαμηλού και μέσου εισοδήματος. Ενώ, σύμφωνα με το IDF, η μεγαλύτερη αύξηση αναμένεται να παρατηρηθεί στην Ασία και την Αφρική (+123% και +84% αντίστοιχα) έως το 2045.

Παγκοσμίως, οι ηλικιακές ομάδες με τους περισσότερους πάσχοντες από ΣΔ είναι η ομάδα των ατόμων από 20 ως 79 ετών με 352 εκατομμύρια περίπου άτομα (ΣΔτ2) και η ομάδα των 65 ως 79 ετών με 94,2 εκατομμύρια (IDF, 2018). Ο ΣΔτ1 είναι λιγότερο συχνός τύπος διαβήτη, αλλά, δυστυχώς, αυξάνεται περίπου κατά 3% κάθε χρόνο. Περίπου 86.000 άτομα νεαρής ηλικίας νοσούν από ΣΔ 1 κάθε έτος, ενώ η πλειοψηφία των παιδιών που νοσούν βρίσκεται στην Ευρώπη.

1.3. Ταξινόμηση

Ο ΣΔ διακρίνεται σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, σακχαρώδη διαβήτη κύησης, και άλλους τύπους διαβήτη, όπως παρουσιάζονται παρακάτω. Οι περισσότεροι ασθενείς (90%-95%) πάσχουν από ΣΔ τύπου 2. Ο ΣΔ επηρεάζει πολλαπλά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, οδηγώντας σε σοβαρές επιπλοκές, ιδιαίτερα όταν ένα άτομο έχει φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο (McGuire et al. 2015).

1.3.1. Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 (ΣΔτ1)

Αποτελεί τη συχνότερη ενδοκρινολογική διαταραχή της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Χαρακτηρίζεται ως αυτοάνοσος, γιατί ο οργανισμός καταστρέφει τα δικά του β-κύτταρα του παγκρέατος. Η συχνότητα της νόσου διαφέρει ανάλογα με τη χώρα κατοικίας του παιδιού. Η Ιαπωνία καταγράφει τη μικρότερη επίπτωση με 0.6 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους. Ενώ η Φινλανδία έχει τη μεγαλύτερη επίπτωση, με συχνότητα περίπου 45 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους κάτω των 15 ετών. Στην Ελλάδα, η συχνότητα είναι 8-10 νέα περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους. Το ανησυχητικό είναι ότι η ετήσια επίπτωση αυξάνει παγκοσμίως κατά 2-5% (Λιακοπούλου, 2010). Ο ασθενής για να μπορέσει να είναι λειτουργικός και να επιβιώσει χρειάζεται να υποβληθεί σε θεραπεία με ινσουλίνη. Εμφανίζεται κυρίως σε νεαρή ηλικία, αλλά δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις εμφάνισης σε μεγαλύτερη ηλικία. Διακρίνεται σε :

A) *Ιδιοπαθή με άγνωστη αιτιολογία.* Άτομα αφρικανικής ή ασιατικής προέλευσης εκδηλώνουν μόνιμη έλλειψη ινσουλίνης και επιρρέπεια σε διαβητική κετοξέωση, αλλά χωρίς χαρακτηριστικά αυτοανοσίας. Τα άτομα με ιδιοπαθή ΣΔτ1 εμφανίζουν διαβητική κετοξέωση και αυξομειώσεις της ινσουλίνης μεταξύ των επεισοδίων (Καζάκος 2016).

B) *Ανοσολογικός.* Είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος ΣΔτ1 με κύριο χαρακτηριστικό την εμφάνιση αυτοαντισωμάτων καταστροφής των β-κυττάρων των νησιδίων του Langerhans και με ποικίλο ρυθμό καταστροφής των β-κυττάρων (ταχύτατος ρυθμός σε βρέφη και παιδιά έως αργός ρυθμός κυρίως σε ενήλικες). Για να γίνουν εμφανή τα συμπτώματα θα πρέπει να καταστραφούν περισσότερο από 90% των β-κυττάρων. Συχνά η διαβητική κετοξέωση είναι η πρώτη εκδήλωση της νόσου, κυρίως σε παιδιά και εφήβους. Άλλα άτομα ζουν με μια ελαφρά αυξημένη γλυκόζη νηστείας που, όμως, μπορεί να μετατραπεί σε σοβαρή υπεργλυκαιμία ή, ακόμα και, διαβητική κετοξέωση κυρίως σε καταστάσεις λοίμωξης ή έντονου στρες. Δεν είναι σπάνιο άλλα άτομα, κυρίως ενήλικες, να διατηρούν ένα επίπεδο λειτουργούντων β-κυττάρων με αποτέλεσμα να μην κινδυνεύουν από διαβητική κετοξέωση για πολλά χρόνια. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι ποικίλλοι και έχουν συνδεθεί με περιβαλλοντικούς

παράγοντες. Οι ασθενείς με αυτού του τύπου ΣΔ συνήθως δεν είναι παχύσαρκοι, ενώ έχουν προδιάθεση και για άλλες αυτοάνοσες διαταραχές, όπως η νόσος του Addison, η θυρεοειδίτιδα Hashimoto, η νόσος του Graves, η λεύκη, η αυτοάνοση ηπατίτιδα, η κοιλιοκάκη και η κακοήθης αναιμία (Καζάκος 2016).

1.3.2 Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 (ΣΔτ2)

Είναι η πιο συνηθισμένη μορφή ΣΔ. Εμφανίζεται κυρίως σε παχύσαρκα άτομα και χαρακτηρίζεται από αυξημένη τιμή γλυκόζης αίματος, είτε λόγω μειωμένης παραγωγής ινσουλίνης είτε λόγω αντίστασης στη δράση της ινσουλίνης. Η μορφή αυτή του διαβήτη μπορεί να παραμείνει αδιάγνωστη και χωρίς συμπτώματα για πολλά χρόνια. Συχνά εντοπίζεται όταν έχουν ήδη εγκατασταθεί επιπλοκές μακροαγγειοπάθειας ή μικροαγγειοπάθειας. Η αυξημένη ηλικία, η έλλειψη σωματικής άσκησης και η παχυσαρκία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Καζάκος 2016).

Η διάγνωση της νόσου τίθεται είτε με μέτρηση γλυκόζης νηστείας (FPG), είτε με δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη (μέτρηση γλυκόζης πριν από χορήγηση 75 g άνυδρης γλυκόζης και 2 ώρες μετά) είτε με μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης A1c (HbA1c) (McGuire et al 2015). Η χρήση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης για τη διάγνωση της νόσου προϋποθέτει τη μέτρηση σε πιστοποιημένο εργαστήριο για να θεωρούνται αξιόπιστα τα αποτελέσματα. Για αυτό το λόγο, δεν χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του ΣΔ, αλλά για την παρακολούθηση της ρύθμισης της γλυκόζης αίματος, αφού αποτελεί εκφορά της μέσης τιμής γλυκόζης αίματος των τελευταίων 3 μηνών. Η βάση για την αξιολόγηση του ΣΔ είναι $HbA1c \geq 6.5\%$ (ΕΔΕ 2013).

1.3.3 Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης (ΣΔΚ)

Η αυξημένη τιμή γλυκόζης αίματος κατά την έναρξη της κύησης ή κατά τη διάρκειά της ονομάζεται ΣΔ κύησης (ΣΔΚ). Οφείλεται στις ορμονικές μεταβολές κατά την κύηση. Ο

διαβήτη στην εγκυμοσύνη σχετίζεται με κινδύνους τόσο για τη γυναίκα, όσο και για το έμβρυο, και αφορά περίπου το 4 % των κήσεων. Μετά τον τοκετό η γυναίκα μπορεί να γίνει ευγλυκαιμική ή οι αυξημένες τιμές γλυκόζης να παραμείνουν ή να εμφανιστούν ξανά σε επόμενη κύηση ή αργότερα στη ζωή της γυναίκας (Harrison 2005).

Οι ορμόνες που παράγονται στον πλακούντα είναι δυνατό να μπλοκάρουν τη δράση της ινσουλίνης και να προκαλέσουν αντίσταση στην ινσουλίνη. Ιδιαίτερα όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ΣΔ ή όταν η γυναίκα είναι υπέρβαρη ή παχύσαρκη κατά την έναρξη της κύησης. Η υπεργλυκαιμία σε μια έγκυο μπορεί να οφείλεται σε πρωτοδιαγνωσμένο ΣΔΤ2 ή σε ΣΔ που είναι ήδη γνωστός στην ασθενή. Ο τύπος αυτός του ΣΔ δεν έχει τα κλασικά συμπτώματα της πάθησης (πολυουρία, πολυδιψία). Ωστόσο, η εντόπιση υπεργλυκαιμίας απαιτεί επίβλεψη, καθώς μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα για τη γυναίκα (υψηλή αρτηριακή πίεση και λευκωματουρία) και για το έμβρυο (μακροσωμία ή εμφάνιση ΣΔ κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία). Ο ΣΔΚ αντιμετωπίζεται με τακτικές μετρήσεις των επιπέδων γλυκόζης αίματος, με υγιεινή διατροφή, προσεκτική σωματική άσκηση, ορισμένες φορές χορήγηση ινσουλίνης ή αντιδιαβητικών δισκίων, όπως και ο ΣΔτ2 (ADA 2018, IDF 2015).

1.3.4 Άλλοι Ειδικοί τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη

1) *Γενετικές διαταραχές της λειτουργίας των β-κυττάρων* με κύριο εκπρόσωπο τον ΣΔ τύπου MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young). Ο τύπος αυτός έχει ως κύριο χαρακτηριστικό η διαταραχή λειτουργίας του β-κυττάρου του παγκρέατος, με αποτέλεσμα την έντονη υπεργλυκαιμία σε άτομα κάτω των 25 ετών. Είναι κληρονομούμενος με τον επικρατούντα αυτοσωματικό χαρακτήρα (ADA 2018).

2) *Γενετικές διαταραχές της δράσης της ινσουλίνης* προκαλούν σπάνιες μορφές ΣΔ, όπως Σύνδρομο Rabson-Mendenhall και λεπρεχωνισμό, με κύριο χαρακτηριστικό τη μετάλλαξη στο γονίδιο του υποδοχέα της ινσουλίνης.

3) *Νοσήματα του παγκρέατος* που προκαλούν ΣΔ.

- 4) *Ενδοκρινοπάθειες*, όπως αδενώματα που εκκρίνουν ανταγωνιστικές της ινσουλίνης ορμόνες και προκαλούν υπεργλυκαιμία.
- 5) *Φάρμακα* όπως κορτικοστεροειδή
- 6) *Λοιμώξεις*
- 7) *Ασυνήθεις μορφές ανοσολογικού ΣΔ*
- 8) *Άλλα γενετικά σύνδρομα*, όπως το σύνδρομο Down και το σύνδρομο Turner (Καζάκος 2016).

1.4. Σημεία και συμπτώματα Σακχαρώδη Διαβήτη

Αναφορικά με το ΣΔτ2, αρχικά, εμφανίζεται μια μικρή ανεπάρκεια ινσουλίνης και, επίσης, μικρή αύξηση της γλυκόζης αίματος. Όταν όμως η γλυκόζη αίματος ξεπεράσει τα 180 mg/dl εκδηλώνεται γλυκοζουρία και οσμωτική διούρηση, καθώς η γλυκόζη διαπερνά τη νεφρική ουδό. Τα πλέον χαρακτηριστικά συμπτώματα του ΣΔ είναι τα τρία π: πολουρία, πολυδιψία, πολυφαγία συνοδευόμενη από ακούσια απώλεια σωματικού βάρους παρά την αυξημένη πρόσληψη τροφής. Επίσης, η ξηροστομία και η έντονη κόπωση παρατηρούνται τις περισσότερες φορές (Πάγκαλτος 2016). Εάν ο ασθενής με ΣΔ παραμείνει μη ρυθμισμένος, σταδιακά θα εμφανιστούν ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καθώς, λόγω της πολουρίας, θα αποβάλλει κάλιο, νάτριο και μαγνήσιο (Τούντας, 1995).

Με την πρόοδο της νόσου, μειώνεται η υπολειπόμενη έκκριση ινσουλίνης και κάνουν την εμφάνισή τους τα καταβολικά συμπτώματα, όπως σαρκοπενία και λιποσαρκία. Τέλος, σε αρκετά προχωρημένο και μη ρυθμισμένο ΣΔ αυξάνεται η ουδός αποβολής γλυκόζης στους νεφρούς, με αποτέλεσμα τη μείωση της πολουρίας (Καραμήτσος 1998).

Στο ΣΔτ2 εκδηλώνονται πιο ήπια συμπτώματα σε σχέση με το ΣΔτ1. Λόγω των ήπιων ή ανύπαρκτων συμπτωμάτων είναι πιθανό η διάγνωση της νόσου να καθυστερήσει αρκετά χρόνια. Αρκετές φορές, η διάγνωση τίθεται, όταν έχουν κάνει την εμφάνισή τους μακροαγγειακές και μικροαγγειακές επιπλοκές. Ένα σύμπτωμα που πολλές φορές περνά απαρατήρητο είναι ο κνησμός των γεννητικών οργάνων, οι υποτροπιάζουσες κολπίτιδες στις γυναίκες και οι βαλανοποσθίτιδες στους άνδρες (Καραμήτσος 1998).

Επίσης, στο ΣΔτ1 πολλές φορές η διάγνωση τίθεται κατά τη διάρκεια επεισοδίου κετοξέωσης, που προκαλείται από το γεγονός ότι λόγω της ένδειας ινσουλίνης προκαλείται λιπόλυση και κετογένεση, με αποτέλεσμα την παραγωγή ακετοξικού οξέος και ακετόνης. Με αυτό τον τρόπο αυξάνουν τα κετονοσώματα και μειώνεται το pH του αίματος, οδηγώντας σε οξέωση. Η απόπνοια ακετόνης (μυρωδιά σάπιου μήλου) είναι ένα ακόμα σύμπτωμα που θα βοηθήσει στη διάγνωση του ΣΔ.

Η ακετόνη και το ακετοξικό οξύ μετρώνται στα ούρα με ειδικές ταινίες που δείχνουν το βαθμό κετοναϊμίας και τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενή. Όπως προαναφέρθηκε, η κετοξέωση είναι χαρακτηριστικό του ΣΔτ1, ενώ το Υπερωσμωτικό Μη Κετονικό Υπεργλυκαιμικό Κώμα είναι συχνό στο ΣΔτ2 και ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα (Καραμήτσος, 1998).

1.5. Θεραπευτική προσέγγιση

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει τη διαίτα, τη σωματική άσκηση, τη χορήγηση υπογλυκαιμικών/αντιδιαβητικών δισκίων ή ινσουλίνης. Επίσης, η μεταμόσχευση παγκρέατος, νησιδίων του παγκρέατος και βλαστοκυττάρων αποτελούν σήμερα θεραπευτικές προσεγγίσεις. Όμως, καθώς οι θεραπευτικές προσεγγίσεις εφαρμόζονται από τον ίδιο τον ασθενή η εκπαίδευση του ίδιου είναι ζωτικής σημασίας. Το άτομο θα πρέπει να τροποποιεί το

το πλάνο διατροφής ανάλογα με τις καθημερινές του ανάγκες, να πραγματοποιεί τον αυτοέλεγχο των τιμών γλυκόζης και την ανάλογη αυτοχορήγηση ινσουλίνης.

Η διατροφική προσέγγιση έχει κυρίαρχο ρόλο στη συνολική διαχείριση του ΣΔ. Το άτομο πρέπει να λαμβάνει, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, λίγες θερμίδες εάν είναι παχύσαρκο, με σκοπό τη μείωση του σωματικού βάρους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συστήνει η καθημερινή διατροφική πρόσληψη να περιλαμβάνει 45-60% υδατάνθρακες, 15-20% πρωτεΐνες και 20-35% λίπη μοιρασμένα σε 6 μικρά γεύματα με περιορισμένη ποσότητα νατρίου (3 g/μέρα) και καθόλου αλκοόλ. Σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας οι ανάγκες του οργανισμού δεν μπορούν να καλυφθούν καθώς η παραγωγή της ινσουλίνης είναι περιορισμένη. Απαιτείται υιοθέτηση διατροφικού πλάνου με σταθερή και ελεγχόμενη πρόσληψη υδατανθράκων και μειωμένη ποσότητα λιπών.

Τα υπογλυκαιμικά/αντιδιαβητικά φάρμακα διακρίνονται σε αυτά που μειώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη (ευαισθητοποιητές ινσουλίνης), και σε αυτά που αυξάνουν την έκκριση της ινσουλίνης (εκκριταγωγά). Χορηγούνται σε συνδυασμό με τη διαίτα και στις περιπτώσεις που οι διατροφικές παρεμβάσεις δεν έχουν αποτέλεσμα. Εάν ο συνδυασμός δεν επιφέρει ευγλυκαιμία τότε χορηγείται υποδόρια ινσουλίνη 2-4 φορές την ημέρα σε προκαθορισμένες ώρες. Απαιτείται καλή ρύθμιση της ώρας που γευματίζει το άτομο με στόχο η γλυκόζη να διατηρείται σε σταθερά επίπεδα με τη βοήθεια της φαρμακευτικής αγωγής.

Η σωματική άσκηση, 4-5 φορές την εβδομάδα, συμβάλει σημαντικά στη ρύθμιση του ΣΔ, καθώς βελτιώνει το μεταβολισμό των μυών και μειώνει την υπεργλυκαιμία, ενώ μακροπρόθεσμα μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Η τακτική φυσική άσκηση έχει πολλά οφέλη στην υγεία των ατόμων με ΣΔτ1, ενώ σε ασθενείς με ΣΔτ2 εκτός από τη μείωση των επιπέδων γλυκόζης επιτυγχάνει μείωση του οξειδωτικού στρες και βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη 2004, Καζάκος 2016).

Μεταμόσχευση παγκρέατος, νησιδίων του παγκρέατος και βλαστοκυττάρων. Η εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας έκανε δυνατή τη μεταμόσχευση παγκρέατος, νησιδίων του παγκρέατος και βλαστοκυττάρων με αποτέλεσμα τη θεραπεία του ΣΔ. Η μεταμόσχευση

αφορά κυρίως σε αλλομεταμόσχευση και ξενομεταμόσχευση νησιδίων του παγκρέατος, μεταμόσχευση εμβρυικών ή ενηλίκων κυττάρων (Καζάκος 2016).

1.6. Επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο ΣΔ μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή νοσηρότητα και αυξημένη θνησιμότητα λόγω των επιπλοκών που εκδηλώνονται από το καρδιαγγειακό σύστημα (αγγειακή και στεφανιαία νόσος), τους νεφρούς (διαβητική νεφροπάθεια), τους οφθαλμούς (διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια), το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (διαβητική νευροπάθεια) και/ή τα άκρα (περιφερική αγγειακή νόσος, έλκη, ακρωτηριασμοί). Ο ΣΔ σχετίζεται, επίσης, με αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων, νόσων του γαστρεντερικού συστήματος, πτώσεις, πνευμονοπάθειες και ψυχικά νοσήματα (κατάθλιψη). Τα άτομα με ΣΔ διατρέχουν, επίσης, αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων στη στοματική κοιλότητα (περιοδοντική νόσος), στυτική δυσλειτουργία και άπνοια ύπνου (McGuire et al 2015).

Τα άτομα με ΣΔ, σε περίπτωση οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου ή αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, έχει βρεθεί ότι έχουν διπλάσια πιθανότητα θανάτου από άτομα ίδιας ηλικίας χωρίς ΣΔ, ενώ, λόγω περιφερικής αγγειοπάθειας, έχουν 17 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ακρωτηριασμού κάτω άκρων (Astrup & Finer, 2000). Τέλος, ένας στους τέσσερις ασθενείς με ΣΔ έχει αμφιβληστροειδοπάθεια, ενώ 2% από τα άτομα με ΣΔ χάνουν την όρασή τους (Astrup & Finer, 2000).

Η διαβητική αγγειοπάθεια (μικρών και μεγάλων αγγείων) αποτελεί μια από τις χρόνιες επιπλοκές του ΣΔ. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι βλάβες στα μικρά αγγεία προκαλούν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, διαλείπουσα χωλότητα, γάγγραινα, νεφροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια και περιφερική νευροπάθεια, ενώ αρτηριοσκληρυντικές βλάβες προκαλούνται στα μεγάλα αγγεία (The ERF Collaboration 2010, Boussageon et al., 2011).

Η διαβητική νεφροπάθεια είναι, δυστυχώς, μια συχνή χρόνια επιπλοκή του ΣΔ που οδηγεί σε τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια και ανάγκη για ένταξη σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού, ενώ η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί αιτία απώλειας της όρασης (Καζάκος 2016). Τέλος, στη διαβητική νευροπάθεια οφείλεται ο πόνος, το μούδιασμα, η απώλεια αισθητικότητας στα πόδια ή στα χέρια. Ο κίνδυνος εμφάνισης νευρολογικών διαταραχών αυξάνεται με την ηλικία και τη διάρκεια του διαβήτη (Tesfaye et al., 2010). Όπως προαναφέρθηκε οι λοιμώξεις αποτελούν πρόβλημα για τα άτομα με ΣΔ, καθώς αυξάνονται οι ανάγκες του οργανισμού σε ινσουλίνη, μειώνεται η αντίσταση στη λοίμωξη λόγω της υπεργλυκαιμίας, ενώ η ανεπάρκεια ινσουλίνης μειώνει τη δράση των κοκκιοκυττάρων και την ικανότητα του οργανισμού να παράγει αντισωμάτων. Οι πιο συχνές λοιμώξεις είναι αυτές του δέρματος, του αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος (Lipsky et al., 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

2.1. Γνώσεις

Ο Πλάτωνας ήταν ο πρώτος που έκανε λόγο για την «αιτιολογημένη ορθή πίστη» (Ευαγγέλου 2009). Γνώση θεωρείται μια ανθρώπινη πεποίθηση πάνω σε ένα ζήτημα, η οποία αντιστοιχεί πλήρως με την πραγματική κατάσταση, είναι αποδεκτή, μπορεί να δικαιολογηθεί και διέπεται από εμπειρικούς και λογικούς παράγοντες (Henriques 2013). Η γνώση ορίζεται ως το σύνολο των πληροφοριών που αφορούν στο κοινωνικό, φυσικό, εκπαιδευτικό, τεχνολογικό και επιστημονικό περιβάλλον. Οι πληροφορίες εκφράζονται ως κανόνες, ορισμοί, αξιώματα, κατηγορίες, έννοιες, νόμοι και αποτελούν, συνήθως, θεωρίες ή συστήματα (Κουτσάκος 1993).

Σύμφωνα με άλλους, η γνώση ορίζεται ως «τα πιστεύω» για ένα φαινόμενο, αντικείμενο ή γεγονός, και αποκτάται με μελέτη και παρατήρηση (Χατζηακώβου 1992). Η γνώση βασίζεται στην απόκτηση ορθών και κατάλληλων πληροφοριών χωρίς, όμως, αυτό να αρκεί για να πει κάποιος ότι "γνωρίζει" ένα θέμα. Η επιστημονική γνώση, ως ένα είδος γνώσης, στηρίζεται σε πειραματικές μελέτες και στην κριτική αξιολόγηση για να μπορέσει να είναι αξιόπιστη (Lehrer 2018).

Η αντίληψη του ατόμου που εμπεριέχει την ακοή, την όραση, την αφή και την οσμή είναι αυτή που συμβάλλει στην απόκτηση της γνώσης. Σε αυτό το σημείο, καλό είναι να αναφερθεί ότι πολλά από αυτά που λέει ένα άτομο ότι γνωρίζει, δεν προέρχονται από προσωπική αναζήτηση της αλήθειας, αλλά από προημούμενες αναζητήσεις άλλων ατόμων με

τα οποία ήρθε σε επαφή το άτομο. Ως αποτέλεσμα, πολλές από τις γνώσεις ενός ατόμου προέρχονται από τη συνεργασία πολλών ανθρώπων, παγκοσμίως. Ένας άλλος τρόπος απόκτησης γνώσης είναι η εμπειρία (εμπειρική ή άρρητη γνώση), η οποία είναι αποτέλεσμα προσωπικής έρευνας και αναζήτησης (Pritchard 2014). Με άλλα λόγια ένα άτομο μπορεί να αποκτήσει γνώσεις με την εκπαίδευση (ρητή γνώση), αλλά και με την εξάσκηση, την εμπειρία, την έρευνα, την καινοτομία.

2.2. Στάσεις

Οι στάσεις αποτελούν απόψεις ενός ατόμου που περιλαμβάνουν γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις και προσδίδουν τον ανάλογο χαρακτήρα στις εμπειρίες του ατόμου (Prislin & Crano 2008). Σύμφωνα με τους Zimbardo & Leipe (1991) ως στάση ορίζεται η προδιάθεση που έχουν τα άτομα να αντιδρούν αρνητικά ή θετικά σε ένα αντικείμενο. Η στάση του ατόμου αναφορικά με ένα θέμα εκφράζει το πόσο θετικά ή αρνητικά αντιμετωπίζει το άτομο το συγκεκριμένο θέμα, ποια είναι η γνώμη του και η θέση του πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

Η διαμόρφωση των στάσεων αποτελεί τμήμα της φυσιολογικής κοινωνικοποίησης του ατόμου και επηρεάζεται από γνωστικούς, συμπεριφορικούς και συναισθηματικούς παράγοντες. Ο γνωστικός παράγοντας εκφράζει τη γνώση, τις ιδέες και τις αντιλήψεις ενός ατόμου, τα «πιστεύω» του. Ο συμπεριφορικός παράγοντας αφορά στις προθέσεις, τις τάσεις και την προδιάθεση για δράση και αντίδραση. Τέλος, ο συναισθηματικός παράγοντας αφορά στα συναισθήματα, τις προτιμήσεις και τις επιθυμίες ενός ατόμου (Habermas 1978).

Στο χώρο της υγείας, που μελετά η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική, ο γνωστικός παράγοντας αφορά στα «πιστεύω» και τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για ένα θέμα υγείας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Ο συμπεριφορικός παράγοντας εκφράζει την πρόθεση

συμπεριφοράς του επαγγελματία, ενώ ο συναισθηματικός παράγοντας αφορά στα συναισθήματα του ατόμου προς μια συμπεριφορά.

Οι στάσεις εκφράζουν τον τρόπο σκέψης και αντίδρασης του ατόμου, αλλά και τον τρόπο που το άτομο αισθάνεται όταν αντιμετωπίζει μια συγκεκριμένη κατάσταση. Οι στάσεις αποκτώνται, αλλά και παγιώνονται, μέσω της μάθησης και βασίζονται σε προσωπικές εμπειρίες του ατόμου, αλλά και σε πληροφορίες και εμπειρίες άλλων ανθρώπων με τους οποίους έρχεται σε επαφή (Θεοδωράκης και συν. 2015). Οι είναι αντανάκλαση της συμπεριφοράς (Bandura 1977).

Υπάρχουν δύο τύποι στάσεων: ο πρώτος αφορά στις στάσεις του ατόμου απέναντι σε γενικές παραδοχές, σε ζητήματα φυλετικού χαρακτήρα και έθνους, όπως οι στάσεις για ιστορικά γεγονότα και/ή πολιτικά θέματα, οι στάσεις απέναντι σε θεσμούς. Επίσης, ο δεύτερος τύπος στάσεων αφορά σε ειδικές συμπεριφορές σε σχέση με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή θέμα (Ajzen & Fishbein 2005).

2.3. Συμπεριφορές

Συμπεριφορά είναι ο τρόπος δράσης και αντίδρασης ενός ατόμου μέσω της αλληλεπίδρασης με άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις (Μάνεση, 2000). Αφορά, δηλαδή, μια εξωτερική στάση που βασίζεται σε προσωπικές πεποιθήσεις ή και προκαταλήψεις. Οι ανθρώπινες συμπεριφορές είναι δυνατό να είναι συνειδητές ή ασυνειδητές, ακούσιες ή εκούσιες, ενώ συνδέονται άμεσα με τον τύπο της προσωπικότητας του ατόμου.

Μέσω των στάσεων είναι δυνατό να προβλεφθεί η ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι στάσεις διαμορφώνουν τις αντιλήψεις των ατόμων για το γύρω περιβάλλον και τον κόσμο, ενώ ταυτόχρονα διαμορφώνουν και τη συμπεριφορά του. Το είδος των στάσεων που υιοθετούνται από τα άτομα καθορίζουν τις θετικές ή αρνητικές συμπεριφορές που αυτοί θα

εκδηλώσουν (Prislin & Crano 2008). Έτσι, σύμφωνα με τον Θεοδωράκη και συν. (2015), μια θετική στάση οδηγεί, συνήθως, και σε μια θετική συμπεριφορά, ενώ, αντίθετα, μια αρνητική στάση σε μια αρνητική συμπεριφορά.

Οι συμπεριφορές είναι το αποτέλεσμα των ανθρώπινων ενεργειών, ατομικών και συλλογικών, που επηρεάζονται από την οικονομική και κοινωνική κατάσταση των ατόμων. Αποτέλεσμα μιας συμπεριφοράς είναι διάφορα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά φαινόμενα που καθορίζουν τον τρόπο δράσης των ατόμων (National Institute for Health and Care Excellence 2007). Τα κοινωνικά πρότυπα και οι πεποιθήσεις είναι αυτά που επηρεάζουν την αποδοχή ή όχι μιας συμπεριφοράς.

Η συμπεριφορά διακρίνεται σε τέσσερις φάσεις, σύμφωνα με τον Miller (1920) το θεμελιωτή της γνωστικής ψυχολογίας; Α) Τη δοκιμή, κατά την οποία κάθε φορά που ολοκληρώνεται μια πράξη/έργο η συμπεριφορά επαληθεύεται ή όχι ανάλογα με τους αρχικούς στόχους που είχαν τεθεί. Β) Τη λειτουργία, κατά την οποία με τη συμπεριφορά προκύπτουν αλλαγές στις αρχικές συνθήκες για να μπορέσουν να προσαρμοστούν στους στόχους μιας δράσης. Γ) τη δοκιμή, μετά την πραγματοποίηση της συμπεριφοράς ελέγχονται οι προϋποθέσεις στη συγκεκριμένη πράξη/έργο ανάλογα με τους προκαθορισμένους στόχους, και Δ) την έξοδο, κατά την οποία τελειώνει η διαδικασία/συμπεριφορά αν το αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικό, ενώ αν δεν είναι ικανοποιητικό τότε η διαδικασία αρχίζει από την αρχή.

2.4. Σχέση της γνώσης, της στάσης και της συμπεριφοράς

Από τους επαγγελματίες υγείας απαιτείται να κατέχουν ορθές και επικαιροποιημένες γνώσεις πάνω σε θέματα που αφορούν στη διαχείριση διαφόρων νοσημάτων. Τα «πιστεύω», οι γνώσεις, του επαγγελματία υγείας θα καθορίσουν τις στάσεις του και την περαιτέρω συμπεριφορά του τόσο απέναντι στα άτομα με ΣΔ όσο και στον τρόπο εκπαίδευσής τους.

Επίσης, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας καταδεικνύουν τη συμπεριφορά τους.

Ο επαγγελματίας υγείας που δεν έχει θετική στάση απέναντι στον υγιεινό τρόπο ζωής πως θα μπορέσει να παρουσιάσει πειστικά στον ασθενή του τα οφέλη που προκύπτουν σε σχέση με το ΣΔ; Έτσι, σύμφωνα με τη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς που αναφέρει ότι τα άτομα καθοδηγούνται από τις στάσεις τους (Θεοδωράκης 2010), η θετική πρόθεση ενός ατόμου για την άθληση, τη διατροφή με φρούτα και λαχανικά, τον περιορισμό των λιπών, του αλκοόλ και του καπνού, θα τον κάνει, από τη μία να υιοθετήσει αυτή τη συμπεριφορά, αλλά από την άλλη να μπορεί να παρουσιάσει τα οφέλη στα άτομα που αναζητούν τις υγιεινοοικονομικές του υπηρεσίες. Έτσι, γίνεται φανερό ότι η φροντίδα των ατόμων με ΣΔ είναι δυνατό να επηρεαστεί αρνητικά από μεροληπτικές στάσεις (Clark & Hampson 2003).

Οι παρεχόμενες, από τους επαγγελματίες υγείας, υπηρεσίες αντικατοπτρίζουν το επίπεδο γνώσεων, τις ικανότητές τους, αλλά και τη στάση τους (Kaur, Walia, Verma 2006). Οι γνώσεις και οι ικανότητες των επαγγελματιών υγείας συμβάλουν στην υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών από τους ασθενείς με ΣΔ, με αποτέλεσμα την ορθή διαχείριση της νόσου και την ευγλυκαιμία (Rodrigues et al. 2009). Προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να προσφέρουν αποτελεσματική εκπαίδευση στους ασθενείς με ΣΔ θα πρέπει οι ίδιοι να έχουν καλή γνώση της νόσου, αλλά και ψυχολογίας, να διαθέτουν ικανότητες επικοινωνίας, ενεργητικής ακρόασης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συστηματική ανασκόπηση των Alotaibi et al. (2016) για τις γνώσεις των νοσηλευτών αναφορικά με το ΣΔ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει έλλειμμα γνώσης σε πολλά θέματα που αφορούν πτυχές της νόσου.

Η κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας συμβάλλει στη διαμόρφωση των στάσεων τους και στη γενικότερη παροχή φροντίδας (Kaur et al. 2006, Kumar et al. 2014). Έρευνες, σε φοιτητές νοσηλευτικής, από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 έδειξε έλλειμμα γνώσεων αναφορικά με το ΣΔ. Ο ερευνητής αναρωτήθηκε πως μπορεί ένας επαγγελματίας υγείας που δεν έχει σφαιρική γνώση μιας νόσου, όπως ο ΣΔ, να μπορέσει να εκπαιδεύσει αποτελεσματικά έναν ασθενή και το περιβάλλον του (Feustel 1976); Περίπου σαράντα χρόνια μετά, το 2014, αξιολογήθηκαν συνδυαστικά οι γνώσεις φοιτητών ιατρικής και νοσηλευτικής

αναφορικά με το ΣΔ. Η έρευνα έδειξε χαμηλό επίπεδο γνώσεων και στις δύο ομάδες φοιτητών, που όμως βελτιωνόταν όσο αυξάνονταν τα έτη σπουδών (Kumar et al, 2014).

Δεν είναι όμως μόνο οι στάσεις, οι πεποιθήσεις και οι γνώσεις/εκπαίδευση που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη φροντίδα του ατόμου με ΣΔ. Ζωτικής σημασίας είναι και οι δεξιότητες επικοινωνίας που διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας για την επίτευξη τόσο της θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς, όσο και με τους φροντιστές τους (Rodrigues et al. 2009).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτέλεσε η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και της συμπεριφοράς του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ενός ιδιωτικού θεραπευτηρίου αναφορικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη. Επιπρόσθετα, λαμβάνοντας υπόψη κοινωνικό – δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τίθενται ως επιμέρους στόχοι της μελέτης η επίδραση δημογραφικών παραγόντων στη συμπεριφορά του προσωπικού αναφορικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη, καθώς και η στάση τους αναφορικά με τη συγκεκριμένη νόσο σε σχέση με επιμέρους εργασιακούς παράγοντες.

Συνεπώς, με βάση το σκοπό και τους επιμέρους στόχους της παρούσας μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι τα παρακάτω:

- Ποιες είναι οι γνώσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ενός ιδιωτικού θεραπευτηρίου αναφορικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη;
- Ποιες είναι οι στάσεις και η συμπεριφορά τους σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη;
- Ποιοι είναι οι δημογραφικοί και οι εργασιακοί παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση και τη συμπεριφορά του προσωπικού σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη και σε ποιο βαθμό;

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Δείγμα της μελέτης

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ιατροί, νοσηλευτές και παραϊατρικό προσωπικό με θέση εργασίας στο «Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο» Θεσσαλονίκης.

Σχετικά με τη μέθοδο επιλογής των συμμετεχόντων στη μελέτη, πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας ώστε να επιτευχθεί ο πληθυσμός - στόχος. Το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού κλάδων ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ και του ιατρικού προσωπικού αποτέλεσαν 600 εργαζόμενοι. Συνολικά μοιράστηκαν 150 ερωτηματολόγια και από αυτά επεστράφησαν πλήρως συμπληρωμένα τα 100 (ποσοστό ανταπόκρισης 66,7%).

2.2. Κριτήρια επιλογής του δείγματος

Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν τα εξής:

- Οι συμμετέχοντες να έχουν ηλικία από 18 ετών και άνω.
- Να ομιλούν και να διαβάζουν επαρκώς την ελληνική γλώσσα.
- Να έχουν δώσει συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους στη μελέτη.
- Να έχουν συμπληρώσει τουλάχιστον 6 μήνες υπηρεσίας στο νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Να εργάζονται στην ιατρική ή τη νοσηλευτική υπηρεσία του θεραπευτηρίου.

2.3. Μεθοδολογία

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) η οποία πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα από 15 Ιουνίου έως 15 Ιουλίου 2019. Αναφορικά με τη διαδικασία, μετά από σχετική έγγραφη αίτηση προς τη Διοίκηση του θεραπευτηρίου ζητήθηκε άδεια εκπόνησης της διπλωματικής μελέτης. Στη συνέχεια έγινε η επιλογή των εργαλείων της μελέτης κατόπιν αδειοδότησης από τις ερευνητικές ομάδες που κατείχαν τα αντίστοιχα πνευματικά δικαιώματα.

2.4. Εργαλεία μέτρησης

2.4.1. Σημασιολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (*Diabetes Semantic Differential Scales, DSDS*)

Η Σημασιολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (*Diabetes Semantic Differential Scales, DSDS*) χρησιμοποιεί τις σημασιολογικές διαφορικές κλίμακες για να εκτιμηθούν οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με διάφορες έννοιες γύρω από το Σακχαρώδη Διαβήτη. Αυτή η τεχνική, που αναπτύχθηκε από τους Osgood et al. (1957), ζητά από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή έννοια χρησιμοποιώντας ζεύγη αντίθετων επιθέτων. Η μέθοδος αξιολογεί το σημασιολογικό νόημα ενός αντικειμένου ή μιας έννοιας για κάθε άτομο. Οι σημασιολογικές διαφορές έχουν τρεις συνιστώσες: (1) την έννοια που πρέπει να μετρηθεί, (2) τα ζεύγη αντιθέτων επίθετων για την εκτίμηση της έννοιας και (3) τις αόριστες θέσεις βαθμολογίας μεταξύ των ζευγών επιθέτων.

Το DSDS περιέχει 18 έννοιες/προτάσεις που αφορούν στη φροντίδα του σακχαρώδη διαβήτη. Για κάθε ένα από τα εννέα ζεύγη επίθετων που χρησιμοποιούνται, οι αόριστες θέσεις βαθμολογίας μετατράπηκαν σε αριθμούς (αριστερό διάστημα = 1, δεξιό διάστημα = 7) και υπολογίστηκαν ως συνεχείς μεταβλητές. Η βαθμολόγηση του DSDS πραγματοποιήθηκε

με την εξής μέθοδο: χρησιμοποιώντας τα 9 ζευγάρια επίθετων κάθε έννοιας φροντίδας του ΣΔ, υπολογίστηκε μια μέση βαθμολογία απόκρισης για κάθε μία από τις 18 έννοιες. Οι χαμηλές βαθμολογίες θεωρείται ότι αντιπροσωπεύουν τις πιο αρνητικές αντιλήψεις, ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες τις πιο θετικές.

2.4.2. Ερωτηματολόγιο Μελέτης Συμπεριφοράς για το Διαβήτη (Diabetes Attitude Survey-*rev.3, DAS-3*)

Το Ερωτηματολόγιο Μελέτης Συμπεριφοράς για το Διαβήτη (Diabetes Attitude Survey, DAS) είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τις συμπεριφορές αναφορικά με το σακχαρώδη διαβήτη. Είναι το πιο κατάλληλο για συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών ομάδων επαγγελματιών υγείας ή ασθενών. Το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο DAS αποτελείται από 33 στοιχεία στοχεύοντας στη δημιουργία πέντε διακριτών υποκλιμάκων. Οι υποκλίμακες αποτελούν στάσεις απέναντι στα ακόλουθα: 1) ανάγκη για ειδική εκπαίδευση για την παροχή φροντίδας στο ΣΔ, 2) σοβαρότητα του ΣΔ τύπου 2, 3) αξία αυστηρού ελέγχου γλυκόζης, 4) ψυχοκοινωνική επίδραση του ΣΔ, και τέλος, 5) στάση απέναντι στην αυτονομία του ασθενή.

2.5. Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα

Για τη διεξαγωγή της μελέτης, εξασφαλιστήκε η απαραίτητη ερευνητική άδεια, από το διοικητικό συμβούλιο του ιδιωτικού θεραπευτηρίου, έπειτα από αντίστοιχο αίτημα με την υποβολή του ερευνητικού πρωτοκόλλου και του ερωτηματολογίου που είχε επιλεγεί για να χρησιμοποιηθεί. Ακόμη, κάθε συμμετέχοντας συμπλήρωνε έγγραφως σχετικό έντυπο συγκατάθεσης στη μελέτη, κατόπιν ενημέρωσής του σχετικά με το είδος και τους σκοπούς της μελέτης. Τέλος, διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα της συμμετοχής όλων των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη με βάση τα κριτήρια της διακήρυξης του Ελσίνκι.

2.6. Στατιστική ανάλυση

Η περιγραφική ανάλυση αποτελεί το πρώτο στάδιο της στατιστικής επεξεργασίας με σκοπό την παρουσίαση της κάθε μεταβλητής, καθώς και την κατανόηση των δεδομένων που προσφέρονται από τον υπό μελέτη πληθυσμό. Στη συνέχεια εφαρμόζεται επαγωγική ανάλυση, για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών, δηλαδή ενός προσδιοριστή και μιας έκβασης. Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιείται ο έλεγχος χ^2 . Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιείται ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για εκείνες που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney U-test. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιείται η ανάλυση διασποράς anova (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιείται ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (Spearman's correlation coefficient). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

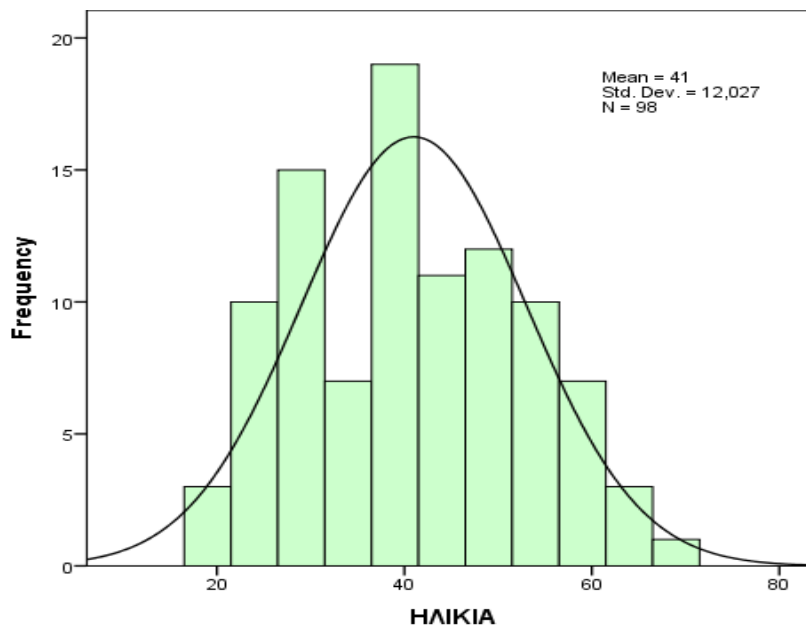
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Περιγραφική Στατιστική

3.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

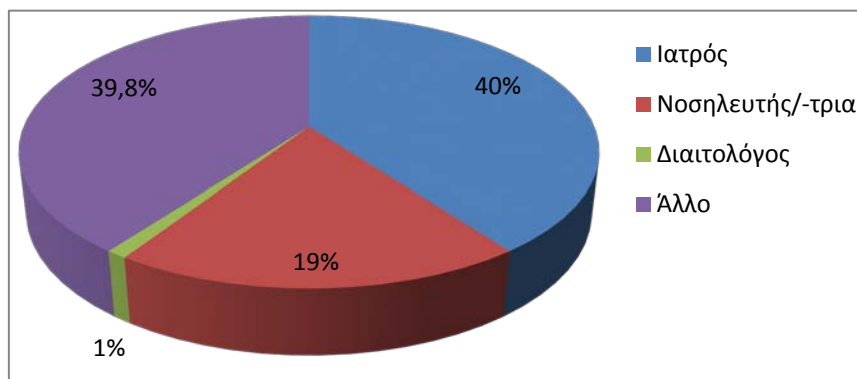
Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 98 επαγγελματίες υγείας που εργαζόταν στο Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης από τους οποίους το 45,9% (45/98) ήταν άνδρες και το 54,1% (53/98) γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος υπολογίστηκε ίση με 41,00 ($\pm 12,03$) έτη, με τους περισσότερους (27,55%, n=27 άτομα) να ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 40-49 ετών ακολουθούμενοι από την ηλικιακή ομάδα των 30-39 ετών (23,47%, n=23 άτομα) (Διάγραμμα 1). Το σύνολο του δείγματος εργαζόταν κατά μέσο όρο για 17,20 ($\pm 10,86$) χρόνια, με 17,35% (n=17) να είναι νέο προσωπικό με προϋπηρεσία κάτω των πέντε ετών και 15,31% (n=15) με προϋπηρεσία 11-20 έτη. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 18,37% (n=18) του δείγματος δεν αναφέρει τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Διάγραμμα 1. Ηλικία του δείγματος



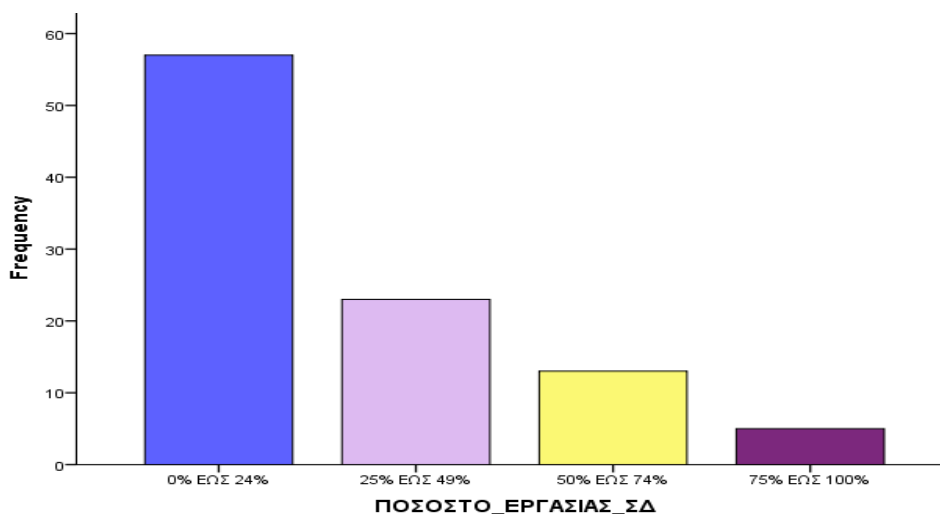
Από το σύνολο των συμμετεχόντων το 39,8% ήταν ιατροί, το 19,4% νοσηλευτές και το 1,0% διαιτολόγοι. Το υπόλοιπο 39,8% του δείγματος απάντησε «άλλο» (Διάγραμμα 2).

Διάγραμμα 2. Επάγγελμα του δείγματος



Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν για το ποσοστό της καθημερινής εργασιακής τους ενασχόλησης με τη διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, η πλειοψηφία του δείγματος (58,2%) εργάζεται σε ποσοστό από 0% έως 24% με άτομα με ΣΔ, και από 75% έως 100% το 5,1% του δείγματος (Διάγραμμα 3).

Διάγραμμα 3. Ενασχόληση με το Σακχαρώδη Διαβήτη



Επιπλέον, κατά την καταγραφή του εκπαιδευτικού τους επιπέδου βρέθηκε ότι το 42,9% (n=42) του πληθυσμού είχε λάβει πανεπιστημιακή μόρφωση και το 17,3% (n=17) ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικής εκπαίδευσης. Επίσης, το 9,2% (n=9) των συμμετεχόντων κατείχε

Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και το 11,2% (n=11) Διδακτορικό. Τέλος, απόφοιτοι τεχνικής /επαγγελματικής σχολής ήταν το 16,3% (n=16) των συμμετεχόντων (Διάγραμμα 3).

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

	n/N	% N
Φύλο		
Άνδρας	45/98	45,9
Γυναίκα	53/98	54,1
Επάγγελμα		
Ιατρός	39/98	39,8
Νοσηλεύτης/-τρια	19/98	19,4
Διαιτολόγος	1/98	1,0
Άλλο	39/98	39,8
Ποσοστό εργασίας που αφορά στο Σακχαρώδη Διαβήτη		
0% - 24%	57/98	58,2
25% - 49%	23/98	23,5
50% - 74%	13/98	13,3
75% - 100%	5/98	5,1
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Απόφοιτος Γυμνασίου	3/98	3,1
Απόφοιτος τεχνικής/επαγγελματικής σχολής	16/98	16,3
Απόφοιτος ΤΕΙ	17/98	17,3
Απόφοιτος ΑΕΙ	42/98	42,9
Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	9/98	9,2
Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	11/98	11,2
Μέση τιμή		ΤΑ
Ηλικία	41,00	± 12,03
Χρόνια εργασίας	17,20	± 10,86

3.1.2. Σημασιολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (Diabetes Sematic Differential Scales, DSDS)

Κατά την ανάλυση της Σημασιολογικής Διαφορικής Κλίμακας για το Διαβήτη (Diabetes Semantic Differential Scales, DSDS) χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές της κάθε μιας έννοιας γύρω από τη φροντίδα του Σακχαρώδη Διαβήτη στην οποία απάντησαν οι ερωτώμενοι. Οι χαμηλές βαθμολογίες (κοντά στο 1) θεωρείται ότι αντιπροσωπεύουν τις πιο αρνητικές αντιλήψεις, ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες (κοντά στο 7) τις πιο θετικές. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 2. Επίσης, υπολογίστηκε η συνολική μέση τιμή της κλίμακας, η οποία αντιστοιχούσε 4,27 ($\pm 1,71$), και φαίνεται ότι το σύνολο του δείγματος είχε μάλλον θετικά συναισθήματα απέναντι στο ΣΔ.

Πίνακας 2 Σημασιολογική Διαφορική Κλίμακα για το ΣΔ (DSDS)

Συναισθήματα που προκαλούνται από	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ	4,01	1,72
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΣΔ	4,15	1,68
ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΔ	4,24	1,72
ΧΑΜΗΛΗ ΓΛΥΚΟΖΗ ΑΙΜΑΤΟΣ (ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ)	4,13	1,65
ΝΑ ΕΧΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΣΔ	4,04	1,73
ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΓΛΥΚΟΖΗ	4,48	1,75
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΔ	4,10	1,71
ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	4,46	1,72
ΥΨΗΛΗ ΓΛΥΚΟΖΗ ΑΙΜΑΤΟΣ (ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ)	4,34	1,73
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΔ	4,04	1,75
ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΣΔ	4,23	1,79
ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΣΔ	4,38	1,68
ΧΡΗΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ	4,20	1,88
ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ	4,47	1,74
ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ	4,24	1,65
ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΔ	4,54	1,74
ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΦΙΛΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΔ	4,34	1,63
ΧΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΔ	4,28	1,59

3.1.3. Μελέτη Συμπεριφοράς απέναντι στο Διαβήτη (Diabetes Attitude Survey, DAS)

Μετά την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και τη Σημασιολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (Diabetes Semantic Differential Scales, DSDS), οι συμμετέχοντες απάντησαν, επίσης, στο ερωτηματολόγιο της Συμπεριφοράς απέναντι στο Σακχαρώδη Διαβήτη (Diabetes Attitude Survey, DAS). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 33 ερωτήσεις από τις οποίες προκύπτουν πέντε σχετικές κλίμακες. Οι κλίμακες αυτές είναι οι εξής:

- ✓ η ανάγκη για ειδική εκπαίδευση
- ✓ η σοβαρότητα του Σακχαρώδη Διαβήτη
- ✓ η αξία του αυστηρού ελέγχου
- ✓ οι ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί ο Σακχαρώδης Διαβήτης, και
- ✓ η αυτονομία των ασθενών.

Οι παραπάνω κλίμακες βαθμονομούνται με μία πενταβάθμια κλίμακα Likert, όπου το 1 αντιστοιχεί στο «συμφωνώ απόλυτα» και το 5 στο «διαφωνώ απόλυτα». Σύμφωνα με τις απαντήσεις, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες «συμφωνούν απόλυτα» ή «συμφωνούν» με την άποψη ότι υπάρχει ανάγκη για ειδική εκπαίδευση από τους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά στη νόσο, καθώς η μέση τιμή του εν λόγω σκορ υπολογίστηκε ίση με 1,64 ($\pm 0,45$). Επιπλέον, οι ερωτώμενοι «ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν» σχετικά με τη σοβαρότητα του Σακχαρώδη Διαβήτη (μέση τιμή 2,69 $\pm 0,63$). Όσον αφορά στην αξία του αυστηρού ελέγχου για το ΣΔ φαίνεται ότι η πλειοψηφία του δείγματος έχει ουδέτερη άποψη, καθώς η μέση τιμή του αντίστοιχου σκορ υπολογίστηκε ίση με 2,45 ($\pm 0,49$). Ο Σακχαρώδης Διαβήτης φαίνεται ότι έχει σημαντικές ψυχοσωματικές επιπτώσεις στους ασθενείς, καθώς η μέση τιμή του σκορ ήταν ίση με 2,16 ($\pm 0,39$). Τέλος, οι συμμετέχοντες θεωρούν σημαντική την αυτονομία των ατόμων με ΣΔ (2,29 $\pm 0,46$) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3 Σκορ στη Diabetes Attitude Survey (DAS) και επιμέρους σκορ

	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Σκορ DAS	73,75	± 14,79
Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση	1,64	± 0,45
Σοβαρότητα του ΣΔ	2,69	± 0,63
Αξία του αυστηρού ελέγχου	2,45	± 0,49
Ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί ο ΣΔ	2,16	± 0,39
Αυτονομία των ασθενών	2,29	± 0,46

Οι απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι στο ερωτηματολόγιο για τη μελέτη της συμπεριφοράς απέναντι στο ΣΔ (Diabetes Attitude Survey, DAS) παρουσιάζονται στον Πίνακα 1 του παραρτήματος. Πιο αναλυτικά, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρούν ότι οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη φροντίδα ατόμων με ΣΔ θα πρέπει να εκπαιδεύονται σε δεξιότητες επικοινωνίας (97%, 95/98), συμβουλευτικής (93,9%, 93/98) και διδασκαλίας (90,2%, 89/98), αλλά και να συνεργάζονται με τους ασθενείς κατά τη διαχείριση της νόσου (82,7%, 81/98). Επιπροσθέτως, περισσότερο από τους μισούς επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη (57,2%, 58/98) αναφέρουν ότι οι ίδιοι οι ασθενείς με ΣΔ θα πρέπει να παίζουν τον πρώτο ρόλο στην αυτοφροντίδα τους, ότι θα πρέπει οι ίδιοι να ενισχύουν τους ασθενείς στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα τους (82,7%, 81/98) και ότι το άτομο με ΣΔ θα πρέπει να έχει πολλές γνώσεις για τη διαχείριση της νόσου (50%,49/98) καθώς είναι το πιο σημαντικό μέλος της ομάδας φροντίδας της νόσου (71,5%,70/98).

Αναφορικά με τη διαχείριση της νόσου, το 44,9% (44) των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη αναφέρουν ότι η διατήρηση των τιμών σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα δεν παίζει ρόλο στην εμφάνιση επιπλοκών της νόσου, ενώ το 35,7% (35/98) πιστεύει ότι τα ηλικιωμένα άτομα με ΣΔ τύπου 2 δεν εμφανίζουν επιπλοκές της νόσου, και σχεδόν οι

μισοί από αυτούς (46,9%, 46/98) αναφέρουν ότι οι ασθενείς που ακολουθούν μόνο διατροφική αγωγή δεν θα εμφανίσουν επιπλοκές της νόσου. Περίπου ίσος είναι ο αριθμός των συμμετεχόντων που στη συγκεκριμένη ερώτηση απάντησαν αρνητικά (41,8%, 41/98). Επιπλέον, το 44,9% (44/98) του δείγματος αναφέρει ότι τα συναισθηματικά προβλήματα που προκαλεί ο ΣΔ είναι σημαντικά, με το άγχος να αποτελεί την κυριότερη ψυχολογική εκδήλωση (81,6%, 80/98).

Τέλος, οι συμμετέχοντες στη μελέτη αναφέρουν ότι ο ΣΔ επηρεάζει όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ασθενή (57,2%, 56/98), ότι αλλάζει την προοπτική για τη ζωή (42,8%,) και σχεδόν όλοι (92,8%, 91/98) ότι η στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον είναι σημαντικό στην διαχείριση του ΣΔ.

3.2. Επαγωγική στατιστική

3.2.1. Συγκρίσεις

Από τη σύγκριση του φύλου με το πρώτο τμήμα του εργαλείου έρευνας (Σημαιολογική Διαφορική Κλίμακα για το ΣΔ, DSDS) βρέθηκε ότι σχετίζεται στατιστικά σημαντικά μόνο με τη χρήση ινσουλίνης ($p=0,04$), ενώ οριακά στατιστική σημαντικότητα βρέθηκε με τον έλεγχο του αίματος για γλυκόζη ($p=0,09$) (Παράρτημα πίνακας 2). Επίσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του επιπέδου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων με την παροχή βοήθειας από την οικογένεια στη διαχείριση του ΣΔ ($p=0,05$) (Παράρτημα πίνακας 3). Τέλος, τα συναισθήματα του ασθενή για το ΣΔ, αλλά και το ποσοστό της καθημερινής ενασχόλησής τους με θέματα που έχουν να κάνουν με τη φροντίδα του ΣΔ φάνηκε να έχουν μια οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,05$) (Παράρτημα Πίνακας 4).

Στη συνέχεια έγινε σύγκριση του σκορ στο ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς απέναντι στο ΣΔ (DAS) και στα επιμέρους σκορ της κάθε υποκατηγορίας με το φύλο των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3. Η σχέση ανάμεσα στο Σκορ DAS και το φύλο είναι στατιστικά σημαντική ($p= 0,02$). Συγκεκριμένα, ο ανδρικός πληθυσμός είχε μέση τιμή του σκορ 69,87 ($\pm 16,26$) και ο γυναικείος 77,06 ($\pm 12,65$). Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε και ανάμεσα στο φύλο και τα επιμέρους σκορ που σχετίζονται με τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις της νόσου και την αυτονομία των ασθενών ($p=0,04$ και $p=0,05$, αντίστοιχα) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4 Σύγκριση φύλου με Σκορ DAS και επιμέρους σκορ

		Μέση τιμή	ΤΑ	P
Σκορ DAS	Άνδρας	69,87	$\pm 16,26$	0,02
	Γυναίκα	77,06	$\pm 12,65$	
Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση	Άνδρας	1,56	$\pm 0,39$	0,09
	Γυναίκα	1,71	$\pm 0,48$	
Σοβαρότητα του ΣΔ	Άνδρας	2,59	$\pm 0,67$	0,17

	Γυναίκα	2,77	± 0,59	
Αξία του αυστηρού ελέγχου	Άνδρας	2,36	± 0,55	0,12
	Γυναίκα	2,52	± 0,43	
Ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί ο ΣΔ	Άνδρας	2,07	± 0,37	0,04
	Γυναίκα	2,23	± 0,40	
Αυτονομία των ασθενών	Άνδρας	2,20	± 0,47	0,05
	Γυναίκα	2,37	± 0,44	

Στη συνέχεια συγκρίθηκαν το συνολικό σκόρ στην κλίμακα DAS και στα επιμέρους σκόρ με το επάγγελμα των ερωτώμενων, και βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο με την ανάγκη για ειδική εκπαίδευση ($p=0,02$), όσο και με τη σοβαρότητα της νόσου ($p=0,05$) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5 Σύγκριση επαγγέλματος με Σκόρ DAS και επιμέρους σκόρ

		Μέση τιμή	ΤΑ	p
Σκόρ DAS	Ιατρός	74,39	± 11,79	0,35
	Νοσηλεύτης/-τρια	68,95	± 19,80	
	Διαιτολόγος	63,00	-	
	Άλλο	75,74	± 14,65	
Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση	Ιατρός	1,80	± 0,44	0,02
	Νοσηλεύτης/-τρια	1,53	± 0,34	
	Διαιτολόγος	2,00	-	
	Άλλο	1,53	± 0,46	
Σοβαρότητα του ΣΔ	Ιατρός	2,62	± 0,59	0,05
	Νοσηλεύτης/-τρια	2,46	± 0,73	
	Διαιτολόγος	2,14	-	

	Άλλο	2,87	± 0,58	
	Ιατρός	2,43	± 0,41	
Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση	Νοσηλεύτης/-τρια	2,29	± 0,65	0,30
	Διαιτολόγος	2,17	-	
	Άλλο	2,54	± 0,48	
Ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί ο ΣΔ	Ιατρός	2,120	± 0,41	0,43
	Νοσηλεύτης/-τρια	2,07	± 0,44	
	Διαιτολόγος	1,71	-	
	Άλλο	2,18	± 0,35	
Αυτονομία των ασθενών	Ιατρός	2,29	± 0,42	0,75
	Νοσηλεύτης/-τρια	2,22	± 0,62	
	Διαιτολόγος	2,00	-	
	Άλλο	2,34	± 0,41	

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης του συνολικού και των επιμέρους σκορ της κλίμακας DAS με το ποσοστό ενασχόλησης με το Σακχαρώδη Διαβήτη. Οι σχέσεις που προέκυψαν από όλες τις συγκρίσεις βρέθηκε ότι ήταν μη στατιστικά σημαντικές ($p > 0,05$).

Πίνακας 6 Σύγκριση ποσοστού ενασχόλησης με το Σακχαρώδη Διαβήτη με Σκορ DAS και επιμέρους σκορ

		Μέση τιμή	ΤΑ	p
Σκορ DAS	0% - 24%	74,54	± 14,47	0,50
	25% - 49%	71,09	± 14,28	
	50% - 74%	77,23	± 12,90	
	75% - 100%	68,00	± 24,97	

Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση	0% - 24%	1,60	± 0,46	0,29
	25% - 49%	1,61	± 0,40	
	50% - 74%	1,85	± 0,43	
	75% - 100%	1,76	± 0,54	
Σοβαρότητα του ΣΔ	0% - 24%	2,72	± 0,62	0,57
	25% - 49%	2,54	± 0,71	
	50% - 74%	2,69	± 0,63	
	75% - 100%	2,91	± 0,26	
Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση	0% - 24%	2,40	± 0,53	0,82
	25% - 49%	2,36	± 0,46	
	50% - 74%	2,50	± 0,47	
	75% - 100%	2,44	± 0,30	
Ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί ο ΣΔ	0% - 24%	2,20	± 0,41	0,35
	25% - 49%	2,05	± 0,40	
	50% - 74%	2,21	± 0,40,31	
	75% - 100%	2,01	± 0,39	
Αυτονομία των ασθενών	0% - 24%	2,29	± 0,47	0,71
	25% - 49%	2,24	± 0,43	
	50% - 74%	2,42	± 0,50	
	75% - 100%	2,23	± 0,42	

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (Πίνακας 7) που έλαβαν μέρος στη μελέτη σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ DAS ($p=0,05$). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το Σκορ για τους απόφοιτους Γυμνασίου ήταν ίσο με 78,00 ($\pm 10,44$), για τους απόφοιτους τεχνικής/επαγγελματικής σχολής 68,19 ($\pm 21,04$) και για τους κατόχους Διδακτορικού τίτλου 84,55 ($\pm 9,80$). Επίσης, το σκορ των ψυχοσωματικών επιπτώσεων έχει ισχυρή στατιστική

σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων ($p=0,00$), ενώ οριακή συσχέτιση βρέθηκε με την αυτονομία του ασθενή ($p=0,09$).

Πίνακας 7 Σύγκριση εκπαίδευσης με Σκορ DAS και επιμέρους σκορ

		Μέση τιμή	ΤΑ	p
Σκορ DAS	Απόφοιτος Γυμνασίου	78,00	$\pm 10,44$	0,05
	Απόφοιτος τεχνικής/επαγγελματικής σχολής	68,19	$\pm 21,04$	
	Απόφοιτος ΤΕΙ	72,35	$\pm 16,76$	
	Απόφοιτος ΑΕΙ	72,57	$\pm 12,32$	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	77,22	$\pm 8,02$	
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	84,55	$\pm 9,80$	
Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση	Απόφοιτος Γυμνασίου	1,67	$\pm 0,31$	0,10
	Απόφοιτος τεχνικής/επαγγελματικής σχολής	1,46	$\pm 0,44$	
	Απόφοιτος ΤΕΙ	1,51	$\pm 0,36$	
	Απόφοιτος ΑΕΙ	1,69	$\pm 0,44$	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	1,62	$\pm 0,57$	
Σοβαρότητα του ΣΔ	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	1,93	$\pm 0,43$	0,67
	Απόφοιτος Γυμνασίου	2,86	$\pm 0,52$	
	Απόφοιτος τεχνικής/επαγγελματικής σχολής	2,68	$\pm 0,74$	

	Απόφοιτος ΤΕΙ	2,59	± 0,69	
	Απόφοιτος ΑΕΙ	2,62	± 0,59	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	2,83	± 0,59	
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	2,94	± 0,58	
	Απόφοιτος Γυμνασίου	2,74	± 0,25	
	Απόφοιτος τεχνικής/επαγγελματικής σχολής	2,38	± 0,65	
Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση	Απόφοιτος ΤΕΙ	2,42	± 0,60	0,51
	Απόφοιτος ΑΕΙ	2,40	± 0,43	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	2,43	± 0,47	
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	2,69	± 0,30	
	Απόφοιτος Γυμνασίου	2,05	± 0,36	
	Απόφοιτος τεχνικής/επαγγελματικής σχολής	1,99	± 0,41	
Ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί ο ΣΔ	Απόφοιτος ΤΕΙ	2,14	± 0,42	0,00
	Απόφοιτος ΑΕΙ	2,14	± 0,37	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	2,09	± 0,28	
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	2,58	± 0,26	
Αυτονομία των	Απόφοιτος Γυμνασίου	2,25	± 0,19	0,09

ασθενών	Απόφοιτος		
	τεχνικής/επαγγελματικής σχολής	2,14	$\pm 0,56$
	Απόφοιτος ΤΕΙ	2,29	$\pm 0,54$
	Απόφοιτος ΑΕΙ	2,25	$\pm 0,40$
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	2,32	$\pm 0,36$
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	2,66	$\pm 0,34$

3.2.2. Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 8 παρατίθενται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συσχέτιση της ηλικίας των ερωτώμενων με τα επιμέρους σκορ. Πιο αναλυτικά, για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας μειώνεται κατά 0,74 μονάδες το σκορ για την ανάγκη για ειδική εκπαίδευση. Η σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p=0.47$). Αντίθετα, η σχέση ανάμεσα στην ηλικία και το σκορ για τη σοβαρότητα της νόσου βρέθηκε ότι είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,05$) και μάλιστα η αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συνεπάγεται αύξηση του σκορ κατά 0,18 μονάδες (Πίνακας 8).

Πίνακας 8 Συσχέτιση της ηλικίας με τα επιμέρους σκορ

	r'	p
Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση	-0,74	0,47
Σοβαρότητα του ΣΔ	0,18	0,05
Αξία του αυστηρού ελέγχου	0,11	0,29
Ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί ο ΣΔ	0,18	0,07
Αυτονομία των ασθενών	0,17	0,09

Τέλος, από τη συσχέτιση των ετών εργασίας με τα επιμέρους σκορ βρέθηκε ότι υπάρχει οριακά στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στα έτη εργασίας και τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις ($p=0,05$). Συγκεκριμένα, ένα έτος αύξησης των χρόνων εργασίας οδηγεί σε αύξηση του εν λόγω σκορ κατά 0,20 μονάδες (Πίνακας 9).

Πίνακας 9 Συσχέτιση χρόνων εργασίας με τα επιμέρους σκορ

	r'	p
--	-----------	----------

Ανάγκη για ειδική εκπαίδευση	-0,03	0,82
Σοβαρότητα του ΣΔ	0,09	0,44
Αξία του αυστηρού ελέγχου	0,09	0,45
Ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί ο ΣΔ	0,20	0,05
Αυτονομία των ασθενών	0,12	0,28

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι γνώσεις, οι στάσεις και η συμπεριφορά αναφορικά με το Σακχαρώδη Διαβήτη όπως αυτές καταγράφηκαν σε ένα δείγμα ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπρόσθετα, ο ερευνητής προσπάθησε να εντοπίσει την επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων στη διαμόρφωση των στάσεων και των συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το ΣΔ, καθώς και τον βαθμό επίδρασής τους στους συμμετέχοντες στη μελέτη εργαζόμενους.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο ΣΔ αποτελεί ένα χρόνια μεταβολικό νόσημα με ιδιαίτερα αυξημένες επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των πασχόντων, καθώς επηρεάζει σε κοινωνικό, οικονομικό, αλλά και προσωπικό επίπεδο, τόσο λόγω των μακροχρόνιων επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει όσο και λόγω του αυξημένου κόστους αντιμετώπισης της νόσου (Κατσίκη και συν. 2009). Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας είναι σημαντική για την ορθή και αποτελεσματική διαχείριση του συνδρόμου.

Στην παρούσα μελέτη, αρχικά, έγινε έλεγχος του βαθμού επίδρασης των δημογραφικών στοιχείων στη στάση και συμπεριφορά των συμμετεχόντων απέναντι στο ΣΔ. Βρέθηκε, λοιπόν, ότι το φύλο σχετίζεται στατιστικά σημαντικά μόνο με τη χρήση ινσουλίνης ($p=0,04$) και οριακά με τον αυτοέλεγχο για γλυκόζη αίματος. Μελέτη των Saad et al. (2018) κατέληξε σε παρόμοια αποτελέσματα, εντοπίζοντας ότι το φύλο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση του ΣΔ ειδικά σε τομείς όπως η άσκηση και ο τακτικός αυτοέλεγχος της γλυκόζης αίματος.

Αναφορικά με τα συναισθήματα που προκαλεί ο ΣΔ στους επαγγελματίες υγείας, όπως αυτά μετρήθηκαν με τη Σημασιολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (Diabetes Semantic Differential Scales, DSDS), φάνηκε να υπάρχει μια ουδέτερη προς θετική τάση καθώς η μέση τιμή ήταν $4,27 (\pm 1,71)$, με πιο θετικά τα συναισθήματα που αφορούσαν στον αυτοέλεγχο για γλυκόζη αίματος ($4,48 \pm 1,75$), στη λήψη αντιδιαβητικής αγωγής από το στόμα

(4,47 ±1,74), στο γλυκαιμικό έλεγχο (4,46±1,72) και στη διατροφή του ατόμου με ΣΔ (4,23 ±1,79).

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες για τη διερεύνηση της ανάγκης εξειδικευμένης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, της αξίας του αποτελεσματικού ελέγχου για τη βέλτιστη διαχείριση του ΣΔ, των ψυχοσωματικών και κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων της νόσου, της συμμόρφωσης με τη θεραπευτική αγωγή, καθώς και της αυτοδιαχείρισης της νόσου από τους ίδιους τους ασθενείς στις περισσότερες περιπτώσεις με τη χρήση του DAS.

Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη, φαίνεται πως αναγνώριζαν την ανάγκη για ειδική εκπαίδευση γύρω από θέματα του ΣΔ, αλλά και τη φροντίδα των ατόμων με ΣΔ. Η εκπαίδευση με σκοπό την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, συμβουλευτικής, διδασκαλίας και συνεργασίας με τους ασθενείς κατά τη διαχείριση της νόσου είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αυτά τα αποτελέσματα βρίσκονται σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία. Η έλλειψη γνώσεων των επαγγελματιών υγείας και η αρνητική στάση τους αποτελεί εμπόδιο στην αποτελεσματική διαχείριση της νόσου (Larne & Pugh 1998). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε μελέτη των Khan et al. (2011), δηλαδή ότι η αποτελεσματική διαχείριση του ΣΔ επηρεάζεται σημαντικά από τις γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας. Αργότερα, στο Πακιστάν, βρέθηκε ότι το καλό επίπεδο γνώσεων των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει θετικά την κλινική έκβαση των ατόμων με ΣΔ (Shehra et al. 2012). Επαγγελματίες που δεν έχουν σφαιρικές και επικαιροποιημένες γνώσεις αναφορικά με το ΣΔ δεν μπορούν να εκπαιδεύσουν αποτελεσματικά στην αυτοδιαχείριση της νόσου, κυρίως γιατί νέες μέθοδοι αυτοεξέτασης και νέα σκευάσματα κάνουν την εμφάνισή τους με πολύ ταχείς ρυθμούς. Αρκετές φορές αυτό που ένα άτομο θεωρεί ότι γνωρίζει όταν ελεγχθεί διεξοδικά μέσω ερωτηματολογίων, αποκαλύπτει το πραγματικό επίπεδο γνώσεων, συχνά αρκετά χαμηλότερο από αυτό που θεωρούσε ότι είχε ο επαγγελματίας υγείας. Σε μελέτες των Drass et al. (1989) και του Burden (1993) βρέθηκε ότι οι γνώσεις που οι επαγγελματίες υγείας θεωρούσαν ότι είχαν γύρω από το ΣΔ, σχετιζόταν αντιστρόφως ανάλογα με τις γνώσεις που πραγματικά είχαν. Αργότερα, μελέτη των Rubin et al. (2007), στις ΗΠΑ, σε δείγμα νοσηλευτών και ειδικευόμενων ιατρών κατέληξε στο

συμπέρασμα ότι οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας δεν ήταν επαρκείς για την ορθή διαχείριση του ΣΔ. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα και στο Ηνωμένο Βασίλειο σε μελέτη των O'Brien et al. (2003).

Σε έρευνα των Abduelkarem and El-Shareif (2013) αναφορικά με το έλλειμα γνώσης των νοσηλευτών για θέματα διαχείρισης του ΣΔ, βρέθηκε ότι η γνώση σχετικά με το διαβήτη παρουσίασε διακύμανση μεταξύ νοσηλευτών διαφορετικών ειδικοτήτων/εξειδικεύσεων. Οι ίδιοι ανέφεραν ότι ένιωθαν περιορισμένες γνώσεις κυρίως για θέματα διατροφής και για τα συμπτώματα των οξέων επιπλοκών του ΣΔ. Η επικαιροποίηση των γνώσεων μέσω προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική. Επίσης, σε έρευνα των Sharp & Lipsky (2002) για την επίδραση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος, διάρκειας τριών μηνών, για το ΣΔ στις στάσεις των επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών) χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα DAS, όπως και στην παρούσα έρευνα. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη οι ιατροί είχαν σημαντικά πιο θετική στάση σε δύο από τις πέντε υποκλίμακες της DAS, ενώ οι νοσηλευτές σε πέντε σχετικές υποκλίμακες μετά την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι ενώ οι ιατροί, σε απόλυτες τιμές, είχαν πιο θετική στάση απέναντι στο ΣΔ (74,39, $\pm 11,79$) σε σχέση με τους νοσηλευτές (68,95, $\pm 19,80$), παρόλα αυτά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,35$). Σε αντίθεση το φύλο φαίνεται ότι έχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε δύο από τις πέντε υποκλίμακες του ερωτηματολογίου DAS, όπως ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί ο ΣΔ ($p=0,04$) και αυτονομία των ασθενών ($p=0,05$), αλλά και στο συνολικό σκόρ ($p=0,02$) με τους άνδρες να έχουν λιγότερες γνώσεις για το ΣΔ (69,87 $\pm 16,26$) από ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη (77,06 $\pm 12,65$).

Παρόμοια αποτελέσματα εντοπίζονται και άλλες μελέτες. Σύμφωνα με τον Metzger (2010), η καλή επικοινωνία μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενή βελτιώνει τη συμμόρφωση του δεύτερου στο θεραπευτικό σχήμα. Η κακή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας ευθύνεται, πιθανά, για την κακή συμμόρφωση ασθενών με ΣΔτ2 με την από του στόματος αντιδιαβητική αγωγή. Σε άλλη μελέτη βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της καλής σχέσης των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας που οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή (Rose et al., 2000). Η εξέλιξη

της τεχνολογίας και η χρήση νέων μορφών επικοινωνίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς φαίνεται ότι θα απασχολήσει τους ερευνητές στο μέλλον. Ήδη μελέτες που πραγματοποιήθηκαν το 2018 (Mirenberg et al., Stanton-Robinson et al., Chen et al.) έδειξαν ότι η επικοινωνία με γραπτά μηνύματα ή ηλεκτρονικό ταχυδρομείο έχουν πολύ καλά αποτελέσματα στη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή.

Έχει βρεθεί ότι οι δεξιότητες συμβουλευτικής και διδασκαλίας βελτιώνονται με παρακολούθηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αλλά ταυτόχρονα βελτιώνεται και το επίπεδο των μεταβολικών παραμέτρων των ασθενών αυτών των επαγγελματιών υγείας που επικαιροποιούν τις γνώσεις τους σε τακτική βάση σε σύγκριση με τους ασθενείς που παρακολουθούνται από επαγγελματίες που ακολουθούν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (Olivarius et al. 2001). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και άλλη μελέτη (Feifer 2001) στην οποία βρέθηκε ότι η περίθαλψη ασθενών με ΣΔ είναι υψηλότερου επιπέδου όταν παρέχεται από επαγγελματίες που ακολουθούν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Η παροχή της φροντίδας στα άτομα με ΣΔ είναι θέμα της πολυδύναμης ομάδας υγείας η οποία, όπως έχει προαναφερθεί, περιλαμβάνει τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, τους διαιτολόγους, τους φυσιοθεραπευτές και τους ψυχολόγους. Ο ρόλος του Ειδικού Νοσηλευτή στο Διαβήτη (ΕΝΔ) είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την αποτελεσματική διαχείριση της νόσου (Quinn 2013). Ένα από τα καθήκοντα του ΕΝΔ είναι η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους ασθενείς που βασίζονται στις διεθνείς και εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες με απώτερο στόχο την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος για τον ασθενή με ΣΔ..

Όσον αφορά τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φάνηκαν να μην βρίσκονται σε πλήρη αντιστοιχία με μελέτες της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με το πόσο σοβαρή νόσος είναι ο ΣΔ, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι επικρατεί μία μάλλον ουδέτερη άποψη (μέση τιμή $2,69 \pm 0,63$). Παρά το συγκεκριμένο εύρημα, είναι αποδεκτό από την επιστημονική κοινότητα ότι ο ΣΔ αποτελεί μία σοβαρή και, πολλές φορές, επικίνδυνη νόσο η οποία επηρεάζει πολλά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού και συνοδεύεται από ποικίλλες επιπλοκές (διαβητική νευροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια και νεφροπάθεια, μικρο και μακροαγγειοπάθεια,

διαβητικό πόδι, υπεροσμωτικό υπεργλυκαιμικό μη κετοοξεωτικό κώμα, διαβητική κετοξέωση, υπογλυκαιμία) που έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής του ατόμου και τις οικογένειάς του (Fishbein & Palumbo 1995, Kitabchi et al. 2006, Bailes 2002, Μελιδώνης & Κουτσοβασίλης 2010). Πιο συγκεκριμένα, μελέτες έχουν δείξει ότι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία απώλειας της όρασης σε άτομα με ΣΔ, ακολουθούμενη από τον καταρράκτη και το γλαύκωμα (Klein & Klein 1997). Ενώ η διαβητική νεφροπάθεια αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία της χρόνιας νεφρικής νόσου και ανάγκης υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας (Weisbord et al. 2004).

Παρομοίως, οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη ένω διακατέχονται από θετικά συναισθήματα ($4,46 \pm 1,72$) απέναντι στην αξία του αυστηρού ελέγχου του ΣΔ ταυτόχρονα η στάση τους καταγράφηκε ουδέτερη στάση ($2,45 \pm 0,49$), σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Παγκοσμίως, μέσα από πλήθος μελετών έχει καταστεί σαφές ότι κύριος προγνωστικός παράγοντας για την εξέλιξη της νόσου αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών για την αυτοδιαχείριση του ΣΔ (Montagnana et al. 2009; Chaia et al., 2018; Kumah et al., 2018; Sprague et al. 2006; Duke et al. 2009; Wagner et al. 2009) και στην πρόληψη βραχυπρόθεσμων, μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπλοκών. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται, αλλά και διατηρείται, καλός γλυκαιμικός έλεγχος, προλαμβάνεται και εντοπίζεται έγκαιρα η υπογλυκαιμία και η σοβαρή υπεργλυκαιμία, και επιτυγχάνονται αλλαγές στον τρόπο ζωής και υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής. Αναφορικά με τη διαχείριση της νόσου, το 84,1% των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη αναφέρουν ότι η πρόληψη εμφάνισης επιπλοκών του ΣΔ επιτυγχάνεται με τη διατήρηση του σωστού γλυκαιμικού δείκτη. Έχει βρεθεί ότι η αυτοφροντίδα και η αυτοπαρακολούθηση της γλυκόζης αίματος επιδρά θετικά στη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου (Vaz Machry et al. 2018). Παράλληλα, σε άλλη μελέτη των Herman et al. (2018), έχει παρατηρηθεί ότι ο αυστηρός γλυκαιμικός έλεγχος περιορίζει τη συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνει και τη συνολική ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔ.

Στην παρούσα μελέτη εντοπίστηκε η σημασία της σωστής διατροφής για τα άτομα με ΣΔ, η οποία αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες στην ορθή διαχείριση της νόσου (Abdelhafiz & Sinclair 2015). Έτσι, το 46,9% (46/98) ανέφερε ότι οι ασθενείς που

ακολουθούν μόνο διατροφική αγωγή δεν θα εμφανίσουν επιπλοκές της νόσου, ενώ περίπου ένας στους δέκα (10,2%, 10/98) είχε ουδέτερη στάση απέναντι στη συμβολή της διατροφικής αγωγής στην πρόληψη μακροπρόθεσμων επιπλοκών.

Είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία ότι ο ΣΔ φαίνεται ότι έχει σημαντικές ψυχοσωματικές επιπτώσεις στους ασθενείς. Στην παρούσα έρευνα είναι άξιο αναφοράς το γεγονός ότι το 44,9% (44/98) του δείγματος αναφέρει ότι τα συναισθηματικά προβλήματα που προκαλεί ο ΣΔ δεν είναι σημαντικά, ενώ ταυτόχρονα το 81,6% (80/98) θεωρεί ότι το άγχος αποτελεί την κυριότερη ψυχολογική εκδήλωση. Οι ψυχολογικές εκδηλώσεις εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου, η κατάθλιψη και η αυτό-αποτελεσματικότητα έχει φανεί ότι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματική διαχείριση της νόσου επηρεάζοντας αρνητικά το γλυκαιμικό έλεγχο και τη συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα (Lin et al., 2017; Indelicato et al., 2017; Asuzu et al., 2017; Anderson et al., 2001). Πιο συγκεκριμένα, μελέτη των Schlundt et al. (1999) κατέληξε στο ότι η χαμηλή συμμόρφωση με τη διατροφική αγωγή ατόμων με ΣΔ τύπου 1 επηρεάζονταν από τα αρνητικά συναισθήματα που βίωνε το άτομο, και κυρίως από το άγχος και την κατάθλιψη. Παρόμοια ευρήματα είχε και μελέτη των Mollema et al. (2001) σε άτομα με ΣΔ τύπου 1 και τύπου 2, όπου εντοπίστηκε σημαντική συσχέτιση του άγχους με τη συμμόρφωση με τις διατροφικές οδηγίες, τόσο στην ποσότητα όσο και στο είδος των τροφών που καταναλώνονταν. Βρέθηκε επίσης, ότι τα άτομα με αρνητικά συναισθήματα και φόβο προς την ενέσιμη αγωγή και/ή τον αυτοέλεγχο της γλυκόζης αίματος εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης. Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε και παλιότερη

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, ο ΣΔ φαίνεται ότι αλλάζει την προοπτική για τη ζωή (42,8%), επηρεάζει όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ασθενή (57,2%), ενώ η στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη διαχείριση του ΣΔ στο σύνολο σχεδόν του δείγματος (92,8%). Η διεθνής βιβλιογραφία έρχεται να στηρίξει απόλυτα αυτά τα ευρήματα. Μελέτη για τη διερεύνηση του αντίκτυπου του ΣΔ στις ζωές των ασθενών βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της σωματικής (PCS-12) και της διανοητική (MCS-12) κατάσταση του ατόμου με ΣΔ με την παρουσία τριών ή περισσότερων διαβητικών επιπλοκών (Mutashambara

Rwegerera et al. 2018). Επίσης, σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι ο φόβος της υπογλυκαιμίας έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την ποιότητα ζωής του ατόμου με ΣΔ.

Από τη μελέτη δεν θα μπορούσε να λείπει η διερεύνηση του ρόλου της οικογένειας στη διαχείριση της νόσου. Βρέθηκε, λοιπόν ότι το οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη διαχείριση της νόσου όσο και στη συμμόρφωση. Ανάλογες μελέτες (Mayberry et al. 2012), κατέληξαν στο ότι η οικογένεια παίζει ιδιαίτερο ρόλο στη διαχείριση της νόσου. Η υποστηρικτική οικογένεια συμβάλλει σημαντικά στην ορθή διαχείριση της νόσου, ενώ, σε αντίθεση, μια οικογένεια που δεν στηρίζει το μέλος της που έχει ΣΔ είναι δυνατό να επηρεάσει αρνητικά προκαλώντας χαμηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης. Επίσης, ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον είναι δυνατό να βελτιώσει τη χαμηλή γνωστική λειτουργία και τον έλεγχο του ΣΔ (Strizich et al. 2016, Gomes et al. 2017). Καθώς η νόσος επηρεάζει διάφορες εκφάνσεις της προσωπικής, αλλά και οικογενειακής ζωής, καλό είναι η οικογένεια να παίζει ενεργό ρόλο στη διαχείριση του ΣΔ. Η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ενημέρωσης για τη νόσο προτείνεται τόσο για τον ίδιο τον ασθενή με ΣΔ, όσο και για το στενό οικογενειακό/φιλικό του περιβάλλον. Έτσι επιτυγχάνεται καλύτερος γλυκαιμικός έλεγχος.

4.1. Περιορισμοί της μελέτης

Ο κυριότερος περιορισμός της παρούσας μελέτης αφορά στο μέγεθος του δείγματος. Αποτελεί το ένα έκτο του συγκεκριμένου νοσηλευτικού ιδρύματος, και έτσι δεν είναι δυνατή η γενίκευση των συμπερασμάτων. Ακόμη, η αυτοαναφορά εκ μέρους των συμμετεχόντων ψυχοκοινωνικών μεταβλητών (επίπεδο γνώσεων, πεποιθήσεις, συμπεριφορά πρακτικών) σε κλίμακες ενδέχεται να εμπεριέχει σφάλματα εκτίμησης, που μπορεί να αποτυπωθούν στις απαντήσεις τους, γεγονός που συνεπάγεται με μεροληψία και ενδεχόμενα συστηματικά σφάλματα στα αποτελέσματα.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ΣΔτ2 είναι μια νόσος που, σε μεγάλο βαθμό, είναι δυνατό να προληφθεί με την επικαιροποίηση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, κυρίως σε θέματα προαγωγής και αγωγής υγείας, με αποτέλεσμα τη μείωση του φορτίου νόσου (WHO 2007).

Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται σε καθημερινή και στενή επαφή τόσο με τα άτομα με ΣΔ όσο και τις οικογένειές τους. Τα τελευταία έτη υπάρχει η τάση η φροντίδα υγείας να μετατοπιστεί από τους επαγγελματίες υγείας προς τους ίδιους τους ασθενείς. Έτσι, ο ρόλος τους έχει διαφοροποιηθεί αρκετά. Από τη μία προσπαθούν να εξασφαλίσουν την παροχή βέλτιστης φροντίδας στα άτομα με ΣΔ, και από την άλλη παρέχουν την απαραίτητη εκπαίδευση για να μπορέσει το άτομο να αναλάβει τη φροντίδα της νόσου στοχεύοντας στην πρόληψη επιπλοκών.

Η διαθεσιμότητα επικαιροποιημένων και τεκμηριωμένων πληροφοριών, η εκπαίδευση και η κινητοποίηση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες αλλαγής συμπεριφοράς των ασθενών με αποτέλεσμα τη βελτίωση της συμμόρφωσης με το θεραπευτικό σχήμα. Τα άτομα με χρόνια νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, εκτός των σωματικών μεταβολών εκδηλώνουν, στις περισσότερες περιπτώσεις, και ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές. Στόχος του επαγγελματία υγείας είναι η παροχή ολιστικής φροντίδας.

Στην παρούσα μελέτη, διερευνήθηκαν οι γνώσεις, οι στάσεις και η συμπεριφορά δείγματος ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για θέματα που αφορούν στη διαχείριση του ΣΔ, καθώς και η επίδραση κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων στις πεποιθήσεις του προσωπικού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, τα οποία βρέθηκαν σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, η εκπαίδευση του προσωπικού υγείας σε δεξιότητες επικοινωνίας και συμβουλευτικής των ασθενών θεωρείται απαραίτητη για την παροχή επικαιροποιημένης και ορθής εκπαίδευσης σχετικά με τη διαχείριση του ΣΔ, αλλά και για τη διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που μπορούν να επηρεάσουν τη συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα.

Συστήματα υγείας με ανεπτυγμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχουν επενδύσει σημαντικά ποσά στη διαχείριση του ΣΔ από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας ως επί το πλείστον εξωνοσοκομειακά, στο σπίτι ή την κοινότητα (Peters et al. 2001, Renders et al. 2001). Οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, και τροποποιούν τη στάση των δευτέρων σχετικά με τη διαχείριση της νόσου. Σε αυτά βρίσκεται το κλειδί για την ορθή διαχείριση του ΣΔ και τη βελτίωση των ποσοστών συμμόρφωσης με τη θεραπεία.

Ένας από τους κυριότερους ρόλους του σύγχρονου επαγγελματία υγείας, εκτός από την ορθή και επικαιροποιημένη γνώση, είναι η προαγωγή της αυτοδιαχείρισης της νόσου και της αυτοφροντίδας, όπως αυτά επιτυγχάνονται μέσω του γλυκαιμικού ελέγχου και της συμμόρφωσης με τη διαιτητική αγωγή.

Στην παρούσα μελέτη δεν φάνηκε τα δημογραφικά στοιχεία των επαγγελματιών υγείας να επηρεάζουν τη συμπεριφορά απέναντι στο ΣΔ. Παρόλα αυτά, το ποσοστό της καθημερινής ενασχόλησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με θέμα που αφορούν στο ΣΔ φάνηκε να επηρεάζει τη διαμόρφωση των πεποιθήσεων σχετικά με την αξία του αυστηρού γλυκαιμικού ελέγχου, τις ψυχοσωματικές επιπτώσεις στους ασθενείς, τη σοβαρότητα της νόσου και την αυτονομία του ασθενή καταδεικνύοντας ότι όσο αυξάνει η ενασχόληση του προσωπικού υγείας με άτομα με ΣΔ, τόσο βελτιώνεται η κατανόηση των προβλημάτων που αυτά αντιμετωπίζουν, αλλά και των παρεμβάσεων που απαιτούνται για ορθή διαχείριση της νόσου.

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdelhafiz, A.H. & Sinclair, A.J. (2015). Diabetes, Nutrition, and Exercise. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31 (3), 439–451.
- Abduelkarem A.R. and El-Shareif H.J. (2013). Assessment of diabetes-related knowledge among nursing staff in a hospital setting. *Journal of Diabetes Nursing*, 17, 207–18.
- Alvar C.M., Coddington J.A., Foli K.J., Ahmed A.H. (2017). Depression in the School-Aged Child With Type 1 Diabetes: Implications for Pediatric Primary Care Providers. *J Pediatr Health Care*, 32, 43-52.
- American Cancer Society (2018). *Cancer Facts & Figures 2018*. Atlanta: American Cancer Society
- American Diabetes Association (2010). *Standards of Medical Care in Diabetes – 2010*. *Diabetes Care*; 33(suppl. 1):S11-S61.
- American Diabetes Association, *Standards of Medical Care in Diabetes—2018*
- American Diabetes Association, *Complete Guide To Diabetes, Fifth Edition, 2011*
- Anderson R, Spears N (2015). *Cancer Treatment and the Ovary*. St Luis, Elsevier
- Anderson, R.J. et al. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, 1069–1078.
- Astrup, A. and Finer, N. (2000). "Redefining type 2 diabetes: 'diabesity' or 'obesity dependent diabetes mellitus'?" *Obes Rev* 1:57-59.
- Asuzu Ch. C., Walker R.J., Williams J. S., Egede L.E. (2017). Pathways for the relationship between diabetes distress, depression, fatalism and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 31, 169–174.
- Bailes [HYPERLINK "http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000120920661065X"](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000120920661065X), B.K. (2002). Diabetes Mellitus and its Chronic Complications. *AORN Journal*, 76, (2), 265-274, 276, 278-282.
- Bland K, Copeland E, Klimberg S, Gradishar W (2018). *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases, Fifth Edition*. St Luis, Elsevier

- Boussageon, R, Bejan-Angoulvant, T, Saadatian-Elahi, M et al. (2011). Effect of intensive glucose lowering treatment on all cause mortality, cardiovascular death, and microvascular events in type 2 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 343: d4169. doi:10.1136/bmj.d4169.
- Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nat Rev Cancer* 2004;4(8):579–91
- Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 2003;348:1625-3
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cancer survivorship--United States, 1971-2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53:526-9.
- Chaia S., Yao B., Xu L., et al. (2018). The effect of diabetes self-management education on psychological status and blood glucose in newly diagnosed patients with diabetes type 2. *Patient Education and Counseling* [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/journal/07383991/101/8"](https://www.sciencedirect.com/science/journal/07383991/101/8),101 [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/journal/07383991/101/8"](https://www.sciencedirect.com/science/journal/07383991/101/8) (8), 1427-1432.
- Chang W.W., R.J. Lin, J. Yu, et al., The expression and significance of insulin-like growth factor-1 receptor and its pathway on breast cancer stem/progenitors, *Breast Cancer Res.* 15 (3) (2013) R39.
- Chari ST, Leibson CL, Rabe KG, Ransom J, de Andrade M, Petersen GM, et al. Probability of pancreatic cancer following diabetes: a population-based study. *Gastroenterology* 2005;129(2):504–11.
- Chen X.Z., Yu S.J., Li C.Y., Zhan X.X., Yana W.R. (2018). Text message–based intervention to improve treatment adherence among rural patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative study. *Public Health*,13, 46-53.
- Corner J, Bailey CD,(2008). *Cancer Nursing: Care in Context*. Wiley-Blackwell..
- Cowey S, Hardy RW. The metabolic syndrome. A high risk state for cancer? *American Journal of Pathology* 2006;169:1505–1522.

- Cox, James D., Ang, K. Kian(2010). Ang, Radiation Oncology: Rationale • Technique • Results. Physical and Biologic Basis of Radiation (9th Edition) chapter1,3-49. Elsevier,St Louis
- Cucak H, Grunnet LG, Rosendahl A, Accumulation of M1-like macrophages in type 2 diabetic islets is followed by a systemic shift in macrophage polarization, *J. Leukoc. Biol.* 95 (1) (2014) 149–160
- Danaei,G. Vander Hoorn,S. Lopez A. D., Murray C. J., Ezzati M.,2005. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *THE LANCET*. Volume 366, No. 9499, p1784–1793
- Dankner R, Boffetta P, Balicer RD, Boker LK, Sadeh M, Berlin A, et al. Time-dependent risk of cancer after a diabetes diagnosis in a cohort of 2.3 million adults. *Am J Epidemiol* 2016;183(12):1098–106
- David, G., Gardner, Dolores “Chapter 17”. Greenspan’s basic& clinical endocrinology (9th ed.). (2011)
- Davis M, Feyer P, Ortner P, Zimmermann C (2011). Supportive Oncology St Louis.Elsevier
- Dieterich, S., Ford, E., Pavord, D.,Zeng, J.,(2016). Practical Radiation Oncology Physics. Brachytherapy pp. 108-122. .St.Louis,Elsevier
- Duke, S.-A.S., Colagiuri, S. & Colagiuri, R. (2009). Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane database of systematic reviews* (Online), (1), p.CD005268.
- Farrell C, Molassiotis A, Beaver K, Heaven C. Exploring the scope of oncology specialist nurses’ practice in the UK. *Eur J Oncol Nurs.* 2011;15:160-16
- Feifer, C. et al. (2001). System supports for chronic illness care and their relationship to clinical outcomes. *Topics in Health Information Management*, 22, 65–72.
- Fishbein H., Palumbo P.J., MD. (1995). *Diabetes in America*, 283-290.
- Freinkel N., *Diabetes Care*, January-February 1978
- Funnell M.M. & Anderson R.M. (2004). Working Toward the Next Generation of Diabetes Self-Management Education. *Am J Prev Med*, 22(4S), 3-5.

- Gearhart S, Ahuja N (2011). *Early Diagnosis and Treatment of Cancer: Colorectal Cancer*. Philadelphia: Sanders
- Gill F, Duffy A. Caring for cancer patients on non-specialist wards. *Br J Nurs*. 2010;19(12):761-7.
- Giovannucci E, Harlan DM, Archer MC et al. 2010 Diabetes and cancer: a consensus report. *Diabetes Care*; 33: 1674–1685.
- Godsland IF. Insulin resistance and hyperinsulinaemia in the development and progression of cancer. *Clin Sci (Lond)* 2010; 118: 315–332.
- Goebel, J., Valinski, S., & Hershey, D. S. (2016). Improving coordination of care among healthcare professionals and patients with diabetes and cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(6), 645-651
- Gomes L.Cr., Martins Coelho A.Cl., Santos Gomides D., Foss-Freitas M.Cr., Foss M.C., Pace A.E. (2017). Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial. *Applied Nursing Research*, 36, 68–76.
- Grauers [HYPERLINK](#)
["https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751991818300457"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751991818300457) [HYPERLINK](#)
["https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751991818300457"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751991818300457) Willadsen T., Siersma [HYPERLINK](#)
["https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751991818300457"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751991818300457) V., Sternhagen Nielsen A.B., et al. (2018). The effect of structured personal care on diabetes symptoms and self-rated health over 14 years after diabetes diagnosis. *Primary Care Diabetes* [HYPERLINK](#) ["https://www.sciencedirect.com/science/journal/17519918/12/4"](https://www.sciencedirect.com/science/journal/17519918/12/4), 12 (4), 354-363.
- Harrison LC. The prospect of vaccination to prevent type 1 diabetes. *Hum Vaccin*. 2005 Jul-Aug;1(4):143-150.
- Harrison LC. The prospect of vaccination to prevent type 1 diabetes. *Hum Vaccin*. 2005 Jul-Aug;1(4):143-150.
- Herman W.H., Braffett B.H., Kuo Sh., et al. (2018). What are the clinical, quality-of-life, and cost consequences of 30 years of excellent vs. poor glycemic control in type 1 diabetes?

- HYPERLINK "<https://www.sciencedirect.com/science/journal/10568727>" Journal of Diabetes and its Complications. Available online 12 June 2018. In Press, Corrected Proof.
- Hua F, Yu J, Hu Z W(2016). Diabetes and cancer, common threads and missing links. *Cancer Letters* 374 : 54–61
- Ibrahim YH, Yee D. Insulin-like growth factor-I and cancer risk. *Growth Horm IGF Res* 2004; 14: 261–269.
- Indelicato L., Dauriz M., Santi L. (2017). Psychological distress, self-efficacy and glycemic control in type 2 diabetes. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 27, 300-306.
- International Diabetes Federation, *IDF Diabetes Atlas*, IDF, 8th edition, 2018
- International Diabetes Federation, *IDF Diabetes Atlas*, Update, IDF, 7th edition, 2015
- Karamanou M, Protogerou A, Tsoucalas G, Androustos G, Poulakou-Rebelakou E. Milestones in the history of diabetes mellitus: The main contributors. *World J Diabetes*. 2016;7(1):1-7
- Kilpatrick, E. S; Lind, M. J (2009). "Appropriate requesting of serum tumour markers".;339:b3751
- Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Kreisberg RA. (2006). Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes: a consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 29, 2739-48.
- Klein, R. & Klein, B.E.K. (1997). Diabetic eye disease. *Lancet*, 350 (9072), 197–204.
- Konstantinidis Th, Philalithis A. Oncology nurses'role and nursing practice in advanced cancer patients. *Hellenic Journal of Nursing*. 2013;52(2):117-130
- Kumah E., Sciolli G., Toraldo M.L., Murante A.M. (2018). The diabetes self-management educational programs and their integration in the usual care: A systematic literature review. *Health Policy* HYPERLINK "<https://www.sciencedirect.com/science/journal/01688510/122/8>", 122 (8), 866-877.
- Lemond M, Payman N, 2015. Perceived roles of oncology nursing. *Canadian Oncology Nursing Journal*. Volume 25, Issue 4 (on line). Accessed 24 May 2018. Available at: <http://www.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/609/602>
- Le Mone P.T., Burke K.M., Bauldoff G. *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking in Patient Care*, 5th Edition

- Le Roith D, Novosyadlyy R, Gallagher EJ, Lann D, Vijayakumar A, Yakar S.,2008 Obesity and type 2 diabetes are associated with an increased risk of developing cancer and a worse prognosis; epidemiological and mechanistic evidence. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* , 116 Suppl 1:S4-6
- Lin K., Park Ch., Li M., et al. (2017). Effects of depression, diabetes distress, diabetes self-efficacy, and diabetes self-management on glycemic control among Chinese population with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 131, 179 – 186.
- Lipsky, B. A., Tabak, Y. P., Johannes, R. S., Vo, L., Hyde, L., & Weigelt, J. A. (2010). Skin and soft tissue infections in hospitalised patients with diabetes: culture 107 isolates and risk factors associated with mortality, length of stay and cost. *Diabetologia*, 53(5), 914-923.
- Mayberry, L.S. et al. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 35 (6), 1239–45.
- McGuire, Darren K. & Marx, Nikolaus., 2015. *Diabetes in Cardiovascular Disease: A Companion to Braunwald's Heart Disease*. Philadelphia: Sanders
- Mendelsohn J, Howley P, Israel M, Gray J, Thompson C (2015). *The Molecular Basis of Cancer*, 4th Edition. St Luis, Elsevier
- Metzger, B.E. (2010). International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care*, 33(3), 676-682.
- Miremberg H, Ben-Ari T, Betzer T, et al. (2018). The impact of a daily smartphone-based feedback system among women with gestational diabetes on compliance, glycemic control, satisfaction, and pregnancy outcome: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 218 (4), 453.e1-7.
- Mollema, E.D. et al. (2001). Insulin treated diabetes patients with fear of self-injecting or fear of self-testing – psychological comorbidity and general well being. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 665–672.
- Montagnana M., Caputo M., D., G. (2009). *Clinica* [HYPERLINK](https://www.sciencedirect.com/science/journal/00098981)
["https://www.sciencedirect.com/science/journal/00098981"](https://www.sciencedirect.com/science/journal/00098981) [HYPERLINK](#)
["https://www.sciencedirect.com/science/journal/00098981"](https://www.sciencedirect.com/science/journal/00098981)*Chimica* [HYPERLINK](#)

"<https://www.sciencedirect.com/science/journal/00098981>" HYPERLINK

"<https://www.sciencedirect.com/science/journal/00098981>"Acta, 402 (1–2), 7-13.

Mydlo J, Godec C(2016). Prostate Cancer, Second Edition. St Luis, Elsevier.

National Cancer Institute (2015a). How Cancer Is Diagnosed. Available at: <http://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/diagnosis>

National Cancer Institute(2015b). Tumor markers. Available at: <http://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/diagnosis/tumor-markers-fact-sheet>

National Institutes of Health (part of US department of Health and Human Services) Cell biology and Cancer. Available at: <http://science.education.nih.gov> (accessed May 15, 2018)

NCD Risk Factor Collaboration,(2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants, *Lancet*. 387(10026): 1377–1396, Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X) (accessed May 15, 2018)

Nhim K., Khan T., Gruss S.M., Wozniak G., Kirley K., Schumacher P., Luman E.T., Albright A. (2018). Primary Care Providers’ Prediabetes Screening, Testing, and Referral Behaviors. *Am J Prev Med*, 55 (2), 39–47.

Niederhuber,J. Armitage, J. Doroshov, J. Kastan, M. Tepper, J.(2014). *Abeloff’s Clinical Oncology*, Fifth Edition.Philadelphia:Sanders

Nishikawa A, Mori Y, Lee IS et al.2004 Cigarette smoking, metabolic activation and carcinogenesis. *Curr Drug Metab* ;5 63-73 (16)30054-X

Olivarius, N.F. et al. (2001). Randomized controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *British Medical Journal*, 323, 970–975.

Osgood CE, Suci GJ, Tannenbaum PH. *The measurement of meaning*. Urbana, IL: University of Illinois Press; 1957.

Peairs K, Barone B, Snyder C, Yeh HC, Stein K, Derr R, Brancati F, Wolff A. Diabetes mellitus and breast cancer outcomes: a systematic review and meta-analysis, *JClin Oncol*. 2011 Jan 1;29(1):40-6

- Pearson-Stuttard J, Zhou B, Kontis V, Bentham J, Gunter MJ, Ezzati M. Worldwide burden of cancer attributable to diabetes and high body-mass index: a comparative risk assessment. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6(2):95–104.
- Pinheiro SP, Holmes MD, Pollak MN, Barbieri RL, Hankinson SE. Racial differences
- Podgorsak, E.B. (2005). *Radiation Oncology Physics: A Handbook for teachers and students*. Vienna:IAEA
- Quinn L. (2013). Φροντίδα Ασθενών με Διαβήτη. Στο: K.S. Osborn, G.E. Wraa, A.B. Watson. Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική – Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική. Nicosia, Broken Hill Publishers.
- Remer S, (2017). Targeted Therapy in: Newton S, Hickey M, Brant JM(Eds) Mosbys' *Oncology Nursing Advisor. A Comprehensive Guide to Clinical Practice*, (2nd edition) pp.236-247. St. Louis, Elsevier
- Rose, L.E. et al. (2000). The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 587-594.
- Rothman N, Hainaut P, and Schulte PA (eds): *Molecular Epidemiology: Principles and Practices*. Lyon: IARC Press, 2012.
- Rwegerera M.G., Moshomo [HYPERLINK](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S209050681730091X)
["https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S209050681730091X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S209050681730091X) T.,
 HYPERLINK
["https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S209050681730091X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S209050681730091X) Gaenamang M.,
 et al. (2018). Health-related quality of life and associated factors among patients with diabetes mellitus in Botswana. *Alexandria Journal of Medicine*, 54 (2), 111-118.
- Saad A.M.J., Younes Z.M.H., Ahmed H., Brown J.A., Al Owesie R.M. , Hassoun A.A.K. (2018). Self-efficacy, self-care and glycemetic control in Saudi Arabian patients with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional survey. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 137, 28 – 36.
- Sampayo V, Tofthagen C. Hyperglycemia and Cancer: An Algorithm to Guide Oncology Nurses. *CJON* 2017, 21(3), 345-352
- Schiffrin, E.L., M.L. Lipman, and J.F.E. Mann, (2007). Chronic Kidney Disease. *Circulation*, 116(1): p. 85-97.

Schlundt, D.G., Stetson, B.A., Plant, D.D. (1999). Situation taxonomy and behavioral diagnosis using prospective self-monitoring data: Application to dietary adherence in patients with type 1 diabetes. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 19–36.

Sharp L.K. and HYPERLINK

"<https://onlinelibrary.wiley.com/action/doSearch?ContribAuthorStored=Lipsky%2C+Martin+S>" Lipsky M.S. (2002). Continuing medical education and attitudes of health care providers toward treating diabetes. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* HYPERLINK "<https://onlinelibrary.wiley.com/journal/1554558x>", 22 (2), 103-112.

Shoelson SE, Lee J, Goldfine AB. Inflammation and insulin resistance. *J Clin Invest* 2006; 116: 1793–1801.

Signarelli A, Natalicchio A, Genchi VA, Laviola L, Giorgino F (2018). Diabetes and cancer: Pathophysiological fundamentals of a 'dangerous affair. *Diabetes Research and Clinical Practice*. S0168-8227(18)30359-0

Skarin A(2010). *Atlas of Diagnostic Oncology, Fourth Edition*. Missouri: Mosby

Sprague, M.A., Shultz, J.A. & Branen, L.J. (2006). Understanding patient experiences with goal setting for diabetes self-management after diabetes education. *Family & community health*, 29 (4), 245–55.

Stanton-Robinson Ch., Al-Jumaili A.A., Jackson A., Catney Ch., Veach St., Witry M.J. (2018). Evaluation of community pharmacist–provided telephone interventions to improve adherence to hypertension and diabetes medications. *Journal of the American Pharmacists Association*, 58 (4), 120-S124.

Strandberg HYPERLINK

"<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822716304028>" R.B.,
HYPERLINK

"<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822716304028>" Graue M.,
Wentzel HYPERLINK

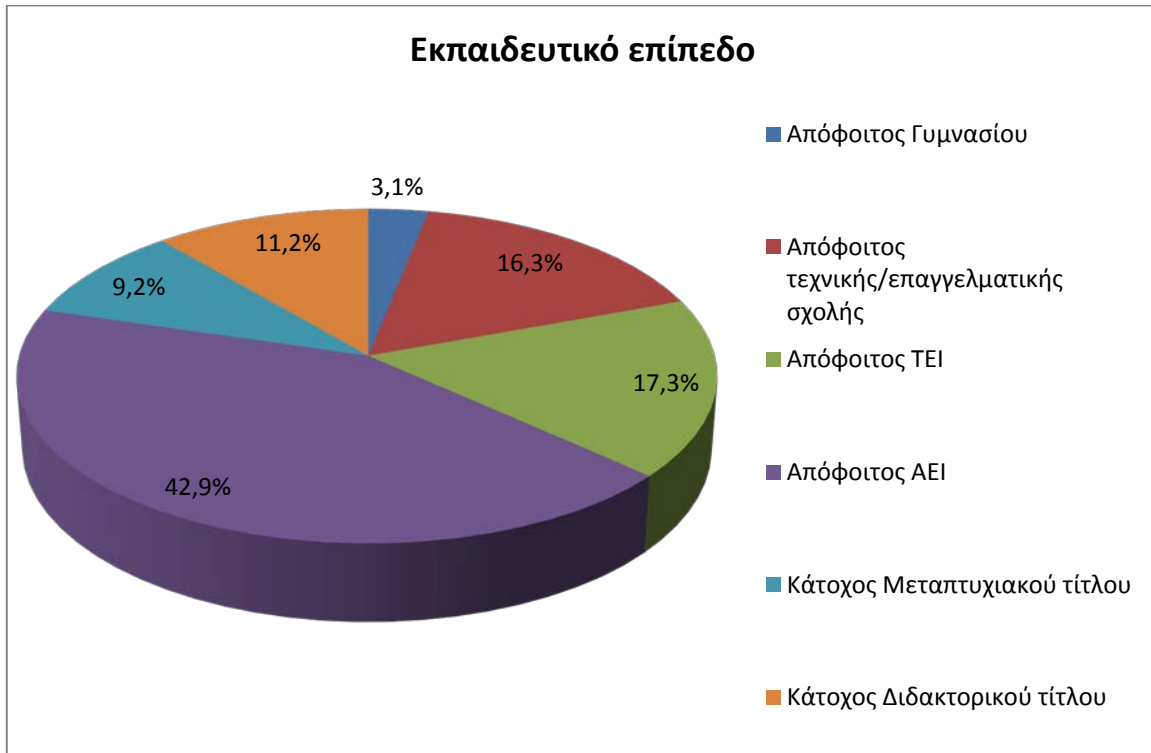
"<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822716304028>"-Larsen T., et al. (2017). The relationships among fear of hypoglycaemia, diabetes-related quality of life and

- psychological well-being in Norwegian adults with Type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 124, 11-19.
- Strizich G., Kaplan R.C., Gonzalez H.M. , et al. (2016). Glycemic control, cognitive function, and family support among middle-aged and older Hispanics with diabetes: The Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 117, 64 – 73.
- Suh S, Kim K-W. Diabetes and cancer: is diabetes causally related to cancer? *Diabetes Metab J* 2011;35:193–198
- Tesfaye, S., et al., (2010). Diabetic Neuropathies: Update on Definitions, Diagnostic Criteria, Estimation of Severity, and Treatments. *Diabetes Care*,. 33(10): p. 2285-2293.
- The Emerging Risk Factors Collaboration.,(2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative metaanalysis of 102 prospective studies. *The Lancet*, 375(9733): p. 2215-2222.
- Turturro F, Friday E, Welbourne T. Hyperglycemia regulates thioredoxin-ROS activity through induction of thioredoxin-interacting protein (TXNIP) in metastatic breast cancer-derived cells MDA-MB-231. *BMC Cancer* 2007; 7: 96.
- Utz B., Assarag B., Essolbi A., Barkat A., Delamoud A., De Brouwere V. (2017). Knowledge and practice related to gestational diabetes among primary health care providers in Morocco: Potential for a defragmentation of care? *Prim Care Diabetes*, 11 (4), 389-396.
- Van Kruijsdijk RC, van der Wall E, Visseren FL. Obesity and cancer: the role of dysfunctional adipose tissue. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18: 2569–2578.
- VazMachry R., Rados D.V., Ribeiro [HYPERLINK](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822717306368)
["https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822717306368"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822717306368) [HYPERLINK](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822717306368)
["https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822717306368"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822717306368) deGregório G., Rodrigues T.C. (2018). Self-monitoring blood glucose improves glycemic control in type 2 diabetes without intensive treatment: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice* [HYPERLINK](https://www.sciencedirect.com/science/journal/01688227/142/supp/C)
["https://www.sciencedirect.com/science/journal/01688227/142/supp/C"](https://www.sciencedirect.com/science/journal/01688227/142/supp/C), 142, 173-187.

- Vigneri P, Frasca F, Sciacca L, Pandini G, Vigneri R. Diabetes and cancer. *Endocr Relat Cancer* 2009;16(4):1103–23.
- Villarreal-Garza C, Shaw-Dulin R, Lara-Medina F et al. Impact of diabetes and hyperglycemia on survival in advanced breast cancer patients. *Exp Diabetes Res* 2012; 2012: 732027.
- Vucenik I, Stains JP. Obesity and cancer risk: evidence, mechanisms, and recommendations. *Ann N Y Acad Sci* 2012; 1271: 37–43.
- Wagner, E.H. et al. (2001). Chronic care clinics for diabetes in primary care: A systemwide randomized trial. *Diabetes Care*, 24, 695–700.
- Wagner, H. et al. (2009). Eye on diabetes: a multidisciplinary patient education intervention. *The Diabetes educator*, 34 (1), 84–9.
- Weinstein D, Simon M, Yehezkel E, Laron Z, Werner H. Insulin analogues display IGF-I-like mitogenic and anti-apoptotic activities in cultured cancer cells. *Diabetes Metab Res Rev* 2009; 25: 41–49.
- Weisbord, S.D., Fried LF, Arnold RM, Rotondi AJ, Fine MJ, Levenson DJ, Switzer GE. (2004). Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: the Dialysis Symptom Index. *Journal of Pain & Symptom Management*, 27 (3), 226–240.
- Williams GP. The role of oestrogen in the pathogenesis of obesity, type 2 diabetes, breast cancer and prostate disease. *Eur J Cancer Prev* 2010; 19: 256–271.
- World Cancer Research Fund International,(2012).Data on specific cancer. Available at: <https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers> (accessed May 15, 2018)
- World Health Organization and International Agency for Research on Cancer. *World Cancer Report*. Lyon: IARC Press, 2003
- World Health Organization Cancer fact sheet February 2018. Available at <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (accessed May 15, 2018)
- Yamagishi, A., Morita ,T., Miyashita, M., & Kimura, F., (2009).Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy, *Journal of Pain Symptom Management* 37(5): 12-14

- Yeo TP, Phillips J, Delengowski A, Griffiths M, Purnell L. Oncology nursing: educating advanced practice nurses to provide culturally competent care. *J Prof Nurs* 2011, 27:245-254.
- Αγγελοπούλου Α.- Σακαντάμη (2004): Ειδική αγωγή, αναπτυξιακές διαταραχές & χρόνιες μειονεξίες. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη 2004, 13:367-372.
- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΕΔΕ), (2013), «ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ»
- Καζάκος, Κ.(2016). Σακχαρώδης Διαβήτης σύγχρονες απόψεις Nicosia: Broken Hill Publishers LTD
- Κατσίκη, Ν., Ηλιάδης, Φ., Ζαντίδης, Α., Διδάγγελος, Τ. (2009). Σακχαρώδης διαβήτης: Διάγνωση και ταξινόμηση. *Diabetes Care*, 32, 1. Standards of medical care in diabetes (2006). *Diabetes Care*, 29(S1), S4-42.
- Λαβδανίτη Μ.(2017). ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. Θεωρία και Κλινική Πρακτική. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ
- Λιακοπούλου Μ , Κανακά –Gantenbein X., Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1. Η σημασία της Διασυνδεδετικής μεταξύ Παιδιάτρου – Ενδοκρινολόγου και Παιδοψυχιάτρου . Δελτίο Α΄ Παιδ. Κλιν. Πανεπ. Αθηνών 57.2010;57(4):424-429
- Μελιδώνης Α., Κουτσοβασίλης Α. (2010). Σακχαρώδης διαβήτης: Οξείες επιπλοκές. Στο Α. Μελιδώνης (2010). Σακχαρώδης Διαβήτης 2010, Σύγχρονες προσεγγίσεις σε Θέματα Αιχμής.
- Φούντζηλας Γ.& Μπαρμπούνης, Β. 2006. Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου. Αθήνα: UNIVERSITY STUDIO PRESS

7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Διάγραμμα 1. Εκπαιδευτικό επίπεδο δείγματος

8. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – ΠΙΝΑΚΕΣ

Παράρτημα - Πίνακας 1. Μελέτη συμπεριφοράς απέναντι στο Διαβήτη (Diabetes Attitude Survey, DAS).

	n/N	%N
Γενικά, πιστεύω ότι οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη φροντίδα ατόμων με Διαβήτη θα πρέπει να εκπαιδεύονται σε δεξιότητες επικοινωνίας με τους ασθενείς		
Συμφωνώ απόλυτα	47/98	48,0
Συμφωνώ	48/98	49,0
Ουδέτερο	1/98	1,00
Διαφωνώ	0	0
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι τα άτομα που ΔΕΝ χρειάζεται να πάρουν ινσουλίνη για τη θεραπεία του διαβήτη τους έχουν αρκετά ελαφρά μορφή της νόσου		
Συμφωνώ απόλυτα	13/98	13,3
Συμφωνώ	46/98	46,9
Ουδέτερο	16/98	16,3
Διαφωνώ	17/98	17,3
Διαφωνώ απόλυτα	4/98	4,1
Γενικά, πιστεύω ότι δεν υπάρχει κανένα αποτέλεσμα στην προσπάθεια να έχει κανείς ικανοποιητικά επίπεδα γλυκόζης γιατί οι επιπλοκές του διαβήτη θα εμφανιστούν ούτως ή άλλως		
Συμφωνώ απόλυτα	6/98	6,1
Συμφωνώ	21/98	21,4
Ουδέτερο	22/98	22,4
Διαφωνώ	29/98	29,6
Διαφωνώ απόλυτα	15/98	15,3
Γενικά, πιστεύω ότι ο διαβήτης επηρεάζει σχεδόν όλες τις εκφάνσεις της ζωής του διαβητικού ατόμου		
Συμφωνώ απόλυτα	18/98	18,4
Συμφωνώ	38/98	38,8
Ουδέτερο	18/98	18,4
Διαφωνώ	18/98	18,4
Διαφωνώ απόλυτα	2/98	2,0
Γενικά, πιστεύω ότι οι σημαντικές αποφάσεις αναφορικά με την καθημερινή φροντίδα του διαβήτη θα πρέπει να λαμβάνονται από το ίδιο το άτομο με διαβήτη		

Συμφωνώ απόλυτα	13/98	13,3
Συμφωνώ	43/98	43,9
Ουδέτερο	20/98	20,4
Διαφωνώ	17/98	17,3
Διαφωνώ απόλυτα	1/98	1,0
Γενικά, πιστεύω ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται για το τρόπο που η καθημερινή φροντίδα του διαβήτη επηρεάζει τη ζωή των ατόμων με διαβήτη		
Συμφωνώ απόλυτα	43/98	43,9
Συμφωνώ	46/98	46,9
Ουδέτερο	8/98	8,2
Διαφωνώ	0	0
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι οι ηλικιωμένοι με Διαβήτη τύπου 2* δεν εμφανίζουν συνήθως επιπλοκές		
Συμφωνώ απόλυτα	5/98	5,1
Συμφωνώ	20/98	20,4
Ουδέτερο	34/98	34,7
Διαφωνώ	25/98	25,5
Διαφωνώ απόλυτα	10/98	10,2
Γενικά, πιστεύω ότι η διατήρηση της γλυκόζης αίματος κοντά στα φυσιολογικά όρια μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη των επιπλοκών του διαβήτη		
Συμφωνώ απόλυτα	32/98	32,7
Συμφωνώ	49/98	50,0
Ουδέτερο	14/98	14,3
Διαφωνώ	1/98	1,0
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να βοηθούν τους ασθενείς στη λήψη πληροφορημένης συγκατάθεσης για το πλάνο φροντίδας τους		
Συμφωνώ απόλυτα	40/98	40,8
Συμφωνώ	50/98	51,0
Ουδέτερο	7/98	7,1
Διαφωνώ	0	0
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές και οι διαιτολόγοι που εκπαιδεύουν τα άτομα με διαβήτη να αποκτούν δεξιότητες συμβουλευτικής		
Συμφωνώ απόλυτα	36/98	36,7

Συμφωνώ	53/98	54,1
Ουδέτερο	8/98	8,2
Διαφωνώ	0	0
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν το διαβήτη τους μόνο με διατροφή δεν θα πρέπει να ανησυχούν για την πιθανότητα να εμφανίσουν μακροπρόθεσμες επιπλοκές		
Συμφωνώ απόλυτα	6/98	6,1
Συμφωνώ	40/98	40,8
Ουδέτερο	10/98	10,2
Διαφωνώ	30/98	30,6
Διαφωνώ απόλυτα	11/98	11,2
Γενικά, πιστεύω ότι σχεδόν όλα τα άτομα με διαβήτη θα πρέπει να πραγματοποιήσουν τις απαραίτητες ενέργειες για να διατηρήσουν το επίπεδο γλυκόζης κοντά στα φυσιολογικά επίπεδα		
Συμφωνώ απόλυτα	35/98	35,7
Συμφωνώ	50/98	51,0
Ουδέτερο	10/98	10,2
Διαφωνώ	2/98	2,0
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι οι συναισθηματικές επιδράσεις του διαβήτη είναι αρκετά μικρές		
Συμφωνώ απόλυτα	5/98	5,1
Συμφωνώ	39/98	39,8
Ουδέτερο	17/98	17,3
Διαφωνώ	30/98	30,6
Διαφωνώ απόλυτα	4/98	4,1
Γενικά, πιστεύω ότι τα άτομα με διαβήτη θα πρέπει να έχουν τον τελευταίο λόγο στην υιοθέτηση των τιμών στόχων της γλυκόζης αίματος		
Συμφωνώ απόλυτα	10/98	10,2
Συμφωνώ	39/98	39,8
Ουδέτερο	17/98	17,3
Διαφωνώ	27/98	27,6
Διαφωνώ απόλυτα	3/98	3,1
Γενικά, πιστεύω ότι δεν απαιτείται έλεγχος της γλυκόζης αίματος για τα άτομα με διαβήτη τύπου 2		
Συμφωνώ απόλυτα	8/98	8,2
Συμφωνώ	24/98	24,5

Ουδέτερο	19/98	19,4
Διαφωνώ	26/98	26,5
Διαφωνώ απόλυτα	17/98	17,3
Γενικά, πιστεύω ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χαμηλής γλυκόζης αίματος κάνουν τον αυστηρό έλεγχο του διαβήτη πολύ επικίνδυνο για τους περισσότερους ανθρώπους		
Συμφωνώ απόλυτα	10/98	10,2
Συμφωνώ	37/98	37,8
Ουδέτερο	28/98	28,6
Διαφωνώ	16/98	16,3
Διαφωνώ απόλυτα	3/98	3,1
Γενικά, πιστεύω ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να μάθουν πώς να θέτουν στόχους με τους ασθενείς τους και όχι απλά να τους ανακοινώνουν τι θα πρέπει να κάνουν		
Συμφωνώ απόλυτα	40/98	40,8
Συμφωνώ	45/98	45,9
Ουδέτερο	9/98	9,2
Διαφωνώ	1/98	1,0
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι ο διαβήτης είναι δύσκολος γιατί ποτέ δεν κάνεις διάλειμμα από τη νόσο αυτή		
Συμφωνώ απόλυτα	27/98	27,6
Συμφωνώ	52/98	53,1
Ουδέτερο	18/98	18,4
Διαφωνώ	0	0
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι το άτομο με διαβήτη είναι το πιο σημαντικό μέλος της ομάδας φροντίδας του διαβήτη		
Συμφωνώ απόλυτα	28/98	28,6
Συμφωνώ	42/98	42,9
Ουδέτερο	19/98	19,4
Διαφωνώ	3/98	3,1
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι για να έχουν καλά αποτελέσματα, οι εκπαιδευτές διαβήτη θα πρέπει να έχουν καλές δεξιότητες διδασκαλίας		
Συμφωνώ απόλυτα	31/98	31,6
Συμφωνώ	52/98	53,1

Ουδέτερο	11/98	11,2
Διαφωνώ	0	0
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι ο διαβήτης τύπου 2* είναι πολύ σοβαρή νόσος		
Συμφωνώ απόλυτα	19/98	19,4
Συμφωνώ	43/98	43,9
Ουδέτερο	24/98	24,5
Διαφωνώ	4/98	4,1
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι το να έχει κανείς διαβήτη αλλάζει την προοπτική του για τη ζωή		
Συμφωνώ απόλυτα	11/98	11,2
Συμφωνώ	44/98	44,9
Ουδέτερο	15/98	15,3
Διαφωνώ	24/98	24,5
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι οι άνθρωποι με διαβήτη Τύπου 2* δεν θα ωφεληθούν από τον αυστηρό έλεγχο της γλυκόζης αίματος		
Συμφωνώ απόλυτα	9/98	9,2
Συμφωνώ	32/98	32,7
Ουδέτερο	22/98	22,4
Διαφωνώ	22/98	22,4
Διαφωνώ απόλυτα	9/98	9,2
Γενικά, πιστεύω ότι τα άτομα με διαβήτη θα πρέπει να γνωρίζουν πολλά για τη νόσο τους έτσι ώστε να είναι υπεύθυνοι για την αυτοφροντίδα τους		
Συμφωνώ απόλυτα	34/98	34,7
Συμφωνώ	47/98	48,0
Ουδέτερο	11/98	11,2
Διαφωνώ	3/98	3,1
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι ο διαβήτης Τύπου 2* είναι το ίδιο σοβαρός με το διαβήτη Τύπου 1*		
Συμφωνώ απόλυτα	12/98	12,2
Συμφωνώ	47/98	48,0
Ουδέτερο	21/98	21,4
Διαφωνώ	13/98	13,3
Διαφωνώ απόλυτα	2/98	2,0

Γενικά, πιστεύω ότι ο αυστηρός έλεγχος του διαβήτη απαιτεί πολύ δουλειά και χρόνο		
Συμφωνώ απόλυτα	11/98	11,2
Συμφωνώ	56/98	57,1
Ουδέτερο	15/98	15,3
Διαφωνώ	14/98	14,3
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι οι πράξεις του ασθενή επηρεάζουν περισσότερο την έκβαση του διαβήτη παρά αυτές των επαγγελματιών υγείας		
Συμφωνώ απόλυτα	23/98	23,5
Συμφωνώ	47/98	48,0
Ουδέτερο	19/98	19,4
Διαφωνώ	5/98	5,1
Διαφωνώ απόλυτα	1	0
Γενικά, πιστεύω ότι ο αυστηρός έλεγχος της γλυκόζης αίματος έχει νόημα μόνο για τα άτομα με διαβήτη Τύπου 1*		
Συμφωνώ απόλυτα	6/98	6,1
Συμφωνώ	31/98	31,6
Ουδέτερο	30/98	30,6
Διαφωνώ	20/98	20,4
Διαφωνώ απόλυτα	9/98	9,2
Γενικά, πιστεύω ότι για τους ανθρώπους με διαβήτη προκαλεί άγχος η φροντίδα της νόσου		
Συμφωνώ απόλυτα	11/98	11,2
Συμφωνώ	69/98	70,4
Ουδέτερο	12/98	12,2
Διαφωνώ	5/98	5,1
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι τα άτομα με διαβήτη έχουν δικαίωμα να αποφασίσουν πόσο σκληρά θα δουλέψουν για τον έλεγχο της γλυκόζης τους		
Συμφωνώ απόλυτα	9/98	9,2
Συμφωνώ	63/98	64,3
Ουδέτερο	16/98	16,3
Διαφωνώ	7/98	7,1
Διαφωνώ απόλυτα	0	0
Γενικά, πιστεύω ότι τα άτομα που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία θα πρέπει να ανησυχούν για το επίπεδο της γλυκόζης τους όσο και τα άτομα σε θεραπεία με ινσουλίνη		

Συμφωνώ απόλυτα	12/98	12,2
Συμφωνώ	53/98	54,1
Ουδέτερο	22/98	22,4
Διαφωνώ	9/98	9,2
Διαφωνώ απόλυτα	1/98	1,0
Γενικά, πιστεύω ότι τα άτομα με διαβήτη έχουν δικαίωμα να ΜΗ διαχειρίζονται σωστά τη νόσο τους		
Συμφωνώ απόλυτα	7/98	7,1
Συμφωνώ	38/98	38,8
Ουδέτερο	23/98	23,5
Διαφωνώ	15/98	15,3
Διαφωνώ απόλυτα	13/98	13,3
Γενικά, πιστεύω ότι η στήριξη από την οικογένεια και τους φίλους είναι σημαντική στην αντιμετώπιση του διαβήτη		
Συμφωνώ απόλυτα	46/98	46,9
Συμφωνώ	45/98	45,9
Ουδέτερο	6/98	6,1
Διαφωνώ	0	0
Διαφωνώ απόλυτα	0	0

Παράρτημα - Πίνακας 2 Σύγκριση φύλου με τα ευρήματα στη Σηματολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (DSDS)

		n/N	Μέση τιμή	p
Φύλο * Συναισθήματα αναφορικά με το Διαβήτη και άλλες νόσους				
Διαβήτη	Άνδρες	45	4,01	0,31
	Γυναίκες	53	3,79	
Καρδιακή νόσο και Διαβήτη	Άνδρες	45	3,71	0,42
	Γυναίκες	53	3,55	
Αυτοφροντίδα για το Διαβήτη	Άνδρες	45	4,17	0,88
	Γυναίκες	53	4,15	
Χαμηλή γλυκόζη αίματος(Υπογλυκαιμία)	Άνδρες	45	3,81	0,60
	Γυναίκες	53	3,91	
Να έχει κανείς Διαβήτη	Άνδρες	45	3,74	0,94
	Γυναίκες	53	3,73	
Έλεγχο του αίματος για γλυκόζη	Άνδρες	45	3,86	0,09
	Γυναίκες	53	4,20	
Συναισθήματα του ασθενή για το Διαβήτη	Άνδρες	45	3,43	0,60
	Γυναίκες	53	3,53	
Έλεγχο της γλυκόζης αίματος	Άνδρες	45	3,66	0,23
	Γυναίκες	53	3,93	
Υψηλή γλυκόζη αίματος (υπεργλυκαιμία)	Άνδρες	45	3,57	0,66
	Γυναίκες	53	3,47	
Επιπλοκές του Διαβήτη	Άνδρες	45	3,64	0,37
	Γυναίκες	53	3,46	
Διατροφή του διαβητικού	Άνδρες	45	3,75	0,39
	Γυναίκες	53	3,95	
Άσκηση και το Διαβήτη	Άνδρες	45	4,30	0,81

	Γυναίκες	53	4,3	
Χρήση ινσουλίνης	Άνδρες	45	3,20	0,04
	Γυναίκες	53	3,78	
Λήψη αντιδιαβητικών δισκίων	Άνδρες	45	3,89	0,50
	Γυναίκες	53	4,06	
Μακροχρόνια νόσο	Άνδρες	45	3,58	0,43
	Γυναίκες	53	3,39	
Βοήθεια από την οικογένεια στη διαχείριση του Διαβήτη	Άνδρες	45	4,31	0,81
	Γυναίκες	53	4,37	
Βοήθεια από τους φίλους στη διαχείριση του Διαβήτη	Άνδρες	45	3,91	0,22
	Γυναίκες	53	3,67	
Χρηματική δαπάνη για το Διαβήτη	Άνδρες	45	3,48	0,87
	Γυναίκες	53	3,44	

Παράρτημα - Πίνακας 3 Σύγκριση εκπαιδευτικού επιπέδου με τα ευρήματα στη Σημαιολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (DSDS)

		n/N	Μέση τιμή	p
Εκπαίδευση * Συναισθήματα αναφορικά με το Διαβήτη και άλλες νόσους				
Διαβήτης	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	3,67	0,54
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	3,54	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	3,89	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	4,05	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,83	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	3,72	
Καρδιακή νόσο και Διαβήτη	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	4,00	0,62
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	3,43	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	3,62	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,77	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,33	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	4,00	
Αυτοφροντίδα για το Διαβήτη	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	3,44	0,66
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	4,40	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	4,09	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	4,05	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	4,20	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	4,28	
Χαμηλή γλυκόζη αίματος (Υπογλυκαιμία)	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	5,11	0,47
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	4,12	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	3,86	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,80	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,72	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	3,67	

Να έχει κανείς Διαβητη	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	4,00	0,46
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	3,89	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	3,73	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,82	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,36	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	3,22	
Έλεγχο του αίματος για γλυκόζη	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	4,00	0,55
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	4,44	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	4,13	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	4,05	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,91	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	3,83	
Συναίσθημα του ασθενή για το Διαβήτη	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	4,56	0,51
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	3,52	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	3,59	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,57	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,22	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	2,83	
Έλεγχο της γλυκόζης αίματος	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	3,00	0,86
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	3,84	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	3,98	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,84	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,74	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	3,61	

Υψηλή γλυκόζη αίματος (υπεργλυκαιμία)	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	1,67	0,33
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	6	3,35	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	7	3,54	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	2	3,60	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,39	
	Κάτοχος Διδακτορικού	1	3,00	
Επιπλοκές του Διαβήτη	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	1,67	0,22
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	3,31	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	3,56	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,74	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,30	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	3,56	
Διατροφή του διαβητικού	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	3,11	0,73
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	3,78	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	4,00	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,94	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,78	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	3,50	
Άσκηση και το Διαβήτη	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	4,11	0,76
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	4,25	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	4,35	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	4,55	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	4,26	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	5,33	

Χρήση ινσουλίνης	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	2,89	0,56
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	3,87	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	3,73	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,89	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,30	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	3,33	
Λήψη αντιδιαβητικών δισκίων	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	3,78	0,78
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	4,04	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	4,11	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	4,01	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,66	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	4,22	
Μακροχρόνια νόσο	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	3,00	0,45
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	3,19	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	3,50	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,58	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,17	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	3,17	
Βοήθεια από την οικογένεια στη διαχείριση του Διαβήτη	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	3,78	0,05
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	4,72	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	4,38	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,93	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,82	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	4,44	

Βοήθεια από τους φίλους στη διαχείριση του Διαβήτη	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	3,33	0,39
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	3,47	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	3,82	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,67	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,25	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	4,11	
Χρηματική δαπάνη για το Διαβήτη	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	4,00	0,45
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	16	3,18	
	Πτυχιούχος ΑΤΕΙ	17	3,55	
	Πτυχιούχος Πανεπιστημίου	42	3,69	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	9	3,19	
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	2,94	

Παράρτημα - Πίνακας 4 Σύγκριση ποσοστού καθημερινής ενασχόλησης με Σακχαρώδη Διαβήτη με τη Σηματολογική Διαφορική Κλίμακα για το Διαβήτη (DSDS)

		n/N	Μέση τιμή	p
Ποσοστό εργασίας σε ενασχόληση με το Σακχαρώδη Διαβήτη * Συναισθήματα αναφορικά με το Διαβήτη και άλλες νόσους				
Διαβήτη	Από 0% έως 24%	59	3,84	0,84
	Από 25% έως 49%	26	3,84	
	Από 50% έως 74%	13	3,70	
	Από 75% έως 100%	0	3,40	
Καρδιακή νόσο και Διαβήτη	Από 0% έως 24%	59	3,47	0,21
	Από 25% έως 49%	26	3,68	
	Από 50% έως 74%	13	3,80	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Αυτοφροντίδα για το Διαβήτη	Από 0% έως 24%	59	4,07	0,39
	Από 25% έως 49%	26	4,30	
	Από 50% έως 74%	13	4,18	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Χαμηλή γλυκόζη αίματος (Υπογλυκαιμία)	Από 0% έως 24%	59	3,93	0,76
	Από 25% έως 49%	26	3,87	
	Από 50% έως 74%	13	4,06	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Να έχει κανείς Διαβήτη	Από 0% έως 24%	59	3,81	0,52
	Από 25% έως 49%	26	3,67	
	Από 50% έως 74%	13	3,62	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Έλεγχο του αίματος για γλυκόζη	Από 0% έως 24%	59	4,20	0,26
	Από 25% έως 49%	26	4,05	

	Από 50% έως 74%	13	4,49	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Συναισθήματα του ασθενή για το Διαβήτη	Από 0% έως 24%	59	3,58	0,05
	Από 25% έως 49%	26	3,36	
	Από 50% έως 74%	13	3,91	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Έλεγχο της γλυκόζης αίματος	Από 0% έως 24%	59	3,83	0,11
	Από 25% έως 49%	26	3,90	
	Από 50% έως 74%	13	4,42	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Υψηλή γλυκόζη αίματος (υπεργλυκαιμία)	Από 0% έως 24%	59	3,48	0,69
	Από 25% έως 49%	26	3,52	
	Από 50% έως 74%	13	3,31	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Επιπλοκές του Διαβήτη	Από 0% έως 24%	59	3,39	0,18
	Από 25% έως 49%	26	3,66	
	Από 50% έως 74%	13	3,36	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Διατροφή του διαβητικού	Από 0% έως 24%	59	3,96	0,84
	Από 25% έως 49%	26	3,87	
	Από 50% έως 74%	13	3,89	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Άσκηση και το Διαβήτη	Από 0% έως 24%	59	4,21	0,13
	Από 25% έως 49%	26	4,56	
	Από 50% έως 74%	13	4,31	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	

Χρήση ινσουλίνης	Από 0% έως 24%	59	3,77	0,79
	Από 25% έως 49%	26	3,65	
	Από 50% έως 74%	13	3,80	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Λήψη αντιδιαβητικών δισκίων	Από 0% έως 24%	59	4,06	0,19
	Από 25% έως 49%	26	3,92	
	Από 50% έως 74%	13	4,44	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Μακροχρόνια νόσο	Από 0% έως 24%	59	3,41	0,22
	Από 25% έως 49%	26	3,50	
	Από 50% έως 74%	13	3,07	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Βοήθεια από την οικογένεια στη διαχείριση του Διαβήτη	Από 0% έως 24%	59	4,35	0,97
	Από 25% έως 49%	26	4,36	
	Από 50% έως 74%	13	4,29	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Βοήθεια από τους φίλους στη διαχείριση του Διαβήτη	Από 0% έως 24%	59	3,78	0,37
	Από 25% έως 49%	26	3,72	
	Από 50% έως 74%	13	3,36	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	
Χρηματική δαπάνη για το Διαβήτη	Από 0% έως 24%	59	3,50	0,43
	Από 25% έως 49%	26	3,54	
	Από 50% έως 74%	13	3,16	
	Από 75% έως 100%	0	0,00	

9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 - ΑΔΕΙΕΣ